

Sonderdruck aus
NATURWISSENSCHAFT UND THEOLOGIE
Heft 11

Verlag Karl Alber Freiburg/München

PROF. J. J. LÓPEZ-IBOR, MADRID

Die Bedeutung von Umwelt und Erbgut für die
Manifestation psychischer Störungen

und Diskussion zum Vortrag

Die Bedeutung von Umwelt und Erbgut für die Manifestation psychischer Störungen

von J. J. López-Ibor, Madrid

Die moderne Psychiatrie versuchte, ihren wissenschaftlichen Status durch Aufstellung und Beschreibung der zwischen der somatischen und der psychologischen Medizin bestehenden Analogien zu erlangen. KRAEPELIN war es, der besonders durch sein Werk auf diesem Gebiet hervortrat, wenn natürlich auch schon viele Versuche, auf die er sich stützte, vor ihm unternommen wurden. Es handelte sich darum, „krankhafte Einheiten“, „Krankheiten“, wie die in der somatischen Medizin vorhandenen, zu isolieren. Unkenntnis über anatom-pathologische Befunde bzw. ihr Fehlen, was als Grundlage für diesen krankheitsbeschreibenden Vorschlag hätte dienen können, brachte KRAEPELIN auf den Gedanken, die „krankhafte Einheit“ mittels einer Zusammenstellung von Charakteristiken zu suchen, wie z. B. die Einheit der Ursache, Ähnlichkeit des Verlaufes und der Prognose und natürlich der pathologischen Befunde, sofern eine solche vorhanden sein sollte. Aufgrund dieser Übereinstimmungen war es möglich, die entsprechenden symptomathologischen Gruppen aufzustellen und so entstand die Psychiatrie als Wissenschaft, die wir, trotz zahlreicher Verbesserungen, noch immer bearbeiten.

Die Zusammenstellung dieser Bedingungen bedeutet eine ideale Beschreibung der Krankheiten, doch werden sie mit wenigen Ausnahmen auch von der somatischen Medizin nicht erfüllt. Bei ätiologischer Übereinstimmung ist der Verlauf der Krankheit verschieden und schon KREHL verwies auf den Einfluß der Persönlichkeit auf die Krankheitsform. Die psychosomatische Medizin in ihrer jetzigen Verbreitung unterstreicht diesen Gesichtspunkt nur noch. Die endgültige Begriffs-Bestimmung der Krankheit ist in der somatischen Medizin nicht weniger schwierig als in der psychiatrischen.

BOENHOEFFER machte auf die Tatsache aufmerksam, daß der Organismus, vom psychopathologischen Standpunkt aus gesehen, eine eindeutige Antwort habe, und zwar durch zahlreiche äußere Agenten wie: Infektionen, Vergiftungen, Traumen und diverse somatische Krankheiten etc. Diese exogene Reaktionsform ist besonders durch Bewußtseinsstörungen gekennzeichnet. Andererseits behauptet HOCHÉ, daß die Krankheitsbeschreibung ergebnislos verlief; es gibt bloß preformierte Syndrome. Ernst und Bedeutung dieser Einwände gingen nicht unbemerkt an KRAEPELIN vorüber; in seinen letzten Lebensjahren kam er auf das Thema zurück und versuchte die Formen, in denen sich der Wahnsinn äußern kann, zu beschreiben:

Die Bedeutung von Umwelt und Erbgut für die Manifestation psychischer Störungen

1. DELIRANTE, die übereinstimmt mit dem nach außenhin sich äußernden Krankheitsbild von BOENHOEFFER und dessen Symptome eine gewisse Ähnlichkeit mit Traumerlebnissen haben.
2. *Paranoide*, die sich in der Paranoia, bei den Querulanten in den verschiedenen Formen der Gefängnispsychose, in dem Delirium von Alkoholikern und Kokain-Vergifteten, in dem Jugendirrsinn, in der maniatisch-depressiven Psychose und im Altersirrsinn äußert. Sie hat ihre Grundlage im mangelnden Vertrauen, das jedermann zu seiner Umgebung haben muß.
3. *Krankhafte Gefühlsäußerungen*, die im Rahmen des maniatisch-depressiven Irrsinns und der Hysterie vorherrschend sind, die aber auch bei Paralytikern, beim Jugendirrsinn, bei Psychopathen und im allgemeinen bei jeder Geistesstörung in Erscheinung treten. Ein Teil der Geistesstörungen hat hier sein Fundament, so z. B. die katathymen Wahnbildungen.
4. *Hysterische Symptome*, basiert auf der Reaktion von Sinnesänderung, wenn auch KRAEPELIN diesen Ausdruck nicht gebraucht. Die Gefühlsregungen entladen sich nicht nur auf den dem Willen unterliegenden Wegen der Ausdrucksformen, sondern auch auf solchen, die davon abweichen.
5. *Instinktive Kundgebungen*. Sie beziehen sich im besonderen auf impulsive Handlungsweisen.
6. *Schizophrenie*, deren Essenz in der Unmöglichkeit, das persönliche Steuer aufrechtzuerhalten, liegt. Die Erkennungszeichen der Schizophrenie liegen nicht mehr innerhalb der Grenzen des Jugendirrsinns, sondern sie erscheinen in anderen Krankheiten wie in der Paralyse, den Gehirntraumata und dem Alterswahnsinn.
7. *Sprachhalluzinatorische* Erscheinungsform des Irreseins. Ein typisches Beispiel hierfür sind die selbstgehörten Dialoge (Schizophrenie, alkoholische Halluzinose, Kokain-Delirium, Paralyse, syphilitische und andere Störungen, Verfolgungswahn der Tauben und Gefangenen).
8. Die *zerstörenden* Prozesse wie die Arteriosklerose, Paralyse, Hirnentzündung etc. erzeugen, wie KRAEPELIN es nennt, das Gesamtbild der *Gehirnnervensymptome*.
9. *Oligophrene* Äußerungsform.
10. Gesamtkrankheitsbild der *epileptoiden* Krampferscheinungen.

Bei KRAEPELIN ist also eine Verschiebung der Krankheit zu dem Symptomgesamtbild hin erkennbar und diese Verschiebung besteht in der gegenwärtigen Psychiatrie weiter. So erklärt es sich auch, daß bei einem Autor, der mit aller Kraft und Reinheit in seinen Schilderungen versucht, die verschiedenen psychischen Störungen zu isolieren — es handelt sich um K. SCHNEIDER — die Unterteilung diesen syndromischen Charakter in vielen Fällen zeigt. „Die Krankheit“, so sagt er, gibt es nur im Leiblichen, und krankhaft nennen wir seelische Abnormitäten dann, wenn sie auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen sind.“ Es bestehen seelische Störungen auf körperlicher Basis, und sie werden durch diese bestimmt. In anderen Fällen ist die körperliche Basis nur ein sehr gut gestütztes Postulat (Zyklothymie und Schizophrenie). (Er beschreibt die Zyklothymie und läßt eine Gruppe von Störungen beiseite, die er nicht darin einschließt, und sagt, das *nenne ich* Schizophrenie.) Getrennt davon gibt es noch die seelischen Anomalien (Psychopathie und Neurose): abnorme Spielarten seelischen Wesens, abnorme Verstandesanlagen, abnorme Persönlichkeiten, abnorme Erlebnisverarbeitung.

Angesichts dieses noch zu lösenden Problems ist es nicht zu verwundern, daß die entgegengesetzten Versuche immer größeren Umfang angenommen haben, und zwar unter folgendem Gesichtspunkt: Man kann Geisteskrankheiten nicht in demselben Sinn wie körperliche Krankheiten absondern. Das ist auch nicht nötig, denn eine solche Darstellung ist nutzlos. Eine Diagnose braucht nicht gestellt zu werden, die Hauptsache ist, jeden Kranken in seiner Eigenart zu verstehen. Die geistige Störung ist psychodynamisch, und die psychodynamische Deutung bringt die Hei-

lung der Krankheit mit sich. Die Geisteskrankheit ist also weniger eine biologische als eine soziale Tatsache.

Bemerkenswert ist der Einfluß, den, von diesem Gesichtspunkt aus gesehen, die Psychoanalyse ausgeübt hat. Diese beginnt mit der Beschreibung einiger Fälle von Hysterie, um den traumatischen Ursprung derselben aufzudecken. Die Störung geht auf eine Reihe von Erlebnissen, die in der Kindheit des Betroffenen liegen, zurück. Es handelt sich nun nicht mehr um eine eventuelle Erbanlage, sondern um eine im Leben erworbene Veränderung (traumatische Hysterie). Diese Deutung des Ursprungs der Hysterie betrifft danach die Neurose und später — trotz eines gewissen absichtlichen Übergehens von FREUD selbst — die Psychosen. Heute bestehen viele psychiatrische Schulen, in denen sich die endogenen Psychosen nach demselben Schema wie die Neurosen richten. Es handelt sich dabei um Veränderungen in der Entwicklung der Persönlichkeit, die durch irgendwelchen Einfluß ihrer Umwelt hervorgerufen wurden. Auf diesem Gebiet ist man sogar so weit gegangen, daß ein Autor wie SZAZS vom *Mythus der Geisteskrankheiten* spricht. „Die Geisteskrankheiten sind nicht Krankheiten in dem Sinne wie körperliche Krankheiten. Es sind Störungen in der Begegnung (Kommunikation, Intersubjektivität), sie haben deshalb nichts mit der medizinischen Wissenschaft zu tun.“ Geisteskrankheiten sind *sociosis*. CHARCOT und FREUD sind die für diese mythologischen Erklärungen über die Störung in der Verbindung zur Umwelt Verantwortlichen, weil sie ihr den Namen Krankheit geben, als handele es sich um eine organische Paralyse oder um eine Kyrrose in der Leber. Andererseits wird das ganze Gebäude über Krankengeschichte, das KRAEPELIN mit soviel Mühe aufzustellen anfang, und das nachher besonders von Psychiatern deutscher Herkunft ausgebaut und weiterentwickelt wurde, von verschiedenen Gesichtspunkten aus stark angegriffen. Es wäre ein schwerer Irrtum, wenn man annähme, daß das, was man in München oder in Heidelberg oder in Madrid unter Schizophrenie versteht, dasselbe wie in Topeka oder in Buenos Aires wäre. Bei Nichtberücksichtigung der möglichen oder vorgeblichen somatischen Grundlage der Störungen werden diese nicht als Krankheiten angenommen, sondern als Störungsgrade der Person in ihren Beziehungen zur Gesellschaft. MEININGER hat kürzlich ein Buch mit dem Titel *Vital balance* veröffentlicht, in welchem die Lehre über Geisteskrankheiten gedeutet wird, als sei sie ein graduerter und größer werdender Übergang vom normalen Zustand zur ersten Störung bis zur völligen Trennung vom Ganzen. Für MEININGER gibt es keine Krankheitserkennungszeichen, d. h. keine Diagnosen.

*

Um die Frage klären zu können, wäre folgendes zu sagen: Es gibt Geistesstörungen, die offensichtlich im Zusammenhang mit anatomischen Veränderungen oder Funktionsänderungen des Körpers (organische Psychose im allgemeinen) stehen. Aber es gibt auch noch andere, bei denen keine somatische Basis vorhanden

ist, noch angenommen wird, und die nur an die menschliche Beschaffenheit gebunden zu sein scheinen (Neurose und Psychopathien). Auf einem Punkt muß fest bestanden werden: Selbst bei seelischen Störungen, so sehr diese auch körperlichen Ursprungs sein mögen, besteht trotz dieses symptomatischen Zwanges eine gewisse Unabhängigkeit. Der organische Befund bestimmt das „Dasein“ der Psychose, aber nicht das „Sosein“. Sogar bei der allgemeinen Paralyse, dem Muster der organischen Psychose, weiß man nicht, wann ein Paralytiker an einem depressiven Syndrom erkrankt ist, und wann an einem expansiven.

Es besteht eine symptomatologische Achse, deren somatischer Grund mehr hervortritt: die Bewußtseinstrübung und die Demenz. Es gibt jedoch andere Symptome, die von der Persönlichkeit und von der Umwelt abhängen. Die großen Delirien sind jetzt weniger häufig als früher. Diese plastische Eigenschaft des seelisch Kranken im Hinblick auf seine Person und Umwelt ist um so größer, je mehr wir uns von den Störungen, die eng an das Vorhandensein von körperlichen Verletzungen, besonders im Gehirn, gebunden sind, entfernen. Seit BIRNBAUM unterscheiden wir in der Psychiatrie zwischen pathogenetischen und pathoplastischen Faktoren; dieser Unterschied ist jedoch nur theoretisch geklärt, da man sich, im einen wie im anderen Fall, nach jeder Richtung hin vertiefen muß. So z. B. beweist die von KAIJ an 174 alkoholischen Zwillingspaaren vorgenommene Arbeit, daß die vom Alkohol verursachte Störung nicht von der verbrauchten Menge des Alkohols abhängt. Das heißt also, daß die zuweilen durch Alkoholismus angerichteten Störungen nicht Wirkung des Alkohols sind, sondern daß ein ätiologischer Faktor in der Aufstellung über Mißbrauch die Störung verursacht hat. Andererseits wirken die umgebenden Umstände der Neurose-Erkrankten und der lebensmäßig nicht normal Reagierenden nicht nur pathoplastisch, sondern auch pathogenisch. Diese psychodynamische Auslegung der Störungen geben viele Autoren den Depressionen und der Schizophrenie. Heute spricht man häufig von „schizophrenen Müttern“. Das Problem muß also noch eingehender zerlegt werden.

