

Schule der Erkenntnis

Lehrbuch der Psychobiologie

Von

Hans Lungwitz

Dr. med. et phil.

Nervenarzt in Berlin-Charlottenburg



1953

WALTER DE GRUYTER & CO

vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung, J. Guttentag, Verlags-
buchhandlung, Georg Reimer, Karl J. Trübner, Veit & Comp.

BERLIN W 35

Lehrbuch der Psychobiologie

Erste Abteilung, 1. – 3. Band:

Die Welt ohne Rätsel

1. Band: Das Wesen der Anschauung. Der Mensch als Reflexwesen.
Von den Eigenschaften und Funktionen. 756 S.
2. Band: Die neun Sinne. 585 S.
3. Band: Die Psychobiologie der Sprache. 392 S.

Zweite Abteilung, 4. und 5. Band:

Die Psychobiologie der Entwicklung

4. Band: Der Mensch als Organismus. Die Kultur. 804 S.
5. Band: Die Weltanschauung. Der Charakter. 676 S.

Dritte Abteilung, 6. und 7. Band:

Die Psychobiologie der Krankheit

6. Band: Das Wesen der Krankheit und der Genesung. 551 S.
7. Band: Die Neurosenlehre. Die Erkenntnistherapie.

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der photomechanischen Wiedergabe, der Herstellung von Mikrofilmen und der Übersetzung, vorbehalten.

Copyright 1953 by WALTER DE GRUYTER & CO., vormals G. J. Göschen'sche
Verlagshandlung, J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung, Georg Reimer
Karl J. Trübner, Veit & Comp.

Archiv-Nummer 51 64 53 Printed in Germany

Des Lehrbuches der Psychobiologie

Dritte Abteilung

Sechster und siebenter Band

Die Psychobiologie der Krankheit

Sechster Band

**Das Wesen der Krankheit
und der Genesung**

2., durchgesehene Auflage

Vorwort.

In den ersten fünf Bänden dieses Lehrbuches ist die normale Psychobiologie dargestellt und zwar in der 1. Abteilung (1.—3. Bd.), betitelt „Die Welt ohne Rätsel“, die generelle Psychobiologie und in der 2. Abteilung (4. und 5. Bd.), betitelt „Die Psychobiologie der Entwicklung“, die genetische Psychobiologie des Menschen als Organismus, sowie die der Kultur (4. Bd.), ferner die Entwicklungsbiologie der Weltanschauung sowie die Charakterkunde (5. Bd.). Hierbei ist die Abnorm, bes. die des Denkens, der Weltanschauung in den am weitesten verbreiteten neurotischen Formen, zum Vergleiche und zur Unterscheidung häufig angezogen worden. Die beiden letzten Bände bringen nun die pathologische Psychobiologie und zwar der 6. Bd. die Allgemeine Krankheitslehre und der 7. Bd. die Neurosenlehre und -therapie. Die Frage, die hier gestellt und beantwortet wird, ist die nach dem Wesen der Krankheit und der Genesung*), wie ja überhaupt die Psychobiologie Lehre vom Wesen der Dinge ist und zwar die realisch-biologische Lehre. Die monographische Darstellung der Neurosenkunde im Rahmen dieses Lehrbuches ist berechtigt insofern, als die Neurose die typische Weltanschauungskrankheit ist und die kranke Weltanschauung in der Psychobiologie als Weltanschauungslehre ihren Platz hat, und sie ist notwendig insofern, als die Neurose in allen Kulturländern längst zur Volksseuche geworden ist und mit ihrem verwirrten Denken und Tun unabsehbaren Schaden stiftet, die Öffentlichkeit somit dringend der Aufklärung sowie der sozialen Therapie und Prophylaxe bedarf, endlich insofern, als es mir gelungen ist, das Neurosenproblem endgültig zu lösen und die Therapie aufzufinden, die den Neurotiker aus seiner

*) Die Grundgedanken habe ich in vielen Aufsätzen, bes. in der Psych.-Neur. Wschr., seit 1925 veröffentlicht. In den Nrn. 13—15 des Jahrggs. 1935 der Psych.-Neur. Wschr. erschien mein Aufsatz „Das Wesen der Krankheit“, nachdem das Manuskript bei einer Reihe pathologischer Zeitschriften usw. die Runde gemacht hatte. 1932 habe ich mein Buch „Erkenntnistherapie für Nervöse, Psychobiologie der Krankheit und der Genesung“ veröffentlicht.

kranken, nämlich infantilistischen Weltanschauung heraus-, somit zur echten Genesung emporzuführen vermag: die Erkenntnistherapie.

Die Psychobiologie ist philosophische und medizinische Anthropologie (vgl. Vorw. zum 4. Bde.). Sie hat den Menschen als rein biologischen Organismus erkannt, dessen Grundstruktur „das Reflexsystem“ ist und dessen sogenannte seelisch-geistigen Vorgänge einschl. der Entstehung des Bewußtseins — nicht anders wie die körperlichen (physischen, physiologischen) Vorgänge — Funktionen der Reflexsysteme sind. Es entfällt also das Leib-Seele-Problem; das Bewußtsein, die Weltanschauung, die Welt ist rein biologische Tatsache. Und auch die Krankheit ist eine rein biologische Tatsache und zwar Infantilismus anatomischer oder funktioneller Art.

Damit ist die Psychobiologie aber nicht etwa zu einer Neuauflage des Materialismus gestempelt, wie es mir unwissende oder böswillige „Kritiker“ (sie werden gewiß nicht aussterben) unterzuschieben versuchen. Ich betone das nur um der Richtigkeit willen, Psychobiologie ist eben Biologie oder, falls man einen -ismus haben will, Biologismus, wie bes. im 5. Bd. S. 527, 536ff. dargelegt ist (aber manche Leute halten um so heftiger an ihrem Irrtum oder Mißverständnis fest, je eingehender man sie aufzuklären sucht). Meine Reflexlehre unterscheidet sich also, wie wiederholt gesagt, durchaus von der Reflexologie der russischen Forscher Pawlow und Bechterew und ihrer Schüler: diese ist rein mechanistisch-materialistisch. Übrigens halte ich den Materialismus nicht etwa für eine verruchte Lehre, die man als anständiger Mensch wie die Sünde meiden müsse, sondern für eine Lehre, die im Laufe der Kulturgeschichte immer mal wieder aufkommt, die immer ihre Vertreter hat und haben wird und deren Studium — sogar in ihren pathologischen Abwandlungen — interessant und lehrreich ist. Ja diejenigen, die da glauben, sie müßten den Materialismus tüchtig verachten, mögen nachprüfen, ob sie nicht, ohne es zu ahnen, selber in einer Variante der materialistischen Weltanschauung leben. Bekanntlich verträgt sich der Materialismus ohne weiteres mit dem Glauben an die unsterbliche Seele, an das Metaphysische überhaupt. Er faßt das Physische mechanistisch-atomistisch, und so muß ja wohl auch das „unerforschliche“ Metaphysische, das ja realiter nur Deutung des Physischen, also Fiktion ist, mechanistisch-atomistisch „gedacht“ werden. Sogar die Biologie als die Wissenschaft von den Lebewesen (d. h. den Organismen, 5. Bd. S. 540) denkt und arbeitet mit chemisch-physikalischen Theorien und Methoden, und kein ernsthafter Mensch wird ihr darob böse sein und die Resultate ihrer Forschung schmähen und verschmähen. Auch die Medizin bedient sich im weitesten Maße und sogar prinzipiell der chemisch-

physikalischen Untersuchungs- und Behandlungsweisen, und sie sind durchaus unentbehrlich. Und wie sollten denn die Ärzte, die da glauben, das Metaphysische diagnostisch und therapeutisch erreichen zu können, und die für das ärztliche Handeln die besondere Berücksichtigung des seelisch-geistigen X des Kranken fordern, anders eingestellt sein? Die rein biologische Weltanschauung, wie die Psychobiologie sie hat und lehrt, muß erst noch „entdeckt“ und nach-gedacht werden; sie ist zwar auf dem Marsche, aber der Weg ist lang, und man muß Geduld haben.

Wie im 5. Bande berichtet, hat (auch) die Weltanschauung ihre Entwicklung und Entwicklungsgeschichte: auf die früh-kindliche chaotische Denkweise folgt die animistisch-magische, dann die mythische, dann die mystische, weiterhin die humanische, die ausgeht in die reifen Stufen des psychologisch-kausalen Denkens. Die Denkweisen, die — gemäß dem jeweiligen Differenzierungsgrade der Hirnrinde als des Organs des Bewußtseins — das Physische in — das Physische und das Metaphysische „zerlegen“ (deuten), habe ich zusammen die dämonistische Weltanschauung genannt. Im Gange der Differenzierung, also gemäß zunehmender Klarheit des Erlebens und Beschreibens „verdünnt“ sich mehr und mehr die fingierte Dämonie, werden die Dinge sozusagen dinglicher, physischer. Wie in der Ontogenese so vollzieht sich dieser Entwicklungsprozeß der Weltanschauung auch in der Phylogenese, die ja die syllogistische Analogie der Ontogenese ist (1. Bd. S. 641 usw.). Der letzte Verdünnungsgrad des Dämonismus ist der Glaube an die Wirksamkeit der Kausalität; auch sie gilt noch als geheimnisvoller metaphysischer *ordo ordinans*, und man müht sich neuerdings wieder einmal — vergeblich, ihm innerhalb des Kausaldenkens (!) auf die Spur zu kommen und sein „Wesen“ zu ergründen. Nun, die Psychobiologie hat auch diesen letzten Rest von Dämonie überwunden, hat auch die metaphysische Kausalität als Fiktion erkannt, als bloße Deutung, die entfallen kann, ohne daß sich am Geschehen, das ja realiter lediglich in zeiträumlichen Zusammenhängen (episodischen und genetischen) verläuft, das geringste ändert.

Ich bitte es mir nicht zu verübeln, daß ich auch an dieser Stelle darauf hinweise, daß die Psychobiologie eine neue Wissenschaft ist und eine neue Weltanschauung bringt. Es fehlt mir nicht an Anerkennungen, doch begegne ich noch allzu oft, bes. bei Persönlichkeiten, auf deren Urteil die Zeitgenossen Wert legen, der Auffassung, daß das Neue — eben als neu — a priori abzulehnen sei, ja daß man es nicht einmal zu prüfen brauche. Mögen hierbei auch nicht selten affektmäßige Einstellungen im Spiele sein, die mit einem echt wissenschaftlichen Urteil

nichts zu tun haben, so muß ich doch auch die wohlgesinnten Leser und Kritiker bitten, mir die Gerechtigkeit widerfahren zu lassen, die jeder Forscher für sich in Anspruch nimmt und nehmen darf: man urteile erst nach unvoreingenommenem und genauem Studium meines Werkes. Die Psychobiologie will nach-gedacht sein; man kann sie erst würdigen, nachdem man sich beim Studium aus der bisherigen Auffassung in die neue hineinentwickelt hat. Ich habe alle möglichen Einwendungen berücksichtigt. Findet der Leser in diesem oder jenem Punkte des einen Bandes oder Kapitels nicht sein Genüge, so ist seinen Bedenken bestimmt an einer andern Stelle des Ganzen Rechnung getragen. Ich kann natürlich im 6. oder 7. Bande nicht die vorangehenden Bände abdrucken!

Der 7. Band ist ohne den 6. kaum hinreichend verständlich; ich habe daher empfohlen, ihn nur zusammen mit dem 6. auszuliefern.

Berlin-Charlottenburg, im September 1953.

Hans Lungwitz.

Inhaltsübersicht.

	Seite
Vorwort	9
Inhaltsübersicht	13
Einleitung	17

§ 1. Das Wesen der Krankheit.

1. Norm und Abnorm	23
2. Organische und funktionelle Krankheit: Hadrose und Leptose	35
3. Sitz der Krankheit	40
4. Entstehung der Krankheit. Disposition	42
A. Die kausale Auffassung	42
B. Die realische Auffassung	60
a) Erblichkeit	60
b) Differenzierung	63
5. Krankheit ist Infantilismus	73
A. Die Geschwulstkrankheiten	79
B. Die Entzündungen	93
C. Die Stoffwechselkrankheiten	101
D. Die Anomalien	112
E. Die Enkephalosen, die Phrenosen und die Neurosen	116
F. Infantilismus und Archaismus	155

§ 2. Die kranke Konstitution

1. Die Konstitutionstypen	158
2. Konstitutionsbiologische Symptomatik	178
3. Konstitutionsbiologische Systematik der Krankheiten	182
A. Die Hadrosen	182
B. Die Leptosen	198
4. Die kranken kortikalen Funktionen	201
5. Trophische und genische Krankheiten	205

§ 3. Der kranke Charakter.

1. Allgemeines	210
2. Die Reflexcharaktere	223
3. Die Totalcharaktere	228
4. Egoismus und Altruismus	252
5. Charakterschwäche	257

§ 4. Das kranke Temperament.

1. Allgemeines	260
2. Die Reflextemperamente	265
3. Die Totaltemperamente	266
4. Tempo der Bewegungseinheit	269
5. Temperamentschwäche	273

	Seite
§ 5. Die kranke Weltanschauung.	
1. Überblick über die Entwicklung der Weltanschauung	274
2. Das kranke Erleben	281
A. Das kranke Erleben als Infantilismus	281
B. Die Diagnose des kranken Erlebens	298
C. Das kranke Werten	308
3. Die kranke Beschreibung	315
4. Die kranken Weltanschauungstypen	336
A. Die nihilistische Weltanschauung	339
B. Die negativistische Weltanschauung	358
C. Die severistische Weltanschauung	372
D. Die pessimistische Weltanschauung	383
E. Die optimistische Weltanschauung	394
F. Die weltanschaulichen Misch- und Stauungstypen	405
G. Die kranken schizischen und zyklischen Weltanschauungen	409
H. Die trophistische und genistische Weltanschauung	417
I. Die Weltanschauung bei Hypotrophie	418
K. Kranke Weltanschauung und Gemeinschaft	421
§ 6. Das Wesen der Diagnose.	
1. Die Aufgabe der Diagnostik	425
2. Das Verfahren der Diagnostik	431
A. Das intuitive Verfahren	431
B. Das physikalisch-chemische Verfahren	432
C. Das bakteriologisch-serologische Verfahren	448
D. Das explorative Verfahren	449
a) Die Erhebung des Krankenberichtes und der Anamnese	449
b) Die Ermittlung der Konstitutionsdiagnose	458
c) Die Ermittlung der Charakter- und Temperamentdiagnose	459
d) Die Ermittlung der Weltanschauungsdiagnose	461
3. Das Ergebnis der Diagnostik	464
§ 7. Das Wesen der Therapie.	
1. Die Aufgabe der Therapie	477
2. Das Verfahren der Therapie	494
A. Die Chirurgie	494
B. Die innere Medizin	495
C. Die Nervenheilkunde	497
a) Die Suggestion	498
b) Die Psychoanalyse (einschl. Indiv.-psychol. usw.)	500
c) Die Erkenntnistherapie	502
3. Das Ergebnis der Therapie	507
A. Die Chirurgie	511
B. Die innere Medizin	512
C. Die Nervenheilkunde	516
a) Die Suggestion	521
b) Die Psychoanalyse	530
c) Die Erkenntnistherapie	537
Die soziale Therapie und Prophylaxe	542

Abkürzungen.

Akt., Aktn. = Aktualität, Aktualitäten
Akt.-Reihe = Aktualitätenreihe
biolog. = biologisch
Ch. = Charakter
DZ = Denkhülle
EdS. = Entdeckung der Seele.
E.-I. = Erregbarkeitsindex
H., A., S., T., F. = Hunger, Angst, Schmerz, Trauer, Freude
HASTF = Hunger-Angst-Schmerz-Trauer-Freudereihe
hgf., agf., sgf., tgf., fgf. = hunger-, angst-, schmerz-, trauer-, freude-
 gefühlig
hhaltig, ahaltig usw. = hungerhaltig, angsthaltig usw.
Hmensch, Htypus usw. = Hungermensch, Hungertypus usw.
HRS, ARS, SRS, TRS, FRS = Hunger-, Angst-, Schmerz-, Trauer-,
 Freude-Reflexsystem
Hstadium, Astadium usw. = Hunger-, Angststadium usw.
Infth. = Infantilisismus
infth. = infantilistisch
Kh. = Kohlehydrat
K.-I. = Kontraktionsintensität
Kst. = Konstitution
ml., wbl. = männlich, weiblich
Pat. = Patient
Psb. = Psychobiologie
RS = Reflexsystem
s. = sive („oder“ bei Synonymen usw.), in andern Fällen = siehe
Sk. = Symbolkomponente
Temp. = Temperament
Var.-B. = Variationsbreite
V.-G. = Veränderungsgeschwindigkeit.
vw. = vorwiegend
WA = Weltanschauung

Einleitung.

Der menschliche Organismus ist eine biologisch-ganzheitliche Kombination von Reflexsystemen. Ein RS setzt sich zusammen aus der peripheren Empfangsstelle (sensibeln Nervenendigung), der zentralwärts leitenden (sensibeln) Nervenstrecke, der peripheriewärts leitenden (motorischen) Nervenstrecke und dem Ausdrucksorgan (Bindegewebe in den mannigfachen Differenzierungen, Drüsen- und Muskelzelle). Die Funktion des RSs ist der Reflex. Wir unterscheiden die intergangliären, spinalen, medullären, subkortikalen und kortikalen Reflexe je nach der Ausdehnung der Reflexstrecke. Ein komplettes RS läuft über die Hirnrinde, d. h. seine sensible Strecke (Kette von Neuronen) reicht über das Rückenmark usw. bis zur Hirnrinde, dort beginnt mit den kortikalen Neuronen die motorische Strecke, die am Ausdrucksorgan endet. Das gesamte Nervensystem setzt sich aus dem sympathisch-parasympathischen (autonomen, vegetativen), dem sensorischen (willkürlichen, animalischen) und dem idealischen System zusammen; letzteres ist die Schicht der idealischen s. Begriffszellen der Hirnrinde. Zu einem kompletten RS gehört ein sympathischer bzw. parasympathischer, ein sensorischer und ein idealischer Anteil. Die RSe — wir nennen sie auch Persönlichkeitsanteile — gruppieren sich zu den trophischen (ernährerischen, arbeitlichen) und den genischen (platonischen, sinnlichen). Den ersteren sind die Ernährungsorgane (Mund-Magen-Darm mit Anhängen; Atmungsapparat; Herz-Gefäß-Nierensystem), anteilig auch die Sinnesorgane (Haut, Auge usw.); den letzteren und zwar den platonischen anteilig die Sinnesorgane, den sinnlichen das Zeugungsorgan, anteilig auch die Sinnesorgane zugehörig, zu jeder Gruppe gehören auch sensorische Muskeln. Beide Gruppen sind mannigfach in einander verschränkt, so daß genische RSe auch den Ernährungsorganen, trophische auch dem Zeugungsorgan zu eigen sind. In jeder Zelle finden genische (vw. im Zellkern) und trophische (vw. in der Kernumgebung) Vorgänge statt, so daß „genisch“ als Bezeichnung einer Zelle, eines Zellsystems, eines RSs streng genommen nur „vw. genisch“, „trophisch“ nur „vw. trophisch“ heißt. Die trophischen RSe des Organismus sind zusammen „das Trophische“,

die genischen „das Genische“; beide Gebiete greifen, wie gesagt, derart in einander, daß an allem Trophischen auch Genisches, an allem Genischen auch Trophisches teilhat.

