

(Aus dem Odessaer Medizinischen Institut [Vorstand des Katheders für Psychiatrie Prof. *E. Schewaleff*] und aus dem Odessaer Psychiatrischen Krankenhaus [Hauptarzt: Priv.-Doz. *L. Eichenwald*].)

Zur Frage des Aufbaus der reaktiven Psychosen.

Von

Dr. L. A. Mirelson.

(Eingegangen am 4. Oktober 1926.)

In den Bedingungen der zur Zeit in der Psychiatrie vorherrschenden Anschauungen und Arbeitsmethoden erscheint das Studium der reaktiven Psychosen als eines klinischen Sonderproblems gegenwärtig nicht nur erschwert, sondern vielleicht sogar objektiv unmöglich. Die Bekanntschaft mit der den reaktiven Psychosen gewidmeten Literatur überzeugt uns, daß man dabei unumgänglich in den Kreis der brennendsten, aktuellsten Fragen der Psychopathologie von heute hineingezogen werden muß. Dadurch kann man einerseits jenes außerordentliche Interesse, das den reaktiven Psychosen entgegengebracht wird, und andererseits jene natürlichen, im Prozeß selbst des Studiums enthaltenen Schwierigkeiten erklären, welche vorläufig der kardinalen Lösung des Problems hinderlich im Wege stehen. Außerordentlich günstig für den Forscher ist in dieser Frage jener wichtige Umstand, daß gegenwärtig die psychiatrischen Kliniken ziemlich reich sind an wertvollem klinischen Material für das Studium der reaktiven psychotischen Zustände. Durchsieht man die diagnostischen Rubriken in den Berichten der psychiatrischen Krankenhäuser, so merkt man, daß in den letzten Jahren eine gewisse Evolution der Psychopathien vor sich gegangen ist. Die prozentualen Verhältnisse jener psychischen Störungen, welchen ein organisch-destruktiver, endokriner Prozeß zugrunde liegt, weisen verhältnismäßig unbedeutende Schwankungen auf. Den besten Beleg hierfür liefern die Statistiken *Bonhoeffers*, *Meyers*, *Stiefflers* u. a., die die Schizophrenie betreffen; sie zeigen, daß die Zahl der Schizophrenen im Zusammenhang mit dem Kriege und den nachfolgenden Ereignissen nicht zugenommen hat. Dagegen wird aber in allen Statistiken einstimmig die Tatsache betont, daß der Prozentsatz der anderen Gruppe von Psychosen, in deren Genesis das psychische Trauma die Hauptrolle spielt, und die im wesentlichen diese oder jene Form einer krankhaften Reaktion auf ein affektives Ereignis vorstellen, in letzter Zeit unmäßig gewachsen ist. Auf Grund des Materials des

Odessaer psychiatrischen Krankenhauses können wir ebenfalls feststellen, daß die Zahl der Kranken mit einer Diagnose psychogener Reaktionen in den letzten Jahren bedeutend gestiegen ist und zur Zeit, im Verhältnis zur allgemeinen Eintrittszahl, annähernd 90% ausmacht. Besonders viel psychogene Reaktionen mit Einschluß von Hysterie werden im Laufe von forensisch-psychiatrischen Untersuchungen diagnostiziert, welche am Odessaer psychiatrischen Krankenhaus in der Periode der Jahre 1920—1925 durchgeführt worden sind. Nach der 580 Fälle betreffenden Statistik des Hauptarztes des genannten Krankenhauses, des Privatdozenten *Eichenwald*, gehören 32,90% der Gesamtzahl zur Gruppe der psychogenen Reaktionsformen.

„Wäre das Leben der letzten Jahre nicht so reich an verschiedenen Ereignissen, die, wie absichtlich, für die Prüfung der Widerstandsfähigkeit des Nervensystems ersonnen scheinen, so würden viele der jetzigen Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser ihr früheres Leben fortführen; sie würden schon gewisse Züge einer psychischen Disharmonie verraten, die konventionellen Grenzen aber zwischen der Norm und der psychischen Krankheit hätten sie jedoch nicht überschritten“, so schreibt *Gilarowsky*. *Bumke* vertritt die Ansicht, daß heftige emotionale Stöße auch Menschen, die im Sinne der psychischen Gesundheit verhältnismäßig stark sind, aus dem Geleise bringen können. *Grubbe* läßt die Möglichkeit krankhafter psychotischer Reaktionen bei Personen ohne jegliche psychopathische Prädisposition zu; andere Autoren unterstreichen währenddessen, daß die Mehrzahl der sich unter dem Einfluß psychischer Erschütterung Verirrten Menschen sind, die eine gewisse Prädisposition dazu in einer erhöhten psychisch-nervösen Labilität und einer gewissen Resistenzschwäche besitzen (*Birnbaum*); daher „ist es fast unmöglich, eine scharfe Grenze zwischen den konstitutionellen Anomalien und den krankhaften Reaktionen durchzuführen“ (*Bumke*). Dennoch verpflichtet uns der gegenwärtige Moment in der Psychiatrie, der in einer der letzten Arbeiten *Kehrer*s als eine Periode des ätiologischen Studiums der Psychosen charakterisiert wird, uns an dieser äußerst schwierigen Frage von der Rolle der endogenen und exogenen Faktoren in der Symptomatologie und der Pathogenese der reaktiven Psychosen aufzuhalten. Mehr als vor 20 Jahren hat *Gaupp* sich mit allem Recht dahin ausgesprochen, daß es eine vergebliche Mühe wäre, ein alleiniges ursächliches Moment herausfinden zu wollen, welches für das Auftreten dieser oder jener Psychose notwendig ist; er war vielmehr der Ansicht, daß es richtiger sei, in jedem vorliegenden Falle nach einer Kombination, nach einer gewissen Gesamtheit ursächlicher Psychosekoeffizienten zu suchen. Zu diesem Zwecke besitzt die moderne Psychiatrie die neuesten Methoden der Strukturanalyse der Psychosen (*Birnbaum*), die mehrdimensionale

Diagnostik (*Kretschmer*) und die Prinzipien der Konstellationspathologie (*Tendeloo*). Es muß aber bemerkt werden, daß alle diese Methoden noch über keine unfehlbar genauen mathematischen Formeln zur Lösung der uns beschäftigenden Fragen verfügen, und wir bedienen uns dieser Methoden nur als orientierender Schemata und Grundrisse für unsere klinischen Studien.

Es ist notwendig, noch eine Schwierigkeit zu erwähnen, auf die wir bei dem Versuche stoßen, die bestehenden Ansichten bezüglich der Auffassung des Begriffes der Reaktion in der Psychiatrie untereinander in Übereinstimmung bringen. Dieser Begriff umfaßt nämlich viel zu viele verschiedene Grenzflächen, und behält man eine jede von ihnen für sich im Auge, so kann man zu einander vollkommen unähnlichen, ja zuweilen einander ausschließenden Definitionen gelangen. Die umfassendste Auslegung enthält jenen unbestreitbaren Grundsatz, daß alle psychischen Äußerungen einen reaktiven Charakter besitzen und daher gedeutet werden können als Antwort auf diesen oder jenen Eindruck (Reizung), dessen Quelle sich entweder außer oder im Organismus befindet. Prof. *W. P. Ossipoff*, der die *James-Langeschen* Ansichten über die Theorie der Affekte teilt, betrachtet „die psychische (emotionale) Reaktion als nach dem Typus der bedingten Reflexe aufgebaut, als eine Folge von reflektorischen Gefäß- und reflektorischen Muskelkombinationen, welche hervorgerufen werden durch entsprechend bedingte Reize, deren Wirkung sich auf entsprechende Leiter und, durch sie, auf das autonome vaguesympathische System ausdehnt“. In ihren Definitionen der psychischen Reaktionen unterstreichen auch *Bumke* und *Bonhoeffer* eine ähnliche biologische Anschauungsweise, wobei letzterer das Wesen gewisser anormaler psychischer Reaktionen auf Kosten einer Gleichgewichtsstörung zwischen Neencephalon und Palaeencephalon zu deuten versucht. Im Gegensatz zu den angeführten Ansichten ziehen andere Autoren vor, dem psychischen Reagieren rein psychologische Erklärungen zu geben. So versteht z. B. *Ziehen* unter einer Art psychischer Reaktion unter anderem auch die sog. „Kontrastreaktion“, welche z. B. in der Ablösung einer stürmischen Freude durch einen mehr oder minder deutlich ausgesprochenen Zustand stiller Traurigkeit besteht. *Hellpach* gibt schon den Begriff von der kausalen psychischen Reaktion, was schon jener Gruppe der Reaktionen, welche wir studieren, bedeutend näher ist, und bei *Jaspers* finden wir endlich eine ausführliche Klassifikation der verschiedenen Formen „echter psychischer Reaktionen“. Wir halten es für angebracht, hier auf die die größte Beachtung verdienende Stellung *Hoches* zu dieser Frage hinzuweisen. Dieser Forscher ist der Ansicht, daß die psychischen Prozesse den materiellen Prozessen in unseren Organen gänzlich unkomensurabel sind, und daß sie ihren eigenen Gesetzen unterworfen sind.