Wir wollen zunächst die gegenwärtige Lage hinsichtlich der Probleme über die Vererbung der Geisteskrankheiten prüfen.

Die Idee, welche die Forschungen der Ära — wir können sie kraepelianisch nennen — antrieb, unterschied sich stark von den ungenauen Behauptungen aus den Zeiten von MOREL und KRAFT-EBING über den Ursprung der Geisteskrankheiten. Es ging nicht darum, das Vorhandensein der Geisteskrankheit als eine Degeneration der Menschheit zu erklären, sondern klare, genetische Beziehungen mendelianischen Charakters zu finden, die erlauben sollten, daß bestimmte Arten von Störungen extra zusammengefaßt werden dürften, um diesen den Namen von Krankheiten zu geben. Genauso wie der primitive Entwurf, Krankheiten zu klassifizieren, mit der progressiven Paralyse vollendet wurde, fand dieser genetische Entwurf seine Erfüllung in einer Krankheit von so umgrenzenden Umrissen wie der *Chorea Huntington*.

So wurden also zunächst durch die Schule von RÜDIN und später von seiten einer langen Reihe von Forschern zahlreiche Arbeiten über die Vererbung verschiedener Arten von Geistesstörungen in Angriff genommen; aber weder die endogenen Geisteskrankheiten noch die vom Normalen abweichende Persönlichkeit, noch die abnormen Erlebnisreaktionen waren dafür geeignet, das MENDELSche Schema für ihre erbliche Übertragung anzuwenden. (Eine ungeheuer große und bewundernswerte Reihe von Arbeiten erblickten das Licht.) Im KRAEPELIN-Institut wurde eine genetische Abteilung eingerichtet. Nach dem letzten Krieg wurden die Forschungsarbeiten in verschiedenen Ländern fortgesetzt: Im Maudsley-Hospital von London, unter der Leitung von SLATER, in der Columbia University unter der Leitung von KALLMAN. In den Skandinavischen Ländern war von jeher eine besondere Neigung für diese Studien vorhanden, weil es die Selbsthaftigkeit der Bevölkerung im Laufe der Jahre gestattete, geneologische Forschungen einmaliger Genauigkeit durchzuführen.

Da der primitive Versuch, das MENDELSche Schema der Übertragung zu finden, fehlschlug, richteten die Forscher ihre Arbeiten besonders dahin, herauszufinden, wieviel Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen in den Familien bestand, bei denen eine bestimmte Geisteskrankheit vorhanden war (z. B. Schizophrenie), und verglichen damit, wie häufig die Krankheit in der Durchschnittsbevölkerung auftrat. So z. B. bestehen bei dieser Krankheit folgende Wahrscheinlichkeiten zu erkranken (Durchschnitt aus verschiedenen Prüfungen):

Wahrscheinlichkeit, an Schizophrenie zu erkranken:

Allgemeine Bevölkerung	0,85
Halb-Brüder	7— 8
Voll-Brüder	5—15 ¹
Eltern	5—10
Kinder (nur ein einziger Fall)	8—16
Kinder (in zwei Fällen)	53—58

Diese Vermehrung in der Wahrscheinlichkeit zu erkranken, je nach Enge der Verwandtschaft zu dem psychotisch Betroffenen, beweist das Vorhandensein der hereditären Basis der Geistesstörungen. (Diese Basis konnte analog für die manisch-depressiv Geisteskranken errichtet werden.)

Um noch genauer feststellen zu können, bis zu welchem Punkt und zu welcher Form die geistigen Störungen erblich oder auf Beeinflussung von Lebensumständen zurückzuführen sind, hat man sich auf die Methode der Zwillinge bezogen. Die

¹ Die meisten Forscher stimmen darin überein, daß die Wahrscheinlichkeit des Krankwerdens über 10% beträgt.

aus einem Ei hervorgegangenen ähneln sich wie die rechte Körperhälfte der linken ähnelt, die zweieiigen jedoch wie zwei Geschwister. Der Vergleich zwischen den beiden Zwillingsserien könnte wie ein Maßstab für das erbliche „Quantum“ an geprüften psychotischen Störungen beurteilt werden. Die Studien, die an zwillingsgepaarten Fällen vorgenommen wurden, sind sehr zahlreich. Um ein Beispiel anzuführen, geben wir das von KALLMAN an. Die Wahrscheinlichkeit der dizigotischen Schizophrenie-Zwillinge krank zu werden beträgt 14,5%, während sie bei den monozygotischen Zwillingen 86,2% beträgt, d. h. die Wahrscheinlichkeit bei den dizigotischen ist die gleiche wie bei Geschwistern, obgleich sie im allgemeinen in derselben Umgebung herangewachsen sind, während die Umgebung der von Schizophrenie betroffenen Geschwister viel veränderlicher ist. (Ähnliche Studien sind für die manisch-depressiv Geisteskranken vorgenommen worden.)

Seit der Veröffentlichung des Buches *Verbrecher als Schicksal* von LANGE besteht der Vorschlag fort, die Studien an Zwillingspaaren als ein Verfahren für die Feststellungen zu benutzen, was auf Vererbung und was auf die Umwelt zurückzuführen ist. Bei einer der letzten Forschungen versammelte SHIELD eine Reihe von Zwillingen aus der Bevölkerung für ein Televisionsprogramm. Er wählte 42 Paare MZ, die seit den ersten Schritten ihres Lebens getrennt gelebt hatten, und verglich sie mit der gleichen Anzahl von Paaren DZ, die immer zusammen gelebt hatten; letztere wurden wiederum mit 28 Paaren DZ verglichen, die getrennt voneinander gelebt hatten. Dieses Studium bewies, was man schon aus vielen früheren Arbeiten kannte (NEWMAN, FREEMAN, HOLZINGER), nämlich die Ähnlichkeit zwischen den Zwillingen MZ, ob sie zusammen oder getrennt gelebt hatten, gegenüber der Unähnlichkeit der Zwillinge DZ. Die Ähnlichkeit wurde durch die wechselseitigen Koeffizienten zwischen dem mündlichen und nicht mündlichen Intelligenztest bewiesen sowie dem Test auf „extraversion“ und „neuroticismo“ von EMPI (*Eysencks Maudly Personalty Inventory*). Die einzige Ausnahme war das Körpergewicht bei den Frauen, deren Korrelation bei denen der Gruppe MZ, die getrennt voneinander lebten, geringer war als in den anderen Gruppen. Der Einfluß der Umwelt konnte also klar erwiesen werden. Die Zwillinge, welche in psychologisch ungünstigen Heimstätten lebten, wiesen eine geringere Punktzahl in der Skala über ihre geistige Gesundheit auf. Die Zwillinge MZ dagegen waren sich in ihrer Art, Stimmlage, Temperament, in ihren Geschmacksrichtungen und in anderen Punkten ihres Wesens, sogar hinsichtlich der Sexualität, ähnlich. Diejenigen, welche eine besondere Charakteristik erkennen ließen, wie z. B. Neigung zum Angstgefühl, zur Unbeständigkeit und Erregbarkeit und zu cyklothymischen Veränderungen am Rand eines normalen Wesens, zeigten sich ebenfalls übereinstimmend zwischen den MZ, selbst dann, wenn sie in unterschiedlicher Umgebung aufgewachsen waren.

ROSENTHAL und seine Mitarbeiter hatten Gelegenheit, einen Ausnahmefall von Vierlingen mit einem gemeinsamen Erbgut (Genium quadruplets) zu studieren.

Angesichts all dieser Studien ist es offensichtlich, daß bei der Schizophrenie Ver-

erbung, Umgebung und beiderseitige Zwischenhandlungen mitsprechen. Schwierig ist es, die Art dieser Zwischenhandlungen zu bestimmen².

Die Erblchkeitslehre in der Psychiatrie hat in diesen letzten Jahren einen neuen Impuls durch die Chromosomenforschungen erhalten, wie dies bei dem DOWN-Syndrom der Fall ist. Seitdem nehmen mit jedem Tag die Veröffentlichungen von Arbeiten auf diesem Gebiet zu.

Zusammenfassend glaube ich, daß die Wirkung der zur Verfügung stehenden erblichen Eigenschaften wie folgt verstanden werden kann:

1. Man muß zwischen streng erblichen Krankheiten wie bei dem DOWN-Syndrom und anderen unterscheiden, bei denen man nur von einer bestehenden Veranlagung sprechen kann, wie bei den endogenen Psychosen. Sogar bei den typischen Krankheitsfällen von Vererbung, zu denen die *Chorea Huntington* gehört, besteht ein gewisses Spektrum in ihrer Manifestation, das mit neurologischen Symptomen anfängt, die metabolischen streift und bei den psychischen aufhört.

2. Bei Voraussetzung einer genetischen Basis besteht der Weg, bis diese sich offenbart, aus Komplexen. Es sind keine besonderen Beispiele vorhanden, sie können mitbestehen. Die am wenigsten bekannten Fälle liegen in der Zone zwischen der genetischen Veranlagung und den phänotypischen Ausdrucksformen psychischen Charakters.

3. Es ist notwendig, neue genetisch-psychiatrische Perspektiven zu suchen. Neben dem Studium über genetische Grundlagen klinischer Formen, wie diese gegenwärtig beschrieben werden, muß auch auf die genetischen Grundlagen der Prognose näher eingegangen werden. Alles in allem ist die wichtigste Frage die der Entwicklung der Geistesstörungen. Ähnliche klinische Symptomatologien nehmen verschiedene Verläufe. Die gegenwärtige Behandlung von Schizophrenie und Depressionen ist zum Teil gleich, zum Teil verschieden. Gewisse familiäre Beziehungen bestehen in pharmakologischer Hinsicht. Sehr wichtig wäre es, die genetische Grundlage der Chronifikation der Geistesstörungen und die Verschlimmerung an der Person zu studieren.

*

² Theorie der diatesis-stress. Der endogene Faktor ist latent, der exogene legt ihn dar. In anderen Fällen muß man an eine Aktivierung denken, das heißt nicht an eine Darlegung des Endogenen von „stress“, sondern an ein Zusammentreffen beider Handlungen. Beide Faktoren erzeugen denselben phänotypischen Effekt. Dieses Beispiel hält ROSENTHAL für das für die „genia quadruplets“ geeignete. Als die Kinder klein waren, waren sie wie gehemmt und eingengt in ihrem Wesen und wenig mitteilbar. Das Familienleben war genauso. Als die Kinder erkrankten, zeigte sich die extreme Hemmung („extrême constriction“) durch katatonie Symptome. Das andere Beispiel besteht in „Widerstandsleistung“. Es wird eine bessere Anwendung bei der monogenen-biochemischen Theorie finden. Es sind keine Faktoren zur Begünstigung einer Krankheitserscheinung nötig, wohl aber das Fehlen derjenigen, die sie hemmen. Man ist der Ansicht, daß diese Krankheit keinen psychologischen, sondern einen konstitutionellen Charakter habe. Schließlich noch das vierte Schema über wechselseitige Handlung (recíproca escalación), worin jeder Faktor den anderen noch intensiver hervorhebt.

All diese genetischen Forschungen haben auch Gegenstimmen. Wenn man einige zum Teil schon zitierte Krankheiten (*Chorea Huntington, Mongolismus*) beseite läßt, ist neuerdings den bei der Geisteskrankheit aus der Umwelt herstammenden Faktoren große Bedeutung beigemessen worden. KRAEPELIN hatte in den letzten Jahren seines Lebens eine Expedition nach Java organisiert, um den Einfluß der Umwelt beim Auftreten von Geistesstörungen zu studieren. Gewiß ist, daß das Fehlen metasyphilitischer Störungen — und das war eine seiner Entdeckungen — von BERINGER später nicht erwiesen wurde. Das Studium über das verschiedenartige Auftreten von Geisteskrankheiten, je nach dem Kulturstand eines Landes bzw. Landgebietes nennt man „transkulturelle oder crosskulturelle Psychiatrie“. Die Bedeutung derselben ist erkennbar, sobald man sich vergegenwärtigt, daß die Geisteskrankheit ganz besonders eine soziale Krankheit ist. Dieses „soziale“ der Krankheit ist jedoch von verschiedenen Seiten aus zu betrachten, davon ist die verständlichste die plastische Seite der Krankheit, d. h. ihre Morphologie oder symptomatologische Ausdrucksform, je nach der Beschaffenheit der Gesellschaft, innerhalb welcher der Betroffene lebt. Das Thema des Gestörten richtet sich nach den Umständen seines persönlichen Lebens oder nach der Beschaffenheit der ihn umgebenden Gesellschaft. Es ist leicht verständlich, daß ein Erfinderwahnsinn vor fünfzig Jahren die Unterseeboote zum Thema gehabt hat; heute dagegen könnten es die „misiles“ sein.

