

Über die Entstehung oneiroider Zustände bei endogenen Psychosen und bei einem Hypophysentumor

KARL LEONHARD

Bereich Medizin (Charité) der Humboldt-Universität Berlin

Eingegangen am 10. Dezember 1971

Origin of Oneiroid States in Endogenous Psychoses and a Hypophyseal Tumour

Summary. The oneiroid states described by Mayer-Groß do not belong exclusively to one defined type of endogenous psychosis, but they can occur in different types, if there are predisposing factors. Their symptoms include, but go beyond, those of endogenous psychoses, so that pictures similar to the exogenous psychoses arise. Delirious hallucinations and also confabulations appear. Frequently curious somatic hallucinations are added which seem to demonstrate that the delimitation from the vegetative-somatic events is not firm. In a manic-depressive woman there was a marked vasomotoric lability and in addition perhaps a diencephalic weakness. In a man with anxiety—happiness psychosis a diencephalic damage could be demonstrated. In a woman afflicted with a hypophyseal tumour some dream-like states occurring in repeated episodes were analogous to those of the second case.

Key words: Oneiroid States — Endogenous Psychoses — Hypophyseal Tumour — Diencephalic Damage.

Zusammenfassung. Die oneiroide Erlebnisform im Sinne von Mayer-Groß ist nicht Ausdruck einer bestimmten Form endogener Psychose, sondern kann bei verschiedenen Formen auftreten, wenn disponierende Umstände vorhanden sind. Es werden hier die Grenzen, die endogenen Psychosen sonst gezogen sind, durchbrochen, so daß Bilder entstehen, die man von symptomatischen Psychosen her kennt. Delirante Sinnestäuschungen und konfabulatorische Ideen treten hervor. Dazu können merkwürdige somatopsychische Halluzinationen kommen, die darauf hindeuten scheinen, daß eine Grenze, die sonst gegen das Vegetativ-Körperliche hin besteht, durchbrochen wird. In einem Fall manisch-depressiver Krankheit, der geschildert wurde, bestand eine sehr erhebliche Vasolabilität, dazu vielleicht auch eine diencephale Schwäche, in einem Fall von Angst-Glücks-Psychose war eine organische Hirnschädigung dieser Gegend nachzuweisen. Eine Patientin mit Hypophysentumor konnte in ihren episodisch auftretenden traumhaften Zuständen zum zweiten Fall in Parallele gesetzt werden.

Schlüsselwörter: Oneiroide Zustände — Endogene Psychosen — Hypophysentumor — Zwischenhirnschädigung.

Seit Mayer-Groß die „oneiroide Erlebnisform“ beschrieben hat, werden oneiroide Zustände in der Literatur oft erwähnt. Es wird aber nur teilweise an Bilder gedacht, die Mayer-Groß beschrieb, und nur teilweise

der Zusammenhang mit endogenen Psychosen, insonderheit der manisch-depressiven Krankheit hergestellt. Das bestätigt sich, wenn man die psychiatrischen Lehrbücher der letzten Jahre durchsieht.

Gruhle nennt die oneiroiden Bilder zwar unter Hinweis auf Mayer-Groß, meint aber dazu, „nur auf der Höhe verzweifelter Angst kommen Affektverwirrtheiten und traumartige Erlebnisse“ vor. Binswanger nennt „oneiroide (traumähnliche) Bewußtseinsstörungen“, beschreibt sie aber nicht nach Mayer-Groß und stellt auch keine Beziehung zu endogenen Psychosen her. Im Lehrbuch von Lemke-Rennert wird eine „traumartige (oneiroide) Bewußtseinslage“ beim Syndrom der Bewußtseinsstörung und beim ammentilen Syndrom genannt, ferner wird bei epileptischen Umdämmerungen „eine oneiroide Erlebnisbildung“ erwähnt. Fish schreibt, daß Schizophrene in akuten Schüben den „so-called oneiroid state“ mit Bewußtseinsstörung und lebhaften Sinnestäuschungen bieten könnten. Guiraud nennt die Bilder bei Beschreibung der „onirismes“, d.h. der deliranten Zustände unserer Nomenklatur. Er verweist auf Mayer-Groß, erwähnt den Reichtum und die Phantastik der Erscheinungen und meint, sie seien mehr gedanklich als echt halluzinatorisch. Wieck erwähnt das „oneiroide Bild“ nur bei einer Aufzählung von Symptomkomplexen. Wenn manche Lehrbücher die Zustände gar nicht nennen, so erklärt sich das dadurch, daß sie in der Gestalt, wie sie von Mayer-Groß beschrieben wurden, sehr selten sind. Auch ich selbst habe sie in meinen „Grundlagen der Psychiatrie“ seinerzeit nicht erwähnt.

Weitbrecht meint wohl die Zustände im Sinne von Meyer-Groß, wenn er bei Schizophrenen eine „traumhafte Verworrenheit (Oneiroid), also eine Bewußtseinsveränderung mit bunten Erlebnisinhalten von Sinnestäuschungen und flüchtig-traumhaften, nicht systematisch fixierten Wahngebilden“ nennt. Noch mehr entspricht die Beschreibung Ewalds dem, was Mayer-Groß im Auge hatte. Er erwähnt die Zustände bei endogenen Psychosen und führt aus: „Diese katastrophen- und szenenhaften Erlebnisse erinnern an traumhaftes (oneiroides) Erleben und sind doch viel klarer als im Traum. Sie werden oft durchmischt mit wirklichen, aber wahnhaft umgedeuteten Beobachtungen: Die Pflegerinnen laufen alle mit roten Köpfen umher, haben unendlich zu tun, wollen helfen und können nicht. Gewitterstürme, furchtbare Regengüsse, Höllenszenen, auch himmlische Offenbarungen werden halb traumhaft-wahnhaft, auch halluzinatorisch durchlebt.“ Auch in der sowjetischen Literatur faßt man die oneiroiden Zustände teilweise so wie Mayer-Groß. Sneschnewski beschreibt sie in dem Lehrbuch von Kerbikow et al. bei endogenen Psychosen und nennt phantastische Bilder, in denen sich Halluzinationen, Pseudohalluzinationen und Wahnideen mischen. Teilweise wird das Syndrom dann aber wieder weiter gesehen, denn Nadscharow unterscheidet in dem von Sneschnewski herausgegebenen Werk „Schizophrenie, Klinik und Pathogenese“ drei oneiroide Formen, eine katonie, eine affektive und eine katathym-phantastische. In der sowjetischen Literatur wird in Zusammenhang mit dem oneiroiden Syndrom auch auf Kandinsky verwiesen, der vor allem Pseudohalluzinationen beschrieb. Diese kommen im oneiroiden Syndrom vor, denn die Kranken haben teilweise Einsicht in die Krankhaftigkeit ihrer Sinnestäuschungen. Nach dem Bild, das Kandinsky von der Psychose, die er selbst durchmachte, beschrieb, scheint er eine oneiroide Erlebnisform im Sinne von Mayer-Groß gehabt zu haben. Er behielt nach seiner Genesung die Breitschaft zu hypnagogen Pseudohalluzination und glich darin wohl der ersten Patientin von Mayer-Groß, die in ihren gesunden Zeiten eine eidetische Disposition aufwies.

Spezielle Arbeiten zum Problem der oneiroiden Erlebnisform sind nur wenige zu finden. Winkler nimmt bei dem Maler Kubin psychotische Schübe vom Charakter des Oneiroids an. Man muß ihm beistimmen,

sofern die vielen phantastischen, illusionären und visionären Erlebnisse, die Kubin in seiner Autobiographie und seinem phantastischen Roman „Die andere Seite“ schildert, tatsächlich in psychotischen Schüben auftraten und nicht etwa nur den Tagträumen eines phantasiebegabten und stimmungslabilen Künstlers entsprangen. Außerdem gibt Winkler selbst zu bedenken, daß der zweite, d. h. eindrucksvollste Zustand, der direkt an ein toxisches Delir erinnert, nach einer Halsentzündung auftrat. Es ist nicht wahrscheinlich, daß eine Halsentzündung zu einem Delir führte, aber auch schon unter harmlosen Infekten gewinnen — nach eigener Beobachtung — die Träume und Einschlafserlebnisse eine größere Deutlichkeit als sie sonst haben. Jedenfalls ist auffällig, daß Kubin nur einmal in eine Klinik aufgenommen und schon am nächsten Tag „als gesund“ wieder entlassen wurde.

