

Zum Ursachenproblem bei traumatischen Hirnschädigungen mit psychisch-reaktiven Manifestationen*.

Von

HANS-WERNER JANZ.

(Eingegangen am 16. Juni 1948.)

Mit KRETSCHMERS Forderung nach mehrdimensionaler Diagnostik, die er aus der Analyse psychogener Wahnbildungen bei traumatischer Hirnschwäche abgeleitet hatte, war zugleich eine elastische Differenzierung des Kausalbegriffes gegenüber der starren Alternative „Entweder psychogen oder organogen“ verbunden. Statt der üblichen Einengung des Ursachenkomplexes auf einzelne vorherrschende Züge im klinischen Bild hat KRETSCHMER aus Charakter, Trauma und Erlebnis drei verschiedene Kausalvorgänge herausgearbeitet, die — zwar gegenseitig sich durchdringend, modellnd und formend, aber doch voneinander trennbar und für sich selbstständig und gleichberechtigt — die Genese und Struktur posttraumatischer Wahnentwicklungen nicht abstraktiv-abgedunkelt, sondern „plastisch rundum beleuchtet“ in den Blick treten lassen. „Obwohl“ die Wahnbildungen „psychogen“, d. h. von einem Erlebnis, das mit dem Trauma direkt nichts zu tun hatte, ableitbar waren, sah KRETSCHMER in den zum Teil nur geringfügigen traumatischen Hirnschäden doch eine „Mitbedingung“, die „tragende Grundlage“ der Wechselwirkungen zwischen Charakter und Erlebnisreaktion, die zu dem psychopathologischen Gesamtbilde führten.

Die Erinnerung an diese Abkehr von dem hergebrachten „Unikausalismus“ wachzurufen, die — wie spätere Bemühungen BIRNBAUMS, MAUZS, BOSTROEMS u. a. — zu Elementarforderungen in der Psychopathologie geworden sein sollte, mag nicht ganz überflüssig erscheinen angesichts der Beobachtungen aus dem zweiten Weltkriege, die uns z. B. mit dem Zurücktreten der „klassischen“ Zweckreaktion hinter der häufigen Verschränkung organogener und psychogener Symptome bei Hirnverletzungen ständig vor die Notwendigkeit, aber auch vor alle Schwierigkeiten einer mehrgliedrigen Ätiologie und Pathogenetik stellen. Es ist psychiatriegeschichtlich bedeutsam, daß jene Konzeption KRETSCHMERS in eine Zeit fiel (1918), zu der die Einsicht in die rein psychische Entstehung der sog. traumatischen Neurose durch die Erfahrungen des damaligen Krieges weithin als bestätigt

* ERNST KRETSCHMER zur Vollendung seines 60. Lebensjahres gewidmet.

galt und von dieser neu erkämpften Position aus (und unter dem Einfluß des „somatischen Denkens“ in der Medizin) zu einer besonders unnachgiebigen Ausmerzung alles psychogenen Erscheinenden aus dem Krankheitsbegriff im allgemeinen und aus jedem Kausalzusammenhang mit dem Trauma im besonderen verleiten konnte. Historisch nicht minder reizvoll aber erscheint der Umstand, daß mehr als 20 Jahre nach der Publikation KRETSCHMERS von autoritativer Seite (DANSAUER und SCHELLWORTH 1939) mit doktrinärer Strenge gefordert wurde, grundsätzlich *alle* psychisch-reaktiven Zustände aus dem Bereich der Naturkausalität und damit auch der organischen Nachwirkungen eines Hirntraumas auszuschalten und in den der „rationalen“, d. h. nicht nach Krankheitsursachen, sondern allein nach psychologischen Gründen oder Zwecken bestimmbaren Begriffsreihe zu verweisen.

Mag dieser Standpunkt — wenn auch nicht gerade mit einer derartigen Alternativbegründung — bei den rein psychogenen, entschädigungsneurotischen Reaktionen ohne organischen Hintergrund methodisch vertretbar sein, so bedeutet er doch im Grundsätzlichen und praktisch einen Rückgang zur eindimensionalen Ursachenlehre und wirkt im Hinblick auf den allgemeinen Struktur- und Stilwandel der psychogenen Reaktionen zu larvierten, organisch unterbauten oder gefärbten Bildern heute wie ein aktueller Anachronismus. Schon wegen dieser schroffen Divergenz zwischen den unabewisbaren Forderungen der Gegenwartpsychopathologie nach einer mehrstufigen Kausalitätsordnung und dem traditionellen Beharren auf einem ausschließlich naturwissenschaftlich festgelegten Ursachenbegriff gibt das Postulat von DANSAUER und SCHELLWORTH besonderen Anlaß zur Erörterung der Doppelfrage: 1. (Allgemein): Läßt sich die Notwendigkeit einer Begrenzung der „causa“ auf das Pathogene (= Traumatogene) damit in Einklang bringen, daß die klinische Beobachtung und die strukturanalytische Methodik nach einem lebendig-differenzierten, über die substantielle Läsion hinausweisenden Kausalbegriff verlangt? 2. (Speziell): Ist ein Schema, das den klinischen Gesamtzustand in einen organologisch-„mechanischen“ und einen psychologisch-„rationalen“ Anteil halbiert, geeignet, die reale und begriffliche Beziehung psychisch-reaktiver Symptome, z. B. der „Hintergrundreaktionen“ K. SCHNEIDERs, zu einer traumatischen Hirnschädigung hinreichend zu bestimmen?

Die in der Schrift von DANSAUER und SCHELLWORTH aufgestellten Thesen fordern überdies zu einer Besinnung auf die Grundlagen psychopathologischer Methoden in der Kausalitätsfrage heraus, nicht nur weil sie die Schwierigkeiten und Tiefen, die sich mit dem Einbau des Ursachenbegriffes in die Leib-Seele-Geistproblematik auftun,

mittels des Requisits eines mechanistischen Weltbildes zu umgeben versuchen, sondern vor allem, weil sie mit dem Gewicht eines Unfehlbarkeitsdogmas vorgetragen werden und den Anspruch erheben, eine einheitliche Beurteilung in der Unfallgesetzgebung anzubahnen. Mit einer Diskussion solcher Anschauungen werden wohl kaum offene Türen eingestoßen, wenn man weiß, daß aus jener Denkbequemlichkeit, zu der eine „herrschende Lehre“ verführt, aus der traditionell eingeschliffenen Neigung, im Grunde „nur das Organische ernst zu nehmen“ (WAGNER), oder aus Opposition gegen die anthropologisch-geisteswissenschaftliche Richtung in der modernen Psychopathologie immer wieder alles psychogenen Erscheinende aus der pathogenen Kausalreihe reflektorisch weggedacht oder als „bloße Überlagerung“ von ihr abgelöst wird, und wenn man bedenkt, daß derartige Fehldeutungen sich auf diagnostisch-gutachtlichem und therapeutischem Gebiet durch Lehrsätze wie die der genannten Autoren legitimiert sehen könnten. Außer der Kritik CHRISTIANS, die vornehmlich auf DANSAUERS kategorische Ablehnung eines „sinngemäßen Ursachenzusammenhangs“ (v. WEIZSÄCKER) zugeschnitten war, und außer der vorsichtigen Korrektur durch QUENSEL, die sich nur gegen Überspitzungen, nicht aber gegen den Kern der Auffassungen von SCHELLWORTH richtete, fehlt es unseres Wissens bis jetzt an einer kritischen Stellungnahme zu dem Anliegen der beiden Autoren. Es geht uns dabei nicht um eine Vermehrung der unübersehbaren Kasuistik, nicht um verfeinerte Einzelanalysen, wie wir sie etwa H. BÜRGER und KAILA („Fall Meunier“) verdanken, auch nicht um differentialdiagnostische Erwägungen, die sich aus der „Ausdrucksgemeinschaft“ (v. WEIZSÄCKER) von organischen und psychogenen Symptomen ergeben. Vielmehr kommt es uns letztthin auf den Versuch an, den *Geltungsbereich der objektivistisch-naturwissenschaftlichen Methode* für das zu bestimmen, was wir aus klinischer Erfahrung über das Ineinandergreifen traumatógener und psychogener Störungen zu wissen glauben. Damit soll die prinzipielle Auseinandersetzung zwischen natur- und geisteswissenschaftlicher Denkweise auf diesem engen Ausschnitt der klinischen Psychopathologie in der Richtung auf eine Synthese (mit den Methoden einer ontologischen Anthropologie) weitergeführt werden. Wenn unsere Erörterungen hierdurch einen theoretischen und stellenweise polemischen Akzent erhalten, so sind sie doch nur als undogmatischer Ansatz zu methodischer Orientierung zu verstehen, und ihre Kritik gilt ausschließlich einer Methodik, die sich aus dem Absolutheitsanspruch des naturmechanistischen Weltbildes herleitet.

Um den geistesgeschichtlichen Standort, von dem DANSAUER und SCHELLWORTH ausgehen, zu bestimmen und um grundsätzliche Voraussetzungen zu erörtern, ist es nützlich, sich mit dem erkenntnistheoretischen

Protektorat zu befassen, unter welches sie ihre Deduktionen gestellt haben: Es ist dies die Lehre BERTHOLD v. KERNS, die sich — wie ohne Ironie, wenn auch mit Bedauern gesagt werden muß — inmitten dessen, was die modernen Anthropologie inzwischen empirisch und begrifflich erarbeitet hat, wie ein eklektisches Petrefakt aus Cartesischen, Spinozistischen und Kantischen Bestandteilen ausnimmt: Die Welt wird hiernach logisch-begrifflich in eine räumlich-objektive, der Naturwissenschaft, und eine unräumlich-subjektive, der Geisteswissenschaft zugehörige Hemisphäre geteilt, aber zugleich erkenntnistheoretisch als Identität von Körper, Seele und Geist bestimmt, wobei mit KANT die Erkenntnisfrage dem Seelenproblem vorangestellt und allein aus der Erfahrung abgeleitet wird. KERN sieht sich darin als Vollender der von KANT geforderten, aber durch dessen psychologische „Befangenheit“ unabgeschlossenen erkenntnistheoretischen Systematik im Seelenproblem und will die im wesentlichen von SPINOZA ausgehende Identitätsphilosophie durch die Anwendung des Raumbegriffes als Kriterium für die körperliche — im Gegensatz zur unräumlichen psychischen — Betrachtungsweise vervollständigen. Ziel aller Erkenntnis sei die *Loslösung vom Subjekt* und der Nachweis des Objektiven schlechthin im Sinne eines „ungetrübten, vom individuellen Denken unabhängigen An-sich der Wirklichkeit.“ Dieses Ziel sei in seinem, KERNS, dualistisch-identistischen Begriffssystem erreicht, das ihm selbst — wie jede wahre Erkenntnis — als Erzeugnis der objektiven Wirklichkeit und damit als „historische Tatsache“ gelte. Unter Ablehnung aller teleologischen energetischen, vitalistischen, metaphysischen Deutungen, die für ihn unexakte Subjektivierungen darstellen, bekennt sich KERN zur mechanistischen Naturanschauung, für die es psychische Vorgänge nur soweit gebe als sie bewußt und damit an die Funktion der Großhirnrinde gebunden sind! Unbewußte seelische Erscheinungen seien ein Widerspruch in sich und bedeuteten in Wirklichkeit körperlich-stoffliche, also in die räumliche Begriffsreihe gehörige Vorgänge.