Das gesamte pathologische Spektrum ist jedoch nicht an diesem Schema zu erklären. Um diesen außerordentlich großen Komplex näher beleuchten zu können, haben wir die Neurose als Beispiel. Dabei handelt es sich um abnorme Erlebnisreaktionen. Ihre große geschichtliche Plastizität basiert darauf. Die Hysterien von SYDENHAM, die von CHARCOT sowie die gegenwärtige, sind völlig verschiedene Gebiete. Der Unterschied liegt nicht nur in den verschiedenen Ansichten der Ärzte, sondern auch in den Manifestationsformen der Kranken. Ein Teufelskreis wird hier aufgestellt: Der Kranke setzt zum Teil seine Symptomatologie als Antwort auf das Bild ein, das der Arzt sich über die Krankheit aufgestellt hat und umgekehrt. Diese weitumfassende Plastizität entfernt die Neurose von jedem materiellen Fundament und verwandelt sie in „Sociosis“. Daher kommt es auch, daß die Grenzen zwischen normal und pathologisch, je nach dem Kulturgebiet, in welchem wir uns befinden, verschieden sind.

Großen Einfluß hat der Kontakt vom Arzt zum Kranken auf die Ausdrucksform der psychischen Veränderungen. BRODY sagt, daß in seiner Klinik in Baltimore der wirtschaftlich arme Kranke eine sich fügende Haltung annimmt und dem Arzt sagt, was dieser zu hören wünscht. Die Haltung des Arztes dagegen ist eine mehr autoritäre. CAUDILL hat beobachtet, daß in den japanischen Privathospitälern der eingelieferte Kranke sich gefügig und im Einklang mit der Gesellschaftsordnung benimmt. Er klagt über Depressionen, Angstgefühl, hypochondrische Belästigung-

gen, aber in seinem Verhalten liegt nichts Aggressives. Das Verhältnis vom Arzt zum Kranken ist wie das eines älteren Bruders gegenüber dem jüngeren.

Unter den Symptomen der Geisteskrankheiten sind einige direkte Ausdrucksformen der Störung, sie haben einen defizitären Charakter wie z. B. die organische Demenz; andere dagegen sind Mittel oder Mechanismen zur Abwehr. Es ist wichtig zu beachten, daß *jegliche Abwehrsymptome von primär mitteilbarem Charakter sind*. Wenn ein Schizophreniekranker davon spricht, daß ihn die Freimaurer oder Jesuiten verfolgen, kommt das daher, daß er in seinem Wahn die abnorme primäre Erfahrung des In-der-Welt-Seins thematisiert und sie einordnet. Diese primäre Erfahrung hat sowohl in der endogenen Psychose wie in der Neurose einen angstvollen Charakter. Wahr ist, daß es von jeher ursprüngliche Angst gegeben hat, die allen Menschen eigen ist. Die Beziehung zwischen dieser *Ur-Angst* und den psychischen Symptomen verschiedenen Charakters ist von großer Bedeutung. Dieser Abwehrmechanismus darf nicht als Produkt bewußter Handlung angesehen werden. Er ist nur eine Waffe für das, was während des Wahns, der Halluzinationen oder der Phobie geschieht. Die Abwehr wird innerhalb der eigenen psychisch abnormen Struktur vollzogen. Beim Schizophreniker wird das in den äußeren psychischen Raum versetzt, was in Wirklichkeit in seinem Innern vorgeht. Das habe ich *Allotropie* des Symptoms genannt. Unter den Abwehrmitteln arbeiten exogene und endogene Faktoren.

CAROTHERS referiert, daß das von ihm am häufigsten gesehene Bild unter den afrikanischen Analphabeten nicht die eingeordnete Form des Wahns ist, sondern eine geistige Störung mit Erregbarkeit und heftigen Entladungen. OPLER teilt ähnliche Beobachtungen mit: Die delirante Systematisierung ist schon eine Abwehrmaßnahme des „Ich“. (In diese Gruppe sollten wir den „Amok“, den „latha“ von Malaien und die „Hysterie vom Nordpol“ miteinbegreifen.)

Von den verschiedenen Problemen, die eine vergleichende Psychiatrie mit Bezug auf die Depressionen aufwirft, werde ich nur die wichtigsten hervorheben:

1. An erster Stelle steht die Anwesenheit oder Abwesenheit von Depressionen in den verschiedenen natürlichen Zonen. In zahlreichen Arbeiten wird festgestellt, daß bei den primitiven Völkern kaum Depressionen bestehen. Verglichen mit ihrer Häufigkeit bei den europäischen Völkern existieren die Depressionen — wie es heißt — kaum bei den afrikanischen und in sehr geringem Umfang bei den asiatischen Völkern. Es wird auf das Vorkommen von Manien bei den asiatischen Völkern hingewiesen. GOLD, CAROTHER, HOCH, PFEIFER, LAMBO, BENEDICT und JACKS KLUGE sagen, daß es in Java und Indonesien wenig Depressionen und selten Selbstmorde gibt. ARI KIEV stellt auch in Ostindien keine maniaco-depressiven Psychosen fest. Auch dort zeigt sich die größere Häufigkeit der Manien gegenüber den Depressionen (CAROTHER, HSIEN RUN). Nach meiner Ansicht muß man diesen Behauptungen mit einer gewissen Vorsicht begegnen. Man benötigt eine gewisse

Kenntnis darüber, was Krankheit ist und was nicht, damit die Depressionen als solche anerkannt werden.

ZUTT lenkt die Aufmerksamkeit mit vollem Recht auf folgende Tatsache: Die Vererbbarkeit der Schizophrenie bewegt sich zwischen der Tuberkulose entsprechenden Zeichen. Von einhundert eineiigen Zwillingen sind 87,3% gegenüber der Tuberkulose und 91,5% gegenüber der Schizophrenie konkordant. In bezug auf Tuberkulose steht fest, daß Faktoren des Lebenskreises existieren, die in ihrer Genese eine Rolle spielen wie der Bazillus, der Hunger, das Klima, die Kälte usw. Warum soll man nicht auch bei der Schizophrenie einen Einfluß des Lebenskreises annehmen? MARTIN ROTH weist der sozialen Isolierung und dem einsamen und anonymen Leben in der Manifestation der Schizophrenie eine Rolle zu. Das Problem besteht nach meiner Ansicht darin, daß die geistigen Störungen ein gewisses *Manifestationsniveau* haben, das nicht nur vom Individuum selbst abhängt, sondern von der Gesellschaft, in der es lebt. Zur Zeit nimmt die Zahl der auf Alterationen der Senilität beruhenden Krankenhausaufnahmen zu. Diese Zunahme ist durch die Verlängerung des durchschnittlichen Lebensalters bedingt. Aber das ist nicht der einzige Faktor, sondern ein anderer ist indirekt mit dem vorherigen verbunden. Die industrialisierte Gesellschaft toleriert den geistesgestörten alten Menschen von Tag zu Tag weniger, auch dann, wenn die Störung geringfügig ist. Und zwar nicht nur wegen des Verlustes affektiver Bande, den ein weniger kompaktes Familienleben voraussetzt, noch wegen des in ihm einbegriffenen Strebens nach Werten des Menschen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, sondern wegen der Prinzipien ihrer Organisation selbst. Ich erinnere mich an eine fünfzigjährige Kranke, ein Fall von Alzheimer Krankheit, die mit ihrer ein Jahr jüngeren Schwester zusammenlebte. Die Schwester arbeitete in einem Büro. Da sie die Kranke nicht allein zu Hause lassen konnte, nahm sie sie mit ins Büro, wo sie blieb, während die andere arbeitete. Es läßt sich schwer denken, daß das heute in einem Unternehmen vorkommen könnte.

Es existiert also gegenüber den Psychosen ein *Toleranzniveau*, wie ein *neurotisches Niveau* besteht. Diese Niveaus ändern sich je nach der Struktur der Gesellschaft, in der man lebt.

Das Studium der vergleichenden Psychiatrie wirft jedenfalls ein anderes, sich aus dem vorhergehenden ableitendes und nicht weniger wichtiges Problem auf. Bisher drehte sich die Diskussion in bezug auf die endogenen Psychosen um ihre Form und ihre Bestimmung („Sosein“ und „Dasein“ nach K. Schneider). Man stimmt überall darin überein, daß die Form — selbstverständlich innerhalb der Aufrechterhaltung gewisser grundsätzlicher Schemen — stark durch die Atmosphäre beeinflusst ist, in welcher der Kranke lebt. In bezug auf ihre Bestimmung oder, um es klarer auszudrücken, auf ihre Ursache, existiert ein Antagonismus zwischen der klassischen Einstellung, die alles auf das Endogene reduziert und der Psychodynamik, die in allem Psychogenie sieht. Von BAYER und ZUTT sagen, daß ein

dritter Terminus existiert, der des „Jetztseins“ oder des Auftretens jetzt und hier. Dieses Auftreten, so fährt ZUTT fort, wird bestimmt durch die Situation, aber Situation will nicht Psychogenie besagen. Es ist das menschliche Wesen in seiner psycho-physischen Ganzheit, das sich in einer bestimmten Situation befindet, die zum Beispiel eine Schizophrenie auslösen kann. Wie man sieht, stellt sich hier das Problem der *Provokation* in anderer Form. In Beziehung auf die Neurosen habe ich die *kristallisierte Reaktion* beschrieben: Da ist die Störung latent, und ein bestimmter Umstand bringt sie an den Tag. Dieses „An-den-Tag-Bringen“ ist keine Psychogenese, außer diesem Offenbar-Werden gibt es noch viele mögliche Versionen. Oft macht sich die durch eine bestimmte Situation bloßgelegte Störung von jener los und nimmt einen tödlichen Verlauf (Katagenese).

Ferner möchte ich die Aufmerksamkeit auf einen anderen Punkt lenken. Welchen Charakter hat die Situation? Ich würde sagen, daß es sich um eine vitale Situation handelt und daß dieser Ausdruck „vital“ sich auf die vitale Schicht der Person bezieht, die auch psycho-physischer Natur ist und in deren Schoß die ersten Manifestationen der endogenen geistigen Veränderungen auftreten. An Hand der „vitalen Situation“ kann die Verknüpfung zwischen dem Endogenen, dem Exogenen und dem Soziogenen verständlich werden. Die zukünftige Aufgabe besteht in der Entdeckung der Wurzeln, die jede vitale Situation kennzeichnen.

Zu anderer Zeit wirkt dieselbe Ambiguität psychodynamisch und bewirkt, daß sich die Depressionen, vor allem die beängstigenden, lebhafter und dramatischer offenbaren. Wir haben zum Beispiel eine Kranke mit einem pseudo-dementialen Krankheitsbild gesehen, die im Grunde depressiv war und die von der Familie eher für müßig als für krank gehalten wurde.

2. *Die den Depressionen eigene Symptomatologie.* Von den drei fundamentalen Ängsten, die die Depression und auch die Neurosen enthüllen, der Angst vor dem Dasein als Schuldgefühl, vor der körperlichen Vergänglichkeit als Hypochondrie und vor der Welt als Armut, herrscht gemäß den historischen Umständen in den entsprechenden Wahnsinnsthemen die eine oder die andere vor. Viele Arbeiten zeigen übereinstimmend die Verminderung des Themas des Schuldgefühls in der letzten Zeit auf, die genau mit der Säkularisierung der zeitgenössischen Gesellschaft zusammenfällt (ORELLI, JANZARI, ARNOLD, LENZ etc.). Zu dieser Einzelheit gesellt sich die der Beziehung zwischen diesem Thema und der kollektiven Mentalität. LENZ sagt — was nach meiner Ansicht etwas übertrieben ist —, daß der primitive Mensch kein Gewissen hat und infolgedessen kein Schuldgefühl hegen kann. MURPHY, WITTKOWER und CHANGE haben uns die Ergebnisse einer Befragung über die Symptomatologie der Depressionen in dreißig Ländern mitgeteilt. Die Ideen der Selbstanklage traten fast ausschließlich in christlichen Ländern auf, die Minderwertigkeitsgefühle beim Mittelstand und in den unteren Klassen Verdruß, Unwillen und Erregung. JAKOVLJEVIC sagt, daß die Depressionen in Afrikanisch-Guinea in Form von Betäubung oder Aggression auftreten, aber nicht mit

dem Schuldgefühl. ORELLI und andere Autoren weisen andererseits auf das Anwachsen der hypochondrischen Delirien hin, das mit der Einschätzung zusammenfällt, die der moderne Mensch seinem Körper erweist.

Wenn man das Krankheitsbild der heutzutage an Depressionen Leidenden gründlich überprüft, kann man mit der größten Klarheit sehen, was an Wahrem in der Behauptung steckt, daß das Thema des Schuldgefühls sich vermindert hat; es handelt sich in der Tat um die Abnahme des moralischen Schuldgefühls mit religiöser Grundlage, aber nicht um ontologische oder existenzielle Schuld. Eher ist sie in dieser Form in der Mehrzahl der Depressiven vorhanden. Das existenzielle Schuldgefühl ergibt sich aus der Kommunikationsform der mangelhaften und den Existenzplan vereitelnden Natur. Leben ist im Leben voranschreiten, und jeder vitale Akt an sich ist eine Auswahl, aber gleichzeitig auch ein Verzicht. Dieser grundlegende Verzicht wird im Innern des Depressiven transparent. LENZ spricht vom „Los-Syndrom“, dem Syndrom des Verlustes. Der Depressive hat keinen Appetit, er ist nicht müde, noch bringt er für irgend etwas Interesse auf usw. Der Depressive hat kein Interesse am Leben. Das Leben an sich scheint ihm des Sinns beraubt, mit einem beträchtlichen „quantum“ an Absurdem und an Leere. Da diese Erfahrung primär ist, das heißt in den Tiefen des Seins entsteht und der ihr eigene vitale Akt im Gewissen anbricht, erscheint sie als primäres Schuldgefühl, als wesentliches Mißlingen. In diesem Sinne enthüllt sich also in den Depressionen die fehlende Transzendenz und der Nihilismus, der den zeitgenössischen Menschen charakterisiert.