Während sich Winkler ganz auf die Fälle von Meyer-Groß bezieht, faßt Boeters, der sich neuerdings mit dem Oneiroid beschäftigt, dieses wieder sehr weit. Aus der Klinik von Störing legt er eine sorgfältige Untersuchung vor, in der er die Emotionspsychosen, die Störing, Suchenwirth und Völkel beschrieben und in Parallele zu den cycloiden Psychosen gesetzt haben, allgemein mit dem Zusatz „oneiroid“ versieht. Er leitet den traumhaften Zustand nicht nur aus traumhaften Erlebnissen ab, sondern auch aus einem traumhaften Verhalten mit einem ratlos-gebannten Ausdruck. So kann er auch ein unproduktives Oneiroid unterscheiden. Seine Fälle 9 und 14 sind eindeutig oneiroid im Sinne von Meyer-Groß, viele andere sind es nur bei einer weiteren Fassung des Begriffs. Seiner Auffassung, daß oneiroide Psychosen „charakterogen überformte Bilder endogener Psychosen“ sind, möchte ich für einen Teil der Fälle zustimmen. Es ist von Interesse, daß Boeters an den Anfang seiner Darstellung die Psychose von Beers setzt, die ich als Angst-Glücks-Psychose angesprochen habe. Ich könnte bestätigen, daß Beers im Beginn seiner Angstpsychose eine kurze oneiroide Episode hatte, wenn er damals nicht seiner Angabe nach hohes Fieber gehabt hätte, nachdem er sich in einem suicidalen Sturz aus dem Fenster die Beine gebrochen hatte. Beers sprach in bezug auf diese wenigen Tage auch von „Fieberphantasien“ und von „Fieberwahn“. Ich sah dementsprechend diesen Zustand nicht als oneiroide, sondern als delirante Episode an. Später war die Psychose ganz von Angst mit Beziehungsideen bzw. von Ekstase mit Glücksideen beherrscht.

Wenn man die Schilderungen von Mayer-Groß liest, erkennt man, daß ein durchaus eigenartiges Syndrom vorliegt, das sich nicht mit einer besonderen Heftigkeit des Krankheitsvorgangs erklären läßt. Es trifft zweifellos zu, daß besonders akute endogene Psychosen zu einer gewissen Trübung des Bewußtseins führen können. Albert hat das genauer gezeigt. Besonders gilt dies, wenn die Patienten längere Zeit isoliert sind oder

unter Medikamenten stehen; aber die Wahnvorstellungen und Sinnes-täuschungen, die dabei auftreten, erinnern kaum an die symptomreichen Bilder von Mayer-Groß.

Seine Fälle Engelkens und März möchte ich nicht einbeziehen. Es handelte sich hier der Schilderung nach um Angst-Glücks-Psychosen, die auf der Höhe der Ekstase bzw. der Angst phantastische Vorstellungen äußerten und halluzinierten. In der Ekstase treten auch ohne eine zusätzliche Einschränkung des Bewußtseins Visionen, dazu oft sehr phantastische Weltverbesserungspläne auf, und in heftiger Angst können die Kranken an die unmöglichsten Marter denken und diese auch halluzinieren. Die Fälle *Ignatius Chr.* und *Kreuznacher* lassen das oneiroide Element nicht charakteristisch hervortreten. Dagegen sind unter den Fällen von Mayer-Groß *Antonie Wolf*, *Martha Schmieder*, *Robert Gast*, *Gisela Leniev* und *Forels Fall* sehr eindrucksvoll. Leider ist grobenteils nicht erkennbar, in welcher sonstiger Verfassung sich die Patienten befanden, als sie ihre traumhaften Erlebnisse hatten. Deutlich kann man das jedoch bei dem eindrucksvollsten Fall, *Antonie Wolf* feststellen, die ihre drei oneiroiden Phasen jeweils in einem Stupor durchmacht. Sie war manisch-depressiv und hatte nach den oneiroiden Phasen in einer Beobachtungszeit von 30 Jahren noch viele manische und depressive Zustände, da sie zwischen beiden fast ständig hin und herschwankte. Zu oneiroiden Symptomen kam es in all diesen Jahren nicht mehr oder höchstens noch in Andeutung. Die *Mutter* der Patientin war ebenfalls manisch-depressiv mit vielen Phasen ohne deutliche oneiroide Symptome. Auch eine *Schwester* der Probandin hatte viele Phasen manischer und depressiver Art. In ihrer ersten Phase bot sie ein oneiroides Bild, während sie nicht, wie die Schwester stuporös, sondern verworren-erregt war. Das oneiroide Bild wiederholte sich nicht. Eine *andere Schwester* beging in ihrer ersten depressiven Phase Suicid. Eine *weitere Schwester* der Probandin war kataton und endete in einem Defekt, oneiroide Symptome traten nicht auf. Vielleicht besteht ein Zusammenhang dieses Krankheitsfalles mit den Psychosen bei einem Vetter und einer Kusine, die beide von Mayer-Groß noch als atypisch-zirkulär aufgefaßt werden, aber der Schilderung nach auch eine periodische Katatonie gehabt haben könnten. Es wäre daran zu denken, daß die Besonderheit des Bildes bei *Antonie Wolf* dadurch zustande kam, daß sie nicht nur manisch-depressiv, sondern dazu kataton belastet war. In ihrer Psychose selbst waren allerdings keine katatonen Elemente erkennbar.

Von den Szenen, die *Antonie Wolf* in ihren oneiroiden Zuständen erlebte, greift Mayer-Groß zusammenfassend folgende heraus: Sintflut, Lebendigbegraben, Erstarren zu Eis, Gefängnis, Schiffbruch, Krieg, Weltuntergang, Auferstehung, Judenverbrennung, Himmel und Hölle, Entblößung in Hurengesellschaft, Beischlaf mit dem Bruder, Zusammen-

sein mit Verbrechern oder mit Größen der Geschichte. Man muß hinzufügen, daß die meisten dieser Situationen *halluzinatorisch*, d. h. szenisch mit Überwiegen des optischen Elements erlebt wurden. Oft möchte man unmittelbar von einem Delir sprechen, so, wenn die Patientin Köpfe sah, die über den Betten hervorblickten, oder Pferdezähne, die der Wand entlang herunterglitten, oder auch, wenn sie sich mit Bismarck unterhielt, der in einer Badewanne saß. Auch viele illusionäre Verkennungen der Patientin sehen delirant aus. Die Bettstellen hielt sie einmal für „Streckbetten“, auf denen sie gefoltert werden sollte, die Heizklappen für die Öffnungen von Kanonen. In anderen Fällen regten die Vorgänge der Umgebung nicht zu Halluzinationen, sondern nur zu phantastischen Erinnerungsfälschungen an. So glaubte die Patientin, als sie in der Einzelzelle war, sie sei Goethes Gretchen, habe ihr Kind ermordet und gehe ihrer Bestrafung entgegen. Die Halluzinationen und Wahnideen waren meist von ängstlichen oder von ekstatischem Charakter, gingen aber in ihrem Reichtum weit über das hinaus, was man rein auf Grund von Angst oder Ekstase zu sehen bekommt. Im äußeren Verhalten der Patientin waren die Affekte auch kaum erkennbar, ganz im Gegensatz zu den beiden Patienten, die ich mit ihren Angst-Glücks-Psychosen beiseite ließ. Angst und Ekstase können bei der Patientin aber die Bereitschaft zu den oneiroiden Erlebnissen erhöht haben. Einmal glaubte sie sich in der Hölle, ein anderes Mal hielt sie sich für ein von der Sünde befreites Wesen: „Kein Gedanke hatte Entzückenderes für mich.“

