

Aus der Württ. Heilanstalt Winnental
(Direktor: Obermedizinalrat Dr. HANS WILDERMUTH).

Wieder einmal Mischpsychosen.

Von

HANS WILDERMUTH.

(Eingegangen am 11. August 1949.)

Das psychiatrische Interesse hat sich seit dem Krieg deutlich zum Neurologischen hin verlagert. Erkenntnisse, die durch die modernen Schädel- und Gehirnaufnahmen, durch Encephalographie und Arteriographie vermittelt wurden, haben zahlreichen Krankheitsbildern, die man früher als atypische Schizophrenien, Spätschizophrenien und Depressionen auffaßte, eine organische Grundlage gegeben, d. h. sie in das Gebiet der symptomatischen Psychosen eingereiht.

Viele oder manche, aber längst nicht alle! Und noch immer stehen wir, trotz aller subtilen Forschung auf allen Gebieten, recht unwissend vor den großen endogenen Psychosen wie vor einer Festung, die durch keine List, durch keinen noch so geistreichen Überrumpelungsplan zu erobern, zur Übergabe zu bringen ist.

Freilich, eben in diesen Tagen, lassen die Veröffentlichungen des Altmeisters der Gehirnforschung, Vogt, und seiner mitschaffenden Gattin in den „Fortschritten der Medizin“ aufhorchen. Aber zu oft sind Erwartungen und Hoffnungen in dieser Richtung getäuscht worden, als daß der Zweifel, den selbst die Engelschöre der Osternacht nicht bannen konnten, auch vor solch hoher Forschung nicht ohne weiteres verstummt: „Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube.“

Jedenfalls kann uns auch die schönste Hoffnung nicht der Pflicht entbinden, wieder und wieder zu versuchen, aus der täglichen Beobachtung der Kranken Anzeichen, Hinweise, Möglichkeiten zu finden, auf denen wir weiterbauen können.

Leider sind wir nicht einmal der Notwendigkeit enthoben, die Grundlagen unserer alltäglichen Forschung und Behandlung immer neu zu überprüfen. Und wer das voraussetzungslos tut und an einem genügend großen und genügend lang beobachteten Krankengut zu tun vermag, dem wird die scharfe Trennung zwischen den beiden großen „Kreisen“, dem schizophrenen und dem zirkulären, je länger je mehr zweifelhaft.

Neu ist diese Erkenntnis nicht; die Tübinger Klinik und andere haben schon vor Jahren darauf aufmerksam gemacht, daß es zwischen diesen

Gruppen Übergänge, Mischformen, Wandlungen gibt. Sind solche Übergangsformen auch nicht eben häufig, so sind sie auch keineswegs so selten, daß man sie als vereinzelte Sonderfälle beiseite lassen könnte.

Auch die Prüfung von Stammbäumen belasteter Familien zeigt durchaus nicht selten Kranke beider Formenkreise in naher Blutsverwandtschaft.

Einige kurze Krankengeschichten sollen erneut auf solche Bilder aufmerksam machen.

Fall 1: Man trifft bei der Visite ein kurz vorher aufgenommenes Mädchen von 37 Jahren, das blühend und jünger wie seine Jahre aussieht. Man kommt sofort mit ihr in Kontakt. Lachend, in derber Witzigkeit, erzählt sie wortreich, daß sie dem Bürgermeister ein paar Ohrfeigen verabfolgt hätte, weil er die Flüchtlinge schlecht behandelte; auch der einweisende Arzt bekam einige ab, da sie gehört hatte, wie er sie in seinem Ferngespräch mit der Anstalt als akute Schizophrenie bezeichnete.

Trotz ihrer lauten Heiterkeit und Geschwätzigkeit war die Patientin zunächst noch auf einer Abteilung für soziale Kranke zu halten: aber bald wurde sie gereizt, schimpfend und bedrohlich für die andern, so daß sie auf die unruhige Abteilung verlegt werden mußte.

Keiner, der die Kranke, zumal in ihrem ersten Stadium sah, wäre auf eine andere Diagnose als Manie gekommen.

Die Vorgeschichte freilich zeigt eine merkwürdige Entwicklung:

Der Vater war Maurer, aufbrausend, hatte Angst vor Bestohlenwerden und „fixe“ Ideen; war aber nie in einer Anstalt, dagegen eine Schwester, die auch sterilisiert worden ist.

