Zeitschrift: Jahrbuch der St. Gallischen Naturwissenschaftlichen Gesellschaft
Herausgeber: St. Gallische Naturwisenschaftliche Gesellschaft
Band: 59 (1923)

Artikel: Ueber psychophysische Zuordnungen in der Krankheitsgestaltung
Autor: Bigler, Walter
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-834886

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

III.

Ueber psychophysische Zuordnungen in der Krankheitsgestaltung.

Vortrag, gehalten am Referierabend vom 22. Januar 1924

von **Dr. Walter Bigler.**

Indem man von psychophysischen Zuordnungen, von psychophysischen Relationen spricht, will man der Tatsache Ausdruck verleihen, dass zwischen psychisch-funktionellem Geschehen und physisch-funktionellem Geschehen Beziehungen bestehen, ohne damit das Problem der Leib-Seelenbeziehung durch eine grundsätzliche Konstruktion überbrücken zu wollen.

So kann man etwa sagen, körperliche Funktionsänderungen seien *Ausdruckstendenzen* für etwas dahinter stehendes Psychisches, wobei z. B. zu erinnern wäre an die jedermann wohlbekannten Zusammenhänge zwischen Mimik, Gestik und Physiognomik mit psychischen Vorgängen. Man kann ferner sagen, körperliche Funktionsänderungen seien *Begleiterscheinungen* psychischer, vorzüglich affektiver Vorgänge, welche beispielsweise die Funktionen der Kreislauf-, der Atmungs-, Verdauungs- und Geschlechtsorgane in deutlich nachweisbarer Art und Weise zu beeinflussen vermögen, ganz gleich wie umgekehrt funktionelle Störungen dieser vegetativen Apparate die entsprechenden psychischen Begleitvorgänge setzen, etwa Angstzustände bei bestimmten Atmungs- und Kreislauf- oder Genitalstörungen.

Die meisten dieser psychophysischen Zuordnungen, in erster Linie die erwähnten affektiven Zuordnungen, vollziehen sich über den *neuroglandulären Apparat*, d. h. über Mittelhirnzentren, vegetatives Nervensystem und Drüsen mit innerer und äusserer Sekretion, und in der Ausbildung dieses neuroglandulären Apparates äussern sich auch jeweilig vorgebildete individuelle Dispositionen, die einen ganz bestimmten *Typus* psychophysischer Reaktivität bedingen. So antwortet der eine auf ein affektives Moment etwa mit Verlangsamung des Herzschlages, mit vermehrter Absonderung von Magensaft oder mit einem

Durchfall, während ein anderer auf genau dieselbe affektive Einwirkung mit Beschleunigung des Herzschlags, Versiegen der Magensaftsekretion und einer Verstopfung reagiert. Oder die eine Frau antwortet auf ein psychisches Trauma mit einem Versiegen der Menstruation, die andere mit einer profusen Blutung, so dass schon diese einfachen Dinge auf einen Zusammenhang psychophysischer Stigmatisierung mit der individuellen Körperverfassung, mit der Konstitution, hinweisen.

Ebensosehr tun dies die umgekehrten Tatbestände, bei denen funktionelle Abweichungen vegetativer Apparate, vorwiegend solche *innersekretorischer Drüsen*, mit spezifischen psychischen Alterationen sich verbinden, ganz spezifische psychische Begleitvorgänge setzen. Ich erinnere z. B. an den Zusammenhang von Ueberfunktion der *Schilddrüse,* der Hyperthyreose, der Basedow'schen Krankheit, mit lebhaften, beweglich-cholerischen Temperamentseigenarten, an den Zusammenhang von Unterfunktion desselben Organes, der Hypothyreose, mit nüchterner, wenig regsamer Art, von phlegmatischer Ruhe bis zu der stumpfen Schweransprechbarkeit des echten Myxödems.

Gleich bedeutsam für die psychophysische Ausprägung bestimmter Funktionsgebiete sind nach neueren Ergebnissen die *Nebenschilddrüsen*, die Epithelkörper, deren abwegige Funktion nicht nur eigentümliche Abweichungen des Kalkstoffwechsels mit ihnen entsprechenden körperlichen Zeichen im Sinne erhöhter Krampfbereitschaft setzt, sondern auch spezifische und in bemerkenswerter Weise durch Kalkmedikation beeinflussbare psychische Dispositionen zu bedingen scheint, von denen wenigstens eine bei Kindern genauer studiert ist, die sogenannte eidetische Anlage, d. h. die Fähigkeit zu plastisch-sinnlicher, optischer Vorstellungsbildung, ohne Aufwand geistiger Arbeit. Es ist möglich, dass auf dieser eigenartigen psychophysischen Präformation die Fähigkeit beruht, bestimmte Erlebnisse in halluzinatorischer Struktur und Evidenz zu haben, sei es in Ausnahmezuständen des Bewusstseins, sei es in Psychosen, die sonst nicht mit Halluzinationen einhergehen.

Ein weiteres Gebiet mannigfacher, konstitutionell-vorgebildeter psychophysischer Zuordnungen stellen dann die *Infantilismen* dar. Das Gemeinsame dieser Infantilismen finden wir in der Tendenz, die Reifeentwicklung des Körpers im ganzen oder auf einem bestimmten Teilgebiet nicht über einen gewissen Punkt hinaus fortschreiten zu lassen. Auch hier vergesellschaften sich die körperlichen Erscheinungen mit den psychischen einer allgemeinen Infantilität verschiedenen Grades, mit erhöhter Ablenkbarkeit und Affektflüchtigkeit, er-

höhter Affektausbreitung und Suggestibilität, oftmals auch nur mit infantilistischen Teildispositionen, z. B. psychosexueller Natur, oft ausserdem noch mit psychischen Kennzeichnungen im Sinne des besonderen infantilistischen Typus.

