

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr.
[Direktor: Prof. Dr. *Bostroem*.])

Über die pathoplastische und konstitutionsbiologische Bedeutung der „vegetativen Stigmatisierung“ in der Psychiatrie.

Von
Joachim Hempel.

Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 6. Mai 1938.)

Bei der Herstellung von Beziehungen zwischen seelisch-geistiger Störung und körperlichem Merkmal hat man bisher im wesentlichen zwei Wege beschritten. Der eine führte über gewissermaßen statistische Feststellungen: man fragte, wie häufig gewisse seelische Störungen zusammen mit bestimmten Körperbauformen vorkommen. Diese Frage hatte auf körperlichem Gebiet im wesentlichen normale morphologische Eigentümlichkeiten zum Gegenstand; sie wurde erweitert, als man nicht nur die Psychosen, sondern auch ihnen verwandte Charaktere und Temperamente rein empirisch zu den entsprechenden Körperbauformen in Verbindung setzen konnte. Man kam zu klaren, methodisch einfach erreichten Ergebnissen, die auch da, wo ihnen widersprochen wird, meist zur Grundlage der Diskussion dienen.

Die zweite Methodengattung ist bedeutend bunter und vielseitiger und hat noch unvergleichlich viel weniger eindeutige Ergebnisse aufzuweisen als die der Zuordnung der Psychose oder seelischen Eigentümlichkeit zum Körperbau. Sie wendet sich der Untersuchung körperlicher Krankheitszeichen bei psychischen Erkrankungen zu und versucht, aus auffallenden somatischen Symptomen Ursachen für die Psychose zu finden oder doch wenigstens aus der Regelmäßigkeit des gemeinsamen Vorkommens beider auf eine gemeinsame Grundursache zu schließen. Derartige Untersuchungen sind äußerst zahlreich und mannigfaltig.

Erwähnt seien hier vor allem die neueren Arbeiten zu diesem Fragengebiet. *Jahn* und *Greving* fanden gewisse Stoffwechseleigentümlichkeiten bei schizoiden Psychopathentypen besonders häufig; diese Stoffwechsellage ist grundsätzlich verwandt den bei schweren Katatonien gefundenen körperlichen Störungen. — Körperlich waren die von *Jahn* und *Greving* beschriebenen Patienten meist „Astheniker“, doch deckt sich „Asthenie“ im Sinne der hier festgestellten Stoffwechseleigentümlichkeit nicht mit dem asthenischen Habitus. Auch manche Athletiker zeigten die asthenische Stoffwechsellage, ferner auch eine gewisse Gruppe scheinbarer Pykniker mit wasserreichem Fettgewebe unter zarter feuchter Haut. Auf psychischem Gebiet fanden sich nach *Jahn* bei allen diesen Menschen Ratlosigkeit und schwache Willensentwicklung, ferner eine depressive

Verstimmung, bei der oft schwer ein Unterschied zwischen reaktivem und endogenem Charakter zu finden war. — Den Stoffwechsel kennzeichnet eine starke „Arbeitsazidose“ mit nachfolgender überschießender Entsäuerung durch Lungen und Magen. Die bestehende Vasolabilität soll ihre Ursache in dem abnorm schwankenden CO_2 -Gehalt des Blutes haben. Auch der Tag-Nachtrhythmus des Stoffwechsels ist gestört; die in gewissem Umfang physiologische Schwankung des Ketokörpergehaltes des Blutes z. B. ist bei der konstitutionellen Asthenie besonders groß, während er bei Pyknikern und Syntonen eine überraschende Gleichmäßigkeit zeigt. — Dem Mißverhältnis zwischen Reiz und Wirkung auf psychischem Gebiet stellt sich im Rahmen des Stoffwechsels eine Unausgeglichenheit mit Neigung zu Überkompensation zur Seite. Eine solche überschießende Kompensation wurde von *Jahn* für den Zuckerstoffwechsel und den Säure-Basenhaushalt nachgewiesen.

Tomasson untersuchte an ausgedehntem Patientenmaterial das Verhalten der Elektrolyte bei manisch-depressiven Psychosen. In seinem Buch über „Blutelektrolyte und vegetatives Nervensystem“ sowie in mehreren Einzelveröffentlichungen berichtet er von einem der Tetanie-Elektrolytlage gewissermaßen entgegengesetzten Befund.

Die hier erwähnten Untersuchungen umfassen alle erdenklichen Gebiete der physiologischen Chemie (vgl. *Lehmann-Facius*), der normalen und pathologischen Anatomie, der experimentellen Pharmakologie — aber immer wieder kommt als Gesamtergebnis deutlich heraus, daß wir uns mit der Feststellung gewisser Befunde immer wieder nur im „Vorhof des Psychischen“ befinden, ohne einen nosologisch und vielleicht auch therapeutisch verbindlichen Zusammenhang zwischen Körperlichem und Psychischem zu gewinnen. Anders ausgedrückt: Es ist noch nicht gelungen, für die großen endogenen Psychosegruppen festzustellen, daß sie bestimmte Stoffwechselstörungen oder bestimmte anatomische Befunde als regelmäßiges Substrat besitzen. (Ob dies wesentlich daran liegt, daß unsere psychiatrischen Krankheitsbilder einer Revision bedürfen oder daß z. B. die Diagnose Schizophrenie nur auf einen kleinen Teil der bisher so genannten Erkrankungsfälle zutrifft, weil nur diese Fälle gewisse anatomische Hirnbefunde zeigen [*Kleist*], erscheint zweifelhaft.)

Man ist über diese Erkenntnislücken bei den therapeutischen Bemühungen bewußt oder unbewußt hinweggegangen und hat durch meist vegetativ-nervöse Begleiterscheinungen veranlaßt, pharmakologisch und diätetisch zu behandeln angefangen. Therapeutische Erfolge — Hämatoporphyrintherapie, Maniebehandlung mit Atropin, hormonale Therapie der Depressionen — blieben bisher kasuistische Einzelheiten und vermochten noch nicht wesentlich weiter zu helfen, wofern man nach Aufschlüssen über die pathologische Physiologie der betreffenden Erkrankungen und ihrer Therapie fragte. Offenbar kann man die Frage nach

dem Zusammenhang zwischen psychischer und somatischer Störung eben nicht nur vom Einteilungsgesichtspunkt der psychiatrischen Diagnose aus stellen, sondern es verlangen auch noch der Konstitutionstyp, die aus ihm sich ergebenden Störungsmöglichkeiten und -wahrscheinlichkeiten eine maßgebliche Berücksichtigung.

In dieser Hinsicht ist das im wesentlichen negative Resultat der *Roggenbauschen* Stoffwechseluntersuchungen bei Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises recht aufschlußreich. Er untersuchte bei einer Reihe von Manisch-Depressiven und Schizophrenen die Magensaftwerte, den Grundumsatz, den Blutzucker, das Blutfett, Aceton, Cholesterin, Jod, Prolan, Follikelhormone, Calcium-, Brom- und Kaliumspiegel. Zwar bestanden bei einigen Psychosen erkennbare Schwankungen in einzelnen dieser Werte, die für die Störung der neurovegetativen Regulationsmechanismen sprechen, aus denen man aber keine differentialdiagnostischen Schlüsse ziehen kann, weil sie nicht regelmäßig mit den psychiatrischen Diagnosen parallel gehen. Man muß die letzteren wohl erst noch einmal nach körperlichen Reaktionstypen aufteilen, wenn man einheitliche Ergebnisse erhalten will. Damit wäre aber wieder die Zwangsläufigkeit des gesuchten psychophysischen Zusammenhangs aufgehoben.

Der erstgenannte Weg (über den Häufigkeitswert des gemeinsamen Vorkommens von Körperbau und Psychose) war bisher also an praktischen Ergebnissen reicher. Er war es vor allem deshalb, weil das Begriffspaar „Körperbau und Psychose“ zu dem von „Körperbau und Charakter“ erweitert werden konnte, und weil sich die gefundenen Zuordnungen bis ins Bereich der nicht kranken, allenfalls krankhaften Eigentümlichkeiten, aber auch der normalen Varianten auf seelischem Gebiet ausdehnen ließen¹. Eine solche Ausdehnung soll nun hier wieder mehr auf dem Gebiet des Körperlichen versucht werden. Könnte uns nicht — und damit soll zu den beiden genannten Untersuchungsmöglichkeiten eine dritte hinzugefügt werden — die Beschäftigung mit einem „abartigen“, auf körperlichem Gebiet zwischen krank und gesund stehenden oder auch als auffällige Spielart des gesunden aufzufassenden Typ neue Aufschlüsse bringen? Verlohnt es sich nicht zumindest, so etwas wie einen „Physiopathen“ oder „Somatopathen“ zu finden und bei ihm den Zusammenhang zwischen körperlicher und seelischer Störung zu beobachten, überhaupt seine Bedeutung für die Psychiatrie einmal zusammenfassend zu untersuchen? *K. Schneider* hat den Ausdruck Somatopath bereits

¹ Es sei hier eingefügt, daß damit nicht etwa die Annahme „fließender Übergänge“ ausgedrückt sein soll; die Psychose ist und bleibt das Krankheitsgeschehen für sich, sie ist mit entsprechenden nicht krankhaften Symptomen verwandt, aber nicht einfach nur ihr Superlativ. Der große Wert, der in dem Wiederfinden von Einzelsymptomen aus der Psychose auch im normal-psychologischen Geschehen, vor allem aber in gewissen abartigen Charaktertypen gelegen ist, bleibt damit unbestritten und zeigt sich bei allen psychopathologischen Untersuchungen immer wieder.

gebraucht; im Zusammenhang mit den psychopathischen Persönlichkeiten nannte er die somatopathische Konstitution und die psychopathische Konstitution als zwei Seiten einer gleichen krankhaften Anlage. Er betonte dabei auch schon, daß man damit diese beiden Manifestationen nicht ohne weiteres miteinander gleichsetzen oder auch nur parallel setzen darf, worauf wir unten nochmals zurückkommen. Die folgenden Erörterungen werden zeigen, daß die somatopathische Konstitution auch noch eine andere Bedeutung haben kann als die einer körperlichen Parallele zur psychopathischen Reaktionsbereitschaft.

Es gibt eigentlich nur *einen* solchen somatischen Typ, der hinreichend einheitlich, auch von verschiedenen Richtungen her untersucht und bearbeitet und trotz nicht ganz scharfer theoretischer Begriffsbestimmung genügend fest umrissen und in seiner praktisch-klinischen Bedeutung anerkannt ist: der sog. Vegetativ-Stigmatisierte oder Vegetativ-Dystone, welche beiden Ausdrücke wir im folgenden als Synonym gebrauchen möchten. Was die praktisch-klinische Anerkennung betrifft, so scheint zur Zeit, dies sei vorweggenommen, manchmal des Guten fast zu viel zu geschehen; die Verordnung der auf das autonome Nervensystem wirkenden Pharmaca ist geradezu Mode geworden. Dies ist bei der augenfälligen Wirkung dieser Mittel zwar verständlich, im Interesse eines Bemühens um kausale Therapie und mögliche patho-physiologische Aufschlüsse aus ihr aber nicht immer zu begrüßen! — Es ist daher wohl auch angebracht, zumal sich diese Arbeit hauptsächlich an den Nervenarzt wendet, einen kurzen Überblick über die bisher fast ausschließlich von internistischer Seite bearbeitete Frage der vegetativen Stigmatisation zu geben. Dabei muß mit einer grundsätzlichen Bemerkung begonnen werden. Wenn man vom Typ des Vegetativ-Stigmatisierten spricht, so ist damit eine bestimmte Konstitution gemeint, nicht die einzelne vegetativ-nervöse Störung! Nur wenn man dies beobachtet, hat eine Untersuchung nach Art der oben dargelegten Fragestellung einen Sinn; vegetative Störungen gibt es wohl bei allen Psychosen, und andererseits ist wohl jede Stoffwechselstörung vegetativ-nervös gesteuert bzw. fehlgesteuert. Da das vegetative Nervensystem in einem engen Wechselspiel mit der inneren Sekretion steht, was sich bei den verschiedensten Erkrankungen (hier als Einzelstörung bezeichnet) zeigt, kann auch die konstitutionelle Typenbezeichnung hieran nicht vorbeigehen und hat dem mit Benennungen wie z. B. B-Typ als basedowverwandtes Erscheinungsbild Rechnung getragen.

Die Bedeutung des Zwischenhirns für die Psyche, für die Affektivität, genauer für die Umwandlung des Somatischen ins Psychische und umgekehrt, ist mehr und mehr selbstverständlicher Bestandteil medizinischen Denkens geworden. Man spricht von einer vitalen Person im Rahmen des Individuums, deren „breite kraftpendende Grundlage“ die Zwischenhirngebiete sind oder sein sollen (*v. Wyß*). Damit sind wohl gewisse

Tatsachen des normalen somatopsychischen Wechselspiels gemeint und auch erfaßt; andererseits ergibt sich hier möglicherweise ein Weg der Erklärung zentral bedingter Einzelstörungen. Zwischen der Kenntnis des normalen psychophysischen Zusammenwirkens einerseits und der krankhaften peripheren Einzelstörung andererseits fehlt aber vielfach die Brücke. Man sagt zwar, die Hirngegenden der vegetativen Steuerung seien Stätten der Umwandlung der rein körperlichen Funktionskräfte in „halbwegs psychische“ (*Reichardt, Ewald, Kleist, Küppers*), andererseits auch der Umwandlung von rein psychischen Impulsen in körperliches Geschehen, so z. B. bei einer Tachykardie, beim Erröten und Erblassen u. v. a. m. Verhelfen uns solche im Schrifttum über die Physiologie des Zwischenhirns häufig anzutreffenden unverbindlichen Nebeneinanderstellungen aber zu einer Vorstellung über den psychosomatischen Mechanismus einer krankhaften Störung in diesen Gebieten? Ist etwa der Späencephaliker nun das mit fließenden Übergängen aus solchen physiologischen Vorgängen des Zwischenhirns hervorgehende Extrem? Oder wenn man die *Basedowsche* Krankheit ein vitales Syndrom nennt, weil die Schilddrüsenerkrankung das zentral-vegetative System mit in einen Störungszustand versetzt — ist damit etwas über die „vitale“ Schicht der normalen Persönlichkeit gesagt? Solche sachlich ganz unverbindlichen Parallelsetzungen in der Nomenklatur werden besonders gern bei der Erörterung der hysterischen Persönlichkeit, der neurasthenischen Reaktion, auch der Psychopathie ganz allgemein vorgenommen, ohne daß sie gedanklich weiterführen. Und die zusammenfassende Schlußbetrachtung mitgeteilter Einzelbeobachtungen ist meist der im Grunde resignierende Satz, daß „zentralnervös-vegetative Vorgänge eben auch eine erhebliche Rolle spielen“. Weder die minutiöse Kenntnis der Anatomie des vegetativen Nervensystems, noch die Beobachtung einzelner Regulierungsmechanismen, inkretorisch-nervöser Zusammenhänge und affektiv-vegetativer Kopplungsmöglichkeiten bietet hier die Möglichkeit einer Synthese, sondern allenfalls die mehrdimensionale Betrachtung von *konstitutionellen* Zwischentypen, wie sie z. B. der Vegetativ-Stigmatisierte darstellt. Mehrdimensional muß die Untersuchung sein, indem sie das Psychische *und* das Somatopathische berücksichtigt — nicht in der Form, als ob das eine die Nebenerscheinung des anderen sei, sondern indem sie sich unter gleichmäßiger Bewertung beider Gebiete an Individuen wendet, die in den Grundzügen ihrer Reagibilität, nicht nur in gelegentlichen Einzelstörungen, in bestimmter Weise somatopsychisch gekoppelt sind. Vegetativ-dyston ist nicht jeder Mensch, der bei ~~seiner~~ körperlichen oder seelischen Krankheit ein im Vegetativen auffallendes Symptomenbild darbietet, etwa ein Paralytiker mit seinem im ganzen toxisch wirkenden Bild körperlichen Verfalls oder ein kataton-erregter Schizophrener mit seiner Blässe, seiner gestörten Schweiß- und Speichelsekretion, seinen Pupillenveränderungen, seiner hämorrhagischen

Diathese. Die vegetative Stigmatisierung ist eine Typen- und Konstitutionsbezeichnung, was wir oben schon durch die Verwendung des Ausdrucks „somatopathisch“ anzudeuten versuchten.

