

(Aus Mount-Hope-Retreat und der Henry-Phipps-Clinic, Johns Hopkins Universität-Baltimore, Md. [Direktor: Prof. Dr. Adolf Meyer]¹.)

Zur Frage der Beeinflußbarkeit schizophrener Störungen.

Von
Walther Jahrreiss².

(Eingegangen am 7. Mai 1937.)

Das sog. Stimmenhören ist ein häufiges und auch leidlich kennzeichnendes Symptom der Schizophrenie; es mag freilich fehlen, und es kommt auch im Verlauf anderer Psychosen vor; gewiß aber begegnen wir ihm im Bereich neurotischer Reaktionen und psychopathischer Zustände nur ausnahmsweise. Da nun außerdem zwar die Inhalte solcher akustischen Halluzinationen aus der individuellen Lebensgeschichte abgeleitet oder doch als verständlich gedeutet werden können, nicht aber die Tatsache des Halluzinierens selbst, d. h. die besondere Form dieser psychischen Funktionsstörung, so liegt die Vermutung nahe, daß dieser Funktionsstörung auch eine gröbere Beeinträchtigung des Hirngehens zugrunde liegen müsse. Man nennt solche Beeinträchtigungen bekanntlich und unglücklicherweise häufig „organisch“. Damit ist zunächst jedoch nicht gemeint, daß man die „Störungsstätte“ im Hirn jetzt schon oder jemals lokalisieren könne. Gegen „die Vorstellung, den Glauben und schließlich die Lehre, daß man die Sinnestäuschungen der Geisteskranken lokalisieren könne“, hat neuerdings *P. Schröder* begründete Einwände erhoben. Aber gerade weil das Stimmenhören eine organische Störung zu sein scheint, überrascht es immer wieder, zu sehen, wie beeinflußbar dieses Phänomen ist. Die Beeinflußbarkeit zeigt verschiedene Stufen.

1. Ein 61jähriger katholischer Priester meiner Beobachtung erkrankte 1908 an einem ersten schizophrenen Schub. Kleinere Auffälligkeiten und Sonderbarkeiten in den darauffolgenden Jahren hinderten ihn nicht an der Ausübung seines Berufes. Gegen Ende des Krieges, 1917/18, erkrankte er von neuem und mußte im September 1918 in die Anstalt Mount-Hope-Retreat in Baltimore, Md. aufgenommen werden, wo er sich noch befindet. Mehrere Jahre lang bestand ein ausgesprochen paranoid-

¹ Die Arbeit ist *Adolf Meyer* gewidmet, dessen 70. Geburtstag ein wenig nachträglich am 16. 4. 1937 in Baltimore, Md. gefeiert wurde zusammen mit dem Beginn seines 25. Jahres als Direktor der Henry Phipps Clinic an der Johns Hopkins Universität. Seit 1892 hat *Adolf Meyer* in den Vereinigten Staaten von Nordamerika geforscht und gelehrt; er ist nicht nur der Gründer der „amerikanischen Psychiatrie“ gewesen, sondern ihr Führer und ihr Gewissen geblieben. Eine anschauliche Darstellung seiner Lehre von seinem Schüler *Wendell Muncie* ist in deutscher Sprache erschienen in Fortschr. Neur. 1935, 358.

² Der Leitung des Mount-Hope-Retreat bin ich für Überlassung der Krankengeschichten zu Dank verpflichtet.

halluzinatorisches Syndrom mit phantastischen hypochondrischen Ideen und einem sich ausbreitenden magisch-hypnotischen Beeinflussungssystem. Sich wiederholende Erregungszustände ängstlich-depressiver Färbung sind seit etwa 3 Jahren nicht mehr aufgetreten. Der Kranke ist völlig geordnet; klug, recht belesen, mit immer wachem Interesse für Politik, Naturwissenschaft, Kunst, dabei freundlich, natürlich, still und einsiedlerisch. Noch aber fühlt er sich beeinflußt, gequält und verändert. Außerdem hört er fast beständig Stimmen.

Hierin trat nun eine bemerkenswerte Änderung im Lauf des letzten Winters ein. Der Kranke ist in Südtirol geboren, sein Name und seine Muttersprache sind italienisch. Mit 10 Jahren kam er nach Deutschland und ging hier zur Schule. Nach vollendetem Studium in Rom kam er als junger Missionspriester nach den Vereinigten Staaten; seitdem spricht er fast ausnahmslos englisch, abgesehen von gelegentlichen Besuchen Verwandter, mit denen er sich auf italienisch unterhält, sowie vereinzelter deutscher Korrespondenz mit einer Schwester, die in Deutschland lebt. Im übrigen aber ist ihm die englische Sprache so geläufig geworden, daß er nur noch englisch denkt, und — soweit er sich erinnern kann — auch nur englisch träumt. Nachdem ich für einige Zeit deutsch mit ihm gesprochen und ihm deutsche Bücher gegeben hatte, sprachen die Stimmen nun auch deutsch zu ihm. Zunächst hörte er nur Bruchstücke, schließlich die ganze Unterhaltung mit mir wiederholt; dann lasen seine Peiniger, auf seinen Schultern sitzend, jedes Wort laut mit, wenn er in die deutschen Bücher sah, wobei sie sich über seine süddeutsche Mundart lustig machten und ihn korrigierten; schließlich aber hörte er auch die gewohnten Inhalte, die ihm seine Verfolger seit Jahren zuriessen, auf deutsch.