Die Kranke selbst lernte in der Schule mäßig, war später in Stellung als Hausgehilfin; in den letzten Jahren vor ihrer Einlieferung war sie zu Hause gewesen.

Als junges Mädchen sei sie lustig und temperamentvoll gewesen, spielte gerne bei Theateraufführungen mit. Später wurde sie nach einer Enttäuschung zurückgezogen, wollte mit 22 Jahren ins Kloster, doch riet man ihr wegen ihrer „Schwermut“ davon ab.

Bis hierher paßt alles durchaus ins Schema einer Cyclothymie.

Im Alter von 31 Jahren erkrankte sie in einer Stelle in München akut: Etwas Überwältigendes hatte sie berührt. Ein Glücksgefühl ohne gleichen kam über sie. Es sei ihr leicht ums Herz geworden, immer hätte sie religiöse Lieder gesungen. Sie schrieb einen Brief an alle deutschen Bischöfe, Buße zu tun, kein Fleisch mehr zu essen und die evangelische mit der katholischen Kirche zu vereinigen. Auch an ihre Bekannten schrieb sie Bekehrungsbriefe, die sie auch dem Pfarrer zustellte. Dieser veranlaßte dann ihre Überführung in die psychiatrische Klinik.

Dort habe sie die anderen Kranken nachgeahmt, geschrien, getobt und um sich geschlagen. Nach 4 Wochen wurde sie in die Anstalt Haar verlegt; sie glaubte von dort „abgeholt“ (d. h. vergast) zu werden und den Märtyrertod zu erleiden. Allmähliche Beruhigung. Sie bestreitet ausdrücklich Gedankeneingebung und wird nach 1 Jahr, unfruchtbar gemacht, entlassen.

Ein halbes Jahr vor ihrer Einlieferung nach Winmental sei sie dahinter gekommen, daß der Pfarrer Liebesgaben aus der Schweiz nicht richtig verteile. Die Sache sei vertuscht, der Pfarrer aber wegesetzt worden.

Aber bald bekam sie auch mit dem neuen Pfarrer Streit. Sie trat in einer Bürgerversammlung gegen ihn auf und hielt ihm öffentlich vor, was ihr an ihm nicht gefiel, es kam zu einer erregten Auseinandersetzung zwischen ihr, dem Pfarrer und dem Bürgermeister, die schließlich zu den schon berichteten Tätlichkeiten führte. — Mit

der Verbringung in die Anstalt war sie übrigens einverstanden, weil sie dadurch für ihre und anderer Sünde Buße tun könne.

Sie erzählt aus ihrem Leben, daß sie mit 4 Jahren bemerkt habe, daß das Muttergottesbild ihr zunicke: „Vielleicht habe ich damals schon gesponnen.“ Im Kloster und in ihrer Münchner Stelle hätte sie immer einen Druck gefühlt, immer Angst, kein richtiges Gotteskind zu sein. Vor ihrer Einlieferung nach Haar glaubte sie, Pöpstin zu werden. Sie hätte dem Pfarrer einen Blumenstock gebracht und ihm gesagt, er sei nun Papst. Nach ihrer Entlassung aus Haar habe sie volle Krankheits-einsicht gehabt.

Auch während ihres Winnentaler Aufenthalts versuchte sie, auf der Abteilung zu missionieren und bezeichnete sich als Pöpstin; bei Widerspruch wurde sie gereizt. Auf Elektroschockbehandlung trat weitgehende Besserung ein, doch vermerkt die Krankengeschichte weiterhin: „leicht manische Schwankungen“. — Nach 2 Monaten wurde sie auf Wunsch der Angehörigen gebessert entlassen.

Zusammenfassung: Deutliche manische und depressive Phasen, die sich teilweise über Jahre erstrecken. Kein Abbau der Persönlichkeit; der Kontakt bleibt immer erhalten. Dabei aber hat sie ein religiöses „Urerlebnis“ und ganz abstruse Wahnideen, die nach der Genesung allemal korrigiert werden. Es bleibt dem persönlichen Geschmack überlassen, ob man die Krankheitsbezeichnung: Zirkuläres Irresein mit einzelnen schizophrenen Zügen oder Schizophrenie mit zirkulären Schwankungen wählen will.

