

Aus der Universitäts-Nervenklinik Münster i. Westfalen  
(Direktor: Prof. Dr. med. FRIEDRICH MAUZ)

## Zur Entstehung paranoider Reaktionen und Entwicklungen auf dem Boden hirnatriphischer Syndrome

Ein Beitrag zur klinischen Konstellationspathologie

Von

G. W. SCHIMMELPENNING

(Eingegangen am 30. April 1959)

Seit KRAEPELIN von den seinerzeit als präsenil bezeichneten Psychosen als dem dunkelsten Gebiet der Psychiatrie sprach, ist die Diskussion um die nosologische Stellung dieser Erkrankungen nicht zur Ruhe gekommen. Schon der älteren Psychiatrie war bekannt, daß insbesondere die wahnbildenden chronischen Psychosen, soweit sie nicht durch einwandfrei nachweisbare somatische Schädigungen bedingt sind, vorzugsweise im 5. und 6. Lebensjahrzehnt auftreten. Über die Ursachen und die Bedeutung dieser Altersbevorzugung konnte man jedoch nur Vermutungen anstellen. Vielfach glaubte man, in ihr einen Hinweis auf eine im einzelnen unbekannte cerebrale Involution sehen zu dürfen, die in Verbindung mit einer gleichfalls nicht näher bestimmbarer Anlage zur Manifestation der sogenannten präsenilen Psychosen führen sollte.

Inzwischen gelingt es bei einer großen Anzahl von paranoiden Kranken dieser Altersgruppe, mit Hilfe der Pneumencephalographie einen morphologischen Befund zu erheben, der oft — wie manche Autoren meinen, viel zu oft — zur Diagnose eines hirnatriphischen Prozesses führt. Der anfänglich auch auf diesem Gebiet mit pneumencephalographischen Befunderhebungen verbundene Optimismus hat inzwischen einer zunehmenden Zurückhaltung Platz machen müssen. Es zeigte sich nämlich, daß auch durch sie unser Wissen nicht entscheidend gefördert werden konnte, weil Ätiologie und Pathogenese der hirnatriphischen Prozesse selbst auf der einen sowie Art und Weise ihrer Wirksamkeit im Zustandekommen der Psychosen auf der anderen Seite häufig mehr oder weniger unklar blieben. Selbst wenn man annehmen wollte, daß in der pneumencephalographisch nachweisbaren Hirnatrophie das morphologische Substrat der cerebralen Involution der klinischen Untersuchungstechnik zugänglich geworden wäre, so bliebe doch die letztlich wesentliche Frage, warum die Patienten in so unterschiedlicher Weise psychisch erkranken können, unbeantwortet. So wird niemand annehmen können, daß die Entstehung eines psychiatrischen Krankheitsbildes durch den

pneumencephalographischen Nachweis einer Hirnatrophie allein befriedigend zu erklären wäre. Dagegen spricht schon der außerordentliche Formenreichtum der hier einzuordnenden Bilder, der von asthenisch-hypochondrischen Versagenszuständen und pseudohysterischen Verhaltensstörungen über schizophrenieähnliche Psychosen und über Depressionen, die im Querschnittsbild manchmal nicht von cyclothymen Phasen zu unterscheiden sind (WEITBRECHT), bis zu unproduktiven stumpf-dementen Verläufen reicht.

Pneumencephalographische Befunde können uns also in der Beantwortung der Frage nach der nosologischen Stellung der paranoiden Psychosen des mittleren und höheren Lebensalters nicht entscheidend unterstützen. Aber auch die Berücksichtigung von Anlagefaktoren bringt uns der Lösung des Problems nicht sehr viel näher. Die bekannte Frage: „Auslösung oder Symptom?“ erfaßt den Sachverhalt ebenso unvollkommen wie etwa der Begriff der lokalisatorisch- und individuell-fakultativen Symptomgestaltung. Alle derartigen Fragestellungen gehen von einer groben Vereinfachung des Problems aus. Ein bedeutender Fortschritt wurde mit der Einführung der Strukturanalyse BIRNBAUMS erreicht, der die Paranoia als ein Musterbeispiel für die Anwendung seiner Methode bezeichnete. Dies dürfte auch für ähnliche paranoide Psychosen des mittleren und höheren Lebensalters gelten<sup>1</sup>. Auch die strukturanalytische Methode bleibt allerdings letztlich eindimensional, weil sie nur einen Faktor als *pathogenetisch* wirksam berücksichtigt. Wir ziehen ihr deshalb die *mehrdimensionale Diagnostik* KRETSCHMERS vor, die alle am Zustandekommen eines Krankheitsbildes beteiligten Faktoren in ihrer pathogenetischen Wirksamkeit erfaßt. Diesen wesentlichen Unterschied der oft fälschlicherweise als identisch bezeichneten Methoden hat RÜMKE noch kürzlich hervorgehoben.

Mit KRETSCHMER sind wir der Überzeugung, daß auf diesem Gebiete Verschiebungen des endogenen Untergrundes nur das Unspezifische, das Variable darstellen, und daß es gleichgültig ist, ob die Auflockerung des endogenen Untergrundes durch cyclothyme Vitalschwankungen, schizoide Verschiebungen, endokrin-vegetative Umstellungen, schwere Allgemeinerkrankungen oder cerebrale Erkrankungen erfolgt. Das spezifisch Gestaltende dieser Bilder ist durch die „Dynamik typischer Reaktionen zwischen Charakter und Erlebnis“ (KRETSCHMER) gegeben. Ihre Entstehung dürfte deshalb jeweils ganz bestimmte Konstellationen zur Voraussetzung haben, in denen eine Hirnerkrankung zwar führend sein mag, in denen jedoch charakterogenen und situativen Faktoren deshalb

---

<sup>1</sup> Dem heutigen Sprachgebrauch entsprechend verzichten wir auf die Verwendung des Adjektivs „paranoisch“ und bezeichnen paranoiaähnliche Psychosen als „paranoid“.

nicht nur eine lediglich pathoplastische Wirkung zukommt. Entscheidende Bedeutung können z. B. die Reaktionen der Kranken auf die erlebten Veränderungen und Beschwerden, die durch eine Hirnkrankheit verursacht werden, gewinnen. In allen sozialen Schichten gilt das gerade für jene Patienten im 5. Lebensjahrzehnt, die mit der Gründung einer Familie Verantwortung übernommen haben, für die Ausbildung der heranwachsenden Kinder aufkommen müssen, durch einen Hausbau finanziell belastet sind und die schließlich in ihrer beruflichen Laufbahn erst vor der endgültigen Sicherung ihrer Stellung stehen. Andererseits können auch Reaktionen der Umgebung auf die beginnende Veränderung der Kranken großen Einfluß haben. Neben der cerebralen Erkrankung und Anlagentumoren muß ein ganzes Feld von miteinander verschlungenen und sich wechselseitig bedingenden strukturellen und situativen Faktoren sowie deren Verschiebungen durch den Hirnprozeß erfaßt werden, wenn eine Vorstellung vom Aufbau derartiger paranoider Syndrome gewonnen werden soll.