Dies alles zu betonen, erscheint notwendig, weil außer bei den eben genannten Beispielen auch bei vielen endogenen Depressionen vegetative Störungen von verhältnismäßig so langer Dauer vorkommen, daß die Verwechslung oder unberechtigte Gleichsetzung mit dem vegetativ-dystonen Somatopathen bedenklich nahe liegt. Schon *Rosenfeld* zieht einen scharfen Trennungsstrich zwischen den ätiologisch wichtigen Vasoneurosen und den nebensächlichen vasomotorischen Erscheinungen bei endogenen Psychosen. Wir kommen unten noch ausführlich auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Typ und gleichartiger Einzelerscheinung zu sprechen.

Wie sich der Begriff der vegetativen Stigmatisierung (*v. Bergmann*) aus dem Ursprünglichen der Vago- und Sympathikotonie (*Heß, Eppinger*) entwickelt hat, ist heute allgemein bekannt. Im psychiatrischen Schrifttum wird gelegentlich noch immer von diesem Gegensatzpaar Gebrauch gemacht (*Ewald*), da man aus der Pharmakologie die Vorstellung der beiden „Antagonisten“ Sympathicus und Parasympathicus als recht einfache und bequeme Theorie übernommen hat.

Es ist das Verdienst von *Danielopolu*, durch seine Methode der Vagus-ausschaltung mittels im Einzelfall verschiedener Atropindosen (Bestimmung des Vagustonus) und Prüfung der orthostatischen und klinostatischen Pulsfrequenzänderung (Bestimmung des Sympathicustonus) die klinische Beobachtung experimentell bestätigt zu haben, daß eine Erhöhung des Tonus der einen Seite des vegetativen Nervensystems ohne Erhöhung auch des „antagonistischen“ Tonus oder gar mit Herabsetzung dieses gegenseitigen Tonus praktisch kaum vorkommt.

Wir wissen heute nicht nur, daß fast jeder „Vagotoniker“ im alten Sinne auch „sympathicotonische“ Stigmata hat, wir haben auch eine theoretisch besser fundierte und praktisch brauchbare Vorstellung von den grundsätzlichen Funktionen der beiden vegetativ-nervösen Komponenten (*Rothlin, Heß, Löwi* u. a.). Kurz zusammengefaßt liegen die Dinge im Prinzip so, daß der Vagus vorwiegend die Dauerleistung und stetige Tonisierung vertritt, während der Sympathicus im allgemeinen mehr das Prinzip der schnellen Leistung verkörpert, die Regelung der *Energieausgabe* besorgt. Wenn dies Prinzip der Aufgabenverteilung innerhalb des vegetativen Nervensystems auch keineswegs ausnahmslos gilt, — ist doch auch die sympathicotonische weite Pupille ein *Dauersymptom*! — so ist dennoch die Mehrzahl der Vegetativ-Dystonen als „Vagotoniker“ im alten Sinne anzusprechen, weil eben die entsprechenden Konstitutionszeichen als Dauererscheinungen naturgemäß vor-

wiegend Elemente des „tonisierenden“ Teils des autonomen Nervensystems sein müssen.

Als ein noch nicht geklärtes vagotonisches Symptom dürfte die verlangsamte Senkung (vgl. *Essen* und *Manitz*) zu gelten haben. — Im übrigen äußert sich die vegetative Stigmatisierung auf den einzelnen Teilgebieten des Organismus etwa folgendermaßen: Die Schleimhaut der oberen Darmabschnitte macht den Betroffenen Beschwerden, die meist an eine Ulcuskrankheit denken lassen. Die Schweißabsonderung wird als gestört empfunden, von manchen wird über lästig starkes Schwitzen geklagt; andere erklären, überhaupt nicht in Schweiß zu kommen. Die Pulsfrequenz ist langsam, oft mit ausgeprägter respiratorischer Arrhythmie. Die Haut zeigt angiospastische Blässe; wo sie mehr rosa erscheint, hat sie ein schlaffes, etwas succulentos Subcutangewebe; die cyanotisch-marmorierte Haut der Angioneurotiker gehört nicht hierher! Überhaupt gibt es einige Grenzgebiete der vegetativen Stigmatisierung, bei denen sich die Konstitutionseigentümlichkeit nur auf einem Teilgebiet, dann oft schon als eigentliche Krankheit manifestiert. Neben den genannten Angioneurotikern sind die Menschen mit exsudativen Diathesen zu nennen — auch sie sind ein Spielfeld vegetativer Fehlsteuerungen auf einem bestimmten Teilgebiet, sind aber nicht als vegetative Dystonien im Sinne eines einheitlichen Konstitutionstyps aufzufassen. Sie stellen Teilmanifestationen vegetativer Fehlsteuerung dar, die schon mehr den Charakter der „Einzelstörung“ (s. oben) tragen. Das gleiche gilt in noch stärkerem Maße von den Allergikern, wo der Charakter der Störung bis zu ganz spezifischer Resonanz des Organismus geht.

Die Stoffwechseluntersuchungen, wie überhaupt die experimentelle Bearbeitung der betreffenden Erscheinungen stoßen auf eine in der Natur der Sache liegende Schwierigkeit: ist doch das wesentliche Kennzeichen der vegetativen Dystonie eben die „Labilität als Prinzip“, das übermäßige Ansprechen auf u. U. physiologische Reize. Man wird bei der Typenbestimmung des Vegetativ-Stigmatisierten sich nie restlos auf experimentelle Tests verlassen können, man wird auch nicht auf sie angewiesen sein. Es handelt sich um eine Frage des Biotonus — dies zeigt sich gerade bei *den* Trägern vegetativer Dystonie, die uns in der Psychiatrie beschäftigen. Der Akzent des Geschehens liegt in der Schicht des Leiblichen; in unseren Fällen erfährt der Satz „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ besonders eindrucksvoll die auch von *Hoffmann* schon ausgesprochene Erweiterung in dem Sinne, daß das Cerebrum bei Psychosen keineswegs immer den Vorrang hat. — *Ewald* betonte mehrfach die Wichtigkeit des von *Verworn* stammenden Begriffs des Biotonus in der Psychiatrie. Er versteht darunter die quantitative potentielle Energiespeicherung, im Gegensatz zur Reagibilität, d. h. der Qualität der Ausgabemöglichkeit. Diese Definitionen beziehen sich bei *Ewald* wohl mehr nur auf das rein Psychische, das Wort Biotonus zwingt aber

geradezu zu einer Einbeziehung *körperlicher* konstitutioneller Eigentümlichkeiten, also etwa im Sinne des Begriffs des Somatopathen. Hier kreuzen sich, wie *Pette* sagt, die Wege der rein organisch eingestellten Medizin mit denen der Konstitutionsforschung. Selbstverständlich sind diese konstitutionellen Eigentümlichkeiten so „dynamisch“ wie möglich zu verstehen, es darf sich nicht nur um Körperbaumerkmale, um gewissermaßen statische Kennzeichen handeln, sondern man muß sich an den funktionellen Konstitutionsbegriff (*Jaensch*) halten. So ist die vegetative Dystonie ja auch keineswegs zangsläufig an den leptosomen Körperbau gebunden — obwohl sie hier sicher am häufigsten ist —, sie betrifft mitunter auch andere Typen. Allerdings sind vegetativ-stigmatisierte rundlich gebaute oder fette Menschen kaum jemals echte Pykniker (*Westphal, Pette*), sie zeigen vielmehr einen schwammigen Turgor des Subcutangewebes gegenüber dem straffen, allenfalls blühend feisten Turgor des pyknischen Körpers. Es handelt sich also um einen Pseudopykniker, der nur in den äußeren Formen Anklänge und Ähnlichkeiten zum Pykniker hat, funktionell-strukturmäßig aber grundanders ist (vgl. auch *Jahn* und *Greving*).

Hat nun dieser Körperbautyp, die vegetativ-dystone somatopathische Konstitution, auch einen affinen Psychosetyp? Und wie sind die psychischen Anomalien oder Erkrankungen zu den zwei großen Formenkreisen der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins in Beziehung zu setzen? Wir werden bei der Besprechung der kasuistischen Beispiele noch im einzelnen sehen, daß der Zusammenhang zwischen Körperbau und Psychose hier besonders innig ist, oder besser; als besonders eng erkennbar zutage tritt. Der Zusammenhang ist mehr als eine Gemeinsamkeit des Vorkommens, er stellt eher ein Verhältnis im Sinne von Ursache und Wirkung dar, und zwar in wechselseitiger Richtung. Wir finden diesen auffallend innigen Zusammenhang im Schrifttum schon von verschiedenen Standpunkten aus erwähnt und erörtert. Wir können allerdings meist nur aus den gegebenen Schilderungen entnehmen, daß es sich um vegetativ-dystone Konstitutionen handelt, da der Begriff in dem heute üblichen Sinne noch nicht geprägt, zumindest noch nicht gängig war. So beschrieb 1928 *Zucker* eine „Unterform der vegetativen Neurose“. Es handelte sich bei seinen Kranken meist um Leute jenseits des 35. Lebensjahres, die schon in ihrer Jugend als depressiv und hypochondrisch galten. Sie hatten über halbseitige und periodische Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, spastische Obstipation, Schwindel zu klagen; ihr Körperbau war fettarm, aber nicht mager, mit schlaffem Turgor und im ganzen im *Kretschmerschen* Typenschema nicht recht unterzubringen. Die der Arbeit beigefügten Abbildungen lassen an den oben genannten „Pseudopykniker“ denken. Die psychische Seite der Erkrankung wurde vom Verfasser nicht ausführlich diskutiert; er spricht

von depressiven Zügen und Neigung zu „hypochochondrischen Reaktionen“. Über die unberechtigte Anwendung dieses Ausdruckes bei Kranken mit ausgeprägten und subjektiv sicherlich beschwerlichen oder lästigen Konstitutionsmerkmalen wird unten noch zu sprechen sein. Wir finden bei den *Zuckerschen* Fällen jedenfalls die Bedeutung vegetativer Stigmata als Typensymptome bei der Entstehung psychischer Krankheitsbilder gewürdigt. Schon ein Jahr früher hatte *Pette* (1927) über gewisse Formen von durch konstitutionelle Abartigkeit gekennzeichnete Neurasthenie berichtet. Seine Kranken hatten teilweise herabgesetzten Grundumsatz, waren peripher-vasomotorisch „eher unter- als übererregbar“ — demnach also anscheinend doch vegetativ in irgendeiner Richtung stigmatisiert! Auf psychischem Gebiet sollen sie nicht den Eindruck von Neurotikern gemacht haben, aber auch nicht eigentlich endogen-depressiv gewesen sein. Zwar waren manchmal akute oder chronische psychische Traumen aufzufinden gewesen, ihre Bedeutung war aber höchst ungewiß erschienen, und der Verfasser meint, daß ein innerer Zusammenhang der seelischen Erscheinungen eher mit der Körperkonstitution bestünde. Ähnlich äußert sich *Rosenfeld*; seine Ausführungen über die Beziehungen der vasomotorischen Neurose zu funktionellen Psychosen sind um so bemerkenswerter, als sie aus der Zeit vor der Aufstellung des Begriffs „vegetative Dystonie“ stammen. Die Einheitlichkeit und nosologische Bedeutung dieses Syndroms wird hier von psychiatrischer Seite vorausgeahnt. Psychopathologisch ist bedeutsam, daß bei den von *Rosenfeld* beschriebenen Kranken Kleinmütigkeit dem mißlichen körperlichen Zustand gegenüber, Angstaffekt und Krankheitsgefühl ohne Neigung zu hypochochondrischen Gedankengängen bestanden. Daß dies ausdrücklich festgestellt wird, hängt eng mit der ätiologischen Würdigung der, wie *Rosenfeld* es damals noch nennt, vasomotorischen Neurose zusammen; die Symptome der Vasolabilität sind hier eben nicht nebensächliche Begleiterscheinungen des psychischen Krankheitsgeschehens, sondern sein Kern. Der ihnen gegenüber bestehende Affekt ist eben nicht hypochochondrisch, sondern gewissermaßen adäquat. — Rein von der Seite der Psyche und der Psychose her hat *Cimbal* die Bedeutung des vegetativ-dystonen Syndroms gesehen, wenn er von „vegetativen Äquivalenten“ manisch-depressiver und konstitutioneller Depressionszustände spricht. Er mißt allerdings dabei der im Vegetativen liegenden Äußerungsform nicht mehr als eine zufällige Bedeutung bei und hält die Entstehung der vegetativen Äquivalente bei endogenen wie thymogenen Depressionen für psychisch bedingt und überlagert, damit auch für nur psychotherapeutisch angebar. Diese Ansicht ist ja prinzipiell angreifbar und auch durch mancherlei neuere Erfahrungen nicht bestätigt; wesentlich im Rahmen unseres Themas ist aber die Tatsache, daß den Zuständen vegetativer Dystonie eine den Depressionszuständen „äquivalente“, selbständige Bedeutung zuerkannt wird. — Geschichtlich interessant ist in unserem

Fragenzusammenhang auch die von *Braun* in Erinnerung gebrachte Tatsache, daß der Vater des Begriffs der Neurasthenie *Beard* (1880) diese schon in Zusammenhang mit einem gestörten Vagus-Sympathicus-gleichgewicht gebracht hat.

An einer Reihe von Krankheitsgeschichten soll nun versucht werden, die konstitutionspathologische, psychopathologische und erbbiologische Bedeutung der vegetativen Dystonie zu zeigen, soweit sie in einem ihr eigenen psychiatrischen Krankheitsbild zum Ausdruck kommt. Die Bearbeitung der Fälle geht über einige Jahre zurück; ich verdanke es der Liebenswürdigkeit des früheren Direktors der Greifswalder Universitäts-Nervenlinik, Herrn Prof. *Jacobi*, daß das dort gewonnene Material hier mit Verwendung finden kann. Auf die Wiedergabe zwar diagnostisch eindeutiger, aber psychopathologisch unergiebigere Fälle wird verzichtet; auch wird auf die Fälle nicht ausführlich eingegangen, die katamnestic bisher noch nicht zu erfassen waren. Die Beschränkung auf die Wiedergabe von 6 Krankheitsgeschichten ist also willkürlich aus den dargelegten Gründen vorgenommen worden und läßt keinen Schluß auf die etwaige Seltenheit oder Häufigkeit des Krankheitsbildes zu.

1. Hans R., geboren 30. 9. 07. Familie: Vater 50 Jahre alt an Nasen-Rachenraumgeschwulst gestorben. Großvater väterlicherseits war gesund, heiratete in hohem Alter zum zweitenmal, starb 70 Jahre alt. 9 angeblich gesunde Vaterschwester, deren Kinder alle psychisch unauffällig und gesund sein sollen. Auch von Mutters Seite keine Belastung bekannt. Muttersmutter 80 Jahre alt, soll recht lebhaft sein. — 3 Geschwister; davon eine Schwester wegen Schizophrenie in einer Anstalt gewesen und sterilisiert, ihr Krankheitsbild scheint zuerst paranoid, dann vorwiegend hebephren gewesen zu sein. Angeblich ist sie geheilt entlassen worden. Für eine weitgehende Remission spricht auch ihre recht affektadäquate Stellungnahme zu der Sterilisation und ihren Folgen. 1932 sei sie einmal wegen Appetitlosigkeit und allgemeinen Unwohlbefindens ärztlich behandelt worden. Vorübergehende Verstimmungszustände oder zeitweilig auftretende körperliche Klagen seien bei ihr nie zu beobachten gewesen. — Eigene Vorgeschichte: Der Kranke selbst leidet seit 1925 fast alljährlich an periodisch meist im Herbst auftretenden Verstimmungszuständen, denen immer ein Druckgefühl in der Magen-gegend vorausgeht, das dann auch während der Erkrankung fast dauernd anhält. Er fühle sich dann außerdem körperlich matt und zerschlagen, leide an Verstopfung und lästigem Trockenheitsgefühl in der Nase. Ihn quäle außerdem eine ängstliche Unruhe, Appetit und Schlaf seien schlecht, er sehe blaß und elend aus. Er mache sich dann noch allerlei grüblerische Gedanken, gelegentlich Selbstvorwürfe. — 1932 war der Kranke in der medizinischen Klinik in Behandlung; dortige vorläufige Diagnose „Mitralstenose? Gastritis?“, endgültige Diagnose „Dysplasie, vasomotorische Neurose, Subacidität“.

