

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

Exogenes halluzinatorisches Syndrom mit Wahnbildung als Psychose-Modell *

Von

K. H. SCHIFFER

Mit 1 Textabbildung

(Eingegangen am 22. April 1961)

Vor kurzer Zeit haben HEINRICH u. KORN über schizophreniforme paranoid-halluzinatorische Psychosen ohne Bewußtseinsstörung bei raumfordernden intracraniellen Prozessen berichtet und bei der Analyse ihrer Fälle aufmerksam gemacht auf die Bedingungstrias: organischer Hirnprozeß, präpsychotische Persönlichkeitsstruktur und erlebnismäßige emotionale Belastung, die schon KRETSCHMER ganz ähnlich in seiner Veröffentlichung „Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche“ herausgearbeitet hat. Bei zweien der Fälle von HEINRICH u. KORN handelte es sich um Hypophysenadenome, doch betonen die Autoren an Hand des dritten Falles (tuberöse Sklerose mit multiplen intracerebralen Herden) ausdrücklich das Unspezifische der cerebral-organischen Schädigung und messen auch dem Sitz des Gehirnprozesses keine Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang erscheint die nachstehend ausführlich dargestellte Beobachtung bemerkenswert; denn sie beleuchtet die Verteilung des pathogenetischen Gewichtes der Einzel-faktoren, aus denen sich die von HEINRICH u. KORN herausgestellte Trias von Bedingungen zusammensetzt. Außerdem ist unser Fall durch das Hervorstechen optischer Halluzinationen besonders gekennzeichnet.

Auf die psychopathologische Situation, in der eine intensive Zuwendung zum wahnhaften Erleben mit einer ängstlichen Erregung gekoppelt ist, soll dabei besonders eingegangen werden.

Kasuistik

Die 55jährige Ehefrau Lina B. wurde am 26.4.1960 der Nervenklinik und der Medizinischen Poliklinik wegen optischer Halluzinose bei Hypophysentumor und perniziöser Anämie eingewiesen.

* Herrn Prof. Dr. H. KRANZ zum 60. Geburtstag gewidmet.

Familien- und Eigenanamnese. Vater mit 79 Jahren an Altersschwäche, Mutter 42jährig an Gallenleiden verstorben. Von fünf Geschwistern seien eine ältere Schwester einem Herzschlag, ein Bruder einer unbekannten Erkrankung erlegen. Erb- und Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht bekannt. (Erhebungen bei Behörden, Hausärzten usw. ergaben keinen Anhalt für eine familiäre Belastung).

Die eigene Geburt und Kindheit seien normal verlaufen. Menarche erst mit 18 Jahren. Drei Steißgeburten, davon eine Totgeburt wegen Nabelschnurumschlingung. Eine Fehlgeburt. Keine Periodenstörungen. Seit dem 48. Lebensjahr in der Menopause.

1921 „Sonnenstich“ mit Übelkeit und Erbrechen. Schon immer habe sie Hitze nicht vertragen und habe nie richtig schwitzen können. 1930 Leistenbruchoperation. Von 1930—1940 gelegentlich Gallenkoliken. 1948 Appendektomie. 1954 sei eine perniziöse Anämie festgestellt worden, die sich in Zungenbrennen, Parästhesien in den Händen und Füßen sowie allgemeiner Abgeschlagenheit äußerte, aber erfolgreich behandelt werden konnte und in den letzten Jahren keine Beschwerden machte.

Entwicklungsgang und Charakterstruktur nach Angaben des Ehemannes und des Sohnes. Die Pat. habe eine harte, arbeitsreiche Jugend durchgemacht. Nach dem frühen Tod der Mutter habe sie bald das Haus verlassen müssen, da sie sich mit der Stiefmutter nicht verstand, doch habe sie bei Gastwirtsleuten, bei denen sie bis zur Heirat arbeitete, ein zweites Zuhause gefunden. Früher habe sie stets als kerngesund, kräftig und sehr aktiv gegolten. In ihrem Reich habe sie geherrscht, habe sich aber auch für die Familie aufgeopfert. Krankhafte seelische Auffälligkeiten habe sie früher nie geboten. Allerdings sei sie von jeher starrköpfig, rechthaberisch, sehr ehrgeizig und stolz, dabei aber leicht verletzlich, verärgert und schnell aufbrausend. Öfters habe sie „Vorahnungen“ gehabt und sei abergläubisch gewesen. Der Schrei eines Kauzes habe sie in Angst versetzen können. Andererseits habe man sie im Krieg allgemein bewundert, daß sie auf dem Weg zur Arbeit große Strecken allein durch den Wald gehen konnte. Als bei Kriegsende die einrückenden Truppen ihre Wohnung räumten, habe sie sich längere Zeit in einer ängstlichen Erregung befunden und habe über Angstträume mit Vergewaltigungsszenen berichtet. Ihr Verhalten sei aber nicht als krankhaft gewertet worden. Den astrologischen Neigungen des Ehemannes habe sie immer kritisch gegenübergestanden.

1953 sei es zu einer häßlichen Auseinandersetzung mit der Nachbarsfrau gekommen, die von einem Klatschweib gehört haben wollte, daß Frau B. sie als unsauber und schlampig bezeichnet hatte. Es sei nie recht herausgekommen, ob so eine Äußerung einmal gefallen sei. Man müsse zugeben, daß die Pat. es niemals über sich gebracht hätte, eine Schuld einzugestehen oder sich gar zu entschuldigen. Erst nach Jahren seien die Spannungen äußerlich bereinigt worden, doch sei eine gewisse Abneigung immer spürbar gewesen. Besonders habe Hilde, die Nachbars-tochter, lange Zeit nicht begrüßt und die Pat. übersehen.

Jetzige Erkrankung. Seit 1956 sei das Sehvermögen am li. Auge über Jahre ganz schleichend erloschen und im Herbst 1959 habe das Sehen auf dem re. Auge innerhalb weniger Wochen so stark nachgelassen, daß die Pat. nicht mehr lesen und keine feineren Arbeiten verrichten konnte. Die früher sehr aktive Frau habe sehr darunter gelitten. Trotz großer Aufmerksamkeit habe sie oft das Essen verdorben, Geschirr zerschlagen und habe Sachen verlegt. Deshalb sei sie oft unzufrieden, mißgestimmt gewesen und habe erklärt, daß das Leben keinen Sinn mehr habe. Stundenlang habe sie untätig auf dem Stuhl gesessen, vor sich hingedöst und habe nur selten einmal das Haus verlassen. Oft sei sie tagsüber eingenickt, sei jedoch immer erweckbar gewesen. Anfallsartige Zustände, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen habe sie nicht gehabt. Manchmal sei sie durch Ischiasbeschwerden im li. Bein geplagt gewesen.

Im September 1959 seien erstmals Sinnestäuschungen aufgetreten. Die Pat. habe behauptet, die Nachbarn durch die Wände ihres Hauses hindurch im Garten beobachten zu können. Anfangs habe sie darüber gelacht, wenn sie durch die Angehörigen von der Unrichtigkeit ihrer Vorstellungen überzeugt werden konnte. Allmählich wurden die halluzinatorischen Erlebnisse immer lebhafter und unmöglicher. Es traten gewöhnlich am Abend, wenn die Angehörigen abwesend waren, „Visionen“ mit ängstlicher Erregung auf. Im eigenen Hause fühlte sie sich von der Nachbarstochter, deren Freundin und ihren Liebhabern beobachtet, gefoppt, fotografiert, bestrahlt und bedroht. Sie behauptete, daß die jungen Leute abends in den Dachstuhl ihres Hauses einstiegen und poussierten, ja sogar perversen Verkehr hätten. Pat. habe aus dem Fenster gegen die vermeintlichen Belästiger geschimpft, sei mehrmals zur Polizei gelaufen und sehr aufgebracht gewesen, wenn man dort ihren Erlebnissen keinen Glauben schenkte. Einige Monate später habe sie auch tagsüber über Sinnestäuschungen geklagt. Sie habe ständig Flieger, Autos, Matratzen und Blumen gesehen, habe sich zum Schutze ein Kopftuch umgebunden und gelegentlich gemeint, von grellem Licht geblendet zu werden, ohne daß sie diese Sinnestäuschungen als Belästigungen durch die Nachbarn oder irgendwelche Feinde empfand. Manchmal habe sie Worte nicht gefunden und dann geziert hochdeutsch gesprochen. Als sich die abendlichen Erregungen immer mehr steigerten, sei ein Nervenarzt zugezogen worden, der die Einweisung in die Klinik veranlaßte.

Befund. Mittelgroße Frau von pykno-athletischem Habitus. Guter Ernährungszustand. Gelblich-fahle Haut. Schleimhäute genügend durchblutet. Die eingehende *internistische* Untersuchung (Medizinische Poliklinik) ergab keinen besonderen Befund, vor allem keine Anhaltspunkte für eine perniziöse Anämie. Blutdruckwerte im Rahmen der Norm. Senkung nicht beschleunigt.

Otologisch wurde lediglich eine chronische mesotympanale Otitis li. festgestellt. Epipharynx frei.

Befund der Augenklinik. Totale Opticusatrophie li. mit Amaurose und Pupillenstarre. Am re. Auge partielle Sehnervenatrophie und vollständige temporale Hemianopsie und starke Herabsetzung des Sehvermögens auf $\frac{5}{35}$ mit Glas.

Die *neurologische* Untersuchung ergab eine fragliche Herabsetzung des Geruchsvermögens li., eine angedeutete Hypästhesie und Hypalgesie im Bereich des 1. Trigeminusastes li. sowie spastische Zeichen an beiden Beinen (Babinski li. konstant positiv, Oppenheim re. angedeutet). Keine paretischen oder ataktischen Störungen. Leichtes Ischiassyndrom li.

Röntgenaufnahmen des Schädels. Die Sella ist in den hinteren Partien so stark destruiert, daß das Dorsum sellae auf den Übersichtsaufnahmen nicht zu differenzieren ist, während die vorderen Klinoidfortsätze keine eindeutigen Destruktionen zeigen. Nach den *Schichtaufnahmen* ist die Sella schüsselförmig erweitert. Das Dorsum sellae ist erheblich destruiert und wirkt leicht rekliniert. Am Sellaboden keine umschriebene Destruktion. Der Keilbeinhöhlenbereich hellt gut auf. Keine pathologischen Verkalkungen para- oder suprasellär.

Das *beidseitige Carotisangiogramm* zeigt eine starke Auseinanderdrängung der Aa. anteriores unterhalb der Falx (Abb. 1a und b). Die li. Anterior ist stärker verlagert und nach dem Seitenbild mehr nach hinten eingedellt. Der Befund spricht für einen großen suprasellären Tumor (Adenom?).