In diesem Falle wurde nicht das Halluzinieren als solches beeinflußt, es wurden auch nicht die Inhalte abgewandelt, sondern es wurde lediglich in eine andere Sprache transponiert, in der seit etwa 35 Jahren fast ausnahmslos nicht mehr gesprochen, gelesen und gedacht worden war, obgleich sie noch immer beherrscht wurde. Nur wenige Begriffe — neben einer Reihe unübersetzbbarer englischer Neologismen — vermag der Kranke nicht deutsch zu sagen. Aber es ist doch bezeichnend, daß er sich in den oft ausgedehnten Auseinandersetzungen mit den Stimmen auch jetzt nur der englischen Sprache bedient. Im übrigen mag es auftreten, daß der Kranke nicht, wie manche Schizophrene, zwischen Gedankenlautwerden — nachklingender Wiederholung von Unterhaltungen, Lautwerden des Gelesenen — und dem „wirklichen“ Stimmenhören unterscheidet. Mein Patient ist nicht imstande, beide Vorgänge erlebnismäßig zu trennen, vielleicht weil er sich entschieden dagegen wehrt, die Inhalte seiner Stimmen als mögliche eigene Gedanken anzuerkennen. Es erscheint ihm auch gar nicht verwunderlich, daß seine Feinde deutsch sprechen können, oder daß sie gerade jetzt damit beginnen, und keinesfalls wirkt diese neue Erfahrung als ein Shock, geeignet, ihm das Unwirkliche seiner Sinnestäuschungen und Wahnideen einsichtig werden zu lassen.

H. Siebert hat vor wenigen Jahren einige Beispiele für mehrsprachiges Halluzinieren veröffentlicht und unter anderem über eine junge Lettin berichtet, die in einer schizophrenen Psychose alle Stimmen erotischen Inhaltes deutsch hörte, während andere Inhalte, besonders Stimmen imperativen Charakters, in ihrer lettischen Muttersprache erklangen.

Siebert fand für diese möglicherweise erlebnisbedingte Sprachauswahl keine Erklärung. Bei meinem Priester liegen die Verhältnisse wohl einfacher. Über ein abnorm lebhaftes Nachklingen von Bruchstücken deutscher Unterhaltung, dessen Hochdeutsch noch im Lautwerden des Gelesenen korrigierend wirksam bleibt, werden schließlich auch eigene Gedanken mit der besonderen Qualität des Stimmenhörens als von außen her kommend deutsch gedacht. Dabei wird nicht etwa durch gleichgültige Reize ein altes Register zum Tönen gebracht; auftauchende und herzlich begrüßte Jugenderinnerungen sprechen dafür, daß recht lebhafte Gemütsbewegungen mit im Gange sind. In die wahnhaften Ideen des Patienten wurde Referent übrigens niemals mit einbezogen.

Daß die akustischen Halluzinationen Schizophrener häufig durch äußere Reize ausgelöst und beeinflußt werden können, und dann also kaum mehr denn illusionären Charakter haben, gehört zu den alltäglichen psychiatrischen Erfahrungen. *Sokolow* hat vor 12 Jahren ausführlich über experimentelle Untersuchungen auf diesem Gebiet berichtet. Rhythmus und Tonhöhe der Stimmen erwiesen sich als weitgehend mitbestimmt durch den akustischen Reiz; nicht im gleichen Maße wirksam waren optische und taktile Reize. Aber nicht nur Rhythmus und andere formale Elemente, auch der Inhalt der Halluzinationen konnte gemodelt werden, und zwar durch suggestive Einflüsse. Ich erinnere mich eines Patienten der Münchener Klinik, der behauptete, daß seine Stimmen Gottes Eingebungen seien. Da er aber nicht immer zufrieden war mit dem, was er hörte, so fragte er Gott so lange, bis diejenige Antwort kam, die er zu hören wünschte. Dieses Feilschen dauerte oft 1 Stunde und länger. Derlei suggestive Einflüsse sind bei Schizophrenen recht häufig am Werke. Der Kranke hört etwa die Stimmen aus der Gegend, aus der er sie zu hören erwartet oder fürchtet; oder sie verstummen in einer Umgebung, in der er sich vor ihnen sicher wähnt, z. B. für einige Zeit nach Aufnahme in eine Klinik. So etwa hört der katholische Geistliche, von dem ich oben berichtete, für einige Zeit keine Stimmen, wenn er sein Zimmer verläßt, von dessen Decke herab zu ihm gesprochen wird. Auch wenn er sich die Ohren zuhält, hört er gelegentlich für $\frac{1}{2}$ Stunde lang keine Stimmen, es geht nur ein wohltdenes Gefühl durch Ohren und Kopf wie ein elektrischer Strom. Lange freilich kann er so nicht ungestört bleiben; dann fangen seine Peiniger an, durch seinen Mund hineinzusprechen. Vier schizophrene Patienten der Anstalt Mount-Hope-Retreat gaben während einer Fieberbehandlung an, daß die sonst quälenden Stimmen „angenehmer“ geworden seien, d. h. die Kranken halluzinierten nach wie vor, aber sie vernahmen freundlichere Inhalte. Die gleichen Angaben hörte ich freilich auch von einer jungen Schizophrenen derselben Anstalt wenige Tage nach ihrer Aufnahme und vor Einsetzen einer Fieberkur. Sie selber führte diese

