

Die Eintheilung der Seelenstörungen*).

Den Ausgangspunkt einer ärztlichen Erkenntniss der Geistesstörungen bildet naturgemäss die Begriffsbestimmung und Umgrenzung einzelner Krankheitsformen. Zu einer befriedigenden Lösung dieser Aufgabe müssten uns einerseits die Veränderungen im Ablaufe der physiologischen Vorgänge unserer Hirnrinde, andererseits die mit ihnen zusammenhängenden psychischen Functionsstörungen genau bekannt sein. Nur dann offenbar wären wir im Stande, aus den psychischen Erscheinungen auf die krankhaften körperlichen Grundlagen derselben sowie weiterhin auf die Ursachen des ganzen Krankheitsvorganges zurückzuschliessen und umgekehrt. Leider sind wir von einer derartigen tieferen Einsicht in das Zustandekommen der Geisteskrankheiten heute nur allzuweit noch entfernt. Wir können uns aber auch nicht verhehlen, dass gerade die Annäherung an jenes uns zunächst vorschwebende Ziel uns höchst wahrscheinlich immer eindringender die Unmöglichkeit einer wirklich durchgreifenden Eintheilung der Seelenstörungen darthun wird.

Ueberall, wo wir den Versuch wagen, Lebensvorgänge ohne Rest und ohne Zwischenstufen in ein Schema einzuordnen, machen wir die Erfahrung, dass sich die anfangs scharf erscheinenden Grenzen bei genauerer Erkenntniss des Gegenstandes immer mehr verwischen, dass von jedem Beobachtungstypus zahllose, unmerklich abweichende Glieder zu den benachbarten Typen hinüberführen. Der Unmöglichkeit einer durchgreifenden Scheidung zwischen gesunden und

*) Kahlbaum, Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. 1863; Volkmann's klinische Vorträge, 126; Oebbecke, Vergleichende Uebersicht der Classificationen der Psychosen, Diss. 1886.

Kraepelin, Psychiatrie, 6. Aufl. II. Band.

krankhaften Zuständen haben wir früher schon gedacht; ebenso werden wir mit Bestimmtheit erwarten müssen, zwischen einzelnen schulmässigen „Krankheitsformen“ alle möglichen Uebergänge im Leben anzutreffen. Sehen wir doch auch in der inneren Medicin selbst die eigenartigsten Krankheitsgruppen, die acuten Infectionskrankheiten, sich durch eine Menge von „nicht ausgesprochenen“, „abortiven“ u. s. w. Fällen allmählich in anders benannte „Krankheits-species“ hinein verlieren! Eine besonders grosse Ausdehnung wird das Gebiet der Zwischenformen bei den Geistesstörungen durch den Umstand gewinnen müssen, dass die einzelnen Theile des Gehirns nicht die gleichen Verrichtungen haben. Nicht nur die Art und Stärke der krankhaften Veränderungen, sondern auch ihr besonderer Sitz wird daher vermuthlich eine unübersehbare Folge feinerer Abstufungen in der Gestaltung des psychischen Zustandes zu erzeugen im Stande sein.

Wenn wir somit von einer glatten Eintheilung der Seelenstörungen, etwa im Sinne Linné's, für alle Zeiten und von einer Aufstellung wissenschaftlich fest begründeter Typen für jetzt noch absehen müssen, so fordert doch das praktische Bedürfniss schon heute wenigstens eine ungefähre Gruppierung des Erfahrungsrohstoffes, die um so bleibenderen Werth besitzen wird, je weniger sie sich durch vorgefasste Meinungen in der nüchternen Verarbeitung der Thatsachen beeinflussen lässt.