Wieweit sich KERN mit seiner Erkenntnistheorie, deren Ziel ein Denken von einem „Archimedischen Punkt“ aus ist, tatsächlich von KANTS Ideenlehre entfernt, zeigt sich — wir folgen hier JASPERS — an der Verabsolutierung des mechanistischen Aspekts im Kausalitätsproblem und als Naturerklärung überhaupt. Das Prinzip, die „Natur als Mechanismus zu denken, ist immer *Idee*“ (JASPERS), da die Welt (und die Natur) unendlich ist und jeder Mechanismus nur als geschlossenes System durchschaut werden kann. Eine Idee ist aber nach KANT im Gegensatz zur Kategorie, die etwas gegenständlich Bestimmtes, fest Begrenztes gibt, nicht anschaulich erfüllbar, sondern auf Totalität und Unendlichkeit gerichtet, nicht konstitutiv für die Gegenstände, sondern regulativ für den Verstand. Wenn KANT auch den Ideen objektive Bedeutung zuspricht, so relativiert er sie doch zu einer „unbestimmten Gültigkeit“. Diese Wirklichkeit kann nicht objektiv, d. h. wissenschaftlich erkennbar sein dadurch, daß sie begrifflich in Objektives und Subjektives gespalten und erkenntnistheoretisch wieder zusammengedacht wird. „Objekt“ ist für KANT vielmehr immer nur als Objekt „für

mich“, nicht „an sich“ erfahrbar. Gleichermassen ist die „geschlossene Naturkausalität“, die KERN als objektive Wirklichkeit voraussetzt, eine Idee im KANTSchen Sinne und als solche nichts Erkennbares.

Wenn es auch vom anthropologischen Standpunkt aus wenig aussichtsreich sein mag, in einer Denkweise wie der von KERN nach Anknüpfungspunkten für eine Diskussion zu suchen, so ließe sich vielleicht doch in der Konfrontierung seiner theoretischen Logik mit der Logik der Tatsachen ein gemeinsamer Gesprächsansatz finden. Nehmen wir zunächst das Beispiel einer psychogenen Reaktion, etwa *vasovegetativer Anfälle*, die durch ein *Angsterlebnis* ausgelöst worden sind: Bei praktischer Anwendung des von DANSAUER und SCHELLWORTH übernommenen KERNschen Denkschemas müßte hier das körperliche Erscheinungsbild der vegetativen, neuromuskulären Störungen, des Bewußtseinsverlustes usw. unter dem Aspekt des räumlich-materiellen Begriffssystems betrachtet, also objektiv-kausal (nach *Ursache* und *Wirkung*), die seelische Entstehung hingegen in die raumlose-immaterielle Begriffsreihe eingefügt, also subjektiv-rational (nach *Motiv* und *Folge*) bestimmt werden. Denn die „Anwendung des Kausalbegriffes, der ausschließlich dem Bereiche des mechanischen Naturgeschehens vorbehalten ist, muß im Gebiet der seelisch-geistigen Vorgänge als erkenntnistheoretisch unzulässig abgelehnt werden.“

In praxi würde mithin — dieser Doktrin gemäß — die „Umschaltung“ des Angsterlebnisses in Körperstörungen durch die Mittlerfunktion des vegetativen Systems eine *Folge* des Motivs „Angst“, zugleich aber als ein dem Bewußtsein entzogener Vorgang die *Ursache* des klinischen Angstsyndroms sein. Sollten sich die Wortführer des mechanistischen Ursachenbegriffes gegen diese Konsequenz, die ihrem eigenen Postulat der „Nichtmischbarkeit“ kausaler und psychologischer Begriffe widerspricht, mit dem Argument verwahren, die klinisch als körperlich imponierenden Symptome seien eben keine „organischen“, weil sie einem Motiv, nicht einer Ursache entstammen, so bliebe immer noch die Frage zu beantworten: *Mit welcher wissenschaftlichen Begründung muß eine Krankheitsursache grundsätzlich an eine stoffliche Läsion gebunden sein?* Und: *warum soll ein Persönlichkeitserlebnis als subjektbezogene Gegebenheit naturwissenschaftlich — „objektiv“ — irrelevant sein?* Die Antwort liegt in jener Denkweise, für welche ein psychophysisches Phänomen wie die Angst abstraktiv „nur“ ein Motiv, d. h. *weniger* als eine „Causa“ ist und die alle biologischen Abläufe *nur* linear in Beziehungsreihen (kausaler oder rationaler Art) erkennen zu können meint, ohne dabei ihres unmittelbaren, ganzheitlichen *Ausdrucksgehaltes* gewahr zu werden, dessen überkausale Eigenart etwa CARUS — auch wieder abstrahierend — so kennzeichnet: „So ist es falsch, zu sagen, die Trauer *wirkt* einen

langsamem Herzschlag, ein Bleichen der Haut, ein schluchzendes Atmen. Sondern es soll heißen: Die Trauer *ist* eben teilweise alles dieses selbst.“

Die prinzipielle und praktische Bedeutung, die jenem fatalen „Nur“ in seinem Doppelsinn beigemessen wird, erhellt daraus, daß DANSAUER und SCHELLWORTH ihre mechanistische Interpretation des Begriffes Ursache nicht auf traumatische Hirnschädigungen beschränkt, sondern auf die gesamte Krankheitslehre ausgedehnt wissen wollen: Die Übertragung des Krankheits- oder Leidensbegriffes auf den Vorgang einer psychologischen Reaktion sei verfehlt und stehe mit der „wissenschaftlichen Auffassung“ im Widerspruch. Die Wissenschaftlichkeit dieser Auffassung — so werden wir belehrt — erweist sich in der Konsequenz eines Denkens, das *allem* Seelischen einen objektiven Erkenntnis- und Wahrheitswert erst dann zubilligen würde, wenn der gesamte Inhalt der Psychologie sich in einer „idealen Gehirnphysiologie wiedergeben ließe“ (KERN).

Weiter: Wenn die auch von KERN zugegebene, allerdings nur als „Bahnung in der Hirnrinde“ verstandene Umwandlung bewußter in körperliche Vorgänge als Beweismittel für die erkenntnistheoretische, d. h. objektive Identität psychophysischer Zusammenhänge angeführt wird, so entfällt damit streng genommen jeder ontologische Realitätswert der als verschiedenartig wahrgenommenen Phänomene, der ja selbst erst die Anwendung der einzelnen Begriffskategorien ermöglicht. Denn dann wäre nicht einzusehen, warum ein dem Inhalt nach als gleichartig postulierter Sachverhalt (Physisches *und* Psychisches) von demselben Denken, das doch nach KERN — wenn es wissenschaftlich ist — ein „Erzeugnis der objektiven Wirklichkeit“ sein soll, zugleich unter zwei sich gegenseitig ausschließenden Gesichtspunkten (somaticisch *oder* psychisch) betrachtet werden kann. Die Realität des Wahrgekommenen würde also durch den Identitätsbegriff wieder aufgehoben werden.

De facto sind für KERN denn auch physische und psychische Erscheinungen nicht, wie er versichert, nur verschiedene Betrachtungsweisen, sondern er operiert mit ihnen wie mit verschiedenen Wirklichkeiten, wenn er — allerdings entgegen jeder Erfahrung — feststellt, ein „geistiges Eingreifen“ in körperliche Vorgänge sei nicht möglich, Physisches könne nur durch Physisches verursacht werden. Solche Aporien sind gleichsam das logische Netz, in welches der sich verstrickt, der es ausgeworfen hat, um eine „subjektfreie Wirklichkeit“ einzufangen. Unter der Suggestivkraft des Anspruches, die Totalität des Lebens als etwas durchgehend Objektivierbares zu erkennen, erliegt er der Selbstdäuschung, die unentbehrlichen Fiktionen, mit denen er arbeitet, für immanente Fakten zu halten. Es wäre wirklichkeitsnäher,

ein zugestehen, daß die *Einheit* von Soma, Psyche und Nous keine *empirische* Realität, sondern ein Postulat der von KERN verpönten Metaphysik oder — wie SPINOZA als Repräsentant der (realistischen) Identitätsphilosophie und des Substanzbegriffes noch sagte — „nur in Gott“ ist: „... substantia cogitans et substantia extensa una eademque est substantia...“ (Eth. II, prop. VII).

Gewichtiger noch als formallogische scheinen uns aber *anthropologisch-klinische Einwände* gegen die Anwendung einer Erkenntnistheorie KERNscher Prägung auf die Ursachenfrage zu sein. In die Fesseln seiner eigenen Lehre gelegt muß KERN zugeben, daß die „Übergangszone“ zwischen physischen und psychischen Vorgängen der wissenschaftlichen Untersuchung gefährlich und dem populären Denken zum Verhängnis wird, und aus der gleichen Einsicht lehnt DANSAUER es ab, körperliche Unfallwirkungen in den Fragenkomplex der psychogenen Reaktion überhaupt hineinzunehmen, weil das eine grundsätzliche Auseinandersetzung nur erschwere. In diesem praktisch und theoretisch so ungemein wesentlichen Bereiche der Durchflechtung organogener und psychogener Entäußerungen bei traumatischen Hirnschädigungen läßt sich allerdings die Ursachenfrage nicht mit dem unbekümmerten Dualismus erledigen, der bei einer rein psychogenen Reaktion auf einen bereits zurückgebildeten Hirnschaden oder einen abgeklungenen traumatischen Schock methodisch noch diskutabel sein mag. In einer so bequemen Situation befänden wir uns selbst dann nicht, wenn das Gehirn unserem Bedürfnis nach begrifflicher Trennung des Psychischen vom Physischen dadurch entgegenkäme, daß — wie in der Schrift der beiden Autoren zu lesen ist — „die geistigen Funktionen in streng geschiedener Art an die nervösen Funktionen bestimmter Hirnstellen gebunden sind.“ Abgesehen davon, daß die Relativität der Lokalisierbarkeit hirnpsychopathologischer Phänomene nicht einmal diskutiert wird, zeigt sich hier eine Lücke in dem dualistischen Begriffsschema, die mit dem Etikett „objektive Wirklichkeit“ nicht zu überdecken und mit den Begriffen kausal und rational nicht zu schließen ist. Gleichwohl wird in Fällen, die bei organischen Unfallwirkungen zugleich seelisch-nervöse Reaktionen zeigen, von SCHELLWORTH folgerichtig verlangt, der organische Befund müsse völlig gesondert behandelt und im Gutachten in einem deutlich abgetrennten Abschnitt für sich allein erörtert werden — entgegen der Neigung des Richters, das scheinbar einheitliche Zustandsbild auch rechtlich als *Einheit* zu betrachten und als vermeintliches *Ganzes* zu beurteilen.

