

Aus der Psychiatrischen- und Nervenlinik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Direktor: Prof. Dr. H. J. WEITBRECHT)

Über Strukturuntersuchungen in der Psychiatrie*

Von
WILHELM ZEH

(Eingegangen am 24. November 1959)

I

Die *einzigartige Stellung der Psychiatrie* unter den Wissenschaften ist so oft besprochen worden, daß es überflüssig erscheinen könnte, darüber noch ein Wort zu verlieren. Da sie sich mit Krankheiten beschäftigt, ist sie Naturwissenschaft und ein Teil der Medizin, da sie zum anderen auch seelische Abnormitäten zu ihren Gegenständen zählt, muß sie sich auch außermedizinischer, ja außerärztlicher Wege der Untersuchung und Behandlung bedienen. Ihre methodische Doppelstellung macht ihren Reichtum, aber auch ihre Gefährdung aus, die sie gelegentlich, von außen her, als ein schillerndes und zerfließendes Fach mit Mißtrauen betrachten läßt. Jeder, der mit Psychiatrie befaßt ist, weiß allerdings, daß solche Schwierigkeiten nur vorhanden sind, weil das Problem des Menschen selbst so schwierig ist (K. F. SCHEID 1943). Diese besonderen Gegebenheiten psychiatrischer Tätigkeit mag man mit Bedauern feststellen oder im Hinblick auf die darin enthaltenen vielseitigen Entfaltungsmöglichkeiten mit Enthusiasmus aufgreifen, sie lassen sich nicht ändern.

Der Vorwurf der Eintönigkeit kann der Psychiatrie heute weniger denn je gemacht werden. Vielmehr sind die Betrachtungsweisen psychiatrischer

* Der vorliegenden Arbeit liegt es fern, grundsätzlich Kritik an irgendeiner Richtung der Psychiatrie zu üben. Wie in anderen Wissenschaften pflegen sich auch in der Medizin Auffassungen zu wandeln, einander gegenüberzustehen und abzulösen. Aus dem Auf und Ab und der Gegensätzlichkeit der Meinungen so etwas wie eine Krisis der Psychiatrie konstruieren zu wollen, wäre wohl übertrieben. Dennoch kann nicht übersehen werden, daß sich seit mehreren Jahrzehnten, man kann sagen, seit FREUD, schwerwiegende Auseinandersetzungen zwischen zwei Lagern vollziehen, die zu einer immer weiter gehenden Auseinanderentwicklung führen. Ein solcher Eindruck der Auflösungserscheinungen könnte Anlaß zu ernsthafter Beunruhigung sein.

In einem ersten Teil (I) wird die Auffassung vertreten, daß in der klinischen Psychiatrie mehr als bisher wieder neben psychologischen auch somatologische Gesichtspunkte berücksichtigt werden sollten. Der zweite Teil (II) ist dann den Strukturuntersuchungen gewidmet, worunter eine Methode zur Erhebung psychophysischer Befunde verstanden wird.

Probleme so verschieden, um nicht zu sagen, heterogen geworden, daß sich „Somatiker“ und „Psychiker“ kaum noch verständigen können. Schlimmer ist, daß beide dazu nicht einmal Anstrengungen machen, obwohl sie doch bestimmt sind, sich in ständiger Auseinandersetzung und Anregung voranzutreiben. Allzuoft wird im Streit der Tagesmeinungen vergessen, wie unersetzlich die Antithese zwischen somatologischen und psychologischen Standpunkten ist. Aber auch unter den „Psychikern“ haben sich sehr verschiedene Arten des Denkens und Sprechens entwickelt, die den gemeinsamen Aufgaben nicht immer dienlich scheinen. Psychologisch orientierte Schulen sind in einer imponierenden Vielgestaltigkeit und Einfallsfülle entstanden, während die klinische Psychiatrie¹ angesichts dieser Entwicklung Gelassenheit zur Schau trägt. Man versichert, daß die von KRAEPELIN eingeschlagenen „Pfähle der Diagnostik“ elastisch genug seien (SCHNEIDER).

Wie es dazu kam, daß sich seit längerer Zeit eine *Abkehr von den somatologischen und nosologischen Aufgaben* und eine geradezu hektische Zuwendung zu geisteswissenschaftlich orientierten Versuchen vollzogen hat, müßte aufschlußreich sein. Alle Ursachen dieser Entwicklung können nicht aufgezeigt werden. Genannt seien nur zwei wesentliche Gründe der Resignation auf dem Gebiet der somatischen Forschung: 1. die vergeblichen Bemühungen, bei endogenen Psychosen relevante körperliche Befunde zu erheben, 2. das Stagnieren systematisch-nosologischer Betrachtungen seit dem Tode KRAEPELINS. Besonders das letztere mußte sich unheilvoll auswirken. Entsprach ihm doch keineswegs ein bereits abgeschlossenes Wissen um jene Krankheitseinheiten, die KRAEPELIN in hartnäckiger jahrzehntelanger Anstrengung mit Hilfe von psychopathologischen Befunden und Verläufen zu erkennen versuchte. Daß sein System sich wahrscheinlich noch weiter entwickelt und verschoben hätte, hätte Grund genug zu einer heilsamen Unruhe sein müssen. CONRAD hat sich kürzlich der verdienstvollen Mühe unterzogen, den Wandel der Kraepelinschen Auffassungen durch die Auflagen seines Lehrbuches hindurch zu verfolgen. Vieles spricht dafür, daß KRAEPELINS Versuch nicht durch die Fortschritte psychiatrischer Erkenntnisse überholt wurde — eine Entwicklung der Krankheitslehre hat ja überhaupt nicht mehr stattgefunden —, sondern daß sich sein Ansatz scheinbar als steril erwiesen hat, weil er nicht durch fortlaufende klinische Bemühungen weiter in Gang gehalten wurde. Nicht KRAEPELINS Konzeption, die durch die Berücksichtigung der „Wechselbeziehungen zwischen den somatischen und psychischen Komponenten der Geisteskrankheiten die

¹ Klinisch zu nennen sind nur die letztlich naturwissenschaftlich begründeten psychiatrischen Richtungen, die unter Psychosen Krankheiten im medizinischen Sinn verstehen, anderes mag Psychologie oder Soziologie, Anthropologie oder auch Philosophie sein.

moderne somatische Orientierung der Psychiatrie und damit ihrer zukünftigen Fortschritte ermöglichte“ (GOMIRATO u. GAMNA), sondern die Psychiater nach KRAEPELIN, so möchte man feststellen, haben versagt.