Die sicherste Grundlage für eine derartige Eintheilung der Irreseinsformen scheint, namentlich im Hinblick auf die Erfahrungen der inneren Medicin, zunächst die pathologische Anatomie zu versprechen. Leider indessen liegt die Aussicht auf die Feststellung verwerthbarer Leichenbefunde für die grosse Mehrzahl der Geistesstörungen noch in weiter Ferne. Selbst dort aber, wo wir schon heute gröbere Veränderungen im Gehirne nachzuweisen vermögen, fehlt uns doch durchaus noch das genauere Verständniss für den Zusammenhang der anatomischen Thatsachen mit den klinischen Erscheinungen, so dass wir es nur in einzelnen Ausnahmefällen (Miss- oder Hemmungsbildungen, ausgedehnte Zerstörungen, hochgradige Atrophie) wagen dürften, am Sectionstische einigermaßen zureichende Vermuthungen über den psychischen Zustand während des Lebens auszusprechen. An der Unzulänglichkeit des Beobachtungsmaterials wie an der Schwierigkeit des Rückschlusses auf klinische

Erscheinungen sind daher auch die bisherigen Versuche einer pathologisch-anatomischen Eintheilung der Geistesstörungen sämmtlich gescheitert.

Kaum weniger schwerwiegende Einwände lassen sich gegen den Versuch einer Eintheilung der Psychosen nach den Ursachen vorbringen, die noch in neuester Zeit mit Nachdruck als die allein werthvolle hingestellt worden ist. Allerdings kennen wir schon heute einige Ursachen, deren Einfluss sich in ganz bestimmten klinischen Merkmalen geltend macht und somit umgekehrt aus diesen erschlossen werden kann. Dahin gehören namentlich die verschiedenen Formen von Vergiftung und einzelne körperliche Erkrankungen, Kopfverletzungen, ferner wahrscheinlich die Erschöpfung, vielleicht manche heftige Gemüthserschütterungen und endlich die schwereren Formen der erblichen Entartung, deren Wesen und Wirkungsweise unserem Verständnisse freilich noch sehr fern liegt. Dem gegenüber sind die Ursachen des Irreseins in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle für uns vollständig dunkel, wie jede ehrliche Würdigung der täglichen Erfahrung ohne weiteres wird eingestehen müssen. Das liegt nicht allein an äusseren Zufälligkeiten, an der Schwierigkeit, gute Anamnesen zu erhalten, sondern ist wol in der Natur der Geistesstörungen selbst begründet. Am häufigsten haben wir es hier mit solchen Erkrankungen zu thun, deren wesentliche Ursachen in der Veranlagung oder in völlig unbekannten inneren Zuständen des Organismus gelegen sind. Ausserdem aber spielt die Eigenart des Einzelnen auch für sein Verhalten gegen äussere Schädlichkeiten in diesem Gebiete vielfach eine entscheidende Rolle. Gerade die Erforschung und Zergliederung geistiger und körperlicher Persönlichkeiten ist indessen leider bisher nicht über die allerersten Anfänge hinausgekommen. Endlich wird zu berücksichtigen sein, dass die Ursachen der Geistesstörungen anscheinend vielfach in Verbindung mit einander wirken, so dass sich auch aus diesem Grunde der innere Zusammenhang der gegebenen Erscheinungen fast niemals mit jener Klarheit durchschauen lässt wie etwa bei dem Entstehen einer Infectionskrankheit.

Bei weitem am häufigsten ist der Weg einer Eintheilung der Geistesstörungen nach ihren klinischen Zeichen eingeschlagen worden, weil die Erscheinungen des Irreseins dem Beobachter am unmittelbarsten in die Augen fallen. Auch dieses Verfahren stösst

sehr bald auf Schwierigkeiten, sobald es gilt, das Wesentliche vom Zufälligen und Nebensächlichen zu unterscheiden. Es führt mit einer gewissen Nothwendigkeit zur Ueberschätzung des einzelnen Merkmals, zu der Neigung, alle Krankheitsfälle zu einer Form zusammenzufassen, denen eine bestimmte auffallendere Störung gemeinsam ist. Die Geschichte der Psychiatrie bis auf die Gegenwart herab ist voll von derartigen Verirrungen. Heute freilich sollte allein das Beispiel der Dementia paralytica lehren, dass es einzelne untrügliche Kennzeichen auf dem Gebiete des Irreseins schlechterdings nicht giebt, sondern dass nur das Gesamtbild eines Krankheitsfalles in seiner Entwicklung vom Anfang bis zum Ende die Berechtigung zur Vereinigung mit anderen gleichartigen Beobachtungen gewähren kann. Dieselben Einzelercheinungen können sich, wie die Erfahrung zeigt, unter gewissen Umständen in sonst völlig auseinandergehenden Fällen einstellen, wie etwa Fieber, Husten, Brustschmerzen u. s. f. bei den verschiedenartigsten Lungenerkrankungen. Dazu kommt, dass uns bei der Unvollkommenheit unserer Forschungsmittel die vielleicht durchaus verschiedene Entstehungsweise und Bedeutung für wesensgleich gehaltener Erscheinungen gänzlich verborgen bleiben kann. Man denke nur an die Verwirrung, welche etwa ein Zusammenwerfen aller körperlichen Erkrankungen mit Albuminurie zur Folge haben würde!