Wenn es sich bei dieser präsumtiven Zweiteilung der Ätiologie und Pathogenese auch nur um einen scheinbaren Widerspruch mit dem Identitätsprinzip handelt, so stehen wir hier jedoch vor einer entscheidenden Schwierigkeit in der Ursachenfrage. Schon die Bevor-

zung der erkenntnistheoretischen vor der ontologischen Betrachtung und die Äquivokation im Gebrauch der Ausdrücke „Einheit“ und „Ganzheit“ kann unseres Erachtens der Lebendigkeit, d. h. der Wirklichkeitsnähe des Kausalitätsdenkens verhängnisvoll werden. Die von KERN als *Identität* von Geist, Seele und Körper gesetzte „*Einheit*“ ist eine *Idee* (s. oben). Sie wird immer nur in Teilespekten faßbar, die nach dieser Auffassung nicht durch Seins —, sondern allein durch Betrachtungsverschiedenheiten im Aufbau des Organismus bestimmt sind. Psychisches und Somatisches steht hier nur im Verhältnis von *Korrelationen*, nicht von Wirkzusammenhängen zueinander. Demgegenüber bedeutet „*Ganzheit*“ der leib-seelisch-geistigen Zusammenhänge nach unserer Auffassung eine *ontische Realität*, etwa biologisch als das Gesamt der auf Selbststeuerung und Zusammenleitung angelegten Teilstrukturen der Organe und Organsysteme, deren Erlebnisbedeutung zugleich ihre Ganzheitsbedeutung (als Frage) in sich schließt (SCHEIDT). Sie wird als hierarchisch gegliedertes Ganzes der *Person* sowohl in Betrachtungs- wie auch in *Seinsgrenzen* erfahrbar. Die bildhaft als Schichten denkbaren Strukturlemente dieses personalen Ganzen stehen nicht nur in korrelativem, sondern auch in einem gegenseitigen Wirkzusammenhang (wenn auch nicht im Sinne einer „Wechselwirkung“ zwischen Leib und Seele). *Die Aspekte der Einheit sind gedachte, die Glieder der Ganzheit sind seiende Wirklichkeiten.*

Wir würden diesen grundlegenden Unterschied nicht so herausarbeiten, wenn er uns nicht über seine theoretische Bedeutung hinaus auch praktisch wesentlich erschiene: Wenn z. B. ein klinisches Zustandsbild als erkenntnistheoretische Einheit und begriffliche Zweifel lediglich unter verschiedenen Aspekten gesehen wird, so kann das dazu verleiten, Phänomene, die in der hergebrachten Vorstellung von einer bestimmten Ursache (z. B. dem Trauma) nicht aufzugehen scheinen, abstrahierend aus dem Kausalnexus auszuschalten oder auch (körperliche oder psychische) Teilespekten zu einer Ursacheneinheit zu verabsolutieren, da die Verschiedenheit der Betrachtungsweisen z. B. nach KERN nicht durch die Verschiedenartigkeit der somatischen oder psychischen Vorgänge selbst, sondern durch „Zweckmäßigkeitssätze“ bestimmt sein soll. Gegen die Unsicherheit und Willkür, der eine solche Methode ausgesetzt sein könnte, stellt die *ontologische* Anschauung des klinischen Gesamtbildes methodisch insofern ein Regulativ dar, als die Symptome in ihr nicht nur virtuell — durch die Verschiedenheit der Aspekte — sondern auch reell durch die *ontische* Verschiedenheit der Vorgänge in den einzelnen Seinsschichten bestimmt werden, die untereinander in einem von Schicht zu Schicht abgewandelten Beziehungsverhältnis — etwa in dem der „*Determination und Dependenz*“ (NICOLAI HARTMANN) — verbunden zu denken sind. Teilespekte („das

Psychogene“) können in dieser ontischen Sicht nie abstrahiert oder verabsolutiert werden, weil in einem gegliederten „Ganzen“ alles mit allem zusammenhängt, ohne daß die Autonomie der höheren gegenüber den niederen Schichten dadurch preisgegeben und die jeweilige pathogenetische Relevanz des „Traumas“ oder des „Morbus“ damit undeutlich zu werden braucht.

Im Gegensatz zu jener erkenntnistheoretischen Interpretation des Ursachenbegriffes bleibt in dieser ontologischen Betrachtungsweise die Hirnverletzung als „causa“ weder durchweg etwas Mechanisches noch muß sie mit dem Auftreten psychologischer Verarbeitungen und Reaktionen prinzipiell gegenstandslos werden, sondern sie wandelt sich in ihren Wirkungsformen entsprechend den von ihr betroffenen Seinschichten, nach deren Struktur- und Funktionseigentümlichkeiten und gegenseitigen Beziehungsverhältnissen ab. Der Vorgang „Ursache-Wirkung“ ist ein mechanischer nur soweit, als er quantitativen physikalischen Gesetzmäßigkeiten (als Schlag, Stoß, Zertrümmerung usw.) unterliegt. Sobald er funktionstragendes Hirngewebe getroffen hat, nimmt er qualitativ-biologische Eigenschaften durch das Wirksamwerden selbstregulierender, regenerativer, auf Zusammenleitung und Ganzheitserhaltung gerichteter, vegetativ gesteuerter Teilfunktionen an. Mit dem Übergreifen auf psychische Leistungen kommt als weiteres „kategoriales Novum“ (HARTMANN) die Veränderung von Akten und Inhalten des Erlebens und mit dem Eintritt in die geistige Sphäre der Wandel der Formen des Erkennens, des intentionalen, akthaften Wollens, der Werthaltungen, Sinngebungen usw. hinzu. Die ursprünglich mechanische Causa ist somit nur die tragende Grundlage, die von den höheren Schichten, in die sie hineinwirkt, „überformt“ und überbaut wird, und der klinische Gesamtzustand stellt nicht einen Funktions- und Leistungsdefekt nach quantifizierenden Maßstäben, sondern einen Funktions- und Leistungswandel nach qualitativen Kategorien dar. Je geringer die pathogenetische Bedeutung des Traumas als eines objektivierbaren und determinierenden „efficiens“ und „effectum“ ist, desto größer bleibt der Spielraum des Personalen als eines nicht objektivierbaren und autonomen „agens“ und „actus“ und umgekehrt. Aber beides — causa und persona — schließt sich nicht als Unvereinbares gegenseitig aus, sondern die causa als niedere Kategorie kann durch ihre pathologische Wirkung die Erlebnisform als höhere Kategorie determinativ abändern, ohne daß diese ihre „Eigendetermination“ dadurch einzubüßen braucht. Das Kausale, das seine Wirkung, obwohl verdeckt, bis in die höchsten Seinsstufen hinauf behält — SCHOPENHAUER: „Wo der Wille unleugbar sich kundgibt, wird die Kausalität so verdunkelt, daß der reine Verstand es wagen konnte, sie wegzuleugnen“ — ist aber für unsere Aufgabe einzuengen und

festzulegen durch das, was eine Hirnverletzung nach klinischer Erfahrung an neurologischen und psychischen Störungen hervorzurufen pflegt.

Das Trauma hört streng genommen erst da auf, „causa“ zu sein, wo seine reflexive Verarbeitung durch die von ihm nicht alterierte Gesamtpersönlichkeit beginnt, wo also das einsetzt, was der Verletzte als *gesunde* Person aus seiner Hirnschädigung „macht“, was er zu ihr an Wünschen, Befürchtungen, rationalen Erwägungen usw. „hinzutut“. Wir sind gewohnt, diese reflektierende Stellungnahme des personalen Ich als „Erlebnis“ von dem unpersönlichen Es des Traumas als „Geschehnis“ zu trennen. Aber wo ist die Cäsur zwischen der Geschehnis- und der Erlebnisseite zu suchen, wie ist sie klinisch-begrifflich zu bestimmen? Ist eine solche Cäsur überhaupt faktisch und nicht nur begrifflich faßbar?

Ohne auf die Schwierigkeiten des Nachweises einzugehen, wie weit — etwa bei dem Folgezustand einer kontusionellen Hirnschädigung mit rein neurologischen Restsymptomen — die prätraumatische Erlebnisweise der posttraumatischen gleichzusetzen sei, wollen wir hier nur nach den *Bedingungen* fragen, unter denen sich das kausale Geschehnis „traumatische Hirnläsion“ in das personale Erlebnis „psychogene Manifestation“ umsetzen kann. Bei aller Unbestimmtheit, der wir uns mit dieser Frage aussetzen, ist doch eines sicher, mag es sich um psychogene Entäußerungen als Ausdruckssymptom eines traumatisch veränderten Hirnzustandes oder um psychogene Reaktionen intentionaler Art auf traumatogene Mißempfindungen, Leistungsminderungen usw. oder auch um die hiervon oft nur schwer abgrenzbaren „Hintergrundreaktionen“ K. SCHNEIDERS handeln: Eine schroffe Trennung oder Gegenüberstellung der psychogenen und der organogenen Erscheinungen kann nur dann gefordert werden, wenn man das *vitale Gefüge* außer acht läßt, das alle erlebnishaften Aktualisierungsformen als potentielle Grundgegebenheit und damit als Mittler zwischen Geschehnis und Erlebnis trägt. So bequem eine Rationalisierung des Psychischen und eine Mechanisierung des Organischen, wie sie von KERN vertreten wird, für die Praxis der Unfallbegutachtung auch sein könnte — sie trifft — bildlich genommen — allenfalls die Endpunkte der Geschehnis-Erlebnisreihe, aber sie ist durchaus unangemessen jener *lebendigen* Zwischenstrecke, auf deren Berücksichtigung es gerade in der Ursachenfrage entscheidend ankommt. Es ist daher auch für unser Thema unerlässlich, auf Wesen und Bedeutung dieses „Vitalen“ einzugehen.

Die *vitalen* Bedingungen für den geistig-intentionalen Vollzug des Erlebens übersehen zu haben, ist übrigens auch ein Mangel in ERWIN STRAUS' Abhandlung „Geschehnis und Erlebnis“, den KUNZ in seiner Rezension dieser geistvollen Schrift rügt.

Wenn bis heute immer noch die Quelle psychogener Manifestationen bei traumatischer Hirnschädigung entweder im „Intentionalen“, „Ideagenen“ oder in reflektorisch entstandenen psychophysischen „Ausdrucksmechanismen“ (ISSERLIN), also gleichsam zu hoch über oder zu tief unter dem „Vitalen“ gesucht wird, so sind das im Grunde Nachwirkungen des Skotoms für die vitale Sphäre im Blickfeld der rationalistischen ebenso wie der biologischen Denkweise in der Psychopathologie. Auch der übliche Ausdruck „psychogene Überlagerung“ verdankt seine Herkunft diesem unlebendigen Dualismus und läßt nicht erkennen, daß mit ihm eher eine „Verlagerung“ der Symptomatik von der somatischen zur psychischen Ausdrucksseite unter der Mittlerschaft des vitalen Wesengrundes gemeint sein sollte. Und mit den Terminen für traumatische Persönlichkeitsänderungen: „Affektlabilität, Herabsetzung oder Erhöhung der Schwelle für emotionale Reize“, „inadäquate Reizverwertung“ (GOLDSTEIN), dysphorische Reizbarkeit, Morosität, Einbuße an Selbstsicherheit, Aktivität, Elastizität und Tenazität des Wollens, erhöhte Suggestibilität, Defekt des Arbeits- und Gesundungswillens usw. erfassen wir entweder nur die substantiell-organisch unterbauten Vorformen oder die thymogen-intentionalen Ausformungen einer *vitalen Grundstörung*, deren Eigenart von diesen klinischen Phänomenen nicht zu trennen ist, aber von der gewalt samen Alternative „organogen oder psychogen“ — „kausal oder rational“ ignoriert wird.