Bezüglich der Schizophrenie kann zusammenfassend gesagt werden, daß die paranoide Form lediglich bei Völkern mit differenzierter Kultur beobachtet wird und daß bei den übrigen die hebephrenen und katatonischen Formen vorherrschen. Es hängt von der Kultur ab, ob die schizophrenen Psychosen als Krankheit anerkannt werden oder nicht. Ein Fakir oder ein Eremit in Indien können, der europäischen Optik gemäß, einen residualen schizophrenen Zustand darstellen. URBAN sagt, daß es bei vielen „gurus“ sehr schwer ist, zu entscheiden, ob es sich um einen Schizophrenen handelt oder nicht. Bei vielen orientalischen Völkern sind die Krankheitsbilder maskiert oder komplizieren sich durch die Drogen wie in Europa durch den Alkohol.

In der Arbeit von MURPHY, WITTKOWER, ELLENBERG und FRIED wird aufgezeigt, daß das paranoide Syndrom auf dem Lande weniger häufig ist als in der Stadt und dagegen auf dem Lande die religiösen Inhalte häufiger sind. Sie weisen im allgemeinen darauf hin, daß sich die Schizophrenie überall durch soziale und emotionale Zurückgezogenheit, durch affektiven Verfall und durch Illusionen und Halluzinationen charakterisiert. Die hebephrenen Formen sind in Japan und Okinawa sehr häufig, der katatonische Typ im allgemeinen in ganz Asien, während der paranoide und halluzinatorische Typ im euro-amerikanischen Bereich auftritt. Bei den Indern wirkt die Katatonie hemmend, während sie sich bei den

Afrikanern und Südamerikanern als Erregung zeigt. LUCAS, SAINSBURY und COLLIN stellen fest, daß bei den schizophrenen Negern in den Vereinigten Staaten die religiösen Delirien und Halluzinationen vorherrschen, bei den Weißen dagegen die hypochondrischen Ideen und die dazu in Bezug stehenden Vorstellungen.

*

Es gibt zahlreiche Krankheitsbilder, die für eine bestimmte Region typisch sind. ELLENBERG hat kürzlich über diese Frage eine ausgezeichnete Zusammenfassung geschrieben. Von den bekanntesten zitieren wir *Amok*, *Berserkerwut*, *Kayat*, *Lathak*, *Myriakit*, *Ium*, *Koro*, *Windrigo* usw. Bei ihnen allen kann man nach meiner Ansicht zwei strukturelle Ebenen wahrnehmen, eine soziale: Nachahmung, Lebensbedingungen, Lebensanschauungen usw., und eine andere psycho-pathologische im strikten Sinn: endogene oder provozierte Angstkrisen, die in den meisten Fällen in Aggression auslaufen (z. B. Amoklauf) oder in anderer Form wie Übergabe (z. B. Lathah), entsprechend den beiden fundamentalen biologischen Wurzeln des menschlichen Verhaltens.

Die psychischen Epidemien sind nicht etwas, das aus unserer Welt verschwunden ist, obwohl sie sich nicht mit der einstigen Theatralität darbieten. Man trifft noch auf einige Beispiele. RIZO und BOKER haben kürzlich einen „Verzauberungswahn“ unter italienischen Arbeitern in der Schweiz beschrieben, die aus den Abruzzen stammten. In der ländlichen Lebenssphäre herrscht noch der Glaube, daß ein Mann von einem Mädchen verzaubert werden kann, wenn man ihm unbemerkt ein paar Tropfen ihres Menstruationsblutes zu trinken gibt. Dies ist eine „fatura d'amore“, aber es gibt auch eine „fatura a morte“, und wie es natürlich ist, gibt es auch „contrafatturas“.

Heutzutage wird viel von der Abnahme der intra-spezifischen Aggressivität gesprochen, wie LORENZ sagt. Ich weiß nicht, bis zu welchem Punkt das stimmt. Am wahrscheinlichsten ist, daß die Aggressivität andere, wenn auch weniger theatralische Formen angenommen hat. Der letzte Krieg hat nicht gerade die Abnahme der Aggressivität in der menschlichen Spezies demonstriert.

Jedenfalls nimmt die Aggressivität zu und nimmt manchmal pathologischen Charakter in der Konfrontationszone zweier verschiedener Kulturen an.

Bei dem „Syndrom von Puerto Rico“ (FERNANDEZ MOLINA, MEHLMANN) stehen wir vor einem reinen Produkt der Verpflanzung einer Kultur auf eine andere mit ihren vielfach durch die Feindseligkeit des kulturellen Empfängniskreises hervorgerufenen Anpassungsschwierigkeiten.

*

So ist die „vergleichende“ Psychiatrie entstanden, zu deren Zweigen die Ethnopsychiatrie gehört. Der Vergleich kann durchgeführt werden, indem man sich auf die Evolution des historischen Materials stützt. Zum Beispiel ist die Änderung der

Psychiologie der Neurosen im Laufe der letzten hundert Jahre unbestreitbar. Man kann deshalb von einer Übereinstimmung im Stil des Krankwerdens und im Lebensstil sprechen. Die Angst, die im Kern der Neurosen steckt, äußert sich gemäß der sie umhüllenden Atmosphäre auf die eine oder andere Weise, auch wenn ihre Wurzeln dieselben sind. Die *Säkularisierung* der zeitgenössischen Angst hat nicht nur die Maske dieser Angst verändert, sondern ebenfalls das Sensibilitätsniveau ihr gegenüber. Die Neurosen haben sich verinnerlicht und ihren theatralischen Charakter verloren. Wir können sogar sagen, daß sie sich somatisiert haben. Um sich auszudrücken suchen sie mehr die vegetativen Kanäle als die senso-motorischen.

*

Eine oft gestellte Frage lautet: Gibt es soziale Schichten, die das Auftreten von Geistesstörungen begünstigen oder hemmen? Dazu gehört die oft gestellte Frage hinsichtlich der Häufigkeit von Geistesstörungen in den überentwickelten Gesellschaftsschichten im Verhältnis zu den unterentwickelten. Es gibt eine klassische Antwort; sie besagt, daß die Geisteskrankheiten unveränderlich sind, die Neurose jedoch nicht, und daß das Eindringen von Geistesstörungen in eine bestimmte Gesellschaftsschicht von deren Fähigkeit, dieselben zu absorbieren oder anderen zu überlassen, abhängt.

EATON und WELL haben die geistige Gesundheit der Hutteriten studiert, einer Anabaptistensekte deutschen Ursprungs, die im amerikanischen Middle West wohnhaft ist. Diese Menschen führen ein einfaches, ländliches und harmonisches Leben. Das Leben jedes Mitglieds ist von Geburt an bis zum Grab gesichert. Die Herkunft dieser Sekte geht auf das Jahr 1528 zurück. In den Jahren 1874—1877 wanderten sie aus Preußen aus und siedelten sich in den Vereinigten Staaten an. Ethnografisch ist es kein primitives Volk. Von Rundfunk und Kino wollen sie nichts wissen, indessen gehen sie zur Schule und benutzen moderne landwirtschaftliche Apparate. Unter 8542 Hutteriten entdeckten 199, daß sie unter irgendeiner geistigen Störung litten, davon waren 53 Psychose-Fälle. Trotz ihres fast paradisiischen Lebens sind sie also gegen Geisteskrankheiten nicht immun. In 8 Fällen ließ die Symptomatologie auf das Vorhandensein eines Faktors innerhalb der Familie schließen. In keinem Fall wurde die psychopathische Diagnose angewendet. Alkoholsucht, Toxikomanie, Syphilis waren nicht vorhanden und diese machen 10% der Einnahmen in den amerikanischen Hospitälern für Psychiatrie aus. Die Zahl der Psychosefälle unter den Hutteriten beträgt ein Drittel im Verhältnis zu der des Staates New York, wobei zu berücksichtigen ist, daß auf jeden in einer Institution eingelieferten Fall ein Geisteskranker nicht gezählt wird. Bei den Hutteriten gab es bis zu 69 Neurotikern, hauptsächlich Frauen.

Diese Feststellung beweist, daß das Niveau geistiger Anpassung eines Menschen in einer Gesellschaft nicht nur vom Menschen, sondern auch von der Gesellschaft

abhängt. Die geistige Gesundheit in diesem Sinne hängt von der vom Menschen zur Gesellschaft hergestellten Beziehung und von der Art, wie die Leute leben und zu leben wünschen, ab.

Deshalb sind die Statistiken über die geistige Gesundheit einer bestimmten Bevölkerung nur von relativem Wert. Eine aus einer großen Mehrzahl bestehende, bewegliche, im Übergang befindliche und unsichere Gesellschaft ist eine Gesellschaft mit mehr Kranken, mehr Selbstmorden, mehr Verbrechen etc.

HOLLINGSHEAD und REDLICH behaupten, als Resultat einer weitgehenden Forschung, daß eine positive Beziehung zwischen der Zugehörigkeit zu einer niederen sozialen Klasse und gewissen psychischen Störungen besteht, im besonderen bei der chronischen Schizophrenie. Dagegen behauptet JACO, daß diese Beziehung nur scheinbar besteht, denn sie würde nur in einer Anhäufung von Patienten, die im Laufe verschiedener Jahre nicht entlassen wurden, zum Ausdruck kommen. Es handle sich also nicht um eine Zunahme der Psychosefälle, sondern um chronisch Erkrankte, die wirtschaftlich und kulturell bescheiden dastehen und aus diesem Grund nicht dieselbe psychiatrische Betreuung, wie sie anderen sozialen Schichten zuteil wird, haben.

Bei einer anderen in Texas durchgeführten Forschung wurden allererste Fälle von Psychose festgestellt, einschließlich der in Hospitälern Untergebrachten, der ambulanten Behandlung sowie der privat und öffentlich Aufgenommenen. Man stellte einige subkulturelle Unterschiede fest, da die Psychose, besonders die Schizophrenie, hauptsächlich unter anglo-amerikanischen Gruppen auftrat, denen die Nicht-Weißen und die Latein-Amerikaner folgen. Ferner traten die Fälle mehr in der Stadt als auf dem Lande auf. An dieser Tatsache hat die innere Emigration vom Land zur Stadt hin ihren Anteil, denn sie verursacht einen gewissen Bruch im Familienleben und seinem Fortbestand, besonders zwischen der jungen und älteren Generation. JACO hebt die schützende Rolle, d. h. den seelischen Halt und die Festigkeit gegen diesen Sturm von Geistesstörungen der latein-amerikanischen Familie hervor, verglichen mit der anglo-amerikanischen. Dieser Unterschied bestätigt sich von Neuem in der niedrigen Zahl von Psychosefällen, die bei den Frauen der latein-amerikanischen Gruppe festgestellt wurden. Die familiäre Festigkeit ermöglicht einer geistesgestörten ruhigen Frau eine Unterkunft zu finden, ohne daß ein Arzt oder Hospital aufgesucht wird. Über die verschiedenartige Schizophrenie-Erkrankung innerhalb irländischer und italienischer Familien, in New York wohnhaft, hat OPLER eine Beschreibung gegeben.

Das jüngste Studium wurde kürzlich im Rahmen des Projektes Midtown Manhattan von REMNI und SPROLE durchgeführt. Demnach sind 24% der Erwachsenen von Midtown Manhattan geistig nicht gesund; 75% haben niemals einen Psychiater aufgesucht; bei 58% ergaben sich mäßige Symptome und nur 18% könnten als geistig gesund gelten.

LEIGHTON bemerkt in dem Stirling County Study, daß die Prozentsätze geisti-

ger Krankheit und Gesundheit in einem halb-ländlichen kleinen Bezirk sich den Feststellungen des Stadtbezirkes Manhattan nähern. Nur 17% wären frei von Störungen und über ein Drittel soll unter Schwankungen recht bedeutenden Ausmaßes leiden. In beiden Forschungen kam man zu dem Schluß, daß die beste geistige Gesundheit sich mit der sozial höchsten Klasse verbindet. Im LEIGHTON-Projekt konnte diese, daraufbezüglich, in der größten der erforschten Ortschaften nicht nachgewiesen werden.

Was die Neurotiker anbelangt, so hängt das Krankheitsniveau nicht nur vom sozialen Einfluß ab, sondern auch vom Menschen bezüglich seiner selbst. Wesentlich ist z. B. die Haltung mit Bezug auf sein Leiberlebnis. Es ist mehr oder weniger hypochondrisch, je nachdem, wie sich jemand mehr oder weniger dieser Kakophonie leiblicher Empfindungen hingibt. Das Gefühlsleben der Epoche ist auch von gewisser Bedeutung. Mitunter ist der Mensch der Langeweile und der Angst gegenüber viel sensibler, als er es bei anderen Vorkommnissen wäre. Die geschichtlichen, soziologischen und geistigen Strukturen, die das Durchbrechen dieser Sensibilität beeinflussen, sind sehr interessant.