Befund: Körpergröße mittel, Körperform im ganzen voll, aber eher massig-dysplastisch als pyknisch. Haut blaß, Blutbild aber normal. Blutsenkung 0/3/6 nach *Westergreen*. Dermographismus. Neurologisch: lebhaft Reflexe, sonst o. B. Auf psychischem Gebiet zunächst im Gesamteindruck gehemmt und zeitweise verdrossen, zeitweise aber auch echt depressiv. Klagt immer wieder über körperliche Mißempfindungen, hauptsächlich über Druckgefühl im Magen. Gibt ferner ein unbestimmtes Angstgefühl an. Bringt seine Klagen mit leiser Stimme, allerdings

nicht in besonders langsamer Sprechweise vor. Im Verlauf der Klinikbehandlung zunächst Besserung, „Angstgefühl und Traurigkeit sind so ziemlich weg.“ Fängt dann an zu querulieren, klagt wieder vermehrt über körperliche Beschwerden, fühlt sich durch mehrfaches Nasenbluten beunruhigt. Andererseits drängt er auf baldige Entlassung, die Stimmung habe sich ja schon gebessert, „man ist hier eingesperrt, Herr Doktor“. Die vorgeschlagene Verlegung auf eine offene Abteilung lehnt er aber auch wieder ab, meint zögernd, „ach nein, man ist hier so eingelebt“. Meint, er würde „gelegentlich absichtlich gereizt“, „ich schaue ja doch durch, was hier gespielt wird“. Drängt wieder in deutlicher Ratlosigkeit nach Hause, nimmt den ärztlichen Rat zu weiterem Klinikaufenthalt anscheinend aber doch gern an, insbesondere, wenn man ihm den gutartigen Charakter seiner Erkrankung vorhält. Fürchtet einerseits als Kranker nicht ernstgenommen zu werden, hat aber andererseits eine ängstlich-ratlose Einstellung seiner Leistungsfähigkeit gegenüber, ein unbestimmtes Krankheitsgefühl mit immer wiederkehrender Betonung der körperlichen Symptome.

Behandlung mit eiweißarmer Kost, Bellerгал, Belladonal, vorübergehend kleinen Opiumdosen und gelegentlichen Schlafmittelgaben. — Gebessert entlassen. Blutsenkung 0/7/18. Weiterer Verlauf: Laut Bericht des zuständigen Staatlichen Gesundheitsamtes bei einer Untersuchung im November 1935 „leichter Depressionszustand“; bei erneuter Untersuchung im April 1936 „Eindruck eines Schizophrenen; zerfahren lebhaft, sprunghaft, oberflächlich“. — In einem brieflichen Bericht äußert sich R. jetzt, daß es ihm gesundheitlich seit seiner Entlassung gut gegangen sei. Er habe mancherlei schwere Schicksalsschläge durchmachen müssen (Tod der Mutter, Entlobung, Entlassung und Kampf um seine Dienststelle); „alles dieses konnte ich nur überwinden, weil ich gesundheitlich auf der Höhe war.“ Niedererschlagenheit und Verstimmung seien nicht aufgetreten.

2. August E., geboren 13. 9. 02. — Familie: Der Vater soll reizbar gewesen sein, meist nach Alkoholgenuß. Ein Bruder gilt als Psychopath. Sonst ist von einer Belastung nichts bekannt. — Eigene Vorgeschichte: Sehr guter Schüler gewesen, auch körperlich immer ein kräftiger Kerl. Gern und viel gelesen und sich verhältnismäßig wenig an den Spielen der anderen beteiligt. Nach Schulentlassung meist im Tiefbau gearbeitet und im Akkord ganz gut verdient. Arbeitgeber immer mit ihm zufrieden. Schließlich Schachtmeister geworden. Nur vorübergehend arbeitslos. 4 Jahre im Ruhrgebiet im Kohlenbergwerk, viel an Heimweh gelitten und schließlich wieder hierher zurückgekehrt. Vor 10 Jahren die ihm schon seit dem 18. Lebensjahr nahestehende Frau geheiratet. — Die Exploration über den Lebenslauf im einzelnen ließ erkennen, daß es sich um ein etwas wechselvolles Leben gehandelt hat, dessen leise innere Unruhe aber nicht eigentlich psychopathisch anmutet. Er ist in sozialer Hinsicht anscheinend nie unliebsam aufgefallen, hat immer gearbeitet, hat es auch ziemlich früh zu einer gehobenen Stellung gebracht. Er machte sich immer viel Gedanken um sich und die Welt, dabei kamen aber keinerlei hypochondrische Züge zum Vorschein. Weder klagte er darüber, in gesundheitlicher Beziehung viel zu leiden gehabt zu haben, noch legte er vorausschauend übertriebenen Wert auf irgendwelche Krankheitsereignisse. Durch vieles Lesen und wohl auch durch ausgiebigen Ortswechsel suchte er innerlich vorwärts und weiter zu kommen und zeigt jetzt im ganzen auch eine für seine soziale Schicht erstaunlich zu nennende „Bildung“, die nicht etwa im Zurschaustellen von angelerntem Wissen besteht und die man wohl als Herzensbildung bezeichnen darf. Es sei eine kurze Probe aus einem seiner Briefe angeführt, in denen sich bei mitunter holperiger Grammatik ein recht ausdrucksfähiger Stil offenbart. „— — — Du schreibst von Ruhe und Frieden — liebe Frau, glaube das nicht — — Sieh liebe Frau, jetzt kann ich erst das Wort ermessen, ‚Was nützt es dem Menschen, daß er die ganze Welt gewönne und Schaden leidet an seiner Seele‘. Ich habe falsch gedacht und gehandelt. Alles mit Gewalt

und mich halb umgebracht. Anstatt euch zu nützen, schade ich euch jetzt. Liebe Frau, wenn ich jetzt bedenke, was für schöne Stunden wir hätten erleben können, wo ich immer über Bücher saß, ich Dummkopf, wollte klug sein und jetzt muß ich sehen, daß wohl Wissen Macht ist, Können aber alles ist. Wo sind jetzt meine festen Grundsätze geblieben, wie Spreu vor dem Winde zerstoßen — —“. Obwohl dieser Brief noch aus der Zeit der Erkrankungsphase, allerdings schon der Besserung stammt, sei er der eigentlichen Krankheitsschilderung vorangestellt, weil er zur Kennzeichnung auch der prämorbidem Persönlichkeit dient; in den Briefen an seine Frau schrieb E. nämlich nie etwas von seinen Klagen. Doch nun zu diesen, wie er sie bei den beiden Klinikaufnahmen im Juni und Oktober des gleichen Jahres angab: seit etwa 2 Jahren fühle er, daß er innerlich schlapp werde, er habe sich richtig gehemmt gefühlt. Zum ersten Male habe er das gemerkt, als er nach schwerer Akkordarbeit gesundheitsschädliches und daher verbotenes Wasser getrunken habe. Da habe sich der Magen zusammengekrampft und am nächsten Tage habe er im Hinterkopf so ein ganz apartes dumpfes Gefühl empfunden. Er habe sich zwar in der folgenden Zeit immer wieder zusammengerissen, schließlich aber keine Akkordarbeit mehr leisten können. Zu dem Schlappheitsgefühl seien dann noch allerlei körperliche Beschwerden hinzugekommen. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr habe er Kreuzschmerzen, die bis in die linke Kniescheibe ausstrahlen, so daß diese ganz lose sei; ferner habe er Herzbeschwerden, so daß das Herz rase — dabei fühle er aber den Puls als ganz normal. „Das ist alles so apart — das muß man selbst erlebt haben.“ „Meist morgens und mittags schleicht sich so ein unbestimmtes Gefühl heran, fängt im Kopf an zu wirbeln — — ein scharf begrenztes Brennen, meist im Nacken und Hinterkopf, es ist, als wenn etwas Unbestimmtes kommen muß, vielleicht so ein Angstgefühl, als wenn man bald sterben muß.“ Gleichzeitig habe er dann oft auch ein stark schwermütiges Gefühl, besonders, wenn er sehe, wie andere Menschen frohgestimmt seien. (Dies war ihm besonders quälend aufgefallen, als er im September in einem Seebad zur Erholung war.) Zugleich mit Gedanken des Lebensüberdrußes kämen auf körperlichem Gebiet Beklemmungsgefühle, so daß er gar nicht sprechen könne, Zittern in den Knien, Hitzegefühl und Schweißausbruch. Er sei schon „durch hundert Höllen gegangen“, jedesmal habe er andere Qualen.

Der Arbeitsversuch nach der Entlassung aus der Klinik Anfang Juli sei, obwohl er schöne leichte Arbeit bekommen habe, gescheitert. Er sei bei der Arbeit oft plötzlich ganz niedergeschlagen gewesen, „die Gedanken sind im Kopf gewirbelt und quer aneinander gestoßen“. Es sei eben nicht richtig mit ihm gewesen, ohne daß er genau sagen könnte, was ihm gefehlt habe. Er habe geradezu gefürchtet, er könne irrsinnig werden, aber die Beschwerden seien immer mehr körperlich gewesen; sie säßen im Kopf und Genick, außerdem habe er so ein hohles Gefühl in den Knochen gehabt.

E. brachte seine Klagen mit nicht sehr lauter oder lebhafter Stimme, aber unter recht ausgiebigem Gesten- und Mienenspiel vor, war dabei ausgesprochen traurig, manchmal auch mehr ängstlich hastig, dann auch wieder deutlich wehleidig mit gelegentlicher Affektinkontinenz. Im ersten Aufnahmebefund ist verzeichnet, daß „seine Krankheitsbefürchtungen fixiert erscheinen“ und daß „sein affektives Verhalten weitgehend von seinen hypochondrischen Gedankengängen abhängig“ ist. Ohne die Erörterung des Hypochondrischen hier vorwegnehmen zu wollen, kann man doch sagen, daß E. ja eigentlich Krankheitsbefürchtungen gar nicht äußert — mit der einen Ausnahme vielleicht, daß er fürchtet irrsinnig zu werden. Sonst gibt er ja immer nur Beschwerden an, die teilweise objektiv somatische Unterlagen haben, teilweise nur subjektiv, aber doch recht bestimmt in umschriebene Körpergegenden projiziert und alle zusammen als seelisch beunruhigend empfunden werden. Es werden keine Gedankengänge daran geknüpft, keine Erklärungsversuche unternommen, keine Befürchtungen oder übertriebene Darstellungen daran angeschlossen — es wird nur immer wieder mit eindringlicher Monotonie von den Beschwerden

berichtet, für die ihm offenbar gebräuchliche Ausdrücke fehlen, von dem „aparten Gefühl im Kopf“, dem Sausen und Wirbeln der Gedanken, die sich „quer zueinander stellen“, von dem Schweißausbruch und dem Angstgefühl „es muß etwas Unbestimmtes kommen“, „es muß etwas nicht richtig sein“. Diese letzte Äußerung bezieht sich bei ihm fast niemals auf die Umwelt, sie ist meist der Ausdruck *inneren* Fremdheitsgefühls; „manchmal ist es, als wenn ein anderer denkt“. Je wortreicher E. bei einzelnen Explorationen in seinen Klagen wurde, je weiter er ausholte, um seinen seelischen Zustand begreiflich zu machen, um so mehr kam in seinem anfänglich depressiv-mißmutigen Verhalten eine echte Ratlosigkeit zum Durchbruch, die gelegentlich in geradezu schizophren klingenden Formulierungen gipfelte. Inniger als bei E. kann das Ineinanderspielen von körperlichen Mißempfindungen und dem Zustand der Depression wohl kaum in Erscheinung treten!

Auf körperlichem Gebiet ist E. Pykniker, allerdings mit etwas succulentem Turgor. Starker Dermographismus, Hyperhidrosis, respiratorische Arrhythmie, fein- bis mittelschlägiger Tremor, geringer Exophthalmus. Etwas verlangsamte Senkung: 0/3/7.

Über den Verlauf ist kurz zusammengefaßt zu berichten, daß unter anfänglich völliger, dann halbtägiger Bettruhe und Gaben von Bellerгал bei eiweißarmer Kost in wenigen Wochen eine gewisse Beruhigung eintrat, vor allem schwand die agitiert-depressiven körperlichen Klagen bald bis auf die über den Kopf. Opium brauchte nur ganz vorübergehend in kleinen Dosen gegeben zu werden, dagegen waren Schlafmittel lange Zeit unentbehrlich. Nach knapp 2monatigem Klinikaufenthalt gab E. lästige Müdigkeit an; an Stelle des Bellerгал wurde Ergocholin gegeben. Nach wenigen Tagen war eine größere Spontaneität zu bemerken, die Müdigkeit schwand, der Kranke fühlte sich freier, wirkte in seinen Klagen nun manchmal mehr psychopathisch als depressiv. Nach der Entlassung in gebessertem Zustand kurz vor Weihnachten schrieb E. einen Brief an die Stationsschwester, in welchem er unter anderem meinte, in derartigen Fällen wie dem seinen könnte kein Arzt noch sonstwer helfen, sondern nur der eigene Wille. (Es ist wohl nicht zuviel gesagt, daß, wollte man einem Kranken mit hypochondrischen Inhalten dies vorschlagen, er befremdet, ja beleidigt sein würde und achselzuckend lächelnd zu einem anderen Arzt ginge.)

Auf eine katamnestiche Anfrage hin kam E. ein reichliches halbes Jahr später nochmals in die Klinik. Er klagte wieder über eine Leistungsunfähigkeit, die er nicht recht begründen konnte, er zeigte ein agitiert-depressives Wesen, starken Schweißausbruch, Haarausfall; der Grundzug seiner Klagen und Äußerungen war eine depressiv gefärbte Ratlosigkeit. Umschriebene schizophrene Einzelsymptome bot er nicht.

3. Otto Schl., geboren 18. 3. 14. — Familie: Von einer Belastung war nichts zu erfahren. Eltern leben und sind gesund. — Der Kranke selbst war außer Kinderkrankheiten immer gesund, hat in der Schule gut gelernt, war angeblich immer lustig und mobil, hatte viele Freunde, war gesellig, musizierte gelegentlich gern. Übte den Fischerberuf aus wie der Vater, galt als geschickt und recht fleißig. — Vor 4½ Jahren mußte er erstmalig mit der Arbeit aussetzen, weil er ohne Grund heftiges Herzklopfen bekam und sich am ganzen Körper unwohl fühlte. Dieser Zustand klang in wenigen Tagen ab, trat aber nach 2 Monaten verstärkt wieder auf, so daß Schl. zum Arzt gehen mußte, der leichte Herzschwäche feststellte. Nach 3wöchiger Bettruhe daheim kam Schl. ins Krankenhaus St. und wurde dort wegen Herzklappenfehlers behandelt. Im darauffolgenden Sommer, also 3 Jahre vor der jetzigen Erkrankung, wurde er in der Medizinischen Universitätsklinik G. 9 Wochen wegen Basedow behandelt und röntgenbestrahlt; die Bestrahlungen wurden dann in den folgenden 2 Jahren in längeren Zeitabständen wiederholt, letztmalig 9 Monate vor Beginn der jetzt zu schildernden Erkrankung. — Diese begann etwa 4 Wochen vor der Klinikaufnahme mit allgemeiner Unlust und Interesselosigkeit;

er habe keinen Menschen mehr sehen mögen, habe sich ins Bett gelegt, keinen Appetit gehabt, habe nicht schlafen können und oft weinen müssen. Außerdem habe er an Gewicht abgenommen. Öfters seien ihm Hitzewellen durch den ganzen Körper gegangen, er habe stark schwitzen müssen, habe Herzklopfen, Angstgefühl und ein seltsames Sausen und Heulen im Kopf gehabt, das kein eigentlicher Schmerz gewesen sei. Er habe auch in Wirklichkeit feste Gegenstände sich scheinbar bewegen sehen.