Fall 2: Auf der ruhigen Wachabteilung lebt seit Jahren ein heute 70jähriges Fräulein. Nachmittags ist sie außer Bett, sitzt meist stumm und ohne Anteilnahme an ihrer Umgebung herum. Nur sehr selten bekommt man von ihr eine einsilbige, leise Antwort. Man würde die Kranke zunächst für eine demente Anstaltsschizophrenie oder eine Alterspsychose halten.

Aber die Entwicklung der Krankheit stellt diese Diagnose in Frage.

Der Vater war Offizier; sie ist zweieiiger Zwilling. Die eine Großmutter sei leicht zirkulär gewesen, die andere schwermütig. Eine Großtante beging Selbstmord, eine Tante war 2 Jahre in einer Anstalt.

Die Kranke selbst war in der Schule still, hat mäßig gelernt, während sie zu Hause stets heiter und lebendig war.

Im Alter von 30 Jahren wurde sie zum ersten Male depressiv, angeblich weil aus einer geplanten Auslandsreise nichts geworden war.

Im folgenden Jahr kam sie erstmals mit den typischen Erscheinungen einer Depression in die Tübinger Klinik: Sie war gehemmt, weinte viel, äußerte Lebensüberdruß. Auffallend war ihr sonderbares Grimassieren. Die Krankengeschichte vermerkt aber ausdrücklich, daß sonst keine Anzeichen für Schizophrenie zu finden gewesen wären.

Mit 50 Jahren erkrankte sie zum dritten Male: Sie litt unter erotischen Regungen, zeigte Haß gegen ihre Mutter, klagte über ihren Charakter, ihre Willenslosigkeit und hatte gegen Selbstmordideen zu kämpfen.

1 Jahr später kam sie wieder in die Tübinger Klinik mit einem typisch depressiven Bild: Sie hatte Verarmungsideen (Inflation!), Insuffizienzgefühle, schlechten Schlaf. Sie litt unter Zweifelsucht, an der auch ein erster Entlassungsversuch scheiterte. Nachher trat rasche Genesung ein. Die Krankheitsbezeichnung lautete wiederum: Deutlich zirkuläre Depression.

Mit 62 Jahren kam sie nach Winnental, das sie seither nicht mehr verlassen hat. Ihr Zustandsbild hat sich nicht mehr wesentlich geändert: Der Gesichtsausdruck

ist meist stumpf, zeigt nur zuweilen einen Anflug von Ängstlichkeit oder Ratlosigkeit. Verkehr mit den andern Kranken hat sie keinen.

Ganz selten wird dieser Dauerzustand durch schnell vorübergehende Zustände unterbrochen: Die Kranke wird gelegentlich übermütig oder macht allerhand Sonderbarkeiten, legt sich neben das Bett, zerreißt, näßt ein. Ganz selten äußert sie depressive Ideen: Sie sei schuld am Krieg. Im ganzen gesehen wird ihr Verhalten mit den Jahren immer eintöniger.

Wo soll man diesen Krankheitsverlauf einreihen? Vielleicht eine Zirkuläre mit früh beginnendem senilem Abbau? Aber von Anfang an fielen gewisse Erscheinungen auf: Grimassieren, Mutterhaß, Mißtrauen, die nicht so recht in ein rein zirkuläres Bild passen. —

Ganz sonderbar hört sich die Krankengeschichte des folgenden Falles an.

Fall 3: Der Vater war ein geschätzter Arzt, der Großvater mütterlicherseits ein bedeutender Kliniker.

Der Kranke selbst lernte schlecht, brachte es bloß bis zum Einjährigen. Später versuchte er sich in verschiedenen Berufen, ohne einen richtigen zu erlernen.

Mit 11 Jahren hatte er den ersten epileptischen Anfall, der sich 10 Jahre später wiederholte. Im Anschluß an einen solchen machte er einen ernstlichen Selbstmordversuch, der ihn erstmals in die Tübinger Nervenklinik brachte. Er begründete seine Tat verständlich damit, daß er nicht mehr leben wolle, dem Leben hilflos gegenüber stehe, er habe niemand, der ihn verstehen könne. — Dann aber läßt er ein großes hysterisches Theater los: Simuliert Astasie und Abasie, Anfälle und eine plumpe Pseudodemenz.