Pneumoencephalographie. Die Basalzisterne kommt nur im pontinen Anteil zur Darstellung. Defektbildung in den vorderen Anteilen des 3. Ventrikels. Die Seitenventrikel sind durch einen mindestens eigroßen Tumor von glatter Begrenzung fast symmetrisch von unten her auseinandergedrängt und angehoben (Abb. 1 c). Die Anhebung und Eindellung der vorderen Abschnitte der Seitenventrikel sowie die scharfe regelmäßige Defektbildung in den vorderen Abschnitten des 3. Ventrikels,

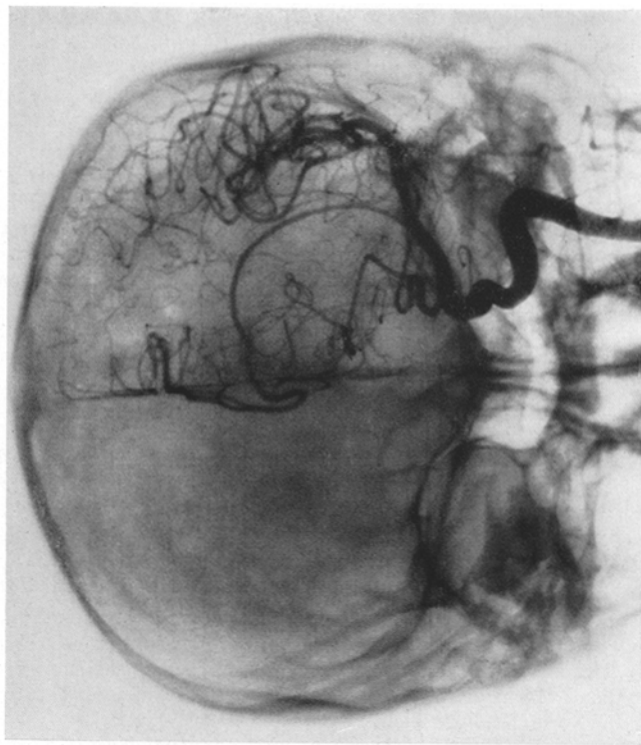
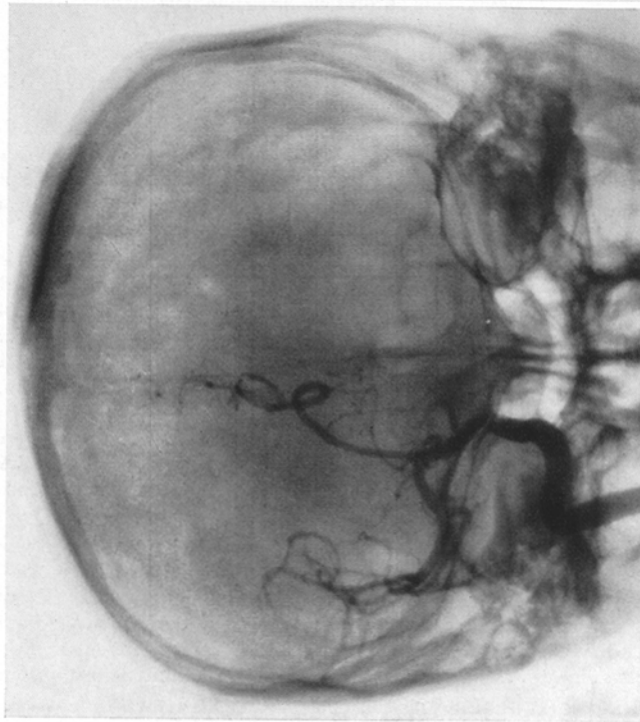


Abb. 1a und b. Angiogramm. Erhebliche Auseinanderdrängung und Dehnung der Aa. anteriores (links stärker als rechts) durch suprasellären Tumor

dessen hintere Partien sich als Dreieck darstellen, sind im Seitenbild gut zu differenzieren (Abb. 1 d).

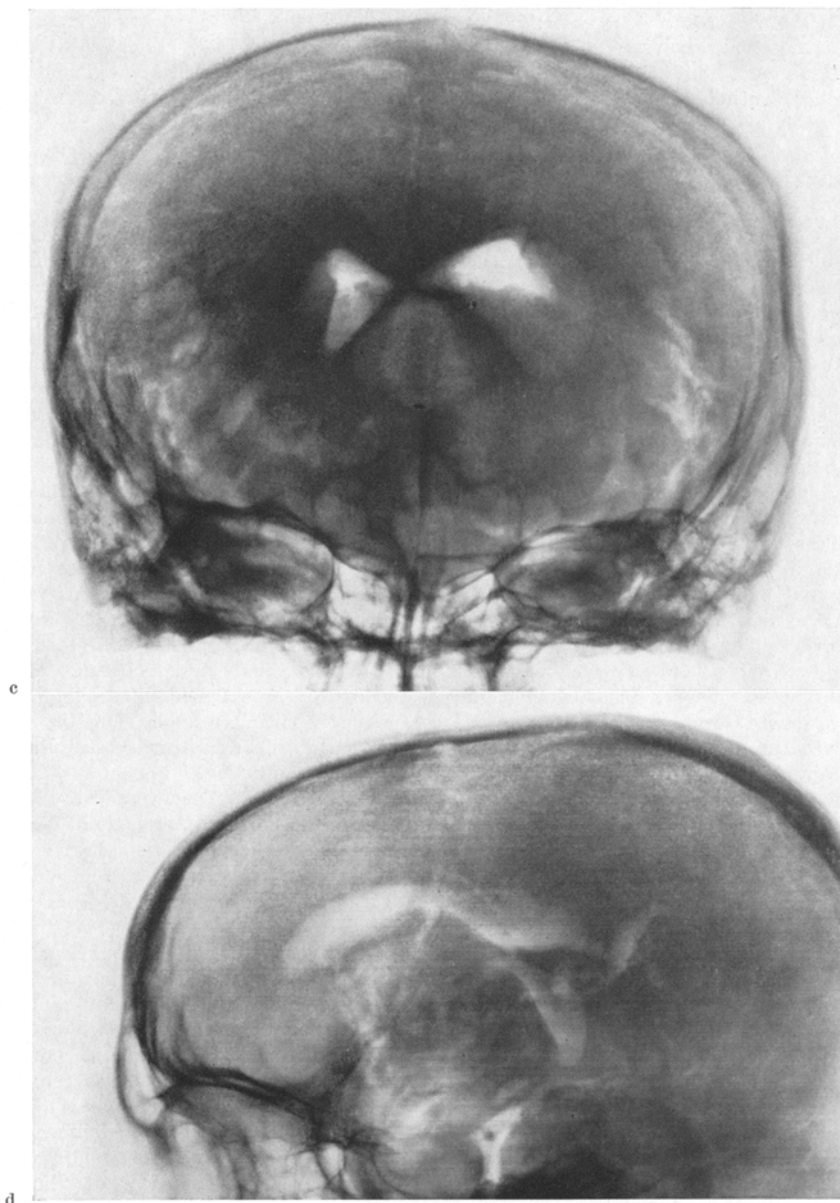


Abb. 1. c Pneumoencephalogramm. Massive Auseinanderdrängung der Seitenventrikel von median unten (links stärker als rechts). d Anhebung und Eindellung der vorderen Abschnitte der Seitenventrikel und Füllungsdefekt an den vorderen Partien des III. Ventrikels. Selladestruktion

Elektrencephalogramm. Dysrhythmie temporo-basal beiderseits. Einmal erscheint in der Ableitung gegen das li. Ohr eine Gruppe steilerer Abläufe, die als leichte Reizerscheinungen aufzufassen sind. Im Hemisphärenbereich kein sicherer Herdbefund. — Eine spätere Kontrolle ergab keinen neuen Befund.

Liquor. Erhebliche Eiweißvermehrung (Gesamteiweiß 74,4, Globuline 21,6, Albumine 53,8, E. Q. 0,40). Keine Zellvermehrung. Im Ausstrich keine Tumorzellen. Pathologische Kolloidkurven. Spezifische Reaktionen in Liquor und Blut negativ.

Stoffwechseluntersuchungen ergeben eine leichte diabetische Stoffwechsellaage sowie eine verzögerte Wasserausscheidung bei gutem Konzentrationsvermögen. 17-Ketosteroide im Normbereich.

Psychisch. Frau B. ist allseitig orientiert und bewußtseinsklar. Ihre Bewegungen sind langsam, gleichförmig-plump und vorsichtig. Mit leicht vorgeneigtem und gedrehtem Kopf späht Pat. mit dem re. Auge nach vorne. Das Gesicht zeigt eine geringe Mimik. Dem Arzt begegnet sie freundlich und aufgeschlossen. Sie spricht mit starkem Dialekt, hat gelegentlich leichte Schwierigkeiten in der Wort- und Ausdrucksfindung und gibt an, früher eine derartige „Vergeßlichkeit“ nicht gekannt zu haben. Sonst sind keine Auffälligkeiten im Sinne aphasischer Störungen festzustellen. Im Denken ist Frau B. etwas langsam, doch entsprechen ihre Leistungen dem Bildungsgrad. Deprimiert berichtet sie über die typischen Beschwerden des „Schrestlers“. Bei Helligkeit im Raum könne sie sich an weißen und blanken Gegenständen noch leidlich orientieren, doch fehle ihr die richtige Gesamtschau von der Umwelt. Alles sei lückenhaft, verschwommen und oft deute sie die Gegenstände falsch. Die Bewegungen der ihr entgegentretenden Personen könne sie nur unvollständig erfassen, vor allem müsse sie ganz nahe herangehen, um die Gesichtszüge des Gegenübers zu erkennen. Bei kleineren Gegenständen helfe ihr das Abtasten. Wegen der Sehschwäche mache sie vieles falsch, zerschlage Geschirr, versalze das Essen und sei deshalb oft sehr unzufrieden und mißgestimmt. Handarbeiten, lesen und schreiben könne sie nicht mehr. An manchen Tagen finde sie keine Ruhe, da ständig Farbflecke, Schatten, Wolken, in den letzten Monaten aber auch ganz bestimmte Gegenstände wie Autos, Flieger, Kränze, mitunter auch Tiere ohne ihr Zutun auftauchen. Sie könne die Bilder nicht unterdrücken. Es müsse sich um krankhafte Störungen handeln. Sie hoffe, bald Heilung zu finden.

10.5.: . . . „Jetzt sehe ich hinter dem Gips einen Flieger.“ Zeigt geradeaus an die Wand. „Der ist grün und hat rote Ecken. Jetzt sind es mehrere. Stehen mit der Schnauze auf mich zu und sind dauernd in Bewegung. Nun sehe ich sie etwas von der Seite.“ (Entfernung?), „Etwa 30 m.“ (Größe?), „So 3 m lang. Die Größe wechselt. Früher waren die Flieger kleiner. Sie flogen auf mich zu. Einmal von rechts, einmal von links. Ich kann sie jetzt fast greifen. Sie sind jetzt ganz nahe.“ Zeigt an die Decke und verfolgt das Bild mit den Augen. . . . „Da sehe ich Tannen. Ein Flieger ist immer noch da. Reisig wie Laub, grün mit weiß, auch schöne Blumen. Jetzt kommt ein Auto, grün mit roter Karosserie.“ Zeigt rechts an die Wand, dann auf den Fußboden. „Manche Autos haben ein Körbchen mit Stroh unten dran. Jetzt fährt das Körbchen allein. — Ach so etwas gibt es doch nicht. Was habe ich mir schon für Gedanken darüber gemacht. Ich hoffte, es würde vergehen. Das geht immer hin und her. Das stört mich alles. Das kommt alles von selbst. Ich kann nichts dagegen tun.“ (Bei Augenschluß?), „Wenn ich die Augen schließe, wird es schlimmer. Auch abends in der Dämmerung kommen die Gegenstände stärker. Aber auch am Morgen sehe ich etwas.“ (Mit geschlossenen Augen?) „Jetzt ist ein Kranz da. Ein großer Streifen, so rund, mit Blumen drin, ganz nahe. Ich denke, ich müßte sie greifen. Rot, grün, auch weiß.“ (Schärfe der Bilder?) „Ja ganz natürlich, ganz scharf. Manchmal sind die Autos nur wolkenartig und unscharf.“ (Raum hinter den