Es wäre auch tatsächlich vergeblich in der psychischen Reaktion auf irgend eine heftige moralische Erschütterung Analogien einer chemischen Reaktion finden zu wollen, bei welcher die Wirkung eines jeden Reagens durch die ihm eigenen Eigenschaften bedingt ist. Einer solchen Gesetzmäßigkeit ist die psychische Reaktion keinesfalls untergeordnet und das Eintreten der Reaktion wird hauptsächlich durch das subjektive Verhältnis des Individuums zum seine Psychik traumatisierenden Ereignis bedingt. Dieses subjektive Verhältnis bestimmt, charakterisiert die *Psychogenie*. Die Dynamik solcher psychogener Reaktionen wird bei Menschen mit verschiedenen Komplexen (*Jung*) gänzlich verschieden und besonders auffallend sein, wenn das traumatisierende Moment gerade auf den Locus minoris resistentiae der Psychik des Individuums gerät (Schlüsseltrauma *Kretschmers*). Es erscheint ebenfalls wichtig, noch eine Bedingung nicht außer acht zu lassen: die sog. intrapsychische Leitbarkeit, die im Verhältnis zum Alter, den quantitativen Biotonusschwankungen, den Besonderheiten des Nervensystems und des endokrinen Apparates steht und welche dort sich als ungenügend erweisen kann, wo der Strom der affektiven Erlebnisse eine psychisch nicht vollwertige Persönlichkeit trifft oder wenn eine plötzliche Erschütterung von großer Wucht im betreffenden Zeitpunkt an die funktionellen Kapazitäten der Psychik bezüglich der Leitbarkeit und Abreagierung zu große Anforderungen stellt, was bis zu einem gewissen Grade durch die Annahme des Begriffes von dem „psychischen Fassungsvermögen“ (*Schewaleff*) erklärt werden kann. Diese Synopsis der der Psychologie zugrunde liegenden Argumente und Motive anführend, müssen wir betonen, daß in jüngster Zeit Versuche gemacht worden sind, aus dieser Reihe das wesentlichste, den wahren Kern der Psychogenie herauszuschälen. „Im engen *Kraepelinschen* Sinne“ — schreibt *Bleuler* — „umfaßt der Begriff der psychogenen Erkrankungen alle Psychosen, bei welchen die psychischen Wirkungen nicht allein den Anlaß, sondern auch die Ursache vorstellen, und bei welchem Inhalt und Verlauf von der Art der psychischen Einwirkung abhängen, weshalb das klinische Bild die Möglichkeit bietet, Schlüsse bezüglich des Charakters der psychischen Ursachen zu ziehen.“ Einem anderen Forscher (*Klages*) zufolge bietet das Bild der psychogenen Erkrankung die Möglichkeit, nicht so sehr auf den Charakter der Ursachen zu schließen, als vielmehr die traumatisierte Persönlichkeit selbst zu beurteilen; deshalb formuliert *Klages* die Psychogenien entsprechend seiner Vorstellung vom Aufbau der betreffenden Persönlichkeit. *Klages* spricht sich für die Existenz von drei Grundkomplexen (Bezirken) der Persönlichkeit aus: des „Materials“, der die elektive Fähigkeit zur Aufnahme, Bewahrung und Assimilierung von Eindrücken umfaßt, der „Struktur“, welche die individuelle Form, die Dauer und das Tempo der Reaktionen

sowie auch die vorwiegende Stimmung und die Äußerungen der Persönlichkeit durch die ihr eigenen Willensfunktionen einschließt und endlich eines dritten Komplexes der „Qualität des Charakters“, welcher die Gesamtheit aller vielgestaltigen, oft antagonistischen Triebe der Persönlichkeit (von den niedrigsten bis zu den höchsten kulturellen Strebungen) umspannt. Den Psychogenien liegt nach *Klages* eine Veränderung des Komplexes der „Qualität des Charakters“ zugrunde, d. h. eine konstellativ bedingte Störung des Systems der konstitutionellen Persönlichkeitstriebe. Die angeführte Anschauung *Klages'* zugrundeliegend, wollen wir nur darauf hinweisen, daß eine unmittelbare Beziehung zu reaktiven Psychosen bei weitem nicht jede Psychogenie besitzt. Der pathologische Einfluß der psychischen Faktoren ist äußerst groß: auf psychogenem Wege können psychotische Symptome bei bis dahin vollkommen gesunden Personen auftreten; es können auf der Grundlage einer latenten Veranlagung temporäre psychotische Erkrankungen herbeigeführt werden und ebenso können unter dem Einfluß psychogener Momente die Bilder psychotischer Erkrankungen, denen andere, nicht psychogene, ätiologische Ursachen zugrunde liegen — sozusagen eine Färbung erleiden. Außerdem unterscheiden wir unmittelbare Reaktionen infolge eines psychischen Trauma — und protrahierte Wirkungen emotionaler Reaktionen. Im weiteren werden wir versuchen festzustellen, welche Psychogenie die reaktiven Psychosen oder nach der Bezeichnung anderer Autoren (*N. Bruchansky*) — die reaktiven psychotischen Syndrome bestimmt. Wir beeilen uns aber zu bedeuten, daß die Fragestellung über die reaktiven Psychosen gegenwärtig irgend jemens Vorhaben, eine neue abgesonderte nosologische Einheit in Ergänzung zu den bestehenden Klassifikationen der psychischen Störungen zu gründen, ausschließen; dazu ist zur Zeit auch keine Notwendigkeit vorhanden, viel mehr noch: nichts ist mehr imstande, die Einheitlichkeit der nosologischen Prinzipien in der Psychiatrie zu untergraben als die reaktiven Psychosen (*Krasnuschkin*). Mit dem Stand der Frage über die reaktiven Psychosen ist es sehr interessant, die äußerst lebhafteste Diskussion in der speziellen Literatur zu vergleichen, welche sich damit beschäftigt, ob es tatsächlich vollkommen selbständige Formen psychischer Erkrankungen gibt, und ob die scheinbare Vielgestaltigkeit der Formen nicht von den individuellen (konstitutionellen) Typen der Reaktion der Persönlichkeit auf die psychische Erkrankung abhängt; es tritt, mit anderen Worten, ein ernster Zweifel darüber auf, ob wir wirklich *verschiedene Arten* psychischer Störungen oder nur *eigenartige Reaktionen* studieren, welche einer ihrem Wesen nach einheitlichen psychischen Erkrankung zum Ausdruck dienen. „Reaktionsformen oder Formenkreise?“ fragt *Marcuse*. Schon *Morel* sprach davon, daß die psychische Erkrankung eine ihrem Wesen nach

einheitliche Erkrankung sei, und daß die Verschiedenartigkeit ihrer Äußerungen von den intellektuellen Eigenschaften, moralischen Zuständen usw. der Individuen abhängen. Die gegenwärtigen Ideen *Jaspers'* sind nur eine neugestaltete Wiederholung dieses alten durchdringenden *Morelschen* Gedankens. „Keine Krankheitseinheiten außer den Einheiten rein neurologischer Hirnprozesse“, schreibt *Jaspers*. Vertreter der phänomenologischen Richtung in der Psychiatrie, versucht er dennoch vom anderen Ende in das immanente „Wesen“ des psychischen Prozesses und seiner Gesetze einzudringen; dabei zieht er das Einfühlen der strengen Methode der klinischen Diagnostik vor. Wir erwähnen hier *Jaspers* hauptsächlich noch deshalb, weil „reaktive Psychose“ ein von ihm eingeführter Terminus, seine Definition ist. Diese Terminologie entlehnend, halten wir uns dennoch nicht für verpflichtet, den Termini ausschließlich jenen Inhalt zu gewähren, mit welchem sie seitens der phänomenologischen Schule ausgestattet werden. Um die reaktive Psychose zu charakterisieren, führt *Jaspers* die folgenden Thesen vor: 1. Zwischen seelischen Erschütterungen und reaktiver Psychose muß in der Zeit ein unmittelbarer Zusammenhang bestehen. 2. Der Inhalt der Psychose muß sich in einem begrifflichen Zusammenhang mit jenen Erlebnissen befinden, welche die Psychik traumatisiert haben, und 3. der Verlauf der reaktiven Psychosen muß in einem gewissen Maße dem Erlebnis parallel sein: endet das Erlebnis, hört auch die Psychose zu bestehen auf. Die reaktiven Zustände werden von *Jaspers* nach den Ursachen unterschieden, welche die Reaktion hervorgerufen haben: Psychosen auf Grund katastrophaler Bedrängnisse (z. B. Erdbeben), Kriegspsychosen, Gefängnispsychosen, nostalgische Psychosen, Rentenpsychosen usw.; der eigenartigen Struktur des reaktiven Zustands nach sind verschiedene Modifikationen der psychasthenischen Reaktionen vorgesehen: zwangshafte optische und akustische Vorstellungen, Dämmerzustände mit Desorientierung, das *Hansersche* Symptom, verschiedene stuporöse Zustände und sensitiver Beziehungswahn; schließlich variieren die reaktiven Zustände in Abhängigkeit von der psychischen Konstitution, welche von der Erkrankung befallen wird.