Die phantastische Note wurde bei Antonie Wolf sicher dadurch verstärkt, daß sie von Natur phantasiebegabt war und eine eidetische Neigung hatte. Sie schrieb von sich: „Meine Phantasie war von jeher sehr lebhaft. Ein ausgehöhltes Brötchen z. B. stellte mir eine Tropfsteinhöhle oder einen Wald mit Tieren dar, ein glühendes Feuer betrachtete ich als Bergwerk, in dem Zwerge und Ungeheuer hausen . . . Alles bevölkerte sich mit Märchengestalten, es waren Stunden reinsten Entzückens für mich . . .“ Allerdings läßt sich nur der Reichtum der oneiroiden Erscheinungen durch die Phantasiebegabung erklären, nicht ihr Auftreten überhaupt. Das wird am besten dadurch belegt, daß die Patientin ja nur in 3 Phasen oneiroide Erscheinungen bot, in den vielen anderen nicht.

Das oneiroide Stadium der *Schwester* äußert sich ganz ähnlich, es heißt z. B.: „Seltsam, ich erinnere mich, ich liege im offenen Sarg, im verschneiten Hof. Das ist das Haus, wie nahe ich es geraten, es ist ein Totenhaus, darin soll ich ausgestellt werden. Schon kommt der erste einer, er soll Hand an mich legen und mir den Schädel zersägen, da entdeckt er noch Leben in mir, und er weigert sich, seines Amtes zu walten . . . Es ist klar, man hat mich als erfrorene Leiche hier hereingebracht, unter mir ist ein hohler Gang, dahin hat man den Sarg des Gatten geschoben, ich bin bestellt, seine Leiche zu hüten . . .“

Die Tatsache, daß die oneiroiden Zustände als Episoden neben sonst ganz anders gestalteten Phasen auftreten, zeigt, daß sie *nosologisch keine eigene Krankheit* darstellen. Zwischen manische und depressive Phasen typischer Gestaltung oder zwischen die charakteristischen Phasen einer cycloiden Psychose, vielleicht auch manchmal einer unsystematischen Schizophrenie, können sie sich einschieben, scheinen also Bestandteil dieser verschiedenen Krankheitsformen zu sein. Dies läßt dringend nach den Gründen fragen, warum sonst wohl umschriebene Psychosen vorübergehend ein völlig anderes Bild bieten. Sicher kann das Hinzutreten einer Bewußtseinstrübung zur Erklärung dienen, aber diese ist in den oneiroiden Zuständen, wie sie Mayer-Groß versteht, meist nur geringgradig, so daß die örtliche und zeitliche Orientierung großenteils erhalten bleibt. Ferner fehlt der Übergang von den typischen Bildern zum Oneiroid. Wenn es in besonders heftigen Attacken der endogenen Krankheit zu einer Trübung des Bewußtseins kommt, dann reihen sich im Verlauf nur Stadien mit allen Übergängen aneinander. Eine manische Kranke ist zunächst vielleicht nur heiter manisch, dann verworren manisch, dann in schwerer Erregung gar nicht mehr ansprechbar. Wenn in diesem Stadium nun Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen auftreten, die sonst nicht zur Manie gehören, so erscheint dies nur als Verschlimmerung des Krankheitsvorgangs; man sieht keinen Einschnitt, keinen Überstieg zu etwas ganz Neuem. Bei den oneiroiden Zuständen läßt nichts solche Übersteigerungen erkennen, die Kranken sind während ihrer Erlebnisse keineswegs besonders verworren oder auf der anderen Seite besonders tief depressiv. Sie scheinen nach ihrem Allgemeinverhalten nicht schwerer krank zu sein als andere in manisch-depressiven oder cycloiden Phasen. Der Hinweis auf Schwere der Krankheit mit Auftreten einer Bewußtseinstrübung hat also nur Geltung für Fälle, die Übergänge zu typischen Phasen zeigen, die allerdings sichtlich von vielen gemeint sind, wenn sie von „oneiroid“ sprechen. Wenn man an dem Begriff festhalten will, wie ihn Mayer-Groß gemeint hat, dann handelt es sich nicht um solche Fälle. *Eigene Beobachtungen* werden das Besondere der oneiroiden Erlebnisform bestätigen.

Helga K., geb. 1950, Schwesternschülerin, war in ihren gesunden Zeiten teils lebhaft, teils still, d.h. wie es die Mutter ausdrückte „himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“. Außerdem war sie weichherzig und mitleidig; sie wurde Krankenschwester, um alten Menschen helfen zu können. — Ein Vetter verübte Suicid. Sonst war keine familiäre Belastung festzustellen. — 1965 machte K. eine Commotio mit mehrstündiger Bewußtlosigkeit und Erbrechen durch. Sie mußte 4 Wochen liegen und hatte danach noch längere Zeit Kopfschmerzen. — Als Anfang 1968 im Internat, in welchem die Pat. zur Ausbildung war, ein Pullover gestohlen worden war, fanden polizeiliche Vernehmungen statt. K. fühlte sich beschuldigt, bezog Fragen auf sich und machte einen Selbstmordversuch mit Schlafmitteln. Danach war sie einige Monate lang sehr zurückhaltend, sprach wenig und hatte keine Freude an der Arbeit. Im Sommer war sie wieder fröhlich. Im Oktober 1968 mußte sie wegen Appendicitis operiert werden. Danach wurde sie ängstlich und klagte über eine Stimme, die

sagte: „Du mußt sterben“. Weiter äußerte sie, es sei ihr alles so gleichgültig, sie könne auch gar nicht mehr weinen. Sie war verlangsamt und wurde schließlich ganz stuporös, so daß sie angezogen und gewaschen werden mußte. Im Dezember kam sie in die Berliner Nervenklinik und war auch hier stuporös. Mit leiser Stimme gab sie nur selten eine Antwort. Die zeitliche und örtliche Orientierung war erhalten. Ein wenig freier gab sie einige Tage später an, sie könne sich an nichts freuen, sie sei innerlich gleichgültig. Ständig höre sie eine Stimme, die sage: „Iß nicht, das Essen ist vergiftet“ — oder: „Fahre nach Hause, sonst werden alle sterben, deine Eltern sind tot“. Ferner erzählte sie, sie habe, während sie im Bett lag, ein Durcheinander von Sonnen, Sternen und Blitzen gesehen. Nachts habe sie Träume oder Phantasien gehabt — sie drückte sich verschieden aus —, in denen sie u. a. erlebte: „Ich stieg in ein ulkiges Gebilde, dann rauschte es, dann waren wir auf dem Mond, dann wurde ausgestiegen. Auf der Erde waren alle wie für Ballonfahrten angezogen, alles flog, dick angezogen, am Kragen abgebunden. Unten sah man die Füße, sie liefen auf gerader Fläche. Pferde liefen im Kreis, fanden kein Ende.“ — Was sie sah, war farbig, rot überwog. Später sah sie Ähnliches vor dem Einschlafen, so neben Weltraummännern häßliche Hexen, die leuchtend rote Kleider trugen und auf Besen im Saal umherritten. Sie sprachen miteinander, doch waren sie nicht zu verstehen. Manchmal erhielt K. von den Gestalten aber Befehle. Einige Tage später war sie wieder ganz stuporös, gab keine Antwort, machte aber einen Suicidversuch mit dem Splitter eines Spiegels. Unter Schwankungen zog sich der gehemmt-depressive Zustand bis zum Juni 1969 hin, dann wurde K. lebhaft, lustig, lachte, scherzte, sang, tänzelte, kokettierte, sprach aber wenig. Von den Stimmen sagte sie, sie äußerten jetzt Gutes, z. B.: „Du bist schön.“ Von da ab wechselte die Pat. mehr als 1 Jahr lang zwischen gehemmt-depressiven bis stuporös-depressiven und manischen Stadien hin und her. Oft erfolgt der Wechsel von einem Tag zum anderen. Es kam auch vor, daß sie in der gleichen Unterredung teils depressiv teils euphorisch erschien. In der Depression bestand meist eine Angst, in der Heiterkeit überwog der Bewegungsdrang, während Rededrang und Ideenflucht nur selten vorhanden waren. Oft sprach die Pat. trotz ihrer heiteren Bewegungsunruhe auch gar nicht, so daß man einen Mischzustand, d. h. eine Manie mit Denkhemmung annehmen mußte. Von ihren optischen Erscheinungen berichtete K. in den gehemmten Zuständen. Stimmen dagegen bestanden auch ohne größere Hemmung, sofern eine deutliche Angst vorhanden war. Die Orientierung war oft ungenau, indem K. den Wochentag nicht angeben konnte. Einmal meinte sie sogar, es „sei Frühling oder Herbst“.