Besäßen wir auf einem der drei Gebiete, der pathologischen Anatomie, der Aetiologie oder der Symptomatologie des Irreseins eine durchaus erschöpfende Kenntniss aller Einzelheiten, so würde sich nicht nur von jedem derselben her eine einheitliche und durchgreifende Eintheilung der Psychosen auffinden lassen, sondern jede dieser drei Gruppierungen würde auch — diese Forderung ist der Grundpfeiler unserer wissenschaftlichen Forschung überhaupt — mit den beiden anderen wesentlich zusammenfallen. Die aus den gleichen Ursachen hervorgegangenen Krankheitsfälle würden stets auch dieselben Erscheinungen und denselben Leichenbefund darbieten müssen. Aus dieser Grundanschauung ergiebt sich, dass die klinische Gruppierung der psychischen Störungen sich auf alle drei Hülfsmittel der Eintheilung, denen man noch die aus dem Verlaufe, dem Ausgange, ja der Behandlung gewonnenen Erfahrungen hinzufügen muss, gleichzeitig zu stützen haben wird. Je mehr sich dabei die aus der verschiedenartigen Betrachtung ge-

wonnenen Formen mit einander decken, desto grösser ist die Sicherheit, dass diese letzteren wirklich eigenartige Krankheitszustände darstellen.

Gerade dieses Verfahren ist auf der heutigen Entwicklungsstufe unserer Wissenschaft das einzige, welches auch die an uns herantretenden praktischen Forderungen einigermaßen zu befriedigen vermag. Die erste Aufgabe des Arztes am Krankenbette ist es, sich ein Urtheil über den voraussichtlichen weiteren Verlauf des Krankheitsfalles zu bilden. Diese Frage wird unter allen Umständen zunächst an ihn gerichtet. Der Werth jeder Diagnose für die praktische Thätigkeit des Irrenarztes bemisst sich daher ganz wesentlich danach, wie weit sie sichere Ausblicke in die Zukunft eröffnet. Gleiche Krankheitsursachen werden im allgemeinen auch einen gleichen Verlauf des Leidens bedingen, und aus den klinischen Zeichen müssen wir im Stande sein, die weiteren Schicksale unseres Kranken in grossen Zügen herauszulesen. Zur Erreichung dieses Zieles ist es nöthig, alle Handhaben zu ergreifen, welche die Beobachtung uns irgend zu bieten vermag: das ist der Grundsatz, der uns überall leiten sollte, wo wir es mit der Abgrenzung und Begriffsbestimmung einzelner Krankheitsformen zu thun haben.

Wenn wir in diesem Sinne auch heute schon thatsächlich eine ganze Reihe von Psychosen kennen, die mindestens ebensogut gekennzeichnet sind wie die Mehrzahl der körperlichen „Krankheiten“, so setzen doch grosse Gebiete des Irreseins den Eintheilungsbestrebungen derartige Schwierigkeiten entgegen, dass man nicht selten eine befriedigende Gruppierung der Seelenstörungen als eine vielleicht überhaupt unlösbare Aufgabe betrachtet hat. Ich kann diese Anschauung nur insoweit theilen, als sie die oben erwähnten grundsätzlichen Hindernisse einer Einzwängung von Lebensvorgängen in scharf abgegrenzte Formen im Auge hat. Dagegen scheint mir der soeben angedeutete Weg durchaus gangbar. Jedem Irrenarzte ist es bekannt, dass uns bisweilen Fälle begegnen, welche in jeder Beziehung, nach Entstehungsart, allen Einzelheiten der Krankheitserscheinungen und weiterem Verlaufe eine geradezu verblüffende Uebereinstimmung mit einander darbieten. Derartige Beobachtungen werden den natürlichen Ausgangspunkt unserer Eintheilungsbestrebungen zu bilden haben. Durch strenge Ausscheidung