Eine andere abwegige Form, in welcher die biologische Gesamtorganisation gewisse psychophysische Ausprägungen offenbar anlagemässig vorbedingt, ist die neuerdings im Anschluss an die Goldschmidt'schen Arbeiten über die Geschlechtsbestimmung genauer studierte Reihe der *Intersexualitäten.* Wir stellen uns diese, auf Grund biologisch-experimenteller und klinischer Erfahrungen, teils durch die genotypischen, keimplasmatischen Geschlechtsfaktoren und deren gegenseitiges Verhältnis, teils durch die Blutdrüsenformel bedingt vor, an deren Aufbau neben den Keimdrüsen, den Nebennieren, der Hypophyse (Gehirnanhang) wahrscheinlich auch die Epiphyse (Zirbeldrüse) und die Thymusdrüse (innere Brustdrüse) Anteil haben. Es ist bekannt, dass sich mit sexueller Triebumkehrung häufig nicht nur eine allgemeine Umstellung psychischer Reaktivität entwickelt, bei Männern im Sinne des Feminismus, bei Frauen im Sinne der Virilität, dass sich ferner auf Grund solch intersexueller Veranlagung schwere psychische Konflikte entwickeln können, sobald die Sexualität in Frage kommt, sondern dass auch die körperlichen Merkmale, insbesondere die sekundär-sexuellen, sich vielfach teils intersexuell, teils auch direkt gegensinnig gestalten. Ohne in theoretische Vorwegnahme einer durchgehenden Erklärung zu verfallen, legen wir doch unter allen Umständen auch hier ein biologisch-konstitutionelles Radikal zugrunde, das zu solchen präformierten psycho-physischen Zuordnungen führt.

In den Rahmen dieser Betrachtungen gehören ferner die Zusammenhänge zwischen *Geschlecht* und *psychischer Reaktionsform* überhaupt. Wenn es auch eine spezifisch weibliche Psychose in dem Sinne, dass sie nur für den weiblichen Geschlechttypus charakteristisch wäre, nicht gibt, so muss doch sicher soviel anerkannt werden, dass ganz allgemein der weibliche psychische Wesenstypus mit seinem stärkeren Hervortreten der Affektivität, mit seiner durchschnittlich erhöhten psychischen Labilität, der Schwäche der psychischen Selbststeuerung und der verringerten Resistenz gegen affektive Einflüsse, eine weitgehende und zwar nicht etwa äusserliche, sondern *wesensmässige* Uebereinstimmung mit bestimmten psycholabilen Konstitutionen bietet. Daraus erklärt sich zugleich die besondere Disposition des weiblichen Geschlechts zu ganz bestimmten psychischen Störungen: einmal zu

den affektiv-(thymogen) verursachten überhaupt, zum andern zu den affektiven Psychosen im engern Sinne, speziell zum manisch-depressiven Irresein. Daraus erklärt sich andererseits auch die stark psychologisch orientierte Forschungsrichtung der heutigen Gynäkologie.

Weiter zu erwähnen sind dann in diesem Zusammenhang die bekannten *Kretschmer*'schen Untersuchungen. *Kretschmer* hat gezeigt, wie zwischen dem gesamten Körperbau des Menschen, dieser wenigstens äusserlich greifbarsten Auswirkung seiner Erbanlage, und seinen psychischen Anlagen gewisse Beziehungen bestehen, die selbstverständlich nicht mit absoluter Gesetzmässigkeit in Erscheinung treten, jedoch als statistische Häufigkeitsbeziehung an grösseren Serien von Menschen ohne Zweifel mit genügender Eindeutigkeit sichtbar werden. Dabei ist zu betonen, dass diese Beziehungen zwischen Körperbau und Psyche vorläufig am sichtbarsten bei den sogenannten endogenen Psychosen zutage treten und hier wieder am eindeutigsten bei den klinisch reinen Formen von manisch-depressivem Irresein, dem mit auffälliger Häufigkeit ein pyknischer, d. h. rundlicher, gedrungener Körperbau beigesellt ist, während am Formenkreis der Schizophrenie allerdings eine ganze Reihe von Typen beteiligt erscheint, die in bunter Mischung durcheinandergreifen. Am besten lassen sich bis jetzt einige kleinere Gruppen herausheben, die sich in ihrer äusseren Morphologie an bereits bekannte Blutdrüsenstörungen anschliessen. So findet man unter den schizophrenen Kranken nach den Angaben *Kretschmers* immer wieder Fälle von eunuchoidem Hochwuchs, dann eunuchoide oder polyglanduläre Fettwuchsformen, ferner Feminismen des Körperbaus bei schizophrenen Männern, Maskulinismen bei Frauen. Dazu kommen, vorwiegend bei schizophrenen Frauen, aber auch bei Männern, Unterentwicklungen und Missbildungen am Genitale und an den Keimdrüsen, ferner Unsicherheiten, Entwicklungshemmungen und teilweise auch Umstellungen des Geschlechtstriebes. Lassen sich die bisher erwähnten Körperbaustigmen im engern oder weitern Rahmen immerhin einigermassen um Funktionsanomalien der Keimdrüsen gruppieren, so gibt es anderseits ohne Zweifel weitere Formen körperlichen Misswuchses bei Schizophrenen, für die wir noch keinen endokrinen Parallelen besitzen. Abgesehen von den auch hier wieder in die Erscheinung tretenden eigentlichen Infantilismen, finden sich reichlich Unterentwicklungen entweder des gesamten Körperwachstums oder einzelner Teile, Verkümmerung der Gesichtsbildung, speziell des Mittelgesichts, Anomalien des Beckens, der Extremitäten usw. Sämtliche bisher er-

wähnten schizophrenen Körperformen fasst *Kretschmer* als sogenannte *dysplastische Typen* zusammen, die nach seinen Befunden einen nicht unbeträchtlichen Bruchteil schizophrener Körpermorphologie ausmachen. Die übrige grosse Hauptmasse schizophrener Menschen lässt sich nach *Kretschmer* in zwei grosse Gesamteindrucksbilder zusammenfassen, die er als asthenischen und athletischen Typus charakterisiert, wobei diese Typen nach unten hin ohne schärfere Grenze in die allgemein kümmerlichen Kleinwuchsformen übergehen, während nach der anderen Seite hin sich der Typus in hochaufgeschossene, teils eunuchoide, teils noch nicht näher charakterisierbare schlanke Hochwuchsformen verliert.