Bei der Aufnahme zeigte Schl. auf körperlichem Gebiet starke respiratorische Pulsarrhythmie, dabei keine Tachykardie, feinschlägigen Hand- und Fingertremor, leichtes Glanzauge und weite Pupillen, Dermographismus und schweißfeuchte, blasse Haut. Die Grundumsatzbestimmung hatte mit + 12% ein im wesentlichen normales Ergebnis. — Psychisch bestand ein schweres depressives Bild leicht agitiert-Prägung. Der Kranke äußerte Todes- und Vernichtungsgedanken; er meinte, daß die Arzneien gar keinen Zweck mehr hätten, da es mit ihm aus sei, seine Organe arbeiteten doch nicht mehr. Die Drüse am Hals drücke und arbeite nicht richtig. Alle diese Klagen wurden voller Ängstlichkeit, mit hastiger leiser, mühsam beherrschter Stimme vorgebracht. Sie bildeten den Inhalt fast aller Äußerungen des Kranken in den nächsten Wochen. Bei den Visiten richtete er sich mit ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck im Bett auf, klammerte sich am Arm des Arztes fest und äußerte seine Klagen, oft von leisem Weinen unterbrochen. Mehr und mehr traten dabei neben den allgemeinen Krankheits-, Unheilbarkeits- und Todesideen folgende Klagen hervor: „— — — ich fühle, daß meine Knochen ganz weich werden, besonders hier an der Nase und an der Stirn — — — die Gesichtsknochen haben ihre Form verändert, auch hier im Arm (zeigt hin) sind die Knochen ganz weich“. „Das Herz arbeitet nicht mehr richtig, es klopft immer anders mit der Atmung“. „Meine Knochen sind abnorm beweglich, sie können nicht gesund sein.“ — Im Laufe der ersten Woche der Klinikbehandlung blieb das agitiert-depressive Bild trotz Verabfolgung der verschiedensten Sedativa im wesentlichen unverändert, die Inhalte der Klagen bestanden aber mehr und mehr nur in den Angaben über körperliche Mißempfindungen und über die eben geschilderten Veränderungsgefühle. Auch in zahlreichen Briefen an seine Eltern berichtete er davon, daß er seinen Körper sich verändern fühle, daß man ihn noch einmal besuchen oder ihn heimholen solle; „ich merke es meinem Körper an, daß ich unheilbar bin“, „die Krankheit muß einen großen Zusammenhang mit den Knochen haben, die Schultern hängen mir so lose“, „Ihr glaubt nicht, wie mir alles kaputt ist — daß mir das Nasenbein im letzten Jahr dick geworden ist — ich fühle mich gar nicht mehr wie ein Mensch; ich fühle, daß mein Ende mir nahe ist. Es tut mir sehr leid, daß ich euch diesen Schmerz bereiten muß, das Bett schaukelt mit mir, ich kann mich kaum noch halten, das Herz ist so schwach, immer zum Aussetzen. Die ganzen Organe arbeiten mir so toll in dem Leib, es ist nicht mehr zum Aushalten. Die Schilddrüse versagt ihren Dienst. Der Appetit ist verschwunden. Ich habe so viel Angst vor dem Tod. Ich habe es schon immer gefühlt, daß ich nie wieder meine Heimatinsel zu sehen kriege. Kommt bitte sofort — — —“ usw. — Schließlich sei noch eine Äußerung über die Beziehungen zwischen den früheren Erkrankungen und der derzeitigen Depression wiedergegeben, die für die Verwurzelung der Klagen in den körperlichen Beschwerden und doch andererseits auch für den Eigencharakter der psychischen Krankheit spricht: „Ich hatte doch schon 4 Jahre dieselben Beschwerden, die ich jetzt habe, nur jetzt sind sie viel stärker. Aber ich habe niemals solch Todesgefühl gehabt wie jetzt. 4 Jahre habe ich gehofft, wieder besser zu werden, aber jetzt ist der Mut gänzlich geschwunden.“

Dabei war während des Verlaufs von dem Wiederauftreten einer eigentlichen Basedowschen Krankheit keine Rede; der Grundumsatz war auch bei Kontrolluntersuchung 4 Monate nach der Klinikaufnahme normal, ebenso die übrigen Ergebnisse der internistischen Nachuntersuchung. Es bestanden nach wie vor

lediglich die obengenannten vegetativen Stigmata. — Nur sehr langsam klang die Depression ab; 4½ Monate nach der Klinikaufnahme konnte der Kranke auf die offene Abteilung verlegt werden. Er zeigte noch gelegentliche kurzdauernde depressive Schwankungen, die regelmäßig durch Klagen auf körperlichem Gebiet eingeleitet und begründet wurden; „es muß doch mit meinen Knochen nicht in Ordnung sein, sie knacken und sind abnorm beweglich“. — Schl. wurde schließlich von seinem Vater gegen Revers abgeholt.

Es wurde der Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen endogener Depression gestellt, allerdings wurde auf die Bedeutung der körperlichen Symptome beim Zustandekommen des Krankheitsbildes hingewiesen und dem EG die entscheidende Bewertung anheimgestellt. Der Antrag wurde abgelehnt; die wissenswerten Sätze aus der Begründung seien hier wiedergegeben: „Wenn auch nicht zu verkennen ist, daß es sich bei Otto Schl. allem Anschein nach um eine endogene Depression handelt — — —, so hat das EG doch von einer Unfruchtbarmachung noch Abstand genommen, weil es sich bei Schl. um den ersten Anfall handelt und weil es durchaus nicht unwahrscheinlich ist, daß das Leiden, insbesondere das starke Hervortreten der Angstzustände, durch die zugrundeliegende *Basedowsche* Erkrankung veranlaßt oder stark beeinflußt sein kann.“

2 Jahre nach der Entlassung aus der Klinik teilte Otto Schl. auf Anfrage brieflich mit, daß es ihm seither gut gegangen sei, daß er beruflich voll tätig sei und auch schwere Arbeiten wieder wie vor der Zeit seiner Erkrankung leisten könne.

4. Frau Anna D., geboren 25. 8. 04. — Familie: Von einer Belastung ist nichts zu erfahren gewesen. — Sie selbst habe in der Schule gut gelernt, nach der Schulentlassung im Landhaushalt der Mutter gearbeitet, 1922 geheiratet und sei bis zum Sommer 1933 im allgemeinen gesund gewesen. Damals habe sie Erbrechen, Durchfall und Schwindelanfälle bekommen. Jetzt, Juni 1936, fühle sie sich kraftlos, vielleicht käme es von einem großen Schreck; sie verbessert sich aber dann gleich und meint, es käme von ihrem jahrelangen Magenkatarrh. Schon seit mehreren Monaten müsse sie meist zu Bett liegen, habe nachts oft erbrochen und unstillbares Nasenbluten gehabt. Seitdem habe sie ein Brennen im Hinterkopf und ein Gefühl, als ob sie auf den nackten Knochen läge, als wäre kein Fleisch und kein Blut auf den Knochen. Sie habe außerdem das Gefühl, als wären die Augen furchtbar trocken und als hätte der ganze Körper keinen Halt mehr, so daß sie nicht mehr gehen oder auftreten könne.

Auf körperlichem Gebiet bestand bei der Aufnahme kein wesentlicher krankhafter Befund, insbesondere auch nicht bei der neurologischen Untersuchung. Leichtes Glanzauge, sehr ausgeprägter Dermographismus, blasse Haut mit schlaffem Unterhautgewebe; Fettpolster wenig entwickelt; mäßige Tachykardie. — Auf psychischem Gebiet zeigte sich die Kranke klagsam und demonstrativ weinerlich; beim Beginn der Exploration jedesmal demonstratives Würgen und Rülpsen, dann aber auffallend geändertes Verhalten; sie spricht ganz vernünftig und geordnet, bringt ihre Klagen ohne irgendwelche hysterischen Begleiterscheinungen in einer echt depressiv wirkenden Weise mit leicht leiernder Sprache vor. Auf der Station liegt sie im Bett, zeigt eine ausgesprochene Leidensmiene, die aber manchmal etwas leer erscheint und bringt bei jeder Visite die gleichen Klagen über Appetitlosigkeit und Erbrechen, sowie über die verschiedenlichen Mißempfindungen im Körper vor. Das Erbrechen hört nach mehrtägiger Verabfolgung von Bellergal auf; die Klagen erstrecken sich jetzt wieder mehr auf die körperliche Schwäche. Gegen jede therapeutische Maßnahme (kalte und laue Bäder usw.) wehrt sie sich zunächst einmal mit theatralisch hervorgestoßenen Worten, leistet aber keinen nachhaltigen Widerstand, wie sie überhaupt in allen ihren Äußerungen Nachhaltigkeit und Zielstrebigkeit, sei sie auch nur hysterisch, vermissen läßt. Sie klagt besonders morgens über ihren Körper, sie könne nicht gehen, es sei, als habe sie kein Fleisch auf den Knochen.

„Ich kann doch gar nicht gehen, es ist, als wenn ich auf den bloßen Knochen ginge — — — ja, ich möchte bald nach Hause, ich bin doch gar nicht so krank — — — aber da meine Beine, da sind ja gar keine Knochen drin, es ist alles so weich und schlapp, als wenn die Knochen inwendig ganz weich wären.“ — Die Affektlage wechselt zwischen agitiert depressiv und läppisch heiter; besonders, wenn sie im Laufe des Tages bei der Arbeitstherapie mit herangenommen wird, meint sie mitunter, es gehe doch nun schon besser und hat dabei ein zutraulich läppisches Lächeln. Bei Explorationen zeigt sie jedesmal eine auffällige motorische Unruhe, nestelt an ihren Kleidern, zieht die Schuhe aus, um ihre Füße zu demonstrieren und immer wieder zu jammern und zu klagen, daß sie kein Blut und keine Knochen im Körper habe. Nachdem die oft sehr demonstrativen und von einzelnen, zweifellos hysterischen Zügen begleiteten Klagen im Laufe der Klinikbehandlung etwas abgenommen haben, zeigt sich als Kern des Krankheitsbildes noch eine deutliche Ratlosigkeit, ein Veränderungsgefühl in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit. Sie beteuert mit echtem Affekt, daß sie doch früher ein ganz anderer Mensch gewesen sei, sie sei 14 Jahre verheiratet, habe immer ihre Arbeit gemacht und ihre Kinder gut versorgt. Nun könne sie auf einmal nicht mehr arbeiten. Sie sei doch aber nicht faul, sie fühle sich nur so sehr schlapp und matt. Während ihr einerseits Hinweise auf die doch nun schon eingetretene Besserung gar keinen Eindruck machen (sie faßt das Gesagte gar nicht richtig auf, fährt in ihren Klagen fort), äußert sie andererseits selbst immer wieder spontane Entlassungswünsche. Sie wurde schließlich nach zweimonatigem Klinikaufenthalt in ärztliche Weiterbehandlung entlassen.

Auf eine Anfrage teilte sie 1 Jahr später brieflich mit, daß es ihr nach der Entlassung aus der Klinik eine Zeitlang ganz gut gegangen sei, daß sie auch ihren Haushalt versehen habe. Als ihr Mann wegen eines Jagdvergehens verurteilt worden sei, hätte sie wieder mit Magen- und nervösen Herzbeschwerden und Schwindelanfällen zu Bett liegen müssen. Auch unter Depressionszuständen leide sie noch gelegentlich, versuche aber aus eigener Kraft damit fertig zu werden, was ihr auch meist gelinge.

5. Frau Ida F., geboren 16. 3. 09. — Familie: Keine Belastung zu erfahren, Eltern früh an inneren Erkrankungen gestorben, 4 angeblich gesunde Geschwister. Die Kranke selbst war auf der Landschule eine gute Schülerin, nach der Schulentlassung in mehreren Stellen tätig, ohne besonders rasch aufeinanderfolgenden Wechsel. 1933 Heirat, seitdem ihren Haushalt versehen (2 Kinder), was ihr in der letzten Zeit recht schwergefallen sei. Infolge einer Erkrankung des Mannes, die sie ohnehin recht aufgeregt habe, habe sie neben ihrer Wirtschaft noch arbeiten müssen, um etwas zu verdienen. — Zu dieser Zeit seien auch körperliche Beschwerden aufgetreten, vor allem Würgen und Erbrechen morgens bei nüchternem Magen, dann auch 3 Wochen lang Durchfall. Einige Zeit später bekam sie nochmals nach heftigen Aufregungen (Erkrankung des Kindes) Erbrechen und Durchfall, so daß sie ins Krankenhaus Sch. kam. Dort habe sie schlecht geschlafen, die Beschwerden seien nicht besser geworden, so daß ihr Ehemann sie abholen mußte. Sie habe weiterhin Schmerzen, Brennen und Würgen im Halse verspürt, die Hände seien ihr abgestorben gewesen, sie habe nicht mehr gewußt, was sie vor Erregung anfangen sollte, so daß der Arzt sie schließlich der Klinik überwiesen habe.

Die aus der Vorgeschichte sich ergebende Verdachtsdiagnose einer Psychopathie und psychogenen Reaktion schien sich zunächst zu bestätigen, zumal die Beschwerden unter Elektrosuggestivtherapie bald abklagen. Auffallend waren, wie sich jetzt rückblickend sagen läßt, die mit eindringlicher Monotonie immer wieder vorgebrachten Klagen über die Mißempfindungen im Hals, Übelkeit und Erbrechen sowie die Angabe über das Abgestorbensein der Hände; für das bei einer anscheinend bisher praktisch tüchtigen Person etwas auffällige echte Versagen schienen ja psychogene Anlässe vorzuliegen. — Auf körperlichem Gebiet bestanden bei leptosomem Körperbau und blasser Haut mit schlaffem Subcutangewebe ein

hochgradiger Dermographismus und Tachykardie. Der Gesamteindruck war ausgesprochen der einer vegetativen Labilität.

Nachdem die Kranke aus der 2 $\frac{1}{2}$ Wochen dauernden Behandlung entlassen war, erschien sie nach 5 Monaten wieder in der Klinik. Kurze Zeit nach der Entlassung sei es wieder mit der Krankheit losgegangen: Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Unruhe im Leib und in der Brust. Für die schon längere Zeit von ihr bemerkte Gewichtsabnahme hatte auch eine längere Beobachtung in einem anderen Krankenhaus keinen Grund finden lassen. — Die Kranke gab ihre Beschwerden zwar in etwas demonstrativ erscheinender Weise an, eine ausgesprochen depressive Grundnote war aber wesentlich deutlicher als bei der ersten Klinikaufnahme. Insbesondere fiel auf die monoton-depressive Hartnäckigkeit der Klagen, es krampfte in der Herzgegend, der Magen schmerze usw. Die psychopathischen Züge schwanden mehr und mehr, die Kranke erschien willig und zugänglich, dabei aber still, antriebsarm, echt depressiv, äußerte gelegentlich die Befürchtung, nicht mehr gesund zu werden. Die körperlichen Klagen standen nach wie vor im Vordergrund.

Auf die Behandlung mit Bellerгал sprach sie innerhalb einiger Tage an, wurde etwas munterer und dabei ausgeglichener, beteiligte sich wieder an den gemeinsamen Arbeiten auf der Station, gab subjektive Besserung an und bat um baldige Entlassung. Nach 3 Wochen vorübergehende Wiederverslechterung, nach einigen Tagen aber wieder freier, äußert sich zuversichtlicher über ihre künftige Leistungsfähigkeit. Nach 4wöchigem Klinikaufenthalt vom Ehemann heimgeholt, aber schon am nächsten Tage nach einem Suicidversuch mit Phanodorm wiedergebracht. Nach Abklingen der Vergiftungserscheinungen gab die Kranke an, zu Hause sei alles „so anders“ gewesen, die Angehörigen hätten so weiße Gesichter gehabt und hätten sie so merkwürdig beobachtet. Sie habe sich innerlich sehr ängstlich und unruhig, so richtig nervös gefühlt, auch sei ihr Kind nicht zu ihr gekommen, als sie es habe füttern wollen. Außerdem seien die alten Schmerzen im Körper, die während der Klinikbehandlung ganz verschwunden gewesen waren, wieder aufgetreten. Der Besuch ihrer Arbeitgeberin am Tag der Klinikentlassung hätte sie schon aufgeregt gehabt; wie dann der Mann sie abholen gekommen sei, sei sie furchtbar ratlos gewesen. Heimlich habe sie sich gedacht, sie wolle es zu Hause einmal versuchen, und wenn es da nicht gehe, sich das Leben nehmen.