Wandlung auf den wohltätigen Einfluß der Arbeitstherapie zurück; wohl nicht zu Unrecht.

Welche Vorgänge derlei Inhaltsänderungen von Halluzinationen oder auch ihrem vorübergehenden gänzlichen Verschwinden wirklich zugrunde liegen, vermag ich nicht zu sagen. Es liegt nahe, anzunehmen, daß suggestive Einflüsse, in einem weiten Sinne seelischer Anregung verstanden, das Auftauchen bestimmter Gedanken oder eine eigentümliche — schizophren veränderte — Stellungnahme dazu verhindern. Jeder Schizophrene hat ja bekanntlich neben Gedanken, die er hört, auch solche, die er nicht hört.

Bei der Wertung aller neueren Behandlungsmethoden der Schizophrenie wird gerade die seelische Beeinflußbarkeit und die Notwendigkeit, auf sie zurückzugreifen, hervorgehoben, auch dann — wenn außerhalb besonderer Psychotherapie oder einfacher Arbeitstherapie — durch Schlafkuren, Fieberbehandlung, Insulinshock eine Änderung im organischen Ablauf des schizophrenen Grundprozesses vermutet und erhofft wird (s. etwa *Max Müller*). Daß man öfters nach Behandlungen verschiedenster Art, nach seelischen Einflüssen oder körperlichen Erkrankungen, Besserungen schizophrener Zustände sehen kann, zuweilen Remissionen in weitgehendem Maße und für lange Dauer, wird niemand ausreichend bestreiten können; um so mehr werden die Meinungen über einen nicht nur zeitlichen, sondern auch ursächlichen Zusammenhang solcher Einwirkungen geteilt sein. Wenige Beispiele mögen die Problematik dieser Frage zeigen.

2. Ein 30jähriger Mann erkrankt fast akut an einer Schizophrenie; ein Stupor von mehreren Stunden Dauer wird von einem heftigen Erregungszustand abgelöst. Gelegentliche katatone Erregungen, Stimmenhören und Beeinflussungsideen beherrschen das Bild nach seiner Aufnahme in Mount-Hope-Retreat März 1934 für lange Zeit. Während ausgedehnter Fieberbehandlung von März bis November 1934 tritt jedoch allmählich Beruhigung und eine weitgehende Resozialisierung ein und hält auch an, so daß Patient im Juli 1935 aus der Anstalt entlassen werden kann. Im November 1935 muß er freilich wieder in Anstaltspflege genommen werden, da er wiederholt aus der häuslichen Pflege fortgelaufen war und sich schließlich 10 Tage lang auf der Landstraße umhergetrieben hatte. Eine zweite Fieberbehandlung hatte keinen sicheren Erfolg. Im Herbst 1936 erkrankte Patient an einer lange sich hinziehenden fieberhaften Bronchopneumonie. Der noch unmittelbar zuvor negativistische, erregte, halluzinierende und zu impulsiven Handlungen neigende Kranke wurde unter dem ersten Fieberanstieg ruhig, verlor seinen Negativismus; las, hörte Radio und war nach Ablauf der körperlichen Erkrankung schließlich wieder soweit gebessert, daß er erneut für einige Monate nach Hause entlassen werden konnte.

Im März 1937 kam er zurück, still autistisch, verschlossen, lahm, moros und im ganzen schlechter, als er die Anstalt verließ. Aber auch jetzt noch ist er wenigstens soweit gebessert, daß er sich unauffällig dem Betrieb auf einer ruhigen Abteilung einfügt. Von der ursprünglich vorhandenen geistigen Beweglichkeit, ja Brillanz des Mannes, die uns von objektiver und urteilsfähiger Seite gerühmt wurde, ist freilich nichts mehr zu spüren.

