

Aus der Univ. Nervenklinik Mainz (Direktor: Prof. Dr. H. KRANZ)

Die hypochondrische Euphorie

Ein Beitrag zur Kenntnis atypischer Psychosen und ein Ausblick auf deren Bedeutung für das Problem der Endogenität

Von

N. PETRILOWITSCH

(Eingegangen am 2. Dezember 1958)

Zu den unbequemen Wahrheiten, mit denen man sich im Bemühen um die Erhellung menschlicher Psyche auseinanderzusetzen hat, gehört die Vielzahl unvereinbarer und gegensatzhaltiger Gliedzüge, die dem auf Überschaubarkeit und die Luzidität logischer Gliederung Bedachten gleich unannehmbar, wie dem lebenserfahrenen Menschenkenner als „Charakterwidersprüche“ wohl vertraut sind. Tiefe Einsicht in die Möglichkeiten paradoxen Verhaltens, die im Menschen schlummern, vermitteln uns jene Kranke, die ihrer hinfälligen, vom nahenden Tode bereits gezeichneten körperlichen Verfassung zum Trotz in eine euphorisch-gehobene Stimmung geraten. Von der Euphorie mancher Krebskranker, Rückenmarksverletzter oder an einer multiplen Sklerose leidender Menschen beeindruckt, ist man versucht zu fragen, ob diese dem Kranken auf eine nicht bis ins letzte ergründbare Weise von „linder Hand“ mitgegeben wird (SCHULTE), um ihm das Erdulden des Unabwendbaren zu erleichtern. Die Verschiebung der Stimmungslage nach der Euphorie hin stellt eine bei schweren körperlichen Leiden nicht selten zu beobachtende organische Reaktionsform dar. Man sieht sie beispielsweise bei organischen Hirnschäden, bei Encephalitiden und Hirntumoren, sodann bei septischen Prozessen, bei der Tuberkulose und auch bei Lebercirrhosen. Neben der organisch fundierten Euphorie, auf deren eigengesetzliches Auftreten der Kranke keinen Einfluß nehmen kann, wissen wir um ihrer Paradoxe wegen vergleichbare Zustände reaktiven Ursprungs, die man (im Anschluß an K. SCHNEIDER) am besten als Angst- oder Fluchtmanie bezeichnet. Hierbei handelt es sich um Zustandsbilder, die durch starken Bewegungsdrang, Redseligkeit und eine forciert wirkende Lustigkeit gekennzeichnet sind, — SCHNEIDER spricht von einem „unnatürlichen Sichhineinstiegern in Scherz und Spaßmacherei, bei dem es einem nicht wohl ist“ —, und die sich in schwierigen, oder gar als ausweglos empfundenen Lebenslagen einzustellen pflegen. Im Unterschied zur cyclothymen Manie wird die gehobene Stimmung vom Betroffenen selbst als unheimlich empfunden

und meistens von dem Bedürfnis begleitet, aus dieser möglichst schnell herauszugelangen. Die Parallele zum sogenannten Galgenhumor drängt sich auf: das Subjekt sucht die unglückliche Situation, in die es geraten, durch Lärm und Betriebsamkeit, durch expansives Verhalten zu übertönen und sich — gleichsam durch die Flucht nach vorne — von dem peinigenden Druck zu befreien. Berührungspunkte werden erkennbar zu Kompensationspraktiken, die immer dann in mannigfaltiger Form Gestalt gewinnen, wenn sich der Mensch scheut, sich mit unangenehmen Tatbeständen „radikal“ zu konfrontieren, also bis zu den Wurzeln der offenen Probleme vorzudringen. Die Übergänge von psychopathologischen Phänomenen zu normalpsychologischen sind hier fließend. PLESSNER verdanken wir die Einsicht, daß das Lachen schon normalerweise eine der Weisen darstellen kann, in denen wir auf „Grenzlagen“, auf Lagen, bei denen wir um eine angemessene, sachgerechte Antwort verlegen sind, reagieren. Wir haben anhand entsprechender Beispiele darauf aufmerksam gemacht, daß Situationen (vor allem der als intensiv unangenehm empfundenen) Überraschung und Überwältigung ein „eruptives“ Lachen geradezu zwangsläufig auslösen können.

Eine bedeutsame Rolle spielt das Nebeneinander heterogener Symptomatik — als die Grundlage der sogenannten Mischzustände — im Rahmen der Cyclothymie. Vor allem KRAEPELIN sowie WEYGANDT verdanken wir subtile deskriptive Abgrenzungen der Mischzustände, die (nach WEYGANDT) immerhin etwa 20% aller Cyclothymien ausmachen sollen. Die unproduktive Manie ist durch das Zusammenkommen von gehobener Stimmung, Bewegungsdrang und gedanklicher Hemmung ausgezeichnet, der manische Stupor durch das von Heiterkeit mit gedanklicher und psychomotorischer Hemmung. Eine „verschämte“ Manie hat STRANSKY beschrieben, von „relativen“ Manien bei plötzlich auftretenden Stimmungsumschlägen spricht STÖSSEL. In der agitierten Depression wird die depressive Verstimmung vielfach nicht nur von psychomotorischer Erregung, sondern auch von Ideenflucht begleitet.

Einen Übergang zu dem Psychosetypus, den wir eingehend besprechen werden, stellt die von J. LANGE beschriebene „anregbare Depression“ dar. Unter dem Einfluß äußerer Anlässe (Gespräche und dergleichen) werden die depressiv verstimmten Kranken lebhaft und psychomotorisch erregt, wobei hypochondrische Klagen dennoch im Vordergrund des Zustandsbildes verbleiben. Ausdrücklich eine „hypomanische Hypochondrie“ hat H. SCHWARZ beschrieben. Meist im Anschluß an initiale depressive Symptomatik kommt es in den von ihm beschriebenen Fällen zur Entwicklung eines ausgesprochen hypomanischen Zustandes mit gehobener Stimmung, sowie gedanklicher und psychomotorischer Erregung. Die rastlose Aktivität verbindet sich merkwürdigerweise mit

hartnäckig festgehaltenen hypochondrischen Ideen, die allerdings keine Generalisation im Sinne der Ausbreitung auf alle Körperorgane erfahren, sondern umschrieben bleiben, weshalb SCHWARZ den Terminus „circumscripte Hypochondrie“ zur Kennzeichnung dieser Bilder verwendet.

Als gesonderte Psychoseform wurde eine „hypochondrische Erregung“ an der Kleistschen Klinik diagnostiziert. Der von der Kleistschen Schule vertretenen Ansicht gemäß, im Rahmen des Manisch-Depressiven gebe es nicht nur bipolar verlaufende, sondern auch ausschließlich monopolare Psychosen, frei von jeder Disposition, nach dem entgegengesetzten Pole umzuschlagen, wird die hypochondrische Erregung in die Gruppe der „einphasischen einfachen Psychosen“ eingereiht. LEONHARD führt die „hypochondrische Euphorie“, die sich von der hypochondrischen Erregung dadurch unterscheidet, daß nicht die Erregung, sondern die gehobene Stimmung das Bild beherrscht, in der Gruppe der „reinen Euphorien“ auf. NEELE hat an der Kleistschen Klinik in den Jahren 1938—1942 in 9 Fällen hypochondrische Zustandsbilder nachgewiesen, die Züge von Erregtheit und Ideenflucht erkennen ließen.

Wir haben insgesamt 7 Kranke beobachtet, die das Bild einer hypochondrischen Euphorie boten, die wir allerdings nicht für eine selbständige Psychoseform, sondern, wie noch zu begründen sein wird, für eine atypische Gestaltung der Cyclothymie halten. Hinsichtlich der Beziehungen der hypochondrischen Euphorie zur hypochondrischen Erregung legen unsere Fälle die Auffassung nahe, daß es sich hier nicht um zwei gesonderte Typen handelt, sondern um Ausprägungsweisen des gleichen Psychosetyps. Bei manchen unserer Kranken lassen sich sowohl Episoden beobachten, in denen die euphorische Stimmung dominiert, als auch solche, bei denen die psychomotorische und sprachliche Erregung im Vordergrund stehen. Unsere Fälle lassen sich zudem in eine Übergangsreihe bringen, an deren Polen die „hypochondrische Euphorie“ bzw. die „hypochondrische Erregung“ in annähernd reiner Gestaltung stehen, während die „mittlere Lage“ von Fällen gebildet wird, bei denen eine sichere Zuordnung infolge etwa gleichstarker Vertretung beider Syndrome nicht getroffen werden kann.