In seiner subtilen Analyse des Falles Meunier hat BÜRGER-PRINZ (mit KAILA) den Abbau der emotionalen Unausgeglichenheit durch Psychotherapie als wesentliches Kriterium für den charakterogenen und doch zugleich vom Organschaden abhängigen Anteil bei traumatisch-psychogenen Verflechtungen herausgearbeitet und sich um die Freilegung der „Zwischenprovinz“ zwischen Trauma und Persönlichkeit bemüht. Ob wir — ceteris paribus — ohne Einschränkung an dem traditionellen Satz festhalten müssen, sichere organische Hirnverletzungsfolgen seien psychotherapeutisch grundsätzlich unbeeinflußbar und schon deshalb streng von psychogenen Vorgängen abzugrenzen, darf heute fraglich erscheinen, nachdem wir erfahren haben, daß neurologische Restsymptome sich in unverkennbarem Zusammenhang mit der Beseitigung psychogener Störungen durch Elektrosuggestiv — und andere psychotherapeutische Maßnahmen zurückbilden können. Hierin wie auch in dem schlagartigen Wegfall psychogener Aphonien, Gangstörungen usw. bei traumatischer Hirnschädigung, den wir nach zentralvegetativen „Umstimmungen“ (Encephalographie, Elektrokrampf, selbst einfacher Lumbalpunktion) beobachten konnten, zeigt sich die Evidenz der faktischen und damit die Notwendigkeit der begrifflichen Verschmelzung „somatischer“ und „psychischer“ Abläufe

in einem Bereich, der eine „Ganzheitlichkeit“ personalen Seins und Erlebens sowohl ermöglichen wie auch aufheben kann und für den wir vorerst keine andere Kennzeichnung wissen als eben die mit dem Wort „das Vitale“. Die Anonymität, aus der diese vitale Grundgegebenheit erst durch ihre Unordnung hervortritt (BERINGER), berechtigt jedenfalls kaum dazu, sie als nichtexistent zu behandeln und aus der Frage nach dem Zusammenhang zwischen psychogenen und organischen Störungen kategorisch wegzudenken.

Allerdings ist zuzugeben, daß mit der Vitalsphäre etwas in den Begriff gebracht werden soll, was seinem Wesen nach *vorbegrifflich* ist, und daß etwas vergegenständlicht werden muß, zu dessen integrierenden Merkmalen die *Ungegenständlichkeit* gehört. Im naturwissenschaftlichen Sinne objektivierbar sind hier nur die vegetativen Partialfunktionen, an deren Ganzheitsbedeutung alles Vitale gebunden ist, ohne mit ihnen identisch zu sein. Wir haben es bei vitalen Gegebenheiten in dem hier gemeinten Sinne nicht mit aktuellen Funktionen und Strukturen, sondern mit *potentiellen Vorfunktionen und Vorstrukturen* zu tun, d. h. mit Möglichkeiten und Bedingungen der „Aktualgenese von Erlebnisgliederungen“ (F. KRÜGER). Greifen wir aus der Symptomatologie traumatischer Hirnschädigungen mit psychogenen Manifestationen die Abschwächung der Initiative und die dysphorisch-morose Stimmungslage heraus, bei der die organische von der psychischen Herkunft nicht immer gleich abzugrenzen ist, so haben wir damit die Veränderungen von zwei vitalen Grundgegebenheiten, des *Antriebes* und der *Gestimmtheit*, vor uns, die es erlauben, dem Zustandekommen und den gegenseitigen Beziehungen organisch-psychologischer Symptomenkoppelungen ex ovo nachzugehen:

Aus dem Antrieb ist noch nicht das „intentionale“ (BRENTANO) Streben, aus dem Gestimmtsein noch nicht das „gerichtete“ (LERSCH) Gefühl differenzierbar herausgetreten. In beidem läßt sich Körperliches und Seelisches, Objektives und Subjektives noch nicht trennen. Im Gestimmtsein (und im Antrieb) ist die Außen- der Innenwelt noch nicht gegenständlich geworden. „Die Stimmungen leben noch ganz in der ungeschiedenen Einheit von Selbst und Welt“ (BOLLNOW). Antrieb sowohl wie Gestimmtsein sind weiter *geistferne*, aber doch schon — im Sinne eines „Innewerdens“ — *ichbezogene* und immer — das ist wesentlich — *leibnahe* (BÜRGER-PRINZ) Voraussetzungen menschlichen Lebens und Erlebens.

Das „Leibhaben“ oder besser „Leibsein“ („wie er leibt und lebt“) verstehen wir als elementare, ungegliederte Zuständlichkeit des Menschen oder — mit SCHELER und PLESSNER — als reine Wesensform, die jeder einzelnen faktischen Organ- und Sinnesempfindung vorgegeben ist (L. BINSWANGER). Schon SCHELLING (zit. nach BINSWANGER) hat diese

Eigenart der Leib-Seelesphäre von dem Geist-Gegenstandsbereich ausdrücklich gesondert, wenn er sagt: „Der Geist hat nur Beziehung zum Körper, die Seele zum Leib, der Leib wird empfunden, der Körper begriffen.“

Wenn eine traumatische Hirnschädigung zu langdauerndem Kopfschmerz, zu vasovegetativen Regulationsstörungen, zu vestibulären Schwindelercheinungen usw., also zu jenem *cerebralen Unbehagen* führt, das wegen seiner ausgeprägten *Ichnähe* einen besonderen Erlebnisakzent hat, so wird das ursprünglich objektlose Leibempfinden nunmehr objekthaltig, durch die körperlichen Mißempfindungen vergegenständlicht — der vitale Hintergrund büßt an Leibnähe ein, er wird körpernäher und damit zugleich von den höheren Persönlichkeitsseiten her *erlebbar*. Die sonst dunkle Leibesempfindung formt sich durch die Störung der Homogenität des vitalen Bodens, in den sie gebettet ist, zur reflektierten Körperwahrnehmung. So dissoziiert sich die Einheit des vitalen Gestimmtheins als der natürlichen *Übereinstimmung* von Inwelt und Umwelt zur spezifisch traumatischen *Mißstimmung*. Mit aller Vorsicht können wir hier — um die fruchtbare Unterscheidung E. STRAUS' zu übernehmen — von einer Verschiebung der Dominanz des pathischen auf die des gnostischen Momentes im Erleben sprechen. Die unmittelbare Kommunikation der Inwelt mit dem Umweltgefüge, die STRAUS zu den Kennzeichen des pathischen als eines Bestandes des „ursprünglichsten Erlebens“ zählt und die wir den vitalen Grundgegebenheiten zuordnen wollen, ist durch das ständige Einfließen vegetativ-nervöser Mißempfindungen in die Bewußtseinsphäre gestört und auf einen Ausschnitt eingeengt, in dem diese körperlich objektivierten Vorgänge überwertig werden, sich verselbständigen und vom Ich abspalten können. Tritt zu der *Dissoziation des Vitalen*, wie wir dieses Geschehen bezeichnen wollen, eine traumatogene Tendenz zur Summation und Vergrößerung in der Aufnahme und Verarbeitung von Umwelteinflüssen auf Affektivität und sensorische Funktionen und zugleich die von GOLDSTEIN bei schweren Hirnläsionen beobachtete, aber auch bei leichteren vorkommende „Reiz-Schutzlosigkeit“, eine erhöhte Durchlässigkeit gegenüber affektiven „Reizen“, so bedeutet das eine Einschränkung der Wahlbreite in der Situationsbewältigung, eine Abnahme der Fähigkeit, Nuancierungen der Umweltkonstellation mit entsprechend nuanzierten Inweltreaktionen zu beantworten, also eine Einbuße an Freiheit menschlichen Handelns schlechthin. Mit dieser Entdifferenzierung vollzieht sich nicht etwa eine Angleichung an gleichsam naturnähere Seinstufen, sondern im Gegenteil eine unbiologische Anpassungsschwierung und damit das Erlebnis des *Preisgegebenseins*, der *Angst*.

Analysen von psychogenen Entäußerungen bei traumatischer Hirnleistungsschwäche haben uns gezeigt, daß eine sonst latente, objektlose,

durch ständiges „Inbetriebsein“, Geltungsstreben usw. überdeckte Lebensangst, in welcher wir mit SCHELER ein Korrelat des Widerstandes der Umweltwirklichkeit gegen den vitalen Selbstentfaltungstrang sehen, durch die traumatische Anpassungs- und Entfaltungsbewirkerung zur objekthaltigen, reflektierten Angst, zum Erlebnis der *Daseinsleere* aktualisiert werden kann. Meist stehen wir hier — wie auch bei den selteneren euphorischen Verstimmungen — vor einem *Mißverhältnis zwischen vermeintlicher und tatsächlicher Leistungsminde rung*, das sich nun je nach Art und Grad der vitalen Grundveränderungen und ihren Beziehungsverhältnissen untereinander und zu den höheren Persönlichkeitsbereichen verschieden auswirkt. Grob vereinfacht und schematisiert: Der Antrieb kann z. B. abgeschwächt sein und das reflektierende Ich nimmt das ohne Gegenintention hin. — Ergebnis: Farblose Resignation, schlaffes Sichhängenlassen. Oder: Der Antrieb ist pathologisch abgeschwächt und das gesunde Ich wehrt sich dagegen. — Ergebnis: Leistungsdefizit aus vitalem Unvermögen und damit deprimierende Bestätigung und Objektivierung der unterschwelligen Angst. Oder: Einer charakterogenen Antriebsschwäche steht — z. B. bei Frontalhirnläsionen — eine affektive Enthemmung oder ein „euphorischer“ Mangel an Ernstwertung gegenüber. — Ergebnis: Dysphorisiendes Innewerden der tatsächlich eingegangenen Leistungsbreite durch erhöhte emotionale Zuwendung zur Umwelt. Ebenso kann die ursprüngliche Homogenität von Antrieb und Gestimmtheit in sich etwa derartig gestört sein, daß der Antrieb organisch-dranghaft überschießend, die Grundstimmung reflektierend-depressiv oder hypochondrisch ist usw.