*

Im Rahmen der zugrunde liegenden Gesellschaftsordnung ist in der letzten Zeit dem Familienleben eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet worden, ganz speziell *der Beziehung zwischen Mutter und Sohn*. Mangel an Liebe ist dabei das große Problem, die Bibliographie darüber hat in den letzten Jahren ungeheuer zugenommen. Die Monographie von BOWLEY, *Die mütterliche Betreuung und die geistige Gesundheit*, veröffentlicht von OMS, 1951, hat einen solchen Sturm von Kommentaren aufgewirbelt, daß 1963 die OMS sich moralisch gezwungen sah, eine neue Monographie über dasselbe Thema zu veröffentlichen, dazu eine Revision über die Folgen, in der Analysen und Behauptungen viel abgeschwächer gehalten sind als in der ersten Veröffentlichung. „Wegen der Komplexität der Zwischenwirkungen der großen Anzahl von Variablen, die von entscheidendem Einfluß auf die spätere Entwicklung sein kann, kann man vorläufig den Voraussetzungen über das Auftreten von Symptomen einschließlich in Fällen von außergewöhnlich affektivem Traumatismus kein Vertrauen entgegenbringen“ (PRUGH und HARLOW). Tatsächlich ist in diesen Fällen nicht nur der traumatische Einfluß der Trennung zu berücksichtigen, sondern auch die körperliche Gesundheit des Kindes, „seine äußerste Leistungsfähigkeit und andere Qualitäten des Ich“. Zum Abschluß sei noch gesagt, daß, wenn es wahr ist, daß die Persönlichkeit sich im Laufe des Lebens heranbildet, diese Bildung sich im Kern der Selbständigkeit, nämlich dem des eigenen „Ich“ vollzieht, und weil dieser selbständige Kern vorhanden ist, ist man nicht nur ein Individuum, sondern eine Person.

SPITZ bezeichnet mit dem anaklitischen Depressionszustand einen Zustand von Stumpfsinn und Benommenheit, den man an Kindern, die keine mütterliche Fürsorge kennen, beobachten kann. Die Kinder sind apathisch, schweigsam und

traurig, verlieren an Gewicht, schlafen nicht und stellen kaum Verbindung mit ihrer Umwelt her, sie stecken sich leicht an, und ihre Entwicklung wird immer schwieriger. Die Heilung — so sagt man — vollzieht sich schnell, wenn das Kind zur Mutter zurückgeht; hält jedoch die Trennung monatelang an, ist eine völlige Wiederherstellung schwierig.

Das Verdienst von SPITZ liegt meiner Ansicht nach darin, daß er auf das Vorhandensein von depressiven Zuständen, schon in den frühesten Lebensjahren, hinwies. Die Unfähigkeit des Kindes, seinen Gemütszustand auszudrücken, war der Grund, daß diese Tatsache unbekannt blieb. Daß diese Gemütszustände durch das Fehlen der Mutter begründet sind, ist eine nächste Behauptung. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, daß schon bei Kindern Schwankungen der Vitalität zu bemerken sind. Das Problem des infantilen Autismus steht in enger Verbindung mit solchen Schwankungen. Diese depressiven Zustände können bei Kindern eintreten, selbst wenn sie in liebevoller Umgebung leben. Trotz der Liebe und Zärtlichkeit der Mutter verliert das Kind an Vitalität. Der somatische Ausdruck eines solchen Erlöschens der Vitalität ist offensichtlicher als bei den Erwachsenen. Sein Körper leidet mehr durch all diese Schwankungen der Vitalität, als Erwachsene darunter leiden.

Trotzdem kann nicht alles, was die Monographie von BOWLEY besagt — sie umfaßt eine lange Reihe von Arbeiten in derselben Richtung — ohne jede Diskussion bleiben. Die gleichen Beobachtungen von SPITZ werden von anderen Autoren als für nicht korrekt erachtet. PINNEAU veröffentlichte 1955 eine eingehende Kritik darüber. (BOWLEY hat seinen Standpunkt geändert, er nähert sich, für die neue Fassung seiner Monographie, mehr den Arbeiten der Ethologen [LORENZ] und stützt sich auf diese, unter einer weniger strengen Befolgung der in dem psychoanalytischen Vokabularium beleuchteten Arbeiten.)

Die veränderte gegenwärtige Denkweise hinsichtlich der fehlenden Mutterliebe kann in folgenden Punkten zusammengefaßt werden:

1. Es ist noch nicht erwiesen, daß die von SPITZ und anderen Autoren laut ihren Beobachtungen aufgezeichneten Schäden definitiv sind. Viele sind reversibel. Die in einigen „tests“ festgestellte Zurückgebliebenheit bei Kindern von 2 bis 12 Monaten, die meistens in Anstalten untergebracht waren, wird offensichtlich in der Phase von 4¹/₂ bis zu 6 Jahren aufgeholt. Die Hauptsache dabei ist, daß ihnen keine Gelegenheit zum Lernen gegeben wurde. Das Nichtvorhandensein einer Möglichkeit, motorisch zu lernen, war Schuld an der rückständigen motorischen Entwicklung. So hat es DENNIS in seinen in Teheran durchgeführten Studien bewiesen. Dieser Autor hat niemals den von SPITZ beschriebenen ernsten „Marasmus“, als Folge des Hospitalismus, gesehen. SCHAFFER lenkt die Aufmerksamkeit auf den negativen Einfluß der Eintönigkeit der Umgebung: Es ist also nicht nur das Fehlen der Mutter. Die Studien, die RABIN an Kindern der Kibbutz in Israel machte, beweisen den Einfluß dessen, was man „intermittierende Mütterlichkeit“ nennt.

Die Kinder bleiben während des ersten Jahres unter der Oberaufsicht von einer Krankenpflegerin und zwei Sozialpflegerinnen. Die Mutter besucht und pflegt das Kind, bis es im Alter von 6 bis 8 Monaten der Brust entwöhnt wird und danach besucht sie es nur noch einmal nachmittags. Man kann da also nicht mehr von einer mütterlichen Person sprechen, allenfalls von zwei. Bei den Kindern des Kibbutz ist nach einem Jahr — im Gegensatz zu anderen Kindern — eine Rückständigkeit des „Ich“ und seiner Entwicklung festzustellen. Sobald sie jedoch 10 Jahre alt sind, sieht es umgekehrt aus, d. h. die Entwicklung des „Ich“ bei den Kindern des Kibbutz und ihre intellektuellen Faktoren haben die anderen überholt.

Diese und andere Beobachtungen, besonders die von MARGARET MEAD, beweisen, daß die *monotropische Beziehung zu der Mutter*, so wie sie in den psychoanalytischen Studien gezeichnet worden ist, nicht die beste ist. Man kann sogar annehmen, daß da die Wurzeln — zumindest eine — für die Neurose schon beim Kind zu suchen sind, ebenso auch die Wurzel für seine psychische Verletzbarkeit in der heutigen Gesellschaft (VAN DER BERG). Es ist natürlich, daß die zu sehr beschützende und ängstliche Handlungsweise der Mutter die Angst in dem im Wachstum befindlichen Kind vergrößert (LERNER, MILLER und SWANSON). Bis zu welchem Punkt diese Handlungsweise die verhütende Schwangerschaft beeinflußt — mit ihren Folgerungen des Einzelkindes, wenig zahlreiche Familie etc. — wäre lohnend festzustellen. Sicher ist, daß, wenn man von dem Einfluß des mütterlichen oder väterlichen Ebenbildes in der Entwicklung des Kindes spricht, das Problem gerade deshalb ungelöst bleibt, da man als Muster für die Bildung der Persönlichkeit das des *neurotischen Kindes* nimmt. Das ist ein Irrtum der psychoanalytischen Lehre. Das gesunde Kind hat ein offenes Wesen und macht davon mehr Gebrauch als das zur Neurose neigende Kind. Die Neigung dazu bringt die Tendenz zur Verschlossenheit mit sich. Wenn nun diese Tendenz noch durch Irrtum in der Erziehung bestärkt wird, sind ihre schädlichen Auswirkungen noch größer. Das schon vorher Gesagte soll nochmals betont werden: Im gesunden Menschen liegt die Möglichkeit des Ausgleichs der Defizite und der Fehlschläge, denen er sich durch die Zufälle dieses Lebens unterworfen sieht, und gerade diese Schicksalschläge sind es, die die Persönlichkeit stärken, wie wir es an den Kindern der Kibbutz gesehen haben.

Der Hang des Kindes zum Autismus ist nicht immer eine Folge der fehlenden Mutterliebe. In vielen dieser Fälle liegt eine psychisch-organische Störung vor und die Zerrüttung im Verhältnis von Mutter zum Sohn gibt dem Bild nur noch die richtige Farbe (VAN KREVELEN, PASAMANICK und KNOBLOCH).

Die Beziehung von Mutter zum Sohn hat auch nichts mit *ursprünglicher Wollust* zu tun (die Mutter zur Befriedigung der libidinösen Bedürfnisse des Kindes). BOWLEY, der sich auf die von LORENZ an seinen Gänsen gemachten Beobachtungen stützt, betont diese ursprüngliche instinktive Adhäsion durch die mechanische Prä-

gung, die aus der Befriedigung der Bedürfnisse entsteht. Diese Prägung findet in gewissen Gefühlsregungen bei ihm selbst statt, und obgleich er sich in der Annahme solcher Regungen, die ausschließlich bei Kindern und Tieren vorkommen, geirrt und diese übertrieben hat, ist dieser Anfang in der Unterbrechung der kindlichen Entwicklung wichtig. Es stimmt nicht, daß es Zeiten gibt, während derer ein spezifisches Lernen stattfinden könnte und andere, in denen das nicht ginge. Man sollte statt dessen lieber von mehr oder weniger solches Lernen fördernden Zeiten sprechen. Wieder einmal ist die Biegsamkeit des kindlichen Wesens hervorgetreten.

Zusammenfassend wäre zu sagen, daß, wenn Anstalts-Unterbringung vorliegt, diese nicht ausschließlich auf das Fehlen der Mutterliebe zurückzuführen ist. Es ist zu beachten, daß es in den Anstalten keine Gelegenheit zum Lernen gibt und auch soziale Anregungen fehlen („*environ mental deprivation*“). Es ist außerdem nicht irreversibel und wenn, muß man den organischen Hintergrund suchen.

Vielleicht fordert unsere heutige Kultur ein engeres Verhältnis zwischen Eltern und Kindern. In diesem Falle wird solcher Forderung aber nicht nur in den ersten Monaten und Jahren ausreichend entsprochen. Die schwersten Zerrüttungen in den Beziehungen Eltern—Kinder treten in späteren Jahren ein.

Das Fehlen von Liebe ist auch durch Experimente an Tieren ausprobiert worden. Die kürzlichen Erfahrungen von FULLER und CLARK führten zu einem wichtigen Ergebnis. Die Versuche wurden an jungen, wenige Wochen alten Foxterriern vorgenommen. Es ist festzustellen, bis zu welchem Grad sie sich durch Isolierung von der Umwelt verändern. Einige Gruppen der Tiere wurden ein- oder mehrmals wöchentlich aus ihren Käfigen herausgenommen und verschiedenen Übungen unterzogen. Andere, die sogenannten „K“ (zur Erinnerung an KASPAR HAUSER), blieben vier Wochen allein. Als sie endlich mit den anderen in Kontakt kamen, war ihr Verhalten nicht normal. Sie waren teilnahmslos, ihre Haltung war fast kataleptisch oder überreizt, sie heulten hysterisch. War das die Wirkung der Entziehung und Absonderung oder der neuen Lage, die sie beängstigte? Um das zu erforschen, wurden dieser Gruppe „K“ Beruhigungsmittel verabreicht. Die Wirkung trat sofort ein. Sie verhielten sich genauso wie die anderen. Das Wichtige war also nicht die vorherige Entziehung, sondern die neue Situation, in der sie sich befinden.

*

Die Geisteskrankheiten sind an ihren Symptomen zu erkennen. Das Symptom drückt die innere Störung aus und in diesem Sinne hat es den Wert des mitteilenden Zeichens. Es ist jedoch ein Irrtum zu glauben, daß dieses Sich-Mitteilen, die Verständigung, das einzig Herzustellende zwischen Arzt und Kranken oder dem Kranken und der Gesellschaft sei. Beim Geisteskranken ist vor allem die Verständigung, die er mit sich selbst herstellt, von Bedeutung. Der Mensch ist nicht unbedingt psychisch, der Psychismus liegt aber in seinem Leib verankert. In dieser

Zone der Verankerung befindet sich das lebenswichtige Stratum. Viele Symptome sind Ausdruckserscheinungen dessen, was darin vorgeht. Etwas Dunkles kommt zum Ausdruck. Dieses Dunkle nennt man die Grundstörung zur Schizophrenie oder den Depressionsgrund oder die Angst des Neurotikers. In der Krankheit ist die Einigkeit des psychischen Wesens bedroht. Man nennt das Wahn, Irrsinn. Mitunter kommt es vor, daß sich eine solche Bedrohung vollzieht (und das Wesen ist in einer seiner Lagen ein anderes. Die Geschehnisse gehören nicht zu seinem Ich.) Es hat seine Macht verloren, die es als Schöpfer persönlicher Handlungen besessen hat, und die ihm nur noch durch das Fortbestehen der Person gehört. Das sind die ernstesten Formen der Psychose. Andere gibt es nur in Form von Bedrohung, von neurotischer oder zylothymischer Angst. Die Symptome sind da zur Abwehr gegen den Zerfall oder die Bedrohung. Deshalb ist jedes Symptom psychodynamisch und mitteilbar, infolgedessen hat es auch Beziehung zur Umgebung, aber der Druck kommt von innen her, und dieser innere Boden berührt die Leiblichkeit. Daher der Einfluß des Endogenen auf das „Dasein“ der Geisteskrankheiten.