Wenn in diesem Fall die erste Fieberkur half, warum nicht die zweite ? Kommt der natürlichen Infektion eine größere Heilkraft zu ? Und welchen Anteil hatte die veränderte „Gesamtsituation“, die intensivere Bemühung um den Kranken während der Fieberkuren und der Pneumonie an der Besserung des Zustandes, auch wenn eine wirkliche Psychotherapie in diesem Fall nicht angewandt wurde ? Ich sehe keine Möglichkeit, diese Fragen mit mehr als theoretischen Erwägungen zu beantworten. Einfacher scheinen die Verhältnisse in folgenden Beispielen zu liegen.

3. Ein erregter Schizophrener vorwiegend katatonen Gepräges, Anfang der zwanziger Jahre, erhielt wiederholt für kürzere und längere Zeit Fieberkuren. Es zeigte sich, daß der Kranke, im Gegensatz zu anderen Bemühungen, fast unmittelbar nach der jeweils ersten Typhusinjektion stiller wurde, die Schlafstörung verlor, ohne Schwierigkeit im Tagesraum gehalten werden konnte, und seine Mahlzeiten im allgemeinen Speisezimmer der Abteilung einnahm. Allerdings verlor sich diese Besserung jedesmal fast unmittelbar nach Aussetzen der Fieberbehandlung wieder, so daß diese mit einiger Wahrscheinlichkeit als hauptsächliche und körperlich wirkende Ursache für die Änderung im Zustandsbild gelten kann.

Ebenso wie bei diesem Kranken die erhebliche Schlaflosigkeit fast augenblicklich nach Beginn der Fieberbehandlung stoppte, gelang es auch, bei einem 25jährigen Maniakus die Schlaflosigkeit, die allen Medikamenten im wesentlichen getrotzt hatte, nach der ersten Typhusinjektion aufzuheben. Diese Folgen lassen sich, wenn man nicht einen kausalen Zusammenhang überhaupt bestreitet, kaum anders deuten denn als körperliche Wirkung der Fieberbehandlung. Die nächsten Beispiele dagegen zeugen von ebenso verblüffender Wirkung seelischer Einflüsse.

4. Ein 43jähriger Patient leidet seit 3 Jahren an einer paranoiden Form der Schizophrenie; ruhigere Zeiten wechseln ab mit solchen heftiger Erregung, in denen der Kranke zuweilen in recht gefährlicher Weise Pfleger und Ärzte attackierte. Eine Fieberbehandlung über mehr als 4 Monate blieb ohne Einfluß; wiederholt aber wurde beobachtet, daß der Kranke aus heftiger Erregung heraus ruhig wurde, sowie seine Schwester zu Besuch kam. Er verkehrt immer ausgesucht freundlich mit ihr, und ist an solchen Tagen auch anderen gegenüber recht zuvorkommend und von einer etwas fahrigen Aufgeräumtheit.

5. Eine 36jährige Patientin, die von jeher im Sinne einer erregbaren, hyperästhetisch-anästhetischen, „schizoiden“ Psychopathie auffällig war, erkrankte mit 30 Jahren, 2 Tage nach der Geburt ihres Kindes, an einer katatonen Psychose. Psychotherapie, Arbeitstherapie, Fieberbehandlung konnten die fortschreitende Veränderung mit zunehmenden Stereotypien, Grimassieren, Speichelfluß, Negativismus nicht aufhalten. Im Anschluß an einen Besuch ihres Mannes in der Anstalt aber, 5 Jahre nach dem Beginn der Krankheit, war die Patientin wie verwandelt, sprach spontan, arbeitete mit anderen zusammen im Nährraum, spielte ein wenig Klavier und hatte ihre katatonen Haltungsanomalien bis auf einen Rest unbedeutender Manieren verloren. Aber diese Änderung hielt nur 2 Tage an, und keine Bemühung fruchtete, den guten Anfang fortzuspinnen.

In beiden Fällen bewirkt ein seelischer Einfluß in recht verwandter Weise eine Besserung, in dem er schizophrene Erregungen bzw. eine katatone Dauerhaltung für kurze Zeit unterbricht. Man wird schwerlich

daran zweifeln können, daß diesen Einflüssen hohe und wahrscheinlich recht komplexe Gefühlswerte innewohnen, obschon kein Anhalt dafür besteht, daß sie etwa an der Auslösung oder Gestaltung der schizophrenen Psychosen Anteil hatten. In beiden Fällen hatte die Fiebertherapie versagt.