Ein repräsentatives Beispiel für den Typus der hypochondrischen Euphorie bietet der am 10.7.1916 geborene Proband H. M. Die ersten Beschwerden stellten sich bei dem Probanden etwa 2 Jahre vor der am 21. 2. 1955 stattgefundenen klinischen Aufnahme ein. Nach dem Bericht des Kranken bezogen sich diese auf sehr verschiedene Körperorgane und nahmen im Laufe der Zeit trotz gelegentlicher Schwankungen des Befindens an Intensität zu. Besonders schlimm geworden sei es im Herbst 1954. Da sich damals eine Schlafstörung bemerkbar machte, die Stimmung labil und zeitweise gedrückt war, erfolgte eine stationäre Behandlung im Sanatorium H. in der Zeit vom 21.10.1954 bis 21.1.1955. In der Beobachtungszeit

standen hypochondrische Beschwerden im Vordergrund des Zustandsbildes und Pat. erschien teils leicht depressiv, teils erregt und innerlich getrieben, so daß man eine hypochondrische Depression annahm.

Bei der Aufnahme in die hiesige Klinik klagte M. in beredter Weise über zahlreiche Beschwerden: im Kopf habe er ein benommenes Gefühl, die Speichelkretion sei abnorm stark, der Speichel „ziehe nach unten“. Brennende Schmerzen habe er in der Brust, in den Schultern und im Rücken, sowie in der Nabelgegend. In den Adern habe er Wallungen, der ganze Körper zittere, neuerdings verspüre er auch einen „Darmstop“. Der ganze Kerl tauge nichts mehr. Wiewohl Pat. über körperliche Beschwerden, die sich praktisch auf sämtliche Organe erstreckten, unentwegt Klage führte, fanden sich keinerlei Anzeichen für das Vorliegen einer depressiven Verstimmung.

M. sprach schnell und lebhaft, ging auf alle Einzelheiten seiner Beschwerden ein, zeigte dabei ein recht lebhaftes Mienens- und Gebärdenspiel. Die Stimmung war zeitweilig stark gehoben, stets zeigte sich Pat. zu Spaß und Scherz aufgelegt und war sogar dabei, andere Kranke zu ermuntern. Bisweilen ließ sich andeutungsweise eine Ideenflucht nachweisen, M. wechselte den Gesprächsstoff schnell und so unvermittelt, daß es nicht gelang, ihn auf ein Thema zu fixieren. Nur hin und wieder, wenn er sich in nachdrückliches Klagen über seine Beschwerden hineinsteigerte, wirkte M. für kurze Zeit etwas gedrückt, es kamen ihm dabei auch mal Tränen in die Augen. Sehr schnell aber pflegte hierauf der Umschlag in ein maniformes Verhalten zu folgen. Ausgesprochen gerne erging sich M. in Hänseleien und leicht läppisch wirkenden Witzen. Er entfaltete auch insofern eine beträchtliche Aktivität, als er fast täglich kleine Aperçus, Erzählungen und Gedichte verfaßte, die er jeweils morgens dem Stationsarzt voller Stolz vorzulegen pflegte. Typisch für das Nebeneinander von hypochondrischer Selbstbespiegelung und manisch gehobener Stimmung ist es, daß M. ohne Aufforderung einen ausführlich gehaltenen Krankheitsbericht unterbreitete, diesen aber als „mein seligstes Erlebnis“ betitelte. In seinem Lebenslauf heißt es u.a. „ich wurde als Sohn des Schmiedebestarbeiters . . . geboren“. Die humorigen bzw. pseudo-humorigen Kurzgeschichten des Pat. tragen Titel wie „das motorisierte Zeitalter“, „Fortsetzung des sensationellen Geschehens in Germany“, „humoristische Schlagzeilen“, „ein seliger Traum“. Über seine Versuche, seine Leiden selbst zu kurieren, ergeht sich M. in folgender Weise: „Werter Herr Stationsarzt, die vergangene Nacht bin ich zu früh aus dem Schlaf erwacht. Zur Förderung meiner kostbaren Genesungszeit habe ich mich verpflichtet gefühlt, die anhängliche Drüse herzlich mit selbstbesorgten gekapselten Weizenkeimen zu ölen“. (Ein Arzt äußerte einmal dem Pat. gegenüber, bei seiner Krankheit könne die Anhangsdrüse mit im Spiele sein). Manche Einsendungen enthielten Kommentare zum Stationsbetrieb, so beispielsweise die folgende: „Nachtausgabe! Die nette Rotkreuzschwester verfügt über keine Taschenlampe. Diese Angelegenheit verstößt gegen die Unfallvorschriften und zeigt einen Mangel an verwaltungstechnischer Einsicht. — Selig sind die da Leid tragen, denn sie sollen getröstet werden“.

Es gelang nicht, den Pat. mit Erfolg auf die Diskrepanz festzulegen, die zwischen seiner Stimmung und den unentwegt vorgetragenen Beschwerden bestand. Auf solche Hinweise pflegte M. sofort und in unverändert lebhafter Weise seine zahllosen Beschwerden aufzuzählen, wobei er bemerkte, daß er im übrigen seit jeher ein humorvoller Mensch mit Sinn für „harmlosen Spaß“ gewesen sei. Ganz flüchtig zeigte M. einmal eine paranoische Haltung, indem er äußerte, auf der Station werde man genau beobachtet, man führe Buch über die Geschehnisse. M. ging auf diese Andeutungen nicht näher ein, nannte keine Personen und das Ganze spielte für ihn schon nach kurzer Zeit offenkundig keine Rolle mehr. Ähnliche Gedankengänge

tauchten jedenfalls nicht wieder auf. Symptome, die die Annahme einer Schizophrenie rechtfertigen würden, fanden sich nicht, insbesondere ließen sich Halluzinationen, Beeinträchtigungs- und Beeinflussungserlebnisse nicht nachweisen. Als Persönlichkeit wirkte M. gut erhalten, in seinen Äußerungen natürlich und warmherzig.

Die Frau des M. bestätigte, daß Pat. früher stets munter und vergnügt gewesen sei, gerne Witze gemacht und sich in verschiedenen Vereinen betätigt habe. Wenn auch seine lebhafte Art im Vergleich zu früher jetzt stark zugenommen habe, sei eine grundsätzliche Änderung seines Wesens nicht festzustellen. Eine erbliche Belastung ließ sich nach keiner Richtung hin eruieren. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergab keine Besonderheiten. Nach einer Megaphenkur, die ohne Erfolg blieb, wurde M. mit Elektroschock behandelt. Die Serie von 8 Schocks hat zu einem deutlichen Rückgang der maniformen Stimmung und der Intensität der hypochondrischen Symptomatik geführt. Wenige Wochen nach der am 2.6.1955 erfolgten Entlassung klangen die Beschwerden völlig ab. M. ist bis jetzt gesund geblieben, bei einem Hausbesuch im Juni 1958 war er psychisch unauffällig und erweckte wie vor Ausbruch der Psychose einen hypomanischen Eindruck.

Zum Vergleich wollen wir sogleich die Besprechung der Krankheitsgeschichte einer am 4. 4. 1927 geborenen Probandin T. E. anschließen, die als ein typisches Beispiel der hypochondrischen Erregung im Sinne von KLEIST gelten darf.

Die Probandin kam am 22.9.1952 erstmalig in klinische Behandlung, nachdem sie schon Wochen vorher über mannigfaltige körperliche Beschwerden geklagt hatte. Sie äußerte, unvermittelt auftretende Angst- und Beklemmungszustände zu haben, war sehr aufgereggt und meinte gelegentlich, sterben zu müssen. Der Appetit ließ nach, der Schlaf wurde unruhig. Ihren Angehörigen gegenüber klagte E. unter anderem darüber, daß das Blut aus den Augen und Ohren herausfließe, während sie im Kopf keines mehr habe. Das Blut sei „blau und grün“, im Leib sei etwas geplatzt. Seit 2 Jahren schon trage sie ein Kind im Leibe, das nun endlich heraus müsse.