Jaspers hat alle zu den reaktiven Psychosen in Beziehung stehenden Einzelheiten außerordentlich eingehend bearbeitet, doch fassen wir zusammen mit *Kleist* die zweite These *Jaspers'* ins Auge, welche die reaktive Psychose nach dem Merkmal „eines begrifflichen Zusammenhangs“ zwischen dem psychischen Trauma und dem Gehalt der reaktiven Psychose bestimmt, so müssen wir auf große Hindernisse stoßen, wenn wir diesen Zusammenhang für einen Fall eines infolge plötzlichen Erschreckens reaktiv eingetretenen schweren und langanhaltenden Dämmerzustandes bei einem Teilnehmer irgend einer Schlacht festzustellen be-

strebt sein werden. Außerdem ist wohl überhaupt immer die Gefahr vorhanden, daß wir eine ganz oberflächliche Abhängigkeit zwischen Trauma und Reaktion feststellen. Was nun die *Jaspers*sche Vorstellung von der psychischen Konstitution anbelangt, so muß hier eine eigenartige Stellung des zitierten Verfassers zu diesem Begriffe betont werden. Während in der somatischen Pathologie der Begriff von der Konstitution die vollständige Gesamtheit der Eigenschaften des Individuums in seinem Ganzen einschließt, muß nach *Jaspers* der Begriff von der psychischen Konstitution ein streng differenzierter sein: so werden z. B. die intellektuellen, charakterologischen Züge der untersuchten Persönlichkeit gänzlich aus dem Begriffe ausgeschlossen, eine fundamentale Bedeutung wird aber der psychischen Kraft, der Fähigkeit der Psychik zur Dissoziation, der Widerstandskraft, der Reizbarkeit und der Reaktionsweise gegenüber äußeren Einflüssen zuerkannt. Diese Vorstellung von der psychischen Konstitution hat *Jaspers* zur Behauptung geführt, daß jedem Menschen eine Grenze eigen ist, an welcher er reaktiv erkrankt.

Die Kenntnis der verschiedenen reaktiven psychotischen Syndrome überzeugt uns, daß sie alle nichts Spezifisches (*Hackebusch*) vorstellen und daß ähnliche Zustände auch durch andere Momente außer dem emotionalen psychischen Trauma verursacht werden können. Rufen wir uns den von *Bonhoeffer* eingeführten Begriff der „exogenen Reaktionstypen“ ins Gedächtnis, so erscheint es unzweifelhaft, daß die sog. symptomatischen, durch Trauma, Infektion oder scharfe Intoxikation bedingten Psychosen, sowie die reaktiven Psychosen Untergruppen des genannten Reaktionstypus vorstellen. Im ersteren Falle beobachten wir krankhafte Störungen, die durch die unmittelbare Einwirkung des Agens auf den Organismus hervorgerufen werden; im zweiten durch sensorische Reizungen bedingte Störungen. Bezüglich der symptomatischen Psychose wird die Frage nach dem Aufbau der psychischen Reaktion durch die Annahme einer bestimmten „Reaktionsbereitschaft“ des Individuums entschieden; diese „Reaktionsbereitschaft“ bedeutet das Vorhandensein bei jedem Individuum eines vorgebildeten und zur Entladung bereiten psychotischen Syndroms, welches es bei Einwirkung schädigender Agenten auch vorzugsweise benutzt (Prädilektionstypen *Bonhoeffers*). Es muß anerkannt werden, daß diese Reaktionsbereitschaft bei ein und derselben Person in Abhängigkeit vom Alter, von den physiologischen Bedingungen usw. äußerst variabel ist. Außerdem sind, wie *Stertz* schreibt, im Bilde der symptomatischen Psychose noch obligate und akzessorische Symptome zu unterscheiden. Die obligaten Symptome werden durch Störungen der elementaren Hirnfunktionen hervorgerufen, die völlig unabhängig von den individuellen Verschiedenheiten und dem ganzen Menschen-

geschlecht eigen sind; dagegen treten die akzessorischen Symptome schon infolge individueller, der Konstitution der vorliegenden Persönlichkeit eigener Elemente auf und verdanken ihre Herkunft ausschließlich diesen letzteren. *Kraepelin* hat sich seinerzeit bezüglich der Reaktionen des exogenen Typus dahin ausgesprochen, daß die charakteristischen Eigentümlichkeiten der Reaktionen dieses Typus nicht so sehr von dem sie hervorrufenden exogenen Reizfaktor als von der Schnelligkeit und Plötzlichkeit des traumatisierenden Moments in Abhängigkeit stehen. Es ist von Interesse, daß bei Besprechung der Frage von den verschiedenartigen „Äußerungsformen des Irreseins“ *Kraepelin* in seinen späteren Arbeiten zur Schlußfolgerung gelangt ist, daß die vielerlei Formen, in welchen sich die psychische Erkrankung äußert, einerseits durch die psychophysische Organisation selbst des Individuums vorbestimmt sind; als anderes bestimmendes Moment erscheint der quantitative Faktor — die Kraft und Ausdehnung des krankheitserregenden Agenten. Um seinen Gedanken klarer zu gestalten, greift *Kraepelin* zum Vergleich unserer Psychik mit einer Orgel, die mit mehreren Registern ausgestattet ist. Verschiedene pathologische Äußerungen seitens unserer Psychik stehen in Abhängigkeit davon, welche Register vom vorliegenden krankheitserregenden Agenten betroffen werden und wie groß die Kraft und die Ausdehnung seiner Einwirkung sind; die Register dieser oder jener Ordnung werden aber keinesfalls durch die Ätiologie des Agenten in Aktion gesetzt. Diese Register, nur sie allein, verleihen, ganz unabhängig von den qualitativen Eigenschaften des Agenten, der ihr Spiel bedingt hat, den Äußerungen des psychischen Leidens seine eigenartige Färbung. Seine Vorstellungen bezüglich dieser Register schematisierend und genauer gestaltend, ordnet *Kraepelin* die ihm bekannten drei Grundformen der Äußerung psychischer Störung entsprechend den drei postulierten Registern, nämlich so: 1. dem einen Register entsprechen delirante, paranoide, hysterische und emotionale, 2. dem zweiten sprachhalluzinatorische und schizophrene und 3. dem dritten encephalopathische, oligophrene und spasmodische Formen. Auch *Kehrer*, der dem biogenetischen Prinzip folgt, nähert sich einer derartigen Klassifikation, indem er ebenfalls drei psychische Reaktionstypen unterscheidet: 1. die spasmodische Reaktionsform, welche dem krampfhaften epileptiformen Anfall eigen ist und nicht allein beim Menschen, sondern auch bei seinen phylogenetischen Vorfahren angetroffen wird, 2. das dämmer-deliriöse Syndrom, das der frühen Periode der Geschichte der Menschheit an gehört und 3. die Zwangszustände und die Gruppe der neurasthenischen Symptome, die für die gegenwärtige Zivilisation charakteristisch sind.

Die dargelegten theoretischen Anschauungen der zitierten Autoren bieten uns die Möglichkeit einer Beurteilung gewisser gesetzmäßiger

Symptomkomplexe, welche sich auf reaktivem Wege äußern. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß die uns interessierenden reaktiven Syndrome infolge der Interferenz von Konstitutions- und Situationsmomenten äußerst kompliziert aufgebaut sind, und daß der Reaktionsakt selbst gehemmt oder überhaupt vermißt werden kann, wenn die Konstellation seinem Auftreten ungünstig ist (*Tendeloo*). Äußerst wertvoll sind jene Beobachtungen, welche die Eintrittsbedingungen reaktiver Psychosen an der Front betreffen. Dabei hat es sich erwiesen, daß von reaktiven psychotischen Zuständen viel öfter vollkommen unverletzte Personen befallen werden, während bei solchen Individuen, die gleichzeitig mit der psychischen Erschütterung ein direktes, von Hirnverletzung begleitetes Schädeltrauma erleiden, oder im Moment des psychischen Traumas sich im Zustande äußerster Erschöpfung befinden, reaktive Erkrankungen bedeutend seltener eintreten. Zur Frage von der Prädisposition gegenüber reaktiven Psychosen übergehend, müssen wir die Tatsache hervorheben, daß gemäß der gegenwärtigen Lehre von der Prädisposition zu psychischen Erkrankungen im allgemeinen nicht die fertigen Strukturen der psychophysischen Persönlichkeit mit ihren personellen Vorzügen und Mängeln, sondern nur eine Masse von Baumaterial (Bausteinen) oder eine spezifische Reaktionsform für bestimmte Lebensumstände (die Reaktionsnormen *Schalmayers*) vererbt werden. *Kleist* läßt die Möglichkeit einer Untersuchung auch gewisser Typen psychischer Labilität zu, indem er eine vorwiegend autochthone, eine vorzugsweise psychoreaktive und eine vorzugsweise somatotoxische Labilität auseinanderhält*). Außer der erblichen Prädisposition muß auch noch die konstitutionelle Prädisposition ins Auge gefaßt werden, wenn für den Ausgangspunkt der klinischen Psychiatrie nicht die genotypische, sondern die phänotypische Konstitution angenommen wird. *Gannuschkina* hat auf die Existenz scharfer, gutartiger Psychosen schizophrener Typus, die auf psychogenem Wege entstehen, hingewiesen, Beobachtungen auch anderer Autoren haben das bestätigt. Die Existenz solcher episodischer Formen psychischer Erkrankungen schizophrener Charakters führte *Gannuschkina* auf den Gedanken, „daß man manchmal die Entwicklung des schizophrenen Symptomenkomplexes als eine Reaktion ansehen müsse, die ihr Auftreten dem Vorhandensein beim Patienten irgend einer konstitutionellen Eigentümlichkeit verdankt, welche ihn prädisponiert, auf diesen oder jenen Faktor eben nur auf diese Weise zu reagieren“. Heutzutage besitzen wir über die Frage vom schizophrenen Reaktionstypus eine enorme Literatur, die sich bemüht, dieses äußerst komplizierten Problems der gegenwärtigen konstitutionellen Richtung in der Psychiatrie Herr zu werden. Ebenso wie vom schizo-