Im Alter von 21—26 Jahren ist er 3 mal in der Heilanstalt Schussenried, nachdem mehrere Anfälle vorhergingen. Im Einweisungszeugnis wird erheblicher Schwachsinn und Haltlosigkeit nebst einer röntgenologisch festgestellten Verbreiterung der Sella angegeben.

In der Anstalt wird ein echter Anfall beobachtet und beim Besuch der Mutter ein simulierter. Der Kranke ist faul und gibt sich leidend. Ein Versuch, ihn zu entlassen und in der Landwirtschaft zu beschäftigen, schlägt fehl, da der Kranke frech und unverschämt ist. Zu Hause benimmt er sich ähnlich, zwischendurch einmal auch sentimental. — So wandert er wieder in die Anstalt.

Auch hier ist er weiterhin frech, hetzt an den andern Kranken herum, hat häufige, hysterische Zustände. Entlassen, betreibt er die Aufhebung der inzwischen ausgesprochenen Entmündigung und denunziert den Anstaltsdirektor beim Landtag.

Er kommt deshalb wieder in die Klinik und von dort nach Winnental. Seine Geschwätzigkeit und Schreibseligkeit fallen auf. Zwischendurch kommt er wieder mit Selbstmorddrohungen, zeigt Verschrobenheiten und Handelsucht. Schließlich entweicht er von der Gärtnerei nach Hause.

Dort verträgt er sich nicht mit seinem Vater. Kommt in der Folgezeit in kurzen Abständen 5 mal von selbst in die Anstalt gelaufen. Einmal klagt er über Schlaflosigkeit, das anderemal ist er auffallend lebhaft und geschwätzig, doch sind die Symptome nie sehr ausgesprochen; immer ist er arbeitsscheu.

Bei der 7. Aufnahme ist er deutlich verstimmt, macht einen depressiven Eindruck, läßt sich diesmal zur Außenarbeit herbei, mißhandelt aber andere Kranke.

Mit 37 Jahren wird er auf Wunsch des Vaters zum achten Male in die Anstalt gebracht. Er war wieder von zu Hause weggelaufen und hatte sich herumgetrieben. In der Anstalt machte er keine Schwierigkeiten; die Stimmung schwankte zwischen gehobener Manie und leichter, wehleidiger Depression.

Mit Ausnahme einer kurzen Unterbrechung befindet sich der Kranke nun dauernd in der Heilanstalt. Er macht auf den ersten Blick den Eindruck eines Hebephrenen, bei dem die Fassade des gehobenen sozialen Milieus, aus dem er stammt, über die Größe des Defektes hinwegtäuscht.

Leider ist aber keine Demenz festzustellen: der Kranke beobachtet sehr gut, seine Witze sind oft frech, häufig aber gut und sicher gezielt, er liest auch gute Bücher, das Gedächtnis ist ausgezeichnet, im Erschleichen irgendwelcher Vorteile ist er Meister.

Eine eingehende neurologische Untersuchung ergab nur einen ausgesprochenen seitengleichen Dermographismus, eine fragliche Unsicherheit beim Barany und KHV. und eine deutliche linksseitige Hypästhesie.

Zusammenfassend kann man sagen: In dieser Psychose ist nahezu alles enthalten, was an psychiatrischen Symptomen überhaupt möglich ist; es ist eine Art Sammelpsychose. Frühzeitiges hebephrenes Versagen, organischer Schädelbefund mit ganz geringfügigen, neurologischen Symptomen, epileptische und hysterische Anfälle, psychopathisches Weglaufen, ernste und läppische Selbstmordversuche, und das alles unterlagert durch deutliche zirkuläre Schwankungen: Depressionen mit starker Hemmung bis zur Stummheit und manische Phasen mit aufgeregter Geschwätzigkeit und Betriebsamkeit.

Es fehlen dagegen alle Grundsymptome der Schizophrenie, Sinnes-täuschungen haben nie bestanden, ein Fortschreiten ist mindestens fraglich. Für eine organische Entstehung, etwa eine frühkindliche Encephalitis, sind die neurologischen Befunde doch viel zu unbedeutend, für die Diagnose Psychopathie ist das ganze Krankheitsbild doch zu schwer.