Das folgende Beispiel zeigt noch einmal besonders anschaulich, die ungewöhnliche Schwierigkeit, psychische und vermutete körperliche Wirkung bei somatischen Behandlungen Schizophrener gegeneinander abzugrenzen.

6. Eine 34jährige Patientin erkrankte vor 3 Jahren zum erstenmal mit Halluzinationen, Wahnsideen und Nahrungsverweigerung, nachdem sie schon seit einigen Jahren durch Unzufriedenheit und anfallsartige Zustände von verdöster Schweigsamkeit aufgefallen war. In der Anstalt geriet sie sehr rasch in einen ausgesprochen katatonen Zustand mit Katalepsie, Haltungsstereotypien, Nahrungsverweigerung, starker Gewichtsabnahme. Etwa 6 Wochen nach ihrer Aufnahme wurde sie einer Inhalationsbehandlung von $\text{CO}_2 + \text{O}_2$ unterworfen. Die Kranke schätzte diese Behandlung offensichtlich nicht; eine Änderung im Zustandsbild, und zwar eine gewisse Lockerung der katatonen Bewegungsstörung trat erst 9 Tage nach dieser ersten therapeutischen Sitzung ein. Bei einer Wiederholung 5 Tage darauf benahm sie sich wesentlich freier und natürlicher, nach weiteren 3 Tagen setzte eine auf fallende Besserung ein, die von Arbeitstherapie unterstützt, stetig voranschritt, bis die Kranke 4 Monate später in ausgezeichneter Remission in ihre frühere Tätigkeit entlassen werden konnte.

Zu Beginn dieses Jahres erkrankte sie von neuem mit einem halluzinatorisch-paranoiden Syndrom, das in gleicher Weise wie 3 Jahre zuvor, kurze Zeit darauf in einen katatonen Zustand hinüberwechselte. Etwa 1 Woche nach Aufnahme in die Anstalt wurde ihr erklärt, daß die Behandlung vom letztenmal in wenigen Tagen wieder aufgenommen werden würde. Am nächsten Morgen war die Patientin zugänglich, stand auf, kleidete sich an, fragte den Arzt mit offensichtlicher Spannung, ob sie recht gehört hätte, daß man die Behandlung wiederholen wolle, und ob dies auch notwendig wäre, wenn ihr Zustand bis dahin besser sei. Das wurde verneint. Die Kranke blieb einen und einen halben Tag lang in guter Verfassung, dann glitt sie für 2 Tage wieder zurück in einen katatonen Zustand, der allerdings diesmal mehr den Charakter einer spielerischen Versunkenheit hatte. Am Tag der angesetzten Behandlung jedoch wachte die Kranke recht zugänglich auf. Seitdem ist sie ruhig und in einer angedeutet läppischen Weise heiter geblieben. Sie arbeitet auf der Abteilung und im Nähzimmer, erklärt sich selbst für genesen, hat es nicht ungern, wenn sie über die abgelaufenen Symptome ausgefragt wird, und bietet keine anderen Erscheinungen als etwas gezierte Bewegungen.

Gewiß klingen katatone Zustandsbilder bei Schizophrenen häufig genug ohne jede therapeutische Bemühung ab, besonders solange sie noch einigermaßen akut sind. In dem eben beschriebenen Falle aber kann man sich doch nicht dem Eindruck entziehen, daß die überraschend einsetzende Besserung durch die Furcht vor einer unangenehmen Behandlung beschleunigt, ja fast erzwungen wurde. Nach dieser Erfahrung darf man rückblickend annehmen, daß auch das rasche Abklingen des gleichen Zustandes 3 Jahre zuvor nicht auf körperliche Einflüsse der Behandlung zurückzuführen war, sondern auf seelische Begleitwirkungen. Die Primitivität der Methode und die anscheinende Geradlinigkeit der

Wirkung lassen freilich vermuten, daß die katatonen Erscheinungen in hysterischer Weise gesteuert wurden. Das deutlich spielerisch-gestaltende Wiederaufnehmen katatoner Bewegungen und Haltungen für 2 Tage nach schon eingetretener Besserung, scheint eine solche Erklärung zu stützen. Damit soll jedoch nichts weiter gemeint sein, als daß in diesem Fall — wie recht häufig sonst — auch nicht psychogene Symptome in der eigentümlichen, mehr oder minder bewußt abgespaltenen Art hysterischer Phänomene erlebt, abgewandelt, gesteuert werden können. Gerade die akuten motorischen Erscheinungen Katatoner sind solchen Einflüssen leicht unterworfen; aber auch Halluzinationen, körperliche Mißempfindungen, werden zuweilen in gleicher Weise durch ängstliche Erwartung abgeändert oder etwa als autistische Waffe benutzt. So wurde von einem jungen Schizophrenen meiner Beobachtung, der sich vergiftet fühlte, angegeben, daß die Magenkrämpfe, über die er klagte, sofort aufhörten, als er nicht mehr im gemeinsamen Speisesaal essen mußte. Derlei hysterieähnliche Reaktionen sind auch bei Manischen nicht selten, bei denen sie allerdings eher wie ein Symptomenüberschuß aus spielerischer Produktionsfreudigkeit anmuten, und nicht wie ein verschwimmendes Erleben von Symptomen und ein unklares Sichtreibenlassen aus schizophren verändertem Bewußtsein.