Gegenständen?) „Helligkeit, gelblich, ja da ist noch ein Raum dahinter. Wenn ich manchmal in den Raum sehe, ist es etwas ganz Verwaschenes, ganz unklar, dann wird es zu einem Flieger oder so etwas.“

28.5.: . . . „Da sind Körbe, wie Drahtgeflechte, mit großen Blumen wie Flieder, wie Kränze auf dem Friedhof. Ich werde wohl bald sterben. Jetzt bewegen sich in einem runden Drahtkorb schwarze Tiere. Die haben schwarze Schwänze und grelle Augen. Wie Füchse oder Marder, aber schwarz, etwa 20 cm lang. Ein oder zwei sind größer. . . . Jetzt ist es, als tät ich ins Wasser sehen. Da bewegen sich kleine Fische drin, 2–3 cm lang, hellgrau wie Aquariumfische. . . . Ich sehe Tannen. Christbaumartig. Kleine Flieger hängen dran. Da fahren Autos und lassen flauschartige Teppiche hinten raus. . . . Es sind Möbelstücke auf dem Teppich. Ein nettes Zimmer mit Couch und Sessel, ganz ähnliche Möbel wie zu Hause.“ (Andere Bilder zu Hause?) „Zu Hause sah ich manchmal noch helle Säcke, viereckig, 1½ m hoch. Runde Knoten wie Köpfe beulten sich vor, als ob Babies drin wären. . . . Da waren Wiesen, reihenweise nebeneinander. Kleine grüne Eier drauf. Richtige Babies kamen da raus, manchmal auch größere Kinder. Da kamen Vögel angefliegen und haben die Kinder angepickt. Alles war in ständiger Bewegung wie im Film. Das war furchtbar eklig. Ich hatte Angst.“

(Können Sie wirklich durch die Wände sehen?) „Ich kann hier bis in den Dachstock sehen. Die Holzbalken im Dachstuhl gehen nach oben spitz zusammen. Die Sparren liegen etwa 1 m auseinander.“

Daraufhin wird Pat. zunächst vor das Haus geführt. Die Frage, ob sie auch von außen in das Haus sehen könne, wird strikt verneint. Als Frau B. dann im Dachstuhl der Klinik feststellen muß, daß die sichtbaren Holzbalken längs und nicht, wie sie meinte, spitz zusammen laufen, wird sie erregt und sagt kopfschüttelnd und weinerlich: „Es war Phantasie. Jetzt sehe ich sie richtig.“

Danach gefragt, ob nicht auch die szenenhaften Erlebnisse mit den jungen Leuten im Dachstuhl ihres Hauses optische Täuschungen gewesen seien, wird sie fast böse und sagt: „Die habe ich bestimmt gesehen. Unser Haus ist niedrig und hat nur einen Kniestock. Da ist im Dachstuhl noch kein Sägemehl und kein Boden drauf.“ Derartige unkritischen Erklärungsversuche werden häufig vorgebracht. „Ich habe gesehen, daß zwei Mädchen und Jungen oben waren und poussierten. Die wollten ein verschwiegenes Plätzchen. Es war die Hilde von nebenan mit einer Freundin und Kerlen aus dem Nachbardorf. Die Mädchen haben sich ausgezogen. Ich sag aber nichts weiter. Ich will keinen Krach mit der Nachbarsfrau . . . Das hat im Herbst angefangen. Wenn mein Mann abends in der Wirtschaft war, kamen sie mit großen Leitern, nahmen die Ziegel weg und stiegen oben ein. Kleine Jungen blieben auf dem Dach sitzen, um aufzupassen. Mein Mann hat mir nie geglaubt. Das hatte bestimmt nichts mit Krankheit zu tun.“ (Persönliche Belästigungen?) „Ja, die kamen die Leiter hoch und haben bei mir reingeguckt. . . . Sie wollten mich ausgezogen sehen. Durch den Gips haben sie mich mit einer grellen Leuchte angeleuchtet. . . . Die haben Löcher in die Wand gebohrt. Es knisterte. Der Mörtel fiel herab. In der Küche habe ich auch den Mörtelstaub gefunden.“ (Stimmen?) „Nur Gemurmel. Ich sah auch, daß sie miteinander tuschelten und die Lippen bewegten.“ (Sonstige Geräusche?) „Gepoltert hat es, als ob sie mit Rollern auf dem Boden hin- und herfahren.“ (Elektrisiert?) „In mein Bett haben sie Strom geleitet. Ich lief in die Küche. Dort leuchteten sie durch die Wand. Ich nahm eine Decke und legte mich im Keller auf die Kartoffeln. Auch dort habe ich keine Ruhe gehabt. Ja, es war, als ob ich elektrisiert würde. . . . Da waren auch gelbe, giftige Nebel. Ich glaubte ersticken zu müssen.“ (Geruch?) „Nein.“

Während des ganzen Klinikaufenthaltes berichtete sie nur einmal über ein nächtliches szenenhaftes Erlebnis. „Beim Liegen auf der linken Seite habe ich bis

in den Keller gesehen. Da standen ganz verschwommene Männer- und Frauengestalten auf Brettern, wie Puppen. Ziemlich unscharf, wie aus Watte. Einer hatte eine Luftpumpe. Aus den Hintern der Frauen wurde etwas rausgezogen. Wie Zeppeline kamen da raus. Geschlechtliche Dinge waren das. In dem Mund der Frauen steckten Sträuße. Armreifen waren den Frauen auf die Brust gelegt.“

Bei dieser Schilderung wirkt Pat. ruhig, eher verwundert, fast amüsiert, und verneint strikt eine Bedrohung ihrer Person. (Sie hatte in der Nacht keinen Erregungszustand geboten.)

Im weiteren Verlauf wurde Pat. unter einer Röntgentiefenbestrahlung immer ruhiger, zuversichtlich und gab an, immer weniger durch die Bilder belästigt zu sein.

27.6.: . . . „Lastautos. Unten liegt einer, der die Räder abmacht. Die Farben sind weg. Die Räder sind rausgeschüttelt. Die Kasten sind zusammengeklappt.“ (Kleine Autos?) „Kleine Autos sind noch da, haben aber keine Räder mehr. Die Autos laufen langsamer. Die Reifen liegen flach auf dem Boden.“ (Flieger?) „Flieger ohne Tragflächen, wie Zeppeline. Die sind jetzt klein und laufen langsam. Ich kann noch bis in den Dachstuhl sehen.“ „Glaubt, mit dem li. Auge seit einigen Tagen Helligkeit wahrzunehmen. Eine augenärztliche Kontrolluntersuchung ergibt nach wie vor totale Blindheit.“

6.7.: . . . „Es ist jetzt alles ganz verschwommen, wie Wolken. Ich kann gar nicht mehr klare Bilder sehen.“ (Sehvermögen schlechter?) „Ich sehe sogar besser. Vor dem linken Auge ist es jetzt wieder hell.“

7.7.: . . . „Ich sehe Matratzen, die sind durchlöchert. Es kommt Eichenlaub heraus.“ (Bewegung?) „Es rutscht alles langsam hin und her. Auch kleine Autos. Die Bewegungen sind viel langsamer als früher.“

9.7.: . . . „Ich sehe nichts Genaues. Ich sehe nur noch Schimmerchen. Farbkaros. Da ist etwas Grün und Rot auf dem Boden. Das waren früher Autos. Die Autos sind aber kleiner als früher. Die großen sehe ich gar nicht mehr.“

12.7.: . . . „Ich fühle mich sehr gut. Ich brauche gar nicht mehr hinzusehen.“ (Gegenstände?) „Ja manchmal sehe ich so Wolken, die werden zu Leuten mit dicken Köpfen.“ (Flieger?) „Die sehe ich schon seit ein paar Tagen nicht mehr.“ (Autos?) „Ich sehe höchstens noch einen grünen Fleck.“

18.7.: . . . (Wolken?) „Ich sehe fast gar nichts mehr. Ich kann nicht mehr unterscheiden. Nur Wolken. Ich bin so froh, daß es fast gut geworden ist. Die Bilder belästigen mich nicht mehr.“ — Entlassung.

Angaben des Ehemannes bei einem Besuch am 14.10.1960 im Hause der Pat. Nach der Rückkehr aus der Klinik habe sich seine Frau zunächst wohlgefühlt, sei ruhig gewesen und habe nur selten über das Auftreten von Bildern geklagt. Dann sei sie allmählich wieder unruhiger geworden, habe von lästigen Bildern berichtet, doch sei noch eine kritische Einstellung zu diesen Wahrnehmungen erkennbar gewesen. Ende September habe sich der Zustand stark verschlimmert. Abends und in der Nacht seien Erregungszustände aufgetreten. Sie habe sich erneut belästigt gefühlt. Des Nachbarns Hilde und ihr Freund hätten keine Rolle mehr gespielt. Es seien völlig fremde Leute gewesen, Männer und Frauen. Abends habe sie oft am Fenster gestanden und in den Garten gesehen. Später habe sie die Feinde im Hausflur vermutet und sei plötzlich in heftiger Erregung auf die Tür zugestürzt. Als sie niemanden dahinter fand, habe sie einfach erklärt, daß die Kerle eben weggelaufen seien. Eines Nachts habe sie den Peiniger unter dem Bett gesucht und habe unter das Bett geleuchtet. Am nächsten Tage sei sie mit dem Teppichklopper schlafen gegangen und habe nachts auf die Belästiger losgeschlagen. Sie ziehe abends immer die Decke über den Kopf, manchmal noch ein Tuch vor das Gesicht. Durch keinerlei logische Einwände habe sie sich von der Unsinnigkeit ihrer Vorstellungen überzeugen lassen. Es sei deshalb zu heftigen Auseinandersetzungen gekommen. In

letzter Zeit klagte sie wieder über Schmerzen im li. Bein und behauptete, daß ihr die Schmerzen durch Einspritzungen der Feinde gemacht würden. Sie sehe die Leute ganz nahe bei sich mit einer Spritze oder einem Ballon in der Hand, der Gift enthalte. Meist kämen die Leute über den Dachstuhl. Die Ziegel würden abgerissen und schnell wieder draufgelegt, wenn man nachschaut.

Am 22.9. habe er seine Frau im Schlafzimmer aufschreien hören. Er habe sie tief bewußtlos, blaß und verschwitzt im Bett liegend vorgefunden. Sie habe leichte Zuckungen der Extremitäten und im Gesichtsbereich gezeigt. Eine Seitenbetonung sei nicht aufgefallen. Sie habe eingenäßt. Nach einigen Minuten sei sie wieder zu sich gekommen und habe keine Erinnerung für den Anfall gehabt. Man habe sich wieder ganz vernünftig unterhalten können. Eine Verschlechterung der Sehstörung oder Lähmungserscheinungen sei nicht aufgetreten. Derartige Zustände hätten sich später nicht wiederholt. Seine Frau sei jetzt fast täglich von den Verfolgern gequält, komme auch tagsüber nicht zur Ruhe. Häufig finde er sie in einer Zimmerecke stehend vor, den Blick starr an die Wand gerichtet. Sie behauptete, durch die Wand hindurch die Nachbarn und ihre Feinde beobachten zu können.