Alle solchen Formen einer *vitalen Dissoziation* und einer Diskrepanz zwischen vitalem und intentionalem Erleben führen als traumatogener Hintergrund zu „psychogenen“ Manifestationen dann, wenn charakterogene oder konstellative Faktoren dekompensierend hinzutreten: Weichheit oder Mangel an Geschlossenheit des Persönlichkeitsgefüges, konstitutionelle Neigung zum Ausweichen in die entpersönlichende Dominanz der vegetativ-animalischen Sphäre, „neurotische“ Tendenz zur „Deformierung“ (STRAUS), sozial oder psychologisch ungünstige Konstellationen, iatrogene Einflüsse usw. Aber es brauchen keineswegs immer und allein konstitutionelle oder situative Momente zu sein, welche die Durchflechtung organischer und psychogener Symptome ermöglichen, sondern vielfach scheint hier nichts anderes als die oben skizzierte Manifestierung jener latenten *Daseinsangst*, die uns heute als überpersönliches, zeitgeschichtlich bestimmtes Phänomen in den verschiedensten Formen entgegentritt, pathogenetisch den Ausschlag zu geben. Den „neurotischen“ Ursprüngen psychisch-reaktiver Bilder nach Hirnverletzungen grundsätzlich einen überwiegend rational-

ökonomischen Akzent zu verleihen (als Wunsch nach Entschädigung oder Angst vor Nichtentschädigung), wie es in der Darstellung von SCHELLWORTH geschieht, hieße daran vorbeisehen, daß die geschichtliche Entwicklung der letzten Jahre solchen wirtschaftlichen Zwecktendenzen insofern den Boden entzogen hat, als Entschädigungsmöglichkeiten überhaupt fehlten oder gering geworden sind und daß der autoritäre Zwang im Kriege und die Erfordernisse der elementaren Daseinssicherung in der Nachkriegszeit etwaige Tendenzen zum Ausweichen in die Zweckreaktion abgeleitet haben. Die tieferen Ursachen des hiermit zusammenhängenden Struktur- und Stilwandels der abnormen Erlebnisreaktionen, denen wir an anderer Stelle nachgegangen sind, lassen sich aber weniger in solchen ökonomischen als vielmehr in „existentialen“ und damit nicht minder realen Momenten auffinden. Das, was wir heute bei solchen Bildern beobachten, ist nicht mehr so sehr das „Durchscheinen der Willensrichtung“ (BONHOEFFER), sondern scheint vielmehr Ausdruck des *ängstlichen Nichtfertigwerdens* mit einer vitalen Anpassungs- und Entfaltungsstörung und des Suchens nach einem neuen Halt, also eher ein Zeichen der Flucht *aus* der Krankheit als *in* die Krankheit zu sein. Das Zurückstreben nach der verlorenen Existenzgeborgenheit vollzieht sich dabei meist nicht geradlinig, sondern in polarem Wechselspiel zwischen Tendenzen zur Selbstbehauptung und zur Selbstpreisgabe, die vielleicht — in vorsichtiger Analogie zu ausdrucks-, insbesonders tierpsychologischen Beobachtungen (W. R. HESS, v. WYSS u. a.) — in einer Übersteigerung entweder sympatheticer (ergotroper) oder parasympatheticer (trophotroper) Funktionen erkennbar sind. Die mehr sympatheticen akzentuierten Selbstbehauptungs(-Abwehr)-regungen äußern sich — grob-schematisiert — in hyperergischen motorischen Entladungen, Krämpfen, muskulären Verspannungen usw., die mehr parasympatheticen gesteuerten Selbstpreisgabe(-Flucht)-Tendenzen in hypoergischen, adynamischen Zuständen, vasovegetativen Anfällen mit Tonusverlust, schlaffen Paresen, Aphonien usw. Auch den GOLDSTEINSCHEN „Katastrophenreaktionen“, deren psychogenen Anteil BÜRGER-PRINZ bei seinem Fall Meunier von dem organischen gesondert hat, wohnt sowohl das angstbeladene Ausgelfertsein an die Forderungen der Umwelt wie auch die Tendenz zur Abschirmung gegen sie inne. Ähnlich können z. B. traumatógene vestibuläre Schwindelerscheinungen als objektivierende Bestätigung der latenten existentialen Unsicherheit erlebt und damit — auf dem Wege der „Ausdrucksüberspannung“ (ISSERLIN) — zu torkelnden Dysbasien mit verkramptem Suchen nach Halt oder zur einfachen Gangabschaltung (schlaffen Beinparesen oder Abasien) ausgebaut werden.

An folgendem (nur skizzierten) Fall unserer eigenen Beobachtung ließ sich das Komplementärverhältnis von geschehnisbedingten und erlebnishaften Vorgängen, von aktiven Abwehr- und passiven Rückzugstendenzen und zugleich die Bedeutung der Symptomwahl, -verstärkung und Fixation durch traumatische Funktionsstörungen eindringlich verfolgen: H. P., geb. 4. 9. 25, von Hause aus ein arbeitsamer, eifriger, aber etwas weicher und verwöhnter Junge, September 1944 Granatsplitterstecksschuß: Einschuß links temporal, Röntgenbild: bohnen-großer Stecksplinter in der hinteren Parietalregion links, dicht neben dem Seiten-ventrikel. Durchgehende spastische Hemiparese rechts, Aphasie, vorübergehend Amaurose. Allmähliche, nicht ganz vollständige Rückbildung der Lähmung, Verschwinden der Aphasie. Leichte, aber deutliche Charakterveränderung: Reizbar, mürrisch, anspruchsvoll, quengelig, überempfindlich. Lebt seit Kriegsende bei den Eltern unter relativ günstigen sozialen Bedingungen. Aus affektiven Anlässen (häusliche Auseinandersetzungen, angebliche Kränkungen durch Angehörige) transitorische Zustände von lähmungsartiger Schwäche im rechten Arm, stotterndem, abgehacktem Sprechen, zum Teil in Infinitiven, Wortfindungsstörungen, vorübergehend völliger Sprach- und Sehverlust, bisweilen kurzaufeinanderfolgende „Anfälle“ mit Selbsthyperventilation, grobem Zittern und Schütteln des rechten Armes und anschließender Astasie und Abasie. 1946 zweimal Einweisung in die Klinik (Leipzig) wegen solcher Zustände, einmal wegen „Verdachtes auf Hirnabsceß“ durch die Chirurgische Klinik. Neurologisch: Andeutung von WERNICKE-MANNscher Prädilektionshaltung der rechten Extremitäten, Restparese im rechten Arm, Dyspraxie, Fingerwahlstörung in der rechten Hand, encephalographisch allgemeine plumpe Erweiterung des linken Seiten-ventrikels. Durch psychotherapeutische, elektrosuggestive und heilgymnastische Maßnahmen Beseitigung aller psychogen erscheinenden Symptome. Psychisch nach der Therapie zunächst ausgeglichen, zugänglich und freundlich. Die therapeutisch zurückgedrängten, aber in ihren Ursprüngen noch nicht abgebauten Körperstörungen kamen nach einigen Tagen erneut, jedoch in veränderter Form, zum Vorschein: Plötzliche Parästhesien und Sensibilitätsausfälle, anfangs auf einzelne Gliedmaßen beschränkt, dann zu allgemeiner Hypästhesie und Analgesie sich ausdehnend. Patient fühlte sich durch diese Erscheinungen subjektiv mehr gestört und unsicherer als durch die objektiv viel gewichtigeren Lähmungs-, Erblindungs- und Aphoniezustände, die ihn gegen eine Kommunikation mit der ihm zeitweise unbehaglichen Umwelt besser abgeschirmt hatten. Die darauf zunehmende Dysphorie und Reizbarkeit entlud sich später wiederum „psychogen“, diesmal in schlaffer Lähmung des rechten Armes und linken Beines mit Aphonie, verschwand vorübergehend mit der therapeutischen Beseitigung, trat abermals hervor, sobald das „Entblößtsein“ von schützenden Funktionsausfällen je nach der Situation zu anfallsförmigen hyperergischen Protestäußerungen oder zu hypoergischen Sprach-, Seh-, Gang- oder Empfindungsabschaltungen oder auch zu verscheidenartigen Symptomkoppelungen führte usw. So verschob sich die Symptomform unter dem enthemmenden und regulationsschwächen Einfluß der Hirnverletzung jeweils von der psychischen zur somatischen und in dieser wieder abwechselnd von der kinetischen zur sprachlichen, sensorischen oder sensiblen Ausdrucksseite.

Die organischen Grundstörungen sind hier unseres Erachtens nicht — wie bei den von KRETSCHMER angeführten Beispielen von „psychogener Überlagerung“ — ein „beliebiges, zufällig in die Hand gespieltes Material“, sondern sie haben für sich, als Objektivierungsformen der latenten Daseinsangst, einen bestimmten primären *Erlebniswert*, der

von der traumatisch geschwächten, dissoziierten Vitalsphäre nicht „aufgesaugt“ oder von den gleichfalls veränderten und charakterlich ungefestigten höheren Persönlichkeitsbereichen her nicht sinnvoll verarbeitet werden kann. Dieser Erlebniswert gewinnt dadurch pathogene Bedeutung, daß die traumatisch erhöhte affektive Zuwendung zur Umwelt (Frontalhirnenthemmung!) zu Kollisionen mit dieser und dabei zum Gefühl des Unangepaßt- und Ausgeliefertseins führt, das sich mit Hilfe der organischen Restparese in grobe motorische Ausfälle psychogenen Gepräges umsetzt. Dieses „Schutzes vor der Schutzlosigkeit“ durch den Erfolg der Therapie beraubt, wählt P. eine neue (symbolische) Abschirmung vor der Umwelt, der er in seiner emotionalen Steuerungsschwäche und allgemeinen Leistungsminderung noch nicht gewachsen ist, und zwar auch wieder unter Verwendung entgegenkommender Organstörungen: Die Anästhesie. Diese aber reicht als „Reizschutz“ anscheinend nicht aus, läßt dafür eine Dysphorie mit eigenem Bedeutungssatz hervortreten („die Gefühllosigkeit stört mich mehr als die Lähmung!“) und leitet zu weiteren motorischen Reaktionen über, die ihn in dem Gefühl der Leistungseinbuße immer wieder zu bestätigen scheinen.

Die hier nur bei feinerer Analyse erkennbaren Erlebnis- und Bedeutungszusammenhänge, das Komplementärverhältnis zwischen Geschehnis und Erlebnis, die „Verschiebungen der psychophysischen Repräsentanz“ (v. WEIZSÄCKER) sind überenergetische Formeln für einen Vorgang, der *auch* Energetisches, nämlich die Wirksamkeit des Traumas, in sich schließt, ja sogar von dieser getragen wird. Wie aber ist dieser Wirkzusammenhang zwischen Trauma und psychogen erscheinenden Entäußerungen real und begrifflich zu erfassen? Nach dem Schema von DANSAUER und SCHELLWORTH wäre diese Frage bei unserem Falle H. P. so zu beantworten: Ein Zusammenhang ursächlicher Art besteht überhaupt nicht, da die organischen Traumawirkungen, scharf getrennt von den als psychogen imponierenden Symptomen — jene auf einem kausalen, diese auf einem rationalen Begriffsgeleise — beziehungslos nebeneinander herlaufen. Der Mensch H. P. zerfiele somit in eine entschädigungspflichtige Trauma- und eine nichtentschädigungspflichtige Erlebnishälften, wobei es den Anhängern der KERNschen Erkenntnistheorie überlassen bliebe, diese Begriffs-teilung als „Produkt der objektiven Wirklichkeit“ etwa an den motorischen Funktionsstörungen oder den psychischen Veränderungen praktisch durchzuführen. *Realiter* sind aber weder die organischen Symptome durch die traumatische Hirnschädigung kausal im Sinne mechanistischer Gesetzmäßigkeiten determiniert, denen von DANSAUER und SCHELLWORTH ausdrücklich jede teleologische Eigenschaft abgesprochen wird, noch lassen sich die psychisch-reaktiven Erscheinungen

einfach als rational bestimmbar Folgen unmittelbar von einem erlebnishaften Motiv ableiten. Die psychophysischen Auswirkungen der Hirnverletzung, die regenerativen, kompensierenden oder dekompen-sierenden Vorgänge, die sich anschließen, wären ohne teleokline und morphogenetische Tendenzen der lebenden Substanz nicht erklärbar, und auf der anderen Seite unterliegt die Genese der psychisch-reaktiven Symptome eher irrationalen, hyponoischen, hypobulischen als rationalen Voraussetzungen.

