

Aus der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Jena.

Über die symptomatische Schizophrenie*.

Von
R. LEMKE.

Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 26. Juli 1950.)

Die Beurteilung der schizophrenen Psychosen, die scheinbar „exogen“ aus einer körperlich faßbaren Krankheit heraus sich bilden, ist nicht einheitlich. Verschiedene Untersucher kommen bei dem gleichen Kranken zu ganz gegensätzlichen Auffassungen. Das zeigte sich immer wieder zur Zeit der Sterilisationsgesetze. In den damals für das Gericht erstatteten Gutachten wurden von den einen Autoren die vorhandene körperliche Krankheit und die erhobenen organischen Befunde als bedeutungslos für die Entstehung der Schizophrenie angesehen, von anderen Autoren die gleichen Befunde als Beweis für die Diagnose symptomatische Schizophrenie gewertet und dem körperlichen Leiden damit die Bedeutung einer wichtigen Teilursache im Krankheitsgeschehen zuerkannt. In den vergangenen Jahren haben wir viele der Körperkrankheiten, insbesondere der Hirnerkrankungen beobachtet und behandelt, denen bei der Bildung der symptomatischen Schizophrenie ein ursächlicher Anteil zugesprochen wurde. Haben wir nun weitere Erfahrungen gesammelt, die uns für dieses noch umstrittene Krankheitsbild nützen können?

Gehen wir von der klaren Bestimmung aus, die KURT SCHNEIDER für die Schizophrenie gibt: eine durch bestimmte seelische Symptome gekennzeichnete Psychose von unbekannter organischer Ursache, so gehört zum Krankheitsbild der Schizophrenie ein regelrechter, also von größeren Abweichungen freier körperlicher Untersuchungsbefund. Läßt sich bei einem Schizophrenen ein krankhafter Organbefund erheben, der erfahrungsgemäß das seelische Leben beeinflussen und krankhafte seelische Erscheinungen hervorbringen kann, so ist die Diagnose symptomatische Schizophrenie berechtigt, wenn ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem körperlichen und dem psychischen Leiden nachweisbar ist. Zweifel an der Diagnose Schizophrenie müssen demnach bei einem Kranken aufkommen, dessen neurologischer Status Abweichungen zeigt. Sind Störungen oder krankhafte Veränderungen im neurologischen Befund, in der Liquorzusammensetzung, im Encephalogramm, im

* Prof. OSKAR u. CÉCILE VOGT zum 80. u. 75. Geburtstag gewidmet.

Elektrencephalogramm vorhanden, oder haben wir sonst eine Begründung für ein krankhaftes organisches Hirngeschehen, etwa durch Rindenanfälle, durch Dämmerzustände, so ist die Vorgeschichte auf die zeitlichen Beziehungen zwischen dem somatischen und dem psychischen Leiden zu prüfen. Sind sie vorhanden, so ist die Diagnose Schizophrenie, die sich aus dem bisherigen Untersuchungsergebnis und aus dem psychopathologischen Bild ergab, in symptomatische Schizophrenie umzuändern.

Die Diagnose symptomatische Schizophrenie wird von manchen Autoren überhaupt abgelehnt. Sie erkennen lediglich an, daß symptomatische Psychosen aus einer besonderen Erbkonstitution eine schizophrene Färbung annehmen können, und halten es dann für angezeigt, von schizophrenieähnlichen Psychosen zu sprechen. Die Berechtigung einer solchen Krankheitsbezeichnung ergibt immer wieder die klinische Arbeit. Wir sehen schizophrene Bilder im Beginn einer progressiven Paralyse, aus einem epileptischen Dämmerzustand oder nach einem Hirntrauma aus einer Contusionspsychose sich entwickeln. Die Symptomatik dieser seelischen Störungen zeigt neben schizophrenen Erscheinungen das psychoorganische Syndrom, der Charakter einer organisch begründbaren Psychose ist daran deutlich zu erkennen, und so gelingt zunächst die Abgrenzung zur Schizophrenie allein aus dem psychopathologischen Bild.

Eine solche diagnostische Beurteilung kann aber nur eine vorläufige sein; sie ist nur aufrecht zu halten, wenn die Psychose mit ihrer schizophrenen Symptomatik zum Abklingen kommt. Hält dagegen die seelische Störung lange Zeit über Monate an, und bildet sich ein Defektzustand, der auch wieder eine schizophrene Färbung erkennen läßt, so entstehen folgende Überlegungen:

1. ist der psychische Defektzustand Folge der organischen Psychose, und ist seine schizophrene Symptomatik Ausdruck einer besonderen Erbkonstitution, oder
2. bestand schon seit langem eine bisher nicht beachtete schizophrene Erkrankung, die durch das somatische Leiden zu einem neuen Schub sich steigerte und den Defektzustand bewirkt hat oder an ihm mitbeteiligt ist,
3. hat die körperliche Krankheit einen schizophrenen Prozeß zur Manifestation gebracht, der im Beginn durch das gleichzeitig bestehende körperliche Leiden eine atypische Symptomatik bot und später an dem Defektzustand einen wesentlichen Anteil hatte.

Wenn auch bei dem einzelnen Kranken die genaue Beantwortung dieser Fragen nicht durchzuführen ist, so ist sie doch anzustreben unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, der Erbverhältnisse und der vorangegangenen körperlichen Krankheit. Zunächst möchte ich nur für

die letzte der drei Möglichkeiten die Diagnose symptomatische Schizophrenie anerkennen.

Kr. G. Nr. 30230, Martha B. kam im Alter von 45 Jahren zum ersten Male in die Klinik und war im ganzen 1 Jahr in unserer Beobachtung. Sie soll nach Bericht des einweisenden Arztes sich früher luisch infiziert haben. 2 Fehlgeburten, keine Kinder. 1 Bruder lag in unserer Klinik mit der Diagnose Schizophrenie. Vor 12 Jahren Kur in einem Erholungsheim wegen nervöser Störungen. War damals nachlässig im Haushalt, bedrückt, hatte Suicidabsichten; ein genauerer psychischer Untersuchungsbefund aus jener Zeit war nicht zu beschaffen. Dann gebessert, unauffällig. Seit 1½ Jahren verändert: zunehmend gereizt, streitsüchtig, hat bei anderen gebettelt, kramte in den Aschkästen, verkaufte ihre Sachen, auch ihren Ehering, war liederlich, schlug auf den Ehemann ein, bedrohte andere Familienangehörige mit dem Beil. — Befund: positive Wa.R. im Blut, positive Nebenreaktionen im Liquor (auch bei Kontrolluntersuchung), Liquor sonst o. B. — Neurologisch: kein sicherer pathologischer Befund. — Psychisch bestand ein deutlicher organischer Defektzustand, daneben aber schizophrene Symptome: akustische und auch optische Sinnestäuschungen, paranoide Ideen; die Kranke war mißtrauisch und gereizt.