Befund. Frau B. begrüßt den Arzt mit bekümmelter Miene, klagt über Verschlimmerung ihres Zustandes, berichtet über halluzinatorische Erlebnisse und ausgesprochen paranoide Wahninhalte. Sie hat ein Kopftuch umgebunden, das ihre Augen fast verdeckt. (Bilder?) „Ja, da sind Flieger mit Stroh drin, die bringen Tiere ins Haus.“ (Mäuse?) „Nein, größere, wie Ratten.“ — Als der Mann sich verärgert einmischte, wird sie wütend, stampft mit dem Fuß auf und schreit: „Sie sind doch da“. . . . „Da kommt eine Kugel, ein Luftballon“, zeigt auf die Erde und hebt das Bein, um einen Ballon durchrutschen zu lassen. (Krankhafte Einbildungen?) „Ich denke nicht, daß das krankhaft ist. Die tun mich richtig quälen. Da sind runde kleine Ballons, wie Spritzen mit Gas, die machen mich ganz kaputt, die wollen mich tot machen.“ (Geruch?) „Ja, wie Karbid.“ (Stimmen?) „Nur Gemurmel.“ (Freunde der Hilde?) „Nein, das sind ganz Fremde. Ich kenne sie nicht, wie Zigeuner sehen sie aus, ganz verummmt. Es sind immer andere. Bei mir laufen dann die Bälle herum. Die gucken ständig hier rein. Durch die Kleider an der Tür sehe ich sie im Hauseingang. Wenn ich die Tür aufmache, sind sie fort. Nachts steigen sie auf den Speicher. Sie kommen ins Zimmer und peinigen mich. Sehen Sie da hinten, da steht wieder einer.“ (Flieger?) „Ja, aber die sehen anders aus als früher, wie Zeppeline, Flieger ohne Tragflächen.“ (Was haben die Leute gegen Sie?) „Das weiß ich nicht, das weiß ich nicht.“ Weint verzweifelt. — In körperlicher Hinsicht war kein neuer Befund zu erheben.

Spätere Berichte des Hausarztes ergaben im wesentlichen das gleiche Bild mit leichten Schwankungen. Während sie meist ängstlich-erregt war, berichtete sie an manchen Tagen ruhig und fast bedeutungsvoll über schöne Blumen und Gesichter. Ende März 1961 bekam Pat. eine hoch fieberhafte Thrombophlebitis am re. Bein, wurde zunehmend benommen, war zuletzt bewußtlos und kam am 28.3.1961 ad exitum.

Eine Sektion wurde abgelehnt.

Diskussion

Es handelt sich hier um eine Halluzinose bei einem langsam, über zumindest 4—5 Jahre progredienten suprasellären (Hypophysen?) Tumor, der sich zunächst in einem Verlust des Sehvermögens am linken Auge, in letzter Zeit auch in einer starken Sehbehinderung rechts (vollkommene temporale Hemianopsie, erhebliche Visusherabsetzung auf $\frac{5}{35}$) bemerkbar machte. Außerdem war 6 Jahre zuvor eine perniziöse

Anämie festgestellt worden, die auf entsprechende Behandlung so gut ansprach, daß jetzt keine Symptome einer Blutkrankheit festgestellt werden konnten.

Mit zunehmender Sehverschlechterung am rechten Auge geriet Frau B. zu Beginn letzten Jahres in eine mißmutig-depressive Verstimmung und in eine gewisse Isolierung hinein. Sie fühlte sich zu nichts mehr nutze. Tatsächlich konnte sie wegen der erheblichen Sehbehinderung keine feineren Arbeiten mehr verrichten, saß oft untätig-grübelnd herum und ging kaum noch allein unter die Leute.

Als dann der vorwiegend suprasellär wuchernde Tumor etwa Hühnereigröße erreicht hatte, traten neben angedeuteten cerebralen Herdsymptomen (gelegentlich leichte Wortfindungsschwierigkeiten, geringe Gangunsicherheit, — anscheinend keine Bewußtseinsstörungen! —) psychopathologische Symptome auf. Diese lassen sich in vier Stadien aufteilen.

Das *erste Stadium* entsprach einem halluzinatorisch-paranoiden Bild. So berichtete die Kranke zunächst über optische, szenenhafte Erlebnisse. Sie vermeinte, durch die Wände des Hauses hindurch verschiedene Beschäftigungen der Nachbarn sehen zu können. Dabei war die Krankheitseinsicht anfangs noch nicht völlig gesperrt; denn sie ließ sich oft durch ihre Kinder von der Unsinnigkeit der Wahrnehmungen überzeugen und „konnte sogar manchmal darüber lachen“. Auch hatten die szenenhaften Erlebnisse zunächst inhaltlich keinen Bezug auf ihre eigene Person. Bald jedoch verschärfte sich das Bild bis zu einer schizophreniformen Psychose mit Halluzinationen auf fast allen Sinnesgebieten und mit deutlich paranoid-ängstlicher Färbung. Die Szenen hatten nun ausgesprochen sexuellen Inhalt. Die Nachbarstochter und deren Freundin „stiegen abends mit ihren Freunden mit der Leiter in den Dachstuhl ihres Hauses, um sich zu vergnügen“. Dem Ehemann hatte die Patientin von perversen Verkehr der jungen Leute berichtet. Das Schimpfen der Patientin wurde von diesen „mit Foppen“ beantwortet. Man „guckte auch in ihr Schlafzimmer, um sie beim Ausziehen zu beobachten“. Man „bestrahlte sie mit grellem Licht, fuhr polternd mit Rollern auf dem Dachstuhl hin und her, leitete elektrischen Strom in ihr Bett, ließ gelbe, giftige Nebel in ihr Haus“. Sie glaubte, „ersticken zu müssen“. Übrigens hatten „kleine, ihr unbekannte Jungens als Aufpasser auf dem Dach gesessen“. Diese Szenen wiederholten sich immer häufiger, hatten den gleichen sexuellen Inhalt und besaßen für die Patientin einen ausgesprochenen Realitätscharakter. Sie schimpfte zum Fenster hinaus, lief zu den Nachbarn, ja sogar zur Polizei und war weder dort noch von den Angehörigen von dem Krankheitswert ihres Erlebnisse zu überzeugen. Bemerkenswert ist, daß die Beeinträchtigungs-erlebnisse gewöhnlich abends auftraten und vor allem dann, wenn der

Ehemann außer Hause war. Als sie sich einmal einige Tage bei einer Freundin im Nachbardorf aufhielt, war sie frei von den Beeinträchtigungsempfindungen. In ihren Erregungen blieb sie durchaus ansprechbar, voll orientiert und war auch zur Ruhe zu bringen, wenn man auf dem Dach nachgesehen und — wie sie meinte — die „freche Bande“ verjagt hatte.

Tagsüber saß die Kranke oft mit einem Tuch vor dem Gesicht in der Küche und berichtete über einen andersartigen Halluzinosekomplex. So sah sie häufig kleine Gegenstände und Tiere vor sich, deren Auftreten sie nicht auf sich selbst bezog und über die sie mit voller Krankheitseinsicht in genau der gleichen Art während des Klinikaufenthaltes klagte.

Von Bedeutung ist, daß sich die Patientin sonst körperlich wohl fühlte, kein Fieber hatte und keine faßbaren Hirndruckzeichen bot. Chronischer Alkoholismus und Medikamentenmißbrauch waren mit Sicherheit auszuschließen. Eingehende Nachforschungen ergaben keine Anhaltspunkte für eine erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten.

Durch die Exploration der Angehörigen ließ sich aufdecken, daß das Erscheinen der Nachbarstochter in dem psychotischen Erleben nicht zufällig ist, sondern *erlebnismäßig* aufgelöst werden kann. Es hatte — allerdings bereits vor 5—6 Jahren — einen Streit mit der Nachbarsfrau gegeben, der vor etwa 3 Jahren zwar beigelegt wurde, jedoch eine bleibende Abneigung hinterließ, zumal Hilde, die älteste Tochter, noch längere Zeit nach Beilegung des Streites die Patientin übersehen und nicht begrüßt hatte. Zum Zeitpunkt des Auftretens der Psychose waren aber keine erneuten Zwistigkeiten vorgekommen, wie übereinstimmend von der Patientin selbst sowie von ihren Angehörigen angegeben wurde.

Noch verständlicher werden die Erlebnisinhalte und die Verarbeitung der früheren Streitereien bei Betrachtung der *Charakterstruktur* der Patientin. Sie wird sowohl von ihrem Ehemann als auch von ihrem Sohn als sehr aktiv, zielstrebig, ja stur, starrköpfig, rechthaberisch, sehr „stolz“ und sehr verletzlich beschrieben. Inwieweit es bei dem Streit mit den Nachbarsleuten, bei dem der Patientin eine üble Nachrede über die Nachbarsfrau zur Last gelegt wurde, zum Gefühl einer nicht überwundenen Niederlage oder gar einer Schuld gekommen war, ließ sich nicht entscheiden, wenn man sich nicht in vage Vermutungen und Deutungen verlieren wollte. Immerhin kann man wohl bei der beschriebenen Charakterstruktur und bei dem einfachen dörflichen Milieu zwanglos annehmen, daß Frau B. durch die damaligen Streitereien innerlich erheblich tangiert worden war. Zu diesem Punkte wird bei der Betrachtung des weiteren Verlaufs noch Stellung genommen werden.

Als Beginn des *zweiten Stadiums* der Halluzinose kann man den Aufnahmeterrain in unsere Klinik ansehen. Während des ganzen Klinik-

aufenthaltes über fast 2 Monate war die Patientin völlig frei von echt psychotischen, insbesondere wahnhaften Erlebnissen, blieb jedoch von der Realität der zu Hause erlebten Szenen mit der Nachbarstochter fest überzeugt. Im Vordergrund des Bildes stand während des zweiten Stadiums eine *reine optische Halluzinose mit Kritik und Krankheitsgefühl*. Sie sah fast ständig kleine Gegenstände wie Autos, Flugzeuge, Kränze, korbähnliche Geflechte, flauschige Matratzen, die sich in geringer Entfernung im Gesichtsfeldraum bewegten. Die Bilder wurden abends bei zunehmender Dunkelheit intensiver und auch bei Augenschluß deutlicher und lebendiger. Die Gebilde entwickelten sich mitunter aus einem diffusen grauen Nebel im Gesichtsfeld und nahmen erst bei Zuwendung der Patientin bestimmte Formen und Farben an, verschwanden aber innerhalb von Sekunden, um anderen Gebilden Platz zu machen. Komplementärfarben Rot-Grün herrschten vor. Die optischen Phänomene wechselten auch an Größe, Deutlichkeit, Farbe und in ihrer Bewegung. Niemals lagen die Bilder außerhalb des Gesichtsfeldes, doch konnte keine Bevorzugung bestimmter Gesichtsfeldausschnitte erfragt werden. Eine Beziehung oder eine Einbeziehung der realen Umwelt war nicht festzustellen, doch wurden gelegentlich erinnerte Vorstellungen eingeflochten. So verwandelten sich z. B. Matratzen plötzlich in Sofas und Sessel, die sehr ihren Möbeln daheim ähnelten. Nur gelegentlich gelang es, durch Suggestivfragen nach bestimmten Gebilden (z. B. Autos, Flugzeuge), diese erscheinen zu lassen, auch konnten die Gegenstände bis ins einzelne geschildert werden. Gewöhnlich war die Patientin gerade durch das unvorhergesehene Auftreten und die Flüchtigkeit der Bilder, die willensmäßig weder herbeizuführen noch auszuschalten waren, belästigt. Mitunter entwickelten sich aus einem Gegenstand ein anderer, oft hingen an einem Flugzeug kleine Zeppeline oder Matratzen, die sich abstießen. So zeigten die Halluzinationen eine gewisse Gleichförmigkeit. Während es sich meist um leblose Gegenstände handelte, wurden zwischendurch einmal Szenen mit Tieren oder kleinen menschlichen Wesen (Babies) geschildert. Das affektive Verhalten der Kranken den Halluzinationen gegenüber war unterschiedlich bzw. stand augenscheinlich in einer gewissen Beziehung zum Inhalt der Sinnestäuschungen. So konnte die Patientin an manchen Tagen fast mit einer gewissen Freude von den herrlichen Kränzen und Blumen berichten, dann wieder beklagte sie sich mit mißmutig-depressivem Affekt über die sich ständig aufdrängenden und durch ihre Bewegungen sehr lästigen Eindrücke, äußerte ausgesprochenen Ekel und Angst, wenn sie von Szenen berichtete, in denen unheimliche Vögel auftauchten und auf menschliche Babies einhackten. Manchmal knüpfte die Patientin depressive Gedanken an die Bilder an, so wurde z. B. durch einen Kranz symbolhaft an den eigenen Tod erinnert. Nur einmal hatte sie während des Klinikaufent-

