

(Aus der Psychiatrischen Nervenklinik der Universität Königsberg i. Pr.
[Direktor: Geheimrat Prof. Dr. E. Meyer].)

Psychogene Initialsymptome bei Schizophrenien¹⁾.

Von

Dr. med. Otto Finekh,

Assistent der Klinik.

(Eingegangen am 19. April 1927.)

Wenn man von dem Gedanken ausgeht, von psychiatrisch unklaren Fällen Erkenntnisse diagnostischer oder psychologischer Art zu gewinnen, und zwar insofern unklaren Fällen, als die Symptome im Zweifel lassen, ob man sie als psychogene oder schon psychotische aufzufassen hat, so wird die eigentliche Grenze zwischen Psychogenem und Psychotischem von besonderer Bedeutung sein.

Es gibt mancherlei Krankheitsformen, die jenes Grenzgebiet am klarsten zur Darstellung bringen lassen sollten. Jedoch ist z. B. gerade bei den sog. psychogenen Psychosen der Übergang ins schließlich Psychotische, insbesondere Unbeeinflußbare oder Wahnhafte so allmählich und verzettelt, daß jener sich schwer unmittelbar erkennen läßt. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse beim Querulantewahn, bei dem z. B. erst im Verlauf eines lang hingezogenen Gerichts- oder Renten-Verfahrens die unverrückbare, bzw. verrückte Einstellung eingenommen wird. Der Zeitpunkt, an dem die rechtliche Beeinträchtigung ihr typisches wahnhafte Gepräge annimmt, ist ungemein schwierig herauszuheben, denn es werden heutzutage Rekurse fast auf jeden erfolgten Renten- oder Gerichtsbescheid, und auch wiederholt, eingelegt und da der Erfolg des Sich-so-schnell-nicht-Zufriedengebens vielfach eklatant ist, wird man in solchen Berufungen allein, die ja in Wirklichkeit auch rechtlicher Beeinträchtigung entspringen noch lange nichts Querulatorisches erblicken dürfen.

In der vorliegenden Arbeit soll nun versucht werden, das allmähliche Wahnhalt-, also Psychotisch-Werden ursprünglich nach Art und Gepräge psychogen-reaktiver Krankheitsbilder an Hand geeigneter Fälle zu demonstrieren. Es handelt sich bei allen um Schizophrenien, bei denen die Diagnose erst nach längerer Beobachtung gestellt werden konnte.

¹⁾ Nach einem im Nordostdeutschen Verein f. Psychiatrie u. Neurol. am 8. I. 1927 gehaltenen Vortrage.

Eine mehrere Monate in einem Geschäft arbeitende Schneiderin wurde plötzlich angeblich ohne Angabe von Gründen entlassen. Die Kündigung wurde um so schwerwiegender empfunden, als Pat. verlobt und auf eigene Ersparnisse angewiesen war. Die Pat. war nach der Kündigung zu Hause reaktiv-mißgestimmt, gedrückt, gegen Abend von einer ängstlichen Unruhe befallen und während der Nacht schlaflos. Am anderen Morgen trat eine Beruhigung ein. Der zugezogene Arzt glaubte auch weiter nichts veranlassen zu sollen. Bis zum anderen Abend blieb sie völlig unauffällig, wurde dann wieder etwas unruhig, schlief nicht und unternahm während dieser Nacht einen demonstrativen Erwürgungsversuch an dem bei ihr wachenden Verlobten. Am folgenden Morgen sprach die Pat. mit plötzlich veränderter, hohler, eigenartig tiefer Stimme, wie man sie etwa als Grabesstimme bezeichnen könnte. Am gleichen Tage Aufnahme in die Klinik. Nach Erhalten der Kündigung, so meinte die Pat., sei sie in ihrer ersten Kopflosigkeit und Aufregung ganz verwirrt geworden, man habe sie auch vielmals hin- und hergeschickt und immer wieder warten lassen, ferner habe sie manchmal geglaubt, jemand zu sehen oder von jemand angesprochen zu werden, was sich aber jedesmal als Selbstdäuschung herausstellte. Von den Eltern erfuhr man noch, daß sich Pat. schon länger zu Hause über das „Triezen“ im Geschäft und gelegentliche Schikane der Direktrice beklagte, während mit allen anderen Angestellten ein reibungsloses Auskommen möglich war.