Nach stuporösen Zuständen konnte man fast immer etwas über *optische Erlebnisse* erfahren. Einmal sah sie ihren Vater verbrannt im Kamin. Zugleich sagte eine Stimme, sie sei ein schlechter Mensch, ihre Eltern seien tot, ihr Bruder sei unter die S-Bahn gekommen. Blumen kamen aus den Gardinen heraus. Menschen mit großen Köpfen gingen an ihr vorbei. Hexen waren an der Decke und an den Wänden. Dann wieder waren Kinder im Saal, die Ball spielten und kreischten. Manchmal sah sich die Pat., wie sie berichtete, um, damit sie auch die Gestalten, die hinter ihr waren, beobachten konnte.

Auch von auffälligen *körperlichen* Empfindungen berichtete K.: Stiche in der Brust durch die Rippen, Stiche im Magen bis unter das Brustbein, Kälte in der Schulter, „wie Luftzug, als ob etwas dran wäre“, Zittern im Magen. Ihre Arme kamen ihr zeitweise wie tot vor; bei Kneifen und Berühren war es ihr so, als ob sie nicht zu ihr gehörten.

Der *Schlaf* war während der Krankheit wechselnd, im allgemeinen aber ausreichend. Vermehrtes Schlafbedürfnis war nicht festzustellen. Ein Einfluß der *medikamentösen Behandlung* auf die halluzinatorischen Zustände war nicht festzustellen. Mehrmals wurden alle Medikamente für längere Zeit weggelassen, ohne daß sich am

psychotischen Zustand etwas Wesentliches änderte. Krampfbehandlungen brachten vorübergehend Besserungen. *Neurologisch* war nichts Krankhaftes festzustellen. Das *EEG* ergab in mehrfachen Ableitungen den Verdacht auf eine Alphareduktion li. Das *PEG* wird in der Endbeurteilung als normal bezeichnet, doch heißt es: „Der dritte Ventrikel ist für das Alter der Pat. weit, er zeigt in seinem hinteren und vorderen Durchmesser mit 9 mm Breite einen Befund, der an der Grenze des Pathologischen liegt.“ Prüfungen der Zwischenhirnfunktion ergaben nichts Abnormes.

Seit Anfang August 1970 war die Pat. unauffällig. Am 1. 9. 1971 wurde sie entlassen.

Am 31. 3. 1971 habe ich sie *nachuntersucht*. Sie war anfangs etwas verlegen und errötete stark. Es zeigte sich darin die starke vasomotorische Erregbarkeit, die sie — bei Rothaarigkeit — aufwies. Sie errötete weiter bei geringen affektiven Schwankungen, auch solchen freudiger Art. Danach wurde sie oft sehr blaß. Allerdings war auch die Affektivität selbst labil. Die Pat. war bei Themen, die ihr unangenehm waren, gleich sehr betroffen, bei freudigen lachte sie schnell wieder. Von ihren krankhaften Erlebnissen erzählte sie auch mit wechselndem Affekt. Teils wollte sie gar nichts sagen, es war ihr sehr peinlich, davon zu reden. Dann wieder mußte sie selbst über die Erlebnisse lächeln und berichtete frei davon.

Sie sah einmal Gestalten mit menschlichen Köpfen, aber Händen, die wie Krallen aussahen. Andere Menschen waren ganz dünn wie Äste. Sie sah Tiere, so groß und breit wie Elefanten, aber mit Köpfen von anderen Tieren. Auch kleine Tiere waren da, braun oder schwarz gefärbt, die flogen oder krochen. Die großen Tiere waren grau und graugelb. Manches sah sie auch bunt mit roter und grüner Farbe. Fledermäuse waren zu sehen, etwas kleiner als Tauben, die ihre Flügel immer nach vorne klappten. (Die Pat. zeigte mit den Händen das Zusammenklappen.) An den Wänden waren Schatten, „wie Schattenspiele“, sie sah dabei ihre Angehörigen und meinte, sie seien nur noch Schatten, d. h. tot. Wenn sie sich an bestimmte Personen erinnerte, sah sie diese an der Wand. Vor den Gestalten hatte sie Angst. Anfangs sagte sie sich, das könne doch nicht wirklich sein, aber später hielt sie alles doch für wirklich. Die Mitpatienten erschienen ihr als Verwandte und Bekannte. Zu einer von ihnen habe sie immer Kusine gesagt. Die Schwester habe sie erkannt, aber sie hatte einmal den Kopf einer anderen Schwester. Manchmal sprachen die Gestalten, die sie sah, aber es war nicht zu verstehen, es waren mehr Töne, die sie von sich gaben, es war jedenfalls kein Deutsch. Die Stimmen, die zu verstehen waren, hörte sie, ohne zugleich etwas zu sehen. So hörte sie einmal ihre Angehörigen seien gestorben, ein anderes Mal, sie habe etwas Schlimmes gemacht, habe Kinder, die sie als Schwester betreute, mit Medikamenten vergiften wollen.

Die Erscheinungen kamen nicht nur, wenn sie so still war, sondern auch in der Erregung. Wenn sie durch den Saal tollte — wie es in der Krankengeschichte öfter beschrieben ist, — sah sie, daß sie mit jemand tanzte oder daß ihr jemand nachlief. Sie führte auch manchmal eine Art Wettlauf durch, indem sie und die Erscheinungen um die Wette über die Betten sprangen.

Ihre *körperlichen Erlebnisse* bestätigt die Pat. Es sei ihr einmal gewesen, als ob sie mit einem Kinderspielzeug, d. h. einem „Flitzbogen“ angeschossen würde. Sie habe auch innerlich stark gezittert.

K. hatte volle Krankheitseinsicht. Abgesehen von der affektiven Labilität bot sie nichts Auffälliges. Sie war freundlich und zugewandt, in ihrer Art noch etwas kindlich-ängstlich, aber auch zutraulich.