Vielleicht kommt psychischen Einflüssen solcherart, wie sie im Beispiel der oben beschriebenen Patientin zu einem „therapeutischen Erfolg“ führten, eine sprengende Wirkung zu: das Hineingleiten in erstarrende Gewohnheitshaltungen wird blockiert und gleichzeitig der verlorene Weg zurück freigelegt. Weniger bildhaft, wenn auch kaum wirklich faßbarer ausgedrückt, mag das heißen, daß durch Gemütsbewegungen Antriebe reguliert und motorische Leistungen wieder ermöglicht werden, die willkürlicher Beeinflussung nicht mehr zugänglich waren, vergleichbar etwa der emotiven Überwindung von Antriebshemmung und Rigidität in Parkinsonzuständen.

In der modernen Schizophreniebehandlung haben ja seit *Klaesi* Überraschungsmanöver ähnlicher Art, wie sie *Reil* 1803 so liebevoll in seinen Rhapsodien beschreibt, wieder Eingang gefunden.

Die Frage ist, ob man in derlei Fällen von einem psychischen Shock reden soll, und wieweit ein solcher Shock sich zugleich im Körperlichen auswirkt.

Desruelles hat kürzlich über Heilungen von Psychosen durch „emotiven Shock“ berichtet; bemerkenswert ist besonders der Fall einer 44jährigen Frau, deren Mutter 22 Jahre in einer Anstalt untergebracht war, und die selbst an einer paranoiden Psychose erkrankte. Ein wesentlicher Inhalt ihrer Wahnideen war, daß ihre beiden Töchter ermordet und durch andere Mädchen ersetzt worden waren, deren eine die Mätresse ihres Mannes sei. Etwa 3 Jahre nach Beginn der Erkrankung erhielt Patientin die Mitteilung vom Tode ihres Mannes. Sie war sehr getroffen,

ja erschüttert. Knapp 3 Wochen später spricht sie bei einem Besuch ihrer Töchter nicht mehr von ihren Wahnideen, und 14 Tage darauf kann sie die Anstalt als geheilt verlassen.

Es ist das gewiß ein überraschender Verlauf, selbst wenn es sich bei dieser Frau um eine involutive Erkrankung depressiven und paranoiden Gepräges und nicht um eine Schizophrenie gehandelt hat. Das erschütternde Ereignis ist aber doch — vor allem im Hinblick auf die Wahninhalte — zu „komplex“, und lebensgeschichtlich-verständlichen Deutungen zu offen, als daß man es den mehr unpersönlichen Shock-anlässen mit unmittelbar folgenden Erschütterungs- oder Schreckreaktionen gleichsetzen möchte.

Als körperlicher Shock werden Zustände von akuten Kreislaufstörungen mit primärer Verminderung der Flüssigkeitsmenge im rasch strömenden Gefäßsystem und Störung des Blutrückflusses zum Herzen beschrieben; zuweilen werden sie als vorübergehende spastische Gefäßkrisen von den Kollapszuständen abgegrenzt (*W. Ewig*). Die Bedeutung nervöser Faktoren für den Shock wird unter anderem von *W. B. Cannon* betont, mit dem Hinweis auf Fälle schwersten tödlichen Shocks im Gefolge von geringen Verletzungen, die jedoch von heftiger seelischer Erschütterung begleitet waren. *Cannon* verweist weiter auf die Bedeutung lang dauernder Reizzustände im sympathoadrenalen System für das Zustandekommen der Shocksymptome.

Ich kann mich aus eigener Beobachtung keines Falles von Schizophrenie erinnern, bei dem infolge psychischer Erschütterung ein echtes körperliches Shocksyndrom eingetreten wäre. Aber hält man sich an die Bedeutung des psychischen Shocks als einer plötzlichen und heftigen Gemütsbewegung, die durch äußere Reize hervorgerufen wurde, so ist es selbstverständlich, daß eine seelische Erschütterung solcherart auch von akuten Erscheinungen körperlicher Art begleitet sein muß, selbst wenn sie nicht das Ausmaß eines lebensbedrohenden Shockzustandes erreichen¹.