Der Reflexablauf ist ein rein biologischer Vorgang. Im Nerven fließt der Nervenstrom (Aktionsstrom), von mir „Eronenstrom“ genannt. Von den antennenartigen Empfangsstationen werden Eronen als Paßformen aufgenommen, wandern durch die nervale Strecke des RSs und werden in Form der Funktion (Kontraktion) der Ausdrucksapparate „ausgedrückt“, abgegeben. Die sympathischen, sensorischen und idealischen Anteile des RSs stehen mit einander in „Konfunktion“, d. h. die Funktionswelle durchfließt das ganze RS, dabei kann die Erregung in dem einen oder andern Anteile höher sein; ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen Funktionsabläufen besteht realiter nicht, sondern eben nur ein zeiträumlicher. Je nach der Schaltung (Innigkeit der Kontaktverbindung) gehen mehr minder zahlreiche sympathische Eronen unter entspr. Umwandlung als sympathogene, analog idealische Eronen als ideogene ins sensorische Gebiet über. Jedes RS hat seine spezifische Funktionsperiode, d. h. seine Funktionswelle (die Intensität des Eronenstromes) steigt in bestimmter Periode an bis zur Akme und fällt dann ab. Demgemäß hat auch der Organismus als Ganzes seine bestimmte Funktionsperiode, eine Tatsache, aus der wir Wachen, Schlafen, Träumen usw. verstehen.

Die sympathischen (hier immer einschl. parasymphatischen) Nerven führen zu den inneren Organen und sympathischen Anteilen der äußeren Organe, also zu den glatten Muskeln (auch zum quersstreifigen Herzmuskel) und elastischen Fasern, die sensorischen zu den Skelettmuskeln (die idealischen haben keine unmittelbare Verbindung zur Motorik). An diesen Apparaten finden also die Reflexe ihren Ausdruck. Die inneren Organe sind Höhlen oder Röhren (z. B. Herz, Gefäße, Magen, Darm usw.) oder aus solchen Anordnungen zusammengesetzt (z. B. Niere, Milz, Leber usw.). Die Wandungen der Höhlen oder Röhren bestehen aus rund, schräg und längs angeordneten Fasern (Muskeln, elastischen Fasern), und zwar gehören zu jedem einzelnen Organ die längeren Rundfasern als Ausdrucksapparate zu den RSen, die wir nach dem Gefühl als Hunger-RSe (HRSe) bezeichnen, sind also sympathische Hungerausdrucksapparate, die kürzeren Rundfasern zu den Angst-RSen (ARSen), die Schrägfasern zu den Schmerz-RSen (SRSen), die kürzeren Längsfasern zu den Trauer-RSen (TRSen) und die längeren Längsfasern zu den Freude-RSen (FRSen). Die Kontraktion der Hfasern ist eine Verengung der Höhle-Röhre bis zu einer gewissen Weite, der Hweite. An sie schließt sich die Kontraktion der Afasern an, die fortgeführte Verengung bis zum Ver-

schlusse. Die Kontraktion der Sfasern ist die Drehung, wobei je nach der Richtung der Fasern eine Verengung (Verzerrung, Eindrehung; Faserrichtung mehr zur Runden hin) oder eine geringe Erweiterung in der Drehung (Aufdrehung; Faserrichtung mehr zur Länge hin) stattfindet. Die Kontraktion der Tfasern ist die langsam beginnende Erweiterung, die der Ffasern die sich rascher vollendende Erweiterung.

So verstehen wir die Funktionsabläufe der inneren Organe (einschl. Drüsen) — und analog, nämlich als Verengungen, Drehungen und Erweiterungen bzw. Beugungen, Drehungen und Streckungen vollziehen sich auch die Aktionen der Skelettmuskeln (Rumpf- und Extremitätenmuskeln), die ebenfalls rund, schräg und längs (gerade) angeordnet sind. Ein peristaltischer Funktionsablauf, z. B. am Herzen, am Darm usw. besteht aus Verengung als Hunger-, dann Angstausschlag, dann folgt die Drehung als Schmerzausschlag, dann die Erweiterung als Trauer-, dann Freudeauschlag, dann beginnt eine neue peristaltische Welle. Alle diese Funktionen vollziehen sich in geringeren und höheren Intensitäten unausgesetzt (alle RSe sind ständig in Funktion); die zu den einzelnen RSen gehörenden Hirnrindenzellen, von mir Denk- oder Bewußtseinszellen genannt, brauchen dabei den aktuellen Funktionsgrad nicht zu erreichen, die Vorgänge können sich unbewußt abspielen, mit „unbewußt“, „unaktuell“ bezeichnen wir die Funktionsgrade der Denkelemente unterhalb der Akme, bei der das Bewußte, die Aktualität auftritt. Analog verlaufen die äußeren Funktionsfolgen.

Die Hirnrinde ist das Organ des Bewußtseins. Ihre wesentlichen Elemente sind Nervenzellen, in die der von der Peripherie ankommende Eronenstrom aufgenommen wird und aus denen er weiterhin zu den Ausdrucksorganen fließt. Die Funktion der einzelnen RSe verläuft periodisch, in einer ansteigenden und fallenden Intensität; die Funktionskurve ist für jedes RS spezifisch. Hat die Funktion einer Denkelemente ihren Höhepunkt erreicht, so auch im Zellkern ein spezifischer biologischer Vorgang, die Vereinigung einer spezifischen geraden, positiven, männlichen und einer paßrechten runden, negativen, weiblichen Hauptschubkraft, wobei die erstere zu der biologischen Beschaffenheit „bewußt“ ausreift, also auf dem Höhepunkte der Funktionskurve als Bewußtes, Objekt, Aktualität „da“ ist. Die Spitze der Kurve, somit auch die Aktualität ist der Punkt (im mathematisch-biologischen Sinne), hat also weder Dauer noch Ausdehnung, kann nicht gemessen werden. Indem aber jeweils nur eine Denkelemente „aktuell funktioniert“, dann die andere usw., geht die eine Aktualität in die andere usw. über, reiht sich das Bewußte, ist es immer-anders und zwar Symbol alles möglichen Bewußten, aller möglichen Aktualitäten.

Auf dem Höhepunkte der Funktionskurve der Denkhülle ist also die Anschauung „da“, sie entsteht auf rein biologische Weise, als Funktionseigentümlichkeit der höchstdifferenzierten Nervenzellen. Alle bisher sogenannten seelisch-geistigen Prozesse sind biologische, sind Nervenprozesse. Des „Sprunges ins Metaphysische“ bedarf es nicht mehr; die Annahme des Metaphysischen, des Dämonischen in den verschiedenen genetischen Verdünnungsgraden „animistisch, magisch, mythisch, mystisch, motivisch-kausal“ (5. Bd.) erweist sich als Deutung, Fiktion und entfällt bei realistischer Einsicht in die biologische Struktur und Funktion des Organismus. Die Anschauung ist Gegensätzlichkeit, wie jede Erfahrung lehrt; man bezeichnet sie mit Subjekt : Objekt, auch Seele : Leib, Psyche : Physis usw., dem Wesen nach ist das Objekt Etwas, also das Subjekt Nichts. Somit ist „die Seele“ Nichts, das Nichtsichtbare usw., Nicht-beschreibbare. „Das Anschauen“ als Bezeichnung für die Nervenfunktion ist ein objektischer Vorgang, ein solcher, der sich im Objektpol der Anschauung vollzieht und der dazu führt, daß schließlich die „Anschauung“, d. h. die Gegensätzlichkeit Subjekt : Objekt s. Nichts : Etwas „da“ ist. Der physiologische Vorgang „anschauen“ ist nicht mit „der Anschauung“ im erkenntnistheoretischen Sinne zu verwechseln; jener ist Etwas-Veränderung, diese ist die Gegensätzlichkeit Nichts : Etwas. Diese Gegensätzlichkeit ist darin „gegeben“, daß das Etwas (Bewußte, Objekt) immer „entfernt“, anschauungsgemäß lokalisiert, jetzt und hier, gegenwärtig ist, gegenübersteht — wem? nicht einem andern Etwas, das ja ebenfalls Objekt, Angeschautes wäre, also nicht Anschauendes sein könnte, sondern dem Nichts. Die Gegensätzlichkeit Etwas : Etwas ist die interpolare, interobjektische, die Gegensätzlichkeit Nichts : Etwas ist die polare. Die Aktualität ist der Punkt, die „Anschauungseinheit“ habe ich Eron genannt — in Anlehnung an Eros s. v. v. Gegensätzlichkeit. Die Reihe der Aktualitäten, also Anschauungseinheiten heißt „Eronen“. Es ist immer nur eine, die Aktualität als immer-anders „da“, die Vor- und die Nachaktualitäten heißen also Vor- und Nach-Eronen, sie sind „jetzt“ nicht mehr oder noch nicht da, unseiend, unbewußt (nicht aber nichtseiend, nichtbewußt), als Symbolkomponenten in der Aktualität vertreten; mithin sind die unterhalb der aktuellen Akme verlaufenden Nervenprozesse unbewußt und lediglich aus den bewußten Vorgängen zu erschließen („Beschreibungstatsachen“).

Das Bewußte ist Gefühl oder Gegenstand oder Begriff (Erinnerung); in diesen drei Formen kommt das Etwas, das Physische vor. Diesem dreifältigen Erleben entspricht die Dreischichtung der Denkhüllen: die kleinen Pyramidenzellen der Hirnrinde sind die Gefühls-, die großen Pyramidenzellen die Ge-

genstands-, die polymorphen Zellen die Begriffszellen (Erinnerungszellen). Ein Gefühl ist also da im Moment der Funktionsakme einer Gefühlszelle, und zwar ist jedes einzelne Gefühl für eine bestimmte Gefühlszelle spezifisch. Wir unterscheiden fünf Grundgefühle: Hunger, Angst, Schmerz, Trauer, Freude, dazu die Misch- und die Stauungsgefühle. Ebenso erscheint ein gegenständliches Bewußtes im Moment der Funktionsakme einer Gegenstandszelle, und wiederum ist jede einzelne Aktualität für eine bestimmte Gegenstandszelle spezifisch. Die gegenständlichen Aktualitäten sind rund (hohl) und gerade (voll), beide auch gedreht angeordnet, und immer geht aus einem Runden ein Gerades hervor und eben mit Überschreiten der Schwelle in ein anderes Rund ein; die Höhlen-Öffnungen*)-Schwellen sind weibliche, das die Schwelle passierende Gedrehte, kurze und lange Gerade sind männliche Anordnungen (wbl. und ml. im unisexuellen Sinne).

Ein kortikales System besteht schematisch aus einer Gefühls-, einer Gegenstands- und einer Begriffszelle; diese Systeme bilden assoziative Gefüge, und zwar Einzel- und kombinierte Gefüge, direkt oder indirekt sind alle Denkkzellen mit einander assoziiert. Der zu einem Hungergefühl systemgenetisch**) gehörige Gegenstand ist hungergefühlig (hgf.), diese Gegenstände sind weitrund angeordnet (Höhle). Der zu einem Angstgefühl gehörige Gegenstand ist angstgefühlig (agf.), diese Gegenstände sind engrund angeordnet (Öffnung). Der zu einem Schmerzgefühl gehörige Gegenstand ist schmerzgefühlig (sgf.), diese Gegenstände sind engst angeordnet (Schwelle und das sie Überschreitende, also wbl. bzw. ml.). Der zu einem Trauergefühl gehörige Gegenstand ist trauergefühlig (tgf.), diese Gegenstände sind kurze Gerade. Der zu einem Freudegefühl gehörige Gegenstand ist freudegefühlig (fgf.), diese Gegenstände sind lange (vollendete) Gerade. Jedes Erlebnis, jeder Vor-gang ist eine HASTF-Reihe. Das Analoge gilt für die Begriffe, die ja eben Erinnerungen an die Gegenständlichkeit (begriffliche Vorstellungen) sind. Die RSe bezeichnen wir nach den Gefühlen. All das gilt für die neun Sinnesgebiete.

Diese wenigen Vorbemerkungen mögen hier genügen. Sie sind für die Leser bestimmt, die die vorhergehenden Bände des Lehrbuches noch nicht kennen. In jenen Bänden sind alle beim Lesen dieses Bandes aufkommenden Fragen im- oder explicite beantwortet. Wer kritisch Stellung nehmen will, hat die Pflicht, das ganze Lehrbuch zu studieren.

*) Mit „Öffnung“ bezeichnen wir immer eine Struktur, nämlich die Anordnung zwischen Höhle und Schwelle (= Loch), nicht eine Funktion, nämlich die Erweiterung der Öffnung, d. i. die Funktion der Trauer- und Freudemuskeln.

**) Vgl. 4. Bd. S. 248ff.

§ 1. Das Wesen der Krankheit.

1. Norm und Abnorm.

Die Aktualität (das Bewußte, Gegenwärtige) ist der biologisch-mathematische Punkt; sie ist „da“ auf dem Höhepunkte der Funktionskurve der einzelnen Denkkurve. Sie ist also homogen, d. h. ihre Eigenschaften und Funktionen sind nicht Einzelheiten „in“ oder „an“ der Aktualität (die also auch ohne gewisse oder alle Eigenschaften und Funktionen da sein könnte), sind nicht mosaikartig zur Aktualität aneinandergereiht (wobei ja jede schon eine Aktualität sein müßte), führen nicht ein selbständiges Dasein, wohl gar in kausalem Verhältnis zu einander, sondern sie sind in der biologischen Einheit des gegenwärtigen Punktes „enthalten“, die Akt. ist das biologische Symbol aller ihrer Eigenschaften und Funktionen, als einzelne treten sie lediglich in der Beschreibung auf. Nun ist die Aktualität immer-anders, nie zweimal dieselbe, sie ist einmalig, spezifisch, von allen vorigen und folgenden Aktualitäten verschieden. Diese Verschiedenheit involviert den unmittelbaren Vergleich: die Akt. kann nur insofern als verschieden von den vorigen und folgenden erlebt werden, als sie „an sich“ Erinnerung an diese irgendwie ähnlich-unähnlichen Vor- und Nachaktualitäten, also mit ihrem Sein s. Sosein eo ipso der (also unmittelbare) Vergleich mit jenen gegeben ist. Des weiteren werden die Aktualitäten und Akt.-Reihen (zusammengesetzten Individuen) über die Begrifflichkeit, erinnerungsmäßig, also mittelbar verglichen. Aus all diesen Vergleichen ergibt sich die Kategorisierung der Eigenschaften und Funktionen; sie wird um so reichhaltiger und präziser, je mehr sich die Individuen genetisch ausgliedern, explizieren.

„Kategorial“ sind die einzelnen Eigenschaften und Funktionen als „zu ihrer Kategorie gehörig“. Jedes optische Individuum z. B. ist mit bestimmten akustischen Akt.-Reihen assoziiert, hat eine spezifische akustophile Symbolkomponente (Sk.), und dieses „Lauthafte“ (Akustale) ist ein Einzelfall in der Kategorie Akustalität (5. Bd. S. 578ff.); sie zerfällt in Unterkategorien, zu denen sich die Individuen quoad Lauthaftigkeit nach dem Prinzip der Ähnlichkeit-Unähnlichkeit ordnen (z. B. Geräusche, Klänge, Töne, ferner verschiedene Gruppen der ähnlichen Ge-

räusche, Klänge, Töne, wozu auch die Sprache und ihre Kategorien gehören). Jedes optische Individuum ist ferner spezifisch warm-kalt, also wärme-kältehaft (thermal), und diese Eigenschaft ist je ein Einzelfall in der Kategorie Thermalität, die ebenfalls in Unterkategorien zerfällt (zunächst warm und kalt, dann auch Gruppierungen nach den Graden, der Kapazität usw.). Ebenso ist jedes optische Individuum tasthaft (taktal), schmackhaft (gustatal), dufthaft (olfaktal), und lage-, kraft- und richtunghaft (koordinat). Die Individuen der andern Sinnesgebiete sind sichthaft (optal) usw. Wir unterscheiden also wie neun Sinne so neun Hauptkategorien der Eigenschaften e toto sind elf: Helligkeit, Farbigkeit, Aggregatzustand, Veränderungsgeschwindigkeit, Evolutionalität, Essentialität, Sensualität, Zugehörigkeit zur Trophik oder zur Genik, Gefühlsbestimmtheit, Gefühligkeitsgrad, Differenzierungsgrad (5. Bd. S. 580); sie gelten für alle Sinnesgebiete, doch sind farbig nur die optischen Gegenstände und (in der spezifisch-begrifflichen Tönung) die Individualbegriffe. Andere Eigenschaften und Funktionen wie die kategorialen gibt es nicht.