Frau F. war dann weiterhin gehemmt, monoton, antriebsarm; der Suicidversuch schien aus einer ausgesprochenen Ratlosigkeit entstanden zu sein. Ihr Versagen hatte die Kranke selbst deutlich und unangenehm empfunden, die körperlichen Beschwerden, für die immer und immer wieder keine umschriebene Ursache zu finden war, besaßen eine eindringliche Realität für sie. Im weiteren Verlauf des Klinikaufenthaltes trat dann wieder ein Wechsel des Krankheitsbildes mehr nach der „psychogenen“ Seite zu ein, mit demonstrativ wehleidigem Gebaren; allerdings behielten die körperlichen Klagen ihre Eigenart unverändert bei und wurden ohne sonderliche Übertreibung vorgebracht. Mitunter traten Zustände von unmotiviertem Weinen auf, dabei war die Kranke antriebslos und zunehmend affektlahm. Sie wurde schließlich unter der Diagnose Schizophrenieverdacht in die zuständige Provinzial-Heilanstalt verlegt.

Über den weiteren Verlauf ist zu berichten, daß sie dort zunächst weiterhin über Angstgefühle und schlechtes körperliches Befinden klagte. Sie gab an, ein komisches Gefühl in Armen und Beinen zu haben, so daß sie immer reiben müsse. Sie wird im Krankenblatt als leicht depressiv bezeichnet; „außer Klagen über Körpersensationen hypochondrischer Art“ sollen keine psychotischen Erscheinungen aufgetreten sein. — Nach einem Anstaltsaufenthalt von etwa 6 Wochen wurde sie zunächst beurlaubt, dann nach weiteren 4 Monaten gebessert entlassen.

Schließlich soll noch die Krankengeschichte eines Patienten wiedergegeben werden, welcher sichere Symptome einer Schizophrenie bot.

Die Klagen standen aber immer in engem Zusammenhang mit subjektiven oder objektiven körperlichen Zeichen, sie wurden niemals ohne Rückbeziehung auf das Körperliche geäußert, und es fehlten *rein psychische* Symptome. Seinem Typ nach gehörte der Kranke ebenfalls zu den vegetativ-dystonen Menschen. Obwohl der schizophrene Prozeß hier wohl schon längere Zeit besteht, die vegetativ-dystone Phase oder Episode also nicht, wie gewöhnlich, am Anfang der Erkrankung steht, läßt sich die eigenartige, enge Verknüpfung körperlicher Klagen mit den psychischen Auffälligkeiten recht schön verfolgen.

Willi Ad., geboren 15. 1. 13. — Über eine familiäre Belastung ist nichts zu erfahren gewesen. — Auf der Volksschule mäßig gelernt, dann 1927–31 im Malerberuf, Gesellenprüfung angeblich mit „Gut“ bestanden. Körperliche Erkrankungen: 1933 Sturz vom Rad mit Bluterguß im Knie; Polypenoperation; 1935 langwierige Gipsbettbehandlung in einem Berliner Krankenhaus wegen Spondylitis.

Nach der Entlassung von dort kehrte er nicht mehr in seinen Beruf zurück, sondern arbeitete bei seinem Schwager in der Landwirtschaft. Er gab an, damals sehr an Gewicht abgenommen zu haben, dabei sei ihm auch „duster im Kopf“ gewesen, er habe das Gefühl gehabt, als wenn er dauernd besoffen wäre. Besonders hätte ihn die Beobachtung belästigt und beunruhigt, daß er sich nicht mehr „mit anderen Menschen auseinandersetzen“ konnte, daß alles, was er sagte, „anders geklungen“ habe. Er trinke von Zeit zu Zeit stark, schon seit seinem 21. Lebensjahr; wenn er Alkohol getrunken habe, so gehe es ihm besser, dann sei ihm alles nicht mehr so fremd erschienen. Im Gegensatz hierzu äußerte er dann aber auch wieder, er müsse sich des Alkohols enthalten, er bekomme einen schweren Kopf davon. — Er komme in die Klinik, weil es mit den Nerven nicht ganz in Ordnung sei, er könne das schwer schildern, es sei so „trübe im Kopf“ gewesen. Der körperliche Befund zeigte einen jungen Mann von mittlerer Körpergröße; muskulärer leptosomer Typ mit zarter Haut, Neigung zu jähem flüchtigen Erröten und zu Hyperhidrosis; deutlicher Dermographismus; hohe Blutdruckamplitude (175/60), leichte Tachykardie mit starker respiratorischer Arrhythmie. Senkung nicht verlangsamt (0/9/22 mm nach *Westergreen*). Sehr lebhaftes Sehnen- und Periostreflexe. — Im Spontanverhalten von verhaltener Sperrung, manchmal geradezu negativistisch, vereinzelt auch explosiv-lebhaft. Den Inhalt mancher Fragen griff er mit Bereitwilligkeit, ja geradezu mit einer gewissen Erleichterung auf; so bejahte er sofort die Frage nach dem Hören von Stimmen, gab aber dazu die etwas unsichere Erklärung, ihm seien beim Arbeiten seine eigenen Bewegungen so fremd vorgekommen, und er nehme an, daß das Stimmen gewesen seien. — Im Laufe des Klinikaufenthaltes änderte sich der Zustand objektiv wenig, nur ließ die Sperrung etwas nach und machte einem gleichmäßig stillen, eher mit gehemmt zu bezeichnenden und fast depressiv wirkenden Bild Platz. Bei den verschiedenlichen Explorationen war immer besser mit dem Kranken in Kontakt zu kommen, er gab ausführlich Auskunft, wenn auch immer mit einer gewissen Ratlosigkeit. Seine Klagen bezogen sich fast ausschließlich auf das körperliche Gebiet. Ob er traurig sei oder gewesen sei, weiß er nicht zu sagen; „traurig — ja, — man könnte aber auch das Gegenteil sein Angst hatte ich, daß das Natürliche nicht da ist, in körperlicher Beziehung“. Die Glieder seien ihm fremd, „als ob die Kraft da nicht richtig drin sei“, er habe lästigen Schweißausbruch und Herzklopfen bekommen. Angefangen habe das so richtig in diesem Frühjahr, es sei aber schon seit 2 Jahren nicht so ganz in Ordnung mit ihm. Wiederholte Fragen nach Halluzinationen wurden ganz ähnlich beantwortet wie oben schon angegeben. Er vermischte bei dem Versuch, die ihn erfüllenden sonderbaren Vorgänge und Erlebnisse zu schildern, in uneinfühlbarer

Weise die Sinnesqualitäten, sprach wieder davon, daß er Stimmen aus seinen eigenen ihm unnatürlich vorkommenden Bewegungen heraushöre, daß dies aber auch seine eigene Stimme gewesen sein könne. Er habe auch ein fremdes Gesicht gehabt, einen ganz falschen Gesichtsausdruck. — Über seine Krankheit habe er sich viel Gedanken gemacht, vielleicht sei sie von der Wirbelerkrankung hergekommen, und zwar in der Art, daß er körperlich zu schnell gesund geworden sei und daß die Nerven dann nicht mitgekommen seien. — Unter eiweißarmer Kost, Arbeitstherapie und Beller-galgen trat eine subjektive Besserung ein; der Kranke gab an, sich freier zu fühlen und bat auch spontan um Fortsetzung der Behandlung; vor allem sei der Schlaf besser geworden. Zwar änderte sich die affektlahme Art, mit der Ad. den doch recht massiven subjektiven Störungen gegenüberstand, nicht wesentlich, die Klagen auf körperlichem Gebiet schwanden aber völlig, und es war erstaunlich zu beobachten, wie damit überhaupt ein subjektives Gesundheitsgefühl einherging.

Die Angaben zur Vorgeschichte, die unklar geschilderten und absonderlich gedeuteten Halluzinationen, das ganze Zustandsbild trugen ein recht eindeutig schizophrenes Gepräge, ohne daß sich während der knapp 4wöchigen klinischen Beobachtung beweisende Symptome in absoluter Eindeutigkeit ergaben. Die Klagen erstreckten und bezogen sich immer wieder auf die körperliche Sphäre, aber in einer Weise, die eine diagnostisch bedeutsame affektive und assoziative Lockerung verriet. Man konnte im einzelnen im Zweifel sein, ob man haptische Halluzinationen mit irgendwelchen zufälligen Lokalisationen oder tatsächliche konstitutionell begründete Mißempfindungen vor sich hatte. Die Art namentlich der anamnestic angebenen Beschwerden läßt eher auf das letztere schließen; Empfindungen aus der körperlichen Sphäre wurden zu psychischen Inhalten — nicht ihrem normalen Erlebniswert gemäß, sondern mit einer durch ihr konstitutionell bedingtes Gewicht und durch die inneren Fremdheitsgefühle veränderten Bedeutung. So konnte man bis in die inneren Fremdheitsgefühle eingreifen, wenn man durch diätetische und medikamentöse Beeinflussung der körperlichen Dystonie einen Teil des Stoffes der Mißempfindungen beseitigte.

Bevor ich mit der Besprechung der psychopathologischen Einzelheiten beginne, sei die Bedeutung der einzelnen Fälle kurz zusammengefaßt und auch auf die Frage der Therapie eingegangen.

Die erste Hauptgruppe, über die schon früher als „vegetativ-dystone Depression“ berichtet wurde, stellt eine somatisch in bestimmter Weise gekennzeichnete Art von depressiver Phase dar, eine meist verhältnismäßig leichte Sonderform von endogener Depression, bei welcher die Anlaßbewertung, die Frage eines psychogenen Krankheitsbildes besonders schwierig sein kann, da der vitale Charakter der Psychose unter mehr oder weniger diffusen Klagen über körperliche Beschwerden verborgen steckt, da ferner der psychogene Überbau noch durch ergebnislose internistische Untersuchungen gestützt oder unterstrichen wird. In so schweren Fällen wie bei Schl., die aber wohl zu den Ausnahmen gehören, kann wohl keinen Augenblick ein Zweifel über den endogenen Charakter der Krankheit bestehen; zugleich zeigt dieser Fall so recht eindrucksvoll die Parallelität oder besser Gleichgewichtigkeit der körperlichen und psychischen Symptome

Die zweite Hauptgruppe ist von der ersten im Erscheinungsbild nicht wesentlich verschieden, der Unterschied liegt lediglich im weiteren Verlauf, der dem Krankheitsbild eine andere diagnostische Wertigkeit

verleiht. Es handelt sich um Erkrankungszeiten mit psychischem Wirksamwerden vegetativer Dystonie, wie sie Schizophrenien einleiten oder ihnen episodisch vorausgehen können, wenn die Kranken die entsprechende Körperkonstitution besitzen. Will man den Ausdruck „Phase“ vermeiden, so erscheint, da man ja auch noch nicht von Schüben sprechen kann, die Bezeichnung „episodisch“ recht glücklich, wie sie *Burger* für gewisse präschizophrene Versagenszustände angewendet hat.

In erster Linie therapeutisch wichtig sind naturgemäß die eigentlichen Phasen. Die günstige medikamentöse Beeinflussbarkeit vegetativer Dystonien ganz allgemein ist bekannt. Durch regelmäßige Medikamentgaben über längere Zeiträume hinweg ist eine gewisse vegetative Dämpfung oder Umstimmung des

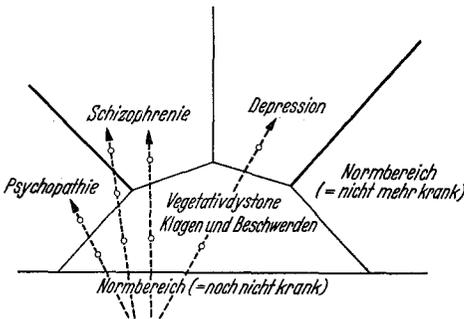


Abb. 1. Schema zur Erläuterung der Rolle der vegetativ-dystonen Störungen und Beschwerden als unspezifisches Durchgangsstadium bei der Diagnostik. Die Pfeile stellen gewissermaßen den Gang der diagnostischen Erwägungen dar, nicht so sehr den Verlauf, da ja das Bild der Depression und das vegetativ-dystone Syndrom sich überdecken können, da andererseits auch schon schizophrene Symptome oder psychopathische Züge zusammen mit den vegetativ-dystonen Erscheinungen vorkommen können.

Organismus zu erreichen, die oft durch eine entsprechende Diät noch unterstützt werden kann. Es zeigte sich nun, daß die psychischen Erscheinungen von dieser pharmakologischen Beeinflussung weitgehend miterfaßt werden — im Gegensatz z. B. zu den echt hypochondrischen Depressionen des höheren Lebensalters, im Gegensatz auch zu körperlich unbeeinflussbaren, ja beziehungslosen haptisch-halluzinatorischen Erlebnissen. Mit der Dämpfung der somatischen Erscheinungen

und Beschwerden bessert sich dann auch die depressive Affektlage, nicht nur im reaktiven Bereich, sondern anscheinend bis in die vitalsten Schichten hinein.

Was die Medikamentverordnung betrifft, so wird man sich die Tatsachen der Pharmakologie des vegetativen Nervensystems immer vor Augen halten müssen, wie sie in ihren neueren Ergebnissen oben schon kurz umrissen wurden. Das Krankheitsbild der Vegetativ-Stigmatisierten ist eine komplexe Störung im autonomen Nervensystem und erfordert ein medikamentöses Angreifen am Vagus und Sympathicus, gegebenenfalls ergänzt durch auf den Hirnstamm mit seinen vegetativen Zentren wirkende Mittel (*Leu*). Die Arzneimittelindustrie hat dem bereits durch die Herstellung recht brauchbarer und gut bewährter Medikamentkombinationen Rechnung getragen, in denen die Belladonna-Alkaloide, Ergotamin, Cholin und Luminal vertreten sind. Die ausgedehnteste Verwendung findet wohl das Bellergal (Sandoz), welches Gynergen (Ergot-

amin), Belladonna und Luminal enthält; will man die zentral-sedative Wirkung verstärken, so kann man Luminaldosen in der nachgewiesenermaßen recht wirksamen Form des Belladonal hinzufügen (*Schmidt-Ott*). Einen Antagonismus hierzu scheint nach unseren bisherigen Erfahrungen das Ergocholin (Diwag) zu entfalten, welches das vaguswirksame Acetylcholin enthält und nach hinreichender Beruhigung des Kranken unerwünschtes Müdigkeitsgefühl günstig beeinflusst. Wie dies theoretisch-pharmakologisch zu erklären ist, muß vorerst dahingestellt bleiben — liegt doch ein scheinbarer Widerspruch zu der geschilderten Cholinwirkung in der Tatsache, daß der Schlaf die vorwiegend parasymphatisch getönte Funktionslage des Organismus ist! Wie nach den alten Vorstellungen von Sympathicus und Parasympathicus als Antagonisten ja überhaupt die nach unseren heutigen Anschauungen durchaus zulässige, ja gebotene gleichzeitige Gabe scheinbarer Antidoten widersinnig wäre, so kann auch die Medikamenttherapie auf diesem Gebiet vorerst noch weitgehend als empirisch gelten, besonders wo es sich um auf psychischem Gebiet wirksam werdende Dystonien handelt. Der empirische Charakter der Therapie liegt in der Natur der Störung, deren einzelne Komponenten nicht zu trennen sind, verwurzelt — dies gilt für die vegetative Stigmatisierung im allgemeinen wie für unsere Kranken im besonderen. Auch die Frage der geeignetsten Diät läßt sich nur mit Vorbehalt generell beantworten. Wo die vegetative Stigmatisierung dem nahekommt, was man als B-Typ bezeichnet, wird die Eiweißzufuhr zweckmäßigerweise eingeschränkt. Die Kranken empfinden bald eine günstige Wirkung, mitunter haben sie auch selbst schon instinktiv zu diesem Regulierungsversuch gegriffen.