Zu wenig beachtet wird häufig insbesondere die erwähnte erlebnishaft Wirkung der Hirnerkrankung, obwohl gerade sie ein sehr wesentliches Element in der Pathogenese des paranoiden Syndroms darstellen kann. Nach unseren Beobachtungen handelt es sich dabei meistens um Männer im Alter zwischen etwa 40 und 50 Jahren, die im Zusammenhang mit einem gespürten Leistungsverfall und oft nur ganz diffus erlebten körperlichen Beschwerden einen fast immer streng auf die Berufssphäre zentrierten Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn entwickeln, der die Verursachung ihres gesundheitlichen Verfalls und ihrer Leistungseinbuße durch Vorgesetzte oder Kollegen zum Inhalt hat.

Es kann nicht unsere Absicht sein, eine autochthone Gruppe von Wahnerkrankungen herauszustellen, wie es früher bei den paranoiden Rückwandlungspsychose immer wieder versucht worden ist (ALBRECHT, SERKO, KRAEPELIN, KLEIST, SEELERT). Vielmehr wollen wir unter Anwendung der mehrdimensionalen Betrachtungsweise versuchen darzustellen, unter welchen konstellationspathologischen Bedingungen chronische Hirnkrankheiten derartige Syndrome hervorzubringen vermögen. Dieser Frage soll am Beispiel von zwei Krankengeschichten, die auszugsweise wiedergegeben sind, nachgegangen werden.

**Fall 1.** Der 46jährige Maurergeselle Karl S. wurde uns im Februar 1957 von seinem Werksarzt unter der Diagnose einer Schizophrenie überwiesen, weil er sich seit einigen Monaten von seinen Arbeitskollegen verfolgt und beeinträchtigt fühlte und es dadurch zu Unverträglichkeiten gekommen war.

Die Eltern werden als sehr einfach, still, ernst, streng und arbeitsam geschildert. Der Vater war ungelerner Arbeiter, während alle Brüder des Kranken wie er selbst ein Handwerk erlernt haben. Seine Schwestern sollen in ihrer Jugend einen sehr lockeren Lebenswandel geführt haben, sind inzwischen aber biedere Handwerker- oder Arbeiterfrauen geworden. Über eine Belastung in der Familie wurde nichts bekannt.

Der Pat. ist der Jüngste unter seinen Geschwistern. Wegen seiner schwarzen Haare und seiner auffallend dunklen Hautfarbe wurde er als Kind viel gehänselt und „Neger“ oder „Zigeuner“ gerufen. Er spielte meistens für sich und wurde später ein stiller Bastler. In der Schule scheint er wenig beliebt gewesen zu sein. Bei seinen Lehrern galt er als verbockt, weil er sich immer wieder störrisch gegen vermeintliches Unrecht zur Wehr setzte. In der letzten Volksschulkasse blieb er sitzen. Nach der Schulentlassung kam er als Maurerlehrling auf ein großes Hüttenwerk, wo er nach Ablegung der Gesellenprüfung 1929 „feuerfester Maurer“ wurde, d. h. er hatte in den sehr engen und heißen Hüttenöfen die feuerfesten Verkleidungen auszumauern. In dieser Stellung blieb er bis zu seiner Einberufung im Jahre 1940. Nach dem Tode der Mutter wohnte er mit dem Vater bei einer verheirateten Schwester. Er ging selten aus, hatte wenig geselligen Umgang und nie eine Freundin. Voll Stolz betont er, daß er auch in den „schlechten Jahren“ nie arbeitslos geworden ist.

Während des Krieges war er fast ständig als Infanterist im Fronteinsatz. Während eines Urlaubs bekam er einmal 7 Tage verschärften Arrest, weil er sich in einer Gastwirtschaft in eine Schlägerei eingelassen und sein Bajonett gezogen hatte, als er meinte, einige angetrunkene Gäste wollten ihm zu nahe treten. Bei Kriegsende geriet er in russische Kriegsgefangenschaft, aus der er 1947 mit einer mäßigen Dystrophie entlassen wurde.

1948 lernte er eine junge Kriegerwitwe kennen. Obwohl er schon sehr bald zu ihr in die Wohnung zog, kam es erst 1952 zur Heirat. Auch in der Ehe blieb er ein zurückgezogen lebender Sonderling, der z. B. das Bügeln seiner Hosen, das Annähen von Knöpfen usw. ungern seiner Frau überließ.

1956 machte Karl S. eine schwere Pneumonie durch, von der er sich trotz einer Nachkur nicht recht erholen konnte. Als er die Arbeit schließlich wieder aufnahm, litt er unter Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Kopfdruck und Schwindel beim Bücken. Seine Arbeit fiel ihm schwerer als früher, die Hitze in den Öfen war ihm unerträglich, seinen alten Akkordsatz konnte er nicht mehr schaffen. Auch nach seinen eigenen Beobachtungen war er reizbarer und leichter aufgereggt. Vor allem aber kamen ihm sofort die Tränen, wenn er daran dachte, „was die auf der Arbeit mit mir gemacht hatten“.

Karl S. hatte stets seinen ganzen Stolz darin gesehen, der beste feuerfeste Maurer seines Betriebes zu sein. Niemand konnte so schnell und so akkurat mauern wie er und niemand hielt es so lange wie er in den heißen Öfen aus. Nach dem Kriege gefiel es ihm aber immer weniger auf der Arbeitsstelle. Er hatte sich anfangs überhaupt eine andere Arbeit suchen wollen, weil er sich schon vor dem Kriege geärgert hatte, daß Kollegen, die der SA beitrat, begünstigt wurden. Jetzt waren inzwischen seine alten Kollegen aus der Vorkriegszeit, denen er sich fachlich weit überlegen fühlte, in Meister- oder doch wenigstens Polierstellungen aufgerückt, während er nun mit nach seiner Meinung unfähigen und liederlichen jungen Leuten zusammenarbeiten mußte. Es verbitterte ihn, daß die Vorgesetzten sich durch Geschenke von diesen jungen Leuten bestechen ließen und ihnen bessere Akkordsätze anschrieben. Anfang 1956 hatte Karl S. sich deshalb in den Betriebsrat wählen lassen, um endlich einmal seine Meinung über diese Zustände sagen zu können. Man wollte aber nichts davon hören. Die Kollegen gingen ihm aus dem Wege, und im Betriebsrat versuchte man angeblich, ihn auszuschalten und zu übergehen.