Die *Ursachen der Hypertrophie geisteswissenschaftlichen Denkens in der gegenwärtigen Psychiatrie* aufzuzeigen, erforderte im übrigen eine Darstellung der Ideengeschichte der psychiatrischen Wissenschaft. Ausgezeichnete Ansätze findet man bei BERNBAUM, GRUHLE und BODAMER. Lehrreich ist jedenfalls der Blick auf dieses Hin und Her der Auffassungen zwischen entgegengesetzten Standpunkten und die leicht zu gewinnende Erfahrung, daß vieles schon einmal da war, daß alarmierende und geräuschvolle Entdeckungen vielleicht nichts anderes sind als Wiederbelebungen alter Ideen im moderneren Gewand, daß der grundlegenden Betrachtungsweisen nur wenige sind, daß sie daher selten einmal wirklich neu sein können, schließlich daß sie wie Ebbe und Flut gehen und wiederkommen. In der Gegenwart, so könnte man vermuten, wird der Höhepunkt geisteswissenschaftlichen Betriebes schon wieder überschritten. Neuropsychologische, pharmakopsychologische, biochemische und endokrinologische Untersuchungen sowie biologisch orientierte psychologische Forschungen gewinnen mancherorts zunehmenden Boden.

Natürlich muß das Zurücktreten somatischer Gesichtspunkte nicht besagen, daß sie für die Psychiatrie, insbesondere die Erforschung der Psychosen bedeutungslos wären. Zeitströmungen, denen auch die wissenschaftlichen Neigungen unterworfen sind, spiegeln nicht unbedingt objektive Notwendigkeiten. Wer heute von Nosologie in der psychiatrischen Krankheit spricht, läuft indes leicht Gefahr, als rückständig und desorientiert abgetan zu werden. Empfehlungen der nosologisch-organologischen Forschung wie die BLEULERS auf dem Nauheimer Kongreß 1958 werden immer seltener gegeben. „Die Selbstverständlichkeit, mit der sich die Psychopathologie in der Epoche KRAEPELINS nosologischen Gesichtspunkten untergeordnet hat, ist längst fragwürdig geworden“, stellt JANZARIK fest und fährt fort, daß im Bereich der sogenannten endogenen Psychosen nicht die Psychopathologie von der Nosologie abhängig sei, sondern alle bisherige nosologische Ordnung auf psychopathologischen Unterscheidungen beruhe. Aber gerade die bei diesen Untersuchungen angewandten psychopathologischen Kriterien, wie sie die Heidelberger Schule seit JASPERS gelehrt hat, erscheinen der modernen Psychiatrie allzu empirisch und enthaltsam, ja unfruchtbar.

Niemand wird nun bezweifeln, daß sich mit Hilfe der psychologischen Richtungen geistvolle und auch praktisch fruchtbare Einblicke in schwierige Probleme eröffnet haben. Der Psychotiker wurde in seinem krankhaften Dasein dem Verständnis nahegerückt, wie es noch vor wenigen Jahrzehnten undenkbar schien. Aspekte wie die Begreifbarkeit des

psychotischen In-der-Welt-Seins, der Einblick in das Entwachsen krankhafter Erlebnisweisen, insbesondere des Wahns aus der Biographie oder, wenn man so will, aus den gestörten anthropologischen Ordnungen, vermitteln aber noch keine Aufschlüsse über die genetische Seite der Psychosen. Die anthropologisch-phänomenologische Erhellung versagt angesichts der einfachen Tatsache, daß es überhaupt Psychosen gibt. Neben den verstehenspsychologisch deutbaren repräsentativen Einzelfällen steht nach wie vor die Masse der — man verstehe es wohl — „monotonen“ endogenen Psychosen, bei denen die Auswirkung eines morbus näher liegt als eine irgendwie verständlich auflösbare Entwicklung oder Reaktion. Zu bedenken bleibt auch, daß es viele ganz unterschiedliche Wege psychologischer Auslegungen gibt, die nur bestätigen, daß so oder so geartete Krankheiten auf die mannigfaltigste Weise phänomenologisch oder anthropologisch beleuchtet werden können. Die psychoanalytische Richtung orthodoxer Prägung etwa mag bei uns nicht so schulfähig sein, findet an anderen Orten aber weitgehende Anerkennung. Was dort gilt, soll hier also unverbindlich sein. Alle diese grundverschiedenen Lehren mögen als Zeichen der Freiheit und Vielseitigkeit geisteswissenschaftlichen Denkens betrachtet werden. Für den Arzt, der in den endogenen Psychosen letztlich Krankheiten im naturwissenschaftlichen Sinn sehen muß, sind sie nur der Ausdruck eines unbefriedigenden vorwissenschaftlichen Stadiums, das es zu überwinden gilt¹. Nichts wäre allerdings abwegiger, als aus allem zu folgern, daß die geisteswissenschaftlichen oder psychologischen Weisen des Vorgehens in der Psychiatrie zu entbehren wären. Die Diskussion liefe so ganz fehl. Man kann nicht fragen: „Somatologie“ oder „Psychologie“, sondern nur erwägen, für welches der ihrem Wesen nach grundverschiedenen Gebiete der Psychiatrie die eine oder andere Methode in Betracht kommt².

Zwar gibt es auch hier kein entschiedenes Entweder-Oder, da man auch nicht-krankhafte seelische Varianten, etwa die Besonderheiten abnormer Persönlichkeiten, auf körperliche Befunde, z. B. Hirnschädigungen,

¹ Auch wenn KULENKAMPFF sich bei der Erörterung des Wahns bei primärem und sekundärem Standverlust nicht mit den verständlichen Inhalten und den Erlebniszusammenhängen begnügt, sondern nach der Weise, den Bedingungen, der formalen Genese psychologischer Strukturen fragt, betreibt er offenbar mehr als nur eine verstehende Psychopathologie, nämlich eine funktionsanalytische Betrachtung der Symptome und Syndrome und Phänomenbildungen. Von der unseres Erachtens von TELLENBACH wohl begründeten Unterscheidung zwischen Symptom oder Phänomen wurde in der vorliegenden Arbeit kein Gebrauch gemacht.