Ferner war die Mitteilung der Eltern von Wichtigkeit, daß die Pat. seit früher Kindheit schwerhörig sei; man mußte also eine Neigung zu Mißtrauen bei ihr als Schwerhöriger in Abzug bringen. Auffallend war nun, daß der schriftlich bestätigte Widerruf der Kündigung nicht nur keinen Eindruck auf die Pat. machte, sondern im weiteren als Fälschung wahnschaft ausgelegt wurde. Vom Geschäft war den Eltern bei Rückfrage freilich angegeben worden, daß sich die Pat. gegen die Direktrice ungebührlich benommenen, daß sich jedoch die Angelegenheit „aufgeklärt“ habe.

Alles in allem schien zunächst eine reaktive Erkrankung einer psychopathischen Persönlichkeit als das Wahrscheinlichste; dieser Eindruck wurde durch das demonstrative, kindlich-verängstigte Gebaren der Pat. und ihr auffallend schweres Krankheitsgefühl bestärkt. Es ließen sich auch weiterhin Erscheinungen, die zunächst psychotisch anmuten konnten, als reaktiv-psychogen erklären, wenn z. B. die Pat. in weinerlicher Art von einer schwarzen Hand sprach, die sie zu halluzinieren glaubte. Der Schwiegervater besaß nämlich eine künstliche, von schwarzem Leder bezogene Hand. Ferner bezeichnete sie denselben einmal als Teufel. Nun hatte aber am Vortage der Kündigung anlässlich eines Geburtstagsfestes ihr Schwiegervater mit einem roten Teufel (zum Aufblasen) allerlei Schabernack gemacht. Bei tieferem Eindringen in die Pat. wurden im weiteren Verlauf der Krankheit unzweifelhafte Beziehungsideen preisgegeben. So glaubte sie in einem Blumenladen von einem Herrn eigentlich verächtlich angesehen worden zu sein, und verlegte dieses Erlebnis, ob mit Recht oder mit Unrecht war nicht nachzuprüfen, auf den Tag vor der Kündigung. Ferner tauchten bei ihr Zweifel auf, ob sie am selben Tag beim Lohnempfang richtig oder falsch unterschrieben habe. Endlich wurde von der Patientin schon in der Situation oder aber erst hinterher das Rentkontre mit ihrem Chef wahnschaft

mißdeutet, der vor ihr wie vor einer Aussätzigen zurückgewichen sein soll.

Alle übrigen Daten zur Vorgeschichte gab die Pat. sachgemäß, wenn auch etwas weitschweifig an, sprach zumeist vor dem Arzt mit der bereits oben erwähnten „Grabsesstimme“ und fiel durch eine leichte Eintönigkeit des Affekts auf. Unter wechselnder Ängstlichkeit, die zu mißtrauischer Ablehnung und gelegentlichem lauten Schreien mit allen Zeichen schwerster Angst führte, traten vorübergehend auch kurze Verwirrtheitszustände auf. Nach knapp 14 Tagen wurde die Pat. fast plötzlich ruhig, zugänglich und heiter, klagte nur noch über allgemeine, nervöse Beschwerden und gab dabei zu, von Haus aus sehr zimmerlich zu sein. Sie drückte selbst über ihr langsames, wie sie sagte „dummes“ Sprechen ihre Verwunderung aus, wußte aber keine Erklärung dafür; sie spielte, unterhielt sich, ja erschien direkt ausgelassen lustig, vielleicht etwas läppisch. So vergingen 3 volle Wochen und man glaubte wieder mehr denn je an ein definitives Abklingen der am Ende doch nur psychogenen Erkrankung, als schließlich schwere Beeinträchtigungsideen und echte Halluzinationen auftraten und einen völligen Autismus zurückließen.