Man muss sich nun durchaus bewusst sein, dass die Körperbauforschung bei Geisteskranken noch durchaus in den Anfängen steckt und dass recht vieles noch unklar ist, speziell im schizophrenen Formenkreis. Andererseits aber ist soviel ganz sicher, dass mit der Einführung des Konstitutionsproblems, mit der weitgehenden Berücksichtigung eines *endogenen dispositionellen Faktors* auch in das Gebiet der Psychopathologie eine Frage von eminenter wissenschaftlicher Tragweite angeschnitten ist, ein Problem, das im übrigen weit über das Bereich der klinischen Psychiatrie in Gebiete von allgemein menschlicher Bedeutsamkeit hineinführt, das vielleicht alte Rätselfragen der Physiognomik und der Temperamentslehre einer Lösung näher rückt und das Persönlichkeitsproblem bis zu einem Punkte fördert, wo Soma und Psyche in einen grossen biologischen Gesamtkomplex zusammen zu schmelzen beginnen. (Kretschmer.)

Innerhalb all dieser bisher erwähnten psychophysischen Zuordnungen wirken nun aufbaumässig diejenigen der *individuellen Entwicklung*. Unter dem scheinbar kontinuierlichen In- und Auseinander psychischer Zusammenhänge realisiert sich eine biologische Entwicklungskurve, auf deren Verlauf jeder Organismus endogen angelegt ist. Jedem Stadium dieser Entwicklungskurve ist eine besondere, für dasselbe normative psychische Ausprägung zugeordnet und die Uebergänge eines Stadiums in das andere zeitigen spezifisch zugeordnete psychische Umstellungen. Schon die normale Lebenskurve verläuft demnach nicht starr, sondern in typischen Wellenschwankungen psychischer Zustände, so dass die Lebensentwicklung von der Wiege bis zur Bahre eine beständige prozesshafte Verschiebung, nicht nur der körperlichen, sondern ihr entsprechend auch der psychischen Persönlichkeit darstellt, die teils unmerklich, teils aber auch in deutlich markierten Schüben verläuft.

Die *Pubertät* bringt, völlig unabhängig von etwa mit ihr verbundenen Erlebnissen, ein biologisches Aktuellwerden von Triebentwicklungen auf. Sie legt sich biologisch über die Intellektualentwicklung und über die Affektivität. Bestehendes und bereits harmonisch Gefügtes aus dem kindlichen Persönlichkeitsaufbau zerstört schon der normale Pubertätsschub auf Nimmerwiedersehen und setzt Anderweitiges an seine Stelle, was oft durchaus nicht glatt und widerstandslos, sondern mit recht erheblichen Sperrungen, Unregelmässigkeiten und kritischen Wendepunkten abläuft. Aehnliches gilt von den biologischen Veränderungen, welche der Organismus während der *Involutionsperiode* erfährt. Auch hier vollzieht sich ein progressiver Schub in der Richtung einer eigentümlichen Erstarrung, Versteifung und Automatisierung psychophysischer Apparate, und ähnliches gilt schliesslich auch von den biologischen Umwälzungen, welchen der weibliche Organismus während der Menstruation, während Schwangerschaft und Wochenbett sowie im Klimakterium unterworfen ist. Spezifische psychische Zuordnungen mögen hier grösstenteils fehlen; aber die zugeordnete Lockerung und Dissoziation fester psychischer Verbände begünstigt den Einbruch ungehemmter Affektivität und vorgebildeter psychischer Krankheitsbereitschaften.

Die unmittelbare Zuordnung psychischer Dispositionen zu körperlichen Vorgängen tritt schliesslich auch an vielen sonstigen Modifikationen des Organismus hervor. So sind z. B. *kachektische Zustände* und *Tuberkulosen* in bestimmten Stadien sowie gewisse organische Erkrankungen des zentralen Nervensystems sehr oft von eigentümlich euphorischen Zuständen begleitet, deren Zustandekommen auf jeden Fall nur künstlich durch psychologische Konstruktionen erklärbar wäre. In andern Fällen heben akute Infektionen oder chronische Erschöpfungen bestimmte latente Charakterdispositionen heraus, woraus sich zum Teil der Reichtum individueller Gestaltung der sogenannten *Begleitpsychosen* erklärt.

Die Beispiele liessen sich leicht vermehren. Doch möchte ich nicht weiter auf diese Art der Zuordnungen eintreten, sondern nur noch ein Wort sagen zu jener häufigsten psychophysischen Zuordnungsform, deren zahllose Beispiele dem Gebiet der *Organneurosen*, der *Hysterie* und *Neurasthenie* entstammen, d. h. dem Gebiete „seelisch-reaktiv“ oder „psychogen“ vermittelter und festgelegter Betriebsstörungen der Organisation. Auch hier zeigt zunehmende Erfahrung immer deutlicher, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Beobach-

tungen, nach der Ansicht durchaus kompetenter Autoren sogar immer, zu der irgendwie gestalteten und psychologisch verstandenen psychischen Komponente gewisse körperliche Dispositionen, gewisse „organneurotische Tendenzen“ hinzutreten müssen, um das Bild vollständig zu machen. Dabei bestehen diese organneurotischen Tendenzen entweder in früheren oder in noch bestehenden organischen Erkrankungen, deren sich die seelische Bearbeitung bemächtigt, oder auch nur in gewissen oft nicht näher zu definierenden Bereitschaften zum bevorzugten Befallenwerden, einem körperlichen Entgegenkommen, einer Organminderwertigkeit. Auf die allgemein körperliche Stigmatisierung solch vervöser Menschen hat im übrigen auch wieder *Kretschmer* hingewiesen.