haltes ein szenenhaftes Erlebnis sexueller Färbung. Sie sah unscharf konturierte Männer- und Frauengestalten, die statuenhaft oder puppenhaft auf einer festen Unterlage standen. Im Mund der Frauen steckten Blumen. Von einem Mann wurden mittels einer Luftpumpe eigenartige Würste aus dem Anus der Frauen herausgezogen. Bei dem Bericht zeigte sich die Patientin nicht erregt oder verängstigt, auch nicht angeekelt, sondern eher verwundert, schüttelte den Kopf und war fast belustigt. Ein besonderer Affekt während des Erlebnisses wurde ausdrücklich verneint. Vergleicht man diese Szenen mit den sexuellen Spielen der Nachbarstochter mit ihren Freunden während des ersten psychotischen Stadiums mit absolutem Fehlen von Krankheitseinsicht, so kann man gegenüber dem echten psychotischen Erleben das eben beschriebene Bild fast als leblose Schablone oder als Phantom mit gleichem Inhalt auffassen. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die starke emotionelle Beteiligung mit Angst, Ekel und Beeinträchtigungsgefühl während der vorangehenden psychotischen Phase erinnert.

Während die Patientin in der Psychose die Szenen auf dem Dachboden wirklichkeitsnah erlebte und auch unkorrigierbar von ihrer Fähigkeit, durch feste Mauern durchschauen zu können, überzeugt war, erklärte sie zwar auch während des Klinikaufenthaltes, bis in den Dachstuhl der Klinik hinsehen zu können, ließ sich aber schließlich von der Unrichtigkeit dieser Annahme überzeugen. Als sie auf den Dachboden geführt wurde, stellte sie mit ärgerlichem und depressiv-weinerlichem Affekt fest, daß die von ihr angenommene Vorstellung von der Gestaltung des Dachstuhles nicht der Wirklichkeit entsprach. So hatte sie sich z. B. die Balken des Dachstuhles firstartig zusammenlaufend vorgestellt, während in Wirklichkeit das sichtbare Gebälk quergelegt war.

Bei der Analyse der Halluzinose ist unseres Erachtens *die erhebliche Sehstörung der Kranken in Rechnung zu stellen und zwar i. S. eines Erlebniswandels*, wie ihn JACOB u. a. bei Späterblindeten aufgezeigt haben. Der Einwand, daß die Patientin am rechten Auge noch ein so ausreichendes Sehvermögen hatte, daß sie sich bei Helligkeit im Raum gut orientieren und aus nächster Nähe sogar die Gesichtszüge der Begegnenden erkennen konnte, wird durch die Angaben der Angehörigen über eine starke Behinderung und Isolierung mit reaktiver Verstimmung entkräftet. Dieser Verlust lebendiger Umweltkommunikation bei starker Sehbehinderung führt nach namhaften Autoren zu einer erheblichen Veränderung der eigenen körperlichen Empfindungen (Bewegungsempfindung, Tonuserlebnisse), besonders aber zu einer erhöhten Störbarkeit des seelischen Gestimmtseins und zu einer Veränderung des Wahrnehmungsgesamts. Die Beeinträchtigung des Sehvermögens bedingt eine vermehrte Reizoffenheit anderen Sinnesempfindungen gegenüber. So versucht der Sehbehinderte, durch feineres Tasten, Hören, Riechen

und letztlich auch durch Schmecken den Ausfall des Sehvermögens zu kompensieren. Schon in der vorsichtigen motorischen Haltung des Kranken spiegelt sich seine vermehrte innere Spannung wider. Aus dieser vermehrten Zuwendung zum eigenkörperlichen Erleben kommt es erfahrungsgemäß oft zu lebhaften optischen Erscheinungen bis zu szenisch-optischen Erlebnissen.

In unserem Falle kann man das von der Patientin berichtete Nebel-sehen zwanglos mit dem sogenannten frontalen Graunebelblickfeld (Surrogat-Blickfeld) des Blinden vergleichen. In Zuständen affektiver Erregung (z. B. in Schrecksituationen) treten sinnlich anschauliche Erlebnisse optischer Art im Blickfeld zu Tage. Helligkeitsempfindungen, Photismen, Flammensehen, beherrschen den Raum, der sich sonst als Graunebel darbietet. So berichtet JACOB über einen Kranken, bei dem sich farbenprächtige Blumen einstellten, die sich ständig in Bewegung befanden. Das Kommen und Schwinden dieser Sinnestäuschungen wiederholte sich öfters am Tage. Denkt man ferner an die Schutzlosigkeit des Blinden, der in affektgeladenen Situationen sein vitales Versagen besonders empfindet, so kann man sich zwanglos vorstellen, daß auf diesem Boden auch szenische Erlebnisse auftauchen, in denen sich dann, wie oben angeführt, sowohl die Charakterstruktur als auch die affektbetonten Erlebnisse des Kranken widerspiegeln. Bemerkenswert ist, daß andere Kranke über einen ganz bestimmten Zustand des *Verändertseins*, der Erregung und der Nervosität berichteten, sich über das Gefühl des Nichtmehrloskommens von den Visionen, d. h. über eine „Faszination“ beklagen. Ein Patient JACOBS äußerte die Angst, verrückt zu werden. Auch das Phänomen der Selbstentfremdung im Wahrnehmen wird immer wieder betont, die gestörte Ichqualität „als wenn der Wille dazu nichts zu sagen hätte“, wie es auch unsere Patientin wiederholt äußerte. Damit verbunden besteht mitunter das Gefühl der Bedrohung der eigenen Existenz, welches sich innerhalb des ganzen vegetativen Systems widerspiegelt. Aus diesem Erlebniswandel lassen sich auch manche psychotischen Symptome bei unserer Kranken im ersten und vierten Stadium des Leidens erklären, zumindest möchten wir dem Faktor der Sehbehinderung im Faktorenbündel schon eine wesentliche Bedeutung beimessen. An dieser Stelle sei an das szenisch-optische Erleben der Kranken während des zweiten Stadiums erinnert, in dem es wahrscheinlich nur eines stärkeren affektiven Anstoßes (einer paranoiden Wahnstimmung?) bedurfte, um die puppenhaften Attrappen zu wirklich handelnden Menschen — wie im ersten Stadium — umzuwandeln.

Das *dritte Stadium* der Erkrankung begann während der Röntgentiefenbestrahlung des diagnostizierten (Hypophysen-?) Tumors. Doch möchten wir die Auswirkung dieser Therapie des organischen Zustands-

bildes auf die psychopathologischen Phänomene relativ gering einschätzen; denn die Berichte der Kranken über die Besserung der Halluzinose tragen zum großen Teil den Stempel des Psychogenen. So gab sie an, daß sie schon auf dem blinden linken Auge einen Lichtschein sehen könne, während die augenärztliche Untersuchung eine komplette Blindheit ergab. Noch deutlicher und symbolhaft waren die Berichte der Kranken, daß nun die Autos kleiner, blasser und wenig scharf begrenzt würden, daß sie sich nicht mehr so schnell bewegten, ja sie sah sogar Monteure unter den Autos, die sämtliche Räder abmontiert hatten. In affektiver Hinsicht zeigte sich die Patientin in dieser Zeit wesentlich ruhiger, war zuversichtlich, fand besseren Kontakt zu den Mitkranken, hielt aber unkorrigierbar an der Realität ihrer szenenhaften Erlebnisse im Dachstuhl des eigenen Hauses fest.

Als *viertes Stadium* möchten wir das Krankheitsbild bezeichnen, das die Patientin mehrere Monate nach der Klinikentlassung zu Hause bot. Sie hatte bald wieder über ein Stärkerwerden der Halluzinationen geklagt und im letzten Monat abends ausgesprochen psychotische Zustände mit Bedrohungserlebnissen durch *unbekannte Feinde* geäußert, war aber nicht im eigentlichen Sinne bewußtseinsgestört, sondern in diesen Zuständen sehr stark „fasziniert“ und in ihrem Bewußtsein so eingeengt, daß sie fast das Bild eines katatonen Stupors bot.

Die bei der Patientin beobachteten psychotischen Phänomene im Endzustand erlauben es unseres Erachtens schon von einem *Mischbild* zwischen Halluzinose und Delir als weitere Stufe des Verstricktseins im pathologischen Erleben zu sprechen. Während die Kranke tagsüber meist halluzinierend, fasziniert und stuporös in einer Ecke stand, geriet sie besonders des Nachts in starke motorische Erregung, schlug auf ihre Verfolger ein und fühlte sich engstens attackiert. Sie hatte das Empfinden, daß ihre Feinde unter dem Bett liegen, stand auf, leuchtete unter das Bett, d. h. die optischen Halluzinationen blieben im Gesichtsfeld bzw. sie wurden dort gesucht, während sich die Annahme, daß die Feinde unter dem Bett liegen, sich lediglich aus einem Bedrohungsgefühl ergab.

Man kann zwanglos an die Möglichkeit denken, daß sich das Mischbild bis zu einer völligen Bewußtseinsstörung verschlimmern und bei entsprechenden Gegebenheiten in einen echten Dämmerzustand übergehen konnte. Es sei daran erinnert, daß der Ehemann bei seiner Frau am 22.9.1960 einen epileptiform beschriebenen Anfallszustand mit vollkommener Bewußtlosigkeit über ca. 10 min beobachten konnte. Das EEG hatte bereits zuvor verdächtige Krampfpotentiale gezeigt. Im weiteren Verlauf bis zu ihrem Tode am 28.3.1961, der nach einer fieberhaften Thrombophlebitis am rechten Bein erfolgte, traten Anfallszustände nicht auf. Das psychopathologische Bild hatte bis auf leichte

gradmäßige Schwankungen, keine nennenswerte Änderung mehr erfahren.