Wir stehen auch hier *begrißlich* nicht etwa vor einer Parallelität oder vor einem „Gemisch“ noch vor einer lediglich durch die räumliche oder unräumliche *Betrachtungsweise* bestimmten Verschiedenheit von kausal oder rational faßbaren Vorgängen, sondern vor einer durch die Hirnverletzung faktisch *veränderten vitalen und personalen Erlebniswelt*, die sich — unter dem Einfluß charakterlicher, körperlich-konstitutioneller und situativer Besonderheiten — in motorischen, sensorischen, sensiblen, emotionalen und intentionalen Ausdrucksformen mit wechselseitig komplementärer Vertretbarkeit und nach den Vollzugsregeln der jeweiligen psychophysischen Repräsentanz kundgibt. Wenn wir annehmen — und die klinische Analyse legt uns das nahe —, daß die Entwicklung der psychisch-reaktiven Erscheinungen bei diesen Zuständen durch die traumatisch und erlebnishaft zugleich veränderte, dissoziierte Sphäre der vitalen Grundierung der Persönlichkeit — wie durch ein Medium — vermittelt wird, so muß das dualistische Schema hier allerdings versagen. Es ist unanwendbar, nicht einfach wegen der schwer durchschaubaren Verflechtung organischer und nichtorganischer Symptome, nicht etwa, weil hier Kausales und Rationales in erkenntnistheoretisch unzulässiger Weise gemischt wäre, sondern weil der Bereich des Vitalen seine strukturelle und dynamische Eigenart hat, welcher die Kategorien des Kausalen und des Rationalen ebenso wenig entsprechen wie etwa die Kategorie „Wert“ der stofflichen Schicht des Organischen.

Die Schwierigkeit einer adäquaten kategorialen Zuordnung erweist sich auch bei dem Versuch, die von DROYSSEN und DILTHEY herausgearbeitete und von JASPER auf die Psychopathologie übertragene Abgrenzung des Erklärbaren (für den kausalen) vom Verstehbaren (für den psychologischen Anteil) dieser Zustände anzuwenden. Dabei stoßen wir — wie etwa bei unserem Falle H. P. — immer an einen Bereich, in dem die als psychogen imponierenden Symptome nicht mehr ganz verstehbar abgeleitet, aber damit noch nicht kausal zureichend erklärt werden können. Umgekehrt geht die unmittelbar traumatogene, also erklärbare Vorgangsreihe (hemiplegisch-aphatische Restsymptome) ohne scharfe Grenze in eine nur mehr mittelbar traumatogen erklärbare, aber damit noch nicht verstehbare Linie über

(psychogen erscheinende Halbseiten-, Sprach- usw. Störungen). Das differentialdiagnostische Unbehagen, das uns bei solchen Verschränkungen von Organischem und Reaktivem befällt, mag nicht zuletzt davon herrühren, daß diese Bilder mit den herkömmlichen Begriffen der Erklärbarkeit und Verstehbarkeit eben nicht hinreichend erfaßbar sind, vorausgesetzt, daß die persönliche Reaktion des Untersuchers (BOSTROEM) ein Kriterium für den objektiven Zustand des Patienten darstellt.

Es scheint, als fehle uns eine praktikable Kategorie für den Wirkzusammenhang im Bereiche des vitalen Geschehens, so wie wir „kein eigenes Erkenntnisorgan für die Erfassung des Lebens als solchen haben“ (N. HARTMANN). Die von KERN als *passepartout* verwendete Alternative „räumlich“ (kausal) — „raumlos“ (rational) zielt schon deshalb am Wesen dieser — bildlich gesprochen — „vitalen Zwischenschicht“ zwischen Geschehnis und Erlebnis vorbei, weil das Vitale zwar zeitliches, aber nicht räumliches Sein ist (SCHELER).

Wenn wir also die Geltung der *causa*, d. h. des Hirntraumas, nicht gewaltsam an einer imaginären Grenze zwischen Stoff und Erleben abbrechen lassen, aber auch nicht ins Uferlose einer philosophischen Kausalität ausdehnen wollen, die *alles* Geschehen als gesetz- oder regelmäßigen Zusammenhang von Veränderungen umfaßt (HUME, LEIBNIZ u. a.), so bleibt unsere Aufgabe: einen durch die vitalen Grundgegebenheiten abgewandelten und diesen adäquaten Ursachenbegriff für die wechselseitige Verknüpfung von unpersönlichem Ereignis und personaler Bedeutung zu suchen — etwa im Sinne der SCHOPENHAUERSchen Kausalitätsstufung oder der HARTMANNschen Kategorienlehre. Die nächstliegende Diskussionsmöglichkeit scheint hier der Begriff der *Auslösekausalität* schon insofern zu bieten, als er nach der Konzeption ROBERT MAYERS die logische Überbrückung der Gebiete des Physischen und Psychischen ermöglicht (MITTASCH). (Das Wort „Kausalität“ soll in Verbindung mit Auslöseprozessen nicht etwa eine *causa* als Gleichsetzung mit dem Trauma präjudizieren!)

Gewiß ist die Auslösekausalität als weitgehend unspezifisch in allen Naturvorgängen, vom Anorganischen bis zum Geistigen, im pathologischen wie im gesunden Geschehen wirksam, aber sie nimmt doch — wie jede Kausalität — in den einzelnen Seinsstufen verschiedene Formen und Bedeutungen an. Als kennzeichnend für ihre Eigenart im Bereiche der Vitalschicht beim Hirnverletzten mit psychisch-reaktiven Erscheinungen könnte gelten, daß hier traumatisch-kausal *determinierte* Struktur- und Funktionsveränderungen als körperliches Substrat des Auslösevorganges mit einem nicht notwendigen Geschehen, sondern einem mehr oder minder *wahlhaften* Erleben oder Innenerwerden von seiten des Individuums zusammentreffen. Es interferieren hier

also jeweils unpersönliche („notwendige“) und individuelle („wahlhafte“) Faktoren, die in der gesunden Vitalsphäre homogen verschmolzen sind und in der traumatisch dissoziierten — mit dem Herausfallen der gegenständlich, körperhaft gewordenen Leibesempfindungen aus dem Verbande des Ichs — auseinandertreten. Dabei ist das Verhältnis von Auslösung und Effekt nicht quantifizierbar und überhaupt nicht mechanisch zu denken, und es besteht keine Äquivalenz zwischen auslösendem Anstoß und ausgelöstem Vorgang. Im Unterschied von dieser sowohl traumatisch wie erlebnishaft bedingten *Auslösekausalität* kann bei einer rein organischen Hirnschädigung ohne reaktive Zutaten von einer *Erhaltungskausalität* gesprochen werden, da hier die Läsionswirkung (in ihrer Intensität und Form) der traumatischen Ursache nach dem Satz „causa aequat effectum“ entspricht. (Auch hier können sich daneben noch Auslöseprozesse abspielen, z. B. bei inadäquater Reizverarbeitung, explosiven Affektreaktionen schwer Hirngeschädigter auf belanglose äußere Anlässe hin usw.) Aber das Prinzip der Erhaltungskausalität bleibt dann doch insofern gewahrt und entscheidend, als diese Vorgänge notwendig durch das Ausmaß und die Schwere, den Sitz und die Ausdehnung der Läsion bestimmt sind und das Hintutreten einer wahlhaften, personalen Komponente vermissen lassen. Natürlich wird es nicht immer möglich sein, eine scharfe Grenze zwischen idealtypischen Möglichkeiten, wie sie hier aufgestellt werden, zu ziehen.

Wenn R. MAYER sagt, „der jeweilige Zustand des Auslöseapparates“ sei maßgebend für das Allgemeingefühl, so trifft er damit das, was wir heute unter den vitalen Grundgegebenheiten des Gestimmtseins, des Antriebes usw. verstehen würden. Auf eine energetische Formel gebracht ließe sich der Zustand der traumatogenen vitalen Dissoziation mit seinen vegetativen, animalischen und emotionalen Regulations-, Differenzierungs- und Anpassungsstörungen in Analogie zu den Bedingungen der *Kippschwingungen* (BETHE) setzen: Hier wie dort haben wir eine allmähliche Aufladung vor uns, die ein Maximum erreicht und damit zum Umschlagen von einem energetischen Zustand in einen anderen, etwa von einem ergotrop in einen trophotrop akzentuierten, führt. Die bei einem Hirntrauma wirksame *Dissoziation der vitalen Gestimmtheiten und Antriebe* könnte, wenn diese so etwas wie ein Bindeglied zwischen Stofflich-vegetativem und Psychisch-erlebnishaftem sind, in einem solchen Analogieschema das Gemeinsame an den rein physiologisch fundierten Kipp-Prozessen (als Traumawirkung) und ihrer seelischen Verarbeitung (als „psychogene Manifestation“) darstellen. Nur bedürfen die eigentlichen Kippschwingungen als Selbststeuerungsvorgänge in der Regel keiner besonderen Auslösung — ein Hinweis, den ich SELBACH verdanke —, während wir uns die Ent-

stehung psychisch-reaktiver Phänomene und psychophysischer Repräsentationsverschiebungen im allgemeinen nicht ohne einen auslösenden Anstoß denken können. Dieser Anstoß kann körperlicher oder erlebnishafter Art, hypobulisch oder intentional sein, er ist nicht nur energetisch, sondern er hat primär einen Bedeutungsgehalt oder er nimmt ihn sekundär durch die reflektierende Verarbeitung an, er kann akut oder längerwährend wirken, er geht vom Organismus selbst aus (z. B. tagesperiodische oder lebensphasische Schwankungen der vegetativen Abläufe, endogener Stimmungswechsel u. ä. m.) oder er kann von außen kommen (Infekt mit allergischer Reaktion, affektive Belastungen, iatrogene Einflüsse usw.) oder sich auch aus bestimmten Inwelt-Umweltkonstellationen ergeben (Versagen bei Leistungsforderungen, die dem traumatischen Funktionswandel nicht angepaßt sind, reflexives Innenwerden der eingeschränkten Leistungsbreite). Der Anstoß — gleich welcher Art — trifft dabei auf Möglichkeiten, die traumatischen (als „unterschwellige Dysregulation“ oder charakterogen (als Bereitschaft zu neurotischen Reaktionen oder Entwicklungen) oder konstellativ (als latente Anpassungsschwierigkeit) dem Gesamtzustand innewohnen, und er aktualisiert sie zu krisenhaften Entladungen (Katastrophenreaktionen, Affekteruptionen, Anfällen psychogener Prägung), zu an- und abschwellenden emotionalen Dauerhaltungen (Dysphorie, Morosität) oder zu Symptomverlagerungen (wie bei unserem Falle H. P.).

Immer ist hier ein bestimmter *Bedeutungswert* der durch ihre besondere Ichnähe gekennzeichneten Leistungseinbuße beteiligt, welcher durch die jeweilige Erlebnismodalität, vielfach als objektivierte Daseinsangst, zum Symptom geformt und gerichtet wird, aber mit den hergebrachten Etikettierungen („defektes Gesundheitsgewissen“, „Flucht in die Krankheit“, „Rentenbegehrungen“) nach unseren Erfahrungen meist nicht erfaßt werden kann. Von der *organischen* Seite her gesehen wird dieses Ineinandergreifen wahlhafter Erlebnis- und notwendiger Kausalmomente durch die traumatische Ermüdbarkeit, Antriebsminderung, affektive Steuerungsschwäche, durch zwanghaftes Sichaufdrängen und Wiederholen bildhafter Vorstellungen usw. erleichtert, so daß sich KRETSCHMERS Begriff der „willkürlichen Reflexverstärkung“ und der Tendenz zur Ingangsetzung und Automatisierung hypobulischer Abläufe durch eine „Erniedrigung der Reizschwelle“ ungezwungen auf die Formel der Auslösekausalität bringen läßt.