Bis zu welchem Grad kann aber ein Konflikt eine seelische Störung hervorrufen?

Ein Trauma erzeugt eine abnorme Erlebnisreaktion. Woher kommt die Abnormalität in der Reaktion? Von dem Trauma selbst durch seine Heftigkeit oder durch seine Bedeutung oder von der Person her? Viele Menschen können von einem heftigen Trauma betroffen werden. Jeder Mensch hat die Fähigkeit, hysterisch zu werden, sagt HOCHÉ. Jedoch hat die Erfahrung aus dem Krieg und aus den Konzentrationslagern nicht nur bewiesen, bis zu welchem Maß ein Mensch hysterisch werden kann, sondern auch, bis zu welchem Maß er fähig ist, Widerstand zu leisten. Im täglichen Leben sind die wirklichen Traumata die bedeutsamen, wodurch das Problem von hier auf die zweite Bezugnahme der vorigen Frage, auf die Person, verlegt wird. FREUD behauptete, daß die traumatischen Erlebnisse sexual seien, jedoch ließ er bald von diesem Glauben ab. Zu behaupten, daß traumatische Erlebnisse Störungen in den libidinösen Kräften hervorrufen, wäre dasselbe, als sagte man, die Lebenskraft selbst würde durch sie Störungen erleiden.

Die Bedeutsamkeit für die Person kann aus ihrer inneren Geschichte herrühren, d. h. aus ihren früheren Erfahrungen. Wir haben gerade über die Bedeutung des Problems der Beziehungen zwischen Mutter und Sohn gesprochen. In der Auslegung der Bedeutung der seelischen Traumata — ein Thema von lebhaftem Anklang in allen Schulen für Psycho-Therapie — ist jedoch etwas Wesentliches vergessen worden. Das traumatische Erlebnis besteht als solches, weil es einen Angstzustand hervorruft, den der davon Betroffene nicht ausgleichen kann. Warum haben wir die Angst im täglichen Leben und nicht diese andere Angst, die eine Reihe von Abwehrmaßnahmen in Bewegung setzt, und die wir Symptome nennen? In einer Reihe von Arbeiten habe ich mich bemüht zu beweisen, daß die neurotische Angst an sich anormal ist. Das traumatische Erlebnis ist nicht von geneti-

schem Charakter, es will sich offenbaren, sich entfesseln. Der Konflikt ist Konflikt, weil die Person anormal ist oder sich in einem *anormalen Zustand befindet*. Bei den Neurosekranken besteht im Grunde auch eine Veranlagung zur „endothymischen Geistesstörung“, oftmals phasischen Charakters. Das Vorhandensein von Phasen in der Zykllothymie ist offensichtlich; aber auch bei Neurosen und psychosomatischen Störungen ist dies der Fall, wobei das nicht heißen soll, daß das Problem der neurotischen Person nicht bestände.

Manchmal denke ich, dies sei ein Gesetz der allgemeinen Pathologie. WOLFF sagt, daß man, wenn man ein Leben lang am Menschen Untersuchungen vorgenommen hat, entdeckt, daß jeder einzelne irgendeinen bestimmten Krankheitskoeffizienten in sich trägt, aber nicht das sei das Wesentliche, sondern daß es Perioden gibt, *cluster year*, in denen die Wahrscheinlichkeit zu erkranken 1,75 mal größer ist als durchschnittlich. In diesem *cluster* findet man nicht nur ein, sondern verschiedene Syndrome. Solche „Spitzenjahre“ erscheinen ohne jeden bemerkenswerten Wechsel in der Diät noch in den Maßnahmen gegen Ansteckung, Trauma, Vergiftungen etc.

Es gibt also eine Zeitstruktur des menschlichen Lebens (Zeitgeschehen): *negativer Kairos*. In solchen Momenten ist die Empfänglichkeit für die Neurose größer. Ein kleiner traumatischer Anstoß, der zu jeder anderen Jahreszeit den Menschen unversehrt ließe, verletzt ihn jetzt und löst die Krankheit aus.

Nicht bei den Traumata liegt die wesentliche Bedeutung. In der neurotischen Angst ist zu sehen, wie einzigartig diese Angst ist. Irgendein konkretes Erlebnis bringt diese im Grunde schlummernde Angst ans Tageslicht, jedoch ist bei jedem Menschen dieses konkrete Erlebnis ein anderes. Das Banale — sich die Augen verbinden, eine Spinne, eine schwere Enttäuschung — wird wesentlich, weil es diese Form von nicht normaler, an den Leib gebundener Angst weckt, die man Lebensangst nennen kann. Aus dieser entstehen die verschiedenen Stufen der Angst, je nach Epoche, dem sozialen mehr oder weniger festen Gebäude der familiären Atmosphäre, innerhalb welcher jedermann lebt. Sowohl die Lebensangst als auch die Lebenstraurigkeit und die fundamentale Stimmung des Schizophrenen sind in ihrer Entwicklung endogen.

Das „endogen“ muß richtig verstanden werden. TELLENBACH machte darauf aufmerksam, als er von der Melancholie sprach. Das *Endom* ist kein Gen, obgleich es ratsam ist, hinzuzufügen, daß ein Gen keine absolute Bezeichnung, sondern eine Möglichkeit der Entwicklung ist. Das *Endom* liegt in der Persönlichkeit wie eine Potenz. Es muß irgendeine Form leiblicher Verankerung haben, aber keine absolute leibliche Bestimmung. Das seelische Leben, die Umwelt und die Verbindung zu ihr haben ihren Anteil an der Entwicklung. Je pathologischer das Leben ist, um so schwerer wiegt das in ihm *gegebene*, und *Gegebenes* ist auch an den Leib gebunden, wengleich es nicht Leib allein ist, sondern schon in der Vereinigung mit dem, was wir „menschliche Person“ nennen.

DISKUSSION ZUM VORTRAG
VON PROF. J. J. LÓPEZ-IBOR

*Die Bedeutung von Umwelt und Erbgut für die Manifestation
psychischer Störungen*

Alcobé: Ich möchte zu dem ausgezeichneten Vortrag von Prof. López-Ibor einige Worte sagen. Wir haben in meinem Institut die Finger- und Hautleisten bei Schizophrenen untersucht, und es ergab sich dabei eine ziemlich hohe, auf jeden Fall bedeutende, signifikative Korrelation zwischen gewissen Merkmalen bei der Palma — die Linie D (wie es die Spezialisten nennen) besonders. Wollen wir eine biologische Erklärung dafür finden, dann müssen wir zuerst daran denken, daß wohl die Haut als Nervensystem mit der allgemeinen Hirnanlage zusammenhängt. Wir haben einen Fall von Pleiotropie, d. h. derselbe und einzige Genotyp übt verschiedene phänotypische Wirkungen aus. Es sind andere Fälle vom Zusammenhang zwischen verschiedenen Störungen bekannt, die sogenannten *inborn errors of metabolism*, die mit gewissen Geistesstörungen zusammengehen. Es gibt davon sogar ziemlich viele. Aber im Falle der Hautleisten haben wir m. E. einen Fall dieser Pleiotropie. Und zwar müssen wir ihn vielleicht folgendermaßen deuten, wie übrigens immer in der Phänogenetik: Je früher die primitive Gen-Manifestation über einem gewissen Keimblatt in Erscheinung tritt, d. h., je früher sich die Genwirkung auswirkt, um so ausgedehnter ist die Pleiotropie. Das ist auch bei Fehlbildungen, besonders bei den Mißbildungen in den mesodermalen Formationen bekannt. Hier ist es aber ektoderm. Das erniedrigt sicher die Korrelation, weil wir annehmen können, daß sich die Genwirkung in manchen Fällen ein bißchen später vollzogen hat, also nachdem die erste Hirnanlage zustande gekommen ist. Das verschiebt die Korrelation. so gäbe es in der Vererbung ein Entweder-Oder: entweder Hirn oder Haut. Aber wenn diese primäre Gen-Manifestation von der Anlage des Nervensystems her ausgeht, dann haben wir beide Teile zusammen zu betrachten, und die Störung erscheint sozusagen in allen Derivaten des Ektoderms. Herr López-Ibor hat darauf aufmerksam gemacht, daß Schizophrenie nicht überall gleich zu verstehen sei. Ich weiß nicht, was diese Schizophrenen genau waren. Sie wurden uns von den Psychiatern geschickt. Auf jeden Fall waren es Geisteskranke. Die wirklich ursprüngliche Korrelation ist vielleicht noch größer, weil die Hautleisten *prima vista* sehr stabil sind, also sehr wenig oder kaum beeinflusbar. Die Schizophrenie ist im Gegenteil wahrscheinlich eher labil. Bei dieser untersuchten Gruppe handelte es sich eigentlich um eine Auslese-Gruppe. In der gesamten Population — wenn man die Anlage für Schizophrenie ganz genau bestimmen könnte — würde diese Korrelation wohl etwas höher liegen. Das ist also vom genetischen Standpunkt aus ein Beispiel von den vielen pleiotropen Erscheinungen, d. h. Erscheinungen, die

einerseits somatisch, andererseits geistig sind. Das gegebene Beispiel eignet sich besser als andere, um die Phänogenetik in den Vordergrund zu stellen, denn, wie ich es schon vorher sagte, handelt es sich um eine Genwirkung, die eine Störung des Keimblattes hervorruft. Ich möchte gerne wissen, was Herr López-Ibor dazu meint.

López-Ibor: Unabhängig von dieser Frage ist es eine Tatsache — und vor allem häufig bei erblichen Krankheiten im Menschen sichtbar —, daß sie sich auf pleiotropische Weise äußern und daß dies im Fall von Schizophrenie geschehen kann.

Kälin: Ich erinnere mich an vieles, das in der psychiatrischen Erblehre von LUXEMBURGER steht. Es ist bemerkenswert, daß diese psychiatrische Erblehre von LUXEMBURGER in einem offiziellen Verlag des nationalsozialistischen Systems erschien und in ihrem ganzen Text eigentlich eine Widerlegung der offiziellen Rassenlehre und Genetik war, ohne daß es Verlag und Zensoren der Partei überhaupt gemerkt haben. Aber nun zur Sache: Es wird dort hervorgehoben, daß bei Schizophrenie, in einem beträchtlichen Umfang von Fällen, vor Ausbruch der Geisteskrankheit Stoffwechselstörungen festgestellt wurden: vermehrte Stoffretention im Blut, eine nicht normale Abbauweise der Leucocythen usw. LUXEMBURGER hat dann die Frage gestellt: Ist die Geisteskrankheit die wesenhafte Störung, oder muß sie als sekundärer Phänotypus bezeichnet werden? Ist die primäre Störung eine genetisch bedingte oder durch die genetische Komponente hauptbedingte primäre Erkrankung, die sich in verschiedener Weise äußern kann, es aber nicht muß? In diesem Fall wäre die Geisteskrankheit eine sekundäre Manifestation der primären Störung im Stoffwechsel, und dann wäre zu fragen, ob und wie weit der sekundäre Phänotypus, die Geisteskrankheit, der genotypen Stoffwechselstörung zugeordnet sei. Man kann sich denken, daß da auch eine enge Korrelation, vielleicht sogar eine absolute Bindung bestünde, was aber nicht der Fall zu sein scheint. Dann wäre die Geisteskrankheit so aufzufassen, daß das Gehirn gewissermaßen das letzte Instrument ist, auf welchem die wesenhafte entitative Störung des primären Phänotypus ihre oft so grauenvolle Melodie spielt. Soviel ich weiß, ist — wenigstens im deutschen Sprachraum (mindestens bis vor kurzem), wenn auch die Auffassung über die Systematik der großen Erbkreise der Psychosen verschieden ist — doch *cum grano salis* ungefähr dasselbe beim schizophrenen Erbkreis zusammengefaßt worden. Da möchte ich fragen, ob nicht alles dafür spricht, daß rezessive Anlagen eine sehr bedeutende Rolle spielen; ich möchte sagen, für die primäre Störung ist das eben die Hauptrolle. Hinsichtlich des sekundären Phänotypus dagegen wäre es wohl denkbar, daß dem Milieu-Faktoren, die neuestens in der Perspektive der Psychiatrie immer mehr in den Vordergrund zu treten scheinen, eine wirklich entscheidende Rolle spielen. So ist z. B. die Situation vom Kleinkind sogar schon vor der Geburt entscheidend, ob nämlich das Kind durch die liebende Umfassung von der Seite der Mutter jenes Urvertrauen in die Welt gewinnt, das dann für die ganze Entfaltung seiner Persönlichkeit richtunggebend ist.