Soviel über diese psychophysischen Zuordnungen, deren Darstellung übrigens durchaus nicht etwa den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, sondern nur einige Streiflichter auf dieses enorm vielgestaltige und komplexe Geschehen werfen wollte.

Wenn ich nun im weiteren auf die *Bedeutung,* im besonderen auf die methodologische Bedeutung dieser psychophysischen Relationen für die Psychopathologie zu sprechen komme, so möchte ich von vorneherein betonen, dass ich dabei unter keinen Umständen irgend welche erkenntnistheoretische oder sonst philosophische, sondern rein *praktisch-medizinische Gesichtspunkte* im Auge habe. Das psychophysische Problem in seiner philosophischen Fassung hier aufzurollen, liegt weit ausserhalb meiner Kompetenz.

Um die wissenschaftlichen Grundlagen der medizinischen Psychologie, und damit auch um die Grundlagen der Psychopathologie, ist neuerdings — übrigens durchaus im Zusammenhang mit der allgemeingeistigen Strömung unserer Zeit — ein Streit entstanden, der im wesentlichen dadurch bedingt erscheint, dass man einer vorwiegend experimentell orientierten Psychologie, von der einst gerade die Psychopathologie besonders viel erhofft hatte, im weiteren dann aber auch jeder überhaupt naturwissenschaftlich-biologisch orientierten Psychologie die Fähigkeit abspricht, überhaupt jemals wirklich Seelisches erfassen zu können. Solche „naturwissenschaftliche Psychologie der Elemente“ führe doch immer nur bis an die Schwelle des Seelischen, ganz ähnlich wie die Bindung des Seelischen an das Gehirn heute nicht mehr den Wert eines zentralen Problems beanspruchen dürfe, aus dessen Bearbeitung sich uns das eigentliche Wesen psychischer Funktionen und Zusammenhänge erschlösse. Insofern sei auch jede rein neuro-

logisch gerichtete Einstellung in der Psychopathologie mit dem beständigen Seitenblick auf das Gehirn von vorneherein verfehlt und die Formulierung: Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, ein Fehlschluss. In schärfster Fassung dieser Anschauung fordert man heute von verschiedenen Seiten die Schaffung einer sogenannten „reinen Psychiatrie", d. h. einer Psychiatrie, die neben rein philosophischer Orientierung ihrer Problemstellung jede Einstellung auf das Gehirn und den Körper und damit jede Befassung mit anatomischen, physiologischen, neurologischen und serologischen Fragen überhaupt aufgeben solle, eine Psychiatrie, die mit dem Abrücken von jeder Betrachtung äusserlich körperlichen Geschehens ihre Vollkommenheit in dem Erfassen rein geistiger Zusammenhänge zu suchen habe.

Mit der experimentellen Psychologie hat für diese psychologische Betrachtungsweise auch die Assoziationspsychologie an Bedeutung ganz wesentlich eingebüsst. Auch ihr wirft man vor, dass mit ihrer Hilfe psychologische Erkenntnis im eigentlichen Sinn des Wortes nicht zu gewinnen und tatsächlich auch niemals gewonnen worden sei. *Wundts* Begriff der Apperzeption z. B. bedeute doch eigentlich gar nichts anderes, als dass alle Mühen der Assoziationspsychologie vergebens waren, und dass, wer mit eigentlich seelischen Elementen arbeite, schliesslich doch immer noch eine „wirkliche Seele" einführen müsse, nur dass man dann nicht mehr Seele, sondern eben Apperzeption zu ihr sage. Und schliesslich hätten die psychologischen Arbeiten von *Külpe, Messer, Ach, Bühler* u. a. die grundsätzliche Unmöglichkeit aller Atomisierungsversuche dargetan und gezeigt, dass sich das menschliche Denken durch das Spiel von Gleichzeitigkeits- und Aehnlichkeitsassoziationen, von Konstellations- und Zielvorstellungen niemals völlig aufklären lasse.

Dafür hat nun die neuere Denkpsychologie, neben dem Hinweis auf einen unanschaulichen, weder von Erinnerungsbildern noch vom Wort getragenen Teil unseres Denkens, weitere Bewusstseinsvorgänge in das Licht der Betrachtung gerückt, die bis dahin eigentlich nur der Laienpsychologie bekannt waren. Es ist dabei kein Zufall, dass sich diese neue Denkpsychologie in den Versuchen, die auch sie anstellt, die aber mit den Experimenten des physiologischen Laboratoriums nichts mehr gemein haben, der ganz gewöhnlichen Umgangssprache bedient. Da ist nicht mehr von Assoziationen und Konstellationen die Rede, sondern in der ihnen geläufigen Sprache des täglichen Verkehrs drücken die Versuchspersonen möglichst naiv das aus,

was sie unmittelbar seelisch erleben. Damit ist nicht nur die Bedeutung gewürdigt, welche der Sprache eines Menschen für die Beurteilung seiner Persönlichkeit zukommt, sondern eben auch zugleich die ganz bestimmte Ansicht ausgesprochen, *dass nicht eine Psychologie der Elemente, sondern nur eine Psychologie, die das komplexe seelische Erlebnis berücksichtigt und dieses Erlebnis irgendwie zu verstehen versucht, alle die Fragen zu beantworten vermöge, über die, wenn von der Seele die Rede sei, beim gesunden wie beim kranken Menschen wirklich wertvolle Auskunft zu erhalten wäre.*

Das ist das, was man neuerdings auch etwa als *„phänomenologische Richtung“* in der medizinischen Psychologie bezeichnet. Während z. B. *Wernicke* in der Beschreibung eines psychiatrischen Krankheitsbildes vorwiegend objektiv feststellbare Erscheinungen berücksichtigt, bemüht sich diese phänomenologische Richtung, hauptsächlich auf das einzugehen, was subjektiv in den Kranken vorgeht, bestimmte seelische Reaktionsformen und Erlebnisweisen herauszuarbeiten, sich dieselben anschaulich zu vergegenwärtigen, dieselben irgendwie psychologisch zu verstehen. *Phänomenologie in diesem Sinne ist demnach die Beschäftigung mit dem, was an den Kranken an seelischen Erlebnissen sich abspielt, die Lehre von den subjektiven seelischen Erscheinungen.*

Dabei ist es ganz selbstverständlich, dass eine jede solche Phänomenologie gezwungen ist, ad-hoc Begriffe aufzustellen, gewisse hinzugedachte Vorstellungen auszubilden, von denen aus ein solches psychologisches Verstehen überhaupt möglich erscheint, also teilweise durchaus theoretische Denkgebilde, Fiktionen, zu Hilfe zu nehmen, *deren Realität nicht erwiesen werden kann, über deren Anwendbarkeit man durchaus streiten kann* und die nie als solche, sondern nur in ihren Konsequenzen und in ihrem Wert zur Erklärung des seelisch Erlebten geprüft werden können.