Fall 4: Auf der offenen Abteilung lebt seit Jahren ein jetzt 72-jähriges Fräulein. Sie ist erblich belastet: Die Mutter machte im Klimakterium eine manische Erregung durch, 2 Brüder und 1 Schwester litten an zirkulären Depressionen.

Die Entwicklung der Kranken war normal, sie war immer still, zurückgezogen, bescheiden und fleißig, neigte aber zum Mißtrauen.

2 Monate nach Eintritt der Menopause, im Alter von 52 Jahren, setzt eine Depression ein mit Angstzuständen, Selbstvorwürfen und nächtlicher Unruhe, die ihre Überführung in die Tübinger Nervenlinik notwendig machte. Dort bot sie erst das Bild einer typischen, gehemmten Depression, glitt aber nach einigen Monaten in eine schwere Erregung ängstlich-paranoischer Färbung, die sehr langsam wieder in eine symptomarme, eintönig-hoffnungslose, verzweifelte Depression mit Selbstmordideen einmündete.

1 Jahr später wurde sie nach Winnental überführt, wo sie zunächst weiterhin schwermütig blieb, dabei aber zeitweise ein lebhaftes Mißtrauen zeigte, so daß sie an den Schlüssellochern spionierte und an den Türen lauschte.

Nur vorübergehend hellte sich die Stimmung zu leichter Gehobenheit auf, erst nach 5 Jahren wurde die Depression endgültig überwunden. Die Kranke blieb nun 8 Jahre lang leicht manisch. Die Einträge in der Krankengeschichte lauten: „Gehoben-umtrieb-übergeschäftig-räsonniert und kommandiert-unausstehlich.“

Dazwischen finden sich aber auch andere Bemerkungen: „Verstimmt-mürrisch, manchmal depressive Anwandlungen.“ Und nun tauchen auch sonderbare, gar nicht ins Krankheitsbild passende Beziehungs- und Bedeutungsergebnisse auf: z. B. man habe ihr in der Küche Messer hingelegt, das habe etwas zu bedeuten!

Beim Besuch einer Verwandten tritt plötzlich ein jäher Umschlag in die Depression ein, die wie immer ziemlich symptomarm verläuft. Nur vorübergehend mußte die Kranke wegen Selbstmordneigung in die Wachabteilung verlegt werden.

Nach 5jähriger Dauer schlägt der Zustand wieder um: Nach einer kurzen Zeit des Schwankens wird sie wieder, wie früher, leicht manisch, laut, heiter, vielgeschäftig, für Witze, auch derbe, sehr zu haben. Zwischendurch wird freilich ab und zu notiert: „oft gereizt, moros.“

Und immer wieder tauchen Beziehungsideen auf, fühlt sich die Kranke beobachtet, verfolgt, ausgelacht.

Sie selbst gibt darüber an: Sie hätte einmal auf der Straße bemerkt, daß eine Frau ihren Rock anfaßte; als sie auf die Abteilung kam, wäre ihr eine Kranke mit hochgehaltenem Rock entgegengekommen, das könne doch wohl kein Zufall sein. — Einmal hätte sie auf der Abteilung bemerkt, daß die Kranken sonderbare Grimassen schnitten; als sie eine befragte, was das zu bedeuten habe, bekam sie zur Antwort: „das sag' ich nicht.“ Daraus sei doch zu ersehen, daß es wirklich etwas bedeute.

Zusammenfassung: Bei einer mehrfach mit zirkulären Erkrankungen belasteten, unverheirateten Frau, mit extrem leptosomem Körperbau, bricht kurz nach der Menopause eine zirkuläre Psychose aus, die in flachen, sich jeweils über Jahre hinziehenden Kurven verläuft. Daneben bestehen, durchaus nicht ins Bild passend, paranoische Ideen, die auf das Handeln der Kranken zwar weiter keinen Einfluß ausüben, in der manischen wie in der depressiven Phase auftreten und immer festgehalten werden.

Fall 5: 1895 geborener Fabrikarbeiter.

Erbliche Belastung: Vater aufgeregt. Mutters Schwester und Nichte wegen Schizophrenie in einer Heilanstalt.