Wenn man aber an die typischen Psychosen der großen Erbkreise denkt, so sind die Psychopathien wieder etwas anderes. Ich frage mich, ob es im Hinblick auf eine scharfe Fassung der Begriffe überhaupt richtig ist, psychopathe Psychopathien, *in sensu stricto*, als Krankheiten zu bezeichnen, da hier einfach von Anfang an ein Mißverhältnis der Anlagen vorhanden ist, nicht eigentlich aber ein Prozeß, während eine Krankheit ein Prozeß ist, der immer auf diese oder jene Weise das personale Sein des Menschen berührt.

López-Ibor: Was Herr Kälin sagt, ist sehr interessant. LUXEMBURGER vertritt die Gedanken, die Sie soeben ausgeführt haben. Er führte sogar ein neues Wort ein: Er sprach von der „Somatose“ der Schizophrenie.

Nun, die Lage ist folgende: Diese Somatose ist nur eine Hypothese. Die Studien von GREVIN und JAHN haben sich als bedeutungslos erwiesen. Diese metabolischen Störungen haben wohl Beziehungen zur Körperkonstitution, nicht aber zur Krankheit. Untersuchungen über diese Somatose sind seither im Gang. Und heute macht man eine ganze Menge Studien, um zu dem Ergebnis dieser Untersuchungen zu kommen. Die Schizophrenie ist jedenfalls ein klinisches Krankheitsbild. Wir sprechen von Schizophrenie, wenn keine bekannte organische Ursache für solche psychischen Störungen vorliegt. Es gibt Epileptiker, die ein schizophrenes Krankheitsbild haben können; ein Gehirntumor kann ein schizophrenes Krankheitsbild zeigen. Es gibt also eine symptomatische Schizophrenie. Die echten Schizophrenen sind demnach diejenigen Kranken, die keine bekannte organische Ursache haben. In diesem Fall spricht man von einer „hypothetischen Somatose“ und denkt dabei an eine biochemische Störung.

All diesen Beziehungen liegt jedoch ein sehr tiefes Problem zugrunde, weil es nicht nur für Schizophrenie, sondern auch für die endogene Depression eine Somatose gibt. In der endogenen Depression haben wir eine Psychose, die einige Monate dauert und dann spontan verschwindet. Diese kann mit Elektroschock usw. geheilt werden. Natürlich können alle Regulationsstörungen auch eine biochemische Ursache haben. Auf jeden Fall besteht zwischen dem einen und dem anderen Typus der Somatose ein Unterschied.

Auch mit der Psychopathie ist ein sehr interessantes Problem verbunden. Sie wissen, daß Psychopathie hier in Europa nicht dieselbe Bedeutung wie in Amerika hat. Nach der Definition von KURT SCHNEIDER usw. sind psychopathische Personen diejenigen, die unter ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet. Die Amerikaner nennen Psychopathen die zweite Gruppe, d. h. Fanatiker, gemütskalte Menschen etc., die aggressiv werden. Nicht-Psychopathen sind die Sensitiven, die Depressiven etc., die sich selbst bemitleiden. Es besteht also ein großer Unterschied.

Aber das Problem in diesem Psychopathenbegriff ist folgendes: Man sagt, es sei eine Anomalie der Persönlichkeit; was aber heißt Persönlichkeit? Nach K. SCHNEIDER umfaßt die Persönlichkeit die nicht leiblichen Gefühle und Bestrebungen sowie

das Wollen. Das leibliche Gefühls- und Triebleben wird aus dem Persönlichkeitsraum sozusagen ausgeschlossen. Auf diese Art und Weise werden zum Beispiel die echten Homosexuellen aus dem psychopathischen Persönlichkeitsraum ausgeschlossen, was meiner Ansicht nach ein Irrtum ist. Die psychopathische Persönlichkeit erwächst ohne Zweifel aus einer veränderten biologischen Basis. Dem Psychopathen fehlt die Freiheit „sich selbst“ gegenüber, und dieses „sich selbst“ besteht nicht nur aus den psychischen Gefühlen und Haltungen, sondern auch aus dem leiblichen Gefühls- und Triebleben. Jede psychische Störung beruht also auf einem kranken Leib, aber das heißt nicht, daß diese Krankheit der Basis das psychische Bild bestimmt. Sogar bei den schwersten organischen Krankheiten besteht eine Distanz zwischen dem psychischen Krankheitsbild und der Läsion, die ihm zugrunde liegt.

Kälin: Diese Verschiebung der Terminologie finden wir bei den Amerikanern leider auf vielen Gebieten. *Anthropology* in Amerika ist eben nicht Anthropologie in unserem Sinne.

Doms: Ich möchte um eine Orientierung bitten: Es gibt auch bei der Psychiatrie ein Grenzgebiet, das vielleicht wissenschaftlich verfehlt ist, ähnlich wie die Astrologie neben der Astronomie. Ich habe vor ein paar Jahren einmal in einer Anzeige von einem amerikanischen Psychiater (WICKLAND) gelesen, der ein Buch darüber veröffentlicht hat, daß eine Anzahl seiner Patienten nicht eigentlich krank ist, sondern eine Art Besessenheit zu besitzen scheint, und zwar durch Seelen Verstorbener.

Das wurde von seiner Frau entdeckt, die stark parapsychologisch begabt war. Die Frau hat sich mit den angeblichen Seelen, die hier ihr Unwesen trieben, in Verbindung gesetzt, und wenn sie ihnen die Überzeugung beigebracht hatte, daß sie in diesen Menschen nur Unfug trieben und dort nichts zu suchen hätten, und sie sich daraufhin zurückzogen, waren die Patienten geheilt.

Dieses Buch ist auch ins Deutsche übersetzt worden. Ich habe es mir angeschafft und eingehend in diesen Berichten gelesen. Das Buch steht unter spiritistischem Einfluß. Es würde mich aber immerhin interessieren, ob die berichteten Erfahrungen und Heilerfolge von anderen Psychiatern irgendwie einmal kontrolliert worden sind. Ich frage zumal aus folgendem Grunde: Ein Arzt, der seit vielen Jahren Psychotherapie treibt, hat mir gesagt, man arbeite ärztlich in Südamerika, ganz besonders in Brasilien, auf der Grundlage der Annahme dämonischer oder spiritistischer Besessenheit, außerordentlich oft würden ganze Sanatorien unter diesem Gesichtspunkt geleitet. Ich würde meinen, daß das doch immerhin ein Grenzgebiet ist, das der Kontrolle durch geschulte und vorurteilsfreie Psychiater bedürfte, die vielleicht nicht von vorneherein alle diese Phänomene und Erfolge ablehnen.

López-Ibor: Nachdem ich mit meinen Kollegen Patienten in verschiedenen psychiatrischen Kliniken Brasiliens gesehen habe, kann ich bestätigen, daß es des öfteren schwierig war, eine Differential-Diagnose zwischen Krankheitsbildern mit Delirien und Halluzinationen schizophrener Charaktere und anderen Krank-

heitsbildern festzustellen, die gänzlich mit Affektiv-Situationen in Verbindung stehen und durch die primitive religiöse Mentalität der Patienten bedingt sind.

Doms: Das sind aber andere Phänomene als diejenigen, um die es sich bei der ärztlich-medialen Behandlung von Geisteskrankheiten auf spiritistisch orientiertem Fundament handelt.

Rudin: Ich möchte die Frage von Erbgut und Umwelt noch einmal aufgreifen. Auf der einen Seite stehen sich die beiden Positionen gegenüber: Manche Psychotherapeuten nehmen an, daß es Psychosen gibt, die „erworben“ sind, Krankheitserscheinungen, die im Verlauf des Lebens erst entstehen. Ich denke an ALEXANDER in USA, BENEDETTI in Basel, SPITZ oder GERHILD VON STAABS in Berlin, die mit einem ziemlich reichen Material zeigen, daß es Psychosen gibt, die allmählich entstehen können, und vor allem, daß man solche Psychosen auf psychotherapeutische Weise heilen könnte. Das ist eine Seite, die man immerhin ernst nehmen müßte.

Auf der andern Seite steht fest, daß Stoffwechselkrankheiten und vor allem Lebererkrankungen auf Schizophrenie Einfluß haben und vielleicht Krankheitsauslöser sind. Auch C. G. JUNG, der ja mit Psychotherapie viele solche Fälle beeinflusst hat, sah noch am Schizophreniekongreß in Zürich vor 6 bis 7 Jahren doch die somatogene Genese hinter der Psychose. Damit sind eigentlich beide Positionen gegeneinandergestellt. Mir scheint, es wäre eine dritte Position unbedingt nötig, die den Zusammenhang zwischen beiden betont.

Wir beobachten nicht selten einen Zusammenhang von Psychose und Neurose. Wenn wir die Neurose beeinflussen und vielleicht „abbauen“, kann es geschehen, daß wir vor einem Kern stehen, der uns psychotisch vorkommt, den wir nicht beeinflussen können. Vor allem denke ich dabei an die endogene Depression, von der Herr López-Ibor schon gesagt, sie könnte spontan aufhören. Aber sie erscheint ebenso plötzlich, nach außen unmotiviert, wieder.

Weiter begegnen wir einer anderen Erscheinung: Man kommt den Psychose-Symptomen medikamentös relativ schnell und ausgezeichnet bei, so daß in unseren Kliniken manche Schizophreniefälle rasch abklingen. Die meisten Psychiater erklären dann aber, daß nun eine psychotherapeutische Behandlung am Platze wäre, denn wirklich geheilt ist der Patient nicht. Das Symptom ist zwar verschwunden, aber nur bis zum nächsten Schub. Man erlebt, daß der Patient 3—4 mal im Jahr in die Klinik einliefert wird. Ich kenne Fälle, bei denen sich in 6 Jahren bis zu 12 „Schüben“ wiederholten. Man nimmt dann öfters zu den Analytikern Rekurs, die versuchen, den nächsten Schub wenigstens herauszuzögern. Vielleicht gelingt es, die Neurose so in Kontrolle zu halten, daß der psychotische „Untergrund“ sich weniger oft auswirkt. Ich habe den Eindruck, daß dies auch gelingt, d. h. daß man durch den Abbau des neurotischen Syndroms die Psychose so beeinflusst, daß ihre Symptomatik allmählich zurücktritt. Schon vor 10 Jahren hat REVERS gemeint, die eigentlichen „Geistes“krankheiten seien nicht die Psychosen, die Körperkrank-

heiten seien; die eigentlichen Geisteskrankheiten seien die Neurosen, die deshalb auch geistig beeinflussbar sind.

Wieder muß man die Frage nach dem Zusammenhang von Psychose und Neurose stellen. Die Problematik dieser Begriffe wird deutlich. Gerade wenn wir heute die sozialen Faktoren beim Ausbruch von Neurosen und Psychosen betonen, die Soziose, dann tragen wir an die Krankheitsbilder einen vorgefaßten Begriff heran: Solche Krankheit ist dann eine Anpassungsstörung. Aber dies ist nur ein Aspekt. Lange Zeit hatte man ja die Neurose nur als Funktionsstörung betrachtet und dementsprechend nur die Symptome behandelt. Dann kam man dazu, sie als eine Entwicklungsstörung zu sehen und hat versucht, diese genetisch zu verstehen, vor allem im Gefolge der tiefenpsychologischen Schulen. Heute aber meinen wir: Die Neurose ist weder bloß eine Störung der Anpassung oder der Entwicklung, sondern sie ist nicht selten eine Personstörung. Natürlich müssen wir erklären, was wir als Psychotherapeuten unter Person verstehen, ich verweise dafür auf mein Referat.

Kälin: Im Hinblick auf die Psychosen gilt das Schema mit der genetischen Komponente und der peristatischen Komponente. Wäre da Herr Rudin mit mir einverstanden, wenn ich statt peristatische Komponente eine vorsichtigeren Ausdrucksweise wählen würde und von einem nicht genetischen Ursachenkomplex reden würde. Dann hätten wir neben den genetischen auch andere Ursachen. Das Wesentliche läge dann eben darin, daß diese Milieu-Ursachen und diese Ursachen aus dem neurotischen Bereich und vielleicht dem, was Herr López-Ibor als Endon bezeichnet hat, eben nicht nur auslösende Faktoren, sondern Mitursachen wären. Dann gibt es hier wie anderswo nicht ein Entweder-Oder, sondern ein Sowohl-Als-auch.

Rudin: Ich würde dies unterstreichen. Es ist ein Zusammenspiel der verschiedenen Komponenten. Jeder Mensch hat wahrscheinlich eine psychotische Disposition. Im Erbgut von jedem dürfte irgendeine Anfälligkeit, eine Möglichkeit des Psychotischen unterschwellig vorhanden sein. Warum aber kommt sie nur in gewissen Fällen zur Manifestation? Warum entwickelt sich die Psychose vielleicht sogar erst nach dem 20. Lebensjahr oder sogar erst im fortgeschrittenen Alter? Ich denke dabei an Schizophrenie. Die Epilepsie würde ich anders sehen. Sie tritt manchmal schon sehr früh in Erscheinung. Epileptische Anfälle können schon beim Kind recht deutlich zu sehen sein.