Solange man ihn nicht tätlich angriff, wie er es immer befürchtete, wäre es ihm unkollegial erschienen, seine Beschwerden bei der Betriebsleitung vorzubringen. „Aber die haben es auch so geschafft, mich mürbe zu machen; die haben geschenkt, daß ich rausging.“ Während der Nachschichten hätten seine Kollegen und der Vorarbeiter nicht gearbeitet, sondern im Schuppen geschlafen, und zwar nur, damit er sich allein abschufte. Der bestochene Meister habe das durch falsche Eintragungen

in den Arbeitsbüchern gedeckt. Dabei hätten ihn die anderen Kollegen noch verhöhnt und aufgezogen, er werde doch nicht Polier, wenn er auch noch so viel arbeite. „Die konnten eben nicht haben, daß ich ihnen im Handwerklichen überlegen bin, daß ich immer ordentlich arbeite und ihre Sauftouren nicht mitmache.“ Um den dauernden Anspielungen und vermeintlichen Schikanen zu entgehen, ließ Karl S. sich in eine andere Abteilung versetzen. „Aber da haben sie auch gleich wieder Gerüchte ausgestreut und gesehen, daß ich abnahm.“ Schließlich kam es zu Streitereien des explosiven Pat. mit anderen Arbeitern, bis der Werksarzt hinzugezogen wurde.

Von seiner *Ehefrau* sprach der Pat. bei uns auffallend wenig. Sie bildete den nur denkbarsten Kontrast zu ihm: Eine um 10 Jahre jüngere schwungvolle und stattliche Blondine, die ihm auch intellektuell weit überlegen war. Sie berichtete, der Pat. sei von jeher äußerst mißtrauisch, empfindlich und bis zum Jähzorn reizbar gewesen, dabei aber ein treusorgender Familienvater, der sich stets rührend um sie und ihren Jungen aus erster Ehe bemüht habe. Ihrer Familie gegenüber habe er aber immer das Gefühl, er werde nicht so geachtet wie ihr erster Mann, der aktiver Flieger-Unteroffizier war. Bei Familienfeiern mache er sich immer lächerlich und unbeliebt, indem er sich rechthaberisch in jedes Gespräch einmische und vor allem verbohrt, heftig und wütend werde, wenn jemand mit ihr über Dinge spreche, von denen er nichts verstehe. Aus diesem Grunde hätten sich allmählich nicht nur Freunde und Bekannte, sondern auch die nächsten Verwandten von ihnen zurückgezogen. In sexueller Hinsicht sei er „ungeschickt“ und auch bedürfnislos. Anfangs habe sie versucht, ihn damit zu hänseln, aber das habe er so übel genommen, daß sie das nie wieder gewagt habe. In den letzten Jahren habe seine Reizbarkeit und sein Mißtrauen zugenommen. Er trinke nie während der Woche, aber am Samstagabend betrinke er sich regelmäßig, um dann wilde Drohungen gegen seine Arbeitskollegen und Vorgesetzten auszustoßen. Auf dem Werk kämen zwar kleine Durchstechereien vor, wie das heute eben so sei, aber von ihm wolle im Grunde niemand etwas. Wenn sie versuche, ihm das zu sagen, behauptete er nur sofort, sie stecke mit seinen Feinden unter einer Decke.

*Befund.* Der Pat. sieht verarbeitet und abgehärmelt aus. Körperbaulich wenig differenzierte Leptosomie mit dysplastischen Einschlägen. Innere Organe klin. o. B. Röntgenologisch geringe degenerative Veränderungen an der LWS. *Neurologisch* war neben einer Anisokorie, einem leichten Ischiassyndrom re. und einem Schwanken beim Romberg eine massive Dekompensation des Kopfvasomotoriums im Bückversuch besonders auffallend. *Psychopathologisch.* Der Kranke trug seine körperlichen Beschwerden sachlich und präzise vor. Von den Verfolgungen und Schikanen, denen er sich ausgesetzt glaubte, berichtete er in seiner undifferenziert-explosiven Art mit lebhaftem Affekt, dabei stets in einer durchaus einfühlbaren Weise. Immer wieder tauchten in seinen Berichten Redewendungen auf wie: „Das merkte ich ja sofort, was los war . . . Da hatte ich sie ja . . . So konnten mir die ja nicht kommen . . . Ich sah dem das gleich an . . . So konnten die mich ja nicht verschiffsschaukeln . . .“. Im Gedankengang sehr weitschweifig, umständlich Detail an Detail reihend, ohne das Wesentliche von Nebensächlichem unterscheiden zu können. Besonders bei Berührung der Vorgänge auf der Arbeitsstelle stark affekt-labil bis zur Inkontinenz. Versuche, auf die Ehesituation näher einzugehen, scheiterten an der heftigen Abwehr des Kranken. In der Stimmung war er meist von einem bissig-finsteren Ernst. Im ärztlichen Gespräch trat immer wieder sein maßloser Leistungsehrgeiz und ein überspitzter Berufsstolz zu Tage. Hinsichtlich seiner Beziehungsideen blieb er kritischen Einwendungen gegenüber unerschütterlich. Bei einer primär nur mäßigen Begabung waren gröbere Demenzsymptome nicht faßbar. Auf der Station kam es nie zu paranoiden Anknüpfungen.

Im *Pneumencephalogramm* zeigte sich eine leichte Erweiterung und Verplumpfung des rechten Seitenventrikels. Über der linken Hemisphäre war besonders fronto-temporal die Subarachnoidalfüllung grobstreifig vermehrt. Im *Liquor* fand sich bei normalem Gesamteiweißgehalt, einer leichten Pleocytose (18/3 Lymphocyten) sowie kleinen Zacken in den Kolloidkurven elektropherographisch eine mäßige Vermehrung der  $\tau$ -Fraktion und der  $\beta$ -Globuline.