Beim zweiten Fall läßt sich in selten übersichtlicher Weise der schließliche Ausgang ins Psychotische über einen langen Weg psychogener Bilder illustrieren.

Aus unbelasteter Familie erwuchs ein fröhliches, lebenslustiges und begabtes Mädchen, das mit 22 Jahren einen soliden Lehrer heiratete und nach dessen Tod im Felde mit ihren 2 Kindern bei ihren Eltern lebte. Das Ableben ihrer Mutter im Jahre 1922 blieb ohne Einfluß auf ihr psychisches Gleichgewicht, dagegen wurde dieses durch den plötzlichen Tod ihres *Vaters* auf das nachhaltigste erschüttert. Ein sogenannter Nervenzusammenbruch trat ein, wobei die Pat. mehrere Nächte schlaflos lag und unter Erbrechen und gehäuften psychogenen Anfällen, die von mehreren Ärzten konstatiert wurden, zu leiden hatte. Von früheren stärkeren Aufregungen her war bereits bekannt, daß Pat. auf solche mit Kopfschmerzen und vereinzeltem Erbrechen zu reagieren pflegte. Im Krankenhaus L., in das sie gebracht wurde, gab die Pat. unter anderem dem Arzte an, daß sie sehr unter dem Mangel sexueller Befriedigung gelitten und daher öfters masturbiert habe. Nach dem Bericht des Krankenhauses litt Pat. zunächst an großer Schreckhaftigkeit, Zittern und Schüttelbewegungen der Glieder, ganz nach Art der Kriegsneurotiker, ferner bestand zeitweise ein totaler Stupor, in dem die Pat. weder aß, noch sonst auf äußere, allerdings wohl nur leichte, Reize reagierte. Danach wechselte eine hysterische Astasie-Abasie mit grob psychogenen Bewegungsstörungen, zu deren Beschuß sie meist in Pose zu Boden glitt. Des weiteren folgten leichte Erregungszustände mit Weinen, Singen, Lachen und Tanzen, alte Schuldgefühle wurden wach, ein Liebäugeln mit ihrem Schwager zugestanden, kleine Diebereien wurden gebeichtet und schließlich geschah der Schritt ins Egozentrisch-Wahnhaft in der Vermutung, jedermann sähe ihr die Onanie an und verachte sie darob. Unter die zwischen depressivem und exaltiertem Gebaren schwankenden Zustände schoß sich einmal ein schwer psychotischer, kurzer Erregungszustand ein, in dem die Pat. die sie beruhigende Nachschwester brüsk aus dem Fenster zu

stürzen versuchte. Eines Morgens früh gelang es der Pat., aus dem Krankenhaus in L. zu entlaufen, sie rannte nur mit einem Morgenrock bekleidet zu nahewohnden Verwandten und mußte mit Gewalt per Auto wieder zurückgebracht werden.

Ein zweitägiger Versuch, die Pat. in anderem Milieu, d. h. bei den Verwandten umzustimmen, mißlang, und wegen der einsetzenden Verwirrtheitszustände, in denen sich die Pat. mit dem Krankenhausarzt zu unterhalten schien, wurde sie schleunigst in die hiesige Klinik gebracht. Übrigens wollte sich auch die Pat., wie sie wiederholt angab, mit dem betreffenden Krankenhausarzt verlobt haben.

Hier bot die Pat. zunächst ein Gemisch von psychogenen und psychotischen Symptomen, machte z. B. schüttelnde Bewegungen, wälzte sich im Bett unter Stöhnen und Jammern hin und her, produzierte ein zwangsaartiges Lachen und Weinen und gab, nach ihren Beschwerden gefragt, zur Antwort, ihre Nerven seien kaputt, sie wisse selbst nicht was ihr fehle, sie höre nur ein Geklapper. Unter Weinen wollte die Pat. das Zimmer verlassen, rüttelte an der verschlossenen Türe, war hernach im warmen Bade kaum zu halten und schrie und weinte in unverständlichen Lauten los. Bemerkenswert ist vielleicht noch das eine, daß die Pat. trotz sonstiger Orientiertheit als Jahreszahl 1916 angab, das Jahr, in dem ihr Mann im Felde fiel. Im weiteren Verlauf bot die Pat. das ausgesprochene Bild einer schwer erregten Katatonie. Als ein Zug daraus ist wohl noch erwähnenswert: die Pat. sprang mit besonderer Vorliebe in das Bett einer anderen Kranken, legte sich unter furchterlichem Lachen auf diese herauf und gab auch einmal auf Befragen zur Antwort: wir sind doch Bruder und Schwester.