Die Mutter der Probandin berichtete, daß E. die Volksschule 6 Jahre lang mit „geringem Erfolg“ besucht habe und die beiden letzten Jahre in der Hilfsschule zu bringen mußte. Nach der Schulentlassung habe sie in einer Fabrik Tüten geklebt, danach verschiedentlich Stellungen in Haushaltungen angenommen. Die Stellen habe sie sehr häufig gewechselt, denn man habe es mit ihr nirgendwo lange ausgehalten. Seit jeher sei E. ein ungemein eigenwilliger, streitsüchtiger und unbeherrschter Mensch. Vorwürfe und Widerrede habe sie nie vertragen. Nicht nur als Kind, sondern auch im Erwachsenenalter pflegte sie laut zu schreien und zu trampeln, wenn etwas nicht nach ihrem Willen geschah. In fremden Haushalten habe sie sich nicht lange halten können, weil sie es nicht verstehe, sich an andere anzupassen und störrisch versuche, ihren eigenen Willen durchzusetzen. Im allgemeinen sei sie lebenslustig, habe viele Bekannte und betätige sich besonders eifrig auf dem Tanzboden. Zeitweilig sei sie aber auch schwermüdig gewesen, habe ohne rechten Grund stundenlang in einer Ecke herumgesessen und vor sich hingestarrt. Die Verstimmungszustände pflegten hin und wieder tagelang anzuhalten. Während der Luftangriffe im Kriege sei sie besonders erregt gewesen und habe tagelang geweint. Die Mutter der Probandin bezeichnet sich selbst als religiös, still, etwas schwernehmend und pessimistisch. Der Vater soll eine Frohnatur sein, dabei aber auch zu Jähzorn und Streitsucht neigen.

Während der klinischen Beobachtung standen hypochondrische Beschwerden im Vordergrund. E. klagte über ein Ziehen und Drücken an verschiedenen Körper-

teilen, so am Rücken, im Leib und an den Gliedmaßen. In den Augen brenne es, Luft zum Atmen bekomme sie nicht, das Herz klopfe wild, die Kehle sei wie zuschnürt.

Auffällig war es, daß E. keinerlei Anzeichen einer Hemmungssymptomatik bot, sondern ihre Beschwerden sehr lebendig und wortreich vortrug. Depressiv verstimmt wirkte sie während der fast 2 monatigen Behandlung nur an einigen wenigen Tagen. Hin und wieder geriet sie in schwere Erregungszustände, wobei sie schreiend und schimpfend über ihre Beschwerden klagte und darüber, daß man ihr nicht helfen wolle. Die sprachliche Erregung steigerte sich mitunter bis zur angedeuteten Inkohärenz, der aber eine Ideenflucht nicht zugrunde lag, die Äußerungen vielmehr immer um die selben Inhalte — die mannigfältigen körperlichen Beschwerden — kreisten. In solche durch starke Erregung und durch gereizt-querulatorisches Verhalten ausgezeichnete Zustände verfiel Pat. nur zeitweise, während die Stimmung zwischendurch ausgesprochen heiter, meist sogar euphorisch gehoben wirkte. E. war lebhaft, lachte viel und klagte dennoch, ohne von der Widersprüchlichkeit ihres Verhaltens Notiz zu nehmen, unablässig über ihre körperlichen Beschwerden. Sie war in ständiger Bewegung, lief im Krankensaal umher, sprach andere Kranke an, allerdings ohne sich länger bei diesen aufzuhalten und engeren Kontakt zu suchen. Die Psychomotorik war in ihrem Ablauf völlig natürlich und leichtflüssig. Ganz flüchtig traten paranoische Inhalte hervor, Pat. äußerte einmal, man trachte ihr nach dem Leben, man habe sie vergiftet, ohne ihren Verdacht zu konkretisieren, oder bei diesem länger zu verweilen.

In dieser Verfassung, dem Beieinander von hypochondrischer Klagsamkeit und euphorischer Stimmungslage pflegte sie tagelang zu verharren, um dann, meist für kürzere Zeit, in Erregungszustände zu geraten, in denen die Euphorie von erheblicher motorischer Unruhe und manchmal, aber nicht obligatorisch, von gereizt-streitsüchtigem Verhalten abgelöst wurde.

Die psychisch-experimentelle Prüfung ergab das Vorliegen einer Debilität. Pat. vermochte beispielsweise selbst Rechenaufgaben im Rahmen des kleinen Einmaleins nicht sicher zu lösen, erfaßte den Sinn auch einfacher Sprichwörter nur unvollkommen und zeigte ein mangelhaftes Urteils- und Kombinationsvermögen. Bei der körperlich-neurologischen Untersuchung ergaben sich keine Besonderheiten. Zu erwähnen ist der hagere, asthenische Habitus der Probandin.

Nach der Entlassung aus der klinischen Behandlung blieb Pat. bis Anfang 1956 unauffällig und fand wiederum Beschäftigung in einem Haushalt. Die triebhafte und sexuell hältlose Probandin gebar in der Zwischenzeit 2 uneheliche Kinder, die von verschiedenen Männern stammten. Die Einweisung zur nochmaligen stationären Behandlung wurde erforderlich, weil Pat. aus belanglosem Anlaß in einen langanhaltenden Erregungszustand geriet und ihre Mutter ernstlich bedrohte. In der Folgezeit, während einer Beobachtungszeit von etwa 8 Wochen, bot sie keinerlei Symptome einer Psychose. Ihr Verhalten war weitgehend bestimmt durch die intellektuelle Minderbegabung und, nicht ohne Zusammenhang hiermit, durch die vorgegebenen Eigentümlichkeiten ihres Temperamentes. In der Klinik zeigte sich E. gut zugewandt und kontaktbereit, sie redete viel daher und munter drauf los, ohne viel zu überlegen. Schon bei geringfügigen Vorfällen wurde sie heftig, beschimpfte das Personal maßlos und drohte in ihrer Wut einmal, die Fensterscheiben einzuschlagen. Von der 1952 durchgemachten Psychose unterschied sich das Verhalten eindeutig dadurch, daß man die damals unentwegt und nachdrücklich vorgetragenen hypochondrischen Beschwerden völlig vermißte und ebenso die endogen bestimmte, lang anhaltende hochgradige, teils maniform-euphorische, teils mehr querulatorisch gereizte Verstimmung. Die Erregungszustände waren hinsichtlich der Dauer und des Intensitätsgrades mit den früheren nicht vergleichbar, und

erschienen diesmal, wenn man die überschießende Reagibilität der E. auf belanglose Anlässe in Rechnung stellt, wohl motiviert. Gleiches gilt für die späteren, 1957 aufgetretenen, reaktiv ausgelösten und kurzfristigen Erregungszustände, denen nach Artung und Schwere ein Psychosecharakter nicht zukam.

Der Raummangel gestattet es nicht, über die restlichen 5 Fälle einzeln zu berichten. Dies ist aber auch insofern entbehrlich, als die Kranken das gleiche „Achsensyndrom“ zeigen, das ausgezeichnet ist durch das gleichzeitige Auftreten eines schweren hypochondrischen Bildes und einer ins Maniforme gehenden Stimmungslage. Unablässig vorgetragene hypochondrische Klagen, die sich auf alle möglichen Körperorgane beziehen, vermißt man in keinem Falle. Hierbei bestätigt sich die Beobachtung von LEONHARD, daß die Kranken ihre Mißempfindungen meist in ungewöhnlichen Redewendungen zu veranschaulichen suchen. Die Kranken berichten beispielsweise: die Augenbrauen sind entzündet, beim Schlucken geht ein Strom bis in die Zehenspitzen, die Kopfhaut brennt, das Blut wird „herausgepreßt“, die Rückenhaut spannt, auf der Haut rieselt es, im Darm macht sich ein Dehnungsgefühl bemerkbar. Eine mit den Fällen von SCHWARZ vergleichbare isolierte Hypochondrie sahen wir nur bei einer Probandin. Bei dieser stellte sich die Befürchtung ein, im Kopf säße ein „Knuppel“. Die debile Kranke meinte, vielleicht sei es der Blinddarm, der nach oben, in den Kopf wandere. Aber auch in diesem Falle kam es schon nach kurzer Zeit zu einer Ausbreitung der hypochondrischen Mißempfindungen. Die Pat. klagte später unter anderem über trockene Zunge, Hitzegefühl im Körper, Stechen im Rücken, Schwäche in den Händen.