Betrachtet man die vier geschilderten Stadien zusammen, so erkennt man, daß der Unterschied durch den Grad des Verstricktseins im Netz des krankhaften Erlebens, das wir als „Involvierung“¹ bezeichnen möchten, charakterisiert ist. Im zweiten Stadium (während des Klinikaufenthaltes) hatte Patientin weitgehende Distanz zu den halluzinierten Autos, Fliegern und Kränzen und sagte selbst, daß es sich um krankhafte Erscheinungen handeln müßte. Im dritten Stadium zerflossen die Gebilde sogar immer mehr, lösten sich gewissermaßen im Nebel auf und wurden symbolhaft abmontiert (Räder ohne Autos, Flugzeuge ohne Tragflächen usw.). Auch die Farben wurden blasser. Die Beweglichkeit der Dinge ließ nach. Die Gesichte kamen auch seltener. Zuletzt waren es nur formlose Nebel, die vorbeihuschten. (Eine mehr physiologisch orientierte Deutung erscheint hier möglich.) Die Stimmungslage war in diesem Zustand gelöst, zufrieden, beruhigt und zuversichtlich.

Das erste Stadium, das einer schizophreniformen Psychose mit Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten entsprach, ähnelt sehr dem zuletzt beobachteten vierten Stadium, doch ist auch hier ein stärkerer Grad des Involviertseins im letzten Stadium wohl das charakteristische Unterscheidungsmerkmal. Während wir nämlich im ersten Stadium hörten, daß die Bedroher bekannte Nachbarnleute waren und sich auch erlebnismäßig in der Vorgeschichte Feindseligkeiten mit der Nachbarschaft auffinden ließen, so daß hier das ganze Erleben für den Außenstehenden noch einfühlbar und ableitbar blieb, war im vierten Stadium eine psychologische Auflösbarkeit kaum mehr möglich. Die Bedroher waren jetzt unheimliche Fremde, „Zigeuner“. Das Motiv der Handlungsweise ihrer Feinde war der Patientin völlig unklar. Sie fühlte sich ganz ratlos und ausgeliefert und war im wörtlichen Sinne immer stärker „in die Enge getrieben“. Die Feinde saßen nicht nur vor dem Haus oder drangen in den Dachstuhl ein. Sie kamen immer näher mit ihr in Berührung und gaben ihr giftige Spritzen (in das von einem Ischiasleiden besetzte Bein!), standen leibhaftig vor ihr, wollten ihr etwas antun. Die Intensität des Erlebens kam schon in den Abwehrreaktionen der Patientin gut zum Ausdruck. Sie schlug mit dem Klopfer auf die Feinde ein, hob das Bein, um den Spritzen bzw. den Ballons auszuweichen. Sie war von ihrem Erleben so „gefesselt“ und „fasziniert“, daß sie stundenlang mit dem Gesicht zur Wand halluzinierend wie in einem katatonen Stupor in einer Ecke stand. In diesen Zuständen war sie in ihrem Bewußtsein zweifellos *ingeengt*. Sie wurde von den krankhaften Erlebnissen vollkommen gefangengehalten. Eine unbeeinflussbare organische Bewußtseinsstörung im strengen Sinne lag aber bei unserer Patientin

¹ Abgeleitet von lat. involvere = einhüllen, einwickeln.

in den einzelnen Stadien nicht vor; denn sie ließ sich durch die Angehörigen, den Arzt usw. aus diesen Zuständen herauslösen, blieb ansprechbar und zeigte sich über Ort und Zeit voll orientiert. Sie war jedoch nicht in der Lage, sich allein von den krankhaften Erleben freizumachen und befand sich ständig in einer ängstlichen Erregung. Das pathologische Erleben wurde immer mehr in eine neue Welt verlagert, die für den Außenstehenden nicht mehr einfühlbar und im wörtlichen Sinne „verrückt“ war, während die realen Umweltverhältnisse (Ort, Zeit, Raum) mehr am Rande registriert wurden. Es bestand kein rechter Sinnzusammenhang mehr.

Unter normalen Bedingungen ist das Ich nicht das Objekt einer Wahrnehmung. Trotzdem hat das Ich seine Grenzen im proximalen Anteil der Umweltsbeziehungen, deren Gesamtheit man vielleicht mit einem unsichtbaren Gespinst, das uns nirgends drückt und stört, vergleichen kann. Das Ich nimmt die Umwelt wahr, hat aber die „normale“ Distanz zu den Objekten der Umwelt und fühlt sich geborgen und standfest. Unter pathologischen Bedingungen sind die Wahrnehmungen „gemacht“, von außen aufgezwungen und fremd, sodaß, je mehr „das Andere“ oder „der Andere“ herangedrängt und ein Gespinst der Umweltbeziehungen spürbar wird, die Situation als Verstrickung und zwanghafte Fesselung von außen her empfunden wird. Zugleich besteht aber auch eine andere Beziehung, nämlich eine Verfremdung der Wahrnehmungswelt.

Aus diesen Gründen möchten wir das Wort „Verstrickung“ („Involvierung“) gebrauchen. Dieser Ausdruck ist unseres Erachtens treffender als die Bezeichnung „Vergewaltigtsein“ (GRUHLE), weil damit nicht ein passives Geschehen, sondern die Auseinandersetzung des Kranken mit seinen Erlebnissen zum Ausdruck gebracht wird. Ferner gibt es beim Vergewaltigtsein keine Steigerung und Minderung der Auseinandersetzung. Unser Anliegen ist es aber gerade, das Selbstbeobachtende der Kranken, ihre „Wahrnehmung“ der Erlebnisse anzudeuten und daneben eine graduelle Stufung in der Intensität der Verstrickung herauszustellen. Dem für unser Gefühl vielleicht etwas farblosen „Betroffensein“ (STRAUSS) gegenüber hat unser Ausdruck den Vorteil der besseren Anschaulichkeit, da das ständige zwangshafte und gleichzeitig lästige Gefangensein und die gradmäßige Fesselung im krankhaften Erleben bildlich vorgestellt werden kann. Man kann so etwa den Übergang vom „Trema“ zur „Apophänie“, wie es CONRAD ausdrückt, als Zunahme der Verstrickung kennzeichnen.

Hinsichtlich der Bewußtseinslage ist unsere Betrachtungsweise mit der Konzeption der „Verstrickung“ der von MEYER entgegengesetzt. Für MEYER führt die zunehmende Einengung des Bewußtseins bei der optischen Halluzinose zu der „nur noch passiven Faszination“. Wir

möchten demgegenüber annehmen, daß die zunehmende Involvierung die Einengung des Bewußtseins erst nach sich zieht. In diesem Sinne ist der Grad der Bewußtseinsklarheit *nichts primär Gegebenes, sondern ein Bilanzbegriff*, in den somatische und nichtsomatische Faktoren eingehen. Es versteht sich, daß eine Unterbilanz der Bewußtseinsfunktion auch somatisch bedingt und durch diffuse Beeinträchtigung der Funktionen des Gehirngewebes zu erklären ist, unter Umständen in verschiedener Stärke während aufeinanderfolgender Phasen der Erkrankung bei ein und demselben Patienten. In zahlreichen anderen Fällen mag sich aber die zunehmende Involvierung und damit Einengung des Bewußtseins über psychogene Abläufe abspielen.

An unserem Modell wird deutlich, wie wenig psychologisch einfühlbare Erlebnisse eine pathogenetische Rolle spielen. Wenn wir im zweiten Stadium zunächst noch erlebnismäßige Momente (Feindschaft mit den Nachbarn) herauszuschälen können, so sehen wir, daß schließlich keine Beziehungen mit der real erlebten Welt mehr bestehen. Die Tatsache, daß sich wirkliche Erlebnisse in dem ersten (psychotischen) Stadium auffinden lassen, ist unseres Erachtens ganz banal zu erklären; denn was liegt näher, als daß ein Patient — je nach dem Grad seines Involviertseins — noch mehr oder weniger krampfhaft versucht, sich mit seiner früher erlebten Welt auseinanderzusetzen und sein pathologisches Erleben damit zu erklären. Daß in diesen Zuständen besonders affektgetönte negative Erlebnisse im Bild auftauchen, ist nicht weiter verwunderlich. Im späteren Verlauf waren jedoch die Inhalte kaum noch psychologisch auflösbar. Wir möchten meinen, daß zu diesem Zeitpunkt eine reine psychoanalytische Betrachtungsweise nur noch bruchstückhafte Konstruktionen ergeben kann. In der Neuropsychiatrie ist es unseres Erachtens wertvoll, bestimmte Verhaltensweisen aufzuzeigen, die unserer Vermutung nach nicht nur bei der Analyse von exogenen Modellpsychosen von Wert sind, sondern vielleicht auch bei der psychopathologischen Beurteilung der sogenannten endogenen Psychosen weiterführen. Ausdrücklich sei aber hervorgehoben, daß es auch Fälle von essentiell psychogener Wahnbildung gibt, vor allem paranoische Entwicklungen, den sensitiven Beziehungswahn usw.

Das *emotionale Erleben* ist in jeder Psychose eine ganz wesentliche Komponente. Die paranoide Wahnstimmung (SCHNEIDER) oder das Trema (CONRAD) stellen unseres Erachtens ein umschriebenes, dabei aber emotional wenig strukturiertes Radikal im menschlichen Verhalten dar. Bei unserem Fall war der Emotionale wohl eher ein beigeordnetes Glied der Konstellation, aber nicht der Fundamentalfaktor.

In den letzten Jahren wird mehr und mehr auf die *Rolle des vegetativen Systems* bei der Entstehung von Psychosen hingewiesen. HUBER spricht von einer leibhypochondrischen Schizophrenie, sie „erschöpft

sich nicht in abnormen, mit affektiven Störungen verknüpften Leibes-sensation, sondern vielmehr kommt es zu Veränderungen der Eigenempfindung, der Vitalgefühle und Triebe“. Es können also sämtliche Wahrnehmungsleistungen und darüber hinaus vegetative Funktionen und motorische Leistungen betroffen sein, wobei sich außerordentlich komplexe und allein mit der analytisch beschreibenden Methode nicht mehr zu erfassende Phänomene ergeben. HUBER spricht deshalb von der coenästhetischen Form der Schizophrenie, wie sie von französischen Autoren (DUPRÉ u. CAMUS) 1907 beschrieben wurde. In Anbetracht ganz ähnlicher Erscheinungen bei bestimmten Zykllothymien und Zwischenfällen weißt HUBER auf die engen Beziehungen zwischen den beiden großen Gruppen der Psychosen hin. Er betont ferner die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber manchen organischen Zwischenhirnaffektionen verschiedenster Genese (Tumoren, Encephaliden und Gefäßstörungen) und geht sogar so weit, die bei diesen Fällen oft encephalographisch nachweisbare Hirnatrophie als Auswirkung bzw. Symptom einer bis heute nicht faßbaren primären Gehirn-erkrankung aufzufassen. v. DITFURTH erklärt die endogene Depression als Folge der Störung einer vegetativen Beziehung zur Umwelt.

Zumindest findet man hier bei der pathogenetischen Analyse der Psychosen einen Ansatz für weitere, notwendigerweise in enger Verbindung von Klinik und Anatomie durchzuführende Untersuchungen. Wir konnten 1958 auf paranoid-halluzinatorische Bilder bei basalen Prozessen kurz hinweisen und haben bei diesen Patienten in der Familie eine Belastung mit Psychosen feststellen können. Es scheinen also zumindest in einem Teil der Fälle auch Erbfaktoren, zumindest eine Disposition zu psychotischen Entgleisungen mitzusprechen. Ausdrücklich wurde von uns die Rolle des konstitutionellen Faktors einerseits und die Bedeutung der zusätzlichen exogenen Schädigung andererseits herausgestellt und dabei auch die Auseinandersetzung mit der Krankheit als psychopathologische Situation gestreift. Im vorliegenden Falle ließ sich eine erbliche Disposition trotz eingehendster Nachforschungen (Gesundheitsamt, Kirchenbehörden usw.) nicht eruieren.