Der dritte Fall, bei dem es sich um ein 12 jähriges, bisher gesundes Mädchen handelt, zeigt im Gegensatz zu den beiden vorhergehenden die psychogenen und psychotischen Symptome gewissermaßen von Anfang an gleichzeitig. Der Anfang selbst allerdings ist wohl eher psychotisch als psychogen.

Nach einer Differenz mit ihrem Lehrer entwickelte sich bei der Pat. eine plötzliche Furcht vor der Schule, zugleich wurde sie auffallend einsilbig. Unter den wenigen spontanen Äußerungen waren: Sie sähe schwarze Männer mit Kränzen aus der Türe kommen und höre Glocken läuten, was von der Pat. in unklare Beziehungen zu ihrem bevorstehenden Tode gebracht wurde. Die Pat. blieb weiter gehemmt, ab nur auf Zureden, erschien ängstlich, äußerte auch Selbstvorwürfe wegen onanistischer Handlungen. Bei der Aufnahme in die Klinik wurden Klagen über Hals- und Leibscherzen laut, ferner Sorgen betreffs der Schule, wie z. B.: immer soviel lernen, alles kam mir dann in den Kopf. Zunächst wurde die Pat. noch stärker gehemmt, ratlos und zeigte äußerlich kaum Affekte. Jedoch binnnen weniger Tage wich dieser Zustand einem zutraulichen noch etwas scheuen Wesen. Sie erzählte, daß sie in den jüngst vergangenen Tagen oftmals „armes Kind“ habe rufen hören. Nach knapp 14 Tagen war die Pat. vollkommen unauffällig, munter, interessiert, tätig und erklärte alles Gewesene als *Traum*. Die folgenden 14 Tage verbrachte sie in bester Gesundheit zu Hause. Für den dann einsetzenden Rückfall hielt sich ihr Vater insofern verantwortlich, als er die Katze geschlagen hatte, was bei der kleinen Pat. entgegen ihrem sonstigen Verhalten diesmal ein

starkes Weinen hervorrief. Die Pat. reagierte fast momentan mit Appetit- und Schlaflosigkeit, in der 1. Nacht vermochten Baldriantropfen sie noch zum Schlafen zu bringen, in der 2. Nacht nicht mehr. Die Pat. brachte erneut Todesgedanken vor, glaubte sich wegen getanen Unrechts von Gott gestraft und sprach etwas Zusammenhangloses von Borneo und Sumatra, stark unlustbetonten Schulerinnerungen. Unter anfänglichem Weinen ließ sie sich ohne weiteres Sträuben in die Klinik zurückbringen und soll noch selbst die Hoffnung ausgesprochen haben, dort wieder zu gesunden. Hier angekommen, bot die Pat. das Bild eines Angststupors. Nach Überwindung der Sprachhemmung gab sie folgende angstgetönte Erklärungen: Nahm alles so in den Kopf, fürchtete die Eltern nicht wieder zu sehen.

Doch gelang es bereits am 1. Tag einen kurzen Durchbruch freudiger Bewegung hervorzurufen, als die Pat. an ihr früher geübtes und gern gehörtes Mandolinen-spiel erinnert wurde. Die einzelnen Phasen der eigenen z. T. psychologisch motivierenden Erklärungen der Pat. folgten zeitlich nun in folgender Reihe: muß an alles denken — der Vater wird sich zu Hause ängstigen — wenn ich erst alles möchte los werden — es braust einem so in den Ohren — sehe immer kommen und gehen (Zwischenfrage: wen? — mich selbst) — als wenn ich so im Schlafe spreche — habe vor dem irdischen, nicht dem himmlischen Vater Angst — er sagt, siehst du, meine Tochter, das ist ganz gut, warum machst du solche Sachen — habe meine Eltern früher nicht geachtet — die Mutter wird zu Hause immer weinen — der liebe Gott hilft doch nicht mehr.