Zur Frage der *gutachtlichen Beurteilung* sei hier vorerst nur folgendes angedeutet: Die traumatische Hirnschädigung — etwa eine Kontusio —, als unmittelbare, volle Ursache rein organischer Symptome, würde bei den „Hintergrundreaktionen“ als mittelbare, abgeschwächte Ursache

(etwa im Sinne der „wesentlichen Teilursache“ — REICHARDT) der reaktiven Symptome zu gelten haben, die sich nach den Regeln der Auslösekausalität entwickeln und nicht von der traumatischen Substanzschädigung allein, sondern zugleich von Teilbedingungen abhängen. Bei diesen Hintergrundreaktionen z. B. stellt die von individuell-konstitutionellen Einflüssen mitbestimmte traumatogene Dissoziation der vitalen Schicht eine solche Teilbedingung dar, die hier eine *obligate* ist, weil die reflexiven, wahlhaften gegenüber den somatischen, notwendigen Faktoren pathogenetisch zurücktreten. Bei den seelischen Reaktionen *auf* die traumatische Hirnleistungsschwäche hingegen ist die vitale Dissoziation nur eine *fakultative* Teilbedingung der psychogenen Symptome, weil sie ohne wahlhaft-intentionale, situative und andere akzessorische Momente wahrscheinlich nicht zu dem posttraumatischen Gesamtzustand geführt hätte. Das Trauma selbst erfüllt hier nicht mehr die Voraussetzungen einer eigentlichen *causa* der reaktiven Symptome, sondern ist als ein — allerdings wesentlicher — *äußerer Anlaß* zu betrachten, welcher bereitliegende psychogene Vorgänge enthemmend ausgelöst hat. Dieser äußere Anlaß hat zwar eine weniger erwerbsmindernde Bedeutung als die mittelbare Ursache, er scheidet aber — im Gegensatz zu der REICHARDTSchen „auslösenden Gelegenheitsursache“ — unseres Erachtens nicht als Unfallereignis aus, da die reaktiven Symptome wahrscheinlich wieder nicht ohne die traumatogene Labilität des psychophysischen Funktionsgleichgewichtes zustande gekommen wären. Von den hinzutretenden Teilbedingungen braucht nicht jede einzelne schon eine *conditio sine qua non* zu sein, sondern alle zusammen bilden bei genetischer Beziehung zum traumatischen Anlaß und in einer bestimmten Konstellation den *Bedingungskomplex*, der erst als solcher die zureichende Begründung für die Anerkennung des Anlasses als Unfall, Dienstbeschädigung usw. bei organisch-psychogenen Symptomkoppelungen ermöglicht.

Entscheidend für eine abstufernde Beurteilung der jeweiligen pathogenetischen Valenz ursächlicher, bedingender, veranlassender Faktoren kann allein die mehrdimensionale, statische *und* funktionale Diagnostik am klinischen Gesamtbilde sein. Als empirische „Grobe-Faustregel“, die nicht ohne Ausnahmen ist, darf dabei gelten: In demselben Maße, in dem das pathogenetische Schwergewicht sich auf die Seite der ursächlichen Faktoren verlagert, tritt die Bedeutung der erlebnishaften Momente zurück.

Daneben gibt es eine lokalisatorische Wertigkeit für psychisch-reaktive Entäußerungen: Je ichnäher und ganzheitsbezogener die cerebrale Schädigung wirkt, desto größer kann die Neigung zu erlebnishaftter Verarbeitung sein. In diesem Sinne können z. B. hirnstammnahe Lokalisationen eher zu psychogenen Erscheinungen führen als rindennahe.

In unserem Falle H. P. wäre danach das Trauma die unmittelbare Ursache der organischen und zugleich die mittelbare Ursache der reaktiven Symtome die sich unter der obligaten Teilbedingung der vitalen Dissoziation entwickelt haben. Der Grad der Erwerbsbeschränkung durch die kinetischen Störungen müßte geringer als bei einer rein organischen Hemiparese, aber höher als bei einer allgemeinen Adynamie als psychogener Reaktion auf das Trauma einzuschätzen sein. Dementsprechend wäre auch die erwerbsmindernde Bedeutung der psychischen Veränderungen zu beurteilen. LAUBENTHAL hat zu solchen praktischen Fragen bereits 1931 Vorschläge gemacht, die sich bewährt haben dürften.

Strenggenommen würde von Teilbedingungen, äußeren und inneren Anlässen nur in einem Idealfalle abzusehen sein, dort nämlich, wo das Trauma *für sich allein* die Ursache dessen darstellt, was als klinisches Bild einer traumatischen Hirnschädigung objektivierbar ist. Dieser abstrakte Idealfall, der — kausalbegrifflich — alles das außer acht läßt, was zur Entstehung und Formung gerade dieses Bildes durch Teilbedingungen individueller, situativer, konstellativer Art beigetragen hat, wird in den Anweisungen von DANSAUER und SCHELLWORTH (und in der klinischen Praxis) als gültig für den Einzelfall vorausgesetzt, wobei im Grunde das Reiz-Reaktionsschema des Froschschenkelpräparates als Modell für die naturwissenschaftlich-kausale Wirkungsweise des Traumas dient: „Das ganze Leben besteht ja schließlich nur aus Reiz und Reaktion“, heißt es in der Schrift dieser Verfasser. Es wäre verhängnisvoll für die ärztlichen, sozialen und juristischen Aufgaben der Unfallbegutachtung, wollten wir die Ursachenfrage aus dieser „Reflexperspektive“ zu beantworten suchen und dabei den traumatisch Hirngeschädigten zu einer objektivierten traumatischen Hirnschädigung machen. Bei unserem Bemühen um sachverständige Objektivität dürfen wir nicht daran vorbeisehen, daß die Reihe „Trauma-Symptom“ keiner experimentellen Versuchsanordnung entspricht, deren Ergebnis nur als „Richtigkeit“ nach quantifizierenden Sachkategorien abgelesen zu werden braucht. Die Geltung des in diesem Sinne Objektivierbaren wird durch die Bedeutung der individuellen Person für die Formung und Verarbeitung der Traumawirkung eingeschränkt, die ihrerseits nicht grundsätzlich außerhalb des Kausalnexus stehen muß. Das Unquantifizierbare und Einmalige, welches damit in die Ursachenkette tritt, ist aber deshalb nicht weniger wirklich und wahr, nur weil es vom Subjekt bestimmt wird.

Wir sind nicht der Meinung, daß der aus unserer Differenzierung und Erweiterung des mechanistisch eingeengten Ursachenbegriffes erwachsenden Gefahr, „statt echter Kausalerkenntnis vielfältigem kausalem Reden zu verfallen“ (JASPERS) am besten durch imperatives Verweisen auf ein Naturbild CARTESISCHER oder LA METTRIESCHER Prägung zu begegnen sei. Weniger traditionell und gewiß nicht experi-

mentell-exakt, aber darum nicht minder richtig, läßt sich die Reichweite der kausalen Determination dadurch auf das Traumatogene beschränken, daß der Ursachenbegriff, soweit es der jeweilige Sachverhalt und die Elastizität unseres Denkens erlaubt, den realen Wirkverhältnissen des Lebens angemessen wird. Diese aber sind nie summarisch auf eine einzige (kausale) Formel zu bringen, sondern immer vielfältig gegliedert. Der Satz JASPERS: „Das unendlich Vielfache im Gewebe der Kausalverhältnisse ist das im Leben Wirkliche“ gilt mit der nötigen Einschränkung auch für eine *scheinbar* so eng umschriebene Ursache wie das Hirntrauma.

Auf der anderen Seite gedenken wir die kausale Bedeutung erlebnishafter Ursachenzusammenhänge nicht prinzipiell dadurch zu sichern, daß diese stets an ein cerebral-stoffliches Substrat des Unfallen, wenn auch nur unmittelbar, gebunden sein müssen. Es erscheint uns vielmehr diskutabel, z. B. eine „rechtsneurotische Entwicklung“ unter Umständen auch dann als echte Unfallwirkung — obwohl sie erkenntnistheoretisch „nur“ die Folge eines Motivs ist — anzuerkennen, wenn organische Schäden nicht nachweisbar sind („sinngemäßer Ursachenzusammenhang“, v. WEIZSÄCKER).

Leben bedeutet Vielfalt und Wandelbarkeit, Begreifen ist Vereinfachen und Feststellen. Sobald das Leben sich unseren Begriffen nicht fügt, sollten wir nicht das Leben, sondern unsere Begriffe korrigieren. Wenn ein Denkschema wie das von KERN in einem theoretisch und praktisch so bedeutsamen Bereiche der Wirklichkeit wie bei der Verschränkung organischer und psychogener Störungen versagt, so liegt das nicht nur an einem Mangel in der Methodik, sondern an deren wissenschaftlichen Voraussetzungen, die der Revision durch eben diese Wirklichkeit bedürfen.

Aber: Dem mechanistischen Weltbilde als Grundlage der dualistischen Methodik in der Ursachenfrage ließe sich nicht etwa damit zu Geschlossenheit und Naturnähe verhelfen, daß eine „Lücke im System“ durch die von uns versuchte Herausarbeitung des Vitalen und die Einführung der Auslösekausalität ausgefüllt wird. Denn die Beseitigung dieser Lücke würde nach dem Schema KERNS abgelehnt werden, da es ja Kausalitätsformen mit übermechanistischem, etwa morphogenetischem, entelechiale Einschlag ebensowenig geben dürfe wie andere als rationale oder stoffliche Kategorien zur begrifflichen Erfassung des Lebens. Wenn wir auch noch beunruhigend wenig über das Vitale, den eigentlich tragenden Lebensgrund des Menschen, wissen, so ist doch eines sicher: Die vitale Sphäre ist wissenschaftlich keine „*qualitas occulta*“, kein Dämon für nicht ganz Erklärbares und nicht ganz Verstehbares, für nicht mehr Stoffliches und noch nicht Geistiges, sondern sie hat ursächliche Wirksamkeit und Realität, die

allerdings mit den Kategorien kausal und rational nicht faßbar ist. Wir haben daher in dem orthodoxen Regreß KERNS nicht nur eine jener „terribles simplifications“ vor uns — um J. BURCKHARDTS Ausdruck zu variieren —, sondern etwas viel Bedenklicheres: Eine Verfälschung der Wesenheit des Bios. Es erweist sich dabei zugleich, daß die Illusion einer „subjektfreien Erkenntnis“, auf welche dieses erkenntnistheoretische System hingeordnet ist, so ziemlich die subjektiveste Schablone darstellt, die an die Welt der Erscheinung angelegt werden kann, um sie in den Begriff zu zwingen. In diesem Betracht rückt KERNS Doktrin ganz in die Nähe des Materialismus, den SCHOPENHAUER die „Philosophie des bei seiner Rechnung sich selbst vergessenden Subjekts“ genannt hat. „Vom Subjekt sich loszulösen, ist das Ziel aller wahren Erkenntnis“, sagt KERN, ohne zu sehen, daß eine solche Utopie noch kein Ideal wird, wenn man sie zum Dogma macht.