So arbeitet die medizinische Phänomenologie bekanntlich weitgehend mit dem Begriff des „Ausserbewussten“ und des „Unbewussten“; sie arbeitet mit Begriffen wie dem der „Abspaltung“ und der „Verdrängung“ seelischen Materials, mit den Begriffen der „Symbolisierung“, der „Kompensation“, der „Konfliktsüberwindung“, des „Autismus“ und wie die Dinge alle heissen. Sie bedient sich zur Erklärung des Seelischen ferner weitgehend affekt-dynamischer Gesichtspunkte, so dass die Darstellung der gesamten Affektivität, der Triebe und Instinkte, die im sogenannten Unbewussten walten und das Fühlen und Tun der Menschen bestimmen sollen, ob sie es sich

eingestehen oder nicht, einen breiten Raum einnimmt; oder sie arbeitet neuerdings in sehr bemerkenswerter Weise auch nach mehr entwicklungsgeschichtlich, ontogenetisch und phylogenetisch orientierter Betrachtungsweise, in dem sie in den uns neurotisch, hysterisch oder sonst wie psychopatisch, hauptsächlich auch schizophren anmutenden seelischen Reaktionsweisen, in den tiefen psychischen Schichten vorgebildete primitive Mechanismen erblickt, phylogenetisch ältere Ausdrucksstufen des Denkens und der Affektivität.

Was ist nun zu dieser phänomenologischen Richtung, die in der medizinischen Psychologie heute einen recht breiten Raum einnimmt, vom ärztlich-klinischen Standpunkte aus zu sagen?

Es kann wohl gar keinem Zweifel unterliegen, dass, bei aller Achtung vor den Resultaten einer elementaren experimentellen Psychologie und bei aller Anerkennung ihrer wissenschaftlichen Notwendigkeit, doch dem Bestreben, beim gesunden wie beim kranken Menschen das komplexe seelische Erlebnis zu studieren, auf normalem wie auf krankhaftem Gebiet scharf umschriebene Typen aufzustellen, die Bilder der psychiatrischen Systematik psychologisch näher zu umschreiben, eine tiefere Berechtigung nicht abzusprechen ist. Man darf unter keinen Umständen vergessen, dass die elementaren psychologischen Vorgänge, deren Studium die physiologisch-experimentelle Psychologie betreibt, wohl bei vielen grob-organischen Gehirn- und Nervenkrankheiten gestört sind, dass es sich jedoch bei den Psychosen und Psychoneurosen tatsächlich um ganz andere Dinge handelt. Man darf auch ruhig zugeben, dass die grossen Psychiater, trotz aller Einstellung auf neurologisch und elementar-psychologische Grundlagen, Phänomenologen waren, sobald sie erfahren wollten, was ihre seelisch Kranken tatsächlich innerlich erleben. Die scharfsinnigen Bemerkungen *Wernickes* über psychopathologische Zustände, sein glücklicher Wurf der „überwertigen Idee", den *Freud* dann in der Form des „Komplexes" wiedererfand, die grossen, tief und klar verstandenen psychischen Krankheitsbilder, die wir *Kräpelin* verdanken, haben mit der Psychologie der Elemente, die beide Forscher zugrunde legen, schlechthin nichts zu tun. *Wundts* Psychologie z. B. ist bei *Kräpelin*, wie *Bumke* betont, nichts als ein lose untergeschobener, mit den oberen Stockwerken organisch durchaus nicht verbundener Unterbau, der jeden Augenblick durch einen andern ersetzt werden könnte. Man darf auch ohne weiteres zugeben, dass eine allzu „intellektualistisch" orientierte Psychologie, welche den breiten Strom des Trieb- und Affektlebens, das Gebiet

des „Menschlich-allzu Menschlichen", vernachlässigt, an den Tatsachen des Lebens, hauptsächlich an den Tatsachen des nervösen Lebens, vorbeigeht, und dass schliesslich kein Streben nach Exaktheit den innern Widerspruch einer Psychologie beseitigt, die allem Subjektiven aus dem Wege geht.

Trotz alledem aber dürfen wir nun keinen Augenblick darüber im Zweifel sein, dass dieser phänomenologischen, auf das rein Geistige gerichteten Betrachtungsweise psychologischer und psychopathologischer Erscheinungen, schon in ihrem Entstehen Gefahren drohen, Gefahren, die diesmal weniger von irgendwelchen Gegnern als vielmehr von besonders überzeugten Anhängern ausgehen.

Diese Gefahren liegen einmal, worauf hauptsächlich *Jaspers* aufmerksam gemacht hat, in der Richtung eines rein deduktiven Denkens, also eines Denkens, welches aus *einem* Prinzip, aus *einer* Theorie heraus gleich alles verstehen will. Darauf möchte ich hier nicht näher zu sprechen kommen, sondern mit *Jaspers* nur ganz kurz auf zwei Punkte hinweisen. Einmal darauf, dass uns ein solches Vorgehen nicht nur aus der lebendigen, vorurteilsfreien Erfahrung und aus der unendlichen Mannigfaltigkeit des Seelischen in einen engen und ärmlichen Bereich erstarrter psychologischer Begriffe und damit notgedrungen zum psychologischen Vorurteil führt, und andererseits darauf, dass, wenn die abstrahierende Beschreibung in der Psychologie über einen gewissen Grad von Vereinfachung hinausgeht und irgendwie zum System wird, sich in spitzfindige Begriffsscholastik verliert, wir dann immer das getreue Abbilden konkreter Erfahrung vermissen, und die immer komplizierten Tatbestände ins Unwirkliche und Schablonenhafte verblassen sehen. Ganz abgesehen davon, dass dabei das Problem der *Individualität*, die Tatsache der Verschiedenheit menschlicher Individualitäten, nach wie vor ungelöst bleibt.