**Fall 2.** Der 43jährige Schlosser Konrad R. wurde uns im März 1957 von einem Fachkollegen, der ihn bereits seit mehr als zwei Jahren ambulant behandelt hatte, unter der Diagnose einer paranoiden Entwicklung überwiesen. Die affektive Spannung und Besetzung seines Komplexes habe ständig zugenommen, und zuletzt habe sich der Pat. an das Gesundheitsamt sowie an einen Rechtsanwalt gewandt und um Beistand gegen seine Firma gebeten. Er behauptete, daß man ihm in seiner Firma ungerechterweise fehlerhaftes Arbeiten und die Verschuldung eines Betriebsunfalls vorwerfe. Durch die damit verbundenen Erregungen sei er gesundheitlich völlig heruntergekommen. Objektiv lag nach Auskunft der Firma nichts gegen den Kranken vor. Man kenne ihn zwar als etwas eigenartig, denn er sei verschiedentlich mit merkwürdigen Anliegen an die Betriebsleitung herangetreten; im übrigen schätze man ihn aber, da er seine Arbeiten zwar langsam, jedoch sehr gewissenhaft und ordentlich verrichte.

**Familienbild.** Der Pat. stammt aus einer alteingesessenen westfälischen Bauernfamilie. Die Eltern sollen besonders pflichtbewußt gewesen sein. „Das waren wir alle. Wenn ein Auftrag gegeben wird, dann wird der bis ins Letzte pflichtgemäß und ordentlich ausgeführt.“ Starke familiäre Belastung mit Lungen-Tbc. Eine Schwester erkrankte mit 20 Jahren an einer rasch deletär verlaufenden Hebephrenie. Eine weitere Schwester mußte wegen einer Polysklerose mit schwerer Wesensveränderung in einer Anstalt untergebracht werden. Ein lungenkranker Bruder war wegen eines reaktiven Erregungszustandes kurze Zeit in der Anstalt. Ein zweiter Bruder (siehe unten) ist sehr rechtsempfindlich, eigentlich starr in seiner Haltung.

**E. A.** Als Kind Rachitis. In der Volksschule sehr ehrgeizig, war angeblich immer Klassenbester. Lernte als jüngerer Sohn ein Handwerk, wohnte aber mit Ausnahme der Lehrzeit immer auf dem elterlichen Hof. Sowohl die Gesellenprüfung als auch die Prüfungen für den Handwerks- und Industriemeister bestand er 1931 bzw. 1942/43 mit „gut“. Nach den Meisterprüfungen heiratete er 1943; 2 Kinder. Er arbeitete in verschiedenen Betrieben in der näheren Umgebung des elterlichen Hofes. Während des Krieges war er „als Schlüsselkraft und wegen ordnungsgemäßer Arbeit“ u. k. gestellt.

Auch nach seiner Heirat blieb der Pat. mit seiner Familie auf dem Hof, den er während der Kriegsgefangenschaft des ältesten Bruders zeitweilig selbst führte. In seinem unauffälligen Tagesablauf jener Jahre bietet er das Bild eines biederer, ehrbaren, hausbacken-fleißigen und ganz in der überkommenen Wertwelt verwurzelten ländlichen Handwerkers. Er ist gutmütig, weich, ohne rechte Autorität, andererseits aber auch von jeher etwas unbeweglich, eigensinnig und sensitiv. Sein ganzes Streben ist auf mustergültiges Arbeiten ausgerichtet. Dennoch gelingt es ihm nicht, in einem der kleinen Industriebetriebe der Umgebung einen Meisterposten zu bekommen. In seiner Freizeit hilft er oft auf dem elterlichen Hof. Naturalien, die er dort bezieht, werden genau abgerechnet, damit andere Geschwister nicht benachteiligt werden. Im dörflichen Feuerwehrmusikverein genießt er als Trompeter besonderes Ansehen. Sein größtes Vergnügen aber besteht darin, an stillen Winterabenden seine Fachbücher und vor allem die „Richtlinien des allgemeinen Maschinenbaus“ zur Hand zu nehmen.

1952 kaufte er sich in der Nähe einer Textil-Fabrik einen Bauplatz. Dieser Firma fühlte er sich schon deshalb besonders verbunden, weil die Eltern des jetzigen Chefs

der Firma in der Nähe seines elterlichen Hofes ihr Sommerhaus hatten. Als Junge hatte er dort gelegentlich spielen dürfen und auch Limonaden bekommen. „Damit war doch gewissermaßen schon eine innere Verbindung da, wenn auch immer eine Kluft bleiben muß zwischen Chef und Arbeiter.“ Er bewarb sich bei dieser Firma, um nach Fertigstellung seines Hauses keinen so weiten Arbeitsweg zu haben und wurde zunächst als Montageschlosser eingestellt.

Ausgerechnet in diesem Betrieb habe man nun mutwillig seine Gesundheit ruiniert. „Da waren sofort Vorfälle, die haben mich sehr beeinflußt. Als ich anfing, wurde gerade eine neue Abteilung eingerichtet. Ich hatte mich da gleich gewundert, warum die Schlosser, die vor mir die neuen Maschinen montierten, nicht länger geblieben waren. Die Maschinen kamen aus Süddeutschland. Ich weiß nicht, wo Sie herkommen, aber die Süddeutschen, die wollen doch immer was sein und sich durchsetzen. Da waren Mängel dran an den Maschinen, die dem Monteur von der Lieferfirma in eine gewisse Erregung brachten, das merkte ich gleich. Ich kam auf den Gedanken: Ist der unsicher oder hat der mit minderwertigen Maschinen zu tun? Auch die Personen, die an den schon aufgestellten Maschinen arbeiteten, waren auffällig. Man merkte ihnen die Ratlosigkeit an. Die kamen auch in Erregung. Ich habe dann die Maschinen beanstandet, weil da technische Mängel dran waren. Nach meinen Zensuren und bei meiner Ausbildung war es meine Pflicht, das zu melden. Die Maschinen entsprachen nicht den Richtlinien des allgemeinen Maschinenbaus.“ Der Betriebsingenieur und der Obermeister hätten jedoch nicht auf ihn hören wollen. Man habe es im Gegenteil so hingestellt, als funktionierten die Maschinen nicht richtig, weil er minderwertige Arbeit geleistet und sie nicht ordentlich montiert habe. „Dabei waren es immer Konstruktionsfehler! Ich habe mein Fachbuch genommen und die Maschinen durchgerechnet. Da bin ich auf große technische Abweichungen gekommen. Fachlich habe ich mich immer durchgesetzt! Fachlich konnte man mir nichts anhaben!“