aller nicht ganz dem ersten Typus entsprechenden Fälle werden wir zunächst zur Aufstellung zahlreicher kleinerer, wenig von einander abweichender Gruppen geführt, deren nähere und fernere Verwandtschaft sich beim Ueberblick über grosse Beobachtungsreihen unschwer wird erkennen lassen. Die gewissenhafte Zersplitterung der Formen in ihre kleinsten und anscheinend unbedeutendsten Abänderungen, wie wir sie etwa heute in der Lehre von der Muskelatrophie wiederfinden, ist somit die unerlässliche Vorstufe für die Gewinnung wirklich einheitlicher, der Natur entsprechenden Krankheitsbilder.

Bis zur Erreichung dieses Zieles bedarf es noch lange fortgesetzter, sorgfältiger Einzelbeobachtung. Niemand wird daher die lediglich vorläufige Bedeutung aller heute möglichen Aufstellungen verkennen wollen, aber man darf dennoch hoffen, dass die weitere Entwicklung der klinischen, alle Eigenthümlichkeiten unseres Gegenstandes gleichmässig verwerthenden Betrachtungsweise uns in nicht allzu langer Zeit zu einer Gruppierung der Psychosen führen wird, welche sich den entsprechenden Leistungen im Bereiche der übrigen Medicin völlig gleichberechtigt an die Seite zu stellen vermag.

Die von mir im folgenden durchgeführte Eintheilung beginnt mit denjenigen Formen des Irreseins, die durch äussere Ursachen hervorgerufen werden. Dahin gehören die Geistesstörungen nach infectiösen Erkrankungen, die Erschöpfungspsychosen, insofern sie ebenfalls in der Regel durch schwere körperliche Schädigungen erzeugt werden, endlich die Vergiftungen. An die Vergiftungen durch von aussen eindringende Stoffe schliessen sich die Selbstvergiftungen durch Stoffwechselerzeugnisse an, von denen wir allerdings auf unserem Gebiete etwas genauer heute nur die Folgezustände der Schilddrüsenerkrankungen kennen. Es liegen indessen, wie ich glaube, eine Reihe von Anhaltspunkten für die Annahme vor, dass auch noch andere Formen des Irreseins, insbesondere die *Dementia praecox* und die Paralyse, auf Selbstvergiftungen beruhen, deren Wesen und Entstehung dort freilich noch gänzlich unbekannt ist, während wir hier als letzte Ursache in der Regel eine syphilitische Ansteckung zu verzeichnen haben.

Als weitere kleine Untergruppe wurde das Irresein bei Hirnerkrankungen zusammengefasst. Hier ist meist von äusseren Ursachen nicht mehr die Rede, wenn wir von den Geistesstörungen

nach Kopfverletzungen absehen. Höchstens können wir bei manchen Geschwülsten, bei den Embolien, bei syphilitischen Veränderungen die Hirnerkrankung auf allgemeinere oder an anderen Punkten des Körpers gelegene Leiden zurückführen. Dagegen bestehen gewisse klinische Beziehungen zu den schweren Vergiftungen und zur Paralyse, insofern wir es in allen diesen Fällen mit ausgebreiteten Zerstörungen des Hirngewebes zu thun haben, die nicht nur in psychischen, sondern auch in körperlichen Krankheitszeichen sich bemerkbar machen. Aehnliches gilt für die Geistesstörungen der höheren Lebensalter. Allerdings finden wir hier gröbere Erkrankungen des Hirns in Gestalt von Altersveränderungen nur bei den eigentlich senilen Formen. Wir sehen indessen das Irresein der Rückbildungsjahre so unmerklich in den eigentlichen Altersblödsinn übergehen, dass es unmöglich erscheint, beide Gruppen grundsätzlich von einander zu trennen. Vielmehr dürfen wir vielleicht annehmen, dass schon in der Rückbildungszeit sich die ersten Andeutungen jener Störungen kundgeben, die späterhin zu schwerem geistigen Siechthume führen können.