Die Differentialdiagnose war hier zu stellen zwischen progressiver Paralyse und Schizophrenie. Für beide Krankheiten gaben Vorgeschichte, Verlauf und Befunde Hinweise, aber sie genügten nicht, um eine der Diagnosen allein einwandfrei zu begründen. Der Defektzustand zeigte den symptomatischen Charakter der Psychose an und sprach für die progressive Paralyse, aber der neurologische und serologische Befund war dafür nicht ganz typisch. Die erbliche Belastung, die frühere seelische Erkrankung und derzeit vorhandene weitere seelische Ausfallerscheinungen führten zur Diagnose Schizophrenie. Wahrscheinlich bestanden beide Krankheiten hier nebeneinander, und die Mischung ihrer Symptome ergab das besondere Erscheinungsbild. Ob hier die Krankheitsbezeichnung *symptomatische Schizophrenie bei progressiver Paralyse* oder paralytische Demenz mit schizophrener Färbung besser paßt, ist schlecht zu entscheiden, beide Diagnosen haben ihre Berechtigung.

Der Verdacht einer symptomatischen Schizophrenie muß schließlich bei all den schizophrenen Psychosen entstehen, die in ihrer psychischen Symptomatik atypisch sind, insofern, als sie die Zeichen einer durch Körpererkrankung hervorgerufenen Psychose — Einengung der Bewußtseinslage oder Erscheinungen einer organischen Demenz neben den eigentlichen schizophrenen Symptomen — deutlich erkennen lassen. So ist z. B. diese Diagnose häufig bei der Altersschizophrenie berechtigt, die wir in letzter Zeit verhältnismäßig zahlreich sahen. Während hier aber der symptomatische Charakter der schizophrenen Psychose zu begründen ist, wird bei anderen Fällen oft genug die Klärung des Krankheitsbildes nicht gelingen.

Kr. G. Nr. 31882, Arta W., eine 55jährige Kranke, wurde Ende 1949 der Klinik überwiesen. Nach Bericht des Ehemannes hat die Frau bis vor etwa 1 Jahr den Haushalt ordnungsgemäß versorgt. Im vergangenen Jahr stellte sich eine zu-

nehmende Interesselosigkeit ein, die Kranke konnte nicht mehr wirtschaften, verschwendete das Geld für Näschereien, bettelte, vernachlässigte sich, wurde unsauber, lief mangelhaft bekleidet auf die Straße, zeigte sich sexuell sehr triebhaft, hat ihren Mann bestohlen, bedrohte ihn, gab dann auch zu, daß sie ihn erschlagen wollte. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine beträchtliche Demenz, Unsauberkeit mit Kot und Urin. Ein sicherer Hinweis für Sinnestäuschungen ergab die klinische Beobachtung nicht, obwohl die Kranke die meisten Fragen nach schizophrenen Zeichen mit „ja“ beantwortete. Wegen der Urteilschwäche waren die Auskünfte nicht voll zu werten. — Neurologisch: leichte Bewegungsunsicherheit, träge Lichtreaktion. Encephalographie: kein deutlicher Hirnswund. Blut- und Liquoruntersuchung o. B.

Der erste Verdacht einer progressiven Paralyse konnte wegen der regelrechten serologischen Befunde nicht aufrecht gehalten werden. Das Encephalogramm zeigte keine organische Grundlage für die Demenz, keinen Hinweis für eine Hirnatrophie. Wir erfuhren, daß der Vater wegen einer Schizophrenie in unserer Klinik gelegen hatte und auch ihre Tochter mit der gleichen Diagnose für mehrere Jahre in einer Heilanstalt untergebracht war. Demnach ist es wohl naheliegend, auch das psychotische Geschehen bei unserer Kranken als einen schizophrenen Prozeß anzusehen, wenn auch eigentliche schizophrene Symptome während der klinischen Beobachtung nicht deutlich hervorkamen, sondern hier vorwiegend der Defektzustand imponierte. Er wies auf eine somatische Genese hin, die sich auch in einigen neurologischen Störungen zu erkennen gab. Trotzdem gelang es nicht, das eigentliche körperliche Leiden, als dessen Symptome die Psychose gelten konnte, genügend klar herauszustellen, vielleicht war es eine beginnende *Hirnarteriosklerose*.

Bei den bisher besprochenen Formen der symptomatischen Schizophrenie war der besondere Charakter der Psychose aus der Symptomatologie der seelischen Ausfallserscheinungen zu erkennen. Das gilt aber nicht für alle Krankheiten dieser Art. Die psychischen Erscheinungen der symptomatischen Schizophrenie können frei sein von dem psychoorganischen Syndrom; psychopathologisch besteht dann das Bild einer Schizophrenie, und lediglich ein körperlich krankhafter Untersuchungsbefund gibt den Hinweis auf den symptomatischen Charakter, nicht aber die psychischen Symptome; sie sind dann in bezug auf das nachgewiesene körperliche Leiden atypisch. Bei solchen Kranken entstehen zunächst immer Überlegungen, ob überhaupt das vorhandene somatische Leiden für die schizophrene Symptomatologie wirklich mit verantwortlich zu machen ist.

Wir haben diese Form der symptomatischen Schizophrenie in letzter Zeit vorwiegend an *Encephalitiskranken* gesehen, nicht nur bei der Encephalitis epidemica, die ja auch im Schrifttum häufig als wichtige Ursache der symptomatischen Schizophrenie genannt ist, sondern auch

bei anderen Encephalitiden: bei der Encephalitis disseminata, bei der parainfektiösen Encephalitis und bei Encephalitisarten ungeklärter Genese. Über einige dieser Krankengeschichten möchte ich hier berichten, weil sie mir zum Studium der symptomatischen Schizophrenie besonders geeignet scheinen. — Ein Teil von ihnen erfüllte in idealer Weise sämtliche Forderungen, die man für die Diagnose symptomatische Schizophrenie aufstellen könnte: seelische Störungen, die einer schizophrenen Erkrankung zumindest so ähneln oder gleichen, daß sie bei Nichtbeachtung des körperlichen Leidens die Diagnose einer Schizophrenie ergeben. Die Kranken waren — soweit nachweisbar — mit Schizophrenie oder anderen Psychosen erblich nicht belastet, sie hatten früher keine schizoiden Merkmale geboten, waren bisher seelisch gesund und unauffällig gewesen, sie erkrankten in einem Alter, das die übliche Manifestationszeit der Schizophrenie weit überschritten hatte; die entzündliche Hirnerkrankung ließ sich aus dem klinischen Befund einwandfrei nachweisen. Mit dem Rückgang der Encephalitis kamen auch die seelischen Störungen zum Abklingen; bei ihnen ließe sich also die Schizophrenie als eine bestimmte Form exogener Reaktion im Sinne BUMKES anerkennen. Dafür folgendes Beispiel:

Kr.G. Nr. 30327, Elly P., 46 Jahre alt. In der Verwandtschaft keine Geisteskrankheiten, kein Selbstmord, keine Trunksucht. Eine Entbindung vor 24 Jahren, vorher eine Fehlgeburt. Nach dem Bericht des Ehemannes früher immer lebenslustig. Ehe glücklich. Beginn der Erkrankung verhältnismäßig plötzlich einige Tage vor Klinikaufnahme mit innerer Unruhe. Die Kranke äußerte immer wieder: wir sind verloren, wir werden fortgeschafft, wir kommen in ein Lager. Machte sich ständig Sorgen, aß kaum noch, sprach wenig. In der Klinik suicidal, äußerte paranoide Vorstellungen, fühlte sich beobachtet, glaubte sich von Spionen umgeben, zeigte sich ängstlich, halluzinierte akustisch, hörte innere Stimmen, denen sie antwortete. — Neurologisch: Babinski re. positiv, Sehnenreflexe etwas schwach auslösbar, Pupillen mittelweit, etwa gleichweit, Licht- und Konvergenzreaktion frei. — Liquor: 78/3 Zellen, positive Eiweißreaktionen, Zackenbildung in der Mastixkurve. Wa.R. in Blut und Liquor negativ, ebenso Nebenreaktionen. — Wir führten eine Quecksilberschmierkur durch; der krankhafte Liquorbefund bildete sich zurück, die psychotischen Erscheinungen waren bei der Entlassung — nach 3 Monaten klinischer Behandlung — nahezu abgeklungen.