Schließlich fing die Pat. zaghaft an, die Mandoline, die ihr aufgedrängt wurde, zu spielen, erwärme sich unverkennbar dabei, spielte aber noch 2 Tage mit traurigem, fast leerem Gesichtsausdruck heitere Weisen — ein eigenartiger Anblick — bis schließlich die adäquate Heiterkeit sich einstellte. Zugleich brach sich eine besonnene Krankheitseinsicht Bahn. Die spontane, gesunde Initiative beherrschte das ganze weitere Verhalten der kleinen Patientin. Zur Erklärung der ängstlich traurigen Gedanken der diesmaligen Krankheitsphase hatte sie nur noch ein Achselzucken, während sie bekanntlich nach der ersten Phase von einem Traum gesprochen hatte.

In Kürze seien noch 2 ähnliche Fälle berichtet. Eine bisher völlig gesunde junge Krankenschwester verliebte sich in einen Arzt. Als die auffälligen Zimmerbesuche der Schwester unterbunden wurden, tat diese zunächst verstimmt und ließ zunehmend in ihrem Dienste nach. Schließlich wurden ihre Leistungen derart mangelhaft, daß sie nicht mehr zu brauchen war, zugleich sprach und aß sie fast nichts mehr, erschien dauernd verstört, so daß sie schließlich in die Klinik eingeliefert werden mußte. Hier zeigte die Kranke neben Negativismus und anderen zweifelsfreien schizophrenen Symptomen viel Psychogenes nach Art eines gekränkten Kindes, z. B. auch Weinkrämpfe und dergleichen.

Eine andere zurzeit in der Klinik befindliche Schizophrenie war im Jahre 1909 schon zweimal unter der Diagnose Hysterie in der Klinik. Damals wurden wiederholt hysterische Anfälle beobachtet, bzw. künstlich ausgelöst durch Druck in die Unterbauchgegend: Singultus, ausgedehnte Analgesien und anderes traten in die Erscheinung. Schließlich gab ein demonstrativ inszenierter Selbstmordversuch als Folge einer nichtigen Aufregung zur 2. Aufnahme Veranlassung. 17 Jahre

lang war die Kranke draußen tätig ohne auffällig zu sein, erst seit einem Jahre fällt sie durch zunehmende Gereiztheit und mißtrauische Einstellung unangenehm auf. Infolge der immer deutlicher werdenden Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, die ein längeres Verweilen draußen unmöglich machten, wurde jetzt die Kranke als Schizophrenie wieder hier aufgenommen. Sicher hat es sich 1909 um den ersten Schub dieser Erkrankung gehandelt.

Bei Fällen, wie die obig geschilderten, deren Zahl sich beliebig vermehren ließe, drängt sich jedenfalls die Frage auf, ob das bisherige Dogma der gänzlichen Unabhängigkeit der Schizophrenie von äußeren Einflüssen, wie z. B. psychischen Traumen, bei Schizophrenien noch in jedem Falle zu Recht bestehen darf. Ohne Frage haben in vielen Fällen, wie in den zuvor beschriebenen äußere unlustbetonte Momente mehr oder weniger nach Art psychogener Reaktionen den Auftakt gegeben und bezüglich der Diagnose in Zweifel gelassen, ob es sich um ein psychogenes oder psychotisches Krankheitsbild handelte. Gerade bei subakut oder chronisch einsetzenden Schizophrenien, bei denen das gesunde Erleben allmählich vom Krankhaften abgelöst bzw. verkehrt wird, wird man zu zwei Fragestellungen angeregt: 1. Inwieweit handelt es sich bei Schizophrenien im Anfang noch um Reaktionen der gesunden Psyche auf den Prozeß selbst?