Es fragt sich überdies, ob die Objektivierung um jeden Preis, wie sie als naturwissenschaftliches Exaktheitsideal von KERN und der Medizin seiner Generation auch auf die Seelenwissenschaft übertragen wird, bei der praktischen Anwendung auf die Ursachenfrage in der Unfallbegutachtung noch ein Ideal zu nennen ist, wenn sie die Subjektivität des neurotisch fehlreagierenden Ichs aus dem Bereiche der Naturwissenschaft, auf den sich ärztliche Zuständigkeit zu beschränken habe, in den der Psychologie, d. h. des vermeintlich Nichtkrankhaften und Nichtbehandlungswürdigen verweist. Die Konsequenz dieser Einstellung lesen wir bei SCHELLWORTH, der das menschlich-soziale Mitgefühl bei Neurosen nach Unfällen — die ja durch den Regelfall der sog. Rentenneurose repräsentiert werden sollen — als „ausgesprochene Fehlinvestition“ hinstellt und zum laienhaften Vorrecht des Richters degradiert. So stände es um die Sache des Subjektes, wenn das Subjekt zur Sache würde, vorausgesetzt, man übertrüge diese bei einem „Rentenjäger“ berechtigte Auffassung auf das psychisch-reaktive schlechthin. Was seit BONHOEFFERS, STRÜMPPELLS, GAUPPS, STIERS u. a. Arbeiten unbestreitbare Teilwahrheit ist und wohl auch bleiben wird — die Einsicht in die neurosebildende Bedeutung des Wunsches nach Entschädigung oder der Angst vor Nichtentschädigung nach Unfällen — ist inzwischen zu einer ganzen Wahrheit für alles, was posttraumatisch psychogen aussieht, verabsolutiert und dogmatisiert worden. Diese erstarrende Entwicklung eines ursprünglich fruchtbaren klinischen Gedankens liegt gewiß nicht im Sinne seiner Urheber, denen es um wirklichkeitsnahe Objektivität zu tun war, und sie kann weder durch die Fiktion einer subjektfreien Erkenntnis noch durch die praktischen Erfordernisse der ärztlichen Gutachteraufgaben legitimiert werden. Schon aus solchen Erwägungen scheint vielmehr eine neue

Bestimmung und Abgrenzung psychopathologischer Grundpositionen gegenüber jener rein naturwissenschaftlich-experimentell fundierten Medizin unabdingbar, die zur Fesselung des unglücklichen Begriffes „unfallneurotisch“ entweder an außerkausale Motivationen ökonomischen Inhaltes oder an die Abstraktion einer materiell-molekularen Kausalität beigetragen hat. Es hieße den Kern dieser Frage mißverstehen, wollte man unser Anliegen dahin deuten, daß der grundsätzlichen Anerkennung einer „psychischen Kausalität“ einerseits oder einem Rückfall in die These von der organogenen Neurose OPPENHEIMS andererseits das Wort geredet werden soll. Wir distanzieren uns auch von der Überwertigkeit der Idee einer „traumatischen Diencephalose“, in der manche eine Stütze für die organische Theorie der Unfallneurose sehen möchten. Es soll auch nicht etwa an Stelle eines obsolet erscheinenden erkenntnistheoretischen ein aktuellerer ontologischer Dogmatismus gesetzt, sondern nur ein heuristischer und methodischer Ansatz zu Diskussionen gegeben werden, die sich aus der Fülle der gutachtlichen Nachkriegsaufgaben wahrscheinlich wieder vom Theoretischen und Prinzipiellen her ergeben dürften. Ob unsere Erwägungen schon zu einer praktikablen Differenzierung des Ursachenbegriffes führen und der *Judicatur* in Unfall- und Dienstbeschädigungsangelegenheiten dienen können, steht dahin. Vielleicht mögen sie zumindest als Versuch einer Besinnung auf die Grundlagen unserer Methodik vorbereitend wirken und am Abbau diagnostischer Fehldeutungen und therapeutischer Mißgriffe auf diesem Gebiet mithelfen.

Der Gegenstand unserer Erörterungen zeigt uns: Das Leben ist großzügiger als unsere Dogmen, aber zwingender als unsere Logik. Und so sollten wir darauf verzichten, an das Ursachenproblem überhaupt mit Unfehlbarkeitsansprüchen und unlebendigen Deduktionen heranzugehen, aber wir müssen uns darum mühen, den Kausalbegriff dem Leben anzugeleichen, dessen Logik der rationalistischen widerröhrt. Die Wirklichkeit des Lebens ist ebenso wie die des Geistes eine seiende und werdende zugleich, eine beharrende und sich wandelnde, und wir entsprächen somit ihrer Antinomik am ehesten, wenn wir nicht nur ein statisches, sondern auch ein dynamisches Element in unsere Begriffsbildungen der Ursachenlehre aufnehmen würden. Die Einseitigkeit statischer und quantitativer Begriffe wie Identität, Erhaltungskausalität, mechanische Ursache usw. müßte durch Einführung biologischer Gegenbegriffe wie gegliederte Ganzheit, Auslösekausalität, ursächliche Bedingungen überwunden werden.

Die Wirklichkeit des Lebens ist in ihrer Gegensätzlichkeit aber auch eine nie faßbare Einheit als *Idee* in einer gegliederten Vielheit der *Erscheinungen* und im gleichen Sinne wieder eine Vielheit in der Einheit. Das bedeutet für unsere pathognostische Aufgabe: Wir

sollten der Neigung widerstreben, nur in Einheiten *oder* Vielheiten zu denken, von einem vorherrschenden Erscheinungsmerkmal jeweils verabsolutierend auf *eine* Ursache des ganzen Bildes oder von einer Symptomvielheit auf eine Vielheit der Ursachen zu schließen. Statt dessen täten wir besser, PLATON zu folgen, der die Aufgabe und Fähigkeit der Philosophie im Erkennen des Einen im Vielen und des Vielen im Einen sah. Was PLATON hier fordert, könnte auch für die klinische Ursachenlehre gelten. Wenn ein Vertreter des klinischen Positivismus oder des reinen Objektivismus allerdings einen solchen Exkurs in das vermeintlich „Metaklinische“ als illegale Grenzüberschreitung abtun wollte, die — um mit KERN zu sprechen — zu „erkenntniswidrigen Trugbildern einer gegenstandslosen Geistestätigkeit“ führen müßte, dann dürfen wir uns diesem Tadel getrost aussetzen in der Gewißheit, auf solchen Wegen der klinischen Wirklichkeit perspektivisch näherzukommen als mit einem unlebendigen Alternativdenken („entweder *causa* oder *ratio*“): Das Viele im Einen erkennen hieße — auf unser Thema übertragen — im psychogen erscheinenden Symptom nach der gemeinsamen traumatischen *und* erlebnishaften Wurzel suchen und das Eine im Vielen sehen, würde bedeuten, aus der Verflechtung von organischen und psychisch-reaktiven Erscheinungen das eigentlich Traumatogene herauszulösen.

Von welcher Theorie aus — keine ist unanfechtbar — wir an diese Aufgabe herangehen, soll nicht entscheidend sein. Wesentlich bleibt nur die Forderung, das, was KRETSCHMER in plastischem Zusammenschauen und lebendigem Aufgliedern für eine mehrdimensionale Diagnostik allgemein und bei traumatischen Hirnschädigungen im besonderen erarbeitet hat, nicht wieder durch unbiologische Ordnungsschemata erdrücken zu lassen, sondern durch das Studium neuer, von der geschichtlichen Entwicklung mitgeformter Erscheinungsbilder zu erweitern, in kritischem Bemühen um klinische Synthesis und Analysis begrifflich zu differenzieren und durch ontologische Erkenntnismittel methodisch auszubauen.

Literatur.

- BERINGER, K.: Nervenarzt 15, 225 (1942). — BETHE, A.: Naturw. 33, 86 (1946). — BINSWANGER, L.: Nervenarzt 8, 180 (1935). — BOLLNOW, O. F.: Das Wesen der Stimmungen. Frankfurt a. M. 1941. — BOSTROEM, A.: Münch. med. Wschr. 1933, 25, 963. — Allg. Z. Psychiatr. 115, 213 (1940). — BÜRGER, H. u. M. KAILA: Nervenarzt 2, 212 (1929). — BÜRGER-PRINZ, H.: Nervenarzt 12, 503 (1939). — CARUS, C. G.: Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele. Pforzheim 1847. — CHRISTIAN: Nervenarzt 15, 211 (1942). — DANSAUER: Nervenarzt 15, 208 (1942). — DANSAUER u. SCHELLWORTH: Neurosenfrage, Ursachenbegriff und Rechtsprechung. Leipzig 1939. — GOLDSTEIN, K.: Allg. ärztl. Z. Psychother. 2, 409 (1929). — Ndld. Tschr. Psychol. 1, 434 (1934). — HARTMANN, N.: Neue Wege der Ontologie. In Systematische Philosophie. Stuttgart

u. Berlin 1942. — ISSERLIN: Würzbg. Abh. 16, H. 10/11 (1917). — JASPERS, K.: Psychologie der Weltanschauungen. Berlin 1919. — Allgemeine Psychopathologie. Berlin u. Heidelberg 1946. — KANT, I.: Kritik der reinen Vernunft, herausgeg. von KEHRBACH, Text der Ausgabe von 1781. Leipzig: Reclam. — Kritik der Urtheilskraft, herausgeg. von KEHRBACH. Leipzig: Reclam. — KERN, v.: Das Erkenntnisproblem und seine kritische Lösung, 2. Aufl. Berlin 1911. — Die Grund- und Endprobleme der Erkenntnis. Berlin 1938. — KRETSCHMER, E.: Z. Neur. 45, 272 (1919). — Hysterie, Reflex und Instinkt. Leipzig 1944. — Kriegstagung des Dtsch. Vereins für Psychiatrie in München 1916; Allg. Z. Psychiatr. 73 (1917). — LAUBENTHAL, F.: Nervenarzt 4, 12 (1931). — LEIBNIZ, G. W.: Schriften zur Metaphysik II. u. III. Leipzig 1924. — MITTASCH, A.: SCHOPENHAUER und die Chemie. Heidelberg 1939. — Nervenarzt 15, 1 (1942). — QUENSEL: Unfallneurose und Rechtsprechung des Reichsgerichtes. Leipzig 1940. — REICHARDT, M.: Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung. Jena 1942. — SCHEIDT, W.: Das vegetative System, H. 1. Hamburg 1947. — SCHELER, M.: Die Stellung des Menschen im Kosmos. München 1947. — SCHNEIDER, K.: Nervenarzt 8, 567 (1935). — Beiträge zur Psychiatrie. Wiesbaden 1946. — SCHOPENHAUER, A.: Die Welt als Wille und Vorstellung, herausgeg. von GRISBACH, Bd. 1. Leipzig: Reclam 1892. — SPINOZA, B.: Die Ethik. Leipzig: Reclam 1909. — STRAUS, E.: Geschehnis und Erlebnis. Berlin 1930. — Nervenarzt 3, 633 (1930). — WAGNER, W.: Nervenarzt 17, 6 (1944). — WEIZSÄCKER, V. v.: Nervenarzt 2, 569 (1929). — Ärztliche Fragen. Leipzig 1935. — Studien zur Pathogenese. Wiesbaden 1946. — WYSS, W. H. v.: Nervenarzt 2, 334 (1929).

Dozent Dr. med. habil. HANS-WERNER JANZ, (20a) Ilten über Hannover,
WAHRENDORFFSche Privat-Heil- und Pflegeanstalten.