Die Krankheit zeigte sich zunächst nur auf seelischem Gebiet. Die Art der psychischen Erscheinungen mußte den Verdacht einer Schizophrenie erwecken. Für eine symptomatische Psychose fanden sich keine Hinweise: das Bewußtsein war nicht eingeengt, das intellektuelle Leistungsvermögen nicht herabgesetzt, bei der Prüfung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit keine Störungen. Körperlich hatte die Kranke nichts zu klagen; Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Übelkeit und Erbrechen, all diese cerebralen Symptome, die nach dem weiteren Befund zu erwarten waren, bestanden nicht. Die Abweichungen im neurologischen Befund, besonders ein positiver BABINSKI-Reflex,

ergaben den ersten Hinweis für eine organische Erkrankung des Nervensystems, die dann durch das Ergebnis der Lumbalpunktion sichergestellt wurde. Der weitere Verlauf bestätigte die Annahme einer unspezifischen entzündlichen Gehirnerkrankung. Eine luische Ätiologie der Erkrankung hatten wir erwogen, aber in Anbetracht der regelrechten serologischen Verhältnisse — die auch beim Ehemann einwandfrei waren — und der normalen Lichtreaktion dann aufgegeben.

Die schizophrenen Erscheinungen waren hier wirklich symptomatischer Art d. h. sie liefen parallel dem entzündlichen Prozeß des Zentralnervensystems und bildeten sich zurück, als die Entzündung abklang. Die Kranke, die aus einer gesunden Sippe stammt, hatte bisher keine schizoiden Züge geboten, war früher frei von seelischen Krankheiten gewesen, auch die Entbindung und die überstandene Fehlgeburt verliefen ohne psychische Komplikationen. Die spätere Nachuntersuchung zeigte keinen für Schizophrenie typischen Defekt. Alle die oben angeführten Bedingungen für die Diagnose symptomatische Schizophrenie waren hier erfüllt.

Die Krankheit begann in diesem Falle akut. Auch die symptomatische Schizophrenie kann einen chronischen Verlauf annehmen und sich wie die Encephalitis über Jahre hinziehen. Die Abgrenzung gegenüber der eigentlichen Schizophrenie ist dann erschwert, weil bei einem schleichen Verlauf die zeitlichen Beziehungen zwischen körperlichen und seelischen Leiden nicht immer mit genügender Klarheit festzulegen sind.

Kr.G. Nr. 29983, Hermine B., 46 Jahre alt. — In der Verwandtschaft keine Geisteskrankheiten. 5 lebende gesunde Kinder. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr unregelmäßige Menses. Die Frau verlor seither ihre Arbeitsfreude, vernachlässigte den Haushalt, kümmerte sich nicht mehr um die Kinder, stritt aus geringfügigen Anlässen, schrie unbegründet laut auf, fühlte sich von ihrem Manne benachteiligt. War bisher gesund, hatte sich immer freundlich und gesellig gezeigt. — Bei der klinischen Untersuchung gab sie klare und im ganzen geordnete Antworten, fiel auf durch schnelle hastige Sprachweise. Im Laufe der klinischen Beobachtung zeigte sie akustische Halluzinationen, berichtete von Aufträgen, die ihr gegeben würden, und die sie dem Personal weiterleiten müsse. Später gab sie zu, daß sie oft höre: „Tue das nicht“, oder: „Mache das doch.“ Sie berichtete schließlich, daß die meisten ihrer Handlungen von zustimmenden oder ablehnenden Bemerkungen begleitet würden. Ein anderes Mal sagte sie, daß die Stimmen ihr dauernd Vorwürfe machten. Im Laufe der ersten 2 Monate in der Klinik deutliche Verschlechterung, wirkte zunehmend stumpf, lächelte oft vor sich hin. War unsauber mit Stuhl und Urin. Nach einigen Wochen klinischen Aufenthaltes kam bei ihr eine Schlafsucht, sie mußte zu den Mahlzeiten geweckt werden. Dazwischen war sie desorientiert, hatte ständig Halluzinationen, behauptete häufig, daß sie durch Zeichen nach Hause gerufen werde: Es hat geklopft, daß ich kommen soll! Hatte Geruchs-, Geschmacks- und Gesichts-Halluzinationen. — Neurologisch: leichte Unsicherheit beim Zeigefingernasen- und Kniehackenversuch re. Anisokorie li. mehr als re. Augenklinisch: homonyme li.-seitige Hemianopsie. Liquor: Nonne-Apelt, Weichbrodt opal., Zellen 10/3, Gesamteiweiß nicht erhöht, Mastixkurve tieflegend im Bereich der Flockung beginnend, dann aufsteigend zu normalen Werten. Wa.R. und Neben-

reaktionen in Blut und Liquor negativ. Encephalogramm: etwas vermehrte Oberflächenzeichnung, sonst o. B. Temperaturen regelrecht. Blutsenkung 6/13 nach 1 und 2 Std. — Behandlung mit Quecksilberschmierkur. Nach über einem Jahr Genesung.

Auch bei dieser Kranken begann das Leiden mit einer seelischen Symptomatik. Bei den ersten psychischen Untersuchungen bestanden sichere schizophrene Symptome, die in Anbetracht des Klimakteriums bei Nichtbeachtung der körperlichen Befunde die Diagnose Schizophrenie ergeben hätten. Der organische Charakter der psychischen Erkrankung wurde vermutet, als sich Störungen bei der neurologischen Untersuchung zeigten. Der Verdacht wurde gesichert aus der festgestellten Hemianopsie und aus dem Liquorbefund. Erst im Laufe der klinischen Behandlung kamen dann auch deutliche Erscheinungen der Encephalitis hervor: Vorübergehende Schlafstörungen und Bewußtseinsstörungen. Hätten wir uns im Beginn der klinischen Behandlung allein nach den seelischen Ausfallserscheinungen gerichtet, so wäre bei der Diagnose Schizophrenie wohl eine Kur mit Elektroschocks durchgeführt, und die aus der Encephalitis sich entwickelnde organische Symptomatik dann ganz überdeckt worden. Wahrscheinlich wären dann die aufkommende Desorientierung und die Schlafstörung als Folge der Krampfbehandlung angesehen worden. Die Krankheit dauerte über ein Jahr.