Hier hat man eine Psychose vor sich, die man als manisch-depressiv ansprechen muß, da einerseits typische Depressionen mit Hemmung, Selbstanklagen, Befürchtungen und Selbstmordneigung bestanden,

andererseits manische Zustände, in denen sich eine Heiterkeit mit einer tänzerischen Bewegungsunruhe verband, während allerdings Rededrang und Ideenflucht meist fehlten. Wenn man nach der Schwere der Krankheitsphasen fragt, so kann man sie für die stuporösen Phasen bejahen, wenn diese auch nicht über das hinausgingen, was man sonst an stuporösen Depressionen beobachtet. Die manischen Phasen dagegen waren eher leicht, größtenteils bestanden nur Teilzustände. Die halluzinatorischen Erlebnisse traten auch in den letzteren auf, wie erst bei der Nachuntersuchung klar wurde. Das optische Element stand bei den Halluzinationen völlig im Vordergrund. Hexen in roten Kleidern ritten durch den Saal, Blumen kamen aus den Gardinen heraus, Menschen mit großen Köpfen gingen vorbei, Kinder spielten im Saal. Gestalten mit menschlichen Köpfen und Krallen statt der Hände waren da. Noch vieles andere mehr sah sie. Vieles war merkwürdig verzerrt, Menschen sahen z. B. einmal dünn wie Äste aus. Die Personen, die erschienen, sprachen zwar gelegentlich, K. konnte sie aber nicht verstehen. Die Stimmen hörte sie unabhängig von den optischen Erscheinungen. Man könnte sogar im Zweifel sein, ob diese zum oneiroiden Syndrom zu rechnen waren, sie wären für sich allein auch mit der Angst hinreichend zu erklären. Mit ihrem optischen Charakter haben die Halluzinationen einen deutlich *deliranten Charakter*. Auch optische Illusionen scheinen bestanden zu haben, da die Gesichter anderer Patienten manchmal grimassenhaft aussahen und eine Schwester einmal einen falschen Kopf aufhatte. Zu den optischen Erscheinungen kamen merkwürdige somatopsychische, z. B. ein Zittern im Magen, ein kalter Luftzug an der Schulter.

Die örtliche Orientierung war durch die Erscheinungen anscheinend vorübergehend beeinträchtigt. Zeitlich war die Orientierung zeitweise gestört.

Konrad N., geb. 1931, hat 2 Schwestern. Die eine war psychisch immer gesund, die andere, Gertrud M. geb. 1925, von Beruf Hauptsachbearbeiterin, hatte 1953, 1957 und 1959 „Erschöpfungszustände“ mit depressiver Verstimmung. Das erste Mal befand sie sich in einem Lehrgang, das zweite Mal war sie beruflich stark belastet, das dritte Mal hatte sie ihren Mann durch Tod verloren. 1963 erkrankte sie nach Ärger in ihrer Dienststelle von neuem und kam in das psychiatrische Krankenhaus W. Hier klagte sie über Unruhe, Schlaflosigkeit, Leistungsabfall und depressive Verstimmung. Sie war auffällig verlangsamt, weinerlich, klagsam. Es wurde ein vegetativer Erschöpfungszustand angenommen, die Entlassung erfolgte nach einer Behandlung von knapp 5 Wochen. Die Pat. war dann wieder gesund und ausgeglichen. Wir sahen sie selbst am 28. 5. 1969. Sie war freundlich, kontaktbereit, gab gerne Auskunft über ihren Bruder und machte sich sehr Sorge um ihn. Etwas Auffälliges hatte sie nicht an sich. Ihre letzte Krankheit dauerte ihrer Angabe nach 4 Monate.

N. selbst machte als Kind Mumps, Scharlach und Windpocken durch. Bei einer dieser Krankheiten hörte er Stimmen und glaubte sterben zu müssen. Es war im Vorschulalter. — Er hatte, wie er angab, nie viel Phantasie; wenn es bei Aufsätzen in der Schule darum ging, sich etwas auszudenken, versagte er. Dagegen war er viel

mit eigenen Ideen beschäftigt, machte sich über alles seine Gedanken, bastelte auch viel nach eigenen Plänen. Entscheidungen fielen ihm nicht leicht, doch neigte er nicht zum Nachkontrollieren. Von jeher war er sehr ängstlich, vor Prüfungen hatte er manchmal „fast Todesangst“. Sein Recht konnte er trotzdem energisch vertreten. Er machte mit viel Mühe aber mit Erfolg eine Fachschule für Elektrotechnik durch. Anschließend kam er in seinem Beruf bis zum Beginn seiner Krankheit gut zurecht. Mit 22 Jahren heiratete er. In der Ehe gab es einmal wegen Untreue seinerseits Schwierigkeiten, dann ging bis zum Beginn der Krankheit ebenfalls alles gut.

Mit 34 Jahren wurde N. erstmals krank. Er war ängstlich, fühlte sich von der Frau, mit der er 4 Jahre zuvor die eheliche Untreue begangen hatte, verfolgt, und glaubte, sie sei eine Agentin. Die Angst stieg an, N. glaubte sterben zu müssen. Teilweise war er einsichtig, er leide an „Verfolgungswahn“. Januar 1966 kam er in die psychiatrische Klinik G. Hier war er anfangs sehr erregt und aggressiv, beruhigte sich aber schnell. Es traten jetzt Eigenbeziehungen in den Vordergrund, er deutete Äußerungen des Arztes und Pflegers fehl und fürchtete, umgebracht zu werden: „Lassen Sie mich telefonisch von meiner Frau Abschied nehmen, ich bin zur Bestrafung hier, ich werde umgebracht.“ Später war er mehr gespannt und mißtrauisch als ängstlich, er werde schikaniert, alle Pfleger seien gegen ihn. Er erklärte, er habe ein neues „Weltbild“ gewonnen und wolle alle seine gesellschaftlichen Funktionen niederlegen. Der ängstlich-mißtrauische Zustand zog sich mehrere Monate hin, manchmal lag der Pat. mit geschlossenen Augen starr da, gab aber auf Anrede Antwort. Dann war er nur noch latent mißtrauisch, es fiel aber auf, daß er oft grundlos auflachte. Am 25. 6. 1966 wurde er entlassen.

N. arbeitete wieder und erschien unauffällig. Ende 1966 äußerte er wieder eigenartige Gedanken. So glaubte er, man halte ihn für einen „Verräter“. Am 15. 12. 1966 kam er wieder in die Klinik G. Er äußerte: „Ich werde gebeten, etwas zu tun, was normale Menschen nicht tun, meine Körperteile schwellen an, ich brauche viel Kraft, meine Gedanken kreisen unabhängig von meinem Willen, man denkt schneller als man spricht.“ Er sprach von Beeinflussung, Hypnose, Todesstunde; er werde vor Weihnachten sterben oder 2 Jahre in der Klinik bleiben. Er spreche mit Tieren; es falle ihm schwer gegen seine Stimmen anzukommen. Er war ratlos-ängstlich und hatte eine gewisse Krankheitseinsicht. Dann wurde er wieder sehr mißtrauisch und erregt. Es kam zu „fast raptusartigen Ausbrüchen mit lautem Gebrüll“. Zwischendurch lachte er wieder laut heraus. Er war diesmal schon nach 14 Tagen wieder beruhigt und wurde am 16. 1. 1967 entlassen. — $\frac{1}{2}$ Jahr später erkrankte er wieder. Er war jetzt gereizt und erregt. Am 9. 6. 1967 kam er in die Klinik G. Hier war er anmaßend, sagte zu dem Stationsarzt: „Wollen Sie mich mit Ihren mangelhaften Kenntnissen behandeln?“ Er verlangte die Verlegung auf eine andere Abteilung und wurde aggressiv. In den folgenden Tagen beruhigte er sich und erklärte, er könne keine klare Auskunft geben, er denke in „anderen Maßstäben“. Dann berichtete er von Stimmen, die ihm teilweise Befehle gaben, teilweise drohten, die er nicht von draußen her, sondern „im Kopf“ wahrnehme. Er erklärte sie durch bioelektrische Ströme, die auf die Nervenzellen einwirkten. Er habe sich in der letzten Zeit in seiner ganzen Persönlichkeit weiterentwickelt, er habe große Gedanken und Pläne, er wisse über alle Menschen Bescheid und wolle Psychologe werden. Die Stimmen sagten ihm, wie er „zur höchsten Mannbarkeit“ kommen werde. Gegenüber den Pflgern stellte N. Forderungen auf und wurde bedrohlich. Zwischendurch war er heiter und sang. Oft lachte er auch unmotiviert laut heraus; wenn man ihn deshalb zur Rede stellte, lachte er erst recht. Manchmal sprang er plötzlich aus dem Bett, einmal lag er verkehrt im Bett und brüllte auf Vorhalt laut heraus. Bei seinem Lachen klatschte er auch oft in die Hände. Öfter griff er die Pflger an. Seit August beruhigte er sich und war dann in ausgeglichener Verfassung. Am 2. 9. 1967 wurde er entlassen. Er

arbeitete wieder und zeigte gute Leistungen. — Im Januar 1969 wurde er wieder krank. Er ging diesmal nicht in die Klinik, erzählte mir aber von seinem Zustand, als er mich am 16. 5. 1969 *ambulant aufsuchte*. Es ging ihm zu diesem Zeitpunkt seit 1 Woche wieder gut.