Die Kategorie hat einen bestimmten Namen, z. B. Farbigkeit, eine Unterkategorie hat z. B. den Namen „rot“. Mit diesem Namen sind alle zugehörigen Einzelfälle assoziiert, die Einzelfälle sind Varianten innerhalb der Kategorie. Nicht für jede Variante, also jede „einzelne Eigenschaft“ steht ein besonderes Wort zur Verfügung, die Wortbezirke sind auch beim gebildetsten Menschen so weit nicht differenziert und werden es niemals werden; man fügt notfalls zur kategorialen Bezeichnung der Variante ein spezifisch determinierendes Wort oder mehrere, auch aus Vergleichen hinzu. Man sagt z. B.: alle Glocken läuten, d. h. sind mit einer gewissen Gruppe akustischer Akt.-Reihen assoziiert; man sagt ganz allgemein: die Glocke läutet, „läuten“ ist Bezeichnung der kategorialen Funktion und damit, indem die Eigenschaft „akustal“ die Funktion, d. h. die koordinative Veränderung der Glocke spezifiziert, auch der kategorialen Eigenschaft „der“ Glocke. Nun gibt es allerlei Sorten von Glocken (z. B. Kirchen-, Tür-, Kuhglocken usw.), man benennt nach den verschiedenen Namen determinierend auch die kategorialen Eigenschaften und Funktionen anderer Glocken, z. B. sagt man: diese Glocke läutet wie eine Kirchenglocke usw., man sagt ferner: die Kirchenglocke läutet „baum baum“, „dumpf und bang“, die Türglocke läutet „hell“, die Kuhglocke „bimmelt“ usw., jede Glocke hat eben ihren spezifischen Klang. „Größe“ ist die substantivische Bezeichnung für alle kategorialen Eigenschaften „groß“; wie groß das einzelne Individuum ist, wird mit Zufügung unbestimmter oder bestimmter (metrischer) Angaben

definiert. Alle optischen Gegenstände haben die Eigenschaft „farbig“; aus unzähligen Vergleichen ergeben sich Gruppen von Farbigkeiten, die kategoriale Bezeichnungen haben, z. B. rot, orange, gelb, grün usw., die einzelne Farbe wird hiernach bezeichnet und mit Beiworten spezifiziert, z. B. blattgrün, meergrün, grasgrün, hell-, dunkelgrün, sattes, frisches Grün usw. Die Akt. ist also grün, so grün, wie sie ist, spezifisch grün, und dieses Grün ist einmalig wie die Akt., jedes Grün ist anders, „Grün an sich“ ist lediglich Bezeichnung für alles Grüne als grün, für alle Grünnuancen und kommt phänomenal nie vor, auch nicht in der Begrifflichkeit (etwa als „Typus grün“). Man muß sich über diesen Sachverhalt klar geworden sein, will man die normative Beschreibung richtig verstehen: diese spricht grundsätzlich von den Einzelfällen als den Varianten innerhalb der Kategorien, als Varianten der kategorialen Eigenschaften und Funktionen.

Genau genommen werden nicht Eigenschaften und Funktionen als solche, sondern Individuen nach ihren Eigenschaften und Funktionen verglichen; man kann aber der Kürze halber die ungenaue Formel beibehalten, sofern sie nicht mißverstanden wird. Aus den Vergleichen ergibt sich die Klassifikation der Individuen nach Ähnlichkeit-Unähnlichkeit; sie ist sowohl partikularistisch, d. h. auf einzelne oder mehrere Eigenschaften und Funktionen orientiert (z. B. alles Grüne, alles Nasse, alles Harte usw., ferner die Angehörigen der einzelnen Berufe usw. bilden je eine Gruppe), wie auch totalistisch, d. h. auf die Kombination der Eigenschaften und Funktionen zur individuellen Ganzheit orientiert (z. B. jeder Organismus ist ein spezifisches Gesamt, das sich in jeder einzelnen Eigenschaft und Funktion biologisch-symbolisch präsentiert, hiernach sind die Familie, die Sippe, der Stamm, das Volk, die Rasse gruppiert); vgl. 4. Bd. § 1,1, § 12,2.

An die Kategorisierung und Klassifikation schließt sich nun die normative Beschreibung an. Sie vergleicht nicht mehr die einzelnen Eigenschaften und Funktionen auf ihre Zugehörigkeit zu den einzelnen Kategorien, sondern sie ordnet die zu den einzelnen Kategorien gehörenden Eigenschaften und Funktionen, also die Varianten nach der Häufigkeit und findet so ihre, nämlich die normativen Urteile, das pragmatische: richtig und falsch, das ethische: gut (recht) und böse (schlecht), das ästhetische: schön und häßlich, in letzter allgemeiner Zusammenfassung: normal und abnormal, gesund und krank. Die normative Beschreibung sondert diejenigen Varianten, die innerhalb einer Kategorie am häufigsten, d. h. häufiger als alle andern sind, von den übrigen und nennt jene normal (gesund, richtig, gut, schön), diese abnorm (krank, falsch, schlecht, häßlich). Sie

zählt also aus, zunächst und im allgemeinen in der unbestimmten Angabe „mehr oder weniger häufig“, dann finden sich auch Schätzungen in Zahlen vor, und am höchstdifferenzierten ist die wissenschaftliche Beschreibung mit der normativen Statistik. Die Kategorie als solche variiert natürlich nicht. Die Kategorie z. B. „farbig“ umfaßt alle Einzelfälle überhaupt, die Unterkategorie „grün“ alle Varianten „grün“, aber Varianten der Kategorien, die ja eben Zusammenfassungen von Varianten sind, gibt es nicht. Die Individuen und ihre Gruppen unterscheiden sich auch darin, daß innerhalb ihrer je spezifischen Eigenschaften gewisse Unterkategorien nicht oder nicht immer vorkommen, z. B. sind alle optischen Gegenstände farbig („farblos“ im Sinne von „frei von Farbigkeit“ ist keiner, 2. Bd. § 32, ^{1, h}), nicht aber sind sie alle grün, und viele grüne sind nicht immer grün, sondern werden genetisch andersfarbig, z. B. die Blätter der Bäume; in dieser Hinsicht kann wieder normativ beschrieben werden, z. B. kann man finden, daß die Blätter im Frühling normaliter grün werden, und daß es abnorm ist, falls es hie und da (bei diesen Bäumen) nicht geschieht. In allen Fällen werden Varianten ausgezählt, ermittelt (Mitte gezogen, Durchschnitt errechnet) und gesondert — dies eben ist das Eigentümliche der normativen Beschreibung.

Das Normale ist das unter Analogem Häufigere oder Häufigste (es handelt sich nur um zwei Größen, also genügt der Komparativ), das Durchschnittliche. Das Abnormale ist das Außerdurchschnittliche. Als überdurchschnittlich wird das Enorme bezeichnet, es liegt an der Spitze der Norm (z. B. Spitzenleistungen). Nach ihren Eigenschaften und Funktionen sind und heißen die Individuen normal oder abnormal, gesund oder krank. Die Norm ist ein Gesetz: es gibt keine Ausnahme, z. B. alle Menschen haben zwei Augen, — oder eine Regel: es gibt Ausnahmen, Varianten. Als Regel hat die Norm eine Variationsbreite (norm. Var.-B.). Das Abnormale liegt außerhalb der norm. Var.-B., es hat eine abnormale Var.-B. Man kann z. B. auf der Landstraße (*ceteris paribus*) mehr in der Mitte oder mehr links oder rechts gehen, alle diese Weglinien sind normal, in der Regel geht man auf dem Fußwege; wer aber im Straßen-graben oder auf dem Acker geht, bewegt sich auf abnormaler Bahn, für die eine Var.-B. etwa darin besteht, daß einer im trockenen, der andere im nassen Graben, der eine auf Brachland, der andere durch das reife Korn oder durch Sumpfland wandert *). In vielen Fällen kann die Norm nach beiden Seiten hin überschritten werden (z. B. das Herz kann zu klein oder zu groß sein),

*) Natürlich kann auch der Kranke auf der Landstraße gehen (er tut dies seiner Krankheit gemäß anders wie der Gesunde); es ist hier nur ein allgemeines Beispiel für die norm. und abnorm. Var.-B. angeführt.

in andern Fällen nur nach der einen Seite hin (z. B. kommt es niemals vor, daß der Mensch drei Augen hat, es kommt nur vor, daß er eins oder keins hat).

Unter Gruppennorm verstehen wir die Gesamtheit der normalen gruppenspezifischen Eigenschaften und Funktionen der Mitglieder. Die Norm kann niemals die Abnorm sein oder werden. Es können aber normale Eigenschaften und Funktionen einer Gruppe entspr. abgewandelt in einer andern Gruppe abnorm sein, z. B. die Kopfjagd bei Primitiven — der Mord bei den Menschen hoher Kultur. Viele von den Eigenschaften, die zu den einzelnen Unterkategorien gehören, kommen nur in gewissen, nicht in allen Gruppen vor, z. B. der Neger ist niemals weißhäutig, der Weiße niemals negerschwarz. Vergleicht man nur Abnormales, z. B. die Insassen einer Krankenanstalt, so hat die normative Klassifikation schon stattgefunden, die Vergleiche liegen in der abnorm. Var.-B., das „Häufigere“ oder „Häufigste“ in der Abnorm ist nicht „normal“, sondern „typisch“, z. B. typische und atypische Lungenentzündung.

Wir haben die phänomenale Norm von der normativen Beschreibung, der phänomenologischen Norm (wie überhaupt die Phänomenalität, die Erlebnisse, das Beschriebene von der Phänomenologie, den Beschreibungen, der Beschreibung) zu unterscheiden. Oft ist die Frage, ob es einen normalen Menschen gebe, erörtert worden (in der Konstitutionslehre, der Rechtswissenschaft usw.). Diese Frage ist nur möglich, so lange man sich weder über Norm noch über den Unterschied zwischen der phänomenalen Norm und ihrer Beschreibung, der phänomenologischen Norm klar geworden ist. Aus den innerhalb der norm. Var.-B. befindlichen Individuen kann eine besondere, sozusagen extreme Norm, der „Normotypus“ (Quetelet, Brugsch) oder „Idealtypus“ (Stratz, Hildebrandt, Geigel) errechnet werden; z. B. gibt Brugsch als den aus seinen anthropometrischen Untersuchungen sich ergebenden Normotypus quoad Körpergröße und -gewicht das normalbrüstige Individuum von 170 cm Länge und 65 kg Gewicht an. Dies ist eine rein mathematische Angabe, errechnet aus vielen Vergleichen, es ist damit aber nicht gesagt, daß dieser Normotypus unter den verglichenen Menschen oder überhaupt vorkommt. Dies gilt auch für die Auffassung Hildebrandts, Stratz' u. a. von „Norm“. Lenz faßt Norm teleologisch: diejenigen Befunde sind normal, die dauernde Erhaltung des Lebens gewährleisten; aber dieser Gesichtspunkt ist ebenso wie der kausale für das Verstehen einer Tatsache wertlos. Über ein Verhältnis der Norm zur Gewährleistung der dauernden Erhaltung des Lebens ist gar nichts Sicheres zu sagen, „denn Patroklos liegt begraben, und Thersites kehrt zurück“; es wird immer Krankes geben, also „gewährleistet“ auch das Abnormale die

dauernde Erhaltung des Lebens, und an der Neurose stirbt niemand.

Bauer, Grote u. a. wenden sich gegen jene Begriffsbestimmungen der Norm, aber der Einwand, daß die Norm nur Fiktion sei, daß es den normalen Menschen überhaupt nicht gebe, greift nicht durch: man verwechselt hierbei das mathematische Mittel mit den zu dieser Rechnung verglichenen Individuen, man übersieht, daß ja eben erst aus diesen Vergleichen der mittlere Wert errechnet wird. Natürlich gibt es nicht nur den normalen Menschen, sondern sogar sehr viele: die Mehrzahl ist allemal normal, es gibt keinen andern Maßstab wie den gesunden Menschen, der Gesunde ist das Maß aller Dinge, „die Norm“ schwebt nicht über den Dingen als eine himmlische Macht, nach der sich die Menschen usw. gefälligst zu richten haben. Man darf eben den errechneten Mittelwert nicht in die phänomenale Welt übertragen und nur das Individuum, auf das dieser Mittelwert zutreffen könnte, für normal erklären, man darf die Gültigkeit des „Normbegriffes“ nicht davon abhängig machen, daß man einen ihm entsprechenden Menschen finde. Die Bezeichnung „Fiktion“ für eine Rechnungsgröße ist durchaus falsch; eine Fiktion ist es aber, den Rechnungswert in der phänomenalen Welt aufsuchen zu wollen und seine Gültigkeit von dem Auffinden oder Nichtauffinden eines solchen „Normotypus“ abhängig sein zu lassen. Ebenso wenig kann man einen Begriffstypus („Idealtypus“) in der Gegenständlichkeit vorfinden, aber damit verliert doch der Begriffstypus nicht seine Existenz, ist auch nicht „Fiktion“. Vgl. hierzu 4. Bd. § 4,2 usw.

Grote führte den Terminus „Responsivität“ ein, er bezeichnet damit die Kongruenz von tatsächlich vorhandener und für dieses Individuum notwendiger physiologischer Leistung. Die Inkongruenz ist dann die Irresponsivität. Hiernach kann man gewiß die einzelnen Vorgänge klassifizieren, aber diese Klassifikation ist durchaus verschieden von der normativen. Ein Neurotiker z. B. mit Straßenangst verhält sich, solange er in seiner Wohnung bleibt, responsiv, sobald er das Haus verläßt, irresponsiv; ein Asthmatiker ist responsiv, solange er in seinem Stuhle sitzt oder sich langsam bewegt, er wird irresponsiv, sobald er eine Treppe steigt, usw. Darf man aber den Angstneurotiker normal, gesund nennen, solange er keine manifesten Beschwerden hat? Ist ein Mensch mit schwachem Herzen normal, solange er sich gemächlich auf ebener Erde bewegt, und wird er erst krank, wann er einen Berg ersteigt? Das kann man doch nicht sagen. Die Tatsache, daß auch kranke Organe gewissen Ansprüchen genügen können, d. h. daß ihre schwache Leistung in den Fällen, in denen eine stärkere nicht erwartet wird, ausreicht, gestattet nicht, das Organ und seine Funktion gesund zu nennen. Die

Grotesche Betrachtungsweise wird dem Wesen der Norm und der Abnorm nicht gerecht. Ferner: wie will Grote die „für dieses Individuum notwendige physiologische Leistung“ ermitteln, falls sie nicht vorhanden ist? Doch nur aus Vergleichen, also mittels des Verfahrens, das zur Ermittlung von Norm und Abnorm das einzig mögliche ist, d. h. Grote muß von der Norm und der Abnorm ausgehen, sie liegen den Ermittlungen von Responsivität und Irresponsivität zugrunde, sie werden hierbei implicite mitgedacht, und auch hieraus folgt, daß Responsivität und Irresponsivität nicht an die Stelle von Norm und Abnorm treten können (wie das auch Borchardt betont), ja daß die Groteschen Termini für die Klassifikation nach Norm und Abnorm überhaupt keine Bedeutung haben, sondern nur Marken für eine auf der Grundlage von Norm und Abnorm stattfindende besondere Klassifikation sind.

Zwischen Norm und Abnorm gibt es eine scharfe Grenze nur in den Fällen, in denen die Norm ein Gesetz ist. Wo die Norm Regel und Ausnahme umfaßt, also eine Var.-B. hat, sind die Übergänge fließend, gibt es sog. Grenzfälle, also solche, die von dem einen Beobachter noch zur Norm, vom andern zur Abnorm gerechnet werden; erst bei einer gewissen Entfernung von der „Grenze“ sind die Einzelfälle unverkennbar normal bzw. abnormal. Je differenzierter die Hirnrinde, je mehr Einzelfälle einer Kategorie vorkommen und diagnostiziert werden, je größer die Übung, Erfahrung, desto sicherer und rascher vollzieht sich die Einordnung eines vorliegenden Einzelfalles in die Norm bzw. Abnorm, desto geringer wird die Zahl der Grenzfälle. Der praktisch und wissenschaftlich durchgebildete Menschenkenner kann also viel eingehendere und genauere Diagnosen stellen als der Laie oder der Wissenschaftler, der — auch als Arzt — Laie auf dem Gebiete der Menschenkenntnis sein kann und sehr oft ist. Ein Mensch ist z. B. sehr fleißig, ob sein Fleiß noch normal oder schon abnorm (Überfleiß = neurotisch übersteigter Fleiß) ist, kann der Laie wenigstens in vielen Fällen nicht feststellen, wohl aber kann das der Menschenkenner, bes. der Psychobiologe. Die Diagnose wird in der Regel nicht allein an der (sozusagen abgelösten) Eigenschaft „fleißig“ gestellt, sondern an der Eigenschaft „fleißig“ als spezifischem Merkmal des betr. Individuums, d. h. im Zusammenhange mit andern Eigenschaften und Funktionen. Ein Fleiß, der für das eine Individuum noch normal ist, z. B. ein enormer Fleiß (Spitzenfleiß), kann für ein anderes Individuum abnorm, ein Zuviel sein. Wie weit die Spanne der norm. Var.-B. reicht, ist aus der Phänomenalität abzuleiten, nicht theoretisch zu bestimmen.

Die normative Beschreibung kann wiederum auf Norm und Abnorm untersucht werden, so daß eine normale und eine ab-

normale normative Beschreibung — je mit Var.-B. — zu unterscheiden sind; letztere verläuft als falsch außerhalb der norm. Var.-B. und ist allemal aus falschen Vergleichen, also falschem Erleben abstrahiert; ein Kranker stellt immer falsche, fehlerhafte Normen auf. Nur der schlechte Menschenkenner kann die skeptische Frage aufwerfen: was ist „gesund“, was „krank“? — kann wännen: auch der Kranke könne Gesundes leisten — und wohl gar der Gesunde Krankes. Vielfach wird dieser diagnostische und damit auch therapeutische Verzicht von Neurotikern ausgesprochen in der Angst vor der Erkenntnis ihrer Krankheit und damit der Notwendigkeit ihrer Behandlung. Es ist eine der wichtigsten Aufgaben des Menschen, sich in der Erkennung des Normalen und des Abnormalen zu vervollkommen.