Die Gefahren einer rein phänomenologischen Betrachtungsweise normal-psychologischer und psychopathologischer Tatbestände liegen andererseits, und darauf möchte ich hier nun besonderes Gewicht legen, *in dem Mangel biologischer Einstellung auf Psychisches, in dem Fehlen einer Eingliederung des Psychischen in eine Gesamtauffassung vom Wesen des Menschen.*

Körper und Psyche, das zeigen uns die früher erwähnten und dazu noch viele andere psychophysische Zuordnungen, bilden eine bis in jeden einzelnen Vorgang hinein unlösliche Einheit. Sie stehen in

einer in der Psychopathologie noch viel deutlicher wie in der Normalpsychologie sichtbaren gegenseitigen Beziehung. Auf der einen Seite sind körperliche Erscheinungen, wohl die allermeisten körperlichen Erscheinungen, von psychischen Vorgängen abhängig; ebenso haben aber auch die höchsten psychischen Funktionen ihre Ursachen in körperlichen Bedingungen und wie es durchaus notwendig erscheint, bei der Untersuchung und bei der Behandlung körperlicher Funktionsstörungen an seelische Ursachen zu denken, ganz ebenso notwendig ist auch das Umgekehrte. Diese Verhältnisse haben von jeher eine enge Verbindung der Psychopathologie mit der somatischen Medizin zur Folge gehabt, und es müsste vom wissenschaftlichen Standpunkte aus ausserordentlich bedauerlich erscheinen, wenn diese Verbindung irgendwie gelockert würde. Denn ganz abgesehen davon, dass die Behandlung kranker Menschen schon mit Rücksicht auf die oft sehr schwierige und verantwortungsvolle Diagnosenstellung medizinische Kenntnisse verlangt, ist eine wirkliche Einsicht in das komplexe seelische Geschehen ohne gründliche Kenntnisse des organischen Substrats, an dem sich das Seelische abspielt, nicht möglich. Dabei handelt es sich durchaus nicht nur um die Kenntnis zentralnervöser Funktionen, sondern, worauf namentlich *v. Monakow* hingewiesen hat, ebensosehr um die Kenntnis vegetativnervösen, innersekretorischen und blutchemischen Geschehens, letzten Endes wohl um die Kenntnis der Grundeigenschaften der lebenden Materie überhaupt.

Mit diesem Hinweis auf die Notwendigkeit biologischer Denkweise in psychologischen und psychopathologischen Fragen möchte ich nun durchaus nicht behaupten, dass naturwissenschaftlich-biologisches Denken das Palladium psychologischer Forschung, und dass Psychologie und Psychopathologie ihrem methodischen Sinn, ihrer Fragestellung, der Struktur ihrer Begriffsbildung und Begriffsgliederung nach *ausschliesslich* Biologie sei und Biologie sein müsse, wie dies kürzlich besonders scharf *Bleuler* in seiner „Naturgeschichte der Seele“ zum Ausdruck gebracht hat. Sondern nur soviel, dass die an und für sich durchaus berechtigte phänomenologische Forschungsrichtung *unter keinen Umständen einen Verzicht oder auch nur eine nebensächliche Behandlung biologischer Fragestellung und biologischer Krankheitsauffassung mit sich bringen darf, und dass eine psychologische Theorie, welche die tatsächlich bestehenden Beziehungen zwischen Physisch-Konstitutionellem und Psychisch-Konstitutionellem nicht in die Rechnung eingesetzt, in ihren genetischen Erörterungen*

und in den sich etwa daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen zum mindesten immer einseitig bleiben wird.

Die Aufgabe einer ärztlichen Psychoanalyse im eigentlichen Sinn des Wortes besteht demnach nicht darin, das Seelische in irgend ein phänomenologisches System einzuzwängen, sondern vielmehr darin, möglichst allen Faktoren beim Zustandekommen eines psychischen Krankheitsbildes, den psychologischen sowohl wie den biologischen, als auch ihren gegenseitigen Wechselbeziehungen gerecht zu werden. In diesem Sinne kommen wir dann schliesslich zu Anschauungen, wie sie etwa *Kretschmer* mit seiner Forderung „einer mehrdimensionalen Diagnose" oder besonders eindringlich neuerdings *Birnbaum* in seiner „Strukturanalyse" der psychischen Anomalie geäussert haben.

Auf die Grundlagen dieser *Birnbaum*'schen Strukturanalyse möchte ich nun zum Schluss noch zu sprechen kommen, weil sie uns vielleicht am deutlichsten die Richtung angibt, in der sich die neuere klinische Forschung in diesen Fragen bewegt und sicher auch bewegen muss, will sie dem durchaus Komplexen der Fragestellung irgendwie gerecht werden. *Birnbaum* spricht von einer Strukturanalyse der Psychose. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass ähnliche Ueberlegungen wohl sicher auch für das Gebiet der Psychoneurosen, die ja unmerklich zu den eigentlichen Psychosen hinführen, Gültigkeit haben.