Kälin: Bei der Epilepsie ist ja die genetische Konstitution gewissermaßen auch durch die Eigenart des Elektroencephalogramms manifestiert.

López-Ibor: Was die Beziehung zwischen dem Endogenetischen und dem Exogenen einer Krankheit betrifft, so ist das Problem immer sehr kompliziert. Wir haben z. B. die Zuckerkrankheit (Diabetes). Fraglos hat sie einen genetischen Mechanismus; niemand kann aber bezweifeln, daß sie in ihrem mehr oder weniger frühen Auftreten und in ihrer Dauer auch von exogenen Elementen beeinflusst werden

kann, wie z. B. den Lebensgewohnheiten des Individuums. Das Problem wird noch interessanter, wenn man das Verhältnis des genetischen Einflusses in der Tuberkulose und in der Schizophrenie an dem mißt, was mit den ein- und zweieiigen Zwillingen geschieht. Da kann man sehen, daß eine gewisse Übereinstimmung zwischen den beiden Krankheiten besteht, obwohl man es vermeidet, die Tuberkulose als endogen und die Schizophrenie als exogen zu betrachten. Alle Krankheitsmanifestationen von beiden Arten werden wahrscheinlich vom Mechanismus beeinflußt. Das Problem besteht darin zu wissen, was eigentlich Krankheit ist. Im allgemeinen stehe ich zu der medizinischen These, daß die Krankheit etwas mit dem Soma zu tun hat. Krankheit mit Anpassungsschwierigkeiten an die Umgebung zu definieren hat viele Schwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten werden noch größer, wenn wir uns auf die psychischen Krankheiten beziehen. An welche Umgebung muß sich vom psychologischen Standpunkt aus das Individuum anpassen? Wie definiert man dieses Niveau der Anpassung? Der geschichtliche Fortschritt fordert eine gewisse Unangepaßtheit.

In der zeitgenössischen Psychiatrie hat der psycho-dynamische Standpunkt sehr zugenommen. Nach ihm sind die Neurosen, aber auch die Psychen psycho-genetisch und psycho-dynamisch bestimmt. Die Neurosen seien im allgemeinen Konfliktkrankheiten. In der Definition der Neurosen, vom phänomenologischen Standpunkt aus als abnorme Erlebnisreaktionen betrachtet, werden sie auch auf eine äußere oder innere Konfliktsituation in der Instinktschicht oder zwischen dem Bewußten und Unbewußten bezogen.

Die psycho-dynamischen Thesen, die alle von der Psychoanalyse beeinflußt werden, unterstützen diesen Standpunkt. Daher ist es merkwürdig, daß Psychoanalyse und phänomenologische Psychopathologie in diesem Punkt übereinstimmen.

Meine Forschungen in den letzten Jahren haben mir gezeigt — gerade weil ich Neurosen während langer Zeit und mit den verschiedensten Mitteln behandelt und beobachtet habe —, mit welcher außerordentlichen Häufigkeit sie einen phasischen Ablauf aufweisen, mit großen Zwischenperioden, den Depressionen analog. In den kürzlich veröffentlichten Katamnesen beobachtet man, daß nach den verschiedenen Statistiken 60—80% aller Neurotiker geheilt werden, welche Methode auch immer angewandt wird. Sie werden gesund, weil die Phase beendet ist, mit dem Vorbehalt jedoch, daß die Neurose manchmal nach einigen Jahren wieder auftreten kann. Daher bin ich der Meinung, daß bei den Neurosen eine Veränderung des endothymischen Grundes der Persönlichkeit vorherrscht und sie sich daher den der thymopathischen Gruppe angehörenden Krankheiten nähern, wie z. B. die Melancholie.

Ich bezweifle sehr, ob eine Psychotherapie das Wiederauftreten einer neurotischen Phase verhindern kann. Ich habe viele Kranke gesehen, die nach einer drei- und vierjährigen Psychotherapie Rückfälle hatten, welche von der Psychotherapie

nicht verhindert werden konnten. In den ersten Krankengeschichten FREUDS kann man die Beschreibung dieses phasischen Krankheitsablaufes auch beobachten.

Was die Psychose anbetrifft, so hat sich dieses Problem ebenso gestellt. Es gibt eine Psychotherapie der Psychose. Es ist allerdings nicht mehr klar — und darüber wird viel diskutiert, und die Meinungsverschiedenheiten sind eher groß —, was die Psychotherapie erreichen kann und welches ihre Rolle ist.

Der Psychopath braucht zuweilen, mehr als der Neurotiker, selbst eine Psychotherapie, weil seine Persönlichkeit durch die Krankheit sehr in Mitleidenschaft gezogen wurde. Die Behandlungen unterdrücken die Symptome, aber dem Kranken kann ein Mangel an persönlicher Initiative und eine Unangepaßtheit zurückbleiben, die seine Rehabilitation notwendig machen. Die ganze moderne Psychiatrie ist so ausgerichtet.

Vandebroek: Ich möchte ein Wort über die Hutteriten in Amerika sagen. Daß es bei ihnen überdurchschnittlich viele Kranke gibt, ist mir nicht bekannt. Als ich sie besuchte, machten sie auf mich den Eindruck von Menschen, die aus dem psychischen Gleichgewicht geraten sind. Sie scheinen sehr stolz, ja fanatisch zu sein, vor allem aber gleichsam sich selbst, ihre Lebensweise usw. für die zahlreichen Touristen zur Schau zu stellen und damit Geld verdienen zu wollen. Ihre Lebensweise erscheint mir unnatürlich.

López-Ibor: Was uns Prof. Vandebroek zuletzt über die Hutteriten mitgeteilt hat, ist sehr interessant. Ich habe nur das berichtet, was OPPLER und seine Mitarbeiter veröffentlicht haben. Diese widernatürliche und exhibitionistische Haltung der Bevölkerung kann in Wirklichkeit nicht als krankhaft bezeichnet werden. Es gibt fanatische Persönlichkeiten und Fanatiker, die man nicht Psychopathen nennen kann. Die gesellschaftlichen Haltungen können nicht als krankhaft qualifiziert werden, sondern nur in Analogie und indem man sich darüber im klaren ist, daß der Begriff Krankheit einen anderen Inhalt hat.

Meurers: Ich wollte wesentlich informatorisch zwei Dinge fragen: Diese ganze Problematik hängt doch mit der Frage zusammen, in welchem Verhältnis der Geist zum Stoff steht bzw. ob es überhaupt Geist gibt, oder ob man alles auf Materie zurückführen kann. Nun möchte ich Folgendes fragen: In der Biologie gibt es Forscher, die es aufgrund der Entwicklung der Biologie für selbstverständlich halten, daß das Leben völlig auf das Tote zurückgeführt werden könne und die z. T. sogar so weit gehen, jeden für partiell irrsinnig zu halten, der das einmal in Frage stellt. Dabei beruft man sich darauf, daß der historische Fortschritt der Biologie immer mehr Biologisches habe erklären können — was auch stimmt — und daß es einmal so weit kommen werde, daß man diese beiden Seinsschichten aufeinander zurückführen könne, d. h., daß man nachweisen könne, daß es nur ein Scheinproblem ist; daß es die scharfe Trennung zwischen Totem und Lebendigem eben nicht gebe. Habe ich das richtig verstanden und ist mein Eindruck richtig, daß hier im Bereiche des Psychischen offenbar doch nicht ein so kontinuierlicher

Fortschritt vorhanden ist, der in diesem Moment der Wissenschaft gestatten könnte, einen Wechsel auf die Zukunft zu nehmen, man werde schon einmal dieses Psychische, in diesem Fall das Krankhafte, durch rein Biologisches, d. h. durch rein Stoffliches erklären können? Ist mein Eindruck richtig, daß hier die Problematik so widerspenstig dieser Konzeption gegenüber ist, daß eine kontinuierliche Entwicklung zu ihrer Erfüllung hin in diesen Wissenschaftsbezirken nicht zu sehen ist? Das würde eben dann doch bedeuten, daß das Psychische auch hier ein so radikal einmaliges Phänomen zu sein scheint, daß es dieser Konzeption einen sehr starken Widerstand entgegensetzt, jedenfalls einen stärkeren, als es das Biologische bei dem Versuch tut, es auf das Stoffliche zurückzuführen.

Das Zweite, das ich noch fragen wollte, steht nur in losem Zusammenhang mit dem Vorhergehenden. Wie werden diese Forschungen in der Sowjetunion betrieben, wo man ja eine solche Fragestellung, wie Sie sagten, Lerr López-Ibor, ideologisch überhaupt nicht zulassen kann, weil ideologisch feststeht, daß alles — die Ursprungstheorie, die das Psychische aus dem Stofflichen entstehen läßt, inbegriffen — nur vom Stoff und von der Umwelt her bedingt ist? Wie steht man in Rußland dazu? Wird überhaupt Stellung dazu genommen?

López-Ibor: Die Psychiatrie in der UdSSR beruht auf der Reflexologie. Das Bild des kranken wie des gesunden Menschen wird aufgrund der bedingten Reflexe gebildet, die ihr Stimulans nach einer Reihe von Systemen beziehen und den Sowjets gestatten, das Denken und das psychische Leben als mehr oder weniger kompliziertes Zusammenwirken von Reflexen zu erklären. In der Praxis aber kommen sie der klassischen Idee der Psychiatrie Zentraleuropas sehr nahe. Man könnte sogar sagen, daß sie konservativer sind und daß die russische klinische Psychiatrie KRAEPELIN ähnlicher ist als selbst die deutsche.

Ich möchte nur auf zwei Punkte aufmerksam machen: Einer ist die Ablehnung und das Verbot der Psychoanalyse als psychotherapeutische Methode, als nach sowjetischer Meinung zur bürgerlichen Gesellschaft gehörig, der andere die Behauptung, die man in einigen Büchern und Veröffentlichungen findet, daß in der UdSSR die Neurose nicht existiert.

Wenn die Neurosen in dieser oder jener Form Konfliktkrankheiten sind, Soziosen, dürfen sie in einer vollkommen organisierten, gegen Konflikte eingestellten Gesellschaft, wie sie die marxistische ist oder sein sollte, nicht existieren. Trotz dieser Behauptungen werden natürlich in den sowjetischen Psychiatrietexten dieselben neurotischen Krankheitsbilder beschrieben wie in anderen Ländern. Die Reflexologie hat die Entwicklung einer antineurotischen Therapie erlaubt. Wenn eine Neurose sich durch bedingte Reflexe etabliert, ist es auch nötig, diesen Reflex des Kranken aufzuheben, um ihn zu heilen. Im Falle des Alkoholismus wendet man diese Methode schon seit Jahren an: Man injiziert eine Substanz, die Erbrechen verursacht und verabreicht gleichzeitig Alkohol.

Diese Therapeutik wird in letzter Zeit auch von anderen Ländern brennend

verfolgt, z. B. von EYSENCK in England, und zwar nicht nur gegen die Neurosen, sondern auch gegen die Homosexualität und das Verbrechen.

Zur anderen Frage von Professor Meurers könnte ich Folgendes sagen: Vom rein wissenschaftlichen Standpunkt aus beobachtet der Psychiater, daß die psychischen Krankheiten, auch wenn sie eine bekannte somatische Basis haben, eine Autonomie des psychischen Ablaufes aufweisen, was das Somatische betrifft. Von einem Paralytiker können wir nicht bestimmt sagen, ob er an Größenwahn leidet oder nicht, wenn wir sein Gehirn pathologisch untersuchen. Zwischen dem psychischen und somatischen Leben besteht eine doppelte Beziehung: Auf den ersten Blick erscheint das erstere nicht ohne das letztere, zeigt sich aber unabhängig von ihm. Aus der Existenz dieser Autonomie können wir also die Existenz eines geistigen Prinzips ableiten; das aber ist schon eine zweite Stufe in der Erklärung der Phänomene.

Mich hat immer eine Frage beunruhigt, die ich gerne den Theologen gestellt hätte. Wir wissen, daß es Unterschiede im psychischen Leben der verschiedenen Menschen gibt, die an die körperlichen Unterschiede gebunden sind. Das ist so bei gewissen temperamentären und sogar intellektuellen Eigenschaften. Aber bis zu welchem Grad können wir auf dieser Erklärung beharren? Oder müssen wir nicht, um die Einzigartigkeit jeden Ichs zu verstehen, einen Unterschied zwischen den Seelen annehmen?

Ich könnte es noch deutlicher formulieren. Es wird jetzt viel von der Stärke und Schwäche des „Ichs“ gesprochen, so wie man früher davon sprach, daß ein Individuum mehr oder weniger Willensstärke habe. Bis zu welchem Grad entsprechen diese Eigenschaften einem Unterschied zwischen den Seelen aller Menschen?

Kälin: Ich möchte nur darauf hinweisen, daß vor etwa 30 Jahren eine genetische Studie publiziert wurde. Man kommt da zur Feststellung, daß hinsichtlich der Charakterbildung die Grundlagen der Vitalität, der Aufmerksamkeit und der Gefühlsbetonung vererbt werden. Aber was dann in der Entfaltung der Persönlichkeit gewissermaßen in diese Komponenten gleichsam als in ein Gefäß im Sinne eines Inhaltes hineingegossen wird, das kommt dann nicht mehr aus dem biologischen Grund.