Die innerhalb der norm. Var.-B. liegenden Varianten sind daraufhin auszuzählen, welche von ihnen die häufigsten sind; diese kann man als ganz-normal von den weniger-normalen, aber immer noch normalen sondern. Der Wanderer auf der Landstraße geht „ganz-normal“ („ganz-richtig“) auf dem Fußweg am Rande, „weniger-normal“ („weniger-richtig“), aber nicht abnormal (falsch, unrichtig) bei freier Landstraße mehr in der Mitte oder auf dem Sommerweg. Dagegen ist es abnorm, während lebhaften Wagenverkehrs auf dem Fahrdamm, etwa zwischen den Wagen zu gehen, ebenso wie es abnorm ist, daß ein Fuhrwerk auf dem Fußweg fährt; in beiden Fällen setzt es warnende, strafende Zurufe usw., die zum Ausdruck bringen, daß man ohne weiteres die Diagnose stellt. Immerhin sind solche unrichtige Verhaltungen oft noch normnahe, man kann rasch in die Norm einbiegen. Dagegen ist es „ganz-abnorm“, daß der Wanderer im Getreide geht oder sich dort ein Fuhrwerk mühsam dahinquält usw. Die normalen Varianten sind also mehr oder weniger normal, gesund, richtig usw., aber normal, gesund, richtig sind sie alle; die abnormalen Varianten sind mehr oder weniger abnormal, krank, falsch, fehlerhaft usw., aber abnormal, krank, falsch, fehlerhaft sind sie alle. Der Irrtum kann in der norm Var.-B. liegen oder außerhalb ihrer (5. Bd. S. 146). Das Gesunde ist rechtwertig, das Kranke fehlerwertig (5. Bd. S. 155). Die Normalitätsstufen oder -grade, also die komparativen Varianten innerhalb der norm. Var.-B. bezeichnet man mit richtig, richtiger, richtigst (ganz oder höchst richtig), gut, besser, best (ganz gut), schön, schöner, schönst (ganz schön); entsprechend die komparativen Varianten innerhalb der abnorm. Var.-B. mit falsch, falscher, falschest (ganz oder höchst falsch), schlecht, schlechter, schlechtest (ganz schlecht), häßlich, häßlicher, häßlichst (ganz häßlich).

Das gesunde Individuum ist „im ganzen“ gesund. Seine Eigenschaften und Funktionen sind zwar mehr oder weniger normal, richtig, gut und schön, aber normal, gesund, sie liegen

innerhalb der norm. Var.-B. Das „ganz gesund“ ist nicht mathematisch (100%) zu verstehen; daß jem. z. B. Hühneraugen oder mal Schnupfen hat, tut seiner Gesundheit noch keinen Abbruch, man wird ihn deshalb nicht krank nennen, wiewohl streng genommen das Hühnerauge kranke Haut, der Schnupfen Schleimhautentzündung ist. Der gesunde Mensch hat „im großen ganzen“ nur gesunde RSe, seine Reflexe sind „in Ordnung“, er kann nur gesund denken und tun, es fehlen ihm ja die kranken RSe, die kranken Apparate, deren Funktion das kranke Denken und Tun wäre. Das gesunde Denken und Tun hat auch immer gesunde Folgen, Weiterführungen, die dem Einzelnen wie der Gesamtheit zum Guten-Besten gereichen. Der Gesunde bedarf nicht der geschriebenen Gesetze und Regeln als der Regulative, sie sind ja erst aus seinem Verhalten abgeleitet; es ist ihm gar nicht möglich, gegen Gesetz und Regel-Ausnahme, die die Norm beschreiben, zu denken oder zu tun. Er kann also ein abnormes Gesetz, d. i. eine tatsachenfremde Gemeinformel, ein Schein- oder Fehlgesetz, nicht anerkennen und sieht das ihm entsprechende Denken und Tun als — ungesetzlich, d. h. als Verstoß gegen das normale Gesetz, gegen „die guten Sitten“ an. Er unterscheidet — je nach dem Differenziertheitsgrade mehr gefühls- oder mehr verstandesmäßig und weniger oder mehr eingehend und genau — das Gesunde vom Kranken, also auch die gesunde von der kranken Normbeschreibung.

Das kranke Individuum ist „im ganzen“ krank. Seine Eigenschaften und Funktionen, seine RSe sind zwar mehr oder weniger abnormal, aber eben doch abnormal, sie liegen innerhalb der abnormalen Var.-B. Man pflegt die normnahen Anteile des Organismus als „gesund“ zu bezeichnen und den normfernen Anteilen als den „kranken“ gegenüberzustellen. Indes der Organismus ist ein Ganzes, eine biologische Einheit; auch das noch so gut umschriebene, abgegrenzte, abgekapselte „Kranke“, z. B. eine Geschwulst, ist nicht derart isoliert, daß man es „Krankes im Gesunden“ nennen dürfte, sondern ist integrierender Teil des Ganzen: der „Herd“ steht mit der engeren und weiteren Umgebung in Stoffaustausch, die „gesunden“ Anteile sind so-spezifisch, daß sie in abgestuften Graden am kranken Geschehen teilnehmen, sie sind mehr minder „krank-haft“ („haft“ zu „haben“, also „krank-habend“, „Krankes-habend“), bestenfalls „fast-gesund“. Bezeichnen wir die rel. normfernen Anteile als „krank“ im engeren Sinne („relativ“ zu den normnäheren Anteilen), so ist zu definieren: der kranke Organismus besteht (ist eine biologische Einheit) aus kranken, krankhaften bis fast-gesunden Anteilen (RSen). In der Alltagssprache mag man das Fastgesunde kurz mit „gesund“ bezeichnen, die exakte Betrachtung und Beschreibung muß „das Gesunde am Kranken“

vom „Echt-Gesunden“ unterscheiden, das sich eben nur am gesunden, niemals am kranken Organismus vorfindet. „Krankhaft“ heißt nicht: gesund und dazu etwas krank, sondern „in rel. geringem Grade krank“, „krankheitlich nuanciert“; im Verhältnis zum Mehr-Kranken wird das Weniger-Kranke auch mit „gesünder“ im Sinne von „der Gesundheit näher“ bezeichnet. Jede Einzelheit des Organismus ist spezifisch und somit biologisches Symbol des Ganzen; dies gilt für den gesunden wie für den kranken Organismus. Im Sinne der biolog. Symbolik präsentiert jede, auch die fastgesunde Einzelheit (Eigenschaft, Funktion) des Kranken die ganze Krankheit und ist hierin von der analogen Einzelheit des Gesunden verschieden, jene liegt in der abnorm., diese in der norm. Var.-B. Das kranke Denken und Tun, also das Denken und Tun des Kranken hat immer kranke Folgen, Weiterführungen, die dem Einzelnen wie der Gemeinschaft zum Schaden gereichen. „Es ist der Fluch der bösen Tat, daß sie fortzeugend Böses muß gebären.“

Zu den diskutablen Grenzfällen gehören die Latent-Kranken (die Individuen, die disponiert, prämorbid sind), deren Krankheit noch nicht klar ausgebrochen, manifest geworden ist, sowie diejenigen Fälle, deren Krankheit nach dem Manifestwerden wieder in die Latenz abgesunken ist. Jede Krankheit entwickelt sich aus der Stufe der Disposition; sie ist da noch unmerklich, aber je feiner die Menschenkenntnis, desto eher kann die Diagnose gestellt werden, zuerst an kleinen Zeichen, die der weniger-gute Menschenkenner wohl nicht einmal beachtet. Ob ein Neugeborenes disponiert, ob ein fragliches Verhalten schon als krank aufzufassen ist, kann aus den erbbiologischen Tatsachen geschlossen werden. Es geht aber nicht an zu sagen: alle Menschen sind erbelastet, die gesunden sind die, deren Disposition nicht „ausbricht“; damit wird Gesund und Krank heillos durcheinandergeworfen, ja eine Unterscheidung unmöglich gemacht. Gesunde Menschen sind auch nicht disponiert; niemals bleibt eine Disposition ganz unbemerkt, d. h. sie entwickelt sich zu mehr minder ausgeprägter Manifestanz. „Erkrankung“ ist das Manifestwerden der „Krankheit“. Während der Manifestanz, d. h. der Hochfunktion kranker RSe treten die Funktionen der weniger-kranken bis fast-gesunden RSe mehr minder weit zurück, sehr weit z. B. bei Allgemeinerkrankungen. Nach Abklingen der kranken Hochfunktionen, z. B. einer Lungenentzündung, treten die kranken Anteile mehr minder weit zurück, die gesünderen RSe sind dann in Hochfunktion.

Die Diagnose normal: abnormal ist also am leichtesten während der Manifestanz, der „akuten Krankheit“ zu stellen, weniger leicht während der „Latenz“ genannten geringen Funktionsstadien der kranken RSe, ja man spricht nicht bloß populär,

sondern auch ärztlich von der „Heilung“ einer Krankheit, wo es sich nur um ein Latentwerden handelt. Wer eine Lungenentzündung hat, ist manifest krank; wer sie überstanden hat, gilt als „gesund“, er ist tatsächlich latent-krank, aber diese Latenz bleibt im alltäglichen Leben für den Kranken wie seine Umgebung unbemerkt, höchstens daß er sich — auch wieder oft unbemerkt — „schont“, „in acht nimmt“ usw. An sich sind auch die geringfügigsten Reste einer akuten Krankheit, falls sie noch bemerkbar sind, manifest; sie können aber, eben als geringfügig, schon zur Latenz gerechnet werden, die Breite der Latenz ist um so größer, je geringer die Diagnostizierfähigkeit des Beobachters, aber auch des Kranken selbst. „Latenz“ bedeutet ja nicht, daß die Krankheit „überhaupt“ nicht mehr da ist, daß der Krankheitsdämon den von ihm befallenen Leib verlassen habe und der gesunde Leib übrig geblieben sei, sondern bedeutet, daß die Hochfunktionen der kranken RSe abgeklungen, diese RSe aber natürlich noch vorhanden sind, nur eben in geringeren Intensitäten funktionierend. Bei rein funktionellen Krankheiten, z. B. Neurosen, ist die Diagnose Norm : Abnorm in den Latenzstadien oft schwierig, bes. für den Laien, zu denen auf diesem Gebiete auch viele Ärzte gehören, sie ist aber immer zu stellen. Jem. hat einen hysterischen „Anfall“, da ist er manifest krank; nach Überstehen der Welle braucht er dem Laien nicht hysterisch vorzukommen, er mag wohl etwas sonderbar sein, aber „das sind wir ja alle“; tatsächlich ist der Hysteriker eben hysterisch, er ist es immer, er hat die hysterischen RSe und ihre Funktion ist immer am Funktionsgesamt des Organismus beteiligt, nur eben mehr minder merklich.

Für die Diagnostik der Grenzfälle, also der Unterscheidung von benachbarten Varianten der Norm und der Abnorm ist zu bedenken, daß wir uns im Biologischen befinden, also auf dem Gebiete, das sich weder chemisch-physikalisch noch mathematisch ausschöpfen läßt. Die normativen Urteile leiten sich aus der Erfahrung (Häufigkeit gleicher Erlebnisse mit zunehmender Differenzierung) ab, die gen. „exakten“ Wissenschaften können diese Urteile nur stützen und verfeinern, mehr kann füglich niemand verlangen. Ein Puls von 90 kann bei raschem Laufe eines Gesunden, aber auch bei Tachykardie vorkommen, die Zahl entscheidet weder das eine noch das andere. Die isolierte Krebszelle sieht unterm Mikroskop morphologisch aus wie eine gesunde Zelle, aber der Tumor ist da und unterscheidet sich morphologisch von den gesunden Zellverbänden, auch ist der Stoffwechsel der Krebszelle verschieden von dem der gesunden Zelle (z. B. vermehrte Glykolyse, verminderte Atmung). Auch der Kranke kann — anders wie der Gesunde — auf der Landstraße gehen (S. 26), auch der Gesunde kann zum Scherz mal im Straßen-

graben gehen, die mathematische Absteckung des Weges ist nicht immer entscheidend über Norm und Abnorm. An der unmittelbaren Beobachtung ist festzustellen, ob der gleich rasche Puls einem gesunden Läufer oder einem Herzkranken und welcher Art dieser Kranken gehört, ob der Wanderer gesund oder krank wandert; das Zögern des Gesunden ist anders wie das des Angstkranke, der gesunde Zorn anders wie der Ausbruch des Zornmütigen, die „gleiche“ rote Gesichtsfarbe des Gesunden hat eine andere „Tönung“ wie die des Nervös-Eröteten oder des Plethorischen usw. Aus der Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit oder doch mehr minder zahlreicher Einzelheiten ergibt sich die Entscheidung, ob eine gewisse diskutierte Einzelheit noch normal oder nur normnahe ist.

Im Verhältnis zum Normalen ist das Abnormale ein Zuviel-Zuwenig, eine Über- oder Untertreibung, eine Hyper- oder Hypo-Atrophie. Das Normale ist das unter Analogem Häufigere, umfaßt also die Mehrzahl der Varianten, aber die kranken Varianten haben das Merkmal des Zuviel-Zuwenig. Wer von A nach B statt auf der Straße im Sturzacker oder im Sumpfe geht, leistet zu viel und zugleich zu wenig; er strengt sich übermäßig an, um mit dem Gesunden auf der Straße mitzukommen, ermüdet rascher, bleibt zurück, gibt auf oder kommt zu spät und erschöpft in B an oder verirrt sich. Die Geschwulst leistet zu viel: sie vermehrt sich rascher als die gesunden Zellen und zur Unzeit, sie muß sozusagen Versäumtes nachholen, aber sie leistet zu wenig: mit ihrem noch so eifrigen Wachstum kann sie das gesunde biologische Niveau, mit ihrem noch so eifrigen Funktionieren kann sie die gesunde Leistung nicht erreichen; so dient sie nicht dem Ganzen, sondern ist „Störung“ (stört und zerstört). Blinder Eifer schadet nur, und allzu scharf macht schartig. Die quantitative Größe einer Leistung ist keineswegs Garantie für die qualitative Höhe. Alles quantitative Zuviel ist ein qualitatives Zuwenig. Alle Überleistung vollzieht sich auf rel. niedrigem biologischem Niveau und ist schädlich. Die Hypertrophie ist eine „Minusvariante“ wie die Hypo- und Atrophie, die sich ebenfalls auf rel. niedrigem Niveau vollzieht und ein quantitatives wie qualitatives Zuwenig ist. 50 falsche Mark sind quantitativ mehr als 5 richtige, aber qualitativ weniger. Wer von seinen Überleistungen noch soviel Rühmens macht, ist doch nur der betrogene Betrüger.

Diese Darlegungen gelten nicht nur für die Menschen, sondern auch für die Tiere, Pflanzen und anorganischen Individuen (es gibt auch in der anorganischen Welt abnorme Eigenschaften und Funktionen, z. B. abnorme Strukturen von Gesteinen, beschädigte Kristalle, Kohle im Diamanten, abnormes Wetter usw., 4. Bd. § 4,2). Immer ist das kranke Einzelwesen

im ganzen krank. Für die Gemeinschaften trifft dies dagegen nicht zu. Ein Volk z. B. ist ein Organismus, aber nicht in der Form wie der Organismus „Einzelwesen“. Im Falle einer Epidemie sind nicht alle Volksgenossen krank; nicht alle leiden an Tuberkulose oder Gicht usw., wenn sie auch darunter leiden, daß es viele Kranke gibt. Die Mehrzahl der Volksgenossen ist unter allen Umständen, selbst bei ausgebreitetster Epidemie gesund. Der Einzelne steht also zur Gesamtheit Volk nicht im gleichen Verhältnis wie die Zelle des Einzelwesens zu den übrigen Zellen dieses Organismus. Die Zelle des Einzelorganismus ist nicht in der Weise selbständig wie das Einzelwesen im Volksorganismus. Kurz: der Vergleich des Zellenstaates „Einzelwesen“ und des Volkes-Staates läßt sich korrekt nur bis zu Ähnlichkeitsgraden durchführen, die die Gleichheit nicht erreichen. Vgl. 4. Bd. § 12,5.

Jedes gesunde und jedes kranke RS hat seine spezifische Funktionsperiode, sie setzt sich aus der ansteigenden Strecke der Funktionsintensität bis zur Spitze und der absteigenden Strecke zusammen. So haben auch alle Krankheiten ihre (je spezifische) Periodik, ihren (je spezifischen) biologischen Ablauf. Sie kommen und gehen. Auch die Seuchen, die Volkskrankheiten. Periodisch wird im Volke eine gewisse Krankheit aus der Latenz manifest, wobei sich eben zeigt, daß viele Volksgenossen, die als gesund galten, latent krank, disponiert waren. Nach spezifisch kurzer oder langer Dauer klingt die Epidemie — unter den Umständen der Therapie — wieder ab und bleibt latent, bis sie — in jeweils veränderten Formen — wieder ansteigt. Dabei werden nicht mit einem Schlage alle disponierten Volksgenossen manifest krank („ergriffen“), sondern nach einander in stetig zunehmender Zahl, gemäß der Funktionsperiode der analog kranken RSe der Einzelwesen. „Ansteckung“ ist nicht: Übertragung einer Krankheit auf einen gesunden Organismus (dies ist die dämonistisch-kausale und irrige Deutung), sondern die zeiträumliche Abfolge des Manifestwerdens der kranken RSe der Disponierten. Niemals ist ein Volk ganz gesund, immer ist die Mehrzahl der Volksgenossen gesund. Die Krankheiten, die Kranken ausrotten zu wollen, könnte nur der Wunschtraum eines Fanatikers sein, der sich für einen Gott hält.

2. „Organische“ und „funktionelle“ Krankheit.

Wir erleben und beschreiben Normales und Abnormales, Gesundes und Krankes, ein Drittes gibt es nicht. Das Kranke weicht eigenschaftlich und funktionell vom Gesunden ab — anders kann es ja nicht abweichen. Es gibt Krankes, dessen eigenschaftliche (einschl. strukturelle) Abweichung von der Norm „grob“ (weitgehend, auf- und sinnfällig) und so die Hauptsache ist;

wir nennen sie „anatomisch“ („stofflich“), bestimmen sie mit den klinisch-mechanischen (chirurgischen, internistischen) sowie anatomisch-histologischen Methoden und stellen hiernach die Diagnose; z. B. Geschwülste, die progressive Paralyse usw. Es gibt anderes Krankes, dessen eigenschaftliche Abweichung von der Norm „fein“ (zart, unmerklich, unbeachtlich) und so nebensächlich ist und so weit hinter der funktionellen Abweichung zurücktritt, daß wir die Krankheit als „funktionelle“ bezeichnen und mittels funktioneller (im wesentlichen explorativer, § 6) Methode die Diagnose stellen; hier fehlt also der anatomische Befund (im eigtl. Sinne); z. B. Asthma nervosum, Herzneurose, Magen-neurose auch mit Abschilferung von Epithelien, also Pseudomagengeschwüren usw. Jene Art Krankes wird gewöhnlich als „organisch-krank“, diese als „funktionell-krank“ bezeichnet. Es ist klar, daß mit einer anatomischen Abweichung immer auch funktionelle Abweichungen — und zwar je spezifische — verbunden sind, und ferner, daß ein gesundes Organ auch nicht krank funktionieren kann, also mit kranken Funktionen immer auch gewisse eigenschaftliche Veränderungen einhergehen, sie sind nur eben bei gewissen Krankheiten keine anatomischen. Der Herzneurotiker z. B. bietet bei der ärztlichen Untersuchung keinen „organischen“ Befund, sondern nur einen funktionellen Befund „am Organ“; man sagt, er sei „organisch gesund“.