² Auch TELLENBACH erklärt, daß der Psychiater weder auf die naturwissenschaftliche noch auf die geisteswissenschaftliche Betrachtung verzichten könne: „Der Psychiater muß als Phänomenologe naturwissenschaftlicher Empiriker bleiben, — und das heißt Nosologie treiben; als Empiriker Phänomenologie — und das heißt geisteswissenschaftlicher Interpret werden.“

untersuchen kann. Doch bieten sich offensichtlich je nach der Aufgabe *kategoriell adäquate oder inädaquate Methoden* an. Die verstehende Psychologie hat ihren eigensten Bereich, die Untersuchung und Behandlung abnormer, nicht krankhaft bedingter seelischer Zustände. Man wird ihre Gesichtspunkte auch in der Verständlichmachung der Welt krankhaften seelischen Seins nicht mehr vermessen wollen. Nicht nur der Wahn des Schizophrenen, sondern auch der paralytische Wahn ist, wenn auch als ein organisch sehr vergrößerter und entstellter, inhaltlich und formal genetisch verständlich zu machen. Zu bedenken bleibt nur, daß die Psychiatrie kraft ihrer Doppelgesichtigkeit auf beide, somatische und psychopathologische Untersuchungen nicht verzichten kann und daß sie um so eher Fortschritte erzielen wird, je mehr sie beide gleichzeitig nebeneinander anwendet. Diese Untersuchungen müßten so betrieben werden, daß möglichst enge Korrelationen zwischen psychischen und somatischen Befunden erkennbar werden. Zusätzlich zu den verbesserten körperlichen Methoden, die heute weit eher als noch vor wenigen Jahrzehnten in der Lage sind, funktionelle Vorgänge, Hirnstörungen zu erfassen, müßte ein Vorgehen gefunden werden, das die kausalen körperlich-seelischen Beziehungen besser als die nur deskriptive oder nur verstehende Psychopathologie erkennen ließe. Es sollte an die hinter den Symptomen oder Phänomenen liegenden vorkörperlichen Bereiche, die WIECK anschaulich als das Diaphänomenale bezeichnet, und damit möglichst nahe an die somatischen Vorgänge heranzuführen. Auch die letzteren müßten stets vergleichend mit erfaßt werden. Notwendig dazu wäre eine enge Zusammenarbeit zwischen Psychopathologen und Neurologen, aber auch Neuropsychologen, Pharmakologen, Biochemikern, Endokrinologen und Pathologen. Auch psychologische Erfahrungen, speziell solche der Verhaltens- und Umweltpsychologie müßten herangezogen werden. Ohne Rücksicht auf verstehenspsychologische und systematisch-nosologische Standpunkte wären die psychophysischen Grundlagen zu erarbeiten, wobei von typischen wohl umschriebenen seelischen Zustandsbildern, dann auch von typischen Verläufen ausgegangen werden müßte.

II

Struktur- und Verlaufsgesichtspunkte bei psychopathologischen Untersuchungen

Unsere Vorbemerkungen waren notwendig, um das folgende im rechten Licht erscheinen zu lassen. Wenn gegenüber der alten Psychopathologie kritisch festgestellt wird, daß die deskriptive Symptomatologie nicht mehr genüge, so kann dem nur beigeplichtet werden. Auch im Hinblick auf die leiblich-seelischen Beziehungen bei den Erscheinungsbildern der endogenen und symptomatischen Psychosen müssen die

einzelnen Symptome in größeren Zusammenhängen gesehen werden. Es scheint daher an der Zeit, psychopathologische Untersuchungsweisen zu finden, die auf die Erfordernisse der somatischen Grundlagenforschungen eingestellt sind. Die in der vorliegenden Arbeit empfohlene Struktur- und Verlaufsbetrachtung beschränkt sich darauf, eine Untersuchungsmethode zu sein. Sie nimmt für sich keinesfalls in Anspruch, eine Theorie der Psychopathologie oder Psychiatrie, etwa auch im Hinblick auf die psychiatrische Krankheitslehre zu bieten, sondern will lediglich der Befunderhebung dienen. Mit der strukturdynamischen Interpretation der endogenen Psychosen von JANZARIK zum Beispiel ist sie also nicht zu vergleichen. Nach der Behandlung von Struktur und Verlauf werden wir uns auch kurz mit der Rückbildungsfähigkeit angeblich definitiver psychopathologischer Bilder wie Demenz und Wesensänderung und mit der vielfältigen Betrachtungsmöglichkeit psychopathologischer Syndrome befassen.

Wenn man sich fragt, welche *Wege der psychopathologischen Untersuchung* zweckmäßig beschritten werden, mag man 4 *Möglichkeiten* unterscheiden, denen sich zweifellos noch andere Arten des Vorgehens an die Seite stellen ließen. Alle vier sind nebeneinander durchführbar und bedingen sich auch gegenseitig. Zunächst wäre da die phänomenologische Beschreibung der Erscheinungsbilder, bei der die Symptome weniger plastisch oder strukturell dargestellt, sondern mehr in einer Ebene, sozusagen flächig und ohne besondere Berücksichtigung der Symptomverbindungen gesehen werden. Daran an schließt sich die strukturelle Untersuchung, auf die näher eingegangen werden muß. Etwas anderes als die strukturelle Betrachtungsweise ist wieder die genetisch-kausale Untersuchung, wobei neben der intrapsychischen Kausalität (GRUHLE) vor allem die hinter den psychopathologischen Symptomen und Syndromen stehenden pathophysiologischen Prozesse und morphologischen Befunde zu berücksichtigen wären. Nach den somatischen und psychischen Ursachen fragend baut sie sich von unten, den Ursachen, nach oben, den Symptomen, auf und läßt mit den Beziehungen vom anatomischen Substrat über die pathophysiologischen Vorgänge bis zu den körperlichen und psychopathologischen Symptomen und Symptomverbänden den Aufbau des Krankheitsbildes zur Anschauung gelangen. Die strukturelle Untersuchung legt demgegenüber umgekehrt vom psychopathologischen Erscheinungsbild her Schlüsse auf somatische Ursachen nahe, etwa, daß bei einer bestimmten Form der Bewußtseinsveränderung Hirndruck besteht. Als vierte wäre die dynamische Betrachtung der Verlaufsgesetzmäßigkeiten zu berücksichtigen. Auch dieser letzte Gesichtspunkt soll noch kurz erläutert werden.