Alle Kranken weisen einen starken Rededrang auf und eine beträchtliche psychomotorische Enthemmung. Trotz der gehobenen Stimmung vermißt man aber eine jede Bezogenheit auf die Zukunft, die Kranken schmieden keine hochtrabenden Pläne, ein erhöhtes Selbstbewußtsein und Eigenmachtsgefühl (LERSCH) sind nicht nachweisbar, Größenideen fehlen völlig. Ansätze zu einer echten Ideenflucht fanden wir nur bei dem Probanden H. M. Sonst ist es für die Kranken charakteristisch, daß ihr Rededrang eine ausgesprochen perseveratorische Note im Sinne des einfallsarmen Festhaltens einiger weniger Gedankengänge aufweist.

Eine erbliche Belastung mit Psychosen ließ sich in keinem unserer Fälle eruieren. Unter den 8 Fällen von LEONHARD fand sich nur in einem Falle eine Belastung; die Schwester eines Probanden hatte eine endogene depressive Phase durchgemacht. Unter den 9 nur summarisch aufgeführten Fällen von NEELE lag gleichfalls nur in einem Fall eine Belastung mit nicht näher bezeichneter endogener Psychose vor. Bei 2 (von 5) Fällen circumscripter Hypochondrie fand SCHWARZ in den Kollateralen psychoseverdächtige Suicidie.

Mit Hinblick darauf, daß alle 5 von SCHWARZ beobachteten Fälle von hypochondrischer Euphorie Frauen waren, ist es interessant, daß in unserem Material einem männlichen Probanden sechs weibliche gegenüberstehen. Im Krankengut von NEELE überwiegt das weibliche Geschlecht allerdings weniger deutlich, auf

5 weibliche kommen 4 männliche Probanden. Bei den Leonhardschen Fällen liegt dieses Verhältnis bei 5:3. Das Lebensalter scheint insbesondere hinsichtlich möglicher Einflüsse des Klimakteriums nicht gleichgültig zu sein, zumal SCHWARZ eine starke Bevorzugung des Praeseniuns feststellen konnte. In 4 von 5 Fällen betrug das Alter über 50 Jahre. Das durchschnittliche Alter der weiblichen Probanden lag bei den Leonhardschen Fällen bei 46 Jahren. 2 unserer Kranken standen beim Ausbruch der Psychose im 56. Lebensjahr und befanden sich seit Jahren im Klimakterium. Eine Probandin war 47 Jahre alt, bei 3 lag das Erkrankungsalter zwischen dem 28. und 30. Lebensjahr, der männliche Proband war 37 Jahre alt.

Die Bestimmung des Körperbaotypes ergab keine sicher signifikanten Differenzen; wir fanden drei Pykniker, einen leptosomen, einen ausgesprochen asthenischen und je einen athletischen und dysplastischen Probanden¹.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten hinsichtlich der Abgrenzung der hypochondrischen Euphorie gegen einen schizophrenen Prozeß stellten sich bei keinem unserer Probanden ein. Symptome ersten Ranges im Sinne von K. SCHNEIDER fanden sich nicht. Die Kranken wirkten in ihrer Persönlichkeit wohl erhalten, Zeichen einer emotionalen Abstumpfung ließen sich nicht nachweisen. Auch in den psychomotorischen Erregungszuständen blieb der Bewegungsablauf stets ein natürlicher. Die Qualitäten des Eckigen und Unvermittelt-Abrupten vermißte man ebenso wie jene einförmig-primitiven Formen der Bewegungsunruhe, die an ein katatonen Geschehen hätten denken lassen können. Während sich somit die hypochondrische Euphorie von den Schizophrenien gut unterscheiden läßt, ist die Differenzierung gegenüber gewissen, durchaus als ähnlich imponierenden Zustandsbildern im Rahmen hirnatrofischer Prozesse schwieriger. Bei diesen kann sich in seltenen Fällen ein Syndrom einstellen, das gekennzeichnet ist durch das simultane Auftreten von hypochondrischer Klagsamkeit und gehobener Stimmung.

Ein hierfür typisches Beispiel bietet der (am 30.4.1921 geborene) Proband F.M. Bei der am 21. 6. 55 erfolgten Aufnahme in die Klinik klagte der Proband über zahlreiche körperliche Mißempfindungen, die er etwa in der folgenden Weise schilderte: „das Herz schiebt sich in die Lunge, das Blut arbeitet nicht richtig in die Vene, der Unterkörper ist schwer, die Beine sind Lahm, in der Brust hebt sich etwas hoch, beim Laufen kommt der Kopf durcheinander“. Bemerkenswert war es, daß die Beschwerden mit lebhafter Mimik und unentwegt zur Schau getragenem Lächeln vorgebracht wurden. Der selbstzufriedene, still-heitere Gesichtsausdruck des

¹ *Anmerkung der Schriftleitung.* Die Tatsache, daß hier fast die Hälfte der Fälle Pykniker sind, wäre an einem großen Material nachzuprüfen. Würde sich dieser erhöhte Pyknikerprozentsatz auch hier bestätigen, so würde diese Gruppe konstitutionell in die Nähe des Typus der „Paraphrenia expansiva“ rücken, bei der der pyknisch cyclothyme Teileinschlag ebenfalls deutlich ist. — Die Annahme des Verf. bezüglich der cyclothymen Verwandtschaft seiner Fälle würde dadurch erhärtet. — Vgl. zum Thema des Verf., auch: E. KRETSCHMER, Wahnbildung und manisch-depressiver Symptomkomplex (Allg. Ztschr. f. Psychiatr. 71, 1914), wo speziell Fall 2 in einer sehr plastischen, reich ausgebauten Weise die „hypochondrische Euphorie“ bei einer alten Pyknica illustriert.

Kranken stand im Kontrast zu den zahlreichen körperlichen Beschwerden. Eine irgendwie geartete Aktivität entfaltete M. nicht; er lag Tag und Nacht untätig zu Bett, kümmerte sich kaum um jemanden. Wenn er einen Arzt erblickte, fing er an, immer freundlich und zufrieden lächelnd, über seine Beschwerden zu berichten. Hin und wieder äußerte er, daß man seine Krankheit zu wenig beachte, wohl weil man ihm nicht recht helfen könne. Aber auch hier entsprach den Worten der Ausdruck des Kranken in keiner Weise. Das behagliche Lächeln wisch nie aus dem Gesicht.

Bei der körperlichen Untersuchung fiel der dysplastische Habitus des M. auf. Es fanden sich lange, disproportioniert wirkende Gliedmaßen, eine Augenbrauenbrücke, Lanugopersistenz, etwas feminine Fettpolsterverteilung in der Hüftgegend. Das dysplastische Mittelgesicht verlieh dem Pat. einen eigentümlich „gnomenhaften“ Ausdruck. Von einer vegetativen Labilität mit Hyperhidrosis, Acrocyanose, rotem Dermagraphismus abgesehen, waren die übrigen körperlichen Befunde o. B. Die Intelligenzprüfung ergab keine größeren Ausfälle. Das allgemeine Lebens- und Schulwissen erwiesen sich als in etwa der Vorbildung angemessen.

Die Rö-Aufnahmen des Schädels ergaben einen dünnwandigen, asymmetrischen Schädel, wobei die geringere Ausbildung der li. Schädelkalotte, das starke Ansteigen des kleinen Keilbeinflügels und des Felsenbeins nach lateral für eine linksseitige Hirnatrophie sprach. Typischerweise war die li. Stirnhöhle stark ausgebildet, während die re. fast völlig fehlte. Der Verdacht auf einen frühkindlichen Hirnschaden wurde durch den encephalographischen Befund gestützt. Man fand eine allgemeine mittelgradige Erweiterung der Seitenventrikel, die Spitze des li. Schmetterlingsflügels stand höher als die des re. Der 3. Ventrikel war auffallend plump, die Oberflächenbezeichnung sehr grob, wobei einzelne Luftschnüren parietal Bleistiftdicke erreichten.

Bei einer Nachuntersuchung am 14. 6. 1958 bot M. weitgehend das gleiche Bild wie drei Jahre davor. Er äußert auf Befragen zahllose körperliche Beschwerden, die in genau der gleichen Weise vorgetragen wurden wie während der stationären Beobachtungszeit. An dem Ausdrucksverhalten, dem vertrauten, passiv-zufriedenen Lächeln, das allem Wechsel der Situationen zum Trotz stets beibehalten wurde, änderte sich gleichfalls nichts. M. lebte still vergnügt in den Tag hinein. Irgendeiner Beschäftigung ging der Proband nicht nach, er saß daheim herum, lag viel, ging hin und wieder etwas spazieren. Seine frühere Tätigkeit als Postschaffner hat er nach der Krankenhausentlassung nicht wieder aufgenommen.

Ein ähnliches Bild bot unsere 68jährige Probandin A. M. Die seit Jahren deutlich cerebralsklerotisch veränderte, als Persönlichkeit nivellierte Kranke machte eine, sich über mehrere Monate hinziehende symptom- und inhaltsarme depressive Verstimmung durch; Pat. war mutlos, etwas gedrückt, schlief schlecht, kam ihren Arbeiten im Haushalt nicht mehr recht nach. Ganz allmählich stellten sich sodann zahlreiche hypochondrische Beschwerden ein, während sich die depressive Stimmung zur selben Zeit besserte und schließlich von einer still-heiteren, gehobenen Stimmungslage abgelöst wurde. Ungeachtet des Umschwunges der Stimmungslage blieben die hypochondrischen Klagen lange Zeit in unverringelter Intensität bestehen.

Anhaltspunkte für die klinische Unterscheidung des bei Hirnatrophien vorkommenden hypochondrisch-euphorischen Syndroms von der psychotischen Form ergeben sich aus der Tatsache, daß die Kranken die Be- schwingtheit, die maniforme Lebendigkeit und Agilität unserer psychotischen Probanden vermissen lassen. Die psychomotorische Angeregtheit fehlt entweder völlig, oder zeigt zumindest nicht den gleichen Reichtum

an Expressivbewegungen. Die Motorik ist nicht in gleicher Weise „flott“ und geschmeidig. In ihren Äußerungen erscheinen die Kranken stereotyper, stumpf, an Antrieb und Initiative vergleichsweise verarmt. Auch bei gehobener Stimmung erwecken sie den Eindruck „leeren Wohlbehagens“ (BRONISCH) und lassen in ihrer eintönig-leblosen, Intensitätschwankungen kaum unterworfenen Symptomatik ein deutlich „organisches“ Gepräge erkennen.

In bezug auf die klassifikatorische Einordnung der hypochondrischen Euphorie erscheint es uns, wie eingangs angedeutet, problematisch, dieser den Rang einer selbständigen einpoligen Psychose zuzuerkennen. Jedenfalls scheinen mehrere Momente dafür zu sprechen, daß es sich hier lediglich um eine bestimmt charakterisierte atypische Gestaltung der Cyclothymie handelt. In nicht weniger als 5 Fällen wurde die hypochondrische Euphorie von einer ausgesprochen depressiven Symptomatik eingeleitet. In einem Zeitraum von wenigen Tagen bis zu mehreren Wochen litten die Kranken unter allen Anzeichen einer Verschiebung der Stimmungslage nach dem depressiven Pole hin, die von Fall zu Fall verschieden stark war und auch bei den einzelnen Probanden im Längsschnitt erhebliche Schwankungen zeigte. Teils unvermittelt, teils in jähem Umschwung erfolgte im weiteren Verlauf der Übergang zur hypochondrischen Euphorie. Bei einer der Kranken ging der hypochondrischen Euphorie ein ängstlich-depressives Stadium voraus und in der Übergangszeit pflegten sich morgens Angsterscheinungen einzustellen, die meist im Laufe des Vormittags von der euphorischen Stimmung abgelöst wurden. Nachdem die Phase abgeklungen war, zeigte die Probandin eine auffällige, präpsychotisch nicht bekannte Labilität der Stimmungslage in Richtung des Depressiven. Sie litt unter Schlaflosigkeit, weinte im Gegensatz zu früher schon beim geringsten Anlaß und klagte über Angst- und Beklemmungszustände. In einem anderen Falle wurde bereits vor der hypochondrisch-euphorischen Phase eine offenbar endogene depressive Phase durchgemacht. In diesem Zusammenhang ist es erwähnenswert, daß auch 3 Probandinnen von SCHWARZ in ihrem Leben einen zeitlich abgrenzbaren depressiven Zustand durchgemacht hatten.

Diese Beobachtungen legen es uns nahe, zurückhaltend zu sein mit der Annahme selbständiger Psychosen, denn gerade die Cyclothymie verfügt aller Erfahrung nach über ein weites Spektrum an Variationsmöglichkeiten und Spielarten der Symptomatik. Zweifellos ist es das Verdienst der deskriptiv vorgehenden Systematiker von WERNICKE bis KLEIST und LEONHARD durch subtile Beschreibung von Sonderformen sehr vieles beigetragen zu haben, sowohl zur Bereicherung der psychiatrischen Systematik als auch dazu, daß — selbst noch in einer der klinischen Forschung nicht günstig gesonnenen Zeit, in der viele

nicht müde werden, die psychoanalytischen Schablonen auch auf die endogenen Psychosen gedankenlos anzuwenden und man hierüber, wie LEONHARD bitter moniert, Gefahr läuft, die gesamte Kenntnis psychiatrischer Krankheitsbilder mit all ihrer Mannigfaltigkeit zu verlieren —, das Interesse an den offenen Fragen der nosologischen Ordnung nicht erloschen ist. Wir gehen dabei mit WEITBRECHT in der Überzeugung konform, „daß die spezielle psychiatrische Krankheitslehre erst in den Anfängen steckt und daß ein Infragestellen mancher scheinbar gesicherter Erkenntnisse sich nicht als ein psychopathologisches Glasperlenspiel erweisen wird“ und glauben, bestimmte von epochalen Einflüssen geförderte und nahegelegte Entwicklungsrichtungen zu erkennen. Innerhalb der Psycho-Analyse beispielsweise zeigen sich unter anderem Ansätze — wir denken in erster Linie an die Franklsche Logotherapie — sie fortzuentwickeln, durch Einfügung neuer fruchtbare Aspekte zu „rehumanisieren“ und die Demütigung des Menschen in der Psychoanalyse Freudscher Provenienz zu überwinden. Hinsichtlich der klinisch-psychiatrischen Systematik sind die Bemühungen zur Selbstkorrektur deskriptiver Abgrenzungen nicht zur Ruhe gekommen, — erinnert sei in diesem Zusammenhang etwa an die Untersuchungen von KLEIST u. RITTER über die Syndrome der „ratlosen Bedeutungspsychose“ und der „ängstlichen Beziehungspsychose“. Bei der Bearbeitung von Einzelfragen psychiatrischer Symptomatik wird man sich stets dessen bewußt bleiben müssen, daß die Wirklichkeit allzuleicht vergewaltigt wird, wenn man atypische Sondergestaltungen und Zustandsbilder, die sich leicht kombinieren und ablösen, als autochthone Erkrankungen behandelt. Wir sehen uns durch eine zum Zeitpunkt der Niederschrift dieser Arbeit in der gleichen Zeitschrift erschienene Publikation von ELSÄSSER u. COLMANT hierüber hinaus in unserer Ansicht bestätigt, daß man mehr als bisher geschehen, nach den *Bedingungen*, beispielsweise konstitutionell-persönlichkeitsabhängigen und (in weitestem Sinne) psychoreaktiven, Fragen muß, die für das Aufkommen atypischer Ausformungen verantwortlich sein können. Hierdurch wird die Gefahr gebannt, autochthone Psychosen allein durch Beschreibung von Zustandsbildern aufzustellen und Hoffnung gewonnen, unser Wissen um den — inneren — Aufbau atypischer Psychosen zu erweitern. Wir halten es für wahrscheinlich, daß sich auf diese Weise gerade auf dem Boden der Kleist-Leonhardschen Arbeiten verbindliche Antworten finden lassen könnten, vor allem im Hinblick auf die Gliederung des weiten „Niemandslandes“ zwischen den beiden großen Psychosekreisen.

Für die besondere Gestaltung, die die Cyclothymie in der Sonderform der hypochondrischen Euphorie zeigt, dürften unseres Erachtens persönlichkeitsabhängige Momente mitverantwortlich sein. Im Falle unserer Probandin T. E. und einer weiteren debilen Kranken liegt es nahe, daran

zu denken, daß die intellektuelle Minderbegabung mit im Spiele sein dürfte. Wir wissen um sehr allgemeine Zusammenhänge zwischen Debilität und Lachbereitschaft, so z. B. um die Tatsache, daß, wie wir an anderem Orte formuliert haben, bei intellektueller Minderbegabung das *einfältige Lachen* in typischer Weise für die *vielfältige* Wirklichkeit zu stehen pflegt. Eine engere Beziehung läßt sich daraus herleiten, daß insbesondere im Falle der geschilderten Probandin T. E. die Erregungszustände jenen elementaren Charakter des motorischen Dranges erkennen ließen, der nach übereinstimmender Ansicht (HOCHE, LANGE) als kennzeichnend für den intellektuell minderbegabten Personenkreis gilt. Als bedeutsamer möchten wir aber die Beobachtung einschätzen, daß unsere Probanden, einschließlich der beiden debilen, in gewissem Umfang Analogien des Aufbaus ihrer Persönlichkeitsstruktur erkennen lassen.

Unsere Kranken erweisen sich durchweg als ausgesprochen expressiv eingestellte Menschen mit machtvoller Entladungsbereitschaft. Sie zeigen ganz auffällige Parallelen zu den Probanden von SCHWARZ, bei denen es sich auch um „affektiv prompt reagible, zu tieferen affektiven Ausschlägen neigende Individuen“ von „gesunder Aktivität“ handelte, die keine Neigung zu Isolierung oder Distanzierung gezeigt haben. Unsere Probanden sind eindeutig emotional bestimmt und zu heftigen, ungezügelten Affektausbrüchen fähig. Von ihren Angehörigen werden sie als beweglich, munter, leicht erregbar, manche auch als „hitzig“ und aufbrausend geschildert. Die tatkräftigen, meist hilfsbereiten und rasch zupackenden Kranken reagieren schon in gesunden Tagen selbst auf belanglose Anlässe überschließend. Sie sind redselig, dabei offen, „gerade heraus“ und nehmen, wie sich eine Probandin ausdrückte, „kein Blatt vor den Mund“. Sie erweisen sich wendig, von lebhaftem Mienen- und Gestenspiel und zeigen ein ausgeprägtes „plaisir de mouvement“.

Ein zweiter hervorstechender Grundzug der meisten dieser, an sich heiteren und kontaktbereiten Menschen, ist ihre Eigenwilligkeit, die sich bis zu störrischem Starrsinn steigern kann. Sie wollen unter allen Umständen jedes und alles „nach eigenem Sinn“ regeln, sie opponieren gerne, dulden keinen Widerspruch und sind Argumenten der Gegenseite schwer zugänglich. Drei Probanden gelten erklärtermaßen als streitsüchtig, es wird berichtet, daß sie verhältnismäßig leicht in jähzornige Erregung geraten. Da, am Durchschnitt gemessen, das affektive Engagement allzuleicht unangemessen wirkt, erwecken manche der Probanden den Eindruck, zu querulatorischem Verhalten zu neigen. Affektiv besetzte Tatbestände werden mit großem Beharrungsvermögen festgehalten, was sich die Kranken „einmal in den Kopf gesetzt haben“, führen sie zu Ende. Die Retentionsbereitschaft, die unsere in anderen Zusammenhängen so entladungsbereiten Probanden auszeichnet, macht

sich in der Bezogenheit auf das Detail, im nachhaltigen Festhalten mancher Belange von an sich untergeordneter Bedeutung bemerkbar. Dabei sind die Probanden ungewöhnlich gegenwartsbezogen, die erhebliche Dynamik wird kaum in den Dienst zukunftsgerichteter Strebungen gestellt, sondern man geht vielmehr weitgehend auf im jeweils naheliegend konkreten Tatbestand. Mehrere unserer Probanden stehen im Ruf, sehr genaunehmend, geradezu pedantisch zu sein, was, ähnlich wie der Eigensinn, eine der Äußerungsweisen des stark ausgebildeten Beharrungsvermögens darstellen dürfte.

Die Eigentümlichkeiten der präpsychotischen Struktur sind sicherlich nicht ohne Einfluß auf den Ablauf der Psychose. Gewiß stellt das *Auf-tauchen* hypochondrischer Inhalte ein krankheitstypisches, nicht weiter auflösbares Geschehen dar, doch halten wir es für wahrscheinlich, daß für die Tatsache, daß bei unseren Probanden die hypochondrischen Erlebnisse nicht, wie bei maniformen Bildern sonst, allenfalls flüchtig auftreten, sondern hartnäckig *festgehalten* werden, die Persönlichkeitsartung verantwortlich ist. Dieses Phänomen dürfte mit der Beharrungskraft der Probanden zusammenhängen, die sie schon normaliter einerseits zu Eigensinn, anderseits zur Pedanterie disponiert. An der gleichen perseverativen Tendenz mag es zum Teil liegen, daß es bei den Probanden (mit einer Ausnahme) zu einer echten Ideenflucht nicht kommt, und gleichfalls hieran, sowie an der auffälligen Gegenwartsbezogenheit der Probanden, daß man bei diesen in die Zukunftweisende „Fähigkeitsgefühle“ (im Sinne von W. MAYER) vermißt und das gesamte Geschehen um einige wenige Themen kreist. Darüber hinaus gewinnt man den Eindruck, daß hier weit mehr als bei den typischen Psychoseformen vorgegebene Erlebnis- und Verhaltensbereitschaften in der Psychose Raum haben und pathologisch intensiviert bzw. verzerrt in Erscheinung treten. Dieser Eindruck entsteht zum Teil durch den diskontinuierlichen Verlauf der phasenhaften Verstimmung, durch den Wechsel von Episoden, die durch affektive Entladungen, die mit starker sprachlicher Erregung und unter erheblichem Einsatz der Psychomotorik vor sich gehen, ausgezeichnet sind mit solchen, in denen die habituelle Artung der Probanden allein durch die Hypochondrie abgewandelt erscheint. In Fällen, bei denen die „Ausschläge“ des pathologischen Geschehens bescheiden sind, die Symptomatik vergleichsweise wenig intensiv ist, so bei zwei unserer Probanden, fällt es schwer zu entscheiden, ob das Geschehen eindeutig Psychosecharakter trägt.

Es hat den Anschein, als trete das Endogene in atypischen Psychosen weit mehr als in typischen aus seiner Anonymität heraus, als schimmere hinter dem aufdringlichen Wirken des somatogenen Prozesses, das sich in mehr oder minder obligatorischer psychotischer Symptomatik äußert, ein individueller, persönlichkeitsspezifischer Untergrund hindurch.

Faßbar wird das persönlichkeitsabhängige Moment am Ablauf und an der besonderen „Färbung“ der Erregungszustände, die sich nicht prinzipiell von der ursprünglichen Reaktionsweise der Persönlichkeit abheben, sondern als deren Intensivierung erscheinen — und von den Angehörigen der Probanden auch als solche empfunden werden. Der endogene Charakter des Geschehens anderseits läßt sich daran erkennen, daß dieses eigengesetzlich abläuft und psychologisch unmotiviert ist, sowie an der anders nicht zu deutenden Tatsache, daß die tatkräftigen, lebens- und wirklichkeitsnahen Probanden von einem Tag auf den anderen in eine früher nicht bekannte schwere hypochondrische Haltung geraten.

Es ist in diesem Zusammenhang von Interesse, daß die endo-reaktiven Dysthymien (WEITBRECHT) in durchaus vergleichbarer Weise dadurch gekennzeichnet sind, daß die klinische Symptomatik hinsichtlich ihrer Intensität hinter der typischen cyclothymen Psychose zurückbleibt und daß anderseits die *Dysthymie* wesentlich mehr in den Entwicklungs-gang der Persönlichkeit hineingewoben erscheint als dies für die Cyclothymie zutrifft. Das Krankheitsbild steht, ähnlich wie in unseren Fällen, in einem weit innigeren Zusammenhang mit der Persönlichkeit der Kranken als die typische Cyclothymie. Es erhebt sich die Frage, ob Atypie und Persönlichkeitsnähe der Psychosen miteinander korrespon-dieren und zweitens — diese Frage hat JANZARIK in ähnlicher Weise aufgeworfen —, ob die endo-reaktive Dysthymie nicht eine eigen-ständige Psychoseform, sondern eine durch bestimmte Persönlichkeits-artung bewirkte atypische Gestaltung der Cyclothymie darstellt.