Ist die Therapiefrage, die ursprünglich der fast zufällig zu nennende Ausgangspunkt für die Fragestellungen dieser Arbeit gewesen war, von eigentlich praktischer Bedeutung nur bei der ersten Erkrankungsgruppe, den Phasen, so liefert sie bei den episodischen Dystonien mit präschizophrener Bedeutung gewissermaßen die Probe aufs Exempel. Auch diese letzteren müßten ja medikamentös-therapeutisch in vollem Umfange, d. h. auf körperlichem *und* psychischem Gebiet einflußbar sein. Man müßte, wenn die Ansicht von der intensiven nosologischen Verquickung der hier behandelten somatopathischen Konstitution und der psychischen Erkrankung im Grunde richtig ist, mit der Dämpfung der konstitutionsbedingten körperlichen Mißhelligkeiten die auf sie bezugnehmende psychische Situation irgendwie beeinflussen, einzelne Symptome (wir nehmen vorweg: die Depersonalisationserlebnisse) in ihren körperlichen Unterlagen wie in ihrem intrapsychischen Bestand angreifen können. In der Tat reagieren die Kranken, für die der 5. von den hier berichteten Fällen ein Beispiel ist, in ihrem psychischen Allgemeinbefinden meist erstaunlich gut auf die medikamentöse und diätetische Behandlung.

Damit ist unter Umständen auch eine brauchbare Grundlage für eine psychotherapeutische Hilfe gegeben, die gerade Schizophrene im Beginn

der Erkrankung oft sehr drängend von uns verlangen. Einmal wird man sich diesem Verlangen nicht entziehen können, ohne Rücksicht auf die, was den endgültigen Heilerfolg betrifft, Vergeblichkeit unseres Bemühens; andererseits aber hat die medikamentöse Unterbauung etwaiger Psychotherapie bei allen Fällen der ersten Gruppe erhöhte Bedeutung. Auf die gute Ansprechbarkeit, die für eine psychotherapeutische Einwirkung günstige Empfindlichkeit („ansprechbar empfindlich“, nicht „paranoid- oder sensitivempfindlich“) der Vegetativ-Dystonen wurde schon in einer früheren Veröffentlichung zu diesem Thema hingewiesen.

Nach der Besprechung der therapeutischen Möglichkeiten wenden wir uns den psychopathologischen Fragen zu und beantworten die oben schon einmal kurz aufgeworfene Frage nach der der vegetativ-dystonen Konstitutionen affinen psychischen Störung damit, daß es sich um eine bestimmte Art von Depressionen handelt. — Die Erkrankungen sind phasenhaft wie die gewöhnlichen endogenen Depressionen. Sie enthalten auch sonst deren typischen Klagenkomplex: Schlaflosigkeit, traurige oder ängstliche Stimmung, Denkhemmung oder doch zumindest Klagen über Gehemmtheit, Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Selbstvorwürfe. Dazu treten nun die meist im Vordergrund stehenden Angaben über körperliche Mißempfindungen, die oft in so lebhaft affektbetonter Weise und zugleich oft so wenig präzise vorgebracht werden, daß zunächst der Eindruck einer psychopathischen Verstimmung von vorwiegend hypochondrischer Prägung entstehen kann. Dieser Eindruck findet dann manchmal noch eine Stütze in einem Nachlassen der beruflichen Leistungsfähigkeit, für die die Kranken als Begründung neben den körperlichen Mißempfindungen oft allerlei zur Erklärung heranziehen, bzw. aus einer gewissen körperlich unterbauten Ratlosigkeit zu Erklärungsmöglichkeiten greifen, die ihnen bei der Exploration angeboten werden. Es können gerade bei diesen Kranken, um eine Formulierung *K. Schneiders* zu gebrauchen, seelische Scheinmotive das Primärvitale überdecken.

Beschäftigen wir uns zunächst weiter mit den Anklängen ans Psychopathische. Hierbei ist vor allem Gewicht zu legen auf die Art des Nachlassens der Leistungsfähigkeit, auf die akute Änderung in der sozialen Brauchbarkeit des Kranken. Ist diese Änderung ein *echtes* Versagen, das heißt ein Versagen im Sinne eines Verlustes von bisher besessenen Leistungs- und Kontaktqualitäten, nicht eine Wiederholung und Modifizierung schon früher vorhandener, in der Persönlichkeit liegender asozialer Auffälligkeiten, so ist mit der Diagnose Psychopathie größte Zurückhaltung geboten. Wie ich a. a. O. schon einmal ausführte, liegt im Versagen auch immer ein gewisser Mangel an kritischer Wertung des Nichtmehrkönnens. Haben wir in dieser Lücke der kritischen Wertung einerseits bei den beginnenden Schizophrenien eine der Wurzeln der Ratlosigkeit gegenüber dem einsetzenden Leistungs- und Bezugsverlust zu sehen, so finden wir andererseits bei unseren Kranken diese Lücke vom

Körperlichen her ausgefüllt. Ihre somatopathische Konstitution liefert ihnen Stoff für die depressiven Klagen, die lästigen vegetativen Stigmata rücken in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Sie treten aber nur als zeitweilig empfundene störende Einzelercheinungen ins Bewußtsein, nicht als eigentliche Krankheit, nicht als einheitliches neues Geschehen, welches dem Kranken selbst als Erklärung für seine auf körperlichem und seelischem Gebiet gestörte Leistungsfähigkeit genügen könnte. Dem Kranken reichen dann bei seinem unbestimmten Krankheitsgefühl die körperlichen Mißempfindungen zur Erklärung nicht aus, besonders wenn die eingehende Untersuchung der einzelnen Organe keinen umschriebenen Befund zutage gefördert hat. — Oft tritt dann noch das vermeintliche psychische Trauma hinzu, die „scheinbare psychogene Ursache“ des Krankheitsbildes, wie z. B. in dem Fall der Frau Ida F. Wo der Psychiater mit vegetativ-dystonen Kranken zu tun bekommt, begnügt er sich oft mit der Feststellung, daß es sich eben um auf körperlichem wie psychischem Gebiet labile Menschen handelt, um verhältnismäßig gutartige Exemplare von Psychopathen, denen man ihre Empfindlichkeit schon an der körperlichen Konstitution anmerkt. Nun, mit einer einfachen bildlichen Parallelsetzung kommt man in diesen Fällen meist nicht aus, ebensowenig wie man sagen kann, der Allergiker sei eben auch psychisch allergisch. — Die Entwicklung eigentlicher Psychosen aus der somatopsychischen Gesamteigenart solcher Kranker führt dann zur Revision der Psychopathiediagnose — die bei anderer Betrachtungsweise von vornherein nicht gestellt worden wäre. Es ist natürlich darauf zu achten, daß die geäußerten Klagen auch wirklich eng an das Somatische gebunden und nicht restlos reaktiv erklärbar sind. Wie jeder Mensch, *kann* auch der vegetativ-dystone eine hysterische Reaktion zeigen, kann mit Pseudodemenz auf eine unliebsame juristische Angelegenheit reagieren oder zur Erlangung einer Rente sich auf ein altes Magenleiden besinnen. Aber die Bewertung des Anlasses auch durch den Untersucher muß bei allen zunächst unklaren Verstimmungs- und Depressionszuständen mit derselben Skepsis und Vorsicht geschehen, wie vergleichsweise bei auslösenden seelischen Anspannungen und Erschütterungen vor dem Beginn typischer endogener Psychosen. Man wird so bei den vegetativ-dystonen Depressionen häufig genug finden, daß die zunächst wesentlich erscheinende spontan angegebene oder herausgefragte psychogene Ursache nur dem inneren Kausalitätsbedürfnis der Patienten entspricht, die ja meist ohne Rücksicht auf die soziale Schicht, der sie angehören, seelisch differenzierte Menschen sind.

Gerade diese ihrer Konstitution eigentümliche seelische Differenziertheit macht diese Leute auffällig und rückt sie in die Nähe der Psychopathen, ohne daß doch bei genauerer Betrachtung wie bei diesen der Grundzug der Geltungssucht oder andere schlechthin psychopathische Merkmale ihrer seelischen „Schwierigkeit“ innewohnen. Das Bedürfnis

nach innerer Stellungnahme führt einmal zum Auftauchen und Bewußtwerden von allerlei affektbetonten Erlebnissen aus der Vorgeschichte, die möglicherweise an der Erkrankung Schuld sein könnten; zum anderen zwingt sie auch zur Beschäftigung mit den subjektiv so erheblichen körperlichen Mißhelligkeiten.

So resultiert aus dem Zusammentreffen einer leicht autistisch orientierten seelischen Differenzierung mit starker körperlicher und seelischer Empfindlichkeit einerseits und aus der an allerlei subjektiv merklichen Symptomen reichen Körperkonstitution andererseits dann meist das, was man auf den ersten Blick hypochondrische Klagen oder Gedankengänge zu nennen geneigt ist. „Hypochondrische endogene Depression“ wird bei solchen Kranken, wenn bei ihnen überhaupt eine Psychose angenommen wird, wohl am ehesten die Krankheitsbezeichnung lauten. Sie erscheint uns bei unseren Fällen ungeeignet, ja grundsätzlich falsch. Mit „hypochondrisch“ wird doch immer der Begriff der gegenstandslosen Befürchtung verbunden, der Projektion von unlustbetonten seelischen Vorgängen in die körperliche Sphäre. Wie liegen die Dinge nun, wenn eine durch zahlreiche subjektiv merkbare und störende Auffälligkeiten ausgezeichnete Körperkonstitution den Betroffenen immer wieder in seinem Befinden beeinträchtigt, in seinem vitalen Behagen hindert? Zweifellos muß auch vom Psychischen her eine Komponente da sein, welche die Erscheinungen, die „Stigmata“, zu Beschwerden werden läßt, denn es gibt ja sehr viele psychisch gesunde Vegetativ-Stigmatisierte (*Mauz*), auch solche, die trotz der *Symptome* keine *Beschwerden* haben. Werden es doch welche, so geschieht dies nicht aus „hypochondrischen“ Gedankengängen heraus, sondern die aufs Körperliche bezogene depressive Äußerung setzt sich in ihrem Ursprung aus zwei gleichwertigen Wurzeln zusammen, wenn nicht sogar die depressive „Klage“ zurücktritt hinter dem objektiven oder objektiv in der Konstitution begründeten „Symptom“. Es erscheint geboten, zwischen diesem Sachverhalt und den eigentlich hypochondrischen Angaben und Ideen scharf zu unterscheiden. Dies spielt eine Rolle bei der Abgrenzung einmal gegenüber den Psychopathen, zum anderen gegenüber den echten hypochondrischen Depressionen.

Hierbei muß noch einmal auf die Frage eingegangen werden, wo und wie die Therapie einzusetzen hat. Echte hypochondrische Beschwerden wird man ja im allgemeinen nicht mit Erfolg dadurch behandeln, daß man sich dem Projektionsgebiet der Klagen zuwendet. Einem an einer Depression erkrankten 45jährigen, der der Ansicht huldigt, er habe infolge irgendeines jugendlichen Exzesses nun eine geheime schwere Krankheit behalten, die ihm langsam die Leber aushöhle und den Magen verenge, wird man nicht damit helfen, wenn man ihm das normale Ergebnis von Leberfunktionsprüfungen verständlich macht und ihn nachdrücklichst über seine normazide Säurekurve und das einwandfreie Röntgenbild des Magens belehrt! Man wird sich wohl meist sogar hüten, den zufälligen

Gegenstand hypochondrischer Inhalte mit dem Scheinwerfer des ärztlichen Hinweises noch mehr zu beleuchten, als es der Kranke schon mit dem Licht der eigenen Aufmerksamkeit tut. Medikamentös behandelt man dann ja auch nicht die hypochondrischen Inhalte, sondern die Depression. Ganz anders beim Vegetativ-Dystonen. Hier greift die Medikamentenwirkung ja auf dem Gebiet der körperlichen Auffälligkeiten an, ohne daß sie deshalb symptomatisch genannt werden kann — sie ist eine „Radikal“therapie, denn sie wendet sich an eine der beiden Wurzeln der Erkrankung.

Wenn also die Bezeichnung „hypochondrisch“ für die Art, wie sich das Ich mit den Krankheitserscheinungen auseinandersetzt, in unseren Fällen nicht anwendbar erscheint, wie vollzieht sich dann die Stellungnahme zu den psychisch aktiv gewordenen körperlichen Mißhelligkeiten? Wie können wir die somatopsychischen Beeinträchtigungsgefühle nennen, die uns aus den Schilderungen unserer Kranken immer wieder entgegentreten? Als Antwort auf diese Fragen scheint die Anwendung der Bezeichnung „Depersonalisation“ (Dp.) geeignet. Die folgenden Darlegungen sollen dies näher begründen. Die auffallend vielseitige Verwendung dieses Wortes läßt auf eine uneinheitliche Begriffsbestimmung schließen. In der Tat ist es schwer, aus dem zu dieser Frage entstandenen Schrifttum ein diesbezügliches einfaches Fazit zu ziehen, welches uns die klinische Verwendbarkeit des Begriffs erleichtern könnte. Die über die Dp. entwickelten Theorien (*Bergson, Schilder, Dugas, Giese, G. E. Störing*) und die Auseinandersetzungen hierüber liegen vorwiegend auf rein psychologischem Gebiet. Ein ausführliches Eingehen auf diese Fragebereiche würde den Rahmen dieser aufs Klinische abzielenden Arbeit bei weitem überschreiten. Auf die entsprechenden Veröffentlichungen kann nur verwiesen werden. Die psychoanalytische Schule hat den Begriff Dp. leider nur zu ausgiebig aufgegriffen und in zahlreichen Arbeiten in verschiedensten Richtungen zu verwenden und zu deuten versucht, wobei es sich meist um recht willkürlich erscheinende Namensgebungen handelt („Voyeurlust“ *Bergler* und *Eidelbaum*; „mißlungene Sublimierung“ *Entz*; „ängstliches Suchen der verdrängten Sexualtriebe nach dem eigenen Ich“ *Hesnard*). Sogar eine offensichtlich schizophrene Wahnidee mußte zur Darlegung von Dp. als Zwang zu einer sexuell bedingten Blindheitssymptomatik herhalten (*Gutheil*).

Es fehlt aber auch nicht an Versuchen, den Begriff der Dp. in unsere klinische Vorstellungswelt einzubauen. *Mayer-Groß* hat darauf hingewiesen, daß das Symptom dann diagnostisch wertvoll werden kann. Vom hirnpathologischen Standpunkt aus hat sich *Valkenburg* hierzu geäußert. *Frank* berichtete über Dp.-Erscheinungen bei Hirnerkrankungen; in unserem Fragenzusammenhang besonders wichtig erscheinen Beobachtungen von *Hewyer, Dublineau* und *Serin*, die solche Erscheinungen bei Encephalitikern beschrieben. Endlich muß noch eine mir

im Original leider nicht zugängliche Arbeit von *Mira* erwähnt werden, laut welcher bei 3 Fällen von internen Erkrankungen mit plötzlich aufgetretenen Dp.-Syndromen diese durch Behandlung der Grundkrankheit zum Verschwinden gebracht werden konnten.

Den wesentlichen Grundzug derjenigen Arbeiten, die sich unter Abkehr von der Erörterung rein psychologischer Theorien der Frage einer klinischen diagnostischen Benutzung zuwenden, bildet der Hinweis auf die enge Verknüpfung der psychischen Störung der Dp. mit der somatischen Sphäre. *Mayer-Groß* betont, daß die Theorie der Dp. meist, von Anomalien einzelner Funktionen des Ich ausgehend, auf herausgegriffenen Details des Syndroms aufgebaut wurden, ohne daß das konkrete klinische Material als Ganzes betrachtet worden sei. Die Mehrzahl der von ihm beschriebenen Fälle waren Depressionen; bei einer Reihe von ihnen wird von einer Neigung zu Ohnmachten berichtet, was einen vorsichtigen Rückschluß auf eine vasolabile Körperkonstitution zuläßt! Es schlägt ferner eine Brücke zu unseren Beobachtungen, wenn er das Durchschnittsalter seiner Kranken mit 26—27 Jahren angibt. Das Dp.-Geschehen ist ausdrücklich unter dem Gesichtswinkel der Körperkonstitution meines Wissens bisher noch nicht betrachtet worden. Nach *Mayer-Groß* muß für das Syndrom als Voraussetzung das Stadium geringer Intensität der Psychose gefordert werden, und es muß erklärt werden als vorgebildete funktionelle Antwort des Gehirns, als charakteristische Reaktionsform des Zentralorgans. Daß man bei der Untersuchung von somatopsychischen Zusammenhängen heute unter „Zentralorgan“ auch das vegetative System im weitesten Sinne verstehen muß (*Hoffmann*), wurde a. a. O. schon erwähnt. So ergibt sich, fast möchte man sagen: naturnotwendigerweise, die somatopathische Konstitution mit ihren psychischen Störungen als Spielfeld des Dp.-Syndroms.