Er hörte in der Klinik G. beim ersten Aufenthalt Stimmen und glaubte getötet zu werden. Er hatte Angst und nahm seine Umwelt nicht richtig wahr. Beim zweiten Aufenthalt war es ihm, als müßte jeden Augenblick etwas passieren. Es war mehr eine Erregung als eine Angst oder es waren psychische Schmerzen am ganzen Körper. Er mußte immer auf und ab laufen. In seinem Kopf war „ein Gedankenkarussell“. Er meinte, er sei vollkommen hohl und bestände nur aus Gesicht und Gedanken, er sei eine biologische Maschine. Er dachte an Telepathie und Hypnose und fühlte sich von überirdischen Mächten beeinflusst. Es erschien ihm z. B. möglich, daß er nicht mehr am Leben sei, sondern als Vision herumlaufe. Er hatte auch selbst Visionen. Bei der dritten Krankheit 1967 wollte er sterben. Er entwickelte vor der Aufnahme in die Klinik beruflich eine Mischsortierungsmaschine und dachte dabei an gute und schlechte Menschen, die er sortiere. „Es war, als wenn ich in zwei Ebenen denken würde, hier habe ich geschrieben und gleichzeitig koppelten sich Gedanken ein, die ganz woanders waren.“ Er habe kein Zeitgefühl gehabt, habe stundenlang gegessen und geweint. In der Klinik kamen dann wieder Gedanken an Hypnose, er fühlte sich als Beschleunigungsmesser und meinte, daß der Kosmos durcheinander geraten sei. Der innere Schmerz und die innere Unruhe waren wieder da.

Bei der letzten, eben abgelaufenen Krankheit fühlte er sich als Molekül, vollkommen hohl. Er glaubte, daß er nur aus Umgrenzung bestehe und innen mit Gold ausgeschlagen sei. Er fühlte, daß die Backenknochen mit einem Scharnier angehängt waren, er glaubte, andere Menschen sähen ihn als Skelet. Die Sonne war nicht mehr die Sonne und der Mond nicht mehr der Mond, es war ihm, als ob tags ein anderer Stern herangeholt würde. Es war Atomkrieg. Er sah die Gegenstände größer und kleiner. Er glaubte das Unsichtbare ihn umgäben, die ihn entmaterialisieren wollten. Einmal sah er den Mond auf sich zustürzen, während eine Stimme sagte, er sei ein Experimentierindividuum. Sein eigenes Gesicht sah er in dem Mond, in der Sonne sah er den Hoffmannschen Farbenkreis. „Wie im Traum, so ging alles zu.“ Er hatte auch die Vorstellung, daß Franz Josef Strauß mit seiner Schwiegermutter verheiratet sei. — N. lag zu Hause 3 Wochen lang im Bett, wusch und kämmte sich nicht mehr. Jetzt schöpfe er „von ganz unten her“ wieder Lebensmut, in die Sprechstunde komme er auf Wunsch seiner Frau. — Der Pat. sprach fließend und geordnet. Gelegentlich schweifte er etwas ab, ließ sich aber leicht zum Thema zurückbringen. Während er sagte, er fühle sich depressiv, wirkte er nach außen eher etwas gehoben. Er trug seine Erlebnisse ohne Gedrücktheit vor und lächelte häufig, ohne daß ein dringender Grund dafür zu erkennen war; ja, als ich ihm das vorhielt, mußte er sogar laut herauslachen. Von seinen phantastischen Erlebnissen distanzierte er sich völlig, er sprach selbst von traumartigen Erscheinungen. Auch während der Erlebnisse sah er, wie er sagte, zeitweise ein, daß sie nicht wirklich seien; dann aber hielt er sie wieder für real.

Abgesehen von den 3 Wochen, die er zu Hause im Bett lag, war er während der Erlebnisse teils im Bett, teils lief er auch herum. Er glaubt, daß er weder abnorm ruhig noch abnorm unruhig gewesen sei.

In der Klinik, in die ich ihn zur Beobachtung aufnahm, berichtete er weiter von seinen Erlebnissen. In der ersten Krankheit hatte er Schmerzen, wie wenn ein Strom durch den Körper ginge, oder wie wenn er unter Spannung stünde. Er erzählte weiter: „Ich hatte Illusionen, ich sah ein Radio, aus dem Musik spielte. Ich hörte aber Morsezeichen und glaubte, ein Kollege von mir höre sie ab. Seitdem war jeder äußere Eindruck, den ich aufnahm, mit unendlich vielen neuen Gefühlen verbunden.

Die Gedanken gingen wieder auseinander.“ Als der Abteilungsleiter begütigend sagte, er möge doch ein Schälchen Kaffee trinken, klang ihm das höhnisch, sein Gesicht sah ganz verzerrt aus. Er sagte dazu: „Meine Sinesorgane haben mich betrogen, Reiz und Reaktion standen nicht mehr im richtigen Verhältnis zueinander. Ich war aufgedreht bis zum Zerreißen. Nur damit meine Familie die Leiche nicht fortschaffen müsse, ging ich selbst in die Nervenklinik.“ Dort glaubte er sich im KZ, dachte, es seien Genickschußautomaten da, er werde vergast.

Aus der Zeit der zweiten Krankheit berichtete er: „Die Angstgefühle waren wieder da, geringste äußere Reize bedingten Angstgefühle.“ In der Klinik verspürte er „Auflösungserscheinungen“ an seinem Körper und hatte „Zerstörungsgefühle“, es war ein unbeschreiblicher, äußerst unangenehmer Zustand, Liebesgefühle und Erektionen traten auf. Bei geschlossenen Augen sah er Berlin aus der Vogelschau, Gebäude stürzten ein, „es war schrecklich“.

Bei der dritten Krankheit hörte er seine Gedanken, nicht wie Stimmen von außen. Sie sagten: „Du bist hier der einzige, der hier an Führers Geburtstag denkt.“ „Ich hatte wieder viele Beziehungsideen.“ Er fühlte sich telepathisch mit anderen Menschen in Verbindung. Deren Gedanken sprachen zu ihm, sie konnten auch seine Gedanken hören. „Es war, als sei ich in einem Trancezustand.“ Er glaubte damals eine Gedankenlesemaschine erfunden zu haben. Er hielt seine Hand für einen Rechencomputer und dachte zeitweise, er denke mit der Hand. — Er meinte jetzt, er sei bei seinen Erlebnissen immer gehemmt gewesen.

Aus der Zeit der letzten Krankheit erzählte er. Er machte die Skala aller Gefühle durch. Oft fühlte er sich wie der liebe Gott, er hatte ein Glücksgefühl, es war ihm, als ob er schwebte oder in Watte gepackt wäre. Er fühlte sich unsterblich, er war ein Molekül, „es war ein euphorischer Trancezustand“. Alles war wie im Traum, er sah die Häuser höher oder niedriger. Alles war farbig. Manche Menschen kamen ihm überirdisch schön vor. Er hörte Musik, so herrlich wie Sphärenmusik. Die Glückszustände seien aber auch schwer zu ertragen gewesen, „das Lachen tat weh“. „In der Tiefe glaubte ich, meine Frau wolle mich vergiften.“ Er dachte an Selbstmord.