Die bisherigen Anschauungen über das Wesen der psychischen Anomalie haben bei aller sonstigen Verschiedenheit der Auffassungen doch etwas Gemeinsames gehabt. Die psychische Anomalie galt als etwas verhältnismässig *Einfaches,* als im wesentlichen von einem zugrunde gelegten, sei es biologischen, sei es phänomenologischen Prinzip aus erfassbaren Gebilde. Dem gegenüber weisst *Birnbaum* darauf hin, dass, was äusserlich als einfaches, einheitliches psychisches Krankheitsbild erscheint, sich in Wirklichkeit immer als eine *Vielheit* erweist, so dass wir einmal grundsätzlich an dem *zusammengesetzten Charakter* der psychischen Störung festhalten müssen.

Diese Vielheit zeigt sich tatsächlich schon bei den am *Zustandekommen* einer geistigen Störung beteiligten Kräften, Tendenzen und Mechanismen. Wir sehen aussersomatische, exogene, innersomatische, endogene, endokrine, konstitutionelle, biologische Faktoren genetisch ebensosehr in Betracht fallen wie psychologische Faktoren: die psychische Eigenart, den Charakter, das Temperament, das Erlebnis, das Milieu, die Situation.

Die gleiche Verschiedenartigkeit finden wir auch bei den klinischen Tendenzen und Mechanismen die von so verschiedenartigen bedingenden Kräften ausgehen, so dass die Vielgestaltigkeit, der durchaus polymorphe Charakter des psychischen Bildes, auch in seiner *Zusammensetzung* zum Ausdruck kommt.

Dazu gesellt sich nach *Birnbaum* ein weiteres Moment. Die Psychose ist nicht einfach eine blosse Anhäufung von verschiedener Seite her zusammengetragener Elemente. Wo immer wir sie systematisch zu zerlegen suchen, finden wir eine geschlossene *Einheit*, ein geordnetes Ganzes in dem Sinne vor, dass die genetisch in Betracht kommenden exogenen wie endogenen, biologischen wie psychologischen Momente in inneren Beziehungen, in gesetzmässigen Zusammenhängen und Zuordnungen zueinander stehen. Immer wieder tritt uns an der Psychose dieses charakteristische Wesensmoment eines klinischen *Aufbaus* entgegen. Diesen klinischen Aufbau der psychischen Störungen können wir in seinen Grundzügen festlegen, wenn wir gewisse im Rahmen der Psychose immer wiederkehrende *Grunderscheinungen* herausheben und besonders bezeichnen. *Birnbaum* unterscheidet dabei zunächst einmal solche, die sich auf die eigentliche *Krankheitsverursachung* beziehen und nennt sie *pathogenetische Bildungen*. Dann solche, die für die *Krankheitsausgestaltung* in Betracht kommen, indem sie dem Krankheitsfall die Färbung, die Sondergestaltung geben: die *pathoplastischen Gebilde*. Zu diesen beiden Hauptgruppen stellt er dann gewisse nach seiner Auffassung weniger bedeutsame Hilfsfaktoren, welche die allgemeine Bereitschaft für das Auftreten der pathogenetischen und der pathoplastischen Erscheinungen abgeben. Er nennt sie *prädisponierende*, soweit sie auf die Krankheitsverursachung, auf die Pathogenese, *präformierende*, soweit sie auf die Formgestaltung, auf die Pathoplastik, Bezug haben. Dazu kommen schliesslich noch die *provozierenden* Faktoren, deren Bedeutung vorzüglich in der Festlegung des Termins für das Auftreten und den Ausbruch der klinischen Erscheinungen gelegen ist.

Dazu kommt nun ein Drittes. Versucht man nämlich die erwähnten an der psychischen Anomalie beteiligten, exogenen wie endogenen, biologischen wie psychologischen Faktoren, im einzelnen in den Aufbau dieser psychischen Anomalie einzufügen, so erkennen wir zunächst, dass diese Faktoren nach ihrer, sei es pathogenetischen, sei es pathoplastischen, prädisponierenden oder präformierenden Beteiligung durchaus verschiedene Bedeutung haben. Damit kommen wir zu der

weiteren grundsätzlichen Feststellung einer *verschiedenen Wertigkeit*, einer, wie *Birnbaum* sagt, *verschiedenen klinischen Valenz der einzelnen die Psychose zusammensetzenden Komponenten,* und wir erkennen dabei ohne weiteres, dass diese Unterschiede im klinischen Aufbau der verschiedenen Psychosen in Grundeigenheiten der einzelnen Störung begründet liegen, und dass mit solchen Strukturunterschieden, mit solchen Aufbaudifferenzen der psychischen Anomalie zugleich bedeutsame Wesensseiten der psychischen Anomalie erfasst werden. Die Hauptsache ist für uns, dass sich auch von dieser Seite aus gesehen die psychische Anomalie *nicht als jenes von einem einzelnen Bezugssystem her erfassbare, von einer einzigen Grundtendenz erschöpfend festgelegte Einheitsgebilde darstellt, als das sie vielfach galt, sondern vielmehr als ein hochkompliziertes Gebilde, ein hoch zusammengesetzter Funktionskomplex, hervorgehend aus dem Zusammenwirken verschiedenartiger endogener wie exogener Kräfte, die selbst wieder eine verschiedenartige Wertigkeit im Rahmen der Störung haben.*

Es würde mich hier nun viel zu weit führen, die Wertigkeit dieser die psychische Anomalie konstituierenden Faktoren im einzelnen zu besprechen. Ich möchte nur soviel sagen, dass ganz im Allgemeinen die pathogenetischen Faktoren, obwohl sie den Grundcharakter der Störung zum Ausdruck bringen, im klinischen Bild in der Regel weitgehend hinter den pathoplastischen zurücktreten. Das heisst: die pathogenetischen Faktoren, welche nur allgemeine, elementare psychische Veränderungen der auslösenden Schädlichkeit darstellen und dementsprechend blosse Reiz-, Erregungs-, Lähmungs- oder Hemmungserscheinungen zum Ausdruck bringen, geben nur die allgemeinen Umrisse, die Grundstruktur der psychischen Störung wieder, während deren Ausfüllung im einzelnen mit ihren vielfaltigen Variationen den pathoplastischen, in erster Linie den *psychoplastischen* Faktoren, dem Erlebnis, dem Milieu, der Situation, der charakterologischen Tendenz, der Denktendenz usw. vorbehalten bleibt. Was wir demnach an vielgestaltigen Ausgestaltungen, an Gliederungen und Differenziertheiten der psychischen Anomalie vorfinden, ist in der Hauptsache pathoplastischen Ursprungs und daher der Ausdruck der *ausserhalb* des spezifischen Krankheitsprozesses liegenden Gestaltungsmomentes und mit ihm nur *indirekt* zusammenhängend.