Es soll nun noch versucht werden, die möglichst umschriebene und damit vielleicht bequemere und eindeutige klinische Verwendung des Begriffs durch die Abgrenzung gegenüber verwandten Erscheinungen oder solchen, die man vielleicht auch Dp. nennen könnte, zu erleichtern. Wenn es zwar für den Psychologen möglich ist, Veränderungsgefühle bezüglich der Umwelt u. ä. oder auch Veränderungen der Bewußtseinslage mit in den Begriff der Dp. einzubeziehen, so erscheint für den Kliniker eine solche unscharfe Abgrenzung nicht angängig, weil für ihn die genannten Nachbarbegriffe schon in ganz bestimmter Weise besetzt und definiert sind. Man versuchte sich dabei mit der Abtrennung der „Derealisation“ von der Dp. zu helfen, um der Tatsache des Geschlossenbleibens der Persönlichkeit und der Projektion des Andersseins in die Umwelt Rechnung zu tragen. Von Dp. sollte man nur dann sprechen, wenn die *Geschlossenheit des Ichgefühls verloren geht*, indem an bestimmten Stellen der Persönlichkeit, und zwar in der vegetativen Sphäre, d. h. in der Schicht der unbewußten zentralen Vertretung des Körperlichen,

durch Fremdheits- oder Veränderungsgefühle eine Lücke entsteht. (Die Bezeichnung Lücke ist dabei nicht etwa so zu verstehen, als ob ein Defekt wahrgenommen würde; lückenhaft ist nur die intakte Selbstverständlichkeit des Ichgefühls geworden.)

Damit fallen alle psychopathologischen Vorgänge, die das Ichgefühl, sei dieses auch in die schwersten krankhaften Vorgänge verwickelt, als solches intakt lassen, für die Dp. weg, alle Wahnideen und Halluzinationen, auch alle Fremdheitsgefühle die sich nicht auf Bestandteile der eigenen Person beziehen.

Zur Erzielung einer bildlichen Anschaulichkeit sei hier das Wort „Persona“ benutzt. Ethymologisch ja von den Sprechtrichtern der Schauspieler des antiken Theaters hergeleitet, sei der Begriff des „Durchklingens“ hier übertragen, bildlich gedeutet als eine Schwingung, eine die horizontalen Schichten des Individuums vertikal verbindende Tatsache, die in dem gemeinsamen Funktionieren (sonare) liegt. *Hoffmann* benutzt bei seinen Ausführungen über die geschichtete Persönlichkeit das Bild eines polyphonen Musikwerkes, um die Bedeutung der vitalen Wurzeln einer endogenen Depression zu versinnbildlichen. Wir gebrauchen und ergänzen hier dies Bild unter Hinzunahme des „personare“-Geschehens, der in allen klingenden oder pausierenden Stimmen, d. h. in allen Schichten bedeutsamen Gemeinsamkeit des Musikwerkes, also des Organismus. Dp. wird dann bemerkt, wenn in einer der Stimmen, etwa im Tenor der somatisch-vegetativen Sphäre Töne oder Motive auftauchen, die für die anderen Stimmen fremd und störend sind, deren Klangwert und damit den des Ganzen beeinträchtigen oder verändern.

Dp. ist also ein Verlust der Geschlossenheit des Ichgefühls ohne Veränderung der Bewußtseinslage im gewöhnlichen klinischen Sinne. Das Bewußtwerden dieses Verlustes ist für die Begriffsbestimmung wesentlich. *v. Gsellsattel* zeigte kürzlich an einem recht eindrucksvollen Krankheitsfall, daß dieser Vorgang dann besonders deutlich und für den betreffenden Kranken quälend ist, wenn das Ichgefühl allmählich wiederkehrt und gewissermaßen — wie das ja auch sonst psychologisch nicht ungewöhnlich ist — der Schrecken nach dem Schreckerlebnis, die Krankheit nach ihrem Überstehen so recht empfunden wird. Bewußtwerden des Verlustes des Ichgefühls, in dem von *v. Gsellsattel* geschilderten Sinne, bedeutet aber nun sinngemäß nichts anderes, als daß der Verlust nicht ganz vollständig ist, daß innerhalb der Persönlichkeit Spannungen zwischen einzelnen Teilen des Ich bestehen. Es sei hier auch an die „geringe Intensität der Psychose“ (*Mayer-Groß*) erinnert. „Nicht vollständig“ ist der Verlust des Ichgefühls aber auch am Anfang einer Erkrankung, wenn gewisse Körperteile oder Organsysteme, die an sich nicht krank sind, sich infolge der konstitutionellen vegetativen Dystonie bemerkbar machen. Es treten Dinge aus einer sonst unbemerkten Schicht ins

Bewußtsein, es treten also „schichtfremde“ Erscheinungen auf. Die Kraft der Aufmerksamkeit ist vorhanden, aber in ihrer Zielstrebigkeit gestört — wie *Dugas* die pathologische Form der Dp. gekennzeichnet hat.

Es liegt nahe, hier an das Spaltungserlebnis der Schizophrenen zu denken, und in der Tat verwenden ja manche Kliniker den Begriff in diesem Sinne. *Störing* betonte in seiner ausführlichen Studie über Dp., daß alle Fälle mit Halluzinationen und Wahnideen zur Untersuchung des Dp.-Mechanismus ungeeignet seien. Warum wird zwischen spezifisch schizophrenen Symptomen und der Dp. grundsätzlich unterschieden? Einmal ist das *Spaltungsirresein* ein intrapsychischer Vorgang. Die Spaltung bleibt in der rein psychischen Schicht und greift allenfalls von sich aus bezüglich des Inhaltes von Wahnideen in Schichten des Somatischen über, während die Dp. zunächst einmal nur ein Symptom darstellt, zu dessen Anerkennung, wie oben näher begründet, unbedingt das Betroffensein mehrerer Bereiche des Biotonus, mehrerer Schichten, als Voraussetzung gefordert werden muß. Das Spaltungserlebnis der Schizophrenen ist zudem ein Bestandteil des Bildes der voll ausgeprägten Psychose; die Stellungnahme des Ichs zur Psychose ist bereits eindeutig festgelegt, während die Dp. ihrer ganzen psychopathologischen Eigenart nach ja ein Früh- und Übergangssymptom darstellt. Es ist ein an sich unspezifisches Syndrom, das bei verschiedenen Krankheiten während des Stadiums geringer Intensität auftreten kann.

Befassen wir uns noch weiter mit Nachbarbegriffen, so sind hier die Fremdheitsgefühle zu nennen. Diese kommen der Erscheinung der Dp. schon näher, vor allem dann, wenn es innere Fremdheitsgefühle sind. Beim Fremdheitsgefühl im Sinne einer Ratlosigkeit in bezug auf den eigenen Körper, vor allem auf einzelne Teile des eigenen Körpers, fängt der Bereich der Dp. an. Die hier zu beobachtende Ratlosigkeit hat auch wieder ihre eigene Prägung, indem sie mehr eine Art Unfähigkeit des Kranken darstellt, den seelischen Vorgang der gefühlten Veränderung zu beschreiben, so wie etwa ein gewöhnlicher Depressiver seine traurige Stimmung und seine Unempfänglichkeit für heitere Erlebnisse oder ein Schizophrener seine Halluzinationen beschreiben kann. Was uns unsere Kranken berichten, ist immer nur die von ihnen empfundene somatische Störung. Sie ist es, die als ein recht wohl umschriebener Vorgang erlebt wird, oft mit aller Deutlichkeit in den einzelnen Phasen der unbestimmten Mißempfindung, der psychischen Beeinträchtigung hierdurch, des Krankheitsgefühls, des absurd fehlerhaften Funktionierens einzelner Körperteile bis zur deutlichen Distanz von diesen. (Ich verweise auf die eindringliche Selbstschilderung unseres Kranken E.)

Hier dringt das Körperliche in eine „höhere“ Schicht ein, aber nicht infolge einer entstehenden Lücke in dieser höheren Schicht, sondern von sich aus, auf Grund der ihm innewohnenden Energien. Eine solche Ver-

schiebung des Biotonus geschieht in unseren Fällen so, daß das Somatische in seiner ausgeprägten konstitutionellen Eigenart sich in eigentlich psychische Bereiche ausdehnt. Und dies ist eben nur dann möglich, wenn eine somatopathische Konstitution vorliegt, die die körperliche Peripherie immer wieder ins Bewußtsein bringt. Weder wird das Somatische — etwa in der Form haptischer Halluzinationen — von der kranken Psyche heraufgeholt, noch wird es als Wahndee — vgl. das oben über den Begriff des Hypochondrischen Gesagte — einbezogen; es ist da, nicht in der Form einer Einzelstörung, sondern als gewichtiger konstitutioneller Faktor des Biotonus.

Verschiebt sich zwischen dessen einzelnen Teilen das Gleichgewicht im Sinne eines Eindringens des Somatischen ins eigentlich Psychische, so muß das Ichgefühl eine Störung erleiden. Von der Peripherie herkommende Impulse, die im allgemeinen von tieferen Schichten — man kann sich das wohl weitgehend anatomisch vorstellen und den Hirnstamm darunter verstehen! — aufgefangen, verarbeitet und beantwortet werden, laufen durch bis zu Stellen der Persönlichkeit, wo sie nichts mehr zu suchen haben, wo sie als fremd empfunden werden und die von bewußter oder unbewußter Körperlichkeit getragene „Person“ in ihrem Ichgefühl erschüttern, zur Dp. führen können.

Wenn v. *Gebattel* in der schon erwähnten Studie die Dp. in der Hauptsache auf das Leereerlebnis im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins, insbesondere beim Melancholiker zurückführen will, so scheint uns der Begriff wieder zu einseitig auf die rein psychische Schicht angewendet und in dieser ungebührlich stark ausgebreitet. Auch zeigt ja schon die mannigfaltige und uneinheitliche Verwendung des Begriffs, daß er keineswegs nur als typischer Bestandteil der manisch-melancholischen Seelenstörung aufgefaßt werden kann. Er ist von dieser ebenso weit entfernt wie von dem schizophrenen Spaltungserlebnis — oder steht beiden gleich nahe!

Da es der Zweck dieser Ausführungen ist, dem Begriff der Dp. zu klinischer Brauchbarkeit zu verhelfen, müssen wir uns fragen, welche diagnostische Bedeutung er denn sonst hat. Überblickt man das bisherige Schrifttum, so ist trotz der ausgedehnten Untersuchungen psychologischer Natur, trotz der ausführlichen Theorien und Erörterungen noch nichts Verbindliches hierzu ausgesagt. Wir glauben als wesentliches Kriterium die Tatsache immer wieder hervorheben zu müssen, daß Dp. nur im Laufe der *Entstehung*, vielleicht auch des Abklingens einer psychischen Störung auftritt, also das Anzeichen krankhaften psychischen *Geschehens*, nicht eines abgeschlossenen, eindeutigen Krankheitsbildes ist. Es ist eine Form der Auseinandersetzung des Ich — damit nähern wir uns weitgehend der Theorie von *Schilder* von der „widersprochenen Störung der Ichwahrnehmung“ — mit der Krankheit, und zwar mit dem Umsetzungsprozeß in den vitalen Schichten. Das Symptom der Dp. hat also

rein zeitlich gesehen (vgl. *Valkenburg*) einen „Zwischencharakter“, es ist ein typisches Übergangsmerkmal. Diese Bezeichnung gilt aber bei unseren Fällen nicht nur zeitlich, nicht nur im Sinne des Verlaufes, sondern sie charakterisiert auch die Stellung des ganzen Krankheitsbildes. Dp. hat hier bei unseren Fällen einen „Zwischencharakter“ in doppelter Bedeutung des Wortes: zeitlich-verlaufsmäßig und aufbaumäßig-diagnostisch.

Es ergibt sich die Frage, ob nicht etwa die ganze Erkrankung eine Art Mischpsychose ist, die auch erbbiologisch in heterogenen Formenkreisen wurzelt. Anlässlich der Besprechung der „vegetativ-dystonen Depression“ wurde versucht, diesen Tatbestand in einem bildlichen Schema zu veranschaulichen, auf welches ich verweisen möchte. Es ist vor allem als Hinweis darauf anzusehen, daß nicht die vegetativ stigmatisierte Konstitution allein genügt, um unsere Kranken zu Patienten des Psychiaters und zum Gegenstand psychopathologischer und erbbiologischer Betrachtungen zu machen. Die Konstitution wirkt pathoplastisch, in sehr intensiver Weise zwar, aber doch immerhin nur formgestaltend auf die Psychose; sie kann ihre Wirkung nur entfalten, wenn auch noch ein zweiter, ein pathogenetischer Faktor hinzukommt. Wenn es auch schwer, ja geradezu unmöglich erscheint, bei den Erkrankungen, wie sie hier beschrieben sind, die beiden sonst viel leichter auseinanderzuhaltenen Faktoren scharf zu trennen, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, daß die depressiven Erkrankungen der Vegetativstigmatisierten auch eine erbbiologische Wurzel in einem der Psychoseformkreise haben und nicht einfach nur reaktive Verstimmungen auf einige subjektive Beschwerden darstellen. Die Verknüpfung zwischen auslösendem Reiz und „Reaktion“ ist eine viel innigere und geschieht im Bereiche des Vitalen, nicht im reaktiven Überbau. Dies trifft auf die beiden Hauptgruppen unserer Kranken zu, sowohl auf die rein phasenhaften Formen wie auf die initialen, „episodischen“ Psychosen. Beide sind ja nicht oder nicht nur reaktive Zustände, sondern in mehrfacher Hinsicht „vitale“ Krankheitsgeschehnisse, die durch eine auch sonst, außerhalb des Psychotischen, nicht ganz seltene somatopathische Konstitution geformt und geleitet werden.

Wenn man nach *Bumke* die Symptomatologie des Psychopathischen für den normalen Zuständen immer verwandt und mit ihnen durch eine lückenlose Reihe verbunden ansieht, so ist diese Reihe bei den Depressionszuständen der vegetativen Somatopathen, mögen sie vorübergehend auch stark den Psychopathen ähneln, an bestimmten Punkten eben nicht lückenlos. Die Art, wie das Somatische in das Psychische eintritt, ist nicht mehr „normalpsychologisch“ verständlich oder vergleichbar. Wir können und müssen hier bereits von einem psychotischen Geschehen sprechen.

Trotz der dargelegten, von mehreren Gesichtspunkten aus begründeten engen, ja zwangsläufigen Koppelung zwischen Körperkonstitution und psychischer Veränderung ist ohne das Vorhandensein eines zweiten, eben des erbbiologischen Faktors dieses psychotische Geschehen aus der vegetativen Somatopathie allein nicht zu erklären. Gibt es doch unter den Vegetativstigmatisierten auch Psychopathen, auch Hysteriker — vor allem auch psychisch Gesunde! Man ist keineswegs berechtigt, ohne weiteres zu der somatopathischen Konstitution auch eine psychopathische in Parallele zu setzen. Wir verdanken *Mauz* ausführlich begründete Hinweise darauf, daß sich gerade besonders wertvolle Individuen in den durch vegetative Stigmata gekennzeichneten Familien finden. — Der außer der pathoplastisch wirksamen Konstitution vorhandene psychische Erbfaktor zeigt sich bei unseren Kranken häufig in der Familienvorgeschichte, auch in der Form eines schizophrener Sippenangehörigen, ohne daß man allerdings daraus schon eine Regelmäßigkeit herleiten kann.