Einer Besprechung bedarf die von LEONHARD u. NEELE hervor-gehobene Neigung der hypochondrischen Euphorie zu einem chronischen Verlauf. LEONHARD sah einen solchen in der Hälfte seiner Fälle und NEELE nahm von einer erbbiologischen Auswertung ihres Krankengutes Abstand, weil der chronische Verlauf mancher Fälle zunächst die Ab-grenzung Psychopathien gegenüber notwendig mache. Wir haben bereits erwähnt, daß unsere Kranken bis zum Ausbruch der Psychose keinesfalls eine Bereitschaft zur Hypochondrie gezeigt haben und daß sich die Psychose somit in dieser Beziehung nicht an einen vergleich-baren präpsychotischen Zustand anschließt. Ein chronischer Verlauf liegt bei vier Probanden aber in dem Sinne vor, daß sie nach Abklingen der Psychose ihre „Ausgangslage“ nicht mehr ganz erreicht haben. Sie wurden zwar wieder arbeitsfähig und zeigten im ganzen das gleiche Temperament und die gleiche Grundstimmung wie früher, bei näherem Befragen äußerten sie aber doch eine Menge körperlicher Beschwerden und von den Angehörigen wurde bestätigt, daß die Probanden klagsamer geworden sind, häufig „jammeren und stöhnen“. Die Probanden sind den Anforderungen des Alltags nicht mehr in der gewohnten Weise

gewachsen, sie geraten insofern schneller aus dem Gleichgewicht als sich ihre Organe bei Belastungen aller Art häufiger „meldeten“ und Beschwerden verursachten. Hierbei scheinen dem Bericht der Kranken zufolge bessere und schlechtere Zeiten auch ohne erkennbaren Grund zu wechseln.

Solches Verhalten läßt sich in der Terminologie von K. SCHNEIDER dahingehend definieren, daß der endogene Untergrund dieser Kranken über die Dauer der Psychose hinaus eine Abwandlung erfahren hat. Von den Reaktionen auf aktuelle Erlebnisse hat man nach SCHNEIDER die Hintergrundreaktionen auf bereits desaktualisierte Erlebnisse zu unterscheiden, die nicht mehr als Motiv, sondern nur noch rein kausal wirken, und von diesen die Untergrundsreaktionen, auf denen die Stimmungsschwankungen des normalen und psychopathischen Lebens, desgleichen die frei steigenden Ängste, Zwänge, Entfremdungserlebnisse zu beziehen sind. Die nach Abklingen einer Psychose auftretenden Schwankungen der Stimmung, ebenso auch die hypochondrischen Ängste lassen sich nach dem Vorgange von K. SCHNEIDER als Reaktionen des endogenen, nicht erlebten und nicht erlebbaren Untergrundes fassen. Die Frage nach der näheren Bestimmung dieses außerbewußten, die Erfahrung überschreitenden Untergrundes klammert SCHNEIDER bewußt aus, und erklärt sie für ein Anliegen philosophischer Forschung.

J. MEINERTZ hat es demgegenüber als eine der Grundtendenzen unserer Zeit bezeichnet, daß sich ein für die Ausweitung unseres psychologischen Kenntnisstandes zukunftsträchtiges Bestreben bemerkbar macht, die Grenzen zwischen den Seinsgebieten zu verwischen: im Bemühen, die Problemstellungen möglichst lebensnah anzugehen, dringt die Psychologie in Bereiche, die man bisher als der Ontologie zugehörig erachtete und die Philosophie zeigt ihrerseits zunehmendes Interesse an der Seinstruktur der verschiedenen Seinsgebiete und wird somit zur Seinsphilosophie. Vielleicht ist diese Verlagerung des Forschungsgegenstandes moderner Psychologie ein Reflex unserer (noch neuen) Einsicht, daß der „Bereich bewußten Erlebens in der räumlichen und zeitlichen Ausdehnung der irdischen Lebensfülle verschwindend gering, geradezu punktförmig sich darstellt, daß dieses Bewußtsein wie verbannt auf winzigen Eilandchen in einem Ozean von bewußtlos schaffendem Leben vorkomme“, wie es PORTMANN einmal formulierte. Man kann in der modernen Strukturpsychologie, die gerade die entscheidenden Bestände der Persönlichkeit, das eigentliche Wesen des Menschen für unbewußt hält, die Antwort der Psychologie unserer Tage auf die Nur-Bewußtseinspsychologie des 19. Jahrhunderts erblicken, die sich erklärtermaßen auf die Untersuchung der Bewußtseinsinhalte einschränkte und die Mannigfaltigkeit seelischen Geschehens in letzte „Elemente“, in eine Serie von Bewußtseinsphänomenen zergliedern zu können glaubte. Wenn man sich im Sinne der Strukturtheorie zur Überzeugung bekommt, daß nicht die jeweils gerade aktuellen seelischen Vorgänge und Zustände, sondern die alles Phänomenale tragende und ganzheitlich bedingende, transphänomenale Persönlichkeitsstruktur den eigentlichen Gegenstand psychologischer, insbesondere charakterologischer Forschung darstellt, wird man sich nicht entschließen können, die Untersuchung des Außer-Bewußten der Philosophie zu überantworten. Die angemessene Aufgabe der

Normal- und der Pathopsychologie wird man demgegenüber darin sehen, in der Sphäre des Aktuellen und Erlebbaren nach Indizien zu suchen, die Rückschlüsse auf die Beschaffenheit der transphänomenalen personalen Struktur gestatten. Es ist beispielsweise ohne weiteres einsichtig, daß sich bei sinnvollem Abwägen einzelner Wertvollzüge des Menschen Anhaltspunkte gewinnen lassen auf den Aufbau des „Wertkerns“ der Persönlichkeit. Analoges gilt aber auch für den Bereich des Physischen. Man kann, ohne auf die gleichermaßen aktuelle wie grundsätzlich unlösbare Frage des Leib-Seele-Zusammenhangs einzugehen, im Anschluß an H. Ey die Ansicht vertreten, daß das „Organische“ und das Psychische nicht zwei heterogene Substanzen, sondern zwei strukturelle Ebenen von differentem Niveau“ sind, und auch im Bereich des Physischen zwischen Vorgang bzw. Erscheinung einerseits und Struktur anderseits unterscheiden. Beispielsweise lassen sich aus dem palpablen Herzschlag Rückschlüsse ziehen auf den Funktionszustand des verborgenen, normalerweise unbewußtbleibenden Organs, das eine Gliedstruktur des Gesamtorganismus darstellt. Durch das Auftreten einer Gelbsucht wird der Kliniker auf Alterationen der Leber, eines anderen Gliedes der physischen Struktur gewiesen, der Laie durch die Beeinträchtigung von *Leistungen* der Sinnesorgane auf krankhafte Vorgänge an den Sinnesorganen selbst, durch Verdauungsdysfunktionen auf Störungen des Magen-Darmtraktes usw.

Faßt man den Strukturbegriff „psychophysisch neutral“, erstreckt man ihn also auf beide Bereiche — hierdurch wird der empirische Dualismus als *methodologische* Notwendigkeit nicht aufgehoben — so bestehen keine Bedenken, die Begriffe „endogen“ und „strukturell“ synonym zu gebrauchen.

An anderer Stelle haben wir von dieser Gleichsetzung ausgehend, den Versuch unternommen, die endogenen Psychosen nach dem „Ort“ ihrer (bislang allein im Bereich des Seelischen greifbaren) Wirksamkeit zu differenzieren. Die typische Cyclothymie, als Temperamentskrankheit, führt lediglich zu einer temporären Änderung der „Antriebsseite“ der Persönlichkeit. Die anderen Sphären der Persönlichkeit erfahren nur insofern eine Abwandlung, als deren vitaler *Begeleitton* die Verschiebung nach der Plus- oder Minusseite — die Intensivierung bzw. Dämpfung der Äußerungen des „vitalen Grundes“ — mitmacht und zur für die Cyclothymie typischen Symptombildung beiträgt. In der Kerngruppe der Schizophrenien hingegen erfährt die Persönlichkeit dergestalt weiterreichende Veränderungen als der pathologische Prozeß *essentielle* Bestände verschiedenster Persönlichkeitsbereiche ergreifen kann und deren ganzheitlichen Zusammenhang aufhebt, somit eine progrediente „Verselbständigung“ einzelner Persönlichkeitsbereiche bewirkt und den bestimmenden Einfluß struktureller Dauerdispositionen für Erleben und Verhalten „blockiert“.