*) In seiner Klassifikation affektiv-labiler Veranlagungen benutzt *Ewald* diese Einteilung *Kleists* als Grundlage.

phrenen Reaktionstypus prechen andere Autoren von „zyklothymischer Konstitution“ (*Sschanoff, Reiß* u. a.). Seine Untersuchungen fortsetzend, veröffentlichte *Gannuschkina* im vorigen Jahre (1925) eine Arbeit, in welcher er sich das Problem, eine eigenartige psychische Reaktion bei epileptoider Konstitution festzustellen, zur Aufgabe macht.

Das pathogenetische Moment im Prozeß des Aufbaues der reaktiven Psychose kann laut den Strukturformeln *Birnbaums* abhängen: a) vom Vorherrschen eines psychischen exogenen Moments (Beispiel: Psychose infolge Erschreckens), b) vom Vorherrschen einer degenerativen konstitutionellen Anlage (Beispiel: psychopathische Reaktion) und c) vom Zusammenwirken dieser beiden Komponenten. Was die pathoplastischen Faktoren anbelangt, so zeichnen sie sich nach *Birnbaum* durch einen außerordentlichen Polymorphismus aus, da sie durch eine große Mannigfaltigkeit konstellativer Varianten bedingt werden; so kann z. B. ein sozialpsychologisches Moment nach einem Unfall das Bild einer Rentenpsychose hervorbringen; mit Gerichtsverfahren zusammenhängende Komplexe äußern sich oft in der Form des *Hanserschen* Syndroms; kollektiv-psychologische Faktoren bewirken verschiedene Arten induzierter Psychosen usw.

Um das reaktiv-psychotische Syndrom begreiflich zu machen, läßt *N. Bruchansky* zu, daß der Schwerpunkt in der Konstellation (*Tendeloo*) liege, bei welcher die Hauptrolle dem gegenseitigen Verhältnis zwischen den folgenden Faktoren zukommt: a) physische Bereitschaft des Gehirns (Kontusionen, Arteriosklerose, Erschöpfung, Erblichkeit); b) bestimmte (individuelle) psychische Organisation bei obligatem Vorhandensein einer gesteigerten Reaktivität oder bei einer gewissen Minderwertigkeit der Persönlichkeit im Sinne eines Stillstandes in ihrer Entwicklung, und c) mit psychischen Erschütterungen zusammenhängende psychische Umstellung. Der Ansicht *Bruchanskys* nach erscheinen alle diese Momente als im gleichen Maße pathogenetisch und pathoplastisch, und diese Struktureigentümlichkeit des Syndroms bestimmt, seiner Meinung nach, die reaktive Psychose.

In welche Rubrik der gegenwärtigen Klassifikation gehören nun die reaktiven psychotischen Zustände? In der letzten *Kraepelinschen* Klassifikation ist eine besondere Rubrik für die „Situationsneurosen und Situationspsychosen“ vorgesehen, die die Gruppe der reaktiven Psychosen bis zu einem gewissen Grade einschließt. Bei *Bleuler* treffen wir eine ebensolche Rubrik für Situationspsychosen, welche eine ziemlich ausreichende Aufzählung psychopathischer reaktiver Formen enthält. *Jaspers* und *Gruhle* bringen die reaktiven Psychosen in der Abteilung der degenerativen Psychosen unter. *Raecke* unterscheidet zwischen den psychopathischen reaktiven Erkrankungen die folgenden

drei Gruppen: 1. Affektive Reaktionen, 2. Zweckpsychosen und 3. Erlebnispsychosen.

Wenn in der Literatur und in der Praxis noch vor so kurzer Zeit die Begriffe „psychogen“, „psychoneurotisch“ und „hysterisch“ im weiten Sinne als gleichbedeutend gebraucht wurden, so wird zur Zeit eine vollkommen deutliche Tendenz bemerkbar, diese Begriffe zu differenzieren, und schon jedenfalls „psychogen“ mit „hysterisch“ nicht zu identifizieren (*Bonhoeffer, Villinger* u. a.). „Hysterisch“ entspricht nur einer bestimmten Unterart psychogener Mechanismen, während der Begriff vom Psychogenen katathymische und hysterische Reaktionen sowie die sog. „Kurzschlüsse“ *Kretschmers* usw. umfaßt. Um sich die voraussichtliche Dynamik einer reaktiven Psychose vorzustellen, schlagen wir das folgende Schema vor:

Als Ausgangsmoment für das Auftreten eines psychischen Traumas ist in allererster Linie *der objektive Wert dieses Traumas anzusehen*: heftiges Erschrecken, ein das Leben gefährdendes oder die Grundlage der persönlichen Selbstachtung erschütterndes Ereignis oder auch ein angstvolles Erwarten einer affektiv schweren Begebenheit. Als zweites, das Auftreten eines psychischen Traumas bedingendes Moment erscheint *die den Eindruck empfangende Persönlichkeit selbst*. Diese Eindrucksfähigkeit kann durch die erbliche Belastung bedingt, kann angeboren und erworben sein; im letzteren Falle kann die Eindrucksfähigkeit auch keine ständige und dauernde, sondern eine nur vorübergehende, episodische sein. Dieser Fähigkeit, diesem empfänglichen Zustande schreiben viele Autoren eine erstgradige Bedeutung für das Auftreten des Traumas zu, da sie annehmen, daß er das Entstehen des Traumas in viel größerem Maße bedingt als die übrigen objektiven Faktoren. Sind die beiden genannten Momente zugegen, so tritt die reaktive Wirkung selbst ein; gewöhnlich beginnt sie mit dieser oder jener Form eines emotionalen Choks, der entweder von einer vollständigen Trübung des Bewußtseins oder seiner bedeutenden Verengung begleitet wird. Dabei können folgende Möglichkeiten zugelassen werden: das psychische Trauma kann sofort abreagiert werden, oder es kann vor dem Abreagieren eine gewisse innerpsychische Verarbeitung des Traumas eintreten. Ist das Abreagieren erleichtert, so kann die Entladung in die Außenwelt auf dem Wege psychotischer oder psychopathischer Symptome erfolgen, die durch seelische Tiefenmechanismen ohne jeglichen Zusammenhang zwischen Trauma und Reaktionsäußerung vorbereitet waren. (Beispiel: primitive Psychogenien, deren Haupteigentümlichkeit das Fehlen einer schichtweisen Spaltung [Zersetzung] in der Psychik ist [*Gurewitsch*], Explosivreaktionen, Kurzschlüsse (*Kretschmer* u. a.)). Erreicht das Trauma das Stadium der psychischen Verarbeitung nicht, so kann es sich auch auf einem anderen Wege entladen —