Nach Visionen aus verschiedenen Krankheitsphasen befragt, erklärte er: „Ich brauchte nur die Augen zu schließen, da sah ich Bilder.“ Die Stimmen hörte er mehr am Tag, die Bilder sah er mehr am Abend. Traumhaft kam ihm sowohl das Sehen wie das Hören vor. Einmal saßen Anna Seghers und ein anderer Schriftsteller am Tisch und unterhielten sich, „aber es klang nicht wie wirkliche Stimmen“. Einmal hatte ich das Gefühl eine riesengroße Figur zu sein, so wie die Figuren am Völkerschlachtdenkmal Leipzig, und in einem meiner Beine stiegen zwei Männer die Treppe hoch und unterhielten sich. Wenn er ein Bild sah, das er nicht wollte, bewegte er sich, dann verschwand das Bild. Er träume in der Krankheit im Wachzustand; er könne den Zustand manchmal abschütteln, doch komme er gleich wieder. Wenn man ihn durch Ansprechen aus dem Traum gerissen habe, war er seiner Meinung nach orientiert und konnte angeben, wie lange er schon in der Klinik war. Der Pat. schlief in seinen krankhaften Zuständen schlecht, doch konnte *keine schwere Schlafstörung* ermittelt werden. In gesunden Zeiten träumte er, wie er sagte, selten.

Der Pat. verhielt sich in der Klinik unauffällig, er hatte guten Kontakt mit anderen Kranken. Mimisch erschien er vielleicht etwas wenig belebt. Dazwischen trat immer wieder unvollkommen motiviert ein Lächeln auf. Die Frau erzählte, das „schreckliche Lachen“ habe er in allen Phasen gehabt, einmal habe er eine ganze Nacht gelacht.

Neurologisch ergab sich beim *PSR* und *ASR* eine Differenz zugunsten rechts, die aber bei späteren Untersuchungen nicht sicher bestätigt werden konnte. Im *EEG* fand sich nichts Abnormes. Das *PEG* ergab folgendes: „Der dritte Ventrikel

ist im hinteren Abschnitt erweitert, im vorderen an der oberen Normgrenze. Der Seitenventrikel ist mittelständig mit einem deutlichen Tiefstand der li. Thalamustaille und Verbreiterung der Cella media.“ In der Beurteilung wird eine Atrophie im Bereich der li. Stammganglien und des li. Hypothalamus angenommen. Bei einer Encephalographie in G. hatte man schon ein leicht verplumptes asymmetrisches Ventrikelsystem gefunden. Am 27. 7. 1969 wurde N. entlassen. Am 3. 10. 1969 veränderte er sich wieder, äußerte Angst, saß fast die ganze Nacht auf einem Stuhl und lachte dazwischen laut auf. Am 27. 10. 1969 kam er wieder in unsere Klinik. Er war etwas ratlos, zugleich aber leicht gereizt und etwas überheblich und fordernd. Mimisch war er etwas wenig belebt. Traumhafte Erlebnisse verneinte er. Gegenüber einer medikamentösen Behandlung verhielt er sich ablehnend. Am 5. 12. 1969 kehrte er von einem Ausgang nicht zurück. — Zu Hause wurde er gegen seine Ehefrau aggressiv und wollte sich scheiden lassen. Am 19. 12. 1969 kam er wieder in die Klinik G. Hier war er anfangs mißtrauisch, gespannt und erklärte: „Es könnte jetzt die Stunde Null sein, der Weltuntergang. Auf den anderen Planetensystemen geschehen ständig Explosionen.“ „Der Psychiater ist zu einseitig, er müßte sich mehr mit Physik und Astronomie beschäftigen, um alles komplexer zu sehen.“ „Ich fühle mich in einer eigenartig irrealistischen Welt, Sätze verlieren ihren Zusammenhang, einer sagte: ‚Du, wir sind doch Leidensgenossen.‘ Diese Worte waren Anlaß für meine Flucht aus der Berliner Klinik.“ — „Meine krankhaften Phasen dauern nicht lange, es sind Depressionen und Glücksgefühle. Schmerzen während der krankhaften Phase, als würde einer innen am Kopf mit einer Nadel kratzen oder schweißen. Mein Schädel verformte sich wie ein Ei. Ich möchte es als Schmerzhalluzinationen bezeichnen, denn einen solchen Schmerz kann es gar nicht geben. Ich bestand ganz aus Elektronen. Es war ein Ofenrohr in meinem Körper, das Ofenrohr aus einem Märchen, das ich meiner Tochter vorlas.“ Schon nach 10 Tagen war N. wieder ausgeglichen und krankheitseinsichtig. Restsymptome konnten nicht gefunden werden. Am 22. 1. 1970 wurde er entlassen.

Auch bei diesem Patienten, der selbst immer wieder von traumartigen Zuständen sprach, sehen viele Erlebnisse *delirant* aus. Er brauchte nur die Augen zu schließen, dann sah er Bilder. Anna Seghers saß zusammen mit einem anderen Schriftsteller an einem Tisch, der Mond kam auf ihn zu, ein Farbenkreis erschien vor ihm, Berlin zeigte sich in der Vogelschau, Häuser stürzten ein. Dazu kamen auch wieder illusionäre Erscheinungen. Gegenstände wurden größer und kleiner, ein Gesicht sah verzerrt aus, seine Sinnesorgane „betrogen“ ihn. Ferner hörte er Stimmen, die ähnlich wie die optischen Sinnestäuschungen teilweise pseudohalluzinatorischen Charakter hatten, denn sie kamen nicht von außen, sondern aus seinem Kopf.

Viel massiver als bei der vorigen Patientin und in höchst merkwürdiger Gestalt traten *somatopsychische Erscheinungen* hervor. N. hatte „Schmerzhalluzinationen“, fühlte sich innerlich hohl und mit Gold ausgeschlagen, sein Schädel verformte sich wie ein Ei, in seinem Kopf war etwas wie ein Kratzen oder Schweißen, seine Backenknochen waren wie mit einem Scharnier angehängt. Ähnliche Erscheinungen finden sich in einigen Fällen von Mayer-Groß. *Antonie Wolf* äußerte z. B.: „Ich fühlte, wie ich dicker und dicker wurde wie ein Faß.“ *Ihre Schwester* fühlte sich einmal „zusammengeschrumpft bis zum winzigen Menschenkind“. *Gisela*

Leniev hatte einmal „das Empfinden, ganz zerschnitten zu sein“. *Mehrere Sinnesgebiete* konnten sich bei N. auch in höchst merkwürdiger Weise zu einem Gesamterlebnis verbinden. Wenn er wahrnahm, daß er selbst riesengroß war und in seinen Beinen zwei Männer eine Treppe hochstiegen und sich unterhielten, dann scheinen sich hier optische, akustische und somatopsychische Erlebnisse verbunden zu haben. Ferner fanden sich bei K. *Konfabulationen*, die sich ebenfalls von traumhaften Erlebnissen ableiten lassen.