Unser Fall ist ferner durchaus geeignet, anthropologische oder daseinsanalytische Betrachtungen anzustellen, vor allem die Bedeutung der *Wohnordnung* aufzuzeigen. BILZ hat an unserer Klinik seit Jahren auf bestimmte Verhaltensweisen der Kranken in der Psychose (Zuordnungs-Radikale), vor allem auch auf die „Faszination“ des Alkohols-halluzinanten aufmerksam gemacht und faßt diese als pathologische Abwandlung des normalen Verhaltens gegenüber drohender Gefahr auf. Prinz AUERSPERG beobachtete reine Halluzinationen mit Faszination nur außerhalb des sogenannten Bedrohungsdelirs, und zwar besonders in der prädeliranten Phase. Unter 852 Fällen fand er allerdings 62,

welche „wegen ihres sich hinschleppenden Verlaufes und wegen ihrer in die eigene Lebensgeschichte zurückweisenden paranoiden Entwicklung und wegen ihres autistisch-negativistischen Verlaufes“ als schizophrene Verläufe den typischen Alkoholhalluzinosen gegenübergestellt werden könnten. Es kommen also hier sicherlich Übergänge und Atypien vor. ZUTT weist sicher mit Recht auf die individuelle Empfindlichkeit in Grenzsituationen hin; stellte 1953 die Wichtigkeit der Rang- und Wohnordnung „für Ordnung und Unordnung des menschlichen Lebens“ heraus und machte auf Analogien zu Verhaltensweisen der Tiere aufmerksam. BILZ hat in dieser Richtung mehrfach Beiträge geliefert.

Im stufenweisen Verlauf bei unserer Kranken können wir die Bedeutung der Wohnordnung recht gut herausstellen. Solange die Patientin die Personen und Gegenstände außerhalb ihres Hauses erlebte, war sie innerlich ruhig, mitunter vielleicht sogar von der besonderen Fähigkeit, durch Wände hindurchzusehen, in ihrem Selbstwert gehoben. Man könnte sich vorstellen, daß Kranke in solchen Zuständen Berufungs- und Sendungserlebnisse anknüpfen. Während des Klinikaufenthaltes wurde die Kranke immer ruhiger, nachdem die halluzinierten Gegenstände mehr und mehr verblaßten und keine menschlichen Gestalten mehr, zu denen sie in Beziehung gestanden hätte, in Erscheinung traten. Im ersten wie im letzten psychotischen Stadium rückten aber die menschlichen Peiniger immer näher, stiegen in den Dachstuhl ein, belästigten sie und attackierten sie schließlich mit Spritzen, so daß sie erregt in den Keller floh, aber auch dort keine Ruhe fand. Man könnte vermuten, daß die immer stärker empfundene Bedrohung im Hause möglich machte, daß sie sich von ihren wahnhaften Gedanken befreit fühlte, als sie sich in der Klinik bzw. bei ihrer Freundin in einem Nachbarort aufhielt. Ihr engster Lebensraum war von Feinden besetzt und mußte geräumt werden. So stehen wir vor der interessanten Beobachtung, daß hier zum rechten Zeitpunkt eine Auflösung der Wohnordnung therapeutisch wirksam werden konnte, glauben aber, daß die Patientin im letzten Stadium wahrscheinlich auch in der Klinik von ihren Peinigern verfolgt worden wäre. Eine erneute Aufnahme wurde leider von der Patientin und ihren Angehörigen strikt abgelehnt.

Der vorliegende Fall ist auch geeignet, die Frage der *Hirnlokalisation* von bestimmten psychotischen Bildern anzuschneiden. 1939 berichtete EWALD über Begleitpsychosen bei Hypophysentumoren und machte auf ähnliche psychotische Bilder bei Chiasmadurchschüssen und bei Postencephalitikern, also bei hirnstammnahen bzw. hirnstammlokalisierten Krankheitszuständen aufmerksam. Inwieweit hormonelle Dysfunktionen, in unserem Falle die diabetische Stoffwechsellage, mitspielen, ist schwer zu entscheiden. Immerhin wird dem Insulin eine antihalluzinogene Wirkung zugeschrieben. Büssow berichtete 1956 über

paranoid-halluzinatorische Psychosen bei Endokrinopathien. Es handelte sich dabei neben zwei Psychosen bei Hypothyreose um eine Psychose bei Hypophysenvorlappenatrophie. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, daß diese Psychosen zumindest während bestimmter Zeitabschnitte im Verlauf keine prinzipiellen Unterschiede gegenüber gewissen endogenen schizophrenen Psychosen erkennen ließen. Eine genetische Beziehung dieser Psychosen zur Schizophrenie wurde jedoch für unwahrscheinlich gehalten. HEINRICH u. KORN sahen — wie eingangs erwähnt — schizophreniforme Bilder bei Hypophysentumoren, distanzieren sich jedoch von der hirnlokalisatorischen Frage und meinen, daß allgemeinen Reaktionsweisen des Gehirns, so vor allem bei raumfordernden Prozessen dem Hirndruck eine wesentliche Bedeutung zuzumessen sei, betonen die Seltenheit von paranoid-halluzinatorischen Psychosen bei basalen Tumoren im Schrißttum und berichten über eine Psychose bei einem Patienten mit tuberöser Sklerose mit multiplen tumorösen Veränderungen in den Hemisphären. Klinisch faßbare Hirndrucksymptome bestanden allerdings bei ihren Fällen nicht.

Das Vorkommen von Photomen und anderen optischen Reizerscheinungen bis zum szenenhaften Erleben beim Befall der corticalen Sehzentren sind bekannt, können aber in unserem Falle weitgehend ausgeschlossen werden. Dagegen sind die Beobachtungen von PENFIELD über Halluzinosen bei Schläfenlappentumoren, ferner die Halluzinosen bei Prozessen der Hirnschenkel (LHERMITTE) bemerkenswert, da in unserem Falle durch den ausgedehnten suprasellären Tumor mit Sicherheit beide Gebiete irritiert wurden, selbstverständlich auch das Hypophysenzwischenhirn, das EWALD lokalisatorisch bei halluzinatorischen Psychosen herangezogen hat. Schon SCHRÖDER hat auf Halluzinosen bei organischen Hirnleiden aufmerksam gemacht. In letzter Zeit wird die *Formatio reticularis* im Hirnstamm als wesentliche zentrale Schaltstelle mit Verbindungen zu allen Hirnregionen zur Erklärung von cerebralen Krankheitszuständen, so auch von Halluzinosen herangezogen (NIEDERMEYER) und hat bis zu einem gewissen Grade das Hypophysenzwischenhirnsystem in seiner Bedeutung abgelöst. Auch bei der Frage nach dem Sitz des Bewußtseins wird die *Formatio reticularis* immer wieder in den Vordergrund gerückt (MAGOUN, MÜLLER, WEINSCHENK).

JACOB hat kürzlich die differentialdiagnostischen Abgrenzungsschwierigkeiten bei involutiven und präsenilen Rückbildungsvorgängen hervorgehoben, an deren Hereinspielen auch bei unserer 54jährigen Patientin gedacht werden muß. Von BONNET wird in der Pathogenese von Halluzinosen im Alter neben der Affektion der corticalen Sehsphäre (durch chronische Gefäßveränderungen) und einer leicht schläfrig-dösen Bewußtseinsveränderung der gleichzeitig vorhandenen Ophthalmopathie (senile oculären Veränderungen) eine Bedeutung beigemessen. Auch auf die

Beobachtung von MAYER-GROSS (szenische Erlebnisse bei Chiasmascädigung durch Frontalhirntumor) und die Ausführungen von DE MORSTIER zu diesem Fragenkomplex kann hier verwiesen werden. GRÜNEWALD, KOHLER u. NIEDERMEYER konnten bei der Demonstration eines Falles von seniler Halluzinose mit Ophthalmopathie auf den komplizierten Charakter dieses Syndroms hinweisen. Der Inhalt der Halluzinationen war auch tiefenpsychologisch interessant. Auf die abwägenden Ausführungen von EWALD zu diesem Thema kann hier nur verwiesen werden. Die Bedeutung der Ophthalmopathie bei der Analyse unseres Falles wurde eingehend erörtert. Schließlich sei auf die Halluzinose bei Alkohol und anderen Intoxikationen (Meskalin, LSK 25, Antihistaminika und andere Medikamente) und auf das Fieberdelir hingewiesen, bei denen allerdings gewöhnlich eine eindeutige Bewußtseinsstörung vorliegt, doch lehrt die Erfahrung, daß z.B. bei den reinen Halluzinosen durch Alkohol die Bewußtseinsstörung fehlen kann, wenn auch zumeist eine erhebliche Einengung des Bewußtseins besteht (BILZ).

Eine besondere Erwähnung verdient die Beziehung der Halluzinose zu dem im Zwischenhirn gelegenen *Schlafzentrum*. Erfahrungsgemäß treten die Halluzinationen besonders gegen Abend vor dem Einschlafen auf, wie dies auch in unserem Falle zu beobachten war. Auf die oneiroiden, d. h. traumhaften Bilder vor dem Einschlafen unter normalen Bedingungen sei am Rande verwiesen.

Schließlich muß das Auftreten von halluzinatorischen Erlebnissen bei der *Epilepsie* erwähnt werden. Unsere Patientin zeigte temporo-basal leichte Krampfpotentiale und erlitt im September 1960 zweifellos einen epileptiformen Anfall.

Unsere Darlegungen deuten zumindest darauf hin, daß man in der Pathogenese der Halluzinationen — abgesehen von den Prozessen in den optischen Rindenrealen — etwaigen *Stammhirn*prozessen eine lokalisatorische Bedeutung einräumen muß, wenn man unterstellt, daß bestimmte Stammhirngebiete, wie z. B. dem Zwischenhirn und der *Formatio reticularis* eine Regler- und Steuerungsfunktion zukommt. Man könnte sogar eine Beeinflussung der Sehfunktionen durch Störung der Verbindung zwischen Rinde und Stammhirn diskutieren. Daß umgekehrt bei Rindenprozessen gröbere und lang dauernde Bewußtseinsstörungen und Störungen des Schlaf-Wachrhythmus fehlen, ist eine allgemein anerkannte Erfahrungstatsache und jederzeit, z. B. bei Hirnverletzungen, zu beobachten.