Die vielfältigen Gestaltungsmomente der psychischen Anomalie lassen sich nun im Interesse der klinischen Grundauffassung noch besser

zusammenfassen, gewissermassen auf einen Generalnenner bringen. Sie laufen in der Hauptsache in einem Zentrum, nämlich der *Persönlichkeit* des Kranken zusammen. Es ist ja von vorneherein klar: Gerade diese muss sich im Rahmen der psychischen Anomalie auswirken; denn schliesslich läuft und spielt sich ja der wie immer auch verursachte psychische Krankheitsprozess stets im Funktionssystem der befallenen Persönlichkeit ab, tritt dementsprechend mit ihren körperlichen und psychischen Komponenten in Verbindung, verändert sie und wird umgekehrt von deren sei es normal gebliebenen, sei es pathologisch veränderten Bestandteilen rückwirkend beeinflusst. (Birnbaum.) Man sagt daher wahrscheinlich nicht zu viel, wenn man die *Persönlichkeit* des Erkrankten mit all ihren biologischen und psychologischen Komponenten als den Hauptausgangspunkt der pathoplastischen Bildungen betrachtet. Die Persönlichkeit können wir uns dabei in Anlehnung an *Kräpelin* und *Kretschmer* denken als ein System von vorgebildeten, biologischen bzw. psychologischen Funktionsmechanismen, die in einem bestimmten Schichtenaufbau funktionell zusammengeschlossen und derart einander zugeordnet sind, dass die höchst entwickelten psychischen Funktionsvorrichtungen des psychischen Oberbaus gewisse Regulier- und Hemmungsfunktionen gegenüber den niederen primitiv-psychischen der Unterschicht ausüben, um unter bestimmten pathologischen Bedingungen, wie sie im Rahmen von Krankheitsprozessen sich vielfach realisieren, diese sonst gebundenen frei und im Krankheitsgebilde manifest werden zu lassen.

Alles in allem genommen sehen wir so im Bereich der psychischen, genau wie im Bereich der körperlichen Krankheit die *Persönlichkeit* mit der ihr eigenen Gesetzmässigkeit, den ihr zukommenden psycho- und biodynamischen Reaktionseigentümlichkeiten in den krankhaften Grundprozess eingreifen, und können demnach die psychische Anomalie nach *Birnbaum* definieren *als das Produkt aus dem Zusammenspiel der pathogenetisch erwirkten Grundstörung mit den biologischen und psychologischen Reaktionstendenzen der von ihr befallenen Persönlichkeit.*

Soviel über diese *Birnbaum*'sche Strukturanalyse, die, wie betont, hier nur in ihren Grundzügen dargestellt werden konnte.

Wir wollen uns nicht etwa einbilden, dass diese Auffassung der Dinge der Weisheit letzter Schluss sei, und auch nicht so naiv sein, eine solche immerhin sehr formal gehaltene Strukturanalyse als die eigentliche Lösung des Problems zu betrachten. Wir können sogar

ruhig zugeben, dass eine irgendwie biologisch orientierte Auffassung des Psychischen als einer Erscheinungsweise von „Organisiertheit", die Betrachtung des Psychischen als Abfolge von Reaktionen und Reizen, unter den Bedingungsbegriffen von Reizbarkeit und Empfindlichkeit, *vielleicht* dem Geistigen des Menschenwesens nicht völlige Genüge tut. Wir wollen uns auch durchaus bewusst sein, dass die Auffassungen, die wir uns heute vom Psychischen machen, wohl nicht die sein werden, die eine künftige Generation übernehmen und anerkennen wird, und auch noch einmal scharf betonen, dass es sich für uns in dieser ganzen Abhandlung niemals darum gehandelt hat, etwa Psychisches *durch* ihm entsprechendes Physisches oder umgekehrt irgendwie zu „erklären", sondern nur darum, Erfahrungstatsachen festzulegen, sie zu ordnen und damit Anhaltspunkte für ärztliches Denken und Handeln zu gewinnen.

Und da scheint es mir nun klar zu sein, dass nur eine solche Strukturanalyse der psychischen Anomalie im weitesten Sinne des Wortes die Möglichkeit bietet, neuen und wichtigen Forschungsbestrebungen Rechnung zu tragen, welche, verschieden gerichtet, teils der Konstitution, teils dem Charakter, den psychologischen, biologischen, den phylogenetischen Zusammenhängen im klinischen Bilde nachgehen und deren Anteil an Entstehung, Gestaltung und Verlauf der psychischen Störung sicher zu stellen suchen. Auf jeden Fall spricht es stark zugunsten der *Birnbaum*'schen strukturanalytischen Forschungsrichtung, dass alle diese Bestrebungen durchaus in die dargestellte Auffassung von dem vielgestaltigen Aufbau der Psychose und der Psychoneurose eingehen und dabei von ihr zusammengefasst und geordnet werden.

So bildet eine solche Strukturanalyse Gewähr: einmal für die Wahrung des vom ärztlichen Standpunkt aus durchaus nötigen *Zusammenhanges der Psychopathologie mit der allgemeinen Medizin;* und sie bietet andererseits, was ebenso wichtig ist, *Gewähr gegen die Erstarrung, in welche die Betrachtung psychopathologischen, hauptsächlich auch psychoneurotischen Geschehens unter dem Einfluss gewisser rein phänomenologischer Theorien zu versinken droht, gegen das Dogma und die Simplizität des Verstehens auf einem Gebiet, wo alles noch im Fluss und voller Rätsel ist.*