Im Hinblick auf die Strukturuntersuchung muß der *Begriff der Struktur* geklärt und eine Abgrenzung gegen andere Vorgehen, die ähnlich

bezeichnet werden, getroffen werden. Bezüglich der Vorgeschichte des Strukturbegriffes kann auf PETRILOWITSCH verwiesen werden. In der Architektur, auch in der Geologie und Mineralogie und in den biologischen Fächern im Sinne von Gefüge oder Aufbau gebraucht, hat die „Struktur“ in die Psychologie durch DILTHEY Eingang gefunden. Sein Schüler SPRANGER verwendet ihn im Sinne von Erlebnisgefüge, KRUEGER dagegen von Gefüge dispositioneller, nicht unmittelbar erlebter Anlagen. WELLEK hat den Strukturbegriff zu einer Strukturpsychologie weiterentwickelt und PETRILOWITSCH in Anlehnung daran eine Strukturpsychopathologie entworfen. Jüngst hat JANZARIK versucht, die Erscheinungen der endogenen Psychosen unter ausdrücklichem Hinweis auf die Hypothese der Einheitspsychose mit Hilfe einer Strukturpsychodynamik zu durchleuchten. Mit der Einbeziehung des inhaltlichen Aspektes des Seelischen wird von ihm eine von KRUEGER und WELLEK verschiedene Position bezogen. Vorher hatte CONRAD im Rahmen seiner gestaltpsychologischen Untersuchungen Strukturgesichtspunkte konsequent angewandt. „Aus einer Vielzahl beziehungslos nebeneinanderstehender Bilder, als welche sich uns die krankhaften Störungsformen auch heute immer noch darstellen“, so meinte er 1947, „muß ein einheitliches System aufeinander bezogener Formen werden, die durchweg, gleichsam voraussehbar, aus der inneren Strukturgesetzlichkeit dieses Ganzen ableitbar sind“. Ähnliches wurde von uns mit der Erwartung ausgesprochen, daß psychopathologische Symptome bei endogenen und körperlich begründbaren Zuständen nicht sinnlos nebeneinanderstehen, sondern stimmige gestalthafte Symptomgebilde sind. Bekanntlich ergeben sich CONRADs Strukturgesetzlichkeiten aus der Gestalttheorie. Die Gestalt befindet sich in einem Feld, das wiederum Struktur, Gefälle und die beständige Tendenz besitzt, das Gefälle auszugleichen und sich zu organisieren. Dem von uns verwendeten Strukturbegriff kommen Vorstellungen der Gestalt- und Feldlehre wie, es bestehe eine Tendenz zu einfachsten klarsten Strukturen bzw. ein Gesetz der Prägnanz oder auch die Erkenntnis, daß durch verschiedene Anordnungen von Gefügen Neues entstehen kann, das sich nicht einfach aus der Summe ihrer Teile ergibt, entgegen. Der Gestalt- oder Feldcharakter soll aber für Seelisches und Körperliches im Sinne einer ähnlichen gestaltlichen Morphologie (Isomorphismus psychologischer und physiologischer, letztlich auch chemischer und physikalischer Gestalten WERTHEIMERS) gleichzeitig gelten, während unsere Struktur sich nur auf Psychisches bezieht. Sie gibt keinesfalls eine Lösung des Leib-Seele-Problems vor, wie sie im Isomorphismus erreicht scheint. Auch die Strukturpsychologie geht in der Analogisierung von psychischen und physischen Spuren wohl nicht ebensoweit wie die Gestaltlehre. KRUEGERS Substanzbegriff in der Psychologie umklammert zwar Leib, Seele und Geist, doch ist diese

Substanz nicht etwas Nichtpsychologisches wie die physiologisch verankert gedachten Dispositionen der Gestaltlehre (PETRILOWITSCH)¹.

Strukturgesichtspunkte lassen sich in der Psychiatrie aber schon früher finden. Der Begriff der Strukturanalyse ist durch BIRNBAUMS Untersuchungen über den pathogenetischen und pathoplastischen Aufbau der Psychosen 1919 in das deutsche Schrifttum eingeführt worden. Unabhängig von ihm hat KRETSCHMER mit der mehrdimensionalen Diagnostik ein Bezugssystem für die Struktur psychischer Störungen entworfen, das auch Körperliches im Sinne von Konstitution und Organprozeß umfaßt. Etwas Strukturelle ist offenbar auch gemeint, wenn SCHNEIDER von psychopathologischen Zustand-Verlaufsgebilden spricht. Aus allem läßt sich erkennen, daß unter Struktur in der Psychiatrie heute sehr Verschiedenes zu verstehen ist, sei es, daß man rein seelische Beziehungen im Auge hat, sei es, daß die ganze Skala der psychischen und somatischen Bedingungen aufgezeigt werden soll.

In der vorliegenden Arbeit wird „Struktur“ im Sinne von Gefüge, Bauplan, Bauidee oder auch innerer Gliederung gebraucht, wie es GRUHLE tat. Sie geht von der Vorstellung aus, daß sich hinter den Erscheinungsbildern psychopathologischer Syndrome komplizierte Gebilde verbergen, die durch das *Zusammenspiel der Strukturelemente* und zusätzlicher Faktoren entstehen. Das Ganze eines psychopathologischen Bildes, so sagt MAYER-GROSS, ist nicht die Summe oder das Nebeneinander der Teile, sondern ein Gebilde, dessen Gliederung erst im Durchschauen auch die Möglichkeit der richtigen Einordnung der Teile gibt. Bei der Strukturanalyse wird es darauf ankommen, die mannigfaltigen Erscheinungsbilder auf den Einfluß, das Zusammenwirken einiger weniger Ausgangssymptome zurückzuführen. Die Vielfalt der psychischen Erscheinungen resultiert dann aus dem jeweiligen Gewicht der einzelnen beteiligten Elemente oder ihrer unterschiedlichen Kombination, das heißt aus dem eigentümlichen Mischungsverhältnis, aus Zusammenstimmung und Dissonanz der Symptome. Wesentliche Strukturelemente sind z. B. Störungen des Gedächtnisses, Störungen des Antriebes und Affektes, man kann auch sagen, Beeinträchtigungen der Persönlichkeit, ferner des Denkens und der Bewußtseinslage. Auch sie sind aber umfassende und komplizierte Erscheinungen. Primär können sie nur genannt