Bald nach diesen Vorfällen habe man ihn in eine andere Abteilung versetzt. Das habe ihn sehr gekränkt, weil er sich doch nichts habe zu Schulden kommen lassen. Eines Tages habe man ihn dann allerdings doch noch einmal in die erste Abteilung zurückgeholt, um dort ein Prüfgerät in eine Maschine einzubauen. Dabei habe er wieder technische Mängel feststellen müssen. Kurz darauf habe sich an dieser Maschine eine junge Arbeiterin verletzt. Einige Wochen später habe eine Nachbarin seiner Frau gesagt, daß er doch die Maschine montiert hätte, an der sich der Unfall ereignet habe. „Das beeinflußte mich sehr, daß über den Unfall so in der Öffentlichkeit gesprochen wurde. Ich traf dann auch den Vater des Mädchens und erkannte sofort, daß er durch den Unfall der Tochter seelisch stark beeinflußt war . . . Wenn man so hingestellt wird, als wenn man seine Arbeit nicht richtig gemacht hätte . . . Wenn man so plötzlich in eine andere Abteilung versetzt wird, dann denken die Leute doch . . . Man hat doch auch ein Ehrgefühl!“

Seit ihm diese Vorwürfe gemacht worden seien, habe er so eine innere Unruhe bekommen, dazu Herzbelemmungen und Atemnot. „Das kam immer, wenn ich an die fehlerhaften Maschinen dachte. Wenn ich abends in meine Fachbücher sah, waren gleich die Gedanken da und diese innere Unruhe. Daß die Maschinen so von den Richtlinien des allgemeinen Maschinenbaus abwichen, und unsereins wird dafür angeschuldigt! An sich wird ja jeder, der neu in einen Betrieb kommt, auf die Probe gestellt. Erst dachte ich mir ja auch nichts dabei, denn Ärger gibt es in jeder Arbeit mal. Aber das ging doch zu weit!“ Der Pat. ließ sich damals wiederholt internistisch untersuchen, ohne daß jemals ein krankhafter Befund erhoben worden wäre. Zeitweise sei es ihm ja auch besser gegangen, aber es sei doch immer wiedergekommen. Trotz immer wieder ergebnisloser internistischer Untersuchungen fühlte sich der Kranke immer schlechter. Er war ständig müde und benommen, wurde vergeßlich

und vergaß sogar manchmal, abends beim Verlassen der Fabrik seine Karte abzudrücken. Die ungerechten Vorwürfe und die damit verbundenen Aufregungen hätten ihn eben krank gemacht. Nun müsse man ihm doch sein Recht geben, denn die Schuld liege nur bei der Betriebsleitung, die seine Eingaben abgelehnt und ihn gezwungen habe, an so fehlerhaften Maschinen zu arbeiten.

Ein *Bruder* des Kranken berichtete uns, dieser sei immer besonders genau und tüchtig gewesen. „Das war schon beim Kragenknopf so und erst recht bei der Arbeit. Dabei hatte er Genie. Aber er war ja nicht als Meister bei der Firma, und die gaben ihm kein Recht. Da haben sie ihn nicht für voll hingeklärt (!). Wenn ihm einer was zumuten will, was er nicht recht gemacht haben soll, das ist ihm ein Ärger.“ Er habe dem Pat. schon geraten, er solle einfach kündigen. Aber das habe er nicht gewollt, er müsse doch sein Recht bekommen. Er selbst sei allerdings genau so und könne deshalb den Pat. gut verstehen. „Wenn da was ist, und ich kriege da kein Recht drin, und die Arbeit klappt nicht . . . ich lasse dann am liebsten alles gleich liegen. Wenn bei mir die Maschinen nicht hinhauen, dann habe ich auch sofort schwere Hemmungen.“

*Befund.* Sehr stark vorgealterter Mann von pykno-athletischem Habitus, mäßig differenziert. Internistisch bis auf Zeichen einer allgemein-vegetativen Übererregbarkeit und insbesondere einer gesteigerten Reagibilität und Insuffizienz des Kopfvasomotoriums o.B. *Neurologisch* fand sich lediglich eine dysarthrisch-verwaschene Sprache und ein heftiges periorales Beben. *Psychopathologisch*. Der Pat. trug bei der Aufnahme seinen etwas abgewetzten schwarzen Feiertagsanzug und gab sich zunächst gravitätisch ernst. Sehr bald entwickelte er aber einen ungehemmten und zeitweilig fast ideenflüchtigen Rededrang, in dem er sich in unendliche Details aus seinem Berufsleben verlor. Dabei sprach er hastig, überstürzt und abgehackt, mußte aber häufig einhalten, um nach Worten zu suchen. Im Satzbau syntaktische Entstellungen, daneben Paraphasien, Perseverationen und immer wieder stereotyp wiederholte Redewendungen. Bei Erwähnung der ihm angeblich gemachten Vorwürfe folgten sofort schwere affektinkotinente Tränenausbrüche, sonst blieb die Stimmung im Gespräch eher flach-euphorisch. In seinen Äußerungen über die vorgesetzten Meister klang ein heftiges Ressentiment durch, weil diese ihn nicht als gleichberechtigt anerkennen und seine Verbesserungsvorschläge nicht akzeptieren wollten. Eingeschränkte mimische Variationsbreite, mangelnde Sprachmodulation. Erhebliche Merkschwäche, Zeitgitterstörungen und deutliche Beeinträchtigung des Kritik- und Urteilsvermögens. Das *Pneumencephalogramm* ergab eine mittelgradige symmetrische Erweiterung des Ventrikelsystems und der basalen Cysternen sowie eine deutliche Vermehrung der Subarachnoidalfüllung. Im *Liquor* war lediglich elektropherographisch eine leichte Vermehrung der  $\beta$ -Globuline nachzuweisen.

Wie im einzelnen noch zu zeigen sein wird, lassen sich die hier beschriebenen paranoiden Syndrome aus der bekannten Kretschmerschen Trias von Charakter, Erlebnis und Milieu verständlich ableiten, sofern man die hirnorganische Wesensveränderung der Kranken und deren veränderte Erlebnisweisen in Rechnung stellt. Nach der von JASPERS getroffenen Unterscheidung dürfte es sich demnach nicht um einen echten Beeinträchtigungswahn, sondern um wahnhafte Beeinträchtigungsideen handeln. Entsprechend dem niedrigen Differenzierungsgrad der Patienten, auf dessen Bedeutung für die Erscheinungsweise seelischen Krankseins vor allem MAUZ immer wieder hingewiesen hat, ist das Wahngebilde relativ einfach und plump.