Wir beobachteten weiter Kranke, bei denen der psychotische Beginn schleichend einsetzte und sich über ein oder zwei Jahre zurückverfolgen ließ. Damit war die Stellung der Differentialdiagnose erschwert, aber doch möglich, wenn aus der Vorgeschichte von Beginn an die körperlichen Erscheinungen der Encephalitis nachweisbar waren.

Kr.G. Nr. 31009, Lia H., 21 Jahre alt. In der Familie sind keine Geisteskrankheiten vorgekommen. Sie wurde im April 1949 in die Klinik aufgenommen wegen Ängstlichkeit. Ihr Vater gab an, daß sie viel weinte, untätig in der Wohnung herumsaß, oft laut aufschrie. Zuzeiten hetzte sie in der Wohnung umher, behauptete, sie höre und sehe alles nicht mehr so wie früher. Die Krankheit habe etwa vor 2 Jahren angefangen mit Erbrechen, Kopfschmerz und Schwindelgefühl. Die Kranke habe dann über Sehstörungen geklagt: Es war so, als ob die Umwelt weit weggerückt sei. Vorübergehend habe Doppelsehen bestanden. Bei der klinischen Untersuchung bestanden keine Kopfschmerzen oder Schwindelgefühl mehr. Sie berichtete von einer inneren Angst und Unruhe, sie sei „wohl verändert worden, denn sie finde sich in der Umwelt nicht mehr zurecht“. Vor kurzem sei es so gewesen, als ob beide Hände ihr vor das Gesicht schlugen. Die Umgebung sei ihr ganz fremd, sie habe auch Rufe gehört, wisse aber nicht mehr, was ihr gesagt wurde. Sie habe oft ein eigenartiges Gefühl, als ob sie am Körper abstürbe, sie könne sich nicht mehr freuen, könne keinen Entschluß mehr fassen, der Wille sei wie gelähmt. „Ich kann Gutes und Böses nicht mehr unterscheiden, ich merke direkt, daß ich ganz anders geworden bin. Auch in mir ist das Dunkle, ich finde keinen Zusammenhang, wenn ich zurückdenke, es wird alles so schwer.“ Während des klinischen Aufenthaltes klagte sie immer wieder, daß sie die Umwelt anders sehe, „so ganz weit weggerückt, verkleinert wie durch ein Fernrohr. Es kommt

mir alles so anders vor, so traumhaft, als ob ich es auf einem anderen Planeten sähe. Hier der Stuhl ist der Stuhl von früher, aber er ist doch nicht mehr der Stuhl.“ Wochenlang fand sie keinen Schlaf. — Neurologisch: Anisokorie, li. Pupille weiter als re., Lichtreaktion beiderseits träge und ungenügend. Zungenabweichung nach re.; Kniephänomen li. besser als re.; Tremor der gespreizten Finger; leichte Unsicherheit beim Zeigefingernasenversuch; verdächtige Pyramidenzeichen. Liquor: Nonne-Apelt und Pandy schwach positiv, Zellen 8/3, Mastixkurve im Bereich der Flockung beginnend und dann zu normalen Werten aufsteigend, Gesamteiweiß nicht erhöht. Encephalogramm: regelrechte Ventrikelzeichnung. Bei der zweiten Punktion Zellzahl 32/3. Spezifische Reaktionen in Blut und Liquor negativ. Blutsenkung nicht erhöht. Blutbild regelrecht. Körpertemperaturen normal. — Hg.-Schmierkur — dann langsames Abklingen der psychotischen Erscheinungen.

Die von der Kranken geschilderte Persönlichkeitsveränderung war von der Art, wie sie uns im Anfang einer schizophrenen Psychose oft berichtet wird. Ängstlichkeit, Ratlosigkeit über die selbst wahrgenommene veränderte Einstellung zur Umwelt, über das veränderte Ich, eigenartige, vielleicht halluzinatorische Leibempfindungen, Sinnestäuschungen auf akustischem Gebiet, Lähmungsgefühl des Willens waren die Symptome, die eine *schizophrene Erkrankung* anzeigten. Bei der Exploration entstand die Überzeugung, eine Schizophrenie vor sich zu haben. Die subjektiven Beschwerden: Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Erbrechen, Doppeltsehen brachten den ersten Verdacht auf eine cerebrale Erkrankung, die dann durch die weiteren Untersuchungsbefunde bewiesen wurde. Der symptomatische Charakter der Psychose zeigte sich weiter im Verlauf. — Mit dem Abklingen der körperlichen Krankheit bildeten sich die seelischen Störungen zurück. Wir stellten wieder die Diagnose symptomatische Schizophrenie.

Die Art der Encephalitis gelang hier nicht zu ergründen, bei der folgenden Kranken bekamen wir aus der Vorgeschichte einen Hinweis für die Genese des körperlichen Leidens.

Kr.G. Nr. 30645, Ursula D., 23 Jahre alt. — Keine erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten. War früher gesund und lebenslustig. Nach der 2. Entbindung vor 2 Jahren schwer erkrankt mit höherem Fieber. Sie bekam eine Brustdrüsenentzündung und wurde deswegen geschnitten. „Seit 2 Jahren fühle ich, daß ich gar nicht mehr richtig klar bin . . . ich höre ständig meinen Namen rufen . . . dann habe ich immer so einen Äthergeruch . . . ich kann gar nicht mehr allein sein . . . ich habe eine Angst, ständig habe ich die Furcht, daß ich umnachte.“ Später berichtete sie in der Klinik, sie sei nachts öfter am Körper berührt worden; sie habe auch Schritte im Zimmer gehört. „Das hat sich in der Nacht mehrmals wiederholt“, sie habe dabei aufrecht im Bett gesessen. Ihr ganzes früheres Leben komme ihr wie ein Film vor, „ohne Wirklichkeit, wie ein Traum“. „Das ewig Traumhafte, daß ich nicht da bin . . . ich sehe ganz klar und deutlich, aber es ist alles so unwirklich, alles nur wie ein schemenhaftes Huschen . . . das Leben rückt immer weiter von mir weg, ich entfremde mich immer mehr.“ Oftmals fragte sie dazwischen ängstlich, ob sie nicht geisteskrank werde. — Neurologisch: rotatorischer Nystagmus, leicht entrundete Pupillen, Lichtreaktion herabgesetzt; gesteigerte

Sehnenreflexe; Babinski und Gordon li. positiv. Encephalogramm: normale Verhältnisse. Liquor: o. B. Spezifische Reaktionen in Blut und Liquor negativ.