Die Hoffnung mag nahe genug liegen, pathophysiologische Vorgänge im Gehirn, die dem schizophrenen Prozeß zugrunde liegen, auch durch körperliche Vorgänge abzustoppen, besonders solange sie noch keine Funktionsdefekte gesetzt haben, und möglicherweise noch reversibel sind. Der Einwand gegen alle bisherigen somatischen Heilmethoden, daß nämlich Erfolge bei akuten Fällen wenig besagen wollen, da deren Remissionsaussichten ohnehin leidlich gut sind, hat deshalb nur zweifelhaften Wert. Schon deutliche Defekte durch körperlich wirkende Mittel bessern zu wollen, scheint mir aus grundsätzlichen Erwägungen wenig

¹ *Kehrer, F.:* . . . , Es darf nicht bestritten werden, daß ein starker auf das Gemüt wirkender Sinnesreiz . . . unter Umständen auch auf dem Wege über die Nervenleitung im zentralen und autonomen Nervensystem anderweitige Gewebsveränderungen und auch chemische Störungen im Körper hervorzurufen vermag . . .

Aussicht zu haben. Daß man sich in der Praxis doch um sie bemühen sollte und auch Erfolge haben kann, spricht nicht dagegen, hängt vielmehr mit unserer mangelhaften Kenntnis dessen zusammen, welchen Symptomen irreparable Defekte zugrunde liegen.

Möglicherweise erzeugt selbst die Insulin-Shocktherapie keinen echten Shock, es sei denn auf dem Umweg über eine psychische Er-schütterung, etwa durch das Erlebnis drohender Todesgefahr.

Wenn also auch niemand die Hoffnung aufgeben wird, eine somatische Therapie zu finden, die alle noch unbekannten abnormen Hirnvorgänge bei Schizophrenen wieder normal funktionieren läßt, so hat doch zur Zeit die seelische Behandlung „das Übergewicht in der Therapie der Schizophrenie“ (*M. Müller*). Damit aber ist keineswegs gesagt, daß nicht auch seelische Einwirkungen die postulierten somatischen Funktionsstörungen bei Schizophrenen günstig beeinflussen könnten; ähnlich etwa wie bei den sog. organneurotischen Betriebsstörungen psychische Anlässe in günstiger und ungünstiger Weise am Werke sind. Doch hat auch das seine Grenzen: funktionstüchtige Organe haben eine hohe Resistenz gegen seelische Einflüsse; leider aber sind umgekehrt funktionsminderwertige Organe auch nur bis zu bestimmten Graden psychotherapeutischer Besserung fähig. Gewiß sind Schizophrenien keine organneurotischen Reaktionen; aber die Beobachtungen, daß durch seelische Erlebnisse kurzdauernde und isolierte „schizophrene Reaktionen“ (*Joh. Lange*), in anderen Fällen aber auch echte schizophrene Psychosen ausgelöst werden können, die dann nach eigenen Gesetzen verlaufen, legen den Gedanken nahe, daß in verschiedenen Menschen und in denselben Menschen unter verschiedenen Bedingungen eine sehr verschieden hohe Bereitschaft zu schizophrenen Erkrankungen besteht. Auf der untersten Stufe stehen diejenigen, die nur unter ungewöhnlichen Einwirkungen zu „schizophrenen Reaktionen“ kommen; auf der höchsten diejenigen, über die ein schizophrener destruierender Prozeß ohne jeden erkennbaren Anlaß „schicksalsmäßig“ hereinbricht.

Die Behandlungsaussichten werden für die verschiedenen Gruppen verschieden sein, wenn auch keineswegs in geradliniger Zuordnung zur Schwere der jeweils innewohnenden „schizophrenen Bereitschaft“; und vielleicht sind auch die therapeutischen Methoden von verschiedenem Wert, so daß das eine Mal psychische, im anderen — erhoffte — körperliche Methoden den Vorrang haben. Es ist gut, sich daran zu erinnern, daß schon *Griesinger* von dem „Bedürfnis nach einem unausgesetzten Zusammenwirken psychischer und somatischer Therapie“ durchdrungen war, d. h. von einer wahrhaft *persönlichen*, die leibliche und geistige Natur des Menschen *zugleich* fassenden Behandlung.

Die unendliche Mühe, die seither beiden Zweigen zugewandt wurde, hat dieses anscheinend ja so selbstverständliche Konzept zuweilen in Gefahr gebracht, wozu die immer wieder enttäuschten Hoffnungen bald

der psychischen, bald der somatischen Behandlungswege manches beitragen. Die seit Jahren unermüdlich gepräsene Forderung, jeden Einzelfall als besondere „Persönlichkeit“, als individuelle Person, als leibseelische Ganzheit zu betrachten, zu erkennen und zu behandeln, muß natürlicherweise in manchem das lebhafte Verlangen erwecken, statt dessen nach den überindividuellen, gemeinsamen Krankheitsursachen zu fahnden, in der Hoffnung, von daher nicht nur neue Belehrung zu erfahren, sondern auch das jeweils spezifische Mittel zu finden, das über alle persönlichkeitsbedingten Variationen als über unerhebliche Abbesken hinweg in jedem Falle hilft. Aber auch wenn uns eines Tages dieses wünschenswerte Mittel beschert würde, etwa gegen die schizophrene „Grundstörung“, so hätte nach einiger Zeit gesammelter Erfahrungen die Bemühung um Erkenntnis individueller Unterschiede von neuem zu beginnen.