Die *katamnestische* Untersuchung ergab bei Konrad R. jetzt fast unverändert das gleiche Bild. Er ist inzwischen invalidisiert worden und richtet nun an verschiedene Behörden, insbesondere an das Sozialgericht und das Gewerbeaufsichtsamt, immer wieder Eingaben, in denen er verlangt, daß seine frühere Firma als Urheberin seiner „Frühinvalidität“ zur Rechenschaft gezogen werden müsse. Ständig treten ihm neue Details in Erinnerung, die ihm beweisen, daß man mutwillig seine Gesundheit zerstört hat und die er sorgfältig in eine Reihe von Kladden einträgt. Sachlichen Einwendungen gegenüber ist er wie früher völlig uneinsichtig. Infolge seiner hirnorganisch bedingten affektiven Verflachung fehlt ihm die nötige Dynamik, um zu einem echten Querulant zu werden. Bei Konrad R. ist es somit zu einer irreversiblen *paranoiden Entwicklung* gekommen.

Karl S. hat sich gleichfalls nicht zu einer wirklichen Korrektur seiner wahnhaften Vorstellungen bringen lassen. Nach seiner Versetzung in eine andere Abteilung mit einer leichteren Arbeit und unter der sehr geschickten Führung seiner verständigen Ehefrau haben sie jedoch ihre Dynamik verloren und sind in den Hintergrund getreten. Sehr wahrscheinlich hat sich dabei die fortschreitende affektive Nivellierung des primär explosiven Kranken, die sich katamnestisch nachweisen ließ, günstig ausgewirkt. Nach den Worten der Ehefrau ist er „milder“ geworden, weniger schroff und reizbar, besser zu leiten. Der Verlauf entspricht hier eher einer *paranoiden Reaktion*, obwohl es noch zu früh ist, ein endgültiges Urteil abzugeben.

An Hand der oben bewußt ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten sollte gezeigt werden, wie der erlebnishaften Wirkung einer Hirnerkrankung entscheidende Bedeutung für die Entstehung des paranoiden Syndroms zukommt. Daß in beiden Fällen tatsächlich eine Hirnerkrankung vorliegt, ergibt sich für uns aus der Vorgeschichte und aus dem klinischen Bild, insbesondere aber aus dem psychopathologischen Befund. Welcher Art sie ist, läßt sich jedoch wenigstens im zweiten Fall nicht klären. Entsprechend dem pneumencephalographischen Befund muß man sich mit der Feststellung eines ätiopathogenetisch unklaren hirnatrophischen Syndroms begnügen. Da das Auftreten der subjektiven Beschwerden schon mehrere Jahre zurückliegt und der Liquor zur Zeit der pneumencephalographischen Untersuchung praktisch normal war, dürfte es sich nicht um einen floriden Prozeß handeln (DELANK u. a.). Bei Karl S. dagegen sind die pneumencephalographischen Veränderungen als Ausdruck eines beginnenden hirnatrophischen Prozesses aufzufassen, der im übrigen unter Berücksichtigung der vasopathisch-explosiven Primärkonstitution des Kranken und der recht typischen subjektiven Beschwerden am ehesten vasaler Genese ist.

Die Verwendung des Begriffes „Hirnatriphie“ in der psychiatrischen Systematik begegnet heute lebhafter Kritik. Dabei wird neben der Unsicherheit in der Beurteilung pneumencephalographischer Befunde, die zu sehr vom subjektiven Urteil des Untersuchers abhängen soll, vor allem bemängelt, daß die Diagnose „Hirnatriphie“ ein tatsächlich nicht vorhandenes Wissen vortäusche, weil die Art der ihr zugrunde liegenden cerebralen Erkrankung unbekannt bleibe und daher unter Umständen völlig heterogene Zustände unter dieser Bezeichnung zusammengefaßt werden.

Wenn man sich auch stets vor Augen halten muß, daß die „Hirnatriphie“ keine Diagnose, sondern lediglich eine syndromatische Bezeichnung ist, die sich nicht allein auf den pneumencephalographischen Befund stützen darf, so erscheint es uns doch nicht ratsam, auf diesen Begriff ganz zu verzichten. Ätiopathogenetisch unklare Hirnerkrankungen mit hydrocephalen Erweiterungen der Liquorräume lassen sich kaum anders kennzeichnen. Ferner gelingt es mit Hilfe dieses Begriffes, heterogene Erkrankungen unter einem einheitlichen Gesichtspunkt, nämlich dem des Hirnabbaus, zusammenzufassen. Darin sehen wir einen Vorteil, weil es für bestimmte Untersuchungen nicht entscheidend ist, ob die vorliegende Hirnerkrankheit im Einzelfall entzündlich, vasal oder sonstwie bedingt ist, sondern daß eine diffuse und irreversible Beeinträchtigung der Hirnfunktion klinisch nachgewiesen werden kann. Hier ist an die Auffassung BRONISCHS zu erinnern, nach der eine Hirnatriphie Voraussetzung jeder chronischen körperlich begründbaren Psychose ist.

Die Kritik an der Verwendung des Begriffes „Hirnatriphie“ ist allerdings nur allzu berechtigt insofern, als die mit dem pneumencephalographischen Befund erreichte „Diagnose“ sehr leicht dazu verführt, alles weitere Fragen aufzugeben. Bei den beginnenden oder leichteren hirnatriphischen Prozessen, die noch am ehesten eine bunte psychopathologische Symptomatik hervorbringen können, tritt das hirnorganische Moment im klinischen Bild oft weitgehend zurück, so daß ihre Erkennung nur einer subtilen psychopathologischen Analyse gelingen kann. Gerade die auf diesem Boden entstehenden paranoiden Syndrome werden deshalb leicht verkannt. Ist dann aber erst einmal eine Hirnatriphie nachgewiesen, so wird sie leicht ungebührlich in den Vordergrund gestellt, während andere — für die Entstehung des paranoiden Syndroms nicht minder wichtige — Faktoren vernachlässigt werden, da nach ihnen gar nicht mehr gefragt wird.