Die Entfremdung von der Umwelt und die veränderte Wahrnehmung, die berichteten Sinnestäuschungen akustischer und auch haptischer Art, die Geruchstäuschungen, die hochgradige Ängstlichkeit vor der Persönlichkeitsumwandlung — alle diese Erscheinungen paßten zu dem Bilde einer Schizophrenie. Der weitere körperliche Befund (positiver BABINSKI, träge Lichtreaktion) wies auf eine Encephalitis hin, die wahrscheinlich parainfektios im Wochenbett nach der Mastitis zur Ausbildung kam. Die Kranke zeigte in der Klinik Schlafstörungen, sie war in den ersten Wochen des klinischen Aufenthaltes fast schlaflos und kam dann in einen wochenlang anhaltenden Schlafzustand, aus dem sie zur Nahrungsaufnahme geweckt werden mußte; tagsüber — bei den Visiten — war sie immer im tiefen Schlaf. Über ein Jahr blieb die Kranke in unserer Beobachtung. Die Erscheinungen der Encephalitis bildeten sich zurück und auch die seelischen Störungen kamen wieder zum Abklingen. Überblicken wir Symptomatik und Verlauf des Krankheitsgeschehens, so halte ich auch hier die Diagnose symptomatische Schizophrenie (nach parainfektioser Encephalitis) für berechtigt.

Gegenüber den bisher berichteten Krankheitsverläufen steht eine größere Gruppe von Encephalitiskranken mit schizophrener Symptomatik, bei denen die Abgrenzung des psychotischen Bildes zur Schizophrenie schwerer gelingen will. Einmal weil bei ihnen die psychotischen Erscheinungen ganz stark hervorkommen und das Krankheitsbild beherrschen; ihre Symptomatik erscheint so eindeutig beweisend für die Diagnose Schizophrenie, und da bei den Kranken weiter eine hereditäre Belastung im gleichen Sinne vorhanden ist, wird die symptomatische Entstehung der Psychose gar nicht erwogen.

Kr.G. Nr. 30703, Elisabeth T., 40 Jahre alt. — Der Vater war eigenartig, sehr gewissenhaft und pedantisch. Eine Schwester des Vaters sehr religiös, gehörte später einer Sekte an. Eine Cousine wurde plötzlich liederlich und trieb sich herum. Die Kranke selbst war früher vergnügt und gesellig, hatte immer das Bestreben, ein guter Mensch zu sein, fühlte ständig die Verpflichtung, etwas Gutes zu tun. Diese Eigenschaften nahmen in den letzten Monaten auffallend zu. Etwa $\frac{1}{4}$ Jahr vor der Klinikaufnahme teilte sie ihrem Ehemann mit, daß sie zu etwas Großem berufen seien, die ganze Familie werde eine Erlöserrolle spielen; aus dem Lauf eines Sternes ersah sie ein für sich günstiges Zeichen. Sie begann nun viel zu schreiben, schickte Briefe an unbekannte Leute, auch an die Polizei und teilte darin mit, daß die Flüchtlinge wiedererstandene Tote seien. Verkleidete sich als Handwerksbursche und bat beim Bürgermeisteramt um Aufnahme. Erzählte, daß sie zu ihrem Tun durch eine Stimme aufgefordert werde, die Stimme komme von Gott. Einmal habe sie auch Strahlen von Gott gespürt. Sie bezog alle Vorgänge auf sich. „Ich träumte auch so viel; eine große schwarze Gestalt stand am Himmel, sie hatte eine Pistole in der Hand und schoß in die Strahlen.“ — Die Prüfung der Intelligenz zeigte volle Orientierung, eigenartige verschrobene Antworten bei den Unterschieds- und Kombinationsfragen. — Neurologisch: Anisokorie, träge Licht-

reaktion, schwache Sehnenreflexe, positive Pyramidenzeichen. Liquor: positive Eiweißreaktionen, Zellzahl 138/3, Mastixkurve im Bereich der Flockung beginnend und dann aufsteigend. Spezifische Reaktionen in Blut und Liquor — mehrmals untersucht — immer negativ. — Behandlung mit Hg.-Schmierkur. Rückgang der entzündlichen Reaktion, Abklingen des psychotischen Bildes.

Bei dieser 40jährigen Frau standen die psychotischen Erscheinungen ganz im Vordergrund, deretwegen wurde die klinische Einweisung nötig. Im psychischen Befund zeigten sich weder eine Bewußtseinstörung, noch sonst ein Hinweis für das psychoorganische Syndrom, sondern das voll ausgebildete Symptomenbild einer Schizophrenie. Es kam überzeugender heraus als bei den bisher geschilderten Kranken. Die paranoiden Ideen waren sehr ausgeprägt. Da auch in ihrer Verwandtschaft abwegige, psychisch auffällige Charaktere zu finden waren, entstand zunächst kein Zweifel an der Diagnose Schizophrenie. Die psychische Symptomatologie zeigte keine Verbindung zu der akuten entzündlichen Krankheit des Zentralnervensystems, und doch ist sie wohl anzunehmen. Es bestand ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang zwischen Psychose und Entzündung des Zentralnervensystems, der auch im weiteren Verlauf sich bestätigte; der Rückgang der entzündlichen Erscheinungen führte auch hier zum Abklingen der Psychose. Anzuführen ist weiter, daß die Frau drei Entbindungen ohne psychische Komplikationen überstanden und bis zu ihrem 40. Lebensjahre keine psychische Erkrankung durchgemacht hat. Ich möchte auch diese Krankheit der symptomatischen Schizophrenie zurechnen, obwohl der endogene Anteil am psychotischen Geschehen hier viel deutlicher nachweisbar ist als bei den bisher beschriebenen Kranken. Die entzündliche Krankheit des Nervensystems war hier ätiologisch nicht zu klären.

Noch unsicherer wird nun die Abtrennung zur Schizophrenie, wenn die Untersuchung erst in einer späteren Zeit des Krankheitsgeschehens stattfindet, in der die akuten entzündlichen Erscheinungen des Zentralnervensystems zurückgegangen sind, und das organische Leiden sich nur noch in geringfügigen Abweichungen des neurologischen Status zu erkennen gibt; ist bei diesen Kranken dagegen das psychotische Bild nicht abgeklungen, sondern ein Defektzustand zurückgeblieben, so kann bei entsprechender Symptomatik die Abgrenzung zur Schizophrenen Demenz recht schwer werden. Die Beurteilung des Krankheitsbildes, das Anerkennen der symptomatischen Entstehung ist dann oft abhängig von der Einstellung des Untersuchers. Wir hatten drei solcher Kranken in Beobachtung, bei denen die Vorgeschichte die Entwicklung des psychotischen Defektzustandes aus einer Encephalitis ergab.

Kr.G. Nr. 29047, Rosa Z., 36 Jahre alt. — Beide Eltern haben wir kennen gelernt: Gemütvolle, im Wesen unauffällige Menschen; 4 Brüder leben und sind gesund; in der Familie sind keine Geistes- oder Nervenkrankheiten vorgekommen.