Die Gruppe der Rückbildungspsychosen leitet uns hinüber zu denjenigen Formen des Irreseins, bei deren Entstehung mehr und mehr die krankhafte Veranlagung in den Vordergrund tritt. Zweifellos spielt schon dort ausser den aufreibenden Einflüssen der Lebensarbeit auch die ursprüngliche Widerstandsfähigkeit eine wichtige Rolle. In noch höherem Grade aber scheint das bei jener allmählichen krankhaften Umwandlung der gesammten psychischen Persönlichkeit der Fall zu sein, die wir als Verrücktheit bezeichnen. Dasselbe gilt ohne jeden Zweifel vom manisch-depressiven Irresein. Der einzelne Anfall des Leidens kann dabei allerdings recht wol durch äussere Schädigungen ausgelöst werden. Dagegen zeigt uns die häufige Entstehung ohne Anlass und namentlich die Uebereinstimmung der klinischen Krankheitsbilder unter den verschiedensten Bedingungen, dass die eigentliche Ursache nicht in äusseren Anstössen, sondern in der besonderen krankhaften Veranlagung des Einzelnen gelegen ist.

Ist hier die grundlegende krankhafte Eigenthümlichkeit während der Zwischenzeiten zwischen den Anfällen meist gar nicht erkennbar, so macht sie sich in der Regel dauernd recht deutlich bemerkbar bei der nun folgenden Gruppe von Erkrankungen, die unter

dem gebräuchlichen Namen der allgemeinen Neurosen zusammengefasst werden sollen. Hier können mit oder ohne besonderen Anstoss mannigfaltige, aber klinisch gut gekennzeichnete Psychosen zu Stande kommen, meist von kürzerer Dauer, nach deren Ablauf der krankhafte Grundzustand unverändert wieder hervortritt. Was diese Gruppe vor anderen auszeichnet, ist die Häufigkeit der verschiedenartigsten functionellen nervösen Störungen.

Den allgemeinen Neurosen nahe verwandt sind die einfachen psychopathischen Zustände, die mit geringen Schwankungen das ganze Leben hindurch wesentlich unverändert andauern. Wir haben es hier mit krankhaft gearteten Persönlichkeiten zu thun, welche nach irgend einer Richtung hin aus dem Rahmen des gesunden Seelenlebens heraustreten. Vorübergehende stärkere Störungen ihres psychischen Gleichgewichtes, Erregungen, Verstimmungen, kommen auch hier nicht selten zur Beobachtung, aber es handelt sich dabei nicht um abgegrenzte Krankheitsbilder, wie bei den allgemeinen Neurosen, sondern einfach um Verschlimmerungen des mehr oder weniger deutlich fortbestehenden eigenthümlichen Zustandes.

Den Schluss der langen Reihe bilden diejenigen Zustände, welche wesentlich seelische Entwicklungshemmungen bedeuten. Das klinische Bild entspricht hier noch weniger, als in der vorigen Gruppe, einer eigentlichen Krankheit, sondern nur einer unvollkommenen Ausbildung der psychischen Persönlichkeit. Bisweilen liegen diesen Defectzuständen geradezu körperliche Entwicklungshemmungen zu Grunde. Häufiger aber sind, wie es scheint, Krankheitsvorgänge im unentwickelten Gehirn, die durch theilweise Vernichtung desselben die psychische Ausbildung unmöglich machen. Streng genommen sollte man die Fälle letzterer Art den Hirnkrankheiten zurechnen. Allein wir sind auf der einen Seite heute noch nicht im Stande, hier im Leben überall sicher zwischen Entwicklungshemmung und Hirnkrankung zu unterscheiden; andererseits aber wird das klinische Bild in so hohem Grade durch das gemeinsame Merkmal der angeborenen psychischen Unfähigkeit beherrscht, dass sich einstweilen wenigstens die Trennung jener beiden ursächlich auseinanderweichenden Gruppen nicht empfiehlt. Ja, wir werden sogar noch einen Schritt weiter gehen und diesen Defectzuständen auch diejenigen Schwachsinnformen zurechnen, welche in den ersten Lebensjahren durch schwere Hirnkrankungen erzeugt werden. Auch

bei ihnen wird die Entwicklung einer psychischen Persönlichkeit in der ersten Anlage vernichtet.