nicht in die Außenwelt, sondern in der Richtung der unbewußten inneren psychischen Welt des Individuums. Sehr wesentlich ist, daß dabei eine Verdrängung ins Unbewußte mißlingen kann — und dann ergibt sich eine Traumatisierung irgend eines Komplexes infantiler Erlebnisse u. a. Hier ist das psycho-traumatische Moment nur die Veranlassung, die Wirkung wird durch den gestörten Komplex ausgelöst. (Beispiel: hysterische Symptome, Psychoneurose als katathymische Bildung.) Wenn ein Hindernis für ein sofortiges Abreagieren vorliegt, so tritt die psychische Umarbeitung des Traumas ein. Woher dieses Entladungshindernis auch kommen mag — immer ist es die fundamentale Vorbedingung für die psychische Verarbeitung des affektiven Traumas. Im weiteren hängt das Schicksal des erhaltenen Traumas ab 1. von der Fähigkeit, sie auf dem Wege einer innerpsychischen Verarbeitung zu assimilieren, 2. von der Retentionsfähigkeit und 3. von der Abfuhrfähigkeit. In diesem Stadium wirkt das psychische Trauma schon nicht mehr von außen, sondern von innen, wobei es manchmal ganz unerträgliche Lagen für das „Ichgefühl“, für das fühlende „Ich“ schafft. „Der psychische Konflikt, das Gefühl des eigenen Ungenügens, das Minderwertigkeitsgefühl, das Bewußtsein der Unfähigkeit der ethischen Struktur, der Welt gerecht zu werden, steht am Eingange der Neurose und Psychose“ (*Schilder*). In diesem Stadium der psychischen Umarbeitung des Traumas geschieht die definitive Konstruktion des Reaktionstypus. Hier begegnen wir schon individuellen Reaktionen (Persönlichkeitsreaktionen nach *Kretschmer*). Im Prozeß der Verarbeitung können die folgenden Möglichkeiten vorgesehen werden. Erstens kann Störung der Koordination zwischen einzelnen psychischen Funktionen, Störung ihrer Differenziertheit, eine Schichtung im Sinne der hypobulischen Reaktionen *Kretschmers* stattfinden. (Beispiel: Wille zur Krankheit.) Zweitens ist auch ein anderer Weg möglich: vermag der Mensch nicht, sich gegen die unerträglichen inneren Empfindungen zu wehren, so nimmt er Zuflucht zur Projektierung dieser seiner qualvollen Empfindungen in die Außenwelt, um das Zustandekommen einer affektiven Spannung eines höheren Potentials irgendwo außerhalb der Grenzen des eigenen „Ich“ zu ermöglichen, um einen Weg zur Abfuhr der traumatisierenden Affekte nach außen zu finden und auf diese Weise dem „Ichgefühl“ Erleichterung zu schaffen; gleichzeitig strebt er aber, die Realität zu bekämpfen, sie für die vorliegende Situation im gewissen Sinne zweckentsprechend umzugestalten.

Halluzinatorische Vorstellungen, Quellen kindlicher Phantastik (Puerelisme mentale), Streitsuchtstendenzen (Querulantenwahn), sensativer Beziehungswahn usw. geben das Material für diese Strukturen ab. Das ist derselbe Weg, dem auch die reaktiven Psychosen folgen. Es gibt aber noch einen dritten Weg, wenn, ungeachtet der Mobilisierung

aller psychischen Apparate, die psychische Umarbeitung des Traumas nicht gelingt. Dann erreichen die Koordinationsstörungen die allerhöchsten Grenzen: wir haben dann scharfe Halluzinationen, heftigste psychomotorische Erregung und schwere Verwirrtheit mit voller Ratlosigkeit, mit anderen Worten: ein Bild eines schweren amentiven Zustandes vor uns, das auf psychogenem Wege zustande gekommen ist.

Zur Illustrierung des Dargelegten erlauben wir uns ein paar klinische Beschreibungen anzuführen. Wir haben Fälle gewählt, die mit keinem gerichtlichen Untersuchungsverfahren zu tun hatten.

Früh am Morgen des 1. Januar 1925 wurde in das Odessaer Psychiatrische Krankenhaus von einem Erzieher des „Hauses für aufsichtslose Jünglinge“ ein 15jähriger Knabe russischer Nationalität namens Alexis P ko mitgebracht. Der Erzieher gab über ihn die folgenden Auskünfte: A. P. hat im „Hause für aufsichtslose Jünglinge“ 5 Wochen zugebracht. Zu Anfang hatte er verheimlicht, daß er Verwandte besitze, später aber erzählte er dem Erzieher, daß er von seinem im Jekaterinoslawer Gouvernement wohnenden Vater geflohen sei, da er 26 Tschernowzen verloren habe, die er zusammen mit seinem Vater in gemeinsamer Arbeit während eines Jahres verdient hatte. Da ihm die grausame Züchtigung, welcher ihn schon früher einmal sein Vater wegen einer in den Hungerjahren verlorenen kleineren Summe ausgesetzt hatte, noch frisch im Gedächtnis war und er die Bedeutung des letzten Verlustes vollkommen begriff, wollte er eine Begegnung mit dem Vater nicht riskieren und beschloß zu fliehen — gleichgültig wohin. Nachdem er die nächste Eisenbahnstation erreicht hatte, verkroch er sich unbemerkt in einem Warenwaggon und fuhr davon, ganz unbekümmert über die Fahrtrichtung. Auf diese Weise gelangte er in die ihm völlig unbekannte Stadt Odessa. Nach längerer Obdachlosigkeit fand A. P. endlich Unterkunft im „Hause für aufsichtslose Jünglinge“. Durch musterhafte Aufführung, kleine Dienstleistungen und Angebereien bezüglich seiner Hauskameraden, worunter es nicht wenig mit verbrecherischen Neigungen (hauptsächlich zum Diebstahl) gab, suchte er die Gunst des Erziehers zu gewinnen. Seinen Hauskameraden mißfiel die Aufführungsweise von A. P., er wurde sofort unter Verdacht genommen und schon bald darauf offen Denunziant genannt. Am 31. XII. abends ging die Mehrzahl der Jünglinge zur Neujahrsfeier, die übrigen, darunter A. P., wollten sich an der Feier nicht beteiligen und blieben zu Hause. Ganz plötzlich kam es ihm vor, daß im Hause etwas gegen ihn geplant werde; deutlich hörte er drohende Stimmen, hörte jene charakteristischen Töne, die beim Schleifen von Messer an Messer entstehen und sah gleichzeitig einen Berg irgendwoher gebrachter Gegenstände: hier waren neue Schuhe, Strümpfe, Handschuhe, Schokolade. Jedoch sah er das alles nur während eines Augenblicks, „sie wurden rasch irgendwohin beiseite gebracht“, und in der Dunkelheit konnte er nur noch die glänzenden Schneiden der gegen ihn gerichteten Messer unterscheiden. Da warf er sich zum Fenster, brach die beiden Fensterscheiben mit dem Kopf durch, sprang in den Hof hinab und lief vom Hof durch das Tor auf die Straße hinaus. Die Stimmen der Kameraden tönnten mit der gleichen Intensität fort, er hörte das Stampfen ihrer Füße und wußte, daß sie alle bewaffnet sind; er fürchtete sich umzublicken. Als er in seinem Laufe den nächsten Laden des „Zentralen Arbeiterkooperativs“ erreicht hatte, lief er hinein, klammerte sich krampfhaft an ein dort stehendes Faß und erstarrte in dieser Lage. Hier verlassen A. P. die Erinnerungen. Um 2 Uhr nachts fand ihn der Erzieher des „Hauses für aufsichtslose Jünglinge“ in einem der Milizrayons. Der Knabe saß am stark geheizten Ofen und zitterte am ganzen Körper. A. P. erkannte den

Erzieher sofort, wollte aber um keinen Preis mit ihm ins Haus zurück. Alles Zureden und Drängen war umsonst. A. P. bestand darauf, daß die Knaben ihn unbedingt töten werden. Dem Erzieher blieb da weiter nichts übrig, als ihn ins Krankenhaus zu bringen. Bei der Aufnahme im Krankenhaus war A. P. vollkommen ruhig. Er beantwortete die an ihn gerichteten Fragen, verstand, daß man ihn in ein Krankenhaus gebracht hatte und war einverstanden da zu bleiben, da er hier in Sicherheit sein werde. A. P. war die ersten 2 Tage schweigsam, lag im Bette, war verschlossen, unterhielt sich des längeren mit niemand, antwortete dem Arzte einsilbig, ihm augenscheinlich noch nicht völlig vertrauend. Am 6. I. begann er zum erstenmal bereitwillig zu antworten, erzählte von seinem Leben, vom Vater, Bruder, von seinem Dienst als landwirtschaftlicher Tagelöhner („Batrak“) und von jenen Knaben, die seine Kameraden im „Hause für aufsichtslose Jünglinge“ waren. Auf die Frage, warum seine Hauskameraden gegen ihn Böses im Sinne führten, erzählte er folgendes: schon in den ersten Tagen nach seiner Ankunft im Hause planten die Knaben einen Diebstahl im nächstgelegenen Magazin. Sie schlugen ihm vor, daran teilzunehmen, er weigerte sich selbstverständlich. Befürchtend, von ihm nun verraten zu werden, hätten die Knaben beschlossen, ihn unschädlich zu machen, und als er nun am Neujahrsabend zu Hause geblieben war, wurde, laut ihm, der Diebstahl ausgeführt — und sofort darauf gingen die Knaben an seine Exekution. (Nach Prüfung des tatsächlichen Sachverhaltes an Ort und Stelle ergab sich selbstverständlich, daß an jenem Abend gar kein Diebstahl stattgefunden hatte und daß im Hause um jene Zeit, als A. P. sich aus dem Fenster geworfen hatte, alles vollkommen ruhig war.) 13. I.: A. P. erinnert sich noch immer in derselben Weise an die Umstände des verhängnisvollen Abends und behauptet, daß er tatsächlich die gestohlenen und ins Haus gebrachten Gegenstände gesehen habe usw.

Objektiv: A. P. ist von regelmäßigem Körperbau, seine physische Ausbildung und sein Wuchs entsprechen seinem Alter. Degenerative Anzeichen fehlen, konstitutioneller Typus asthenisch. Neurologische Untersuchung: nur mäßiger roter Dermographismus, keine hysterischen Stigmata, keine Veränderungen organischen Charakters. Innere Organe in Ordnung. Psychologische Untersuchung: kommt mit den Testen *Binet* leicht zurecht; Untersuchung nach *Berenstein* ergibt vollkommen befriedigende Resultate, offenbart bei A. P. gut ausgebildete kombinatorische Prozesse, genügenden Klarsinn und kritisches Vermögen. Das Assoziationsexperiment zeigt einen ziemlich guten Vorrat von Vorstellungen, es ist aber nicht gelungen, „Komplexe“ festzustellen.

Vollständiges kritisches Verhalten zum Vorgefallenen stellte sich bei A. P. erst in der dritten Woche seines Aufenthaltes im Krankenhause ein. Am 24. I. verließ A. P. das Krankenhaus, um in das „Haus für aufsichtslose Jünglinge“ zurückzukehren.

Die psychologische Analyse dieses Falles führt uns zur Ansicht, daß in dieser reaktiven Psychose dennoch Züge einer notwendigen Zweckmäßigkeit vorhanden sind, einer Zweckmäßigkeit, bei welcher das von allen Seiten gedrängte „Ichgefühl“ unseres Patienten infolge der unerträglichen Situation Zuflucht suchen mußte. Die Diebstahls-halluzination war vielleicht notwendig, um sich wegen der Denunziationen bezüglich der Kameraden in den eigenen Augen freizusprechen; die Halluzination der vorbereiteten Exekution und der Verfolgung konnten ebenfalls das tiefe Schuldbewußtsein gegenüber dem Vater und den Kameraden entladen. — Betrachten wir nun einen anderen Fall.

Im Mai 1925 erschien in Begleitung ihrer Schwester in der ambulatorischen Sprechstunde im Odessaer Medizinischen Institut die Bürgerin L. Sch. und wurde in das Empfangszimmer für psychische Krankheiten geführt. Die Schwester von L. Sch. teilte uns folgendes über sie mit: Die Kranke ist 31 Jahre alt, Jüdin, Witwe, hat ein Kind. L. Sch. stammt aus einer armen Familie in der Provinz, hat das ganze Leben in schwerer Arbeit und Sorgen um ihre Verwandten zugebracht. Erbliche Belastung wird in Abrede gestellt. War in der Kindheit, außer an Masern, niemals krank. War physisch immer schwächlich, jedoch ausdauernd. Heiratete im 22. Lebensjahr. Brachte 1917 ein Kind auf die Welt. Erkrankte im selben Jahre an Flecktyphus. Gebar 1919 ein zweites Kind. Im Herbst 1919 wurde in der Gegenwart der Patientin während eines „Pogroms“ ihr Mann ermordet. 1921 starb das jüngste Kind an Dysenterie. Im Jahre 1923 siedelte L. Sch. mit dem ältesten Kinde zu ihrer Schwester in die Stadt Ch. über. Im März 1925 erlebte Patientin während der „Verdichtung der Zahl der Wohnungsinsassen“ viel Unannehmlichkeiten und regte sich sehr wegen der Befürchtungen auf, daß man sie ihr Zimmer zu räumen zwingen und in das Nachbarzimmer einen verdächtigen Mietsmann einsiedeln werde. Bei der Patientin stellte sich ein gedrückter Gemütszustand ein, sie begann zu klagen, daß alle Menschen und Umstände gegen sie seien, daß man sie als „das nichtigste und niedrigste Geschöpf in der Welt“ verfolge, daß alle Familienmitglieder und Freunde sie verachten, ihr den Rücken wenden, sie auslachen, „auf sie spucken“. Bald darauf legte sie sich ins Bett und erklärte, daß es für sie besser sei, überhaupt nichts zu machen, da sie nicht sicher sei, daß sie keinen Fehler begehen oder irgendeine Handlung ausführen werde, die ein Unglück ihr oder der ganzen Familie zuziehen kann. Immer öfter und öfter klagte sie, daß sie dem ganzen Hause Unglück gebracht habe. Allem, was um sie herum gesprochen wurde, allen im Zimmer befindlichen Gegenständen verlieh sie eine besondere Bedeutung, in allem erblickte sie unheilverkündende Anzeichen. Sie spie oft aus, lächelte unangebracht, weigerte sich Nahrung zu sich zu nehmen, schlief nicht. Sie magerte ab und kam stark herab. Die Zahl ihrer schwarzen Ideen wuchs von Tag zu Tag: sie fing an alle zu versichern, daß bald die ganze Familie an Hunger zugrunde gehen werde, daß alle bald sterben werden und daß ihre in Odessa lebende verheiratete Schwester schon sicher gestorben sei. Ärztlich wurde eine Veränderung der Umgebung angeraten und zu diesem Zweck reiste L. Sch. nach Odessa.

Status praesens: Patientin ist von mittlerem Wuchs, zartem Körperbau, asthenischer Konstitution, schlecht genährt. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute äußerst blaß. Bläue und Angeschwellenheit unter den Augen. Neurologische Untersuchung: Pupillen rund, gleichmäßig, Reaktionen erhalten, die übrigen Schädel-Hirnnerven ebenfalls in Ordnung. Motorische und sensorische Sphären ohne Veränderungen. Sehnen- und Hautreflexe normal. Reflex in der hinteren Rachenwand und von der Conjunctiva erhalten. Herztöne etwas dumpf. Im Harn weder Eiweiß noch Zucker; spezifisches Gewicht 1019; im Satz viel Phosphate. Von seiten der Psychik: Trüber, müder Blick, wenig ausdrucksvolle Mimik des Gesichtes, armes Gebärdenpiel. Örtliche und zeitliche Orientierung richtig. Schweigt bei der Untersuchung, zeigt keine Initiative im Sprechen, beantwortet an sie gerichtete Fragen ungern. Spricht die Vermutung aus, daß auch hier alle Verfolgungen unbedingt fort dauern werden, daß sie vergebens hierher gekommen sei. Auf die Frage, ob sie zufrieden sei, daß sie in Odessa die für umgekommen gehaltene Schwester am Leben angetroffen habe, antwortet Patientin, daß sie selbstverständlich sehr froh sei darüber, daß aber in allem anderen alle ihre Vermutungen gerechtfertigt waren. Patientin kam nach Verlauf einer Woche wieder, war gedrückter Stimmung, antwortete mit schwacher Stimme meistens einsilbig. Vermeidet von Hause und überhaupt von der Stadt Ch. zu sprechen. Noch eine

Woche später bemerkte die Patientin in der Sprechstunde von selbst, daß sie allmählich zu sich zu kommen beginne, daß aber ihr schwer auf dem Herzen sei. Die Schwester der Patientin teilte mit, daß in letzter Zeit L. Sch. merklich lebhafter geworden sei, daß Appetit und Schlaf sich eingestellt haben. Die folgenden Male kam L. Sch. schon allein, ohne Schwester zur Sprechstunde. Sie hat an Gewicht zugenommen, wurde im Gespräch mit dem Arzte zugänglicher. Ende Juni verreiste sie in frischer Stimmung nach Ch. Die im Herbst bei uns erschienene Schwester teilte uns mit, daß sie von der Kranken vollkommen befriedigende Nachrichten habe, L. Sch. arbeite gegenwärtig und fühle sich wohl.

Während eines ihrer letzten Besuche stellten wir L. Sch. die Frage, ob sie auch immer ebenso schwer alle Mißgeschicke ihres Lebens trage, wie das jetzt der Fall war. Darauf antwortete die Patientin, daß in der Vergangenheit, als in Umständen eines vollständigen materiellen Elends, in den Tagen des Judenpogroms ihr Mann ermordet worden ist, oder als während der Hungerzeit ihr Kind zugrunde gegangen ist, sie sich im Zentrum eines herzlichen, mitfühlenden Verhaltens aller sie Umgebenden sah, daß von allen Seiten ihr Verständnis und Mitgefühl geäußert wurden, jetzt aber sei alles ganz anders gewesen, nicht nur hätte niemand teilgenommen an ihrem Unglück, sondern alle verhielten sich so, als ob sie ihrer als einer „Überflüssigen“ los werden wollten — und das habe ihre Kräfte gelähmt und sie der Möglichkeit beraubt, den Mißgeschicken des Lebens zu widerstehen.