Es wurde oben auf die an organneurotische Verhältnisse erinnernde Möglichkeit psychischer Beeinflussung von „schizophrenen Bereitschaften“ verwiesen; sowie auf die — mehr hypothetische — krankhafter organischer Abläufe bei Schizophrenen durch seelische Einflüsse. *P. Schilder* spricht vom Prinzip des doppelten Weges in Fällen, in denen der gleiche anatomische Apparat das eine Mal durch unmittelbare Läsion, das andere Mal auf psychischem Wege in seiner Funktion gestört werden kann. Aber auch wenn, wie angedeutet wurde, tatsächlich eine Plastizität des Organischen von solchem Ausmaß bestehen sollte, daß Betriebsstörungen im Hirngeschehen psychischen Einflüssen zugänglich sind, so ist das Verschwinden oder Zurücktreten noch schwebender Symptome Schizophrener unter irgendwelchen psychotherapeutischen Maßnahmen jedenfalls noch kein Beweis für das Bestehen solcher Wirkungswege. Die psychische Behandlung schon stabilisierter, erstarrter Schizophrener zeigt denn auch bei allem wünschbaren Optimismus eine bewußte und kluge Resignation. „Das Ringen um eine neue Basis seelischer Existenz“ (*Gruhle*) ist zu unterstützen, auch wenn der Kranke dabei sehr eigene Wege geht und keinen rechten Anschluß an die Gemeinschaft mehr finden kann (*Kretschmer*). Wenn *Gruhle* mit Recht betont, daß man die Leistungen Schizophrener mehr unter dem Gesichtspunkt des Anders als des Minus betrachten solle, oder wenn von *Kretschmer* und anderen empfohlen wird, die affektiven Hauptkomplexe zuzudecken, sich fördernd an gesunde Reaktions- und Entwicklungsmöglichkeiten zu halten, so erinnert das an Meinungen *C. G. Jungs* über die Behandlung von Neurosen. Auch er möchte sich an das „Positive“ in der Neurose halten; der Kranke soll seine Neurose nicht verlieren wie ein amputiertes Glied, sondern lernen, sie zu tragen. Nun das entspricht gewiß erprobten pädagogischen Grundsätzen und Erfahrungen des allgemeinen Lebens. Wer etwa arm ist, hat drei Wege, um mit seiner Armut fertig zu werden. Den ersten kann er selten allein gehen; es muß ihm schon in der Regel

jemand seine leeren Beutel füllen, um die Armut in ihrer Existenz zu beseitigen; so wie vielleicht eine somatische Behandlung die körperlichen Grundstörungen der Schizophrenie aufzuheben vermöchte.

Der zweite Weg setzt das Leiden an der Armut voraus und führt zu ewig erneuten Versuchen, zu erwerben, was man nicht besitzt.

Der dritte Weg heißt Neuorientierung. Nicht die Armut verschwindet, sondern das Leiden an ihr, das durch „seelischen Reichtum“ überwunden wird, womit denn zugleich das Gesicht der Armut sich wandelt.

Literaturverzeichnis.

- Cannon, Walter, B.: Amer. J. Surg. **100**, 704—713 (1934). — Desruelles, M., J. L. Massot et P. Gardien: Ann. méd.-psychol. **93 I**, 385—395 (1935). — Ewig, W.: Zbl. inn. Med. **1933**, 690/704. — Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2. Aufl. Stuttgart 1861. — Gruhle, H. W.: Symptomatologie. O. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 9, Spez. Teil V. Jung, C. G.: Zbl. Psychother. **7**, 1 (1934). — Kehrer, F.: Handwörterbuch der Medizin. Psychologie; herausgeg. von K. Birnbaum. Leipzig 1930. — Kretschmer, E.: Z. Neur. **121**, 211 (1929). — Lange, Johannes: Münch. med. Wschr. **1926 II**. Müller, Max: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Leipzig: Georg Thieme 1936. Reil, J. Chr.: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteserröttung, 1803. — Schilder, P.: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Internat. Psychoanalyt. Verl. 1925. — Schröder, P.: Zbl. Neur. **82**, 697 (1936). — Siebert, H.: Mschr. Psychiatr. **55**, 253 (1924). — Sokolow: Arch. f. Psychiatr. **55**, 5434 (1915); **56**, 5174 (1916).