¹ Die schwierigen Unterscheidungen der erwähnten Psychologien führen eine Komplizierung psychopathologischer Probleme mit sich. Man muß sich fragen, ob in der klinischen Psychopathologie trotz aller philosophischen Besinnung nicht eigenständige, von der Klinik entwickelte Begriffe verwendet werden könnten. Für medizinische Fragestellungen, wie sie bei Krankheiten, also den Psychosen gelten, ist es kaum einmal notwendig oder auch möglich, über die Feststellung eines empirischen Dualismus hinauszukommen. Verstehende geisteswissenschaftliche Interpretationen können demgegenüber natürlich unendlich oft weiterentwickelt und verfeinert werden.

werden, insofern sie im Gesamt der psychischen Beeinträchtigung jeweils führend sind, nicht aber im Sinne der Priorität eines einzelnen Symptoms, die meist nicht sicher zu entscheiden ist. Unter Struktur werden so die Beziehungen der sich gegenseitig mitbestimmenden Einzelsymptome im Sinne des Aufbaues, des Gefüges eines psychopathologischen Syndroms verstanden. Es darf ein „Zusammen mehrerer Teile, in dem die Bedeutung jedes Teiles von den anderen und dem Ganzen mitbestimmt ist“ (MEILI), erwartet werden. Wenn die Strukturanalyse an sich auch nichts Materielles oder Körperliches, sondern einen psychologischen Sachverhalt im Auge hat, verhilft sie doch zu wichtigen Einblicken in die den psychischen Erscheinungen zugrunde liegenden somatischen Befunde.

Einige Beispiele mögen das Gesagte etwas anschaulicher machen. Untersucht man Hirntumorkranke nicht nur auf Störungen der Bewußtseinslage und auf Wesensänderungen, sondern auch auf ihre Fähigkeit zu denken und zu erinnern, also auf ihr Leistungsvermögen, so findet man häufig amnestische Syndrome unterschiedlichen Ausmaßes und vielgestaltiger Prägung. Es kann eine typische „Korsakowsche Psychose“, also ein amnestisch-konfabulatorischer Symptomenkomplex oder ein Delir vorliegen, was relativ selten ist. Weit häufiger handelt es sich um vorwiegende Zeiterinnerungsstörungen, bei denen die exakte Überschau von Daten, soweit es um ihre Einordnung in die Lebensgeschichte geht und das Schätzen von Zeiträumen, überhaupt der Umgang mit Zeitgefügen gestört ist. Besteht eine Bewußtseinsstörung von längerer Dauer und stärkerem Ausmaß, dann ergeben sich besonders schwere amnestische Ausfälle mit weitgehendem Zerfall und Auflösung der Erinnerungsstrukturen oder auch eine Aufhebung der Zugänglichkeit der Erinnerungen, wofür man die Umschreibungen des akuten irregulären Erinnerungszerfalls und der globalen Amnesie wählen mag. Bei solchen schweren akuten Amnesien, aber auch bei den leichteren amnestischen Erscheinungen der Zeiterinnerungsstörung sind — strukturell gesehen — meist Bewußtseinsstörungen, und zwar Trübungen des Sensoriums neben dadurch ebenfalls verursachten oder jedenfalls damit einhergehenden Beeinträchtigungen des Antriebs und der Denktätigkeit im Spiel. Bei einer anderen Form der Bewußtseinsveränderung, der Einengung des Bewußtseins wiederum, wie sie bei toxischen Psychosen, etwa unter der Einwirkung von Halluzinogenen, aber auch bei akuten schizophrenen Psychosen und epileptischen Dämmerzuständen angenommen werden muß, begegnet man einer ungewöhnlichen Prägnanz der Erinnerung für psychotische Erlebnisse, so daß man geradezu von einer „Hypermnésie“ sprechen kann. — Die Alteration des Bewußtseins ist demnach für die Gestaltung des psychopathologischen Befundes nicht nur schlechthin, sondern, wie bereits gesagt wurde, nach Grad und besonderer Qualität der Bewußtseinsveränderung von großer Bedeutung. Außerdem führt

die Beachtung des Strukturelementes der sensoriiellen Trübung unmittelbar auf den organischen Prozeß selbst.

Im „Korsakow“ wieder bieten sich neben den eigentümlichen zeit-räumlichen Gefügestörungen besonders komplizierte Verflechtungen und Wechselwirkungen von affektiv-antriebsmäßigen Veränderungen, eigentümlicher Bewußtseinslage, formalen Denkstörungen, perseveratorischen Momenten und anderen produktiven Psychismen.

Die Beziehung zum Delir bzw. die Analogie zwischen den physiologischen Mechanismen von Schlaf und Traum und den im Delir und „Korsakow“ obwaltenden Bewußtseinsstörungen ist offensichtlich, die Annahme diencephal-mesencephaler Funktionsstörungen wohl begründet. Die Altersamnesien beruhen weit eher auf Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und zwar vornehmlich des Wissens von Fakten wie Zahlen, Namen, Daten selbst und haben wohl auch andere somatische Grundlagen.

Ähnliche Einblicke lassen sich am Syndrom der organischen Verwirrtheit gewinnen, bei dem neben Bewußtseinsveränderungen der Erinnerungserfall oder auch Behinderungen der sprachlich-gnostisch-praktischen Vermögen bzw. ein Denkzerfall die entscheidende Rolle spielen.

Eine Betrachtung unter Strukturgesichtspunkten läßt auch unschwer Unterschiede zwischen den psychopathologischen Erscheinungsbildern endogener und symptomatischer Psychosen nachweisen, bei denen man sonst allzu voreilig geneigt ist, eine sehr ähnliche oder gar nicht zu differenzierende Symptomatologie anzunehmen (LEONHARD, M. BLEULER).