Es ist in diesem Falle selbstverständlich unmöglich, alle jene schweren Erlebnisse unserer Patientin mit in Betracht zu ziehen, die eine gewisse Vorbereitung der Affekte geschaffen hatten. Das neue Trauma hat natürlicherweise alle diese Affekte, die längere Zeit ungebraucht geblieben waren, wachgerufen und hat die psychotische Reaktion mit affektiver Dynamik geladen. Was aber hat die Überlastung herbeigeführt, was hat den Eintritt der Erkrankungen bestimmt? Es versteht sich, daß das durch die ganze Gesamtheit der Situationsumstände, durch die ganze Sachlage hervorgerufen worden ist. In der Reihe der „Umstellungen“, welche durch das Zusammentreffen ungünstiger Umstände bedingt worden sind, muß offenbar jene „Umstellung“ besonders vermerkt und unterstrichen werden, die vom narzistischen Komplex unserer Patientin so scharf empfunden worden ist. Nach ihrem persönlichen Geständnis hing die drückende Last ihres moralischen Zustandes nicht so sehr von den groben Schlägen ab, die sie von außen trafen, als vom Mangel an Mitgefühl und Unterstützung seitens jenes Kollektivs, dessen Mitglied sie war. Jene Wahnideen, die vordem nur sie persönlich bedrohende Gefahren fixierten, bezogen sich später auf das ganze Kollektiv, die ganze Familie. Das sollte gewissermaßen aussagen, daß, da das Kollektiv ihr keine Unterstützung erwiesen hatte, der einzige für ihren schweren moralischen Zustand annehmbare Weg war — alle ihre Angehörigen denselben Androhungen auszusetzen, die nur gegen sie allein gerichtet waren. Ihr sensitiver Wahn kann auf diese Weise dechiffriert werden.

Wenden wir uns nun zu unserem dritten Fall.

M. T., 24 Jahre alt, verheiratete russische Bäuerin, wurde in das Odessaer Psychiatrische Krankenhaus am 5. V. 1922 aufgenommen. Dem Eintritt gingen

die folgenden Umstände voraus: die ständig im Dorfe Kalagleja wohnende Kranke wurde eines Abends in Abwesenheit ihres Mannes von drei bewaffneten, maskierten Banditen überfallen. Nachdem die Frau sie auf ihr Klopfen an der Tür vertrauensvoll ins Haus gelassen hatte, warfen sich die Eindringlinge auf sie und ihre 6jährige Tochter, verbanden ihnen Hände und Füße, steckten ihnen Lappenpfropfe in den Mund, brachen Truhen und Koffer auf und trugen alles Wertvolle davon. Mit großen Anstrengungen gelang es M. T., aus der Hütte herauszukommen und um Hilfe zu rufen. Alles das fiel 4 Tage vor Eintritt der M. T. ins Krankenhaus vor. Die erste Nacht nach dem Überfall hatte die Frau ohne Schlaf verbracht. Den ganzen folgenden Tag war sie äußerst aufgereggt und als der am Abend heimgekehrte Mann ihr mitteilte, daß man den Räubern auf die Spur gekommen sei und es ihr am nächsten Tag bevorstehe, hinzufahren, um einen arretierten verdächtigen Mann sich anzusehen, steigerte sich die Unruhe der M. T. aufs höchste. Der Patientin fing es an vorzukommen, daß im Hofe maskierte Männer stünden und an die Tür schlugen. Ihr Mann suchte sie nach Möglichkeit zu beruhigen, die Halluzinationen aber dauerten fort. Gegen die Nacht kam sie in noch stärkere Aufregung und begann wirre zu reden; dabei sagte sie aus, ihr Mann sei unter den Banditen, die sie überfallen hatten, gewesen und hätte sie ermorden wollen. Als es endlich gelungen war, die Patientin zu überreden, zu Bett zu gehen, sprang sie, schon entkleidet, im Hemde plötzlich zur Tür, rannte mit außergewöhnlicher Geschwindigkeit in den Hof und verschwand im Dunkeln. Einige Stunden später fand man sie weit vom Hause in einem fremden Weingarten. Es gelang nur mit großen Schwierigkeiten, sie wieder nach Hause zu bringen. Hier fing sie an Geschirr und Töpfe entweizuschlagen und ließ niemand zu sich heran. Man schloß sie im Hause für die ganze Nacht ein und fand sie früh am Morgen gänzlich nackt am Boden sitzend und die Geschirrscherben zu verschiedenartigen Mustern anordnend. Nachdem der Mann noch 24 Stunden abgewartet hatte, brachte er sie in das Psychiatrische Krankenhaus. Bei der Aufnahme war es unmöglich, sich mit der Kranken zu verständigen, sie weigerte sich Nahrung zu sich zu nehmen; es gelang auf keine Weise ihre Aufmerksamkeit zu fixieren. Auch am zweiten und dritten Tage war Patientin gehemmt, äußerte Mutismus, Negativismus, mußte mittels der Sonde genährt werden, urinierte unter sich. Am vierten Tage war es, als ob die Kranke plötzlich zu sich gekommen sei, sie begann zu weinen und bat, man möge sie nach Hause lassen. Sie sagte aus, sie hätte während des Überfalles sehr viel erlitten und es wäre ihr besonders schrecklich gewesen, die Räuber wieder zu Gesicht bekommen zu müssen und sie wiederzuerkennen. An ihre Flucht aus dem Hause erinnert sie sich nicht. Die Fahrt im Bauernwagen nach Odessa kommt ihr wie ein Traumbild vor. Auf die Frage, warum sie die ganze Zeit über dem Arzte nicht geantwortet habe, antwortet sie, daß es ihr schwer fiel, zu verstehen, was man von ihr wolle und schwer war, die Gedanken für die Antwort zu sammeln.

Objektiv: Patientin ist gut genährt, von kräftigem, gedrungenem Körperbau. Hals kurz, Gesicht flach, fünfeckig (pyknisch?), degenerative Stigmata fehlen. Bei der neurologischen Untersuchung konnte nur Steigerung der Sehnenreflexe der unteren Extremitäten, Dermographismus (nicht scharf) und Herabsetzung des Rachenwandreflexes konstatiert werden. Die physische Untersuchung zeigt nur eine Vergrößerung der Schilddrüse. Die vegetativen Organe sind in Ordnung. Puls 76 Schläge in der Minute. Patientin hatte 3 Schwangerschaften, die letzten zwei hatte sie auf eigenen Wunsch auf künstlichem Wege unterbrochen. Am fünften Tage ihres Aufenthaltes im Krankenhaus wurde die Kranke entgegen dem Räte des Arztes von ihren Angehörigen aus dem Krankenhaus genommen. Über das weitere Schicksal der Patientin haben wir bei den folgenden Umständen erfahren: Im Herbst desselben Jahres wurde die leibliche Schwester von M. T.

(Patientin D. L.) infolge einer symptomatischen Psychose nach *Febris recurrens* in das Odessaer Psychiatrische Krankenhaus gebracht. Wir wollen hier gleich vermerken, daß diese Schwester unserer Patientin durch die äußeren Krankheitsäußerungen außerordentlich an M. T. in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes im Krankenhause erinnerte. Die Verwandten von D. L., die sie ins Krankenhaus gebracht hatten, teilten uns mit, daß M. T. nach Verlassen des Krankenhauses noch fast einen ganzen Monat in Odessa zugebracht habe. Während der ganzen Zeit ihres Aufenthaltes in der Privatwohnung entfernter Verwandter war sie vollkommen bewußt, ruhig, urteilte über ihre Lage vollständig richtig, verschob aber von Tag zu Tag die Rückkehr nach Hause. Ende Juni erklärte sie sich bereit, heimzufahren. Sofort nach der Heimkehr begann sie ihre übliche Tätigkeit. Gegenwärtig ist sie vollkommen gesund.

Dieser Fall ist bedeutend komplizierter für die Analyse. Das Schuldbewußtsein ihrem Manne gegenüber hat sich, allem Anschein nach, mit der Angst verflochten, den am ganzen Geschehnis schuldigen Banditen wiederzusehen und erkennen zu müssen. Die Patientin griff im reaktiven Zustande zur rettenden „Verdichtung“ der Gestalten ihres Mannes und des Banditen, der sie überfallen hatte. Was nun die Form anbelangt, in welcher sich der reaktive Zustand äußerte, so dürfen wir mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Form schon vorgebildet war. Bei einer der Schwestern (bei der M. T.) ist die fertige „konstitutionelle“ Dynamik dank dem psychogenen Moment ausgenutzt worden, bei der anderen — D. L. — war eine äußerst ähnliche Erkrankung, die ebenfalls mit voller Genesung abschloß, durch eine Infektion in Erscheinung gerufen.

Wenden wir uns nun zu unserem letzten Fall, der uns in lebenswürdiger Weise von Professor *E. A. Schewaleff* zur Verfügung gestellt worden ist.