Die Wichtigkeit des *konstitutionellen Faktors* wurde in der bisherigen Besprechung erst kurz gestreift. Wir möchten zwar annehmen, daß es sich bei Wahnsyndromen der besprochenen Art um eine pathologische Verhaltensweise handelt, die gewissermaßen ein Radikal im menschlichen Verhalten darstellt. Diese Verhaltensschablone läßt sich aber weiter

aflösen; denn die Färbung des Bildes wird immer von weiteren pathogenetischen, vor allem aber pathoplastischen Faktoren wie der Konstitution und auch der Biographie abhängen. KRANZ hat auf den Wandel des Wahns im Laufe der Zeiten hingewiesen. Mehrdimensionale Kausalität ist freilich kein Specificum der Psychose. Bei der Besprechung kriminalpsychologischer Zusammenhänge hat KRANZ einmal formuliert, daß wir es bei kriminellen Psychopathen mit Menschen zu tun haben, die Neigungen und Bereitschaften zu ganz bestimmten Haltungen und Reaktionsweisen mitbringen, die in vielen Fällen erblich verankert sind. Für die Wahnbildung gilt nach unserer Ansicht das, was KISKER kürzlich für die Konfabulose beim Hirntraumatiker betont, ebenfalls, daß nämlich die psychopathologische Analyse auf eine Zusammenhangsbetrachtung seelischer und somatischer Tatbestände hinauslaufen muß. Damit kommen wir einen Schritt dem näher, was KRETSCHMER 1919 in seiner Arbeit über die Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche wie folgt formuliert hat: „Unser Endziel wäre ja doch dies: nicht nur in einzelnen Fällen, sondern bei jeder Psychose zu der psychologischen Reaktion die Gehirngrundlage zu finden und bei jeder organischen Geistesstörung auch die psychologische Herkunft ihrer Vorstellungselemente zu analysieren. Was dem Hirntraumatiker recht ist, muß dem Schizophrenen billig sein. So gut wir nach vielen Jahren in den psychogenen Erlebnisreaktionen Eigentümlichkeiten der hirntraumatischen Affektivität als symptomgestaltendes Moment mit am Werke finden, so gut werden wir erwarten müssen, daß in der Hysterie, dem Querulantenwahn, der Zwangsneurose, wenn sie ein — vielleicht latent-zirkuläres oder schizophrenes Gehirn hervorbringt, Züge dieses zugrunde liegenden endogenen Gehirnzustandes sich abspiegeln.“

Zusammenfassung

Eine Halluzinose bei ausgedehntem suprasellären (Hypophysen-?) Tumor einer 54 Jahre alten Frau, wird als Psychose-Modell vorgestellt, dessen komplexe Struktur einer mehrdimensionalen Analyse unterzogen wird.

Die verschiedenen Stadien des halluzinatorisch-paranoiden Krankheitsbildes, in dem die charakteristischen Zeichen einer sogenannten exogenen Psychose fehlten und auch ein sogenanntes organisches Psychosyndrom sich nicht herauschälen ließ, waren im wesentlichen von der Veränderung der Ich-Umweltbeziehung, d. h. vom Grad des Verstricktseins in das psychotische Erleben, abhängig. Wir gebrauchen hierfür den Terminus „Involvierung“ und unterstellen, daß eine zunehmende Involvierung die Bewußtseinseingung (die „Faszination“) herbeiführt und daß die zunehmende Einengung kein primäres Phänomen ist, wie dies im Schrifttum mitunter vertreten wird. Es kommt

im Zuge der Auseinandersetzung mit den psychotischen Erlebnissen stufenweise zu einer immer stärkeren Verstrickung und schließlich zu einem Aufgehen in einer anderen Wirklichkeit. Das Emotionale ist dabei sicherlich eine wesentliche Komponente. Die paranoide Wahnstimmung (Das „Trema“ usw.) stellt ein umschriebenes, aber emotional wenig strukturiertes Radikal im menschlichen Verhalten dar. Bei unserem Falle ist noch der Erlebniswandel des hochgradig Schwachsichtigen mit seinen vegetativen Umstimmungen von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhange wird auf die physiologischen Gesichtspunkte, insbesondere auf die Rolle des vegetativen Systems im weiteren Sinne bei der Entstehung halluzinatorischer Syndrome hingewiesen, aber auch auf die Bedeutsamkeit der Daseinsordnungen, insbesondere der Wohnordnung.

Das Thema des Wahns erfährt seine Ausgestaltung durch die *Konstitution* und in bezug auf die *individuelle Biographie*, die somit in unserem Falle eher als pathoplastische Faktoren und nicht als wesentliche pathogenetische Momente imponieren.

Soweit eine Lokalisationsbeziehung bei exogenen psychotischen Syndromen diskutiert werden kann, erscheint die Beteiligung des Hirnstammes und speziell des retikulären Systems am ehesten wahrscheinlich. Ausdrücklich wäre darauf hinzuweisen, daß sich die Art der seelischen Erkrankung auch bei diesen Fällen nicht schablonenhaft aus Art und Sitz des Hirnprozesses ergibt.

Literatur

- AUERSPERG, A.: Diskussionsbemerkung zu BILZ: Das Belagerungserlebnis in den Alkoholhalluzinosen. *Nervenarzt* **31**, 417 (1960).
- AUERSPERG, A., u. G. SOLARES: Brückensyndrome der akuten Alkoholhalluzinose. *Nervenarzt* **24**, 407—415 (1953).
- BILZ, R.: Das Belagerungserlebnis in den Alkoholhalluzinosen. Eine Untersuchung über die Situation und das Verhalten des Subjekts. *Nervenarzt* **27**, 402—409 (1956).
- BILZ, R.: Faszination und Scheu. Eine Untersuchung über elementare Zuordnungen im Erleben und Verhalten des Menschen. *Homo* **9**, 91—100 (1958).
- BILZ, R.: Trinker. Eine Untersuchung über das Erleben und Verhalten der Alkoholhalluzinanten. *Beitr. a. d. allg. Medizin* **14**. Stuttgart: Ferdinand Enke 1959.
- BILZ, R.: Schlaflosigkeit und Traum. Wach-Schlaf-Zuordnungen des Menschen im Hinblick auf das Wachen und Schlafen der Tiere. *Medizinische* **45**, 2141 bis 2147 (1959).
- BÜSSOW, H.: Halluzinosen bei Endokrinopathien. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **195**, 285—298 (1956).
- DITFURTH v., H.: Die endogene Depression als Folge der Störung einer vegetativen Beziehung zur Umwelt. Basel: S. Karger 1960.
- DUPRÉ, E., et P. CAMUS: zit. nach G. HUBER.
- EWALD, G.: Über das optische Halluzinieren im Delir und verwandten Zuständen. *Msschr. Psychiat. Neurol.* **71**, 48—81 (1929).

- EWALD, G.: Zur Frage des optischen Halluzinierens. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **103**, 136—147 (1935).
- EWALD, G.: Vegetatives System und Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **18**, 577—605 (1950).
- EWALD, G.: Zur Theorie der Schizophrenie. *Dtsch. med. Wschr.* **49**, 1813 (1954).
- GRUHLE, H. W.: Die Psychopathologie. *Hdb. d. Geisteskrankheiten*, Bd. 9, S. 142. Berlin: Springer 1932.
- GRÜNEWALD, E., I. KOHLER u. E. NIEDERMEYER: Zur Problematik der optischen Halluzinationen. Vortrag Akad. Ges. Psychotherapie, Innsbruck 10. 11. 1952. *Zit. n. Niedermeyer*.
- HEINRICH, K., u. W. KORN: Zur Frage der paranoid-halluzinatorischen Psychosen bei raumfordernden intracraniellen Prozessen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **200**, 492—509 (1960).
- HUBER, G.: Pneumencephalographische und psychopathologische Befunde bei endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- HUBER, G.: Klinische und neuroradiologische Untersuchungen an chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt* **32**, 305 (1961).
- JACOB, H.: Der Erlebniswandel bei Späterblindeten. Abhandlung z. Psychiatr., Psychologie, Psychopathologie u. Grenzgebieten. Bd. 1 (1949).
- JACOB, H.: Wahrnehmungsstörung und Krankheitserleben. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955.
- JACOB, H.: Differentialdiagnose perniziöser Involutionspsychosen, präseniler Psychosen und Psychosen bei Involutionspellagra. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **201**, 17—52 (1960).
- KISKER, K. P.: Zum Stellenwert konfabulatorischer Syndrome innerhalb akuter posttraumatischer Psychosen. *Nervenarzt* **31**, 427 (1960).
- KRETSCHMER, E.: Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **45**, 272—300 (1919).
- KRETSCHMER, E.: Störungen des Gefühlslebens, Temperamente. *Hdb. d. Geisteskrankh.* Bd. I, S. 669. Berlin: Julius Springer 1928.
- KRETSCHMER, E.: *Med. Psychologie*. Stuttgart: Thieme Verlag 1956.
- KRANZ, H.: Lebensschicksale krimineller Zwillinge, S. 251. Berlin: Julius Springer 1936.
- KRANZ, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeiten. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **23**, 58—72 (1955).
- LHERMITTE, J.: Syndrome de la calotte du péduncule cérébral. Les troubles psychosensoriels dans les lésions au mésocéphale. *Rev. neurol.* **29**, 1359 (1922).
- LHERMITTE, J., et DE AJURIAGUERRA: *Psychopathologie de la vision*. Paris: Masson 1922.
- MAGOUN, H. W.: *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago) **67**, 145 (1952); **68**, 571 (1952).
- MEYER, J. E.: Der Bewußtseinszustand bei optischen Sinnestäuschungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **189**, 477—502 (1952).
- MAYER-GROSS, W.: *Psychopathologie und Klinik der Trugwahrnehmungen*. *Hdb. d. Geisteskrankheiten*, I, S. 429—507. Berlin: Julius Springer 1928.
- MAYER-GROSS, W.: Schizophrenie, Sinnesanomalien, *Hdb. d. Geisteskrankheiten* **9**, 318—333.
- MORSIER, G. DE: Les Halluzinations. *Verh. Neurophthalmolog. Kongress Bordeaux* 1938. *Zit. n. Niedermeyer*.
- MÜLLER, D.: Über Intoxikationspsychosen. *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* **12**, 142—151 (1960).
- MÜLLER, D.: Bemerkungen zum „Sitz des Bewußtseins“. *Psychiat., Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* **14**, 52—61 (1960).

- NIEDERMEYER, E.: Zur Pathophysiologie der Halluzinationen, Wien. Z. Nervenheilk. XVII, 38—52 (1959).
- SCHIFFER, K. H.: Zur mehrdimensionalen Betrachtung in der Psychiatrie am Beispiel neuroradiologischer und erbbiologischer Befunde. Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie. Festschrift z. 70. Geburtstag E. KRETSCHMERS. Stuttgart: Thieme Verlag 247—253 (1958).
- SCHILDER, P., u. M. WEISSMANN: Amentie Psychose bei Hypophysengangtumor. Z. ges. Neurol. Psychiat. **110**, 767—778 (1927).
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme 1959.
- SCHRÖDER, P.: Über Gesichtshalluzinationen bei organischen Hirnleiden. Arch. Psychiat. Nervenkr. **73**, 277—308 (1925).
- SCHRÖDER, P.: Das Halluzinieren. Z. ges. Neurol. Psychiat. **101**, 599—614 (1926).
- STRAUSS, E.: Arch. Psychiat. Nervenkr. **182**, 321 (1949).
- WEINSCHENK, C.: Über den Sitz des Bewußtseins, Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **12**, 43—51 (1960).
- ZUTT, J.: Über Daseinsordnungen. Ihre Bedeutung für die Psychiatrie. Nervenarzt **24**, 177—187 (1953).
- ZUTT, J.: Blick und Stimme. Beitrag zur Grundlegung einer verstehenden Anthropologie. Nervenarzt **28**, 350—355 (1957).
- ZUTT, J.: Blick und Stimme. Aus einem Briefwechsel zwischen H. v. DITFURTH, Würzburg und J. ZUTT, Frankfurt. Nervenarzt **29**, 226, 288 (1958).

Prof. Dr. K. H. SCHIFFER,
Mainz, Universitäts-Nervenklinik, Langenbeckstraße 1