Das sog. Organisch-Kranke (Anatomisch-Kranke) ist hypertrophisches oder hypo-atrophisches bis nekrotisches Gewebe, Gewebswucherung oder -verödung, derart ein Zuviel-Zuwenig. Immer ist da auch die Funktion abnorm; man muß also das Funktionell-Kranke eigentlich als Rein-funktionell-Krankes abgrenzen, wobei die feine eigenschaftliche Veränderung unberücksichtigt bleibt und bleiben darf. Wo anatomische Abweichungen vorliegen, haben wir es mit einer sog. organischen Krankheit zu tun; bei den reinen Funktionsstörungen ist das Suchen nach anatomischen Abweichungen an sich widersinnig, doch ist der Arzt bemüht, die Diagnose zu sichern. Es gibt aber reinfunktionelle Krankheiten, die anatomischen Abweichungen nahekommen, z. B. gewisse „Geschwülste“ (Pseudogeschwülste) wie Urticaria, Oedema fugax u. a. lediglich auf Krampf beruhende Stauungen und Schwellungen, ferner gewisse Entzündungen wie Fälle von Angina, Appendicitis, Herpes usw.; hierbei fehlen die echten Zellhyper- und -atrophien, wenn auch sich in den serösen Anschwellungen reichlich Lympho- und Leukozyten vorfinden und Abscheidung sterbender Zellen (z. B. bei neurotischer Furunkulose mit Pseudoeiterung) stattfindet. Die mit den organischen Krankheiten verbundenen Funktionsstörungen sind einmal solche des kranken Organs (Organsystems), sie sind der

eigenschaftlichen Veränderung des kranken Gewebes gemäß spezifiziert und hierin von den reinen Funktionsabweichungen verschieden; die „Neurasthenie“ als Prodromalstadium der progressiven Paralyse ist spezifisch anders wie die reine Neurasthenie, die N. „ohne anatomische Grundlagen“ usw. Es sind aber alle organischen Krankheiten mit „nervösen“ Symptomen verbunden, also mit reinen Funktionsabweichungen von RSen und ihren Grfügen; für die Diagnose sind diese Symptome von geringerer Bedeutung als jene. Die Unterschiede lassen sich nicht immer präzise beschreiben, sie sind Erlebnistatsachen und um so sicherer erkennbar, je größer die Erfahrung. Die organischen Krankheiten sind nicht mit den reinfunktionellen Krankheiten „am“ Organ zu verwechseln oder zu identifizieren; „Organneurosen“ sind nicht „organische Krankheiten“, sondern Krankheiten am Organ, d. h. solche reinfunktionelle Krankheiten, die sich auch in Form der Störung der Organfunktion manifestieren. „Funktionell krank“ besagt nicht, daß die Eigenschaften des Kranken gesund wären, sondern nur, daß sie sich nicht als anatomisch-krank vorfinden. Nach den funktionellen Abweichungen werden die Kranken dieser Art oft mit Eigenschaftswörtern (einschließlich adjektivischen Partizipien) bezeichnet, z. B. übervorsichtig, vertrotzt, niedergeschlagen, hochfahrend usw. Auch die reinfunktionellen Abweichungen sind — allerdings lediglich funktionelle — Hyper- oder Hypo-Atrophien, funktionelle Wucherung oder Verödung, Über- oder Untertreibung, derart Zuviel-Zuwenig; man spricht von Hyper- und Hypofunktion, Krampf und Lähmung.

Zur Klärung der Terminologie habe ich 1926 in der Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 100 H. 4—5 vorgeschlagen, die organischen Krankheiten als Hadrosen ($\alpha\delta\rho\acute{o}\varsigma$ = grob, schwülstig), die reinfunktionellen Krankheiten als Leptosen ($\lambda\epsilon\pi\tau\acute{o}\varsigma$ = zart, vgl. Leptomeninx, leptosom), das Organisch-Kranke als hadrotisch, das Reinfunktionell-Kranke als leptotisch zu bezeichnen. Die Neurosen, also die neurasthenischen und die hysterischen Krankheiten oder, wie ich sage, die Trophosen*) (Neurosen im Ernährungs-Berufsgebiet) und die Genosen

*) Mit „Trophosen“ bezeichnet man bisher atrophische bis gangränöse Gewebsveränderungen, die sich an Angiospasmen und-oder Neuroatrophien anschließen, in dieser Art als Ernährungsstörungen oder deren Folgen aufgefaßt werden, z. B. die Raynaudsche Krankheit, die Sklerodermie, die Spontangangrän, die Hemiatrophia facialis progressiva, das Mal perforant bei Tabes usw.; es wäre besser, da von angiogenen und neurogenen Atrophien zu sprechen. Bei den Neurosen kommen niemals echte Atrophien vor. — Die anatomischen Nervenleiden (Neurohadrosen) sind Entzündungen und Hyper-Atrophien; jene heißen Neuritis, die Geschwülste Neurom (Neurosarkom, Neurogumma s. Neurosyphilom usw.), die Atrophien eben Neuroatrophie; das Wort „Neurose“ sei, dem üblichen Sprachgebrauch gemäß, zur Bezeichnung der reinfunktionellen Nervenleiden reserviert.

(Neurosen im Liebesgebiet) sind sonach Leptosen, die sog. Psychosen sind entweder Hirnleptosen (z. B. Melancholie) oder begleiten Hirnhadrosen (z. B. progr. Paralyse), jene nenne ich Phrenosen*), diese Enkephalosen (zur Vermeidung des hier unpassenden Wortes „Psyche“, vgl. 5. Bd. § 1). Die Geschwülste sind Hadrosen, abgesehen von gewissen Formen, die man als leptotische Geschwülste bezeichnen muß und auch zu den leptotischen Entzündungen rechnen kann (z. B. Urticaria usw. S. 36). Manche Geschwulstkrankheiten sind mit chemischen Vergiftungen verbunden (z. B. Leberzirrhose mit chronischer Alkoholvergiftung, der experimentelle Tierkrebs mit Teervergiftung usw.), andere mit mikrobischen Vergiftungen (z. B. das syphilitische Gumma), viele mit Entzündungen (z. B. Krebs); gewisse Geschwülste sind „parasitär“ (z. B. Cysticercus). Die Entzündungen (lokale und allgemeine, letztere die sog. Infektionskrankheiten, d. h. fieberhafte Erkrankungen mit Bazillen usw.) sind wie die Geschwülste meist Hadrosen, doch gibt es auch leptotische Entzündungen (z. B. Fälle von Angina, Appendicitis usw., auch das neurotische Erröten ist eine leptotische Entzündung). Der Stoffwechsel ist in allen diesen Fällen gestört; man unterscheidet aber gewisse Krankheiten als Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Rheuma, Diabetes, Fettsucht, Rhachitis, Arteriosklerose usw.); diese sind in der Regel Hadrosen, es gibt aber auch neurotische, also leptotische Formen von Rheuma, Diabetes, Fettleibigkeit, Hypertonie usw. Vergiftungen begleiten Hadrosen (z. B. chron. Bleivergiftung, Alkoholismus mit Leberleiden usw.) oder sind Leptosen (z. B. Alkoholismus ohne anatomische Veränderungen, Arzneimittelsucht**). Parasitäre Krankheiten wie die Wurmkrankheiten, Trichinose, Malaria usw. sind Hadrosen. Die Anomalien sind Hadrosen derart, daß lediglich koordinative Abweichungen (abnorme Zusammenordnungen, abnorme Gestaltungen, „Mißbildungen“) von Gewebsteilen oder Organen vorliegen (z. B. Hasenscharte, hoher Gaumen, Turmschädel, akzessorische Brustdrüsen, Tropfenherz usw.), doch sind mit ihnen oft erhebliche Funktionsstörungen verbunden. Traumen liegen innerhalb der norm. Var.-B. (Pubertätskämpfe, Kriegsverletzungen, sofern sie per primam heilen) oder sind Hadrosen (Überfahrenwerden usw., Selbstverstümmelung, Selbstmord) oder Leptosen (neurotischer Schreck, Nervenschock).

Die Hadrosen sind von den Leptosen biologisch verschieden, beide Krankheitsgruppen sind bei aller Ähnlichkeit der Grenzfälle oder doch vieler Symptome durchaus getrennt, sind Krankheiten je „sui generis“. Die funktionellen Störungen, die mit

*) Vgl. Schizophrenie, Paraphrenie, Phrenologie; φρήν, φρένες Zwerchfell, nach altgriech. Auffassung Sitz der Seele, des Geistes.

**) Vgl. meine Monographie „Tabak und Neurose“, Bremen 1942.

den Hadrosen verbunden sind, nennen wir nicht leptotisch, aber sie ähneln den leptotischen mehr minder, bes. die nervösen Beschwerden, die die Hadrosen begleiten und die wir leptoid nennen wollen. Die Unfähigkeit des Pneumonikers, sich aus dem Bett zu erheben, ist anders wie die der Hysterica mit Astasie-Abasie, der Mißmut des Krebskranken ist anders wie der des Trauerneurotikers, und beide sind anders wie der des Melancholikers. Der lanzinierende Schmerz des Tabikers ist anders wie der des Schmerzneurotikers mit Beinneuralgien. Usf. Die Hadrose ist von der Leptose biologisch derart verschieden, daß Übergänge von der einen zur andern Krankheitsart nicht vorkommen. Aus einer Leptose kann niemals eine Hadrose werden, es kann sich aber an eine Leptose eine Hadrose, z. B. an die neurotische Verkrampfung einer Lungenspitze die echte Tuberkulose, an eine Trauerneurose ein Selbstmord anschließen, dann ist aber die Hadrose pathogenetisch eine Krankheit für sich, sie wird nach der Leptose manifest, nicht etwa durch sie, beide Krankheiten sind kombiniert, verursachen sich aber nicht gegenseitig. Eine Hadrose kann auch mit einem Vorstadium beginnen, das einer Leptose ganz ähnlich — und doch etwas anderes ist; man kann z. B. bei hinreichender Übung das neurasthenische Vorstadium der progress. Paralyse sehr wohl von einer Neurose unterscheiden und ebenso die funktionellen Störungen bei manifester Paralyse von einer Phrenose: an den spezifisch-speziellen Unterschieden der Symptome stellen wir ja eben die Diagnose.

In Grenzfällen ist die Differentialdiagnose oft schwierig, z. B. muß es manchmal unentschieden hleiben, ob der „infantile Uterus“ der genitalkranken Frau „nur“ verkrampft oder anatomisch infantil ist, oder ob es sich beim Zurückgehen oder Ausbleiben der Samen- bzw. Eibildung, das bei manchen Kranken unter längerdauernden mißlichen (ängstlich-schmerzlichen) Lebensverhältnissen (z. B. bei manchen Gefängnisinsassen, H. Stieve) eintritt, um neurotische Dysfunktion (Angst-Schmerzverkrampfung) oder um anatomische (involutiv-atrophische) Prozesse handelt, und im letzteren Falle, ob sie neben einer Angst-Schmerzneurose vor sich gehen oder von einer leptoiden Hyperfunktion eingeleitet worden sind, usw. Die Diagnose ist da ex juvenibus (Neurosen-therapie, Freilassung der Gefangenen usw.) oder per autopsiam zu sichern.

Die Leptose führt niemals zum Tode. Der Tod an Krankheit, das kranke Sterben ist allemal Hadrose, letztes Stadium einer anatomischen Krankheit, der lokale Tod (Partialtod, Gewebstod, Nekrose) ist das Sterben von Körperteilen. Ein Mensch, der neurotisch hungert, verhungert niemals; die kranken Funktionen laufen in der an- und absteigenden Intensitätskurve ab — und nach dem Ablauf ißt der Mensch wieder, der eine nicht viel,

aber so viel wie zur Erhaltung des Körpers nötig, der andere gerät aus der Hungerperiode in eine Freßperiode. Wer aber verhungert, ist hadrotisch krank; seine Hungersymptome waren schon immer etwas anders wie beim Hungerneurotiker, sozusagen mehr ernst gemeint, „schwerwiegender“, schon nuanciert nach einer anatomischen Grundlage hin, die sich nun beim Hungertode akut zur Manifestanz entwickelt. Der Magen-neurotiker stirbt nicht an seiner Neurose; er kann aber Beschwerden haben, die denen eines Magenkrebses ähneln, zu seinen Symptomen kann die Angst, einen Magenkrebs zu haben, gehören, es kann sich aber aus der Magen-neurose oder durch sie kein Krebs entwickeln, und wer nach allerhand „nervösen“ Beschwerden einen Magenkrebs „bekommt“, hat ihn schon immer gehabt, freilich war er latent und hat sich nun seiner Spezifität gemäß aus der Latenz zur Manifestanz, zur Geschwulst entwickelt — und nun stirbt der Kranke „an“ Krebs, nicht „durch“ den Krebs.

Tödlich können nur Hadrosen sein, z. B. maligne Geschwülste, perniziöse Anämie usw. Nicht alle Hadrosen sind tödlich, aber in allem hadrotischen Gewebe findet Zelltod statt — als letztes Stadium der Atrophie, die immer die Hypertrophie begleitet und übrigens „heilsam“ sein (d. h. zum Genesungsprozeß gehören) kann. Die Zahl der absterbenden Zellen kann rel. gering, das Zellsterben lokalisiert sein: dann bleibt der Organismus erhalten. Erkrankten immer mehr Zellen tödlich, sterben immer mehr Zellen, dann zerfällt schließlich in dieser kranken Weise der Organismus. Dieser Tod ist der kranke Tod. Er ist immer hadrotisch. Der Kranke stirbt an seiner Hadrose, nicht durch sie (als ob sie ein Dämon wäre, der „den Menschen“, etwa gar ihn als „sonst gesund“ gedacht, tötete!). Der Tod kann langsam oder plötzlich erfolgen („eintreten“), auch der plötzliche Tod hat seine Entwicklungsgeschichte, nur braucht sie nicht bekannt zu sein, z. B. jem. stirbt an Herzschlag, er ist nie beim Arzt gewesen, er war „immer gesund“, tatsächlich hat sich die Hadrose schleichend entwickelt, der vermeintlich Gesunde hat eine Lebensweise geführt, die eine beginnende Schwäche des Herzens nicht bewußt werden ließ, schließlich „ist es so weit“, die Hadrose verschlimmert (entwickelt) sich akut bis zu raschem Zellsterben am Herzen und an allen andern Organen. Natürlich ist der Tod nicht immer krank, es gibt auch den gesunden Tod, er ist häufiger als der kranke. Ständig sterben Zellen im Organismus, und nach Ablauf seiner Lebenskurve, seines Bestehens (Bestandes) zerfällt der gesunde Organismus in normaler Weise, das Vergehen und Sterben ist die eine Art der Lebensprozesse, das Werden die andere.

3. Sitz der Krankheit.

Die einzelnen Unterschiede zwischen normal und abnormal

aufzusuchen, ist Aufgabe der Klinik und der pathologischen Anatomie. Diese einzelnen Feststellungen lassen eine Zusammenfassung zu, die das allem Abnormalen Eigentümliche, das Wesen des Kranken (neutr.) oder der Krankheit angibt. Hierbei ist zunächst die Frage nach dem Sitz der Krankheit erörtert worden. R. Virchow sprach sich dahin aus, daß das vielgesuchte Wesen der Krankheit (Ens morbi) die veränderte Zelle sei (Zellulopathologie); die in erkrankten Körperteilen neu auftretenden Zellen mußten also als Abkömmlinge der Elemente des normalen Körpers angesehen werden. Aber, entgegnete H. Ribbert, diese Auffassung ist nicht haltbar: Krankheit ist ein Vorgang oder vielmehr eine Summe von Vorgängen, nicht ein anatomischer Zustand („Wesen der Krankheit“, Bonn 1909). Eine Geschwulst ist nach Ribbert keine Krankheit, sondern Krankheit ist die von ihr ausgehende Funktionsherabsetzung gewisser (der betroffenen) Organe. Die Entzündungen sind nach Ribbert nicht im eigentlichen Sinne pathologische Prozesse, sondern sie bedingen funktionelle Störungen und damit Krankheitserscheinungen. Diese Gegenüberstellung kennzeichnet die grundsätzliche Dissonanz in der derzeitigen Krankheitslehre. Ich stehe auf folgendem Standpunkte.

Es kann nicht daran gezweifelt werden, daß sich Geschwulstzellen von gesunden Zellen unterscheiden. Man hat vielfach erwogen, wie diese Abweichungen zustandekommen, zunächst sind aber doch diese Abweichungen — aus den zur Klassifikation von Norm und Abnorm angestellten Vergleichen — konstatiert worden. Wenn auch, wie Ribbert sagt, die Morphologie der weit- aus meisten Tumoren ohne Schwierigkeit eine Bestimmung der Histogenese zuläßt, so sind doch eben die Zellen der Plattenepithelkrebsse von den gesunden Plattenepithelien, die der Zylinderepithelkrebsse von den gesunden Zylinderzellen (wenn auch einzeln nicht immer morphologisch) zu unterscheiden, und wenn auch die „Entdifferenzierung“, genauer: der Differenzierungsunterschied noch so geringfügig ist, so sind doch eben diese Unterschiede da und dürfen — als wesentlich! — bei der Bildung einer Theorie über das Wesen der Krankheit durchaus nicht vernachlässigt werden. Die von der Norm abweichenden Zellen sind eben die Kranken. Daß mit der Entwicklung eines Tumors gewisse Funktionsstörungen an einzelnen Organen oder genauer besehen solche des gesamten Organismus verbunden sind und mit dem Wachstum des Tumors sich mehren, ist eine Tatsache, die nicht für sich, als „die Krankheit“ besteht, sondern die zur Krankheit gehört. Der Tumor ist nicht gesundes Gewebe, das erst sekundär die Krankheit erregt, also Krankheitsursache ist, sondern der Tumor ist krankes Gewebe. Dies gilt auch für das Entzündungsgewebe.