Solche Strukturuntersuchungen lassen sich nur *hic et nunc* als Zustandserfassungen durchführen. Wollte man *das Dynamische des Verlaufs*, also das Verhalten der Symptome und Syndrome in der Zeit erfassen, so bedürfte es vieler struktureller Untersuchungen in kurzen Abständen. Ein solches Vorgehen ist mühselig, läßt sich jedoch realisieren. Interessieren Fragen wie die typischen oder gar gesetzmäßigen Symptom- und Syndromfolgen, etwa im Rahmen progressiver oder regressiver Bewußtseinsveränderungen, ist es nicht zu entbehren. Nur auf diese Weise kann es gelingen, *typische Verlaufsreihen* zu erkennen, die bisher weder bei endogenen noch symptomatischen Psychosen genügend durchsichtig sind. Verlaufserfassungen dieser Art sind kaum einmal versucht worden. Auch im Bereich der sogenannten exogenen Reaktionstypen hat man syndromale Zusammenhänge wenig beachtet. Immerhin konnte von uns in einer früheren Mitteilung gezeigt werden, daß sich bei den psychopathologischen Erscheinungsbildern symptomatischer Psychosen einige grobe Einblicke in Verlaufsreihen und Verlaufsgesetzmäßigkeiten ergeben, sobald man durch die Beachtung von Qualität und Ausmaß der Bewußtseinsveränderung ein strukturell ordnendes Moment in die Untersuchung einführt. Auf der einen Seite stehen die typischen Trübungszustände, die von der nur angedeuteten

Verhangenheit über Benommenheit und Schläfrigkeit bis zum Koma fortschreiten und hinter ihren unscheinbaren eintönigen Fassaden Leistungsabbau und Wesensänderung verbergen. Dieser Reihe zunehmender sensorieller Trübung läßt sich eine absteigende, etwa nach Kommotions-syndromen, Narkosen, Krampfanfällen gleichsetzen. Weitere exogene und endogene Reaktionsformen¹ sind in beide Verlaufsreihen nur selten eingestreut, wenn auch durch die Dynamik des Bewußtseinsprozesses manches an sich vorhandene psychopathologische Erscheinungsbild nur schwer erfaßbar bleiben mag. Auf der andern Seite begegnet man Bewußtseinseingengungen, die man im Sinne einer Polarität des Bewußtseins (ZUTR) der Trübung des Sensoriums gegenüberstellen kann, bei den endogenen Reaktionsformen: Verstimmungen, Wahn und Halluzinosen. Bei den im Hinblick auf die Bewußtseinsveränderung in der Mitte zwischen diesen Reihen der Trübung und Eingengung liegenden deliriösen Symptomverbänden findet man offenbar die Syndromfolge Halluzinose — Delir — Verwirrtheit — Korsakow, wobei neurasthenische und ängstlich-unruhige Bilder vorausgehen und schlichte amnestische Syndrome oder auch wieder emotionelle Schwächezustände den Abschluß bilden.

Dem Einwand, daß solche Symptomreihen nur selten gesehen werden, kann grundsätzlich nicht beigeprflichtet werden. Es kann ihm auch mit dem Hinweis begegnet werden, daß die einzelnen Phasen häufig sehr rasch durchlaufen werden. Vermöchte man z. B. die absteigende Bewußtseinstrübung im Rahmen eines üblichen postkonvulsivischen Dämmerzustandes, etwa nach einer Elektrokrampfbehandlung, nach Art einer Zeitlupe auseinanderzuziehen, so ließen sich die einzelnen Stadien wohl unschwer beobachten. Bei der Untersuchung von psychopathologischen Verlaufsmomenten spielen Gesichtspunkte wie Tempo, Intensität des psychopathologischen Geschehens und damit einhergehende Raffungen von Syndromfolgen zweifellos eine bedeutsame Rolle. Derartige Gedrängtheiten des psychopathologischen Verlaufs sprechen aber nicht gegen das Vorkommen typischer Syndromreihen. Kaum einmal ist bei genauer Verlaufsanalyse anzunehmen, daß plötzlich aus heiterem Himmel, ohne alle Vorboten, eine volle Halluzinose oder ein Delir dastehen. So zeigen gerade die Selbstschilderungen toxischer Psychosen interessante und charakteristische Verlaufsfolgen. Alles in allem muß freilich heute noch eingeräumt werden, daß nur Benommenheitszustände und deliriöse Symptomfolgen relativ konstante Verlaufsrichtungen nehmen.

¹ Bei der Strukturuntersuchung geht es zunächst um Feststellungen außerhalb der klinischen Schemata: Schizophrenie, Cyclothymie, exogener Reaktionstyp. Man spricht daher bei Überlegungen wie den hier skizzierten besser nur von psychopathologischen Erscheinungsbildern endogenen und exogenen Typs, wobei unter den ersteren Wahnbildungen, Verstimmungen und Verbalhalluzinosen, unter den letzteren optische und polyästhetische Halluzinosen, Delirs, organische Verwirrtheits-, Benommenheits- oder auch Dämmerzustände verstanden werden.

Selbst bei ihnen ist der Ausgang in Persönlichkeitsabbau und Wiederherstellung nicht vorauszusehen. Bei den endogenen Psychosen lassen solche Erwartungen anscheinend noch viel mehr im Stich.

Struktur- und Verlaufsuntersuchungen beleuchten auch die *Probleme der reversiblen und irreversiblen psychopathologischen Symptombildungen*. Überlicherweise spricht man z. B. von Amnesien nur als von chronisch fortschreitenden oder andauernden Störungen. Akute Amnesien mag man nicht anerkennen, obwohl schon BONHOEFFER auf den aktuellen und rückbildungsfähigen Charakter der amnestischen Phase nach dem Delir hingewiesen hatte. Natürlich gibt es nicht nur aktuelle und reversible Amnesien, sondern auch gleichgeartete Persönlichkeitsveränderungen und Demenzen, so daß man etwa von definitiven und reversiblen Wesensänderungen sprechen müßte. Eine derartige Begrifflichkeit erscheint wünschenswert, weil unsere hic et nunc-Syndrome mehr oder weniger lebensfernen starren Befunden entsprechen, die abgesehen von den symptomatologischen Unvollständigkeiten nicht berücksichtigen, daß Symptome und Syndrome ständig im Fluß sind. Das Funktionelle oder Dynamische wäre hier noch einzuführen.