Wie wir bereits erwähnten, ist die gestaltende Dynamik paranoider Entwicklungen von spezifischen psychologischen Situationen abhängig, die durch Reaktionen zwischen Charakter und Erlebnis geschaffen werden. In unseren Fällen tritt das hirnatriphische Syndrom hinzu. Es entfaltet dabei eine doppelte Wirkung, indem es einerseits die Quelle jener Erlebnisse bildet, die letztlich den Anstoß zur Wahnbildung geben, und indem es andererseits mit Charakterveränderungen einhergeht, deren Bedeutung für die Entstehung psychogener Wahnsymptome KRETSCHMER schon vor 40 Jahren herausgearbeitet hat. Er nennt hier im einzelnen, die erhöhte affektive Reizbarkeit, die Bildung überwertiger Ideen durch nicht abgefangene Affektstöße, die dysphorische Verstimmung mit der Neigung zum Aufkommen von Unlustreizen, das zu sensitiven Beziehungen führende Gefühl der eigenen Insuffizienz, den Antriebsmangel mit den daraus resultierenden Affektstauungen und Verhaltungen, Störungen auf assoziativem Gebiet und schließlich die erhöhte cerebrale Ermüdbarkeit.

Vergegenwärtigen wir uns nun die Primärstruktur unserer Kranken, so erkennt man unschwer die für Paranoiker so charakteristische Kontrastanlage von überhöhtem Selbstgefühl und versteckten Insuffizienzen. Beiden ist ein überspitzter Berufsstolz eigen, dazu ein ungeheurer Leistungsehrgeiz, dem das Ressentiment der durch Abhängigkeit und Unter-Ordnung bestimmten beruflichen Stellung gegenübersteht. Beide sind in ihren Strebungen völlig auf berufliche Geltung und Erfolg eingeengt, in ihrem Werterleben auf Leistung und Qualität ausgerichtet und zugleich durch eine starke Rechtsempfindlichkeit geprägt.

Konrad R. war wie sein Bruder immer sofort aus dem Gleichgewicht, wenn ihm in der Arbeit ein Vorwurf gemacht wurde oder wenn etwas nicht klappte. Obwohl ihm „fachlich keiner was anhaben kann“, muß er aber von der Betriebsleitung Weisungen entgegennehmen, die nicht immer seiner Überzeugung entsprechen, weil es ihm nicht gelang, selbst in eine leitende Position hineinzukommen. Der explosive Karl S. war von jeher ein mißtrauischer und verschlossener Außenseiter. Auch er, der sich im Handwerklichen allen Arbeitskollegen weit überlegen glaubt, erfährt in seinem Beruf nicht die ersehnte Anerkennung. Vielmehr muß er zusehen, wie jüngere Kollegen mit geringerer fachlicher Qualifikation es verstehen, nach oben aufzurücken. Bei ihm zeigt sich im übrigen auch sehr deutlich die kennzeichnende Abartigkeit der Sexualkonstitution. Erst mit 35 Jahren lernt er zum ersten Mal eine Frau näher kennen, und es dauert dann noch 6 Jahre, ehe er sie heiratet. In seiner erotischen Instinktunsicherheit wählt er zudem eine Frau, der er in keiner Weise gewachsen ist. Seine verdrängte Insuffizienz in der Intimsphäre kann deshalb sehr wohl zu einer weiteren Akzentuierung seines ohnehin überreizten beruflichen Geltungsgefühls geführt haben.

Indem die Kranken gerade in jenen Strebungen Schiffbruch erleiden, auf die ihr höchster Ehrgeiz gerichtet ist, leben sie in einer unbefriedigten und affektiv gespannten Dauersituation, die F. A. KEHRER als eine Grundbedingung der Paranoia bezeichnet hat. In einer derartigen Konstellation muß der Einbruch einer Hirnerkrankung für die Kranken zu einem außerordentlich affektstarken Erlebnis und zu einer massiven Bedrohung ihrer Wertwelt werden.

Die Kranken spüren das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit, fühlen sich ständig schlapp, müde und unlustig, schaffen ihren gewohnten Akkordsatz nicht mehr, machen in der Arbeit Fehler und verrichten nur mit äußerster Anstrengung ihren Beruf, der ihnen sonst ihr Lebensinhalt war. Die Bewältigung und Verarbeitung des Erlebnisses der Insuffizienz, die für sie etwas Beschämendes darstellt, ist ihnen schon von ihrer Struktur her kaum möglich; sie wird aber noch erschwert dadurch, daß das Erlebnis auf eine sich hirnorganisch verändernde Persönlichkeit trifft. Durch Reibereien mit Vorgesetzten und Kollegen kommt es zu

Zurechtweisungen und Zurücksetzungen, die ihrerseits wieder quälende Verletzungen des übersteigerten beruflichen Geltungsgefühls und des Rechtsempfindens zur Folge haben. Vermehrte Anstrengungen lassen die Kranken ihr Versagen nur um so deutlicher erleben. Gänzlich unerträglich wird für sie der Vorwurf der Drückebergerei, dem sie durch das immer wieder negative Ergebnis ärztlicher Untersuchungen ausgesetzt werden. Wenn sie sich gekränkt zurückziehen, so werden sie andererseits auch bald gemieden und isoliert. Ärger, Unmut und Gekränktheit verdichten sich in dieser Situation rasch zu Mißtrauen. Das alles trägt dazu bei, daß es über das Erlebnis der eigenen Insuffizienz zu Beziehungsideen und schließlich zu der entsprechend ihrer sthenischen Charakterkomponente querulatorisch verarbeiteten wahnhaften Überzeugung kommt: „Ich war denen zu tüchtig! Nur deshalb haben sie mich jetzt aus dem Weg geschafft!“

In der Thematik dieses Wahns wird deutlich, daß ihm auch eine finale Tendenz innenwohnt. Durch die wahnhafte Außenprojektion wird die Affektrichtung verschoben und damit das Gefühl der Niederlage gemildert. Auch hier zeigt sich wieder, daß der „Wahnglaube von Unerträglichkeit befreit, die Erlösung von einer Realität ist“ (JASPERS). Den Kranken fehlt auch nicht jener Anflug von Größenwahn, mit dem sich der Verfolgungswahn so häufig durchsetzt. Man muß eben schon der Beste und Tüchtigste sein, wenn die Kollegen Anlaß haben sollen, jemand zu beseitigen und auszuschalten.