Der Kranke selbst war als Kind schwächlich, litt an Rachitis und Drüsentbc. In der Schule war er, mit Ausnahme des Rechnens, mittelmäßig. Später sei er an seinen Arbeitsplätzen immer beliebt gewesen.

Mit 18 Jahren kam er in eine Teigwarenfabrik, hielt es aber dort, angeblich wegen der großen Hitze, nicht aus, wurde schlaflos, verließ die Stelle nach 4 Wochen. Trotzdem verschlechterte sich sein Zustand zusehends, er wurde immer aufgeregter und händelsüchtiger. Er kam deshalb ein halbes Jahr in die Tübinger Nervenlinik und von dort ebensolange in die Heilanstalt Pfullingen. Er bot damals, schimpfend und renommierend, ein durchaus manisches Bild. Als auffallend wird immer wieder vermerkt, daß er glaube, man lache über ihn. — Die Krankheitsbezeichnung lautete: manisch-depressives Irresein.

Nach seiner Entlassung war er 2 Jahre lang landwirtschaftlicher Knecht, wurde dann „schlapp“, daß er nicht mehr arbeiten konnte und im Alter von 20 Jahren wiederum in eine Anstalt, diesmal Weinsberg, mußte.

Hier machte er erst einen so stumpfsinnigen Eindruck, daß man an angeborenen Schwachsinn dachte; dabei zeigte er „eine düstere Ver Stimmung“, war mißtrauisch, schien lange nicht voll bewußtseinsklar — ein epileptoider Zustand wurde in Erwägung gezogen —, redete einmal von „Lumpenzeug von Geistern“, bot dann später aber ein typisch depressives Zustandsbild, das sich allmählich aufhellte.

Anschließend arbeitete er 3 Jahre in einer Lederfabrik, wurde mit 25 Jahren im Anschluß an ein Kopftrauma zunehmend erregt, bekam Handel, lief von der Arbeit weg, brüllte und zerschlug Fensterscheiben, so daß er in die Heilanstalt Winnental verbracht werden mußte.

Er war hier sehr erregt, ideenflüchtig, heiter-gehobener Stimmung, ein Zustand, der in 7 Monaten abklang. Vor der Entlassung erzählt er selbst, daß seine Gedanken laut geworden seien, bestreitet aber, Stimmen gehört zu haben, hatte dabei volle Krankheitseinsicht. Er wurde mit der Diagnose Manie entlassen.

Nach 17jähriger Pause kam er dann im Verlauf von $3\frac{1}{2}$ Jahren 5mal in verschiedene Anstalten. Er hatte u. a. einmal versucht, sein Kind zu erdrosseln. Die Diagnose lautete immer und überall: Manisch-depressives Irresein, obwohl in den Krankengeschichten immer wieder auch paranoische Ideen vermerkt werden. Wegen dieser Krankheit wurde er auch unfruchtbar gemacht.

Mit 45 Jahren kam er zum zweiten Mal nach Winnental. Er machte bei der Aufnahme zunächst den Eindruck einer echten Depression; bald aber erschien sein Affekt sehr oberflächlich, später wird er direkt als affektlahm bezeichnet. Er fühlte sich elektrisiert, hörte Stimmen, die ihn verklagten. Dabei gingen maniforme und depressive Schwankungen weiter.

Jetzt arbeitet der Kranke meist auf der Abteilung oder in den Werkstätten. Er ist stets bewußtseinsklar, gelegentlich reizbar, und tätlich gegen andere Kranke. Er ist zugänglich, sogar aufdringlich, verlangt immer ohne rechten Nachdruck seine Entlassung, macht unflätige Witze und Sprüche über seine Frau, wirkt mit Stiernacken und Dickbauch bei seinem ungehemmten Daherreiten zunächst manisch; bei näherem Eingehen aber zeigt er sich recht vertrottelt, in seinen Witzen und Redewendungen sich immer wiederholend, wenn ihm auch ab und zu ein derber Spruch gelingt. Sehr lästig wird er durch Schreizustände, in denen er minutenlang ein ungeheuerliches, raubtierartiges Gebrüll erhebt, bis er schweißbedeckt und stockheiser aufhören muß.