Man muß also Virchow darin beistimmen, daß im Krankheitsfalle die Zellen krank sind, aber man darf die kranken Zellen nicht als isoliert auffassen. Das Kranke ist zwar lokalisiert und zwar an einem Orte oder mehreren oder vielen Orten, also solitär oder multipel oder disseminiert; eine Geschwulst kann sich an einem Organ, aber auch an mehreren (Metastasen) vorfinden, d. h. an diesen nach einander manifest werden (ein Zeichen, daß Geschwulstzellen, die sich einzeln morphologisch von gesunden noch nicht sicher unterscheiden lassen, über mehrere Organe verstreut sein können), und noch mehr disseminiert sind die kranken Zellen bei Allgemeinerkrankungen (z. B. den sog. Infektionskrankheiten). Aber der Tumor usw., mag er noch so gut abgekapselt sein, ist doch integrierender Bestandteil des Gesamtorganismus, er ist Herd, Zentrale der Krankheit, mit dieser Zentrale ist der „übrige“ Körper zu einer organismischen Einheit verbunden, und so werden auch die Funktionsstörungen als Begleitsymptome verständlich. Es ist nicht so, daß der Krebskranke abgesehen von seinem Krebs gesund sei, sondern der ganze Organismus ist „krebsig“, und es ist richtig, von „krebsiger Diathese“ (deutsch: Durchsetzung) zu sprechen; dabei sind nicht etwa alle Zellen in der Art wie die Tumorzellen krank, sondern als zu einem krebsigen Organismus gehörig spezifisch, in dieser Art latentkrank bis fastgesund. Und dies gilt auch für die Säfte: auch sie sind an der Krankheit beteiligt, und der Streit „Hie Humoral-, hie Zellulärpathologie“ wird somit gegenstandslos.

Dieser ganzheitliche Zusammenhang trifft für jede Krankheit zu, auch für die Leptosen. Ein Asthmatiker hat nicht bloß Bronchialkrampf, Atemangst usw. und ist im übrigen gesund, sondern er ist im ganzen krank und zwar derart, daß der Herd, die Zentrale der Krankheit das Atmungssystem ist, die übrigen Organsysteme nur in einem geringeren, z. T. nur bei weitest durchgeführter Analyse erkennbaren Grade beteiligt sind; man muß also die übrigen Teile des Organismus als mehr minder krankhaft bis fastgesund, darf sie als „gesund“ nur in der Alltagssprache (auch der ärztlichen) bezeichnen. Jede Eigenschaft und Funktion des Asthmatikers (usw.), der Charakter, die Weltanschauung, das Denken ist asthmatisch, steht im Zeichen des Asthmas, freilich sind diese Eigentümlichkeiten z. T. nur mittels der psychobiologischen Analyse, der feinsten Untersuchungsmethode, die es gibt, festzustellen.

4. Entstehung der Krankheit. Disposition.

A. Die kausale Auffassung.

Die bisherige und noch allgemein gültige Weltanschauung ist die dämonistische, die vorrealische. Man faßt die Dinge nicht

als einfach seiend, einfach-seiend, sondern als Doppelwesen aus Physischem und Metaphysischem geheimnisvoll zusammengesetzt. Wie im 5. Bd. dargelegt, setzt diese Weltanschauung am Ende der primitiv-monistischen, chaotisch-einheitlichen Denkweise des jungen Kindes, mit dem Übergange in die Individuation, in die mehrheitliche Welt (etwa ausgangs des 3. Lebensjahres) ein und geht entwicklungsmäßig über die Stufen des rohen Dämonismus in die Stufen des feineren, verdünnteren Dämonismus über; auf die animistisch-magische Deutung folgt die mythische, dann die mystische, dann die humanische, die psychologisch-naturwissenschaftliche, die motivisch-kausale. An diese schließt sich genetisch die realische Weltanschauung an, die ich zuerst rein erarbeitet und in diesem Lehrbuch dargestellt habe; sie ist frei von Deutungen (Fiktionen), erkennt die Welt als rein physisch-biologisch, den Menschen als biologisches Reflexwesen, die Vorgänge als rein zeiträumliche Abfolgen, als HASTF-Reihen. Man kann das gesamte dämonistische Denken als prinzipiell kausal bezeichnen, im engeren Sinne kausal ist das dämonistische Denken des letzten Verdünnungsgrades; man kann ferner die Wirksamkeit des Metaphysischen überhaupt, also auch der Ursächlichkeit-Zwecklichkeit, des *ordo ordinans* nicht anders wie „zauberisch“ „denken“. Hiernach ist also das Metaphysische, wie immer es benannt werden mag, die Ursache des Physischen, seines Erscheinens, seiner Veränderungen, seiner „Wirkungen“ und „Zwecke“ usw., aber anderseits „muß wohl auch“ das Physische auf das Metaphysische, der Leib auf die Seele, der Mensch auf Gott usw. einwirken können, wenn auch die Art und Weise, die Möglichkeit dieses Hin und Her „unerforschlich“ ist. Gleich ob jem. der Fiktion der psycho-physischen Wechselwirkung oder der Fiktion des Parallelismus oder der antilogischen Fiktion der psycho-physischen Einheit huldigt, er denkt explicite oder implicite die Kausalität zwischen den „beiden Welten“ mit (deren Setzung ja sonst gänzlich sinnlos wäre). Vgl. 1. Bd. § 4. Im realischen Denken entfällt die „metaphysische Welt“ und ist Ursache = Ur-Sache, Anfang, Ausgangspunkt.

Im dämonistischen Denken wird natürlich auch die Krankheit dämonistisch aufgefaßt. Im primitiven Denken, also im rohen Dämonismus gilt die Krankheit selber als Dämon, der den bis dahin gesunden Menschen (usw.) anfällt, überfällt, niederwirft, besessen hält, ängstigt, quält, peinigt, in und mit ihm sein Wesen oder Unwesen treibt, ihn dann auch wieder verlassen, aus dem Leibe exorziert werden oder ihn töten kann, dann also das dämonische Leben, die Seele aus ihrem Hause exmittiert und selber als Dämon Tod in oder bei der Leiche hockt oder umherschwebt, vielleicht im Kampfe mit der Seele, die er in sein dunkles Reich entführen will, usw. Der unheimliche Dämon Krankheit, der

übrigens in den mannigfachsten Formen auftreten, sich verwandeln kann, wird — wer kann das wissen? — von Gott oder vom Teufel geschickt, wohl über Vermittlung untergeordneter Dämonen, also durch Engel oder Teufel, Feen oder Hexen, Zwerge, Kobolde, himmlische oder höllische Geister, Winde, Regen, Wärme-Kälte usw., kurz durch jedes Wesen, das des Zaubers mächtig ist, also auch durch Priester-Medizinmänner, auch gewisse Tiere (Seelentiere), Pflanzen (Gift-Heilkräuter usw.) und andere Dinge (Speisen, Luft usw.). Die Krankheit gilt als Übel, das den Gesunden „krank macht“, es ist also teuflisch, doch kann auch der böse Zauber von Gott gesandt sein (zur Prüfung usw., vgl. Hiob), die Krankheit kann also heilsam sein, eine göttliche Strafe, ein Beweis von Gottes Liebe („wen Gott lieb hat, den züchtigt er“), Zeichen des Auserwähltseins zum Kampfe gegen den Krankheits-teufel oder des Verworfenseins, der Preisgabe an den Teufelszauber — oder beides? Ist sie von Gott, so muß man sie ertragen, über sich ergehen lassen, warten, bis Gott sie wieder nimmt, der ja auch den Heilzauber verfügt, zu seiner Ausübung die Priester und Medizinweiber und -männer geschaffen hat, sei es daß sie Zaubersprüche, sei es Zaubermittel anwenden. Ist sie vom Teufel, so muß man wiederum mit dämonistischen Mitteln dagegen angehen, man muß beten (Gesundbeterei), allerlei Zaubersprüche hersagen (vgl. Coué u. v. a.), auch Räucherungen mit heiligen Kräutern usw., Waschungen, allerlei Zeremonien, rituelle Gebräuche, die ganz genau, ohne die geringste Abweichung von der heiligen Vorschrift, der Heilvorschrift — wegen der sonst drohenden Wirkungslosigkeit, ja Lebensgefahr — vollzogen werden müssen, usw. vornehmen, um die Krankheit zu „bannen“, man muß „einnehmen“: Zaubertränke, von zauberkundiger Hand aus Zauberstoffen rituell bereitet und genau „auf den Tropfen“ verordnet, Mixturen aus der Hexenküche oder Dreckapotheke, Wässer von geheimer wundertätiger Kraft, in denen man auch baden kann, usw. Oft ist der Zauber zu schwach, die Wirkung gegen den Krankheitszauber bleibt aus oder ist zu gering — dann muß man stärkeren Zauber, kräftigere Beschwörungen (die natürlich höheres Honorar kosten) suchen, „die Autorität“ befragen — oder das Leid auf sich nehmen in dem Bewußtsein, damit Sünden abzubüßen, die seinen oder (als Sündenbock und somit Erlöser) die der andern und sich im Jenseits einen Gotteslohn zu verdienen. Am besten ist es freilich, die Krankheit von vornherein abzuwehren, zu verhüten: mit einem Apotropaion, Amulett, Talisman, einer Zaubergeste, einem Zauberwort usw.

Der Krankheitsdämon ist allemal ein Todesbote, ein „Anzeichen“ des nahenden Schicksals; wird er nicht „ausgeräuchert“, so nistet er sich ein und treibt das Leben aus, der Leib fällt dann in sich zusammen wie ein leerer Mehlsack, er ist ja auch nur ir-

dische Materie, Staub, unwesentlich, „Wesen“ erst durch das gestaltende dämonische Leben. Geht die Krankheit vorüber, so ist der Gegenzauber die Ursache. Der Krankheitsdämon kann den ganzen Körper oder einzelne Teile befallen. Ist er Vollstrecker der Strafe, dann befällt er die Organe, mit denen man — wissentlich oder unwissentlich — gesündigt hat (Gesetz der Talio): daß und mit welchem Organ man gesündigt hat, erweist sich eben an der Krankheit, „denn wenn du nichts Sträfliches begangen hättest, würde dich ja die Krankheit-Strafe nicht treffen können“ (Beweis mit dem Irrealis, dem „Mädchen für alles“). Der Dämon kann plötzlich über mich herfallen oder sich tückisch- allmählich einschleichen (noch heute kann man lesen: „Eine tückische Krankheit raffte ihn dahin“, die Zeitgenossen sind eben noch so gut wie alle Dämonisten, zum großen Teil primitiv-zaubergläubig); auch kann Gott der Krankheitsender noch abgewartet haben, ob der Sünder bei geringer Strafe nicht doch noch zur Vernunft kommt. Der Dämonist ist ja immer von Dämonen, unsichtbaren und verkörperten (inkarnierten, in Leiber eingegangenen) Dämonen umgeben, in allen Gestalten hausen Dämonen, und nie weiß man, ob es gute oder böse, göttliche oder teuflische, Lebens- oder Todesdämonen sind, — *periculosum vivere*. Es können auch mehrere Dämonen sein, die auf den Leib wirken oder in die Organe eindringen und mit den dort ansässigen Dämonen ringen. Der Leib ist das Schlachtfeld der Dämonen. Aber im Leibe selber wohnen nun auch gute und böse, obere und untere Dämonen, *superi* und *inferi* und *infimi*, Einzelseelen, Organ-, ja Zellseelen, über ihnen schwebt der Oberdämon „Ich“ (die Seele, der Geist), der die guten Dämonen fördert, die bösen niederhält, falls sie nicht übermächtig sind oder werden. So streben die Geister der Tiefe immer und überall darnach, die Geister der Höhe zu vertreiben, und umgekehrt wollen die guten Geister die bösen verschrecken — oder überwinden, entmachten, ihren Zauber brechen —, und niemals gelingt es, das Ziel zu erreichen, den endgültigen Sieg zu erringen, denn die Dämonie ist, eben als Dämonie, unsterblich und allmächtig-allmachtlich, Leben und Tod, Gott und Teufel, Himmel und Hölle, Gut und Böse stehen mit einander im ewigen Stellungskrieg, im gegenseitigen Banne. So deutet der Primitive wie alles Geschehen so auch das Krankheitsgeschehen als Wirkung von animistisch-magischen Kräften, von dämonischen Mächten. Im 5. Bd. ist darüber ausführlicher berichtet.

Der differenziertere Mensch hat zwar den rohen Zauberglauben verlassen, aber er ist noch Dämonist, und das Dämonische ist prinzipiell „Allmacht“ oder mit Allmacht begabt, d. h. eben ist oder hat Zauberkraft, „übernatürliche“ Macht. In diesem Sinne ist auch der gebildete Kausalist, selbst der Naturwissen-

schaftler, der „nicht mehr an die Seele glaubt“, aber auch noch mit der Seele operiert, das Leib-Seele-Problem nicht gelöst hat, in verdünntem Grade zaubergläubig, ob er es weiß und zugibt oder nicht. Ausführliches auch hierüber im 5. Bde. Die Psychologen einschl. Psycho-therapeuten, mögen sie „Oberflächen-“ oder „Tiefenpsychologie“ betreiben, mögen sie eine gestaltete Seele, einen anthropomorphen Geist im Menschen (usw.?) oder „nur“ seelisch-geistige Kräfte, vitalistische Energien und Entelechien usw. annehmen, sind allesamt Metaphysiker. Sie greifen in ihrer Deutenot auch wieder auf die urprimitiv Animistik zurück und lassen das „psychische Kontinuum“ im Jenseits und aus dem Jenseits, in oder aus dem Irrationalen walten und wirken, sind jedenfalls „überzeugt“, daß es zwei Welten gibt, die physische und die metaphysische (psychische usw.), die einander polar-gegensätzlich, wesens-gegensätzlich sind, in unerforschlicher Verbindung, nach der man dennoch andauernd forscht, mit einander stehen, in einem Verhältnis, das, mag man sich drehen und wenden, wie man will, „kausal“ sein muß, soll das ganze Zwei-Welten-System überhaupt einen Sinn haben. Wie beschaffen diese sog. „Überzeugung“ ist, zeigt sich an dem berühmten „Ignoramus — ignorabimus“ des Dubois-Reymond, das noch heute allgemeine Gültigkeit hat. Diese „Überzeugung“ ist Zweifel — wie der sog. „Glaube“ an das dämonische Schicksal, auch Vorsehung, Verhängnis, Weltwille, Weltvernunft usw. genannt, an den metaphysischen Gott-Teufel mit seinen Engeln-Teufeln usw. Zweifel ist und gar nichts weiter, mag er auch in die Denkanst ausgenutzt und so für den Zweifler unkenntlich sein. Der Dämonismus und damit der Zauberglaube hört eben erst auf, sobald man die Fiktion der Zwei-Welten aufgegeben, d. h. erkannt hat, daß die metaphysische Welt lediglich in die physische eingedeutet ist, also realiter gar nicht existiert. Realiter existiert nur — das Existente, die physische Welt.

So huldigen auch die Psychopathologen dem Seelenglauben, z. T. in geradezu primitiver Form. Sie meinen, die Seele könne erkranken, und fragen nun nach Ursachen und Wirkungen; diese liegen inner- und außerhalb der Seele, sie werden mit Vorliebe „Faktoren“ genannt (vgl. 4. Bd. § 3,2 u. 3). Wie aber kann die Seele, das Seelische, das Metaphysische überhaupt (also auch Gott usw.) erkranken? Wenn die Seele göttlich ist, kann sich das Göttliche selber krank machen — oder kann es krank gemacht werden? Gibt es außer der göttlichen (weißen) noch eine teuflische (schwarze) Seele, ist „Seele“ nur ein Sammelname für die guten und die bösen „Partialseelen“ (vgl. Unterdämonen, Engel und Teufel, Organseelen usw.)? wie kann die böse Seele die gute verderben, wie das „böse Prinzip“ das gute „anschwärzen“? würde da nicht die gute Seele böse? wie kann sie dann (auch?)

noch gut sein? Wie könnte an das gute Prinzip das allergeringste Böse herankommen — und wie umgekehrt an das böse Prinzip das allergeringste Gute? Krankheit ist aber Übel, Böses, Schlechtes. Ob man eine gestaltete Seele, ein „Seelenwesen“ oder „seelische Kräfte“ usw. annimmt, ändert nichts an der prinzipiellen Unklarheit. Auch nichts an der Unklarheit darüber, wie eine Seele, die krank geworden wäre, geheilt werden könnte — von wem? kann sie sich selbst heilen? bedarf sie, die göttliche, der Hilfe von außen, von andern Seelen oder von physischen Personen mit physischen Mitteln? wie soll all dies „Wirken“ vor sich gehen, möglich sein, „vorgestellt“ werden?

Die Seele, das Seelische soll den Körper (sogar „echt“, d. h. „organisch“=hadrotisch) krank machen können, man sieht eine solche Wirkung als Tatsache an, „erklären“ kann man sie freilich nicht (die „Wirkung“ ist ja realiter ebenso wenig „Tatsache“ wie die Seelenexistenz, es handelt sich ja nur um Deutung, Fiktion). Ebenso kann die Seele den kranken Leib gesund machen, ja man kann eine hierin lässige oder schwache Seele durch „seelische Beeinflussung“ anfeuern, ermuntern und kräftigen, also über die Seele des Kranken den Kranken heilen, auch den „nur“ (?) körperlich Kranken, — aber ob es wohl „nur“ körperlich Kranke gibt, ist ganz fraglich, der eine Seelenforscher sagt dies, der andere das, und im Bereich der Fiktionen ist „alles“ möglich. Der Leib ist ja, nach L. Klages, das Organ der Seele, und „Es ist der Geist, der sich den Körper baut“. Hingegen soll nach Klages die Seele „der Sinn des Leibes“ sein! Man nimmt an, daß auch der Leib die Seele, den Geist krank machen könne, aber über das Wie? zuckt man die Achseln: ignoramus! „Das Milieu“ „formt“, „bildet“ Leib und Seele, kann auch den gesunden Leib und die gesunde Seele krank machen — oder (nach A. Adler) die gesunde Seele dazu bringen-zwingen, in Form der Neurose auf die abnormale Umwelt zu „reagieren“, so daß die Neurose diese „normale Reaktion“ ist! Die Seelen sind ursprünglich gleich, „Erblichkeit“ ist undenkbar, die Seele ist ja göttlich oder teuflisch, also metaphysisch, „Teil“ des „psychischen Kontinuums“, der animistischen Allseele, woher und wie sollte sie „erben“ können? Die Seelen werden erst verschieden durch Einwirkung des Milieus, und je nachdem das Milieu geartet ist, werden auch die Seelen verschieden, freilich im gleichen Milieu die eine ganz anders wie die andere, womit ja bei Lichte besehen die Milieuthorie mit ihrer Forderung nach Eingleichung (Kollektivierung) der Umwelt sich selbst widerlegt, indes lebt ja diese ganze akrobatische Phantastik um die Seele nur vom und im Rätsel, Geheimnis, Wider- und Unsinn, und je verzwickter und verrückter die Gedankensprünge, desto näher wird man wohl — der Wahrheit kommen — der unerforschlichen!