Die frühkindliche Entwicklung der Kranken war regelrecht, in jungen Jahren keine auffälligen psychischen Merkmale. Erkrankte im Alter von 23 Jahren an einer Hirnentzündung, hat damals angeblich 6 Wochen geschlafen. Aus dem Bericht des früher behandelnden Arztes: 1928 wurde bei der Kranken die Diagnose Encephalitis lethargica gestellt; sie kam in schlafendem Zustand zur Krankenhausaufnahme mit erhöhter Temperatur. In der Folgezeit ängstlich, furchtsam, wechselnde Gemütsstimmungen, so daß sie in den folgenden Jahren wegen dieses auffälligen Verhaltens mehrmals in die Heilanstalt Hildburghausen überführt werden mußte. Bei der dortigen Untersuchung im Jahre 1936 zeigten sich noch die körperlichen Symptome der früheren Hirnentzündung, so bestand bei ihr ein Parkinsonismus. Weiter traten in diesen Jahren Sinnestäuschungen hinzu, vorwiegend optischer und haptischer Art, „die größtenteils traumhaft empfunden wurden“. In der ärztlichen Beurteilung 1936 wurde darauf hingewiesen, daß sie voll kontaktfähig sei, „nichts Steifes“ an sich habe, in ihren Wahnideen auffallend suggestibel sei. Die Psychose wurde 1936 als nicht schizophren bezeichnet. Im Jahre 1947 kam sie in die Nervenklinik Jena, weil sie an ihrem bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr zu brauchen war; ihr läppisches, gereiztes Wesen machte ein Zusammenarbeiten mit ihr unmöglich. Sie berichtete von dauernden Fernstrahlen und Stimmen, die sie belästigten, und bot nun das Bild eines schizophrenen Defektzustandes. Neurologisch: sehr träge Lichtreaktion; Konvergenzreaktion re. erloschen; gesteigerte Sehnenreflexe, li. positive Pyramidenzeichen; fehlende Mitbewegung der Arme beim Gehen; Liquor o. B. Kein deutlicher Rigor. Hypomimie? Encephalogramm: li. Seitenventrikel nicht zur Darstellung gekommen, der re. und der 3. Ventrikel groß, aber nicht sicher pathologisch erweitert, keine vermehrte Luftansammlung an der Hirnoberfläche.

Die neurologischen Störungen der sicher nachgewiesenen Encephalitis waren zurückgegangen, aber immer noch deutlich vorhanden. Dazu im Gegensatz hatten sich die psychischen Ausfallserscheinungen im Laufe der Jahre verstärkt, und so war eine Veränderung der Persönlichkeit gesetzt worden, die als schizophrene Demenz anzusprechen war. Wie sollen wir diesen Krankheitsverlauf beurteilen? Ist es sinnvoll, bei einem solchen Defektzustand mit den für Schizophrenie typischen Ausfallserscheinungen den früheren Hinweis für die symptomatische Entstehung auch in der späteren Krankheitsbezeichnung beizubehalten? Die Resterscheinungen der überstandenen Encephalitis zeigten sich in einer ungenügenden Lichtreaktion der Pupillen, in fehlenden Mitbewegungen der Arme beim Gang, sowie in positiven Pyramidenzeichen. Das psychotische Bild hatte eine deutliche schizophrene Symptomatik, die Kranke halluzinierte, fühlte sich durch Strahlen belästigt, war auch albern, läppisch. Die Wesensänderung war bei ihr in letzter Zeit verstärkt hervorgetreten, so daß sie berufsunfähig wurde. Im Laufe der Psychose wurde von den beobachtenden Ärzten auf eine besondere Suggestibilität hingewiesen, weiter auf eine traumhafte Erlebnisweise der Kranken. Optische Sinnestäuschungen standen zeitweise ganz im Vordergrund. Eine ähnliche Symptomatologie hatten auch die bisher mitgeteilten Kranken. Sie kam noch ausgeprägter bei folgendem Kranken hervor.

Kr.G. Nr. 41210, Horst K., optischer Ingenieur. — Kam im August 1945 mit 39 Jahren in unsere Klinik. In seiner Familie sind keine Geisteskrankheiten bekannt geworden. In früheren Jahren nicht schwerer krank gewesen. Die begleitende Ehefrau berichtete uns, daß ihr Mann seit etwa einem Jahr auffällig sei durch zunehmende Gedächtnisschwäche und Stimmungsschwankungen, er weinte häufig. Weiter hatte er Störungen des Geschlechtstriebes, Ejaculatio praecox, woran er früher nie litt, auch traten in letzter Zeit viel Pollutionen auf. Er habe auffallend viel von Bildern gesprochen, so z. B. „Es ist wie ein Klavier in meinem Kopfe, die Tasten sind lauter Bilder, und ich kann meine Gedanken gar nicht so schnell aussprechen wie sie vorüberrollen.“ Filme und Dinge beschäftigten ihn in letzter Zeit, die Jahre zurücklagen. Eines Tages habe er seiner Frau den Ehering zurückgegeben und gesagt: „So jetzt bist du nicht mehr meine Frau, ich bin mit einer anderen verheiratet.“ Bei der Frage mit wem, antwortete er: „Mit Eva . . . mit Adam und Eva aus dem Paradies.“ Dann habe er gesagt, seine Frau sei jetzt seine Mutter, weiter: „Man braucht jetzt keine Lebensmittelkarten mehr, das müßten jetzt alles Blumen sein.“ Oft habe er auf Spaziergängen Personen erkannt. Von einem alten Manne, der an ihm vorüberging, habe er behauptet, er sei sein Großvater. Zu seiner Frau äußerte er, daß er sich krank fühle und nicht mehr schlafen könne. Vor der Einweisung hatte er einen Schreckkrampf.

Er selbst berichtete, daß er bei Beginn der Krankheit viel geschwitzt habe, „dann habe ich dauernd Bilder vor mir gesehen, im Mittelpunkt stand immer der Mensch . . . die Bilder waren wie wirklich . . . einmal ging ich bei einem Spaziergang durch einen Tunnel, da sagte ich, dort geht es zum Himmelstor . . . dann kam ein Mann, da sagte ich, der sei wohl Karl August gewesen und ich Goethe“. (Unsinn?) „Ja, selbstverständlich Unsinn . . . nachts habe ich mächtig phantasiert, war ganz naß, wie aus dem Dampfbad gekommen . . . und dann habe ich an fast alle Märchen denken müssen, das ging immer etappenweise, das Stichwort fiel und dann kam immer das andere Märchen . . . ach, da sind unendlich viele Bilder an mir vorbeigezogen . . .“ (Verfolgt?) „... ich wußte nicht recht zu denken, was das für ein Zustand war . . . einmal meinte ich, das ginge von meiner Frau aus, da habe ich zu ihr gesagt, Du willst mich verraten . . . da habe ich zu ihr gesagt: jetzt nehme ich aber doch das Beil und schlage Dich kaputt.“ (Gedanken wegnehmen?) „... das habe ich manchmal gehaut, da war ich immer im Zweifel.“ Er berichtete über eigenartige optische Erlebnisse: an vorüberfahrenden Wagen habe er gemerkt, daß sich die Achsen bogen und die Räder seitwärts ausgehen. Bei der Unterhaltung hatte er Gedankensprünge, er kam ständig vom Thema ab.