2. Besteht die häufige Beobachtung zu Recht, daß vielleicht jede Psychose, aber noch weit eher jede Schizophrenie, ein mehr oder weniger kurzes Vorstadium aufweist, in dem neurotische Symptome das Bild beherrschen oder wenigstens vertreten sind? Vielleicht ist tatsächlich die Vermutung gerechtfertigt, daß die Schizophrenien ein Neurosestadium durchlaufen oder aber, daß sie jedesmal, wenn auch oft äußerst kurz und daher kaum mehr erkennbar, über die Neurose laufen. Nach Wexberg wird die Dissoziation des Symptoms vom seelischen Inhalt bereits in der Neurose deutlich, sobald das Symptom als unverstanden dasteht. Je mehr aber die Inhalte erfaßbar sein werden, desto eher werden die Symptome in der Neurose und in die Psychose hinein noch seelischen Inhalten zugeordnet werden können. Bei akutem Beginn der Psychose, bei denen die gesunde Psyche gewissermaßen schlagartig durch die Krankheit überwältigt wird, kann ein neurotisches Vorstadium eben verlorengehen, da die schweren psychotischen Entäußerungen ein momentanes Chaos bewirken, oder aber sind analog der nervös-psychogenen Reaktionsbereitschaft konstitutionelle Momente von ausschlaggebender Bedeutung, ob im einen Falle von Schizophrenie psychogen-psychotische, im anderen rein psychotische Initialsymptome an der Reihe sind.

Endlich sei durch einen Fall von Schizophrenie mit akutem Beginn (Kopfschmerzen und plötzlich einsetzender Verwirrtheit) dargetan, daß

auch neben der Verwirrtheit hergehend affektiv stark unlustbetonte prämorbide Geschehnisse in der Psychose weiter wirksam bleiben können. Bruchstückweise und von starken affektiven Entladungen begleitet, ließ sich bei der 18jährigen Kranken herausbringen, daß sie mit ihrem Bräutigam wegen dessen Untreue schwere Auseinandersetzungen gehabt hatte. Nicht nur löste jede Namensnennung desselben ein mehr oder weniger lebhaftes Reagieren aus mit drohendem Grimassieren, sondern ein augenblickliches Halluzinieren seiner Person vermochte die Pat. derart zu absorbieren, daß sie lange und ganz geordnete Schimpfreden halten konnte. Dabei ging die Pat. lebhaft gestikulierend gegen die vermeintliche Stelle des Raumes vor, streckte die Zunge aus, zeigte grinsend ihre Hinterpartie, zog den Pantoffel ab, wie um damit zu werfen oder zu schlagen, ballte die Fäuste u. a. mehr, um schließlich mit Wendungen, wie folgt abzubrechen: ich will dich schonen, ich tanz' jetzt nicht mehr mit Herren, warum denn weinen, wenn man auseinander geht, um einen jungen Menschen heul' ich nicht, so verrückt bin ich nicht, aber heut abend, wenn ich frei habe, hau' ich ihm eins runter, daß es klebt. In dieser Weise wiederholten sich während der 4wöchigen Beobachtung die teils spontan, teils willkürlich auftretenden Affektreaktionen, die besonders anfangs eigentlich ganz adäquat erschienen und an eine psychogene Psychose denken ließen.

Auch andere Beobachter¹⁾ haben solche Bilder wie die obig geschilderten gerade bei jugendlichen Schizophrenien beschrieben. Die „Reaktivbildungen“ wurden meist als Reaktionen der noch relativ intakten psychischen Persönlichkeit auf das unbestimmt und unklar empfundene Krankheitsgeschehen erklärt, womit ihr Auftreten in der Zeit der Prodrome in gutem Einklang stände. Die Tendenz der Krankheitsbetonung (— Demonstration) würde bei dieser Auffassung der psychogenen Symptome nur ganz zu Beginn der Psychose verständlich sein, im weiteren Verlauf aber, namentlich in Fällen, wie dem von mir zuletzt angeführten, nicht mehr zur Erklärung genügen.

¹⁾ Über hysteriforme Zustandsbilder und ihre diagnostische Bedeutung. Klin. Wochenschr. 1926, S. 460.