Bei C. G. Jung lesen wir vom „kollektiven Unbewußten“, von der „Kollektivseele“. Wir lesen, daß „in Wirklichkeit die Neurose die Seele des Kranken oder zum mindesten einen ganz wesentlichen Teil derselben enthält.“ Daher: „Eine Neurose verlieren bedeutet soviel wie gegenstandslos werden, ja das Leben verliert seine Spitze und damit den Sinn.“ Wie aber, so frage ich, kann das ewige kollektive Unbewußte überhaupt erkranken, auch nur als tiefste Seelenschicht des Einzelwesens, der Einzelseele (wie die Kollektivseele sich zu Einzelseelen aufteilen kann, erfahren wir natürlich auch nicht)? Wie kann die Neurose die Seele „enthalten“, nicht immer die ganze Seele, manchmal auch nur „einen ganz wesentlichen Teil“? was ist „Teil der Seele“, wie „teilt“ sie sich? ist sie nicht ein Ganzes? wo ist der andere Teil der Seele? Und wenn die Neurose die ganze Seele enthält, wie steht dann der Leib zur Neurose bzw. zur Seele? Die Neurose, sagt Jung, wird nicht geheilt, sondern „sie heilt uns“ — „uns“? wer ist das? ist „die Neurose“ ein seelisches, dämonisches Wesen „in uns“ und zwar ein recht anständiges: es heilt „uns“? Aber sind „wir“ denn krank? die Krankheit ist doch die Neurose, wie kann die Krankheit „uns“, die Kranken oder die Gesunden oder vielleicht den gesunden Teil von „uns“ heilen? sie muß doch als Krankheit selbst in Heilung übergehen, sollte man meinen? Aber Jung erzählt: „Der Mensch ist krank, die Krankheit aber ist der Versuch der Natur, ihn zu heilen.“ Was heißt hier „der Mensch“? ist da seine Seele gemeint? doch wohl, wenn doch die Neurose die Seele enthält! — oder der Leib — oder beides? dann müßte die Neurose doch auch den Leib mit „enthalten“? Wie macht es „die Natur“, das kollektive Unbewußte, die Seele, bis dahin gesund, erkranken zu lassen? — Und indem sie „den Menschen“ krank werden läßt, macht sie damit eben, mit dem Krankmachen den Versuch, die Krankheit oder den Kranken zu heilen?! Die weise Natur: sie schickt die Krankheit, und eben diese Krankheit ist der Versuch, den Kranken zu heilen! Die Krankheit heilt den Kranken! Aber es ist von der Natur bloß „ein Versuch“, er braucht nicht zu gelingen, — wieso nicht, wieso ist es möglich, daß er auch nicht gelingen kann, da sind ja wohl Mächte am Werke, die es hindern, daß die Krankheit den Kranken heilt? „Jung ist nicht Wagner, sondern Faust, nicht die Grammatik, sondern die Verdichtung des Lebens selber, die ‚Dichtung‘ der Seele“, rühmt W. M. Kranefeldt (Zentralbl. f. Psychotherapie 1934 H. 1—2). So ist es auch nur Dichtung, daß in der Neurose nicht nur die Seele oder „mindestens ein ganz wesentlicher Teil derselben“ stecke, sondern auch oder damit eben „unser eigner bester Feind oder Freund“ (was nun denn: Feind oder Freund??). „Nicht, wie man die Neurose los wird, hat der Kranke zu lernen“, lehrt der Psycho-

therapeut Jung in Sperrdruck, „sondern wie man sie trägt“. In striktem Gegensatz zu Jung betone ich, daß die echte Neurosen-therapie auf die Behebung der Neurose gerichtet ist.

Der weil. Professor der Chemie am Freisinger Lyzeum L. Staudenmaier hat ein Buch „Magie als experimentelle Naturwissenschaft“ geschrieben (ich zitiere aus G. R. Heyer, Prakt. Seelenheilkde 1935). Er schildert darin seine „Forschungen“ um die „Wesenheiten in seiner eignen Tiefe“, die er beim Versenken „in eine Art Döszustand, unter möglichst weitgehender Ausschaltung seines Oberbewußtseins“ entdeckte und mit denen „er“ „sich“ in einen harten Kampf einließ. In dieser „Tiefe“ gab es außer allerlei Elstern, Schlangen, Kobolden usw. einen Geist „Hoheit“, einen Geist „das Kind“, einen Geist „Rundkopf“, einen „Bocks-“ und einen „Pferdefuß“, auch Nymphen, Faune, Halbgötter, junge Dame!! In dieser Art bevölkerte „der fromme Katholik und alte Junggeselle“ (Heyer) sein Inneres, „bezeichnenderweise seinen Bauch“ mit den „Vertretern der animalischen Impulse“, aber diese „Experimente“ bekamen ihm schlecht: „die Geister, die er gerufen hatte, wurde er nicht mehr los“, die verschiedenen Stimmen wurden immer selbständiger, bes. „die Repräsentanten des Bauchlebens, Bocks- und Pferdefuß machten ihm das Leben zur Hölle, sie traten — in Gestalt schwerer Spasmen des Darmes — in Streik“, und vergeblich suchte St., „diese Geister mit der Peitsche niederzuzwingen, sie an die Kandare zu nehmen“. „So erlebte er die Erscheinung einer jungen Dame; und dies gar, als er in seinem Bette lag. Unser Professor war entsetzt; er schreibt: ‚Ich wandte mich entrüstet um‘. Immerhin, durch solche ihm sehr ärgerliche Erlebnisse nicht abgeschreckt, setzte er seine Studien eifrig weiter fort; er versenkte sich immer tiefer, d. h. er machte die Tür zu seinem Innern immer weiter auf und ließ die Stimmen und Mächte, die dort, wie in jedem so auch in ihm wohlweislich abgesperrt geschlummert hatten, mehr und mehr ins Tageslicht seines Bewußtseins herauf.“ Usf.

Ich zitiere diese Spukgeschichten nicht als Krankenbericht — St. war, wie schon die wenigen Sätze für jeden Kenner klar zeigen, schwer nervenleidend, mindestens neurotisch, schizoid, wenn nicht schizophren —, auch nicht als wilde Phantasien eines Poeten, den der Ruhm eines E. T. A. Hoffmann nicht schlafen ließe, sondern als ein weiteres Beispiel, an dem das weltanschauliche Niveau der heutigen „Tiefenpsychologie“ ersichtlich wird (nach Schultze-Hencke ist sie heute etwa auf dem Punkte angelangt, an dem die Chemie etwa zur Zeit des Paracelsus, also um 1500 stand, Dt. Kongr. f. Psychotherapie 1938). Heyer glaubt nämlich an die Existenz dieser Geister, er hält das Buch Staudenmaiers nicht etwa für die Aufzeichnungen eines Kranken über seine

kranken Erlebnisse, sondern auch für H. sind die Geister der Tiefe wirklich vorhanden, er nennt das wahnhaftes Erleben des St. nicht etwa wahnhaft, sondern „das hochinteressante Experiment eines Mannes, dem unsere große Dankbarkeit gehört!“, lehnt die Diagnose, daß St. an einer Psychose gelitten habe, entschieden ab, schreibt aber gleich darauf: „Schwere körperliche Krisen, in die St. — sehr beachtenswerter Weise! — bei der Erweckung (sic! L.) seines Unbewußten geriet, haben ihn nicht gelähmt, ebenso wenig entmutigten ihn die ernstesten seelischen Schwierigkeiten, die alsbald auftauchten“ (Zerfall der geglaubten seelischen Einheitlichkeit in Teilseelen). Daß St. mit den „Bauchgeistern“ gerungen hat, daß er sie mit der Peitsche hat niederzwingen wollen, daß sie ihm „das Leben zur Hölle gemacht“ haben, beweist für Heyer nicht die Krankheit des St., sondern die Existenz der Geister! „Diese ‚Geister‘ unserer Tiefe sind es, die in den Neurosen auftauchen. So wie sie allnächtlich (sic! L.) in jedem von uns (sic! L. — also auch bei Heyer!) ihren (‚Sommernachts-‘) Traum, ihren Hexensabbath, ihr Blocksbergfest feiern.“ „Wohlweislich“ sind die Geister „abgesperrt“ — wer sperrt sie ab, wer hat die „Weisheit“, sie abzusperren, wie geschieht das Absperrn? Der „Wille“ versagt hier eingestandenmaßen kläglich, ja falls „man“ (wer und was ist das „man“?) ihn nicht ausschaltet, „bewirkt“ er das Gegenteil. Vermutlich ist das „Oberbewußtsein“ oder „Ich“ der den Willen ausschaltende und die Bauchgeister einsperrende Oberdämon (Freud sagte dazu „Verdrängung“), er macht die Geister „schlummern“, er „erweckt“ sie auch — oder können sie auch von selber wachwerden? Wie ist das Schlummern und Erwecken-Wachwerden zu denken? Warum erweckt das „Oberbewußtsein“ die Geister, die es doch bloß ärgern? Und wiederum sollen „die sehr verschiedenen Partialseelen“, „aus denen das unbewußte Seelenleben besteht“, „relativ autonom“ (relativ und autonom!! L.) sein, d. h. „ihre eigne Dynamik und einen gewissermaßen (! L.) eigen-sinnigen Charakter haben“, an anderer Stelle sind sie „weitgehend autonom und ursprünglich ganzheitsuneinbezogen“, also wohl „kollektiv“ (Adler sagte dazu „ursprünglich gleich“, Kronfeld „psychisches Kontinuum“). Aber sind die Partialseelen — in jedem Organ muß ja wohl, wenn nicht gar in jeder Zelle ein Seelchen, ein „Es“ (Groddeck-Freud) sitzen: die guten „oben“, die bösen „unten“ im Bauche, im Darm, in der Blase, vor allem aber im Genitale — relativ autonom, so ist nicht einzusehen, wie sie vom „Ich“ abgesperrt und freigelassen werden können. Usw. Und dann kommt auch wieder die Libido Freuds zum Vorschein, nicht nur bei Jung („Wandlungen und Symbole der Libido“), sondern auch bei Heyer u. a.: das Unbewußte ist das irrationale Seelenreich, in dem die Libido herrscht oder das

Libido überhaupt ist, und aus dem allerhand Gespenster („Bilder“) aufsteigen und das Oberbewußtsein (Freud: „Ich“, „Über-Ich“) nach allen Regeln der Zauberkunst belästigen. Das Oberbewußtsein muß ja freilich auch aus dem Unbewußten, der Libido, der Kollektivseele entstanden sein, wie nach Klages der Geist aus der Seele — und nun wendet sich das Kind gegen seine Mutter und liegt mit ihr im ewigen Kampfe? „Magen und Darm streiken stets dann, wenn das Gleichgewicht der Libido-Verteilung im Menschen einseitig verschoben ist“, erzählt Heyer (S. 45); er spricht von der „Rumpelkammer“ des Unbewußten, in die „all die Wesenheiten des Selbst, die Teilseelen“ (S. 116) verdrängt, abgeschoben, abgesperrt (Freud: eingeklemmt) werden, und zwar sind das natürlich „Bocksfüße“ usw. — „bei dem eminent engen Zusammenhang zwischen Genitale und Psyche“ (S. 141); bei „der engen Verflochtenheit des Physischen mit dem Seelischen gerade auf dem erotischen Gebiete“ (S. 144), dazu wird auch der Traum — Heyer sagt „das rätselhafte Traumtier“! — ganz libidinös gedeutet.

Solcher Art — man kann sie nur primitiv-dämonistisch nennen — ist die Krankheitsauffassung der psychotherapeutischen Richtungen, die von Freud und im Anschluß an ihn von Jung und von Adler begründet wurden. Indes mag man „die Seele“ als einheitliches dämonisches Wesen oder als ein Gesamt von Einzeldämonen (Organdämonen usw.) oder — weniger-primitiv — als ein Gesamt metaphysischer Kräfte „denken“, — die gültige Deutung ist doch die, daß die gesunde Seele durch seelische und körperliche Ursachen und der gesunde Körper durch seelische und körperliche Ursachen krank gemacht werden könne. „Psychogen nennen wir die Wirkung krankmachender seelischer Vorgänge auf Leib oder Seele“, definiert Gaupp (1927), und „Wie es die Seele macht, den Leib zum Zittern, das Gesicht zum Erröten, den Magen zum Erbrechen zu bringen . . ., ist ein noch ungeklärtes Problem“ (1. Bd. S. 118). Und der Internist G. v. Bergmann führt in einem Vortrage (Berl. Hochschulwoche 1938, Ber. in d. Berl. Börs.-Ztg.) eine Reihe von Beispielen für die (vermeintliche! L.) Tatsächlichkeit des Wechsel- oder Zusammenwirkens von Leib und Seele an. „Daß der Mensch vor Trauer weint, ist für den streng naturwissenschaftlich denkenden Arzt (! L.) ein ungelöstes Rätsel“ usw. „Vielleicht haben wir keine richtige Auffassung von der ‚Seele‘.“ Nach A. Bier ist „das Wesen der Seele eine Belebung“ und haben auch alle Tiere, Pflanzen und sogar Einzeller eine Seele; „Reizbarkeit und Zielstrebigkeit“ sind (nicht etwa Bezeichnungen für biologische Vorgänge, sondern) Beweise für die Funktion der Seele, die auf dem Gehirn als dem Hauptinstrument (wie der Künstler auf dem Klavier) spielt, andererseits im ganzen Körper sitzt, ja sogar noch in einem

vom Körper abgetrennten Gliede Lebenskraft bekunden kann; die Seele bewirkt auch die Blutüberfüllung eines Gliedes nach Esmarchscher Abschnürung, sonst würde ja nur die vorige Blutmenge einströmen, wenn die Seele nicht anders verfügte (realiter handelt es sich schlicht und einfach um vegetative Reflexe). Was ist, frage ich, mit solchen Ausdeutungen biolog. Vorgänge gewonnen — biologisch, philosophisch, wissenschaftlich? Nichts! Diese Zitate mögen hier als Muster des allgemeinen Rätseldenkens genügen. Daß die Lösung dieser Rätsel wie des Rätsels überhaupt längst (seit 1925) gedruckt vorliegt, davon nimmt die hohe Wissenschaft offiziell keine Kenntnis. Wie sagt Jung? „Es läßt sich schlecht mit der Würde der Wissenschaft vereinigen, wenn bornierter Dogmatismus und persönliche Empfindlichkeit die dem Wachstum jeder Wissenschaft so nötige Diskussion verhindern.“ Siehe weiteres im 8. Bande.

In der Psychiatrie ist von endo- und exogenen Faktoren als Ursachen seelischer Erkrankung die Rede. Meist oder immer wirken beide zusammen. So gilt „die Familienanlage“ als „eine der wichtigsten Bedingungen der Entstehung der Geisteskrankheiten“. „Außerdem müssen wir Dispositionen voraussetzen, die an sich nicht krankhaft sind, aber doch notwendige oder wenigstens fördernde Bedingungen bilden bei der Entstehung exogener Krankheiten.“ (Bleuler, Lehrb. d. Psych. 1923). Es kommt hinzu als Krankheitsursache oder -bedingung („Bedingung“ ist eine Ursache zweiten Ranges) die Degeneration, des weiteren die Blastophthorie (Keimverderbnis durch Alkohol, Infektionen usw.), die unpassende Keimmischung (ein Mann M kann mit einer Frau F kranke, mit einer Frau G gesunde Kinder zeugen, realiter eine vollkommene Unmöglichkeit, deren Annahme als Möglichkeit, ja Tatsache auf einer unzulänglichen Diagnostik und einem Mißverständnis der erbbiologischen Zusammenhänge beruht, vgl. 4. Bd. § 3,3), Traumen und Krankheiten des Foet, psychische Einflüsse der Mutter auf den Foet usw., ferner nach der Geburt zahlreiche (andere) exogene Ursachen, die „teils eine Disposition schaffen, teils die Krankheit zum Ausbruch bringen“. Die Grundauffassung ist auch hier die, daß die gesunde Seele durch endo- oder exogene Ursachen krank gemacht werden könne, d. h. es wird in die Reihen biologischer Tatsachen die Wirkung der Ursächlichkeit hineingedeutet, auch derart, daß ein Symptom das andere verursachen könne. Die Frage nach dem Wie?, nach der Wirkungsweise der Ursächlichkeit bleibt freilich offen: sie ist ja bloß fingiert, sie existiert ja realiter gar nicht, realiter gibt es nur zeiträumliche Zusammenhänge, Umstände, unter denen etwas geschieht, an die als an die Ur-Sachen, Vor-Sachen, Ausgangspunkte sich andere Reihen als Ergebnisse, Folgen anschließen, realiter gibt es nur HASTF-Reihen.