Wir kommen damit zu der schwierigen Frage der erbbiologischen Bewertung unserer Kranken, namentlich hinsichtlich des Sterilisationsgesetzes. Bei den „vegetativen Initialpsychosen“ wird die grundsätzliche Entscheidung außer Zweifel stehen; in der Praxis ergibt sich dann allerdings oft die Frage, ob aus der vegetativ-dystonen Initialdepression im Rahmen eines erbgesundheitsgerichtlichen Verfahrens die beginnende Schizophrenie nachweisbar sein wird. Bei der reinen Form der in Frage kommenden Syndrome dürfte dies meist nicht möglich sein, zumal die mitunter verblüffende therapeutische Beeinflußbarkeit das Auftreten massiver psychotischer Symptome hintanhaltend kann. — Man wird hier von Fall zu Fall entscheiden müssen.

Aber auch wenn sich die Sachlage ergibt, daß bei gestellter „wissenschaftlicher“ Diagnose die Einleitung eines Sterilisationsverfahrens mangels Nachweisbarkeit psychotisch-schizophrener Symptome zunächst unterbleiben muß, so ist doch ein schizophreniegefährdeter Kranker recht frühzeitig erfaßt, katamnestic unter diesem Gesichtswinkel greifbar und damit schon bis zu einem gewissen Grade für etwaige gesetzliche Maßnahmen sichergestellt. Hier liegt auch ein praktisch bedeutungsvoller Grund für die Unterscheidung unserer Kranken von den Psychopathen. Auf die Notwendigkeit dieser Grenzziehung kann auch hier bei der Erörterung der erbbiologischen Fragen nicht eindringlich genug hingewiesen werden; die Psychiatrie hat ein Interesse daran, daß möglichst wenig unklare oder atypische Fälle psychischer Anomalien im Heer der Psychopathen verschwinden und damit oft auch einem erbgesetzlichen Zugriff entgehen. Auch die Diagnose „schizoider Psychopath“ ist für die etwaigen schizothymen Typen unter unseren Fällen abzulehnen, weil damit durch die Anwendung einer psychologischen *Konstitutionsbezeich-*

nung die Tatsache einer wohlumrissen beginnenden Erkrankung, eines Krankheitsgeschehens verschleiert wird.

Damit ist die Frage, wie früh man aus der vegetativen Initialpsychose erbbiologische Konsequenzen ziehen soll, gewissermaßen retrospektiv, aus der Zeit der sich dann entwickelnden Schizophrenie heraus erörtert worden. Wie sollen wir uns nun aber beim Auftreten einer einfachen vegetativ-dystonen depressiven Phase verhalten, von der wir ja nicht wissen, ob sie nicht der episodische Vorläufer einer Schizophrenie ist? Die Beurteilung des Zustandsbildes, insbesondere die Frage, ob ein eigentlich depressiver Affekt, oder ob eine gewisse affektlahme Ratlosigkeit vorherrscht, wird in manchen Fällen weiterhelfen, ohne daß man allerdings immer grundsätzliche Unterschiede wird finden können. Die depressiven vegetativ-dystonen Phasen sind meist kurz, oft jahreszeitlich gebunden, so daß man in verhältnismäßig kurzer Zeit den Verlauf mehrerer Krankheitsperioden überblicken und unter Umständen daraus einen Schluß ziehen kann. Endlich ist auch das Nachlassen der Leistungsfähigkeit in seiner Form verschieden: ratloses Versagen mit unbestimmtem Krankheitsgefühl bei den vegetativ-dystonen Depressionen, die als Initialpsychosen gelten müssen, affektiv gewertetes zeitweiliges Nachlassen des Arbeits- und Lebenstempos bei den als reine Phasen aufzufassenden. Könnte man die Letzteren unter das manisch-depressive Irresein im Sinne des Gesetzes rechnen, so wäre die Entscheidung einfach. Aber wenn unter den im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses genannten Erkrankungen es insbesondere das manisch-depressive Irresein war, das zu Bedenken herausforderte und eine zurückhaltende Anwendung der Unfruchtbarmachung verlangt (Gaupp, Bumke u. a.), so treffen diese Bedenken ganz besonders auf die hier geschilderten Formen der Depression zu. Können wir doch dabei, wo die Pathoplastik der psychischen Erkrankung nicht intrapsychisch, sondern vom Somatischen her einsetzt, bei dem gründlichen Verwobensein psychischer Symptome mit therapeutisch beeinflussbaren körperlichen Erscheinungen am allerwenigsten von einem manisch-depressiven „Irresein“ sprechen. — Es hat sich ja in der Anwendungspraxis des Erbgesundheitsgesetzes ergeben, daß die Träger einzelstehender leichter Depressionen nicht als Manisch-Depressive im Sinne des Gesetzes zu gelten haben, insbesondere wenn die Familienvorgeschichte eine für die Weitergabe erwünschte Erbmasse zeigt.

Damit bleibt schließlich noch die Erörterung des biologischen Wertes oder Unwertes der vegetativen Stigmatisierung selbst. Es erhebt sich die Frage, ob diese nicht in ihrer ausgesprochenen Familiarität (Mauz) als verschlechternder Erbfaktor aufzufassen ist — eine naheliegende Annahme, wenn man sich die oft unterstellte Identifizierung von vegetativ-labil, empfindlich, wenig widerstandsfähig, ja schutzlos und schwächlich vergegenwärtigt! Diese mitunter ausgesprochene, mitunter stillschweigend vollzogene Parallel- und Gleichsetzung findet sich in ver-

schiedenster Form recht häufig; sie verhinderte eine Untersuchung und Klärung der Frage des biologischen Wertes der vegetativ-dystonen Körperkonstitution als unnötig, weil von vornherein entschieden. Es sei aber hier auf eine Mitteilung von *Mauz* verwiesen; unter rund 4000 Patienten der Marburger inneren Klinik, für deren Kranksein sich organische Veränderungen nicht finden ließen, waren volle $\frac{2}{3}$ normale durchschnittliche, ja zum Teil wertvolle und erbtüchtige Menschen. Hält man nun dagegen, daß auch von unseren Kranken die meisten erst einmal eine internistische Untersuchung und Behandlung durchlaufen, wobei sich „für ihr Kranksein organische Veränderungen nicht finden“, bedenkt man ferner, wie häufig unter den „nicht organisch Kranken“ der Internisten sich Vegetativ-Stigmatisierte finden, so werden viele von ihnen auch unter den genannten $\frac{2}{3}$ sein! Im Schrifttum verstreut finden sich ferner Hinweise auf die gute Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit vegetativ-stigmatisierter Menschen im Weltkrieg, auf das Verschwinden der betreffenden Beschwerden unter der starken seelischen und körperlichen Beanspruchung des Kriegsdienstes und das starke Zunehmen „vegetativer Neurosen“ in den Jahren nach dem Kriege. Mit der Bezeichnung vegetativlabil ist zunächst, wie auch *Mauz* betont, noch nichts über die biologische Wertigkeit des betreffenden Individuums gesagt; diese ändert sich je nach der Stärke der familiären Belastung und kann also von vornherein nicht generell als „besser“ oder „schlechter“ machender Erbfaktor angesehen werden. Bei der Besprechung der Therapiefrage wurde ferner schon auf den Vorzug einer gewissen körperlichen und psychischen Empfindlichkeit hingewiesen.

Das Urteil über die vegetativ-dystone Phase kann also nicht konstitutionsbiologisch sein, es bleibt dem Psychiater überlassen. Es erscheint nicht angängig, die betroffenen Kranken wegen manisch-depressiven Irreseins zu sterilisieren; Aufgabe bleibt eine gebührende Beachtung auch dieser psychiatrisch leichten, ja oft nicht einmal als Psychose anerkannten Erkrankung, eine katamnestiche Überwachung der Betroffenen im Hinblick auf eine Änderung des Charakters wiederholter Phasen in Richtung auf eine vegetativ-dystone Initialpsychose, d. h. auf eine Schizophrenie. Verläuft die Überprüfung des weiteren Verlaufes diesbezüglich negativ, so wird die Beratung der hierfür immer empfänglichen Kranken, wie oben gezeigt, ein oft sehr dankbarer Teil der ärztlich-therapeutischen Arbeit des Psychiaters bleiben.

So ergab sich, ausgehend von zufälligen Beobachtungen bei therapeutischen Versuchen, ein Weg biologischer Krankheitserfassung, der zwar nur eine ganz spezielle Gruppe von Kranken berührt, der aber zur Untersuchung von verschiedenen psychopathologischen und konstitutionsbiologischen Problemen führte. Im Rahmen einer in erster Linie praktisch-klinisch und ärztlich eingestellten Betrachtung konnten manche

Fragen nur angeschnitten, andere mußten in großen Zügen überblicksmäßig dargestellt werden. Wir bemühten uns dabei um die ärztlich gemeinte Darstellung gewisser somatopsychischer Zusammenhänge und betraten dabei ein Gebiet, welches zur Psychiatrie und Neurologie gehört und sich gleichermaßen auch weit in die Fragenbereiche der inneren Medizin und der allgemein-ärztlichen Anschauung hineinerstreckt.

Wenn auch die Betonung der klinischen Besonderheit und Einheitlichkeit der beschriebenen Krankheitsbilder notwendig erschien, so wurde doch versucht, möglichst enge Beziehungen zu den bisher gebräuchlichen Krankheitsbegriffen zu finden und das Neue nicht als „neue Krankheit“ darzustellen, sondern ins praktisch Bewährte einzubauen. Auch in der Frage der Dp., die wegen der bisherigen Uneinheitlichkeit ihrer Behandlung und wegen der von einigen bisherigen Auffassungen abweichenden Ableitung verhältnismäßig breiten Raum einnehmen mußte, wurde an bisherige richtungweisende Begriffsbestimmungen angeknüpft.

Es kam darauf an, zu zeigen, wie gewisse Klagen und Symptome durch die somatopathische Körperkonstitution der vegetativen Dystonie eine besondere diagnostische Bedeutung erhalten können und wie dadurch auch die Bewertung scheinbar psychogener Anlässe beeinflußt werden kann. Da es auch viele psychisch gesunde Vegetativstigmatisierte gibt, kann man psychische Auffälligkeiten bei diesem Konstitutionstyp nicht einfach durch eine Parallelsetzung von vegetativ-labil und psychisch-labil erklären, sondern muß noch einen zweiten (erbbiologischen) Faktor annehmen, ohne den eine Psychose nicht entsteht und durch welchen die Elemente der vegetativ-dystonen Konstitution auch im Bereich psychischer Schichten aktiviert werden.

Schrifttum.

- Beard*: Zit. nach *Braun*. — *Bergler-Eidelberg*: Z. Psychoanal. **21** (1935). — Zbl. Neur. **82** (1936). — *Bergmann, v.*: *Mohr-Staehelins* Handbuch der inneren Medizin, Bd. 5,2. Berlin: Julius Springer 1926. — *Bergson*: Zit. nach *Schilder* u. *Störring*. *Bernstorf*: Z. exper. Med. **88**, 143 (1933). — *Birnbaum*: Mschr. Psychiatr. **68**, 80 (1928). — *Bornstein*: Vortr. Fortbildungskurs Bad Oeynhaus, Mai 1930. Dresden: Theodor Steinkopff 1930. — *Braun*: Die vitale Person. Leipzig: Georg Thieme 1933. — Fortschr. Neur. **8** (1936). — *Bumke* u. *Foersters* Handbuch der Neur., Bd. 17. — *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 5. — *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1936. — Psychopathische Reaktion und Konstitution. Aus *Bergmann-Staehelins* Handbuch der inneren Medizin, Bd. 5,2. — *Burger*: Nervenarzt **9**, H. 5. — *Cimbal*: Zbl. Neur. **35**, 361 (1924). — Z. Neur. **101**, 77 (1926). *Danielopolu*: Klin. Wschr. **1928 II**, 1748. — Zit. bei *Frank*. — *Dublinau*: S. *Heuyer*. *Dugas*: J. de Psychol. **33** (1936). — Zbl. Neur. **82** (1936). — *Endtz*: Psychiatr. Bl. (holl.) **36** (1932). — Zbl. Neur. **65** (1933). — *Eppinger* u. *Heß*: Vagotonie. Berlin: August Hirschwald 1910. — *Ewald*: Temperament und Charakter. Biologische und reine Psychiatrie im Persönlichkeitsaufbau. Berlin: S. Karger 1932. — *Frank*: *Bumke* u. *Foersters* Handbuch der Neur., Bd. 6. — *Gebattel, v.*: Nervenarzt **10**, 169

- u. Fortsetz (1937). — *Georgi*: Arch. f. Psychiatr. **100** (1933). — *Giese*: Z. Neur. **81**, 62 (1923). — *Grafe*: Dtsch. Z. Nervenheilk. **135**, 190 (1935). — *Gutheil*: Psychoanal. Prax. **2** (1932). — Zbl. Neur. **65** (1933). — *Hempel*: Nervenarzt **10**, 22 (1937). — Dtsch. med. Wschr. **1937 II**, 1770. — *Hesnard*: Rev. franç. Psychoanal. **1** (1927). Zbl. Neur. **48** (1928). — *Heß*: Klin. Wschr. **1926 II**, 1353. — *Heuyer et Serin*: Encéphale **25** (1930). — Zbl. Neur. **58** (1931). — *Hoffmann*: Die Schichttheorie. Stuttgart: Ferdinand Enke 1935. — *Jaensch*: Z. Psychol. **140** (1937). — Zbl. Neur. **85** (1937). — *Jahn u. Greving*: Nervenarzt **7**, 225 (1934). — Dtsch. Z. Nervenheilk. **135**, 260 (1935). — *Jankowska*: Z. Neur. **141**, 380, 391 (1932). — *Jores u. Goyert*: Fortschr. Ther. **12**, 159 (1936). — *Kleist*: Klin. Wschr. **1923 II**. — Allg. Z. Psychiatr. **82**, (1925). — Schweiz. Arch. Psychiatr. **26** (1930). — *Kretschmer*: Medizinische Psychologie. Leipzig 1930. — Körperbau und Charakter. Berlin 1936. — *Küppers*: Zit. nach *Braun*. — *Lehmann-Facius*: Z. Neur. **158**, 109 (1937). — *Leu*: Fortschr. Ther. **11**, 356 (1935). — *Loewi*: Pflügers Arch. **189**, 239 (1921); **204**, 629 (1924); **206**, 123 (1924). *Mauz*: Nervenarzt **9**, 355 (1936). — Z. Neur. **158**, 406 (1937). — *Mayer-Groß*: Brit. J. med. Psychol. **15** (1935). — Zbl. Neur. **77** (1935). — *Mira*: Rev. méd. Barcelona **18** (1932). — Zbl. Neur. **68** (1933). — *Pette*: Dtsch. Z. Nervenheilk. **97**, 199 (1927). *Reichardt*: Zit. nach *Braun*. — *Ratner*: Z. Neur. **132**, 702 (1931). — *Reiter*: Z. Neur. **107**, 65 (1927). — *Roggenbau*: Mschr. Psychiatr. **92**, 243 (1936). — *Rosenfeld*: Arch. f. Psychiatr. **46**, 94. — Allg. Z. Psychiatr. **70**, 185. — *Rothlin*: Pflügers Arch. **206**, 614 (1924). — Dtsch. med. Wschr. **1934 II**, 1498. — *Schilder*: Medizinische Psychologie. Berlin: Julius Springer 1924. — *Schmidt-Ott*: Med. Klin. **1934 II**. — *Schneider, Kurt*: Z. Neur. **112**, 233 (1928); **141**, 351 (1932). — Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1928. — *Serin*: Siehe *Heuyer*. — *Stoerring, Ernst*: Arch. f. Psychiatr. **98** (1933). — Zbl. Neur. **67** (1933). — *Stone*: Arch. of Neur. **36**, 1385 (1936). — Zbl. Neur. **85** (1937). — *Tomasson*: Blodets Elektrolyter og et vegetative Nervesystem. Kopenhagen: Levin & Munksgaard 1927. — Mtsch. Psychiatr. **86**, 324 (1933). — *Valkenburg*: Nederl. Tijdschr. Geneesk. **71** (1927). — Zbl. Neur. **49** (1928). — *Westphal*: Die Konstitution. 3. ärztl. Fortbild.-kurs Bad Salzflun 1935, S. 14. — *Wichmann*: Dtsch. med. Wschr. **1934 II**, 1500. — *Wyß, v.*: Nervenarzt **10** (1937). — *Wechsler*: Psychiatr.-neur. Wschr. **1934 I**, 382. *Zucker*: Dtsch. Z. Nervenheilk. **101**, 63 (1928).