Zusammenfassung: Bei diesem Fall zeigt sich eine für „Übergangsfälle“ typische Erscheinung. Bei einem Pykniker beginnt mit 18 Jahren eine zunächst zirkulär erscheinende Psychose, in die sich allmählich, zuerst ganz vereinzelt, dann immer häufiger und deutlicher, schizophrene Züge sich mischen, bis diese schließlich das ganze Krankheitsbild beherrschen: Der Weg geht vom Zirkulären zum Schizophrenen.

* * *

Es mag zunächst nicht auffallend und nicht weiter interessant erscheinen, daß es in der Psychiatrie unklare Fälle und Fehldiagnosen so gut gibt wie in jeder ärztlichen Spezialität.

Aber so einfach liegen die Dinge nicht. Man redet, und leider nicht nur in der praktischen Alltagsarbeit, immer flottweg von „Schizophrenie“ und „zirkulärem Irresein“, man tut so, als hätte man es mit zwei genau geschiedenen Krankheitsbildern zu tun, zwischen denen so wenig Zusammenhang besteht wie zwischen einer Otitis und einer Hüftgelenksarthrose.

Deshalb erscheint es notwendig, immer wieder darauf hinzuweisen, daß zwischen diesen beiden großen Psychosen Anastomosen bestehen, Übergangsformen, deren diagnostische Eingliederung dem subjektiven Ermessen anheimgestellt bleibt. Es ist freilich nicht weiter wichtig, wie der Geschmack des einzelnen Beurteilers im einzelnen Fall entscheidet, wichtig aber ist, daß man sich der fließenden Grenzen immer bewußt bleibt.

Im allgemeinen wird man sagen dürfen, daß die schizophrenen Symptome schwerer wiegen als die zirkulären, sie geben stets Anlaß, die Prognose zurückhaltend zu stellen.

Für manisch-depressiv spricht bei unklaren Bildern: 1. wenn nach wiederholten Erkrankungen keinerlei Defekte zurückbleiben, der Kranke immer voll arbeits- und leistungsfähig entlassen werden kann, und 2. wenn der Kontakt mit dem Kranken immer erhalten bleibt. Es ist dem, der es nicht aus eigener Erfahrung kennt, schwer zu beschreiben, ebenso wie das Gegenteil, die „Glaswand“, die man bei der Unterhaltung so oft zwischen sich und dem Schizophrenen fühlt.

Eine Bestätigung der KRETSCHMERSchen Konstitutionslehre bieten von unseren Fällen insbesondere Fall 4 und 5, auch Fall 1. Hier eine im wesentlichen pyknische Persönlichkeit, deren Psychose zunächst zirkulär erscheint; bei Fall 4 eine dürre alte Jungfer, in deren zirkulären Krankheitsverlauf sich fremdartige, schizophrene Beziehungsideen schieben; Fall 5: Bei einem Pykniker entwickelt sich aus einer einwandfreien manisch-depressiven Psychose allmählich eine eindeutige Schizophrenie.

Möglicherweise hat eine schon vor Jahren aufgestellte Theorie recht, daß dem manisch-depressiven Irresein krankhafte Ausschläge an sich physiologischer Schwankungen, während der Schizophrenie ein von Anfang an pathologischer Prozeß zugrunde liege. Durch diese Hypothese, die auch in den Krankheitsbildern eine gewisse Stütze findet, würden die Mischpsychosen als eine Summierung zweier verschiedener Störungen erklärt.

Auch bei den Forschungen, die versuchen, den Psychosen von der körperlichen Seite her beizukommen, ist es unbedingte Voraussetzung, sich darüber klar zu bleiben, daß man durchaus keine festumgrenzten Gebiete untersucht. Wir bewegen uns immer noch an den äußersten Grenzen eines völlig unbekannten Erdteils und wissen nicht, ob und wo sich trennende Meere auftun, scheinbare Gebirge in Inselketten sich auflösen werden. Es wird deshalb zu raten sein, Stoffwechseluntersuchungen usw. nur bei klinisch wirklich ganz eindeutigen Fällen durchzuführen. Sonst fischt man in trübem Wasser, und die Ergebnisse bleiben Stückwerk, aus dessen verwirrender Fülle kein Gesamtbild sich zusammensetzen läßt. Nur wenn die Befunde zunächst an solch un-zweifelhaftem Material gewonnen sind, können sie dazu dienen, das Dunkel zu lichten.