Wenn Gedanken eine sinnliche Deutlichkeit bekommen, ohne schon zu Bildern zu werden, dann gleichen sie Erinnerungen an kürzlich Erlebtes, denen noch etwas von der Deutlichkeit des Wahrnehmens anhaftet. Im Traum erscheinen solche bildhaften Gedanken mit großer Häufigkeit, man spricht sie dann tatsächlich als Erinnerungen an und stellt erst nach dem Erwachen fest, daß man einer Täuschung unterlag. Konfabulationen, die nicht einfach erdichtet werden, vielleicht um Erinnerungslücken auszufüllen, sondern die plastisch bestimmte Erlebnisse zum Inhalt haben, setzen sich aus solchen Erinnerungsfälschungen zusammen. Bei den Fällen von Mayer-Groß findet man solche Konfabulationen in großer Zahl. Bei *Antonie Wolf* lassen sich etwa folgende Beispiele herausgreifen: „Wir sollten durch Schläuche gefüttert werden, und zwar war es, daß die erste zuerst das Essen bekam und dann der Schlauch durch alle Körper weiterging, die häßlichste kam zuletzt dran, es schien zu riechen wie in einem Affenhaus.“ — „Ich war wieder ein Pferd, und zwar das Lieblingspferd des Kaisers, ein Fuchs, und durfte das Gnadenbrot verzehren.“ „Unserer früherer Hausarzt entfernte mit einem Schnitt die Kugel aus mir. Eine zweite Kugel flog durch mich auf das Auge Fürstners und blendete ihn.“ — „Ich wußte nun nicht, wie ich eigentlich zu dem Kind gekommen war, aber daß ich es umgebracht, erstickt und dann im Rhein ertränkt, wußte ich ganz genau und ging den Rhein entlang an dieser Stelle.“ — Oft kann man nach den Berichten der Patientin allerdings nicht entscheiden, ob sie halluzinierte oder konfabulierte. Großenteils vermischten sich wohl Halluzinationen und Konfabulationen. Mayer-Groß's Patient *Robert Gast* äußerte: „Es würde zu weit führen, die oft visionsähnlichen Bewußtseinsvorgänge ausführlich zu beschreiben: Da glaubte ich auf Reisen in fabelhafte Länder, ja auf dem Monde zu sein, fühlte mich als Genossen sagenhafter, längstverklungerer Zeit, was mir Gelegenheit gab, mit allerlei interessanten Personen umzugehen, zu denen meine lieben Leidensgefährten die Figuren herleihen mußten, bei großen Feierlichkeiten, Religionskongressen war ich zugegen.“

Bei unserem Patienten N. sind die Konfabulationen nicht leicht zu erkennen, da er — vielleicht in Zusammenhang mit seiner introvertierten Wesensart — schnell erklärende Vorstellungen daran knüpfte. Man

erkennt sie aber auch bei ihm, wenn er etwa erklärte, statt Sonne und Mond sei jeden Tag ein anderer Stern da, es sei Atomkrieg, er sei von Unsichtbaren umgeben, — oder auch, seine Schwiegermutter sei mit Franz Josef Strauß verheiratet. Manchmal kann man wieder nicht unterscheiden, was Halluzinationen und was Konfabulation ist, so wenn N. das Ofenrohr aus einem Märchen in seinem Körper glaubte. Bei der vorigen Patientin K. überwog das delirante Element völlig, doch war es vielleicht mehr eine Konfabulation als Halluzination, wenn sie sich an Mondfahrten beteiligte.

Traumhaft war auch das *Denken* des Patienten N. verändert. Während sich die vielen Beziehungsideen sicher von seiner Angst und seine expansiven Ideen von seiner gehobenen Stimmung ableiteten, erinnern andere Äußerungen an Traumvermengungen. Die Fischsortierungsmaschine bezog sich auf gute und schlechte Menschen, er hielt seine Hand für einen Rechenautomaten und dachte mit der Hand. Er war ein Molekül. Er war nicht mehr am Leben, sondern lief als Vision herum. Er hatte auch subjektiv eine gewisse Einsicht für seine Vermengungen, denn er äußerte u. a., seine Gedanken kreisten unabhängig von seinem Willen, oder: „Es war, wie wenn ich in zwei Ebenen denken würde, hier habe ich geschrieben und gleichzeitig koppelten sich Gedanken an, die ganz woanders waren.“ Zu dieser teilweisen Erkenntnis war er sicher dadurch befähigt, daß er dazwischen immer wieder klarer war und zurückdenken konnte, während der gesunde Träumende zu dieser Umstellung während seiner Erlebnisse nicht fähig ist. Ich erklärte die Denkstörung im Traum an anderer Stelle damit, daß sich statt eines unanschaulichen Denkens immer wieder bildhafte Vorstellungen eindringen und falsche Verbindungen aufnehmen. So konnte ich in einem Traum einen Blutegel, eine kretinistische Kranke, einen Krebs, einen Igel und ein Mittelding zwischen Schwein und Dackel nacheinander als einen Arztausweis ansprechen, den ich in eine Versammlung mitnehmen wollte. Wie zwei Bilder zu Mischbildern verschmelzen können, so können auch Bild und Gedanke oder zwei bildhaft vordringende Gedanken unlogisch miteinander verknüpft werden. Wenn N. einmal glaubte, er denke mit seiner Hand, so erinnert das daran, daß ich mich im Einschlafen einmal bemühte, ein Tischmesser — dieses selbst, nicht etwa sein Schriftbild — klein oder groß zu schreiben. Man darf annehmen, daß das Denken bei N. ganz nach dem Bildhaften hin verschoben war; er brauchte ja nur die Augen zu schließen, um Bilder zu sehen.

Da N. in seinem Denken während der Krankheitszustände sichtlich viel mehr gestört war, als die vorige Patientin K. versteht man, daß sich seine Erlebnisse noch weiter von der Wirklichkeit entfernten, d. h. phantastischer waren. Wahrscheinlich hängt der phantastische Zug in den oneiroiden Zuständen aber noch mehr vom Affekt ab, der bei größerer

Tiefe Außergewöhnliches als Ursache sucht. Phantastisch wurde N. vor allem in einem ekstatischen Zustand, als er von einem Glücksgefühl durchdrungen war und sich wie Gott fühlte. Er glaubte in diesem Zustand unsterblich zu sein. Als andererseits der Mond auf ihn zustürzte, und eine Stimme sagte, er sei ein „Experimentierindividuum“ war er sicher sehr ängstlich. Die Patientin K. war in großer Angst als sie die phantastische Vision ihres Vaters hatte, der im Kamin verbrannte. Die Patientin *Antonie Wolf* von Mayer-Groß war auch in geringeren Affektschwankungen oft phantastisch, doch wies diese von Natur eine große Phantasiebegabung auf.

Wie ein Träumender konnte N. geweckt werden, er war dann ansprechbar und wahrscheinlich zeitlich und örtlich orientiert. Er konnte den abnormen Zustand manchmal auch selbst abschütteln. Er vermochte ein Bild, das er nicht haben wollte, dadurch zu verscheuchen, daß er sich bewegte. So kam es wohl, daß er — ebenso wie die Patientin K. — das Krankhafte seiner Erscheinungen teilweise erkannte. Man kann insofern von *Pseudohalluzinationen* sprechen, doch ist die Bezeichnung wohl ohne wesentliche Bedeutung. Es waren jedenfalls Sinnestäuschungen von traumhaftem oder delirantem Charakter.

Die *somatopsychischen Erscheinungen* allerdings lassen sich mit normalen Träumen nicht vergleichen. Man träumt optisch-räumlich, auch etwas akustisch, aber fast gar nicht aus dem Bereich der Körperfühlsphäre. Ich habe an anderer Stelle versucht, für dieses wechselnde Verhalten der verschiedenen Sinnesgebiete im Traum, die Gründe aufzuweisen; diese Gründe werden vielleicht hinfällig, wenn ein ähnlicher Vorgang auf ausgesprochen krankhafter Basis auftritt. Auch wenn N. — ebenso wie die vorige Patientin K. — vieles ausgesprochen *farbig* sah, war das eine Besonderheit, denn die optischen Träume sind in der Regel nur räumlich, selten farbig. Den gröberen Einbruch in die Wahrnehmungswelt erkennt man auch in den Verzerrungen, welche Umweltvorgänge annahmen, denn N. sah Gesichter verändert und Menschen bald größer bald kleiner. Bei der vorigen Patientin K. sahen die Gesichter der Mitpatientinnen ebenfalls grimassenhaft aus. Noch mehr zeigten hier die halluzinierten Gestalten Verzerrungen. Ähