

Aus der Universitäts-Nervenlinik Mainz
(Direktor: Professor Dr. H. KRANZ)

Zur Frage der paranoid-halluzinatorischen Psychosen bei raumfordernden intrakranialen Prozessen

Von

K. HEINRICH und W. KORN

Mit 3 Textabbildungen

(Eingegangen am 11. Januar 1960)

Paranoid-halluzinatorische schizophreniforme Syndrome ohne Bewußtseinstörung sind bei raumfordernden intrakranialen Prozessen relativ selten.

WALTHER-BÜEL fand unter 600 Hirntumoren sechsmal schizophrene bzw. schizophrenieähnliche Bilder. Ähnliche Mitteilungen machen auch ältere Autoren: Unter den 775 Fällen von Hirntumoren der verschiedensten Art und Lokalisation, die von SCHUSTER analysiert wurden, befanden sich 19 Patienten, deren psychische Störungen von ihm als Paranoia chronica bezeichnet wurden. REDLICH stellte fest, daß zwar bei Hirntumoren Psychosen mit Wahnbildung und komplexen Halluzinationen vorkämen, daß sich diesen Symptomen meist jedoch von vornherein oder bald Bewußtseinsstörungen beimengten. Auch PREIFER bestätigt das Vorkommen von paranoiden Beeinträchtigungsideen zusammen mit entsprechenden Sinnestäuschungen, konstatiert jedoch die gewöhnlich vorhandene Flüchtigkeit der Wahnideen, die es nicht zur Bildung und Festhaltung eines bestimmten Wahnsystems kommen lasse. Die „extreme Seltenheit“ schizophreniformer Psychosen bei Hirntumoren wird von HECAËN und AJURIAGUERRA ausdrücklich hervorgehoben.

Die Kombination eines raumfordernden Prozesses mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom stellt der psychopathologischen Analyse im Rahmen unserer Erörterungen zunächst die Aufgabe der Ausscheidung solcher Fälle, in denen ein organischer und ein schizophrener (endogener) Prozeß zufällig kombiniert sind. Durch Studium der Erbfaktoren, der präpsychotischen Persönlichkeitszüge und Erlebnisweisen mit dem Hinübergreifen der letzteren in die Psychose sowie der zeitlichen und quantitativen Korrelationen zwischen dem Auftreten des organischen und des psychotischen Prozesses ist ein möglichst hoher Grad von Wahrscheinlichkeit für die Beurteilung der Zusammenhänge anzustreben. Der Nachweis der „Verursachung“ eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms durch einen raumbeanspruchenden Prozeß im Schädelinneren stößt naturgemäß gerade bei den Fällen, die wir im Auge haben, auf Schwierigkeiten, da keine Bewußtseinstörungen und, von einem Beispiel abgesehen, keine Erscheinungen des fortschreitenden Persönlichkeitsabbaues im Sinne der Demenz als „obligate“ Kennzeichen der

körperlich begründbaren Psychose bestanden. Es ist als möglich einzuräumen, daß Symptome des Persönlichkeitsabbaues lediglich zur Zeit unserer Untersuchungen bei den betreffenden Kranken noch nicht vorhanden waren, sich später jedoch noch einstellen werden. Entscheidende Bedeutung für unsere Betrachtungen hat diese Möglichkeit jedoch insofern nicht, als die beobachteten paranoid-halluzinatorischen Zustandsbilder seit Jahren ohne Bewußtseinstörungen bzw., von der erwähnten Ausnahme abgesehen, ohne Demenz verlaufen sind und der der Diagnose vorausgehende Indizienbeweis sich nicht auf diese Symptome beziehen konnte. Die direkte kausale Verkettung von tumorösem Prozeß und psychotischem Syndrom, etwa im Sinne der Deutung der Psychose als eines spezifischen psychischen Epiphänomens eines nach Art und Lokalisation definierten organischen Prozesses ist insofern nicht erlaubt, als sie die konstitutionellen und erlebnisbedingten Faktoren außer acht lassen würde, die bei Entstehung und Ausgestaltung eines derartigen psychotischen Zustandes offenbar wirksam sind.

Die psychopathologische Untersuchung solcher Fälle muß in dem Bestreben, kausal belangvolle somatische und psychische Konstellationen aufzudecken, die in ihren Wechselwirkungen das resultierende Gesamtbild bedingen, notwendigerweise mehrdimensional im Sinne KRETSCHEMERS sein. Sie muß sich auf die charakterologischen, die erlebnismäßigen und schließlich auch auf die durch den organischen Prozeß hervorgerufenen Gegebenheiten beziehen und damit eine Bedingungstrias erfassen, deren einzelne Faktoren unerläßlich zur Ausbildung der psychischen Störung zu sein scheinen.

Beobachtungen

Das Ineinandergreifen der verschiedenen Komponenten dieser Trias ist im Falle eines 58jährigen Akademikers, Dr. E., der wegen eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms bei Hypophysenadenom mit Akromegalie und Diabetes mellitus in die Nervenklinik aufgenommen werden mußte, deutlich zu verfolgen.

Fall 1. Der Kranke, in dessen Sippe sich keine Psychosen finden, wurde von seiner Frau als schon von jeher mißtrauisch und zu angedeutet sensitiven Verhaltensweisen neigend geschildert. Eine gewisse ängstlich-schuldbewußte emotionale Spannung empfand er schon seit Jahren, weil er glaubte, sich gegen wichtige gesetzliche Bestimmungen vergangen zu haben, deren strikte Befolgung gerade seinem Berufsstand auferlegt ist. Er lebte in der ständigen Furcht, daß seine vermeintlichen Übertretungen entdeckt und mit einer peinlichen Maßregelung geahndet werden könnten. Ebenfalls Jahre vor den eigentlichen psychotischen Störungen und der akromegalen körperlichen Entstellung glaubte er gelegentlich, daß ihn die Straßenpassanten auffällig ansähen und wohl auch manchmal über ihn lachten. Seine Strümpfe zählte er selbst, obwohl nie ein Anhalt dafür bestanden hatte, daß die sehr zuverlässige Hausgehilfin jemals etwas verloren und gar entwendet hätte. Diese Wesenszüge bzw. die Konfliktsituation beeinträchtigten die beruflichen

Leistungen und die soziale Eingliederung des überdurchschnittlich intelligenten und gebildeten, sehr kenntnisreichen und tüchtigen Mannes in keiner Weise, von der Umgebung wurden sie als Skurrilitäten hingenommen.

8 Jahre vor der Aufnahme in die Klinik waren die ersten akromegalen Veränderungen (Vergrößerung des Unterkiefers, Lockerung und Auseinanderrücken der Zähne, Verplumpung und Größenzunahme der Zunge, Dickerwerden von Fingern und Zehen, Volumenzunahme der Körperhöhlen) eingetreten. 1 Jahr später war ein hypophysärer Diabetes mellitus festgestellt worden, der die Einhaltung von Diät und die Zufuhr von maximal 40 E Altinsulin täglich erforderlich machte. 2 Jahre vor der Klinikaufnahme setzten bei Dr. E. wahnhafte Befürchtungen ein, die seine ganze Lebensgestaltung beherrschten und auf das schwerste beeinträchtigten. Zunächst glaubte er von einem bestimmten Nachbarn „abgehört“ zu werden, später dehnte sich dieser Beeinträchtigungswahn auch auf andere Nachbarn, schließlich auf ein anonymes „Kommando“ aus, das vermeintlich mit seiner Überwachung beauftragt war. Gleichzeitig hörte er die ihn beschimpfenden und hämisch kommentierenden Stimmen der Verfolger und glaubte unter den Einwirkungen von elektrischen Stromstößen zu leiden, zu deren Abschirmung er Bleiplatten unter seinem Bett und unter seinem Schreibtisch anbringen ließ. Er wurde zunehmend ängstlich und menschenfeindlich und erwartete wiederholt nächtelang die ihm von seinen Stimmen angekündigte Verhaftung durch die Polizei. Verhandlungen mit Klienten führte er zu deren Befremden bevorzugt in der dunkelsten Zimmerecke oder in dem engen Raum zwischen 2 Doppeltüren, da er sich so einigermaßen vor der Beobachtung durch das sonst allgegenwärtige Verfolgungskommando sicher fühlte. Die Darmentleerung hielt er willkürlich tagelang hintan, um der vermeintlichen Beobachtung bei dieser intimen Verrichtung zu entgehen. An ihn gerichtete Briefe wagte er nur an einsamen Stellen im Wald zu lesen.

Die neurologische Untersuchung erbrachte in bezug auf die Hirnnervenfunktionen, die Reflexe, die Motilität, die Koordination und die Sensibilität keine abnormen Befunde. Röntgenologisch war ein intrasellärer raumfordernder Prozeß nachzuweisen, bei dem es sich in Anbetracht der begleitenden endokrinen Störungen wohl um ein eosinophiles Hypophysenadenom handelte. Der Sellaboden war unscharf gezeichnet, eine weichteildichte Verschattung ragte in die erheblich vergrößerte Keilbeinhöhle hinein. Die Nasennebenhöhlen waren sämtlich in der für die Akromegalie typischen Weise deutlich vergrößert (Abb. 1).

Hirndrucksymptome klinischer Art bestanden zu keiner Zeit. Der Umstand, daß die Sehnerven durch den Tumor nicht geschädigt wurden, ist wohl darauf zurückzuführen, daß dieser nach seinem Durchbruch in die stark vergrößerte Keilbeinhöhle dort reichlichen Ausdehnungsraum fand, so daß, von der Hypophyse selbst abgesehen, Läsionen der Hirnbasisstrukturen nicht zustande kamen.

Der Blutzuckerwert betrug bei der Klinikaufnahme maximal 209 mg-%, im Urin wurden in 24 Std 125 g Zucker ausgeschieden. Auf die Einstellung des Diabetes mit Diät und zuletzt 28 E Depot-Insulin täglich ging die Harnzuckerausscheidung auf 28 g in 24 Std zurück, der Blutzuckerwert betrug dabei 205 mg-%.

Die Beziehungen zwischen den psychotischen Inhalten bzw. Verhaltensweisen und den präpsychotischen Erlebnissen sind im Falle Dr. E.s recht aufschlußreich. Eine große Rolle im psychotischen Erleben des Kranken spielt ein bereits erwähnter Hauseinwohner, dessen Persönlichkeit und Verhalten schon Jahre vor dem Ausbruch der psychischen Erkrankung eine durch Ablehnung und Verachtung gekennzeichnete affektive Besetzung durch den Patienten erfahren hatten. Dieser Mann hatte während des letzten Krieges den berechtigten Unwillen Dr. E.s dadurch erregt, daß er Einzelheiten aus der sexuellen Intimsphäre der im Stockwerk unter ihm wohnenden Mieter vor einem größeren Personenkreis im Luftschutzkeller

erzählte. Er hatte diese Vorgänge angeblich durch den dünnen Fußboden seiner Wohnung wahrnehmen können. Später, während der dem ersten Auftreten der psychotischen Erscheinungen vorausgehenden 2 Jahre, war Dr. E. durch den Lärm erheblich beeinträchtigt worden, den die Familie desselben Hausbewohners verursachte, der nun gerade über den Räumen des Patienten wohnte. Höfliche Vorstellungen führten lediglich zu Ausfälligkeiten des Nachbarn, der unmittelbar vor dem Manifestwerden der wahnhaften Verfolgungsideen schließlich noch höhnisch



Abb. 1. Fall Dr. E.

erklärte, daß er alles durch die Zimmerdecke mitanhören könne, was in der Wohnung Dr. E.s vorgehe.

Seit dieser Bemerkung hatte der Patient befürchtet, daß man sein — tatsächlich abnorm lautes — nächtliches Schnarchen in der Wohnung über ihm hören und sich über ihn lustig machen könne. Diese Befürchtung war außerordentlich quälend und beeinträchtigte ihn in unerträglicher Weise. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten paranoid-halluzinatorische Symptome nicht vorgelegen, das Verhalten des Patienten war in der Konfliktsituation bis dahin den Geschehnissen angemessen und nachvollziehbar gewesen. Seine sehr sachliche und kritische Ehefrau hatte unter den unerquicklichen Verhältnissen im Hause ebenfalls sehr gelitten; die Reaktionen ihres Mannes vor Ausbruch der Psychose waren von ihr als völlig normal empfunden worden, während sie die Krankhaftigkeit der schließlich einsetzenden paranoid-halluzinatorischen Erscheinungen sofort erkannte.

Fall 2. Im Falle einer 44-jährigen Kranken, Frau D., finden sich psycho-physische Konstellationen, die den an Hand des Beispiels Dr. E. geschilderten sehr ähnlich sind. Der Großvater mütterlicherseits soll Trinker gewesen sein. Die Pat. selbst hat sich nach den Schilderungen der Angehörigen zumindest bis zum Tode des Ehemannes 1942 unauffällig verhalten; der schwere Schicksalsschlag wurde tapfer von ihr getragen. Kurz nach dem Tode ihres Mannes setzten jedoch infolge eines vorher bei ihr unbekannten Mißtrauens gegen die Umgebung, das sie hinter harmlosen Äußerungen und Handlungen feindliche Absichten vermuten ließ,

Streitigkeiten aus geringfügigen Anlässen mit den im selben Hause wohnenden Mietern ein. Dabei kam es auch zu tätlichen Auseinandersetzungen. Frau D. glaubte z. B., daß das Zuschlagen der Haustüre durch die Nachbarn oder Verunreinigungen im Hause durch spielende Kinder absichtlich geschähen, um sie zu ärgern. 1945 unternahm sie als Reaktion auf die ständigen Reibereien einen Suicidversuch mit Leuchtgas, der keine bleibenden psychischen bzw. körperlichen Folgen hinterließ. Obwohl die gegenseitigen Beschimpfungen und Drohungen zeitweise recht heftig

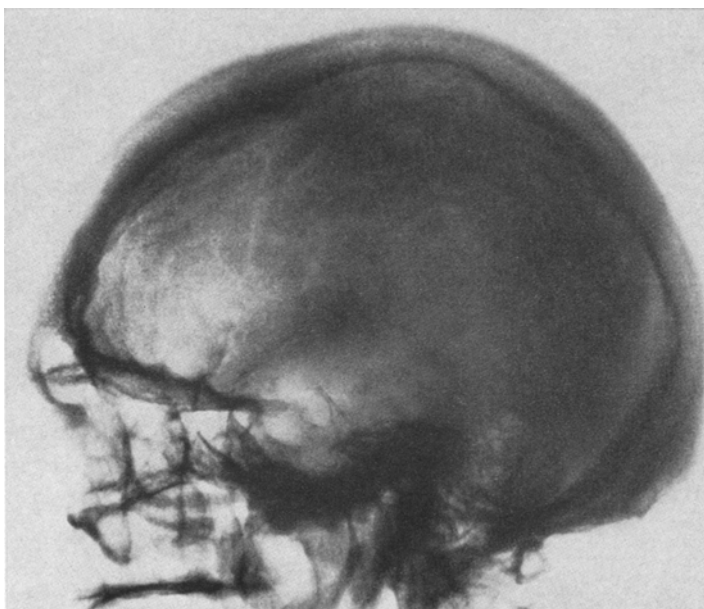


Abb. 2. Fall D.

waren, finden sich aus diesen Jahren keine Hinweise auf eigentlich psychotische Erlebens- und Verhaltensweisen.

6 Jahre vor der Aufnahme in die Klinik hatten sich die typischen körperlichen Erscheinungen einer Akromegalie eingestellt. Nach etwa 3 Jahren war das abnorme Körperwachstum zum Stillstand gekommen. Mit dem Einsetzen der akromegalen Veränderungen hatte das von den Angehörigen schon vorher als abnorm empfundene Mißtrauen gegen die Umgebung eine Steigerung bis zu psychotischen Ausmaßen erfahren. Frau D. fühlte sich zunächst von den Hausbewohnern, dann von den Nachbarn in derselben Straße, schließlich von allen Einwohnern ihres Heimatdorfes ständig belauscht, bespitzelt und verhöhnt. Sie glaubte, daß die Leute vor ihr ausspiesen, gleichzeitig wurde sie durch zahlreiche akustische Halluzinationen auf das schwerste beeinträchtigt. Sie hörte die Stimmen der Hauseinwohner und der Dorfgenossen, die sie mit ordinären Schimpfworten belegten, Todeswünsche und -drohungen gegen sie äußerten und vor allem immer wieder Bemerkungen fallen ließen, aus denen hervorgehen sollte, daß sie eine Hure und Abtreiberin sei. Äußerungen dieser Art hatten nach Ansicht der Pat. sogar der Pfarrer in der Kirche und der eigene 17jährige Sohn getan.

Sexuelle Probleme hatten die Kranke schon lange vor dem Ausbruch der Psychose bedrängt. 1945 hatte sie den letzten Geschlechtsverkehr gehabt, zu dem

es nach ihrer Darstellung nur infolge einer Vergewaltigung gekommen war. Offenbar war ihre Stellungnahme zu diesem Ereignis von vornherein ambivalent gewesen, woraus der sehr religiösen Frau heftige Selbstvorwürfe erwachsen waren, die noch durch die selbst vollzogene moralische Verurteilung wegen gelegentlicher Masturbationen verstärkt wurden. Die emotionale Belastung durch das Gefühl der Schuld und Beschämung wegen des wiederholten moralischen Versagens hielt bis jetzt an.

Bei der Aufnahme in die Nervenklinik fanden sich keine Anomalien hinsichtlich der Hirnfunktionen, des Reflexbefundes, der Motilität, der Koordination, der Sensibilität und der Gesichtsfelder. Die Zusammensetzung des Liquors war normal. Das Elektrencephalogramm war unauffällig. Die Röntgenaufnahmen des Schädels zeigten neben einer erheblichen Verdickung der porotischen Kalotte typische Symptome eines intrasellären Tumors: Ausgeprägte Erweiterung und Destruktion der Sella mit Auflockerung und unscharfer vorderer Begrenzung des Dorsum, Vortreibung des verschwommen gezeichneten Sellabodens in die Keilbeinhöhle (Abb. 2). Im Zisternogramm waren eine sich nach oben vorwölbende weichteildichte Verschattung sowie eine Anhebung der Cisterna chiasmatis zu erkennen. Auch bei diesem Tumor, der nach unten in die Keilbeinhöhle, nach vorne oben gegen das Chiasma opticum vorgewachsen war, handelte es sich nach den klinischen Befunden um ein eosinophiles Hypophysenadenom.

Besprechung

Die Analyse der hinsichtlich des psychopathologischen Syndroms wirksamen Bedingungskonstellation ergibt für beide Fälle wesentliche Übereinstimmungen. Sowohl Dr. E. wie Frau D. hatten vor dem Ausbruch der Psychose sensitive Persönlichkeitszüge erkennen lassen. Ersterer hatte als der wesentlich differenziertere und beherrschtere öffentliche Zusammenstöße vor der Psychose vermeiden können. Sein unbegründetes Mißtrauen war ihm von seiner verständnisvollen Umgebung um so leichter als zwar etwas sonderlinghafte, jedoch letztlich unbedenkliche Marotte nachgesehen worden, als er beruflich außerordentlich tüchtig war. Die psychisch erheblich primitiver strukturierte, zur rationalen Steuerung ihrer Emotionalität weniger fähige Frau D., in deren Lebenskreis man auf Äußerungen eines ungerechtfertigten und damit „beleidigenden“ Mißtrauens recht robust reagierte, wurde dagegen schon Jahre vor dem Auftreten von Sinnestäuschungen und eigentlicher Wahnsymptomatik in heftige Auseinandersetzungen verstrickt, die schließlich auch Anlaß eines Suicidversuchs wurden. Ungeachtet dieser Unterschiede ist festzuhalten, daß in beiden Fällen als für das spätere psychotische Zustandsbild kausal wesentlicher konstitutioneller Faktor eine Bereitschaft zu sensitiven Reaktionen vorhanden war.

Zu dieser angelegten Weise des Reagierens auf gewisse Umwelt-einwirkungen, durch die die Erlebnisse der Kranken gleichsam in eine bestimmte Richtung kanalisiert wurden, traten die emotionalen Auswirkungen unbewältigter Konflikte. Dr. E. hatte eine für seinen Berufsstand streng verbindliche gesetzliche Vorschrift nach seiner eigenen Ansicht unerlaubt großzügig ausgelegt und wegen seiner Handlungsweise

seit langem ein bohrendes Schuldbewußtsein empfunden. Die — objektiv wohl unberechtigte — Furcht vor einer peinlichen Untersuchung bzw. Maßregelung hatte ihn seit Jahren nicht mehr verlassen. Ist dieser innere Konflikt bei einer nach rational determinierten ethischen Maximen ausgerichteten Persönlichkeit recht bezeichnend, so ist es der quälende Widerstreit zwischen Sexualtrieb und dem als bindend anerkannten religiösen Gebot der Abstinenz im Falle der zwar primitiver, jedoch gemäß derselben Dynamik erlebenden Frau D. nicht minder. Sie hatte ihre sexuellen Verfehlungen nicht verwinden können, das beschämende Gefühl des sündhaften Versagens gegenüber der Versuchung war auch nach dem Erlöschen der Libido mit dem Einsetzen der Akromegalie noch nicht abgeklungen. Daß diese konflikterzeugenden Erlebnisse mit ihren affektiven Auswirkungen neben der konstitutionellen sensitiven Reaktionsbereitschaft als zweiter Faktor der angeführten Bedingungstrias wirksam geworden sind, scheint uns auch daraus hervorzugehen, daß sie in der psychotischen Thematik in beiden Fällen eine beherrschende Rolle spielen: Dr. E. wird wegen seiner vermeintlichen Übertretungen von einem unnachsichtigen „Überwachungskommando“ verfolgt, die Polizei will ihn verhaften. Frau D. wird vom ganzen Dorf als Hure angesehen und beschimpft.

Auf dem Hintergrund dieser protrahierten psychischen Traumatisierung durch einen chronischen inneren Konflikt erlitt Dr. E. das Erlebnis des plötzlichen Verlustes des bergenden Schutzes durch die eigene Wohnung. Unvermittelt hat der feindlich gesinnte Nachbar Einblick in die intimen Bezirke bekommen. Dieser Einbruch wurde als existentielle Katastrophe erlebt und hatte eine außerordentlich heftige Erschütterung zur Folge. Einen überwältigenden, unheimlichen Zusammenhang mußte Dr. E. auch darin erblicken, daß derselbe Nachbar, der vor vielen Jahren schon einmal in die geheimen Lebensbereiche eines anderen eingedrungen war, sich nun auch des eigenen Lebensraumes bemächtigte. ZITT hat auf die anthropologische Bedeutung der Wohnordnung hingewiesen. Er bezeichnet den Zusammenbruch dieser Ordnung als ordnungsspezifische Grenzsituation, deren Nichtbewältigung Angst und wahnhaftige Bedeutungsbewußtheit zur Folge habe.

Die unmittelbare zeitliche Aufeinanderfolge der brutalen Bedrohung und des Manifestwerdens des paranoid-halluzinatorischen Syndroms bei Dr. E. ist tatsächlich wohl nur mit Zwang als zufällig zu bezeichnen. Die ungekünsteltste Deutung ist, daß die überwältigende affektive Erschütterung ein bisher gerade noch aufrechterhaltenes Gleichgewicht zwischen sensibler Anlage, innerer Konfliktsituation und tumorbedingter cerebraler Schädigung — dem dritten Faktor der Bedingungstrias — einerseits und den kompensatorischen Möglichkeiten der psychobiologischen Persönlichkeit andererseits endgültig zur Dekompensation

gebracht hat. Funktionelle Zusammenhänge dieser Art sind von LLAVERO eingehend untersucht worden. Auf die Anschauungen dieses Autors wird im Hinblick auf unsere Problematik im folgenden noch einmal einzugehen sein. Im Falle Dr. E.s findet sich kein Hinweis darauf, daß etwa eine Exacerbation des bei Ausbruch der Psychose schon 6 Jahre bestehenden Tumorleidens, eine plötzliche Hirndrucksteigerung oder eine Zunahme der endokrinen Störungen bestanden hätte, die primär von der körperlichen Seite her den Sprung vom psychopathischen zum psychotischen Erleben verursacht hätte. Eine klinische Untersuchung zur Zeit des Ausbruchs der Psychose hatte keine entsprechenden Befunde ergeben. Es ist völlig unwahrscheinlich, daß dem vor der stationären diätetischen und medikamentösen Einstellung tatsächlich vernachlässigten hypophysären Diabetes mellitus eine ursächliche Rolle bei der Entstehung der Psychose zukommt, da auch nach der Regulierung des Kohlenhydratstoffwechsels die psychotische Symptomatik unverändert blieb. Die von K. SCHNEIDER geforderte Parallelität der Verläufe von somatischer Erkrankung und psychischer Störung bei körperlich begründbaren Psychosen war in dieser Hinsicht nicht vorhanden.

Im Falle der Patientin D. waren es dagegen allem Anschein nach somatische, mit dem Hypophysenadenom in Zusammenhang stehende Einflüsse, die den Zeitpunkt des plötzlichen Wandels des Erlebens vom konstitutionell Abnormen zum Psychotischen bestimmten. Hier würde man den Gegebenheiten Zwang antun, wenn man das zeitliche Zusammentreffen der ersten akromegalen Erscheinungen mit dem Ausbruch der Psychose als zufällig und hinsichtlich kausaler Beziehungen als irrelevant bezeichnen wollte. Im Gegensatz zur Vorgeschichte Dr. E.s findet sich bei Frau D. keine vergleichbare akute emotionale Belastung unmittelbar vor dem Manifestwerden der Psychose, die mit deren Ausbruch gerade zu diesem Zeitpunkt in Zusammenhang gebracht werden müßte. Die Annahme hat wohl am meisten Wahrscheinlichkeit für sich, daß es nicht so sehr die sich in der Akromegalie ausdrückenden endokrinen Vorgänge waren, die die Psychose in Erscheinung treten ließen, sondern daß es der Tumor als solcher war, dessen cerebrally schädigende Potenz gleichzeitig mit dem Erkennbarwerden seiner hormonalen Auswirkungen ein Ausmaß erreichte, das den Zusammenbruch des bis dahin gewahrten funktionellen Gleichgewichts zur Folge hatte.

Dasselbe gilt wohl auch für den von TAMBURINI (zit. n. SCHUSTER) mitgeteilten Fall einer 36jährigen Frau, bei der zusammen mit dem Einsetzen akromegaler Erscheinungen ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom auftrat. Bei der Obduktion wurde ein fast hühnereigroßes Hypophysenadenom gefunden.

Von SCHUPPIUS wurde ein sorgfältig untersuchter Fall mitgeteilt, der in wesentlichen Punkten Parallelen zu den vorstehend beschriebenen aufweist. Es handelt sich um einen erblich belasteten (Onkel Trinker, Vetter Epileptiker) 30jährigen Studenten der evangelischen Theologie, bei dem von Jugend auf psychopathische

Wesenszüge (abnorme Ängstlichkeit, übertriebene Sorgfalt bei der Arbeit, sonderlinghafte Verhaltensweisen) zu bemerken gewesen waren. Zu diesen konstitutionellen Abartigkeiten trat plötzlich während des theologischen Examins, das bei der Ängstlichkeit und Skrupelhaftigkeit des Pat. ohnehin schon eine erhebliche emotionale Belastung darstellte, das als schweres psychisches Trauma erlebte Scheitern der zweiten Ehe des Vaters. Die Stiefmutter war Katholikin und war wegen ihrer Konfession von dem Kranken heftig abgelehnt worden. Einige Tage nach diesem Schock brach bei ihm eine paranoid-halluzinatorische Psychose aus, deren Inhalte bezeichnenderweise seine religiösen Konflikte widerspiegeln. Er glaubte, daß der Teufel durch die Katholiken in das väterliche Haus hineingekommen sei und daß er ihn verjagen müsse, verkannte die Personen der Umgebung als feindlich drohende Katholiken, befürchtete seine Ermordung und sah Christus, der ihn beauftragte, die Evangelischen gegen die Jesuiten zu schützen. Die Ehefrau des Vaters, offenbar die Schlüsselfigur seines pathologischen Erlebens, hielt er für eine „Jesuitin“. Während der klinischen Beobachtung ging dieses durch Wahnsymptomatik und Sinnestäuschungen charakterisierte Syndrom in ein katatonies Zustandsbild mit sprachlicher und motorischer Erregung über, in dessen Verlauf der Kranke nach einigen Tagen starb. Die Obduktion ergab einen „Hypophysentumor“ (Sarkom?), der das Chiasma opticum plattgedrückt und zu einer Verkleinerung der Keilbeinhöhle geführt hatte.

In diesem Falle lassen sich unschwer die Kausalfaktoren erkennen, die wir als Bedingungstrias bezeichnet haben: die psychopathische (hier wohl schizothyme) Anlage, die protrahierte affektive Belastung durch die Furcht vor dem Examen, zu der wie im Falle Dr. E. ein schweres akutes psychisches Trauma hinzutritt, das offenbar die endgültige Dekompensation herbeiführt, und schließlich der intraselläre Tumor als organisch-cerebrale Komponente. Das psychotische Syndrom gewinnt hier allerdings recht schnell einen „exogenen“ Charakter. Sowohl dieser Gestaltwandel wie auch der schnell eintretende Exitus müssen wohl mit der histologisch wahrscheinlich gemachten Bösartigkeit des Tumors in Verbindung gebracht werden, die die organische Läsion als beherrschenden Faktor rasch in den Vordergrund treten ließ.

Die Annahme kausaler Zusammenhänge zwischen emotionalem Schock und Psychoseausbruch drängt sich auch in dem von CHRISTIAN (zit. n. SCHUSTER) publizierten Fall eines 59jährigen Mannes auf, der im Anschluß an den Tod seiner Frau an einer Psychose mit Halluzinationen und wahnhaften Beeinträchtigungs-ideen erkrankte. Der Patient glaubte plötzlich, daß man ihn bestehlen und ermorden wolle, nachts hatte er optische Sinnestäuschungen. Bei der Sektion wurde ein hühnereigroßer Hypophysentumor gefunden. Angaben über die präpsychotische Wesensart des Kranken finden sich allerdings nicht, so daß nicht zu entscheiden ist, in welcher Weise gegebenenfalls eine entsprechende Bedingungskomponente beim Zustandekommen des psychotischen Syndroms wirksam wurde.

Es ist nicht wahrscheinlich, daß die mit der Akromegalie einhergehenden endokrinen Dysregulationen auf die Ausbildung eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms bestimmenden Einfluß ausüben. Solche Syndrome sind, wie unter anderem auch aus den Untersuchungen von SCHUPPIUS, LEMKE u. WEIDNER sowie aus der eigenen Kasuistik hervorgeht, als körperlich begründbare Psychosen bei raumfordernden

intrasellären bzw. intrakranialen Prozessen ohne endokrine Begleitsymptomatik in vergleichbarer Ausgestaltung festzustellen. Die Annahme eines kausalen Zusammenhanges zwischen psychotischen Erscheinungen dieser Art und der hormonalen Störung findet vor allem auch in den Erfahrungen M. BLEULERS keine Stütze.

Den erörterten Beispielen ist gemeinsam, daß die Emotionalität in ihrer Lebendigkeit und Reagibilität völlig erhalten ist. Das bei Akromegalen von M. BLEULER u. BLICKENSTORFER beschriebene endokrine Psychosyndrom, das vor allem durch Antriebsarmut, Apathie, Interessenverlust und Stumpfheit gekennzeichnet ist und das phänomenologisch dem von SCHÜRMANN bei Kranken mit Tumoren im Gebiet des Türkensattels festgestellten Syndrom der hypophyso-diencephalen Antriebs- und Aktivitätsstörung gleicht, fehlt bei ihnen. Andererseits finden sich unter den entsprechenden Bleulerschen und Schürmannschen Fällen keine psychotischen Zustandsbilder, die den unsrigen vergleichbar sind. Sowohl für die Entstehung von Wahnphänomenen wie auch von Sinnestäuschungen ist, wenn letztere nicht cerebrale Herdsymptome darstellen, was für die erörterte Kasuistik nicht zutrifft, eine bewegte und gespannte Emotionalität Voraussetzung. Nach ASCHAFFENBURG fördert die Gemütslage das Auftauchen von Trugwahrnehmungen unmittelbar. Die Erfahrungen bei der Pharmakotherapie mit Phenothiazinderivaten und Rauwolfiaalkaloiden liefern weitere Indizien für die Annahme eines vice versa ausschließenden Gegensatzes zwischen endogenem Psychosyndrom und paranoid-halluzinatorischem Syndrom. Eine der wesentlichen Wirkungen dieser gerade bei paranoid-halluzinatorischen Bildern mit Erfolg angewandten Mittel ist die Erzeugung von Antriebshemmung und affektiver Indolenz (von FLÜGEL akinetisch-abulisches Syndrom genannt). Die voll ausgebildete Neuroleptie stellt einen Zustand dar, der mit dem endokrinen Psychosyndrom oder dem Syndrom der hypophyso-diencephalen Antriebs- und Aktivitätsstörung wesentliche Übereinstimmungen zeigt. Gemeinsam ist der krankheitsbedingten und der pharmakogenen Senkung des affektiven Potentials auch, daß die Veränderung von den Patienten (im Gegensatz zur frontalen Antriebsstörung) selbst wahrgenommen wird und durch forcierte Willensanstriebe für kurze Zeit unterbrochen werden kann. Man wird daher fragen dürfen, ob nicht das voll ausgebildete endogene Psychosyndrom geradezu einen „Schutz“ gegen die Entstehung einer symptomatischen paranoid-halluzinatorischen Psychose darstellt, wie andererseits die mit der Neuroleptie verbundenen pharmakologischen Einwirkungen auf die Affektivität solche Psychosen therapeutisch beeinflussen können.

Daß derartige paranoid-halluzinatorische Syndrome jedoch keineswegs nur bei Hypophysentumoren auftreten, mag der folgende Fall zeigen.

Fall 3. Der jetzt 29jährige unverheiratete Zimmermann T. wird von seinen Angehörigen als „schon immer etwas schwierig“ geschildert. Von Kind an Eigenbrödl, hat er sich schwer an andere angeschlossen und war immer nur mit sich beschäftigt. Dabei fühlte er sich leicht beleidigt und zurückgesetzt. Die Volksschule absolvierte er ohne größere Schwierigkeiten, war allerdings nur ein sehr mittelmäßiger Schüler. Auch die Lehre durchstand er ohne sonderliche Komplikationen und schloß sie mit der Gesellenprüfung ab. In seinem Beruf wurde er als fleißig und tüchtig befunden; allerdings hatte er wegen seiner Unverträglichkeit und seiner Neigung, sich überall zurückgesetzt zu sehen, oft Streit, so daß er häufig die Stelle wechselte. Beziehungen zum weiblichen Geschlecht hat er nie aufgenommen, wie er sich überhaupt in der letzten Zeit immer mehr von seiner Umgebung zurückzog.

Einige Monate vor der Klinikaufnahme fiel den Angehörigen auf, daß der Pat. sich nach heftigen Auseinandersetzungen auf der Arbeitsstelle von seinen Arbeitskameraden und den Nachbarn beschimpft glaubte. Er gab an, deutliche Schimpfworte gehört zu haben, die auf ihn gemünzt gewesen seien. Da er die Stimmen sicher erkannt zu haben glaubte und die in Frage kommenden Bekannten, zum Teil sehr erregt, deswegen zur Rede stellte, war es gelegentlich auch zu tätlichen Auseinandersetzungen gekommen. Für frühere psychotische Schübe ergab sich anamnestisch kein Anhalt, desgleichen war die Familienvorgeschichte völlig unauffällig.

In der Klinik berichtete der Pat., daß er seit Monaten plötzlich von seiner Umgebung beschimpft werde. Er schilderte, daß er immer wieder, wenn er irgendwo allein sei, auf einmal die Stimmen seiner Nachbarn oder Arbeitskollegen höre, die ihn mit Ausdrücken wie „Idiot, Dummkopf, blöder Hund“ und ähnlichem belegten. Wenn er die Leute dann zur Rede stelle, stritten diese das ab, aber er sei ganz sicher, daß er diese Ausdrücke gehört habe. Auch während des stationären Aufenthaltes in der Klinik traten bei T. wiederholt akustische Halluzinationen auf, unter deren Einfluß er Mitpatienten mit dem Vorwurf, sie hätten ihn beschimpft, tätlich angriff. Weiter meinte er, daß die Leute heimlich über ihn redeten und lachten, war zeitweise gespannt und gereizt, dabei aber immer völlig bewußtseinsklar. Das paranoid-halluzinatorische Syndrom klang unter Phenothiazinbehandlung ab, um jedoch nach Absetzen des Medikamentes sofort wieder aufzutreten, so daß wir zu einer Dauermedikation gezwungen waren.

Bei der körperlichen Untersuchung fand sich bei dem vorwiegend athletischen Mann ein etwas dysplastischer Gesichtsschädel. Der neurologische und der ophthalmologische Befund waren unauffällig. Dermatologisch ließen sich Fibrome der Wangenschleimhaut im Sinne eines Adenoma sebaceum feststellen. Bei der Schädelübersichtsaufnahme kamen supratentoriell beiderseits mehrere erbs- bis kirschkerngroße intracerebrale Verdichtungen zur Darstellung. Die am höchsten gelegene Verkalkung lag re. an der Falx, die verkalkte Epiphyse war nicht verlagert (Abb. 3). Die beiderseits durchgeführte Angiographie ergab im wesentlichen normale Gefäßverhältnisse. Die Endäste der Sylvischen Gruppe schienen teilweise die verkalkten Tumoren zu umfassen, eine Anfärbung in den Tumorbezirken war nicht nachweisbar. Encephalographisch stellten sich die Seitenventrikel und der 3. Ventrikel ohne wesentliche Seitendifferenzen als verplumpt dar. Ausziehungen oder Defektbildungen fanden sich nicht. Einige der kleineren Verkalkungen lagen paraventrikulär. Der Liquor war unauffällig, das EEG ohne Besonderheiten. Anamnestisch und klinisch sprach nichts für das Vorliegen einer Epilepsie und epileptischer Äquivalente. Der Hamburg-Wechsler-Test ergab einen I.Q. von 78, wobei keine Anzeichen für das Vorliegen einer beginnenden Demenz feststellbar waren. Im Rorschach fanden sich zahlreiche Perseverationen bei verlängerter Reaktionszeit, herabgesetztem F-% (fast ausschließlich F-Deutungen) und schwachem Deutungsbewußtsein, im ganzen also ein sogenanntes organisches Syndrom.

Es handelt sich also um das Vorliegen einer *paranoid-halluzinatorischen Psychose bei tuberöser Sklerose*. Psychische Veränderungen bei tuberöser Sklerose sind zwar häufig beschrieben worden, meist jedoch im Sinne einer Debität oder einer Wesensveränderung durch die oft in Verbindung mit der tuberösen Sklerose auftretende Epilepsie (JOSEPHY, VOGT, HALLERVORDEN et al.). Dagegen sind paranoid-halluzinatorische Psychosen bei intakter oder relativ intakter Gesamtpersönlichkeit seltener beobachtet worden.

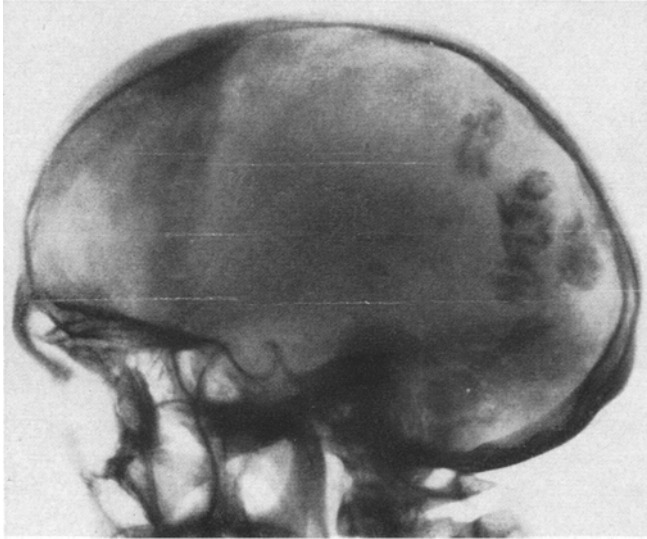


Abb. 3. Fall T.

BERLINER berichtete über einen 26jährigen Mann, der seit dem 20. Lebensjahr deutliche Hirntumorsymptome (Stauungspapille, Halbseitensyndrom) aufwies und bei dem sich einige Jahre vorher eine paranoide Charakterveränderung mit periodischen Verstimmungs- und Erregungszuständen entwickelt hatte. Auch CREUTZFELDT beschrieb eine Patientin mit tuberöser Sklerose, bei der es zum Auftreten einer paranoiden Psychose kam. CRITCHLEY u. EARL geben an, daß die Kombination einer intellektuellen Minderbegabung mit einer Psychose in der Art einer Katatonie bei der tuberösen Sklerose häufig sei. BORBERG berichtete über 4 Patienten, darunter 3 Debile, die zeitweise akustische Halluzinationen aufwiesen. In einem Falle bildete sich dann ein Beeinträchtigungswahn aus. BENINCASA-STAGNI teilte einen Fall von paranoider Psychose schizophrener Gepräges bei einer Frau mit, nach deren Tod sich ausgedehnte Veränderungen, vor allem in den Schläfenlappen, im Sinne einer tuberösen Sklerose fanden, und faßte das psychopathologische Syndrom als „symptomatische Schizophrenie“ auf. Im allgemeinen sind aber paranoid-halluzinatorische Syndrome bei an tuberöser Sklerose Erkrankten offenbar recht selten, worauf erst kürzlich noch DUCHÈNE u. SMIRNOFF hingewiesen haben. ALLIEZ, der 1957 die psychischen Veränderungen bei den sogenannten Phakomatosen erörterte, betont, daß gelegentlich Patienten mit tuberöser Sklerose beobachtet werden, die psychisch nicht alteriert sind. Auch er stellt fest, daß paranoid-halluzinatorische Syndrome bei den Phakomatosen selten sind.

Auch im Falle T. läßt sich die bereits beschriebene Bedingungstrias zeigen: offenbar ist der Kranke seit jeher schon ein konstitutionell zu Mißtrauen und eigenbrödlischem Verhalten neigender Mensch mit sensitiven und schizothymen Wesenszügen gewesen, der dadurch mit seiner Umgebung gelegentlich in Konflikte kam. In unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer erheblichen emotionalen Belastung infolge heftiger Auseinandersetzungen an der Arbeitsstelle, bei denen T. offensichtlich das Empfinden hatte, nicht seiner Bedeutung entsprechend geschätzt zu werden, kam es zum Auftreten von wahnhaften Beeinträchtigungsideen und akustischen Halluzinationen. Auch hier war für die Familie ein deutlicher Unterschied in der Entwicklung des Patienten feststellbar. Während sich die Angehörigen an die früheren Eigenheiten des Patienten einigermaßen gewöhnt hatten, registrierten sie den Ausbruch der Psychose als etwas Neues und auch qualitativ anderes. Als dritte Komponente der Trias darf die cerebrale Läsion durch die tuberöse Sklerose angesehen werden, die im vorliegenden Falle durch ausgedehnte intracerebrale Verkalkungen morphologisch besonders deutlich wird. Für eine akute Dekompensation im Somatischen — etwa im Sinne einer Hirndruckerhöhung — fand sich kein Anhalt. Als psychosemanifestierender Faktor dürfte die akute affektive Traumatisierung anläßlich des Streites auf der Arbeitsstelle anzusehen sein. T. sah sich dabei in seinem Selbstwertgefühl und in dem Bewußtsein seines Ranges innerhalb der Gruppe an der Arbeitsstätte und im Umkreis seiner Wohnung in einer seine Lebensordnung bedrohenden Weise verletzt. Es ist sicher kein Zufall, daß es vor allem die Arbeitskollegen und die Nachbarn, später dann auch die Mitpatienten sind, durch die er sich wahnhaft und halluzinatorisch beeinträchtigt glaubt, während die eigenen Angehörigen, in deren Kreis sein Geltungsanspruch nicht bestritten worden war, nicht zu seinen vermeintlichen Feinden gehören. War es im Falle Dr. E.s die Wohnordnung, die in Frage gestellt worden war, so ist es bei T. die Rangordnung, die zweite von ZUTT als entscheidend für das alltägliche konkrete Leben der Menschen bezeichnete Daseinsordnung, deren Störung infolge des Wandels des bergenden Wesens der Menschen und Dinge vom Bergenden, Vertrauten und Sichernden zum Unheimlichen und Gefährlichen wahnhafte Bedeutungsbewußtheit bedingen könne.

Das paranoid-halluzinatorische Syndrom ist erfahrungsgemäß nicht die einzige phänomenologisch endogen aussehende Psychoseform, die bei raumfordernden intrakranialen Prozessen auftritt.