Wir haben darzustellen versucht, wie in einer gleichsam „wahnbereiten“ Gesamtkonstellation von charakterogenen und situativen Faktoren durch die zugleich charakterverändernde und erlebnishafte Wirkung eines hirnatriphischen Syndroms paranoide Reaktionen bzw. Entwicklungen in Gang gebracht werden können. Das hirnatriphische Syndrom führt gewissermaßen zur Dekompensation solcher Konstellationen. Auf die interessante Frage, inwieweit umgekehrt konstellative Momente die Dekompensation einer Hirnatrophie herbeizuführen vermögen, können wir in diesem Zusammenhang nicht näher eingehen. Hier kam es uns nur darauf an, an Hand der gegebenen Beispiele zu zeigen, daß die Entstehung von derartigen paranoiden Bildern auf dem Boden hirnatriphischer Syndrome nicht aus dem irgendwie gearteten Zusammentreffen mit einer bestimmten Anlage allein zu erklären ist, sondern daß sie stets ganz spezifische konstellationspathologische Bedingungen zur Voraussetzung haben.

Es bleibt vorläufig eine Frage des Standpunktes, ob man lediglich die Thematik solcher Wahnbildungen als eine Funktion von Charakter und Erlebnis betrachten will (K. SCHNEIDER, JANZARIK), oder ob man auch ihre Genese auf dem Boden des hirnatriphischen Syndroms verstehend erfassen kann. In jedem Falle dürfte jedoch eine konstellationspatho-

logische Betrachtungsweise für diese paranoiden Bilder insofern Bedeutung und Wert haben, als sie uns einem tieferen Verständnis der Kranken näher führt. Der Nachweis einer Hirnatrophie kann uns deshalb nicht von der Verpflichtung einer umfassenden mehrdimensionalen Ausdeutung eines jeden Einzelfalls entbinden.

### Zusammenfassung

Einleitend wird die Problematik der symptomatologisch so außerordentlich vielgestaltigen hirnatrophischen Krankheitsbilder erörtert, deren Entstehung durch den pneumencephalographischen Nachweis einer Hirnatrophie allein nicht erklärt werden kann. Vor allem paranoide Reaktionen und Entwicklungen auf dem Boden hirnatrophischer Syndrome sind einseitigen Erklärungsversuchen nicht zugänglich, sondern erfordern eine mehrdimensionale Betrachtungsweise.

Verschiebungen des endogenen Untergrundes, wie sie durch Hirnabbauvorgänge bewirkt werden können, stellen auf diesem Gebiet nur das Unspezifische, das Variable dar, während die gestaltende Dynamik dieser paranoiden Bilder durch typische Reaktionen zwischen Charakter und Erlebnis geprägt wird (KRETSCHMER).

An Hand von zwei ausgewählten Fällen, deren Krankengeschichten auszugsweise wiedergegeben werden, ließen sich die konstellationspathologischen Bedingungen der Entstehung solcher paranoiden Reaktionen und Entwicklungen auf dem Boden hirnatrophischer Syndrome aufzeigen. Letztere entfalten dabei eine doppelte Wirksamkeit, indem sie einerseits Charakterveränderungen bewirken, welche die Wahnbildung begünstigen, und andererseits die Quelle jener Erlebnisse bilden, die letztlich den Anlaß dazu bieten. Die Bedeutung dieser erlebnishaften Wirkung der Hirnerkrankung wird oft nicht genügend gewürdigt. Charakterologisch ist den geschilderten Kranken die kennzeichnende Kontrastanlage von überhöhtem Selbstgefühl und versteckten Insuffizienzen gemeinsam. Mangelnder beruflicher Erfolg und das Verbleiben in abhängigen und untergeordneten Stellungen führen bei ihnen zu chronischen Überreizungen ihres ausgeprägten Berufsstolzes. Sie erleiden Schiffbruch gerade in den Strebungen, auf die ihr höchster Ehrgeiz gerichtet ist. In einer damit schon „wahnbereiten“ Gesamtkonstellation führt der Einbruch der cerebralen Erkrankung gewissermaßen zu einer Dekompensation.

Auf den Wert und auf die Bedeutung einer konstellationspathologischen Betrachtungsweise für die paranoiden Reaktionen und Entwicklungen auf dem Boden hirnatrophischer Syndrome, die neben somatischen und anlagebedingten Faktoren insbesondere auch alle psychogenetischen Momente „mehrdimensional“ erfassen muß, wird abschließend hingewiesen.

### Literatur

ALBRECHT, P.: Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. Z. ges. Neurol. Psychiat. **22**, 306 (1914). — BIENBAUM, K.: Der Aufbau der Psychose. Allg. Z. Psychiat. **75**, 455 (1913). — BRONISCH, F. W.: Hirnatriphische Prozesse im mittleren Lebensalter und ihre psychischen Erscheinungsbilder. Stuttgart 1951. — DELANK, H. W.: Der Liquor cerebrospinalis bei den sogenannten Hirnatriphien. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 355 (1957). — JANZARIK, W.: Die „Paranoia (GAUPP)“. Arch. Psychiat. Nervenkr. **183**, 328 (1949). — JASPER, K.: Allgemeine Psychopathologie. 6. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953. — KEHRER, F. A.: Paranoische Zustände. In: Hdb. d. Geisteskrankh. v. BUMKE, Bd. VI. Berlin: Springer 1928. — KLEIST, K.: Involutionsparanoia. Allg. Z. Psychiat. **70**, 1 (1913). — KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl. Bd. II, Leipzig 1910. — KRETSCHMER, E.: Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Z. ges. Neurol. Psychiat. **45**, 272 (1919). Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950. — MAUZ, F.: Vom Seelenleben des Menschen. In: Vom Unbelebten zum Lebendigen. Eine Ringvorlesung an der Univ. Münster i. W. Stuttgart 1956. — RÜMKE, H.: Mehrdimensionale Diagnostik und nosologische Entität. In: Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie. Festschrift zum 70. Geburtstag von E. KRETSCHMER. Stuttgart 1958. — SCHNEIDER, K.: Zur Frage des sensitiven Beziehungswahnes. Z. ges. Neurol. Psychiat. **59**, 51 (1920). — Klinische Psychopathologie. 4. Aufl. Stuttgart 1955. — SEELENT, H.: Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. Arch. Psychiat. Nervenkr. **55**, 1 (1914). — SERKO, A.: Die Involutionsparaphrenie. Mschr. Psychiat. Neurol. **45**, 245 (1919). — WEITBRECHT, H. J.: Cyclothymes Syndrom und hirnatriphischer Prozeß. Nervenarzt **24**, 489 (1954). — Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 41 (1957).

Dr. G. W. SCHIMMELPFENNIG, Münster i. W., Univ.-Nervenklinik.