Während der klinischen Beobachtung, die im ganzen fast 5 Jahre dauerte, war er häufig unruhig. Er machte viel Posen, ahmte Tierstimmen nach, beschimpfte das Pflegepersonal. Oft fiel er auf durch seine sexuelle Erregung und Enthemmung, onanierte ohne sich zu genieren, belästigte weiblichen Besuch, erzählte unanständige Witze, machte faxenhafte Bewegungen, war häufig unsauber mit Stuhl und Urin, in den weiteren Jahren wieder ruhiger, antriebslos. Seine Gedanken gingen nur um das Essen und um den Geschlechtsverkehr. Er machte Dummheiten, kroch mit dem Sofa auf dem Rücken im Zimmer herum, beschmierte sein Gesicht mit Kot, spuckte und urinierte im Zimmer, grimmassierte, rollte mit den Augen, lag dann wieder wochenlang stumpf im Bett, unter der Decke verborgen, mürrisch und abweisend. Murmelte unverständlich vor sich hin, klagte hin und wieder über Kopfschmerzen, war nicht zu bewegen, das Bett zu verlassen, schlug auf die Pfleger ein. Dazwischen gab er aber zuzeiten geordnet Auskunft, zeigte sich dann voll orientiert und in der formalen Intelligenz auch leidlich erhalten. Halluzinierte ständig: „... so große Gestalten kommen auf mich zu, die Gestalten sprechen

immer, das macht mich ganz verrückt . . . dann klopft es immer . . . diese furchtbaren Gestalten, nicht mal im Zimmer ist man allein.“

Befund: Deutliche Anisokorie, Zungenabweichung, Nystagmus. Röntgenbild: vergrößerte Sella, Sellaboden zur Keilbeinhöhle hin eingedrückt (siehe Abbildung). Augenhintergrund o. B. Gesichtsfelder ließen sich nicht prüfen. Liquor o. B.

Das Encephalogramm zeigte auf der Spezialaufnahme des 3. Ventrikels keine deutliche Darstellung des Rec. infundibuli. Wir diagnostizierten: symptomatische Schizophrenie bei Hypophysenzwischenhirnerkrankung (Hypophysentumor), und führten eine Röntgenbestrahlung durch. Da in der Folgezeit die seelischen Störungen nicht zurückgingen, behandelten wir ihn mit Elektroschock. Wegen des



Abb. 1. 39-jähriger Mann: Sellaausweitung zur Keilbeinhöhle (Teilbild des Encephalogramms). Klinisch: Hypophysenzwischenhirn-Syndrom und symptomatische Schizophrenie bei Hypophysentumor.

zunehmenden aggressiven Verhalten im letzten Jahre verlegten wir ihn vor 4 Monaten in die Chirurgische Univ.-Klinik (Prof. Dr. GULEKE) zur Leukotomie. Nach dieser Operation ist sein aggressives Verhalten geschwunden: er war nun freundlich, zugänglich. Bei der Prüfung zeigte sich, daß die formale Intelligenz erhalten war. Er war imstande, auch leichte geometrische Aufgaben richtig zu lösen. In der ersten Zeit nach der Operation bestand eine deutlich gehobene Stimmungslage mit Witzelsucht, die nun aber wieder im Abklingen ist. Die akustischen und optischen Halluzinationen waren weiter nachweisbar; er berichtete aber, daß sie ihn nicht mehr so beunruhigen wie früher, sie seien wie in weiter Ferne.

Das psychotische Bild in den letzten Jahren ließ an der Diagnose schizophrener Defektzustand kaum Zweifel. Der Kranke lebte abgeschlossen, autistisch zur Umwelt, lag stumpf im Bett, meist unter der Decke versteckt, war unsauber mit Kot und Urin, murmelte vor sich hin, unterhielt sich mit den Stimmen, war aufgeschreckt durch optische Halluzinationen und aggressiv. Häufig hatte er ein leeres Lachen, ging auf einfache Fragen überhaupt nicht ein, zu anderen Zeiten gab er Antworten, die erkennen ließen, daß seine formale Intelligenz erhalten ist. In seiner Psychose zeigte er also Sinnestäuschungen, paranoide Ideen, Denkzerfahrenheit, Drängen der Gedanken, Gedankenzwang, wahr-

scheinlich auch Gedankenentzug. Als organisch sicherer Befund war nachzuweisen die Sellaausweitung, vegetative Störungen, Störungen des sexuellen Trieblebens. Zusammen mit den neurologischen Veränderungen kamen wir zur Diagnose: *Tumor im Hypophysenzwischenhirnbereich*, die Psychose wurde als symptomatische *Schizophrenie* bezeichnet.

Bei den beiden letzten Kranken hatten die psychotischen Erscheinungen viel Verwandtes, und eine ähnliche Symptomatologie konnte auch bei den anderen bisher mitgeteilten Kranken festgestellt werden: Einmal ist es der traumhafte Zustand, über den die Kranken berichten. Das Leben und die Umgebung kommt ihnen ganz unwirklich, wie traumhaft vor; die Personen sind schemenhaft, wie aus einer anderen Welt. Auch die Sinnestäuschungen sind manchmal als traumhaft geschildert, trotzdem werden sie ganz überzeugend erlebt und sind daher nicht als hypnagoge Halluzinationen zu bezeichnen. Es scheint mir möglich, daß mit dem Traumhaften eine besondere Form der Bewußtseinstrübung angegeben wird.

Eine weitere psychische Besonderheit dieser Kranken ist eine auffallende Suggestibilität, die die Auswertung ihrer Aussagen erschwert. Die Kranken sind leicht lenkbar und beeinflussbar, und der Untersucher muß vorsichtig fragen, sonst kann er leicht schizophrene Symptome heraushören, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind.

Eine dritte Eigenart ist das Vordrängen der optischen Sinnestäuschungen. Vielfach sind sie — wie bei den beiden letzten Kranken — mit den akustischen eng verbunden. In ihrer Psychose sind die Kranken im allgemeinen gut ansprechbar und kontaktfähig. Sie berichten verhältnismäßig anschaulich von ihren Erlebnissen, fragen oft nach ihren Heilungsaussichten, nach der Dauer der Krankheit, haben also Verhaltens- und Reaktionsweisen, die wir beim Schizophrenen in dieser Weise seltener beobachten.

Die Stimmungslage unserer Kranken war von einem ängstlichen Affekt beherrscht und begleitet von starken vegetativen Störungen. Dabei ist anzunehmen, daß die vegetativen Veränderungen die direkte Auswirkungen der Zwischenhirnerkrankung sind.