Noch ein letztes sei im Zusammenhang mit den Strukturuntersuchungen erwähnt: Die stets gegebene *Mehrschichtigkeit psychopathologischer Erscheinungen* bzw. Vielfältigkeit möglicher psychopathologischer Betrachtung. Je nach dem Weg, den die Untersuchung einschlägt, pflegt ein psychopathologisches Syndrom ganz unterschiedlich beschrieben und bestimmten Störbereichen zugeordnet zu werden. Kaum einmal werden mehrere Aspekte gleichzeitig beachtet bzw. in der psychopathologischen Beurteilung zum Ausdruck gebracht. Man spricht von Bewußtseins-trübung, Wesensänderung, amnestischen Syndromen, Delir usw., als ob es sich von Fall zu Fall um etwas jeweils ganz Unterschiedliches handelte. Dies mag angehen, wenn man die klinische Diagnose meint, wird aber unzureichend, wenn es sich um die erschöpfende Feststellung der psychischen Befunde, auch im Hinblick auf somatische Bedingtheiten, handelt. Geht man noch einmal vom Beispiel der Amnesien aus, so können beim gleichen Kranken neben der schweren Zeiterinnerungs-störung Bewußtseins-trübung, Mangel an Spontaneität bei gleichgültig-euphorischer Gestimmtheit, ein der Situation nicht entsprechendes verwirrtes Handeln und ein zerfahrener Gedankenablauf mit merkwürdig kontrastierenden formelhaften Perseverationen vorhanden sein. Klinisch läge eine akute Amnesie, nach unseren syndromalen erscheinungsbildlichen Unterscheidungen ein irregulärer Erinnerungszersfall vor. Ebensogut könnte man aber je nach dem leitenden Gesichtspunkt der Befunderhebung mit guten Gründen von einem Bild der Bewußtseins-trübung oder von einem Verwirrtheitszustand sprechen. Der Struktur nach verbergen sich in einem solchen Syndrom neben den Störungen

des Gedächtnisses Veränderungen der Bewußtseinslage, der Affekte und Triebe sowie Störungen des Denkens, des Verhaltens, die alle im einzelnen für sich untersucht und auf ihre Beziehungen untereinander bzw. ihre mehr oder weniger dominante Rolle im Syndromgefüge zu betrachten wären.

Es ergibt sich also: psychoorganische Bilder vermögen nach ganz verschiedenen Aspekten charakterisiert zu werden. Die systematische Einteilung in akute Störungen des Bewußtseins und chronischen Persönlichkeitsabbau ist wohl berechtigt, trifft aber nur ganz grobe Zuständigkeiten, im wesentlichen den aktuellen und reversiblen bzw. chronischen Verlaufsscharakter der Erscheinungen. Unberücksichtigt bleibt bei dieser deskriptiven Ordnung der vielseitige Einblick in die feineren psychopathologischen Zusammenhänge, der sich bei der Strukturdiagnostik eröffnet und über die oberflächlichen Erscheinungen in die Tiefe weisen und in die Nähe der somatischen Vorgänge führen kann. Spricht man von Delir, Korsakow oder Amnesie, so muß man wissen, daß damit nur klinische Verlaufsbilder etikettiert werden, daß aber die psychopathologische Analyse und die Abwägung der Beziehungen zu den körperlichen Befunden noch zu leisten sind.

Greifen wir abschließend noch einmal die *Frage nach dem Sinn einer nosologisch orientierten Forschung* auf, so scheint es doch nicht zu bezweifeln, daß eine eigenständige Psychopathologie als Grundlagenforschung der mit den Psychosen befaßten Psychiatrie lediglich sinnvoll wäre, wenn es sich bei Schizophrenien und Cyklothymien um psychogene Erscheinungen, Verirrungen der Seele im Sinne eines romantischen Spiritualismus handelte. Stimmen, die solche Überlegungen aussprechen oder zumindest anklingen lassen, werden hie und da laut. K. SCHNEIDER hat ein metagenes Ver„irr“en der Seele ohne somatische oder psychologische Ursache für manche paranoide Psychosen freilich nur als eine Denkmöglichkeit gelten lassen. Die vergeblichen Anstrengungen um eine Klärung der somatischen Grundlagen der endogenen Psychosen mag ebenfalls skeptisch stimmen. Alle diese Erfahrungen genügen kaum, um hinsichtlich einer Krankheitslehre in der Psychiatrie zu resignieren. Spräche man bei besonnenen Wahnbildungen im Sinne der Paranoia statt von Psychosen von wahnhaften Entwicklungen, wie es KRETSCHMER so überzeugend getan hat, so könnte die Diskussion um die Psychogenese echter Psychosen erheblich exakter geführt und wahrscheinlich auch abgekürzt werden. Die psychogenetische Theorie der Psychosen stützt sich vornehmlich auf Erfahrungen, die nicht an Psychosen gewonnen wurden. Man könnte auch umgekehrt sagen: wo eine „Psychose“ durch Psychotherapie nicht nur günstig beeinflußt und geformt, sondern geheilt werden konnte, hat es sich nicht um eine Psychose gehandelt.

Zweifelloos genügt es in der klinischen Psychiatrie nicht, sich auf eine reine Psychopathologie irgendeiner Relevanz zu beschränken. Neben den

esoterischen Glasperlenspielen reiner psychologischer Interpretationen bedarf die klinische Psychiatrie des schlichten Handwerkes der vergleichenden somatischen und psychischen Untersuchungen. Zu wünschen wäre eine ernsthafte Wiederzuwendung zu der Fülle der somatischen Probleme, nicht zuletzt im Sinne der schon erwähnten Grundlagenforschungen. Auch innerhalb einer solchen Psychiatrie würde die Psychopathologie eine wichtige Rolle spielen. Es gälte aber herauszukommen aus dem Stadium der vorwissenschaftlichen intuitiven Diagnose und der vielfältigen beliebigen psychologischen Auslegungen psychotischer Erlebnisweisen. Innerhalb der Psychiatrie gälte es vor allem die Arbeitsgebiete methodisch exakt abzustecken. Wenn sich die psychologische Betrachtung in ihrem Schwergewicht auf Untersuchungen und Behandlungen nicht krankhafter psychischer Störungen erstreckte und innerhalb der Psychosen nicht mit ihrer Psychogenese, sondern mit der Welt des Kranken und ihrer Erhellung zum besseren Verständnis und psychotherapeutischer Hilfe befaßte, die somatische Untersuchung sich hingegen mit Ernst der Erforschung der Grundlagen der Psychosen zuwendete, bestünde kein Anlaß, sich Sorgen über die Zukunft der Psychiatrie zu machen.