Auch in den übrigen Gebieten der Medizin gilt die Grund-
 auffassung, daß Gesundes krank werden könne und zwar durch
 Ursachen krank „gemacht“ werde. Die Ursachen heißen da nicht
 Organseelen usw., sondern Faktoren, Reize, Kräfte, Mikroben,
 Hormone, Virusarten usw., sie sind aber als Träger krankmachen-
 der Ursächlichkeit Abkömmlinge, Verfeinerungen der Dämonen
 und Zauber-Mittel. Durch solche Ursachen sollen sich z. B. nor-
 male Körperzellen in Krebszellen umwandeln, soll der gesunde
 Mensch „infektiös“ erkranken, durch bestimmte Erlebnisse see-
 lisch bis zu den Graden der Psychose erkranken, hormonale Un-
 regelmäBigkeiten sollen (nicht schon Symptom, sondern) Ursache
 seelischer wie körperlicher Krankheiten sein, der Kropf soll durch
 das Trinkwasser entstehen, das Klima Amenorrhöe bedingen, die
 geschwollene Leber auf den Magen drücken und so Magenschmerzen
 verursachen, auch die Herzneurose soll Magenschmerzen „machen“,
 der „retroflektierte“ Uterus soll auf den Mastdarm drücken (oder
 an ihm „angewachsen“ sein) und Verstopfung verursachen, „die
 Krankheit“ soll Fieber „machen“, ein Symptom das andere ver-
 ursachen usw. Die Erbbiologie spricht von Erbfaktoren, die im
 Keimplasma, vor allem in den Chromosomen „verankert“ auf
 die Nachkommen übertragen sein und als endogene Krankheits-
 ursachen „auf“ den Organismus wirken sollen. Die „Reize“ sind
 „Kräfte“, die von außen an die Organe und Zellen herantreten,
 physikalische, chemische, biologische Reize aller Art, aber es
 bleibt Geheimnis, was „das Reizende“ am Reiz sei, worin die
 Reizungsfähigkeit, die Reizausübung des Reizes bestehe, wie
 also die Reizwirkung dem Wesen nach vor sich gehe, zu „denken“
 sei. Der Reiz muß doch so wirken, daß er den getroffenen Organis-
 mus aus seiner erbbiologischen (konstitutionellen) Beschaffenheit
 herausreißen, den „an sich erbgesunden“ Körper und manchmal
 auch die Seele krank machen kann. Wie macht das der Reiz?
 Welch ein Zauber muß in und aus ihm wirken! Ist „die Krankheit“
 im Reiz enthalten und geht auf den gereizten Körper über — und
 wie sollte das geschehen? — oder ist die Krankheit die Reaktion
 des psychophysischen Organismus, dessen Gesundheit vielleicht
 gerade darin besteht, mit einer — Krankheit zu reagieren? Und
 wie kann Erbbestimmtes sich durch Reize ändern? Entweder ist
 eine Eigenschaft oder Funktion erbbestimmt, dann kann sie sich
 doch nicht durch Reize zu einer nicht erbbestimmten ändern
 lassen; — oder sie ist durch Reize zu ändern (aber wie?), dann ist
 sie nicht erbbestimmt. Wie aber soll eine Einzelheit nicht erb-
 bestimmt sein, wie soll sie zum Erbbestimmten hinzukommen,
 wie soll ein solchen Hinzukommen möglich sein, wie kennzeichnen
 sich die Einzelheiten des Organismus als erbbestimmt und als
 hinzugekommen, „erworben“, wie ist solche Annahme zu recht-
 fertigen, wie das Ursächverhältnis der Außen- zu den Erbfaktoren
 zu „denken“?

Der Krebs entsteht durch Reize, nimmt man seit R. Virchow an, aber B. Fischer-Wasels betont, daß da „alles und jedes“ Reiz sein kann und daß wir ja eben „die Ursachenkette zwischen Reiz und Reizerfolg“, d. h. die Wirkungsweise des Reizes wissen möchten („Vererbung d. Krebskrankheit“, Berlin 1935, S. 12). Glogner (Radebeul 1932) hält körperfremde amöboide Protozoen für die Träger der malignen Eigenschaften und somit für die Ursachen der bösartigen Geschwülste, aber wie diese Protozoen „es machen“, daß die gesunden Körperzellen krank werden, das sagt er nicht. Es bleibt die Tatsache unbeachtet, daß der Krebs immer nur aus sich heraus wächst (Ribbert), also, nachdem er einmal vorhanden ist, Krebszellen sich nicht aus benachbarten, wenn auch nahe verwandten Zellen bilden können. Gleichwohl ist niemand vor mir auf den Gedanken gekommen, daß dann auch der Krebs selber sich nicht aus gesunden (also auch nicht disponierten) Zellen bilden könne, und dieser richtige Gedanke wird denn auch verworfen in der Ratlosigkeit, woher denn sonst der Krebs entstehen könne wenn nicht aus gesunden Zellen. Man sagt, das Methylcholanthren, ein Verwandter des Keimdrüsenhormons (Butenandt), solle Krebs verursachen, der Krebs solle „durch mangelhafte oder falsche Bildung von Wirkstoffen“ verursacht werden usf. Sollen etwa gesunde Zellen diese pathologischen „Wirkstoffe“ produzieren? Das kann man doch wohl im Ernste nicht annehmen. Aber dann wären ja die Zellen schon krank! Wie können „Wirkstoffe“, die die Zelle selbst produziert, auf eben diese Zelle krankmachend wirken? Und wie etwa auf gesunde Zellen? Gleichwohl: an der Grundfiktion und dem Grundirrtum: Krankes kann nur aus Gesundem entstehen, was krank ist, muß vorher gesund gewesen sein, Gesundes kann krank werden, wird im kausalen Denken festgehalten, wiewohl sich über das Wie des Krankmachens durch innere oder äußere Reize, Faktoren usw. gar nichts sagen läßt als daß da ein Zauber wirken muß, wenn auch der aufgeklärte Zeitgenosse nicht mehr an den Zauber im primitiven Sinne glaubt.

Die dämonistisch-kausale Denkweise fingiert wie in das normale so auch in das abnormale Geschehen metaphysische Kräfte hinein, die das Geschehen überhaupt oder doch seine Reihenfolge verursachen, bedingen, bezwecken, bestimmen. Daß etwas geschieht und zwar so, wie es geschieht, muß, so deutet man, eine Ursache haben, d. h. eine hinter oder in den Dingen waltende Macht, einen *ordo ordinans*, ein „Prinzip“, ohne dessen Wirken die Welt ein Chaos wäre. Es muß doch wie ein „höheres Wesen“ so „ein Etwas“ (?) geben, das die Welt im Innersten zusammenhält, sonst fiele sie eben auseinander! Der Irrealis leistet da wunderschöne Dienste, zumal weder seine Anwender noch seine gläubigen Anhörer dahinterkommen, was für ein

Schwindler und Spaßmacher er ist. Es gäbe keine Krankheit, wenn sie nicht verursacht wäre, und wenn man die Ursache fände, könnte man die Krankheit verhüten, die ist ja eben bloß von der Ursache verursacht und von ihr in das sonst gesunde Geschehen hineingezaubert. „Ursache“ ist das die in den Umständen, unter denen eine Krankheit „ausbricht“, wirkende Macht, die krank „macht“, und der Satz „cessante causa cessat effectus“ — realiter: kein Erlebnis ohne Anfang, ohne Anfang kein Erlebnis, also auch keine Krankheit ohne Anfang — bedeutet dämonistisch: Entmachtung der krankmachenden Macht, sei es mit Gegenmitteln, sei es mit Meidung. Aber leider — gibt es noch immer Krankheiten, ferner man kann die „Ursachen“ nicht immer meiden (z. B. Ärzte, Pflegepersonal die „ansteckenden“ Bazillen usw.) und wird doch nicht krank, andere meiden sie und werden doch krank, und es ist zu überlegen, ob die Meidung von „Krankheitsursachen“ nicht schon eine krankhafte Schwäche ist. Und ist die Ursache selber krank oder Krankheit? falls nein, wie kann Gesundes im Gesunden Krankheit bewirken (außer durch Zauber)? falls ja, dann kommt die Krankheit von der Krankheit wie die Armut von der pauvreté, und es bleibt weiterhin rätselhaft, wie Krankes Gesundes krank machen könne (das geht nur durch Zauber). Aber die Diphtheriebazillen usw. sind doch gewiß normale Gebilde — wie machen sie Gesundes krank? durch Toxine, aber auch diese sind doch normale Substanzen, wie „wirken“ diese u. a. „Gifte“? Und wie wirkt das „psychische Trauma“, das „seelische Gift“?

jede Krankheit hat ihre spezifische(n) Ursache(n), aber dabei bleibt es rätselhaft, daß die gleiche Ursache (der gleiche Reiz, Faktor = Macher usw.) bei verschiedenen Menschen verschiedene Wirkungen hat, und daß auf den einen Menschen dieser, auf den andern jener krankmachende Reiz wirksam wird. Warum wird nicht jeder Mensch tuberkulös, obwohl wir alle zahllose Reize, Erreger, hier Tuberkelbazillen einatmen? „Eigentlich“ müßte die Menschheit längst ausgestorben sein. Hat es nicht schon im „Paradiese“, gleich wohin man es verlegt, ob es das arische oder das mohammedanische oder das jüdische usw. Paradies (mit den „ersten Menschen“) ist, Mikroben u. a. Faktoren gegeben? Oder ist „die Krankheit“ erst „später“ zu den Menschen gekommen, als Gottesgeißel oder als Teufelswerk? (vgl. 4. Bd. § 12,5). Warum hat nicht jeder die Gicht? obwohl doch so ziemlich alle Erwachsenen Fleisch u. a. purinhaltige Kost zu sich nehmen und die Harnsäure „die Ursache“ der Gicht ist? Usw. Da muß eben noch ein Faktor dazukommen, damit der Reizfaktor wirksam werden kann, obwohl es schon rein logisch unüberwindliche Schwierigkeiten macht, einem Reiz seine Reizfähigkeit mindern oder absprechen zu wollen: wenn ein Reiz

bloß hin und wieder, unter bestimmten Umständen, die man dann Ursachen zweiter oder dritter Ordnung, Bedingungen nennt, reizt, wenn eine Ursache nur manchmal Ursache ist, manchmal nicht, kann man dann den Reiz überhaupt noch Reiz nennen, hebt man da nicht die Ursächlichkeit überhaupt auf? Kann die Reizfähigkeit, die Ursächlichkeit den Reiz, die Ursache, das geheimnisvoll Wirkende den Faktor teilweise oder ganz verlassen und wieder hineingehen, je nachdem es dieser dämonischen Macht oder dem Etwas, auf das der Reiz sich richtet, d. h. dem nun wieder in diesem Etwas wirkenden Reiz s. Dämon gefällig ist, — und wie sollte das denkbar sein? Wie soll man sich denken, daß der Reiz kein Reiz und doch ein Reiz ist, was bleibt vom Reiz übrig, wenn er kein Reiz mehr ist, was ist er dann? N. Hartmann (der Berliner Philosoph) tröstet: es sei absolut unverständlich, wie diese Erscheinungen (gemeint sind da die leib-seelischen) zusammenhängen sollten, den Zusammenhang selber könne man aber nicht bestreiten. Nein, man kann das nicht, so lange man im fiktionalen Denken verbleibt, also die polare Gegensätzlichkeit Leib : Seele mit ihren fraglichen Kausalwirkungen, so lange man die Kausalität als agens movens „setzt“. Realiter entfällt die Fiktion und mit ihr „das unlösbare Problem“. Ein leib-seelischer, ein kausaler Zusammenhang besteht ja gar nicht, also auch keine Möglichkeit, „ihn“ zu verstehen; es laufen immer nur HASTF-Reihen ab, das Geschehen ist zeiträumlich und gar nichts weiter.

Außer dem krankmachenden Reiz, der also allein nicht krank macht, ist also noch ein Reiz erforderlich, der eigentlich die krankmachende Wirkung des krankmachenden Reizes komplettiert, mobilisiert, „wirksam macht“: das ist die Disposition, die Krankheitsbereitschaft. Was aber ist Disposition? Ein Wort für ein neues Geheimnis, das sich an das Geheimnis „Reiz“ anschließt. Ist sie ererbt, erworben, „geschaffen“ eben von den Reizen? Wie sollte das geschehen? wie sollte ein Reiz Gesundes derart verwandeln können, daß es nun entgegen seiner erbbiologischen Beschaffenheit erkrankungsfähig wird? Man muß sich da wieder auf die Schaukel stellen: wie man die Faktoren in Erbfaktoren und spätere Reize einteilt (ohne angeben zu können, was ein „Faktor“ ist), so ist wohl auch die Disposition teils ererbt, teils erworben. Denn, so folgert man, wäre die Disposition (ganz) ererbt, so wäre es nicht zu verstehen, warum gewisse Reize, die sonst Krankheiten machen, nicht von vornherein wirksam werden — bei Menschen, die später in dieser gewissen Art erkranken; und wäre anderseits die Disposition (ganz) erworben, dann fragt es sich, wie das möglich sei, man müßte Reize annehmen, die Disposition schaffen (z. B. Alkohol verursache die Disposition zu gewissen Psychosen), dazu aber wieder eine Dis-

position dafür, daß diese Reize wirksam werden, annehmen, eine Disposition zum Erwerb der — Disposition! Wie steht es mit der erblichen Belastung? Bei H. Hoffmann („Vererbung und Seelenleben“, Berlin 1922) ist zu lesen (S. 121): „Vater normaler Zyklotymiker; Mutter psychisch gesund, blutarm, unterleibslidend. Eine verheiratete Tochter heiteres Temperament, nach der ersten Geburt Depression, in späteren Jahren vielfach manisch-depressive Phasen, die meistens mit Geburten zusammenfallen. Vor der Heirat unregelmäßige Menses und Bleichsucht. Keine erbliche Belastung.“ Ein Musterbeispiel der Unklarheit in der Krankheitsauffassung. Eine blutarme, unterleibskranke Mutter soll „psychisch gesund“ sein; das ist eine glatte Unmöglichkeit, mindestens ist eine solche Frau nervös-neurotisch. Hiernach ist auch die Angabe über den Vater unzuverlässig; es kommt nie vor, daß ein gesunder Mann eine kranke Frau heiratet, man muß freilich die Diagnose stellen können und sich an die Tatsachen, nicht an „theoretische Möglichkeiten“ halten. Und dazu ist die Tochter unregelmäßig menstruiert und blutarm, hat also Funktionsstörungen, die entweder überhaupt ins Gebiet der Neurose oder (inzipienten) Phrenose gehören oder von solchen Symptomen begleitet sind; ein solches Mädchen ist niemals „psychisch gesund“, man muß sich freilich von dem angeblich „heiteren Temperament“ nicht täuschen lassen. Diese Tochter wird dann nach der ersten Geburt depressiv und hat weiterhin „vielfach manisch-depressive Phasen“ — aber Hoffmann konstatiert: „Keine erbliche Belastung“! — wo es sich geradezu um einen Schulfall von erblicher Belastung handelt. Woher soll denn die Tochter ihre Krankheit haben? soll sie ihr vom Himmel oder von der Hölle angefliegen oder angehext worden sein? soll „die Geburt“ die Frau krankgemacht haben? wie macht sie das? Daß sich eine „Geisteskrankheit (wie jede andere Krankheit) aus ihren Anfängen entwickelt, die man Disposition oder auch erbliche Belastung nennt, daß die Keimzelle das biologische Gesamt der Eltern ist, die sie gründen, diese Einsicht, die allen Tatsachen gerecht wird, hat in einer Auffassung wie der angeführten, die fiktional, oberflächlich und falsch ist, keinen Platz und kein Verständnis.

Ist die körperliche Disposition schon ein „ungelöstes Rätsel“, so erst recht die „psychische Disposition“ und dann das Verhältnis der einen zur andern — „kausal“ oder „parallel“ oder „einheitlich“? in welcher Weise zusammenwirkend? wie durch Reize — psychische oder physische? — zu „aktualisieren“? Der Organismus, der krank wird, muß doch bis dahin gesund gewesen sein, lautet das Dogma, sonst könnte er ja nicht „erkranken“. Und der Organismus, der krank wird, muß sich doch irgendwie von dem, der nicht krank wird, unterscheiden — eben

darin, daß er disponiert ist (von einer Disposition zur Gesundheit spricht man nicht). Ist also der disponierte Organismus gesund — oder als disponiert schon krank? Dann würde ja der krankmachende Reiz überflüssig sein? er ist aber doch da! vielleicht schafft er die Disposition, aber diese muß ja eben vorausgesetzt werden, wenn der Reiz wirken soll! Aha, der Reiz „löst aus“, er mobilisiert die Disposition zur Krankheit, aber auch das „Auslösen“, das „Wecken der schlummernden Disposition“ ist ein durchaus geheimnisvoller Vorgang. Fällt „die Krankheit“ „in Gestalt des Reizes“ über den gesunden Organismus her etwa wie die Raupe über das Blatt, wie die Kuh über das Gras? „Zehrt“ die Krankheit an Leib und Seele, „frißt“ der Tuberkelbazillus gesunde Lungensubstanz? Aber die Nahrungsaufnahme der Raupe, der Kuh, des Menschen ist ein normaler Vorgang, er läßt sich mit der Krankheit zwar vergleichen, aber nicht identifizieren. Ohne Disposition keine Erkrankung. Auch falls man die verschiedene „Virulenz“ von Bakterien usw. in Betracht zieht, muß für ihre krankmachende Wirkung eine entspr. Disposition vorhanden sein. Die Disposition ist spezifisch — nicht nur daß jeder „seine“ Disposition hat, sondern auch derart, daß für jede Erkrankung eine besondere Disposition vorhanden sein muß, sonst wäre es nicht zu „erklären“, daß der eine so, der andere anders erkrankt. Oder soll man annehmen, daß sich die spezifischen Reize die „allgemeine“ Disposition zurechtmachen?

Reiz und Disposition wirken zusammen — wie? ist Geheimnis; ihr gemeinsames Kind ist die Krankheit — was ist dann diese selber? was ist „ein Symptom“? verursacht ein Symptom das andere — und wie macht es das? Die Zahnkaries (seit langer Zeit eine Epidemie, mit der man trotz aller Bekämpfung nicht „fertig“ wird) verursacht Magenbeschwerden, sie selbst wird durch Säuren usw. verursacht, die im Munde bei der Verdauung, der Fäulnis entstehen und den Zahnschmelz „angreifen“, aber gesunde Zähne bleiben dennoch gesund, sie werden nicht „angegriffen“, es geht nicht ohne Disposition, dann muß wohl auch der Magen disponiert sein, durch die mangelhaft gekauten Speisen „gereizt“ zu werden? man spekuliert nun mit gegenseitiger Verursachung, Bedingung usw. hin und her und kehrt letzstens zur Ausgangsfrage zurück: was ist „Krankheit“ dem Wesen nach? — man ist „so klug als wie zuvor“.

B. Fischer-Wasels lehnt die Reiztheorie für die Entstehung der Krebskrankheit ab, aber er glaubt, daß gewisse Geschwulstbildungen „mit Recht auf äußere Schädigungen (sind das keine Reize? L.) zurückgeführt werden“. „Die meisten verschiedenen Geschwulstformen sind zurückzuführen auf embryonale Fehldifferenzierungen“ (l. c. S. 16), aber „es ist sicher auch nicht