Allem Anschein nach ist in der Cyclothymie die Möglichkeit einer spezifisch-individuellen Verarbeitung und Beantwortung des den vitalen Grund im Menschen aufwühlenden pathologischen Prozesses um so geringer, je intensiver die klinische Symptomatik und je typischer der Krankheitsverlauf ist. Bekanntlich haften der „flotten“ Manie wesentlich mehr individuelle Züge an als der verworrenen bzw. „überkochenden“ (und somit intensiveren) Form an, der einfachen Melancholie (i. S. von

KLEIST) mehr als der stuporösen, (unter klinischem Aspekt tiefergreifenden) Depression. Die atypischen Formen, so die (möglicherweise hierher zu rechnenden) Dythymien, die Randpsychosen der Kleistschen Schule und auch die hypochondrische Euphorie sind dadurch ausgezeichnet, daß das krankheitstypische und somit überindividuelle Geschehen nicht in gleicher Weise das Bild beherrscht, wie bei der typischen Cyclothymie und die „Ausschläge“ des vitalen Grundes der Persönlichkeit vergleichsweise stärker persönlichkeitstypisch „gefärbt“ sind. Für die größere Rolle persönlichkeitsspezifischer Einflüsse spricht übrigens auch die Beobachtung, daß die Randpsychosen verhältnismäßig häufig auf reaktivem Wege ausgelöst bzw. provoziert werden. In unserem Krankengut, dies sei hier eingeflochten, sahen wir eine reaktive Auslösung in einem Falle.

Unsere Fälle lassen an die Möglichkeit denken und regen an, der Frage weiter nachzugehen, daß — vielleicht nicht ohne Zusammenhang mit der größeren Persönlichkeitsnähe des ablaufenden psychotischen Prozesses — bei atypischen Psychosen über die Psychose hinaus eine greifbare Änderung des endogenen Untergrundes häufiger eintritt als bei typischen. Wie schon erwähnt, haben wir in vier unserer Fälle die Beobachtung gemacht, daß sich bei den Kranken nach Abklingen der Psychose eine präpsychotisch nicht bekannte Bereitschaft zu hypochondrischem Erleben einstellt. Die Probanden zeigen Schwankungen des Untergrundes; freisteigende hypochondrische Ängste, ephemer hypochondrische Erlebnisinhalte tauchen ohne rechten Anlaß immer wieder auf und gewinnen eine Bedeutung im System der persönlichen Bezüge.

Dieser Vorgang läßt sich in strukturtheoretischer Sicht dahingehend präzisieren, daß die in der Psychose auftauchenden hypochondrischen Erlebnisweisen eine strukturelle Verfestigung erfahren, was deren Manifestierung in entsprechend gearteten Untergrundschwankungen ermöglicht. Den endogenen Untergrund im Sinne von K. SCHNEIDER kann man dabei auffassen als eine *erlebnisbereite*, auf Erleben tendierende Sphäre der Persönlichkeitsstruktur. Eine solche auf Erleben hin gerichtete Struktur postuliert WELLEK im übrigen in der Normalpsychologie. Aus ihr stammen die mehr oder minder flüchtigen Erlebnisse im Unterschied zu den mit hohem Grad von personaler Notwendigkeit auftretenden, im Persönlichkeitskern tief verankerten Erlebnisweisen. Zu letzteren gehört die Hypochondrie bei bestimmten charakterisierten abnormen Persönlichkeiten oder Psychopathen. Die habituelle Bereitschaft zur Hypochondrie kann so mächtig sein, daß sie über weite Strecken des Lebensweges nachzuweisen ist, zu entsprechenden Schwankungen des (in solchen Fällen „pathophilen“) Untergrundes führt und sich in Erlebnissen leibaffiner Thematik ausgliedert. Es ist

bekannt, daß sich neben derartigen, aus „inneren Ursachen“ hervorgehenden, gleichsam konstitutionellen Hypochondrien reaktive oder accidentelle Formen an die verschiedensten Anlässe anschließen können. Auch eine abgelaufene Psychose vermag zu einem Katalysator zu werden, an dem sich die allgemeinmenschliche Bereitschaft zur reflexiven Hingabe an das Organgeschehen entzündet. Eine Umorientierung von Erlebnisdispositionen scheint sich im Rahmen der Cyclothymie um so leichter anzubahnen, je enger sich die Psychose an präformierte Eigentümlichkeiten der Persönlichkeit anschließt, d. h. —, je „atypischer“ sie ist.

Zusammenfassung

Es wird über 7 Fälle von hypochondrischer Euphorie — einer durch das gleichzeitige Auftreten einer schweren hypochondrischen Symptomatik und einer maniform gehobenen Stimmungslage gekennzeichneten Psychoseform — unter Bezugnahme auf bisher veröffentlichte gleichartige Krankheitsbilder berichtet. Nach der Besprechung differential-diagnostischer Fragen wird hinsichtlich der nosologischen Zuordnung die Ansicht vertreten, daß es sich bei der hypochondrischen Euphorie nicht um eine autochthone Psychose, sondern um eine atypische Gestaltung der Cyclothymie handelt. Es wird versucht, die besondere Ausformung der Psychose aus den „Dominanten“ der Persönlichkeitsstruktur, die eingehend abgehandelt werden, abzuleiten. Die in manchen Fällen nach Abklingen der akuten Phase feststellbare Tendenz zu Untergrundsreaktionen (im Sinne von K. SCHNEIDER) wird mit der Tatsache in Zusammenhang gebracht, daß sich die Psychose mehr als die typische Cyclothymie an vorgegebene Eigentümlichkeiten der Persönlichkeit anschließt.

Literatur

- BRONISCH, F. W.: Hirnatriphische Prozesse im mittleren Lebensalter. Stuttgart: Thieme 1951. — ELSÄSSER, G., u. H. J. COLMANT: Atypische phasenhafte Familienpsychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **197**, 185 (1958). — JANZARIK, W.: Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depression in ihren Beziehungen zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit. Arch. Psychiat. Nervenkr. **195**, 351 (1957). — KLEIST, K.: Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt: Kramer 1947. — KRETSCHMER, E.: Wahnbildung u. manisch-depressiver Symptomkomplex. Allg. Z. Psychiat. **71**, 397 (1914). — LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemüts-erkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Im Hdb. d. Geistes-krankh. v. Bumke. Berlin: Springer 1928, Bd. 6, Spez. Teil II. — LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademieverlag 1957. — MAYER, W.: Zur Phänomenologie abnormer Glücksgefühle. Z. f. Psychopath. Bd. 2, 1914. — MEINERTZ, J.: Die Tiefenpsychologie in ihren Bezügen zu wesentlichen Strömungen der gegenwärtigen geistigen Atmosphäre. Psyche (Heidelberg) **11**, 473 (1957). — NEELE, E.: Die phasischen Psychosen nach ihrem Erscheinungs- und Erbbild. Leipzig: Barth 1949. — PETRILOWITSCH, N.: Beiträge zu einer Struktur-Psycho-

pathologie. Basel-New York: Karger 1958. — Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **81**, 322 (1958). — Beitrag zur Psychologie des Lachens. Jb. Psychol. u. Psychother. **5**, 149 (1957). — PLESSNER, H.: Lachen und Weinen. Bern: Francke 1950. — PORTMANN, A.: Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. Basel: Schwabe 1951. — RITTER, M., u. K. KLEIST: Psychosen der Ratlosigkeit. Arch. Psychiat. Nervenkr. **195**, 163 (1956). — SCHNEIDER, K.: Über reaktive Manie und Angstmanie. Mschr. Psychiat. Neurol. **46**, 176 (1919). — SCHULTE, W.: Die Psyche von Rückenmarksquerschnittsverletzten. Nervenarzt **18**, 28 (1947). — SCHWARZ, H.: Zirkumskripte Hypochondrien. Mschr. Psychiat. Neurol. **72**, 150 (1929). — WEITBRECHT, H. J.: Depressive Syndrome bei exogenen Psychosen und die Bedeutung exogener Faktoren. Regensburger Jb. f. ärztl. Fortbildung. Bd. VI, 1957—58. — WEYGANDT, W.: Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München: Lehmann 1899.

Priv.-Doz. Dr. Dr. N. PETRILOWITSCH, Mainz, Univ.-Nervenklinik