Die hier erwähnten seelischen Ausfallserscheinungen können doch nicht als so charakteristisch bezeichnet werden, daß aus ihrem Nachweis allein die Diagnose symptomatische Schizophrenie zu stellen ist. Denn wir sahen die gleichen Erscheinungen bei schizophrenen Kranken, bei denen die erblichen Verhältnisse, der Verlauf und der regelrechte körperliche Befund an der Diagnose Schizophrenie keine Zweifel zuließ. Die Diagnose einer symptomatischen Schizophrenie kann sich also nicht nur auf die besondere psychopathologische Symptomatologie stützen, sondern braucht letzthin den Nachweis eines organischen, insbesondere eines

Hirnbefundes. Zur weiteren Begründung der Diagnose können allerdings die oben erwähnten psychischen Phänomene dienlich sein, und sie haben Bedeutung in der Klärung der Differentialdiagnose bei den Schizophrenie-Verdächtigen, die neurologische Abweichungen haben. Gewiß gehört zur Schizophreniediagnose ein völlig regelrechter neurologischer Befund, aber andererseits gibt ein abweichender neurologischer Status nicht gleich die Berechtigung, die aus dem psychopathologischen Bild zu stellende Schizophreniediagnose fallen zu lassen. Auffallende neurologische Verhältnisse können wohl bei einzelnen Kranken Zeichen einer degenerativen Konstitution und somit bedenkenlos für die Diagnose Schizophrenie sein. Auch bei einer „gesunden“ Durchschnittsbevölkerung gibt es bei einem gewissen Prozentsatz Besonderheiten im neurologischen Status. (Siehe auch R. LEMKE „Untersuchung zur Fliegertauglichkeit“, Luftfahrtmedizin 1935.) Sind aber die Befunde größerer Art, finden sich neben Differenzen der Sehnenreflexe, Innervationsdifferenzen einzelner Hirnnerven, noch weitere Ausfälle z. B. positive Pyramidenzeichen, Veränderung der Pupillenreaktion, bestehen schließlich Besonderheiten im Encephalogramm (Erweiterung der Ventrikel oder Vergrößerung der Hirnfurchen*), so ist die weitere Klärung der neurologischen Diagnose unbedingt anzustreben, weil sie bedeutungsvoll ist für die Einschätzung der psychotischen Erkrankung. Wir sehen dann, daß auch bei sicher Schizophrenie-Kranken Veränderungen im neurologischen Befund vorkommen können, sie sind am häufigsten noch verursacht durch eine frühere organische Behandlung, danach muß im Zweifelsfalle immer gefragt werden. Weiter kann auch ein Schizophrener an den Folgen einer Contusio cerebri, einer parainfektösen Encephalitis, einer Multiplen Sklerose leiden oder selten an einer Lues cerebri, die Schizophrenie kann dann ganz unabhängig davon bestehen. So hatten wir vor einiger Zeit einen Kranken mit Lues cerebri in Behandlung, der früher mit einer sicheren Schizophrenie in der Klinik gelegen hatte, er hatte sich nachweislich nach dem ersten Schub infiziert. Da die Vorgeschichte von Schizophrenen oft nur mangelhaft zu erhalten und damit die Klärung der neurologischen Störung erschwert ist, kann die davon abhängige Beurteilung des seelischen Bildes, d. h. also die Klärung der Differentialdiagnose „symptomatische“ oder „genuine“ Schizophrenie erleichtert werden durch den Nachweis der oben beschriebenen psychopathologischen Symptomatologie.

Ich wollte durch diese Arbeit auf eine nach unserer Erfahrung nicht kleine Anzahl von psychotischen Kranken aufmerksam machen, die wegen ihres psychopathologischen Syndroms der Schizophrenie zugerechnet werden, aber hier doch nicht richtig eingereiht sind. Die Ent-

* Über encephalographische Befunde bei Schizophrenie siehe auch R. LEMKE — Arch. f. Psychiatrie 1935, Bd. 104.

stehung des psychotischen Bildes aus einer körperlichen Krankheit, ein vorhandener körperlicher Befund und eine besondere Psychopathologie rechtfertigen ihre Zusammenfassung unter der Bezeichnung symptomatische Schizophrenie. Wenn auch die Klärung dieser Differentialdiagnose gegenüber der Schizophrenie jetzt nicht mehr die forensische Bedeutung hat wie vor etwa 10 Jahren, als die Sterilisationsgesetze gültig waren, so halte ich die Abgrenzung weiter für erforderlich, weil die Gesamtbeurteilung dieses Krankheitsbildes sich doch von der Schizophrenie unterscheidet: Ist bei der symptomatischen Schizophrenie eine körperliche Krankheit aufgefunden, so wird sich die Therapie darauf einstellen. Bei den akuten Entzündungsvorgängen des Zentralnervensystems haben wir keine Krampfbehandlung angewandt, sondern meistens eine Hg.-Schmierkur und damit die Besserung erreicht. Bei dem chronischen Verlauf haben wir vielfach nach einer abortiven Kur mit Elektroschock ein Abklingen der psychotischen Erscheinungen gesehen. Prognostisch ist die symptomatische Schizophrenie im ganzen günstiger zu beurteilen als die genuine Schizophrenie. Natürlich ist die Prognose abhängig von der Art und Schwere der organischen Erkrankung, insbesondere des Hirnleidens. Eine Demenz kann auch aus der symptomatischen Schizophrenie entstehen, zwei Krankheitsverläufe habe ich dafür angeführt. Schließlich ist die Klärung der Diagnose auch wichtig für die Beantwortung der von den Angehörigen so oft gestellten Frage nach der erblichen Belastung; sie wird bei der schizophrenen Psychose nach Encephalitis nicht als so schwerwiegend anzusehen sein wie bei der eigentlichen Schizophrenie.

Zusammenfassung.

Es wird über Kranke mit progressiver Paralyse, Hirnarteriosklerose, Encephalitis und Hypophysentumor berichtet, die außerdem schizophrene Erscheinungen boten. Sie waren zunächst auffällig durch Ich-Veränderungen, durch Gehörstäuschungen und Willenslähmung, so daß an eine schizophrene Erkrankung gedacht werden mußte. Solche Krankengeschichten lehren eindringlich, daß die psychopathologischen Symptome, aus denen wir eine Schizophrenie diagnostizieren: Sinnesstäuschungen, Wahnbildungen, Mißtrauen und Gereiztheit oder Interesselosigkeit und Charakterveränderung auch als Äußerung organischer Hirnkrankheiten vorkommen und sich mit einer Demenz verbinden können. Die Entscheidung, ob wir hier von schizophrenieverdächtigen Psychosen bei organischer Hirnerkrankung oder von einer symptomatischen Schizophrenie sprechen wollen (ähnlich der symptomatischen Epilepsie) oder aber eine voneinander unabhängige Verbindung von Schizophrenie und organischer Hirnerkrankung annehmen, läßt sich nur im Einzelfall geben, nach weitgehender Klarlegung der Art der

körperlichen Krankheit, der Vorgeschichte, der erblichen Verhältnisse. Bei der Stellung dieser Differentialdiagnose ist aber auch die Eigenart des psychopathologischen Bildes ausschlaggebend. Es zeigt bei der symptomatischen Schizophrenie doch einige Besonderheiten gegenüber der genuinen Schizophrenie. Wahrscheinlich sind diese Krankheitsbilder, bei denen schizophrene Erscheinungen sich mit einer körperlichen Krankheit kombinieren, häufiger als wir diagnostizieren, weil der neurologische Status bei einem Kranken mit schizophrener Symptomatik oft nicht gewissenhaft genug überprüft wird. Die Beantwortung der oben gestellten Fragen ist erschwert, weil wir über die körperlichen Befunde der Schizophrenen noch nicht orientiert sind. Aber solche Krankheitsbilder, wie ich sie mitteilte, helfen uns vielleicht weiter in der Einengung und Unterscheidung der vielartigen schizophrenen und schizophrenieähnlichen Störungen.

Prof. Dr. R. LEMKE, (15b) Jena, Am Rähmen 21.