Zusammenfassung

Die Psychiatrie umfaßt sowohl naturwissenschaftliche als auch geisteswissenschaftliche Bereiche. Soweit es sich bei ihr um Krankheiten handelt, kann das naturwissenschaftliche Vorgehen nicht fraglich sein. Nichtkrankhafte seelische Abnormitäten verlangen außermedizinische psychologische Verfahrensweisen. Obwohl diese Doppelstellung der Psychiatrie seit langem bekannt ist und es naheliegen müßte, ihre differenten Gegenstände mit den jeweils entsprechenden, notwendigerweise unterschiedlichen Methoden zu behandeln, begegnet man zunehmend einseitigen Festlegungen der Standpunkte, so als ob die Psychiatrie ausschließlich als „Somatologie“ oder „Psychologie“ betrieben werden könnte. Daraus ergeben sich überflüssige Streitigkeiten, aber auch ernsthafte Schwierigkeiten der Verständigung, Nichtachtung andersartiger Meinungen und Vernachlässigung wichtiger Erfahrungen. Es ist das Anliegen der Arbeit, zu zeigen, daß psychologische und somatologische Verfahren aufeinander angewiesen sind und daß nur durch ihr enges Zusammenwirken verläßliche Ergebnisse gewonnen werden können. Die Fruchtbarkeit geisteswissenschaftlicher Interpretationen für zahlreiche Probleme kann zwar nicht in Zweifel gezogen werden. Die Entwicklung mannigfaltiger geisteswissenschaftlich orientierter Richtungen sollte jedoch nicht übersehen lassen, daß sich inzwischen auch auf somatischem Gebiet wichtige Ergebnisse gewinnen ließen, die in der klinischen Psychiatrie zukünftig nicht unberücksichtigt bleiben können. Um in der Frage der Genese der symptomatischen und endogenen Psychosen

weiterzukommen, ist eine Abstimmung der psychopathologischen Untersuchungsmethoden auf die Erfordernisse der somatischen Grundlagenforschung unerlässlich. Eine reine Psychopathologie würde niemals zu einer Klärung nosologischer Probleme führen. Sie wäre in dieser Hinsicht „in die Luft gebaut“. Im Sinne einer Abstimmung der psychopathologischen Untersuchung auf die somatischen Gegebenheiten werden Struktur- und Verlaufsuntersuchungen umrissen und die Bedeutung des Dynamischen im Aufbau von typischen Strukturen und Verlaufsgefügen aufgezeigt. Es ist festzuhalten: Psychologische und somatische Untersuchungen machen einander nicht überflüssig, sondern geben erst zusammen ein Ganzes; ferner, daß es entscheidend ist, sich bei den wesensverschiedenen Aufgaben, die die Psychiatrie stellt, über die kategoriell adäquaten Methoden klar zu werden.

Literatur

- BASH, K. W.: Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Stuttgart 1955. — BIRNBAUM, K.: Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft. Hb. Geisteskrh. herausg. von O. Bumke. Bd. I Allg. Teil I. Berlin: Springer 1928. — BLEULER, M.: Psychiatrische Irrtümer in der Serotoninforschung. Dtsch. med. Wschr. **1956**, 1078. — Zur Frage der Nosologie in der Psychiatrie. Nauheimer Kongreß 1958. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **150**, 13 (1959). — BODAMER, J.: Zur Phänomenologie des geschichtl. Geistes in der Psychiatrie. Nervenarzt **19**, 299 (1948). — Zur Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jahrhundert. Fortschr. Neurol. Psychiat. **21**, 511 (1953). — CONRAD, K.: zit. nach JANZARIK. — GOMIRATO, G., u. G. GAMNA: Die Verwirrheitszustände. Basel, New York 1957. — GRUHLE, H. W.: Geschichtliches. Hb. Geisteskrh. Bd. IX, Tl. V. Berlin: Springer 1932. — Verstehende Psychologie. Stuttgart 1948. — JANZARIK, W.: Zur Differentialtypologie der Wahnphänomene. Nervenarzt **30**, 153 (1959). — KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950. — KULENKAMPF, C.: Entbergung, Entgrenzung, Überwältigung als Weisen des Standverlustes. Zur Anthropologie der paranoiden Psychosen. Nervenarzt **26**, 89 (1955). — LEONHARD, K.: Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der halluzinatorisch-paranoiden Psychosen nach Encephalitis epidemica. Arch. Psychiat. Nervenkr. **102**, 372 (1934). — MAYER-GROSS, W.: Selbstschilderungen der Verwirrtheit (die oneroide Erlebnisform). Berlin 1924. — MEILI: zit. nach K. W. BASH. — PETRILOWITSCH, N.: Beiträge zu einer Strukturpsychopathologie Basel 1958. — SCHEID, K. F.: Die Stellung der Neurologie und Psychiatrie im Rahmen der Universitas literarum. Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihrer Grenzgebiete. Festschrift für KURT SCHNEIDER. Willsbach und Heidelberg 1947. — SCHNEIDER, K.: Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **24**, 1 (1956). — Klinische Psychopathologie. Stuttgart 1959. — TELLENBACH, H.: Die Räumlichkeit der Melancholischen II. Mitt. Analyse der Räumlichkeit melancholischen Daseins. Nervenarzt **27**, 289 (1956). — Diskussionsbemerkung auf dem Nauheimer Kongreß 1958. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **150**, 19 (1959). — WIECK, H. H.: Psychologie und Psychopathologie der Erinnerungen. Stuttgart 1955. — ZEH, W.: Bewußtseinsveränderungen und psychopathologische Erscheinungsbilder bei endogenen und symptomatischen Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. **27**, 609 (1959). — Die Amnesien. (Amnesien als Ordnungsstörungen Versuch einer Strukturanalyse.). — Über Verwirrtheit. Fortschr. Neurol. (Im Druck).

Priv.-Doz. Dr. W. ZEH, Psychiatrische u. Nervenlinik der Universität, Bonn/Rh.