Patient S., Russe, 13 Jahre alt, Schüler der Mittelschule, Sohn eines Lehrers. Die Familie hat in der Vergangenheit viel erlitten, die letzten Jahre waren in materieller Hinsicht auch recht schwer. Nach Aussage der Eltern war der Knabe sehr empfänglich, geriet oft in Konflikte mit den Kameraden, kam sehr leicht in Erregung. Aus Anlaß irgendeines Vorfalles in der Klasse stellte sich S. einmal in schroffe Opposition zur Mehrzahl und hat seine Kameraden scharf beschimpft. In der Absicht, sich an ihm zu rächen und befürchtend, ihren Racheakt in der Klasse auszuführen, kamen seine Schulkameraden zum Hause, wo S. wohnte, riefen ihn zu sich auf die Straße und hauten ihn hier durch. Daraufhin erkrankte der Knabe. Er verlor den Schlaf, begann heftig zu halluzinieren. Seine Halluzinationen waren von erschreckendem Charakter: es schien ihm immer, daß jemand zu ihm eintritt, um ihn zu schlagen; er hörte Stimmen, die von ihm sprachen, ihm drohten usw. Der Kranke war sehr unruhig, warf sich hin und her, schlief nicht, sprang jede Minute auf, versuchte davonzulaufen. In die Empfangsstunde im Krankenhaus kam S. in Begleitung seines Vaters etwa anderthalb Wochen, nachdem er von seinen Kameraden geschlagen worden war. Vom Vater vorwärts geschoben, trat er, seinen ganzen Körper gespannt aufrichtend, in einer unnatürlichen Gangweise ins Zimmer. Gesicht maskenhaft, Rede gehackt, Bewegungen angestrengt. Sich selbst überlassen, sitzt er unbeweglich an ein und derselben Stelle, ohne die angestrengte Haltung zu verändern. Zeitweise zeigt er Negativismus. Der Vater erklärt, daß Negativismus immer die Versuche begleitet, ihn zu

bewegen, auf die Straße hinauszugehen, spazieren zu gehen. Orientierung in der Umgebung sichtlich herabgesetzt; auf viele Fragen gelingt es nicht, Antwort zu erhalten. Solcher Zustand dauerte noch fast eine ganze Woche an, worauf der Kranke allmählich zur Norm zurückzukehren begann. In der ersten Zeit war er schweigsam und schlaff, begriff seine Krankheit schlecht, klagte über allgemeine Schwäche; im weiteren wurden Bewußtseinsklarheit, Orientierungsvermögen und Interesse für die Umgebung mit jedem Tage intensiver und näherten den Kranken dem normalen Zustand. Anderthalb Monate nach Beginn der Erkrankung nahm S. seine Schularbeit wieder auf und von der gewesenen Krankheit ist keine Spur zurückgeblieben.

In diesem Falle hatten wir zu Anfang vor uns den Versuch, eine affektive Spannung von hohem Potential mittels halluzinatorischer Projektionen zu schaffen; darauf vereinigen sich die Wege der Psychogenese und der Psychoplastik in einem schizophrenischen Syndrom, das einerseits die konstitutionelle Bereitschaft zu einer Reaktion von diesem Typus widerspiegelt und andererseits die ambivalenten und ambivalenten Züge der psychischen Einstellung charakterisiert, welche durch die Situation hervorgerufen worden ist.

In Anbetracht der Schwierigkeiten, mit welchen man gegenwärtig beim Studium einzelner Probleme der modernen Psychopathologie zu tun hat, ist es vollkommen begreiflich, warum zur Zeit mit solcher Beharrlichkeit nicht die spontanen Psychosen, sondern jene Erkrankungen studiert werden, in deren Genese wir wenigstens einen der vielen uns unbekannten ursächlichen Momente kontrollieren können. Wir studieren die reaktiven Zustände, weil wir glauben, daß wir hier das traumatisierende Hauptmoment erkennen können. Wie wir aber gesehen haben, ist die Erkennung der objektiven Bedeutung des Trauma noch lange nicht ausreichend, um das Trauma als die hervorrufende Ursache der reaktiven Psychose verstehen zu können. Das Suchen nach dem wahren ursächlichen Moment verpflichtet den Klinizisten zum Studium des verborgenen Wesens der psychischen Erschütterung für jede einzelne Persönlichkeit sowie jener Gesetze, mit deren Hilfe der Prozeß selbst des Abreagierens des erlittenen psychischen Traumas realisiert wird.

Das Studium des Aufbaues der reaktiven Psychosen oder Syndrome ist außerdem ein äußerst wertvolles Material zur Charakteristik der traumatisierten Persönlichkeit selbst.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924. — ²⁾ *Grubbe*: Psychiatrie für Ärzte. 1923. — ³⁾ *Birnbaum*: Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge. 1918. — ⁴⁾ *Kehrer* und *Kretschmer*: Veranlagung zu seelischen Störungen. 1924. — ⁵⁾ *Kehrer*: Die Stellung von Hoches Syndromenlehre in der heutigen Psychiatrie. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 74, H. 2—4. — ⁶⁾ *Gilarowsky*: Die Evolution der Psychopathien

in den letzten 10 Jahren. Journ. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie **3**. 1923 (Russisch). — ⁷) *Birnbaum*: Der Aufbau der Psychosen. 1923. — ⁸) *Ossipoff*: Lehrbuch der allg. Psychiatrie. 1923 (Russisch). — ⁹) *Ossipoff*: Über die Pathogenese des schizophrenen Zustandes. Wratschebnaja gaseta 1923, Nr. 24 (Russisch). — ¹⁰) *Kretschmer*: Medizinische Psychologie. 1922. — ¹¹) *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. 3. Aufl. 1923. — ¹²) *Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie. 1922. — ¹³) *Bruchanski, N.*: Das reaktive psychotische Syndrom und sein klinisches Bild während der Untersuchungshaft. Journ. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie **2**. 1923 (Russisch). — ¹⁴) *Bruchanski, N.*: Über die reaktiven Erkrankungen und Simulation, eine Fragestellung. Journ. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie **3**. 1923 (Russisch). — ¹⁵) *Krasnuschkin, E.*: Zur Frage über die Beziehungen zwischen den psychogenen Psychosen und Konstitution. Journ. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie **4**. 1924 (Russisch). — ¹⁶) *Marcuse*: Reaktionskreise oder Formenkreise. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **69**, H. 4. 1923. — ¹⁷) *Ewald*: Krankheitseinheit und Reaktionsform. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **99**, H. 5. 1925. — ¹⁸) *Kleist*: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. **82**, H. 1. 1925. — ¹⁹) *Hakkebusch*: Die reaktiven Psychosen und Simulation. Ssowremennaja Psychoneurol. 1925, Nr. 2 (Russisch). — ²⁰) *Schewaleff, E.*: Vom psychischen Fassungsvermögen. Ssowremennaja Psychoneurol. Nr. 5 (Russisch). — ²¹) *Bonhoeffer*: Die Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie **20**. 1909. — ²²) *Bumke*: Die exogenen Reaktionsformen in der Psychiatrie. Sammelchrift f. Rosolimo 1925). — ²³) *Schneider, Kurt*: Der Begriff der Reaktion in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **95**, H. 3—3. — ²⁴) *Gerson*: Zur Frage der Reaktionstypen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **73**, H. 1. — ²⁵) *Stertz*: Psychische und nervöse Erkrankungen nach Allgemeinleiden usw. Lewandowskys Handbuch der Neurologie. 1924. — ²⁶) *Kraepelin*: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **62**. — ²⁷) *Bumke*: Die Auflösung der Dementia praecox. Klin. Wochenschr. 1924, Nr. 2. — ²⁸) *Gannuschkin*: Fragestellung bezüglich der schizophrenen Konstitution. Ssowremennaja Psichiatrja 1914 (Russisch). — ²⁹) *Gannuschkin*: Über Epilepsie und Epileptoide. Arb. a. d. Psychiatr. Klin. I. Moskauer Univ. 1925 (Russisch). — ³⁰) *Jacobi und Kolle*: Betrachtungen zum schizophrenen Reaktionstypus. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **76**, H. 3. — ³¹) *Kretschmer*: Der sensitive Beziehungswahn. 1918. — ³²) *Gourevitsch, M.*: Über die Charakterveränderungen bei Kindern im Zusammenhang mit schweren Erlebnissen (Primitive Psychogenien). Pädologische u. kindl. psycho-neurol. Fragen. 1924. (Russisch) — ³³) *Rosenstein*: Psychische Faktoren in der Ätiologie der seelischen Krankheiten. 1923 (Russisch). — ³⁴) *Ydanoff*: Reaktive Zustände bei Überladung des Zentralnervensystems. Ukr. Wisnick. Reflexol. ta exp. päd. 1925 (Ukrain.). — ³⁵) *Bonhoeffer*: Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. **68**. 1911. — ³⁶) *Markeloff*: Subcorticale Ganglien und ihre Rolle im psychischen Leben. Ssowremennaja Psychoneurol. 1925, Nr. 6—7 (Russisch). — ³⁷) *Raecke*: Psychiatrische Diagnostik. 1922. — ³⁸) *Maier, Hans W.*: Über einige Arten der psychogenen Mechanismen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **82**. — ³⁹) *Schilder*: Medizinische Psychologie. 1924.