Am Schlusse dieser Ausführungen darf ich nicht unterlassen, nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass so manche der im folgenden abgegrenzten Krankheitsbilder nur Versuche sind, einen gewissen Theil des Beobachtungsmaterials wenigstens vorläufig in der Form des klinischen Lehrstoffes darzustellen. Ueber ihre wahre Bedeutung und über ihr gegenseitiges Verhältniss wird erst die dringend notwendige monographische Durcharbeitung des ganzen Gebietes allmählich Klarheit bringen. Es ist ferner unbestreitbar, dass es uns heute trotz redlichsten Bemühens noch in einer recht erheblichen Zahl von Fällen schlechterdings nicht gelingt, sie in den Rahmen einer der bekannten Formen des „Systems“ einzuordnen. Ja, nach manchen Richtungen hat die Anzahl derartiger Beobachtungen sogar zugenommen, und an die Stelle zuversichtlichen Wissens ist vielfach Unsicherheit und Zweifel getreten. Für den Schüler hat diese That- sache gewiss etwas Beunruhigendes — dem Forscher bedeutet sie nichts, als den Bruch mit der herkömmlichen Verschwommenheit unserer Diagnosen zu Gunsten einer schärferen Begriffsbestimmung und eines tieferdringenden Verständnisses der klinischen Erfahrungen.

Lehrbücher der Psychiatrie.

- W. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Aufl. 1876. Eine 5. Auflage ist 1892 von Levinstein-Schlegel herausgegeben worden.
- H. Schüle, Klinische Psychiatrie (v. Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie, XVI). 3. Auflage. 1886.
- R. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Auflage. 1897.
- J. Salgó (Weiss), Compendium der Psychiatrie. 2. Auflage. 1889.
- R. Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.
- H. Neumann, Leitfaden der Psychiatrie für Mediciner und Juristen. 1883.
- Th. Meynert, Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Erste Hälfte. 1884.
- J. L. A. Koch, Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. 2. Auflage. 1889.
- Th. Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890.
- Th. Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie. 1892.
- Fr. Scholz, Lehrbuch der Irrenheilkunde. 1892.

O. Dornblüth, Compendium der Psychiatrie. 1894.

Th. Ziehen, Psychiatrie. 1894.

C. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie, Theil I. 1894; II. 1896.

Aus der neueren französischen Literatur wären hier zu erwähnen die grösseren Werke von Dagonet (1876, Neue Bearbeitung 1894), Luys (1881), Ball (2. Aufl., 1890), dann die kleineren von Bra (1883), Cullerre (1889), Régis (2. Auflage, 1892), Max Simon (1891), Sollier (1893). Dazu kommen die gesammelten Abhandlungen von A. Voisin (1883), Baillarger (1890), Cotard (1890), Falret (1890), Magnan (1893), Séglas (1895), endlich der Abschnitt über Geisteskrankheiten von Ballet aus dem grossen Handbuche der Medicin von Bouchard (1895). In England sind Lehrbücher erschienen von Clouston (4. Auflage, 1896), Savage (1894, deutsch von Knecht, 1887), Lewis (1890), Blandford (4. Auflage, 1894), Shaw (1892), Campbell Clarke (1897), Kellogg (1897), sowie das grosse Sammelwerk von Hack Tuke (1892), in America die Werke von Spitzka (1887) und Hammond (1883), in Italien das kurze Lehrbuch von Agostini (1897) und die Bearbeitung des Ballet'schen Werkes mit Blocq's Darstellung der progressiven Paralyse von Morselli, weiterhin in Dänemark die Vorlesungen von Pontoppidan (1892 und 1893), endlich in Russland das Buch von Kowalewski (1887) und dasjenige von Korssakow (1893).