Schon PFEIFER hat betont, daß die psychopathologische Symptomatologie mit der Art und dem Sitz des sie hervorruhenden Tumors nicht in einem bestimmten Zusammenhang steht. ROUBINOVITCH (zit. n. F. STERN) beschreibt manisch-depressive Zustände bei einem Hypophysentumor mit Akromegalie, PFEIFER eine hypomanische Verstimmung bei einem 18jährigen Mädchen, das ebenfalls an einem Hypophysentumor litt. BOYCE u. BEADLES (zit. n. SCHUSTER) hatten Fälle von

manischer Verstimmung unter ihren Kranken mit Hypophysentumoren. STERLING stellte bei einem 35 jährigen Patienten mit intrasellärem Tumor das Bild einer endogenen Depression fest, das er ausdrücklich als nicht charakteristisch für die symptomatischen Psychosen bei Hypophysentumoren bezeichnet, da es auch bei Tumoren anderweitiger Lokalisation beobachtet werden könne. WEITBRECHT faßt in Übereinstimmung mit diesen Ansichten die heute vorherrschende Auffassung dahingehend zusammen, daß man die enge Koppelung isolierter, als spezifisch betrachteter Symptome psychopathologischer Art mit streng lokalisierten Orten der Schädigung zu lösen bestrebt sei. CONRAD drückt diesen Sachverhalt noch kürzer aus: für bestimmte Noxen spezifische Symptome gibt es nicht. Man wird also die Wirkung des raumfordernden Prozesses in unseren Fällen als unspezifische cerebrale Schädigung zu bezeichnen haben, die den Untergrund, gleichsam das organische Rohmaterial für den psychotischen Gesamtzustand darstellt. Welche pathogenetischen Vorgänge sich hier im einzelnen abspielen, ist unbekannt. Von den Kausaleffekten zwischen Seelischem und Körperlichem kennen wir immer nur die Endglieder (JASPERS). K. SCHNEIDER spricht von dem Niemandsland zwischen der somatologischen (ätiologischen) und der psychologischen (symptomatologischen) Phänomenreihe auch bei bekannter Ätiologie. Die Einbeziehung der Erfahrungen mit der neuroleptischen Behandlung „exogener“ paranoid-halluzinatorischer Syndrome läßt erst für die Zukunft tiefere Einsichten in deren Pathophysiologie erwarten. Die „anti-psychotische“ Wirkungsweise der Neuroleptica ist im einzelnen noch unbekannt. Die übereinstimmend gute Beeinflußbarkeit ätiologisch verschiedener symptomatischer paranoid-halluzinatorischer Syndrome durch die Neuroleptie läßt eine den jeweiligen organischen Läsionen gemeinsame Endstrecke gestörter cerebraler Funktion (HEINRICH u. RICHERT) vermuten, als deren psychopathologisches Korrelat Störungen der Affektivität anzusehen sind. Der „Ort“ des therapeutischen Effektes wäre, überträgt man die Anschauungen LLAVEROS auf unsere Problemstellung, der organische Anteil des von ihm so genannten psycho-biologischen Kreises, eines Systems gegenseitiger, durch das Zwischenhirn vermittelter Beeinflussung von Neuro-Endokrinium und den elementaren seelischen Abläufen (Affektivität, Stimmungen, Gefühle, Triebe). Die beschriebenen Parallelen zwischen endokrinem Psychosyndrom und medikamentöser Neuroleptie hinsichtlich des paranoid-halluzinatorischen Syndroms ließen sich diesen Deutungen einfügen.

Der organische Schädigungsfaktor (hier der raumfordernde intrakraniale Prozeß) wirkt gleichsam als Katalysator, der das Zustandekommen des psychotischen Syndroms aus primär dazu nicht ohne weiteres ausreichenden Einzelfaktoren (Anlage, erlebnisbedingte Affekte) ermöglicht. Diese Wirkung ist nicht auf Hirntumorerkrankungen beschränkt. WESTPHAL hat dies am Beispiel der progressiven Paralyse nachgewiesen, die er als Modell für das Zusammenwirken von Hirnschwäche, Charakterstruktur und Konfliktsituation bezeichnet. Paralytische Wahninhalte oder eine bestimmte Art von Halluzinationen sind nach seiner Ansicht sowohl bei der progressiven Paralyse wie auch bei anderen körperlich begründbaren Psychosen nicht einfach nur sinnlose Produkte zerstörter Hirnmechanismen. Sehr oft ließen sich sinnvolle Beziehungen zwischen Wahnentstehung, Wahninhalt und der Persönlichkeit des Kranken finden. Gegebenenfalls seien exogene, konstitutionelle und psychogene Faktoren nötig, um eine Zustandsbild zu erklären. WESTPHAL vertritt damit Auffassungen, wie wir sie, in den Grundzügen mit ihm übereinstimmend, hinsichtlich der trikkonditionalen Ätiologie paranoid-halluzinatorischer Syndrome bei Hypophysentumoren bzw. raumfordernden intrakranialen Prozessen zu begründen versuchen. Wie er sind auch wir von der entscheidenden Wichtigkeit einer Bedingungstrias von Anlage, Erlebnissen und cerebraler Läsion überzeugt. Folgt man den Ansichten LLAVEROS über das Zusammenspiel dieser Faktoren, so hätte man

sich ein hinsichtlich psychotischer Erscheinungen zunächst asymptomatisches Gleichgewicht zwischen den Faktoren der Bedingungstrias einerseits und anatomisch-funktionellen Abwehr- und Ersatzmechanismen des Individuums andererseits vorzustellen. Von der Wirksamkeit dieser kompensatorischen Vorgänge hängt nach LLAVERO die Dauer des asymptomatischen Stadiums ab. Sowohl von der körperlichen wie von der psychischen Seite her kann dieses labile Gleichgewichtssystem zerstört werden. Die dann entstehende funktionelle Dekompensation ist die Ursache des Symptoms.

Im Falle der Patienten von SCHUPPIUS u. CHRISTIAN sowie bei unseren Kranken Dr. E. und T. sind akute psychische Traumen als Ursache der plötzlichen Dekompensation, d.h. des Ausbruchs der Psychose, aufzufassen, in unserem Falle D. glauben wir, daß es die tumorbedingte cerebrale Läsion war, die nach Erschöpfung der Kompensationsmöglichkeiten des zentralen Nervensystems das Manifestwerden des paranoid-halluzinatorischen Syndroms herbeiführte.

Die Annahme einer endogenen Psychose unabhängig vom organischen Geschehen ist in unseren Fällen durch die Erblichkeitsuntersuchung nicht zu erhärten. In den Sippen unserer Kranken sind schizophrene bzw. endogene Psychosen überhaupt — nicht bekannt. Wichtiger erscheint jedoch, daß die psychotischen Syndrome in allen unseren Beispielen weit eher eine quantitative Steigerung schon vorher bestehender abnormer Erlebens- und Verhaltensweisen darstellen, als daß sie nach Art eines schizophrenen Schubes die Kontinuität der Sinngesetzlichkeit des Erlebens unterbrochen hätten. Sie bedeuten nichts völlig Neues, Persönlichkeitsfremdes oder -fernes, sie „arbeiten“ nicht nur mit den durch Anlage und Erleben gegebenen präpsychotischen Persönlichkeitszügen, sondern stehen in ihren sämtlichen Inhalten mit ihnen in unmittelbarem, ableitbarem Zusammenhang. Die einzelnen Komponenten der Bedingungstrias stellen unseres Erachtens so sehr unentbehrliche, integrierende Kausalfaktoren für das resultierende psychopathologische Syndrom dar, daß eine gewisse terminologische Verlegenheit entstehen könnte. Die beschriebenen Zustandsbilder stehen ihrer genetischen Dynamik nach psychogenen Entwicklungen durchaus nahe. Andererseits muß ihre Manifestation als abhängig von einem organischen Prozeß angesehen werden, womit das Hauptkriterium der körperlich begründbaren Psychose gegeben ist. KRETSCHMER kommt in seiner Untersuchung über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche, deren Kasuistik hinsichtlich der Kombination von charakterologischen, erlebnisbedingten und organisch-cerebralen Faktoren der unsrigen ähnlich ist, zu dem Schluß, daß man die von ihm beschriebenen Krankheitsbilder ebensowohl als organisch wie als psychogen bezeichnen könnte.

Die Tatsache, daß es zur Ausbildung phänomenologisch schizophrenie-ähnlicher körperlich begründbarer Psychosen ohne Bewußtseinstörung der Kombination sehr unterschiedlicher Kausalfaktoren bedarf, erklärt die eingangs betonte Seltenheit dieser Zustandsbilder. Sowohl die eigenen

Erfahrungen wie auch vor allem die Ergebnisse WESTPHALS begründen die Vermutung, daß bei entsprechenden psychopathologischen Voraussetzungen (sensitive Konstitution, konfliktbedingte emotionale Belastung) auch andere cerebrale Läsionen als raumfordernde oder luische Prozesse paranoid-halluzinatorische Syndrome in Erscheinung treten lassen können. Derartige Zusammenhänge sind z.B. für hirnatrophische Prozesse verschiedener Ätiologie aufzudecken. Die organisch-cerebrale Schädigung ist unspezifisch, die psychische Konstitution spezifisch. Die erlebnisbedingte emotionale Beeinträchtigung nimmt eine Mittelstellung ein: die Erlebnisinhalte sind variabel, die Erheblichkeit des psychischen Traumas ist obligatorisch.

Zusammenfassung

An Hand eigener Beispiele (2 Fälle von Hypophysenadenomen, 1 Fall von tuberöser Sklerose) und analoger kasuistischer Mitteilungen anderer Autoren werden die Kausalfaktoren untersucht, die in *paranoid-halluzinatorischen Syndromen ohne Bewußtseinstörung* bei raumfordernden intrakranialen Prozessen wirksam werden. Wir fanden, daß die organische cerebrale Läsion zusammen mit der konstitutionellen Bereitschaft zu sensitiven Erlebnisweisen und den emotionalen Auswirkungen unbewältigter Konflikte eine Bedingungstrias bildet, die in den besprochenen und in den ihnen zuzuordnenden Fällen für das Auftreten eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms verantwortlich zu machen ist. Für den Zeitpunkt des Manifestwerdens der Psychose können sowohl somatische wie auch psychische Faktoren ausschlaggebend sein, die zur Dekompensation eines vorher möglicherweise gerade noch aufrechterhaltenen psycho-biologischen Gleichgewichtes führen. Das bei Hypophysenadenomen nicht seltene, in unseren Fällen jedoch bezeichnenderweise fehlende endokrine Psychosyndrom und das paranoid-halluzinatorische Syndrom schließen einander in ihrer vollen Ausprägung aus. Paranoide und halluzinatorische Symptomatik setzt eine emotionale Reagibilität voraus, die beim endokrinen Psychosyndrom nicht gegeben ist. In vergleichbarer Weise scheint eine wesentliche Wirkungskomponente der medikamentösen Neurolepsie in einer Senkung des affektiven Energiepotentials zu bestehen. Die therapeutische Wirkung neuroleptischer Substanzen bei symptomatischen paranoid-halluzinatorischen Psychosen verschiedener Ätiologie wird auf die medikamentöse Beeinflussung einer den jeweiligen organischen Läsionen gemeinsamen Endstrecke gestörter cerebraler Funktion zurückgeführt. Die Unspezifität der organisch-cerebralen Noxe im Rahmen der zur Manifestation paranoid-halluzinatorischer Syndrome führenden Bedingungstrias wird betont.

Literatur

ALLIEZ, J.: Les troubles mentaux des phacomatoses. Congrès des Médecins Aliénistes de France 55^{ème} session 130 pp. 1957. — ASCHAFFENBURG, G.:

Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Hdb. d. Psychiatrie, Allg. T. Leipzig und Wien: Deuticke 1915. — BENINCASA-STAGNI, E.: Reperto anatomo-istopatologico di sclerosi tuberose in un caso di schizofrenia. *Lav. neuropsichiat.* **20**, 79—95 (1957). — BERLINER, K.: Tuberöse Sklerose und Tumor. *Beitr. path. Anat.* **69**, 381—388 (1921). — BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Stuttgart: Thieme 1954. — BLICKENSTORFER, E.: Diskussion des akromegalen Krankheitsgeschehens im Sinne einer psychosomatisch-ganzheitlichen Auffassung des Menschen. *Psyche* (Stuttgart) **7**, 264—285 (1953/54). — BORBERG, A.: Clinical and genetic investigations into tuberous sclerosis and Recklinghausen's neurofibromatosis. Contribution to elucidation of interrelationship and eugenics of the syndromes. *Acta psychiat. (Kbh.) Suppl.* **71**, 239 (1951). — CONRAD, K.: Das Problem der „nosologischen Einheit“ in der Psychiatrie. *Nervenarzt* **30**, 488—494 (1959). — CREUTZFELDT, H. G.: Zur Frage der tuberösen Sklerose. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **62**, 396—399 (1932). — DUCHÊNE, H., et V. SMIRNOFF: Les Neuroectodermoses. *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, t. 1, 37270 A20 (1955). — FLÜGEL, F.: Thérapeutique par médication neuroleptique obtenue en réalisant systématiquement des états parkinsoniformes. *Encéphale* **45**, 1090—1092 (1956). — HALLERVORDEN, J.: Entwicklungsstörungen und frühkindliche Erkrankungen des Zentralnervensystems. Hdb. d. inn. Medizin. 4. Aufl. V/3. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953. — HECAËN, H., et J. DE AJURIAGUERRA: Troubles mentaux au cours des tumeurs intracrâniennes. Paris: Masson 1956. — HEINRICH, K., u. J. RICHERT: Chlorperphenazin in der psychiatrischen und neurologischen Therapie. *Nervenarzt* **31**, 128—133 (1960). — JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 6. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953. — JOSEPHY, H.: Tuberöse Sklerose. Hdb. d. Neurologie, Bd. XVI. Berlin: Springer 1936. — KRETSCHMER, E.: Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **45**, 272—300 (1919). — LEMKE, R.: Über die symptomatische Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **185**, 756—772 (1950). — LLAVERO, F.: Symptom und Kausalität. Stuttgart: Thieme 1953. — PFEIFER, B.: Psychosen bei Hirntumoren. Hdb. d. Geisteskrankheiten. Bd. VII. Berlin: Springer 1928. — REDLICH, E.: Hirntumor. Hdb. d. Neurologie. Bd. 3. Berlin: Springer 1912. — SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 1950. — SCHÜRMANN, K.: Psychische Veränderungen bei krankhaften Prozessen im Bereich des Chiasma opticum. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **165**, 35—55 (1951). — SCHUPPIUS, W.: Über psychotische Erscheinungen bei Tumoren der Hypophyse. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **8**, 514—519 (1911/12). — SCHUSTER, P.: Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart: Enke 1902. — STERLING, W.: Über die psychischen Störungen bei Hirntumoren. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **12**, 147—280 (1912). — STERN, F.: Die psychischen Störungen bei Hirntumoren und ihre Beziehungen zu den durch Tumorstörung bedingten diffusen Hirnveränderungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **54**, 565—657, 663—927 (1914). — VOGT, H.: Epilepsie. Hdb. d. Psychiatrie. Spez. Teil. Leipzig, Wien: Deuticke 1915. — WALTHER-BÜEL, H.: Die Psychiatrie der Hirngeschwülste und die cerebralen Grundlagen psychischer Vorgänge. Wien: Springer 1951. — WEIDNER, C.: Hirntumor und paranoides Symptomenbild. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **56**, 1—9 (1920). — WEITBRECHT, H. J.: Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **25**, 41—56 (1957). — WESTPHAL, K.: Zum klinischen Aufbau der exogenen Psychosen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **164**, 417—491 (1938). — ZUTT, J.: Über Daseinsordnungen. Ihre Bedeutung für die Psychiatrie. *Nervenarzt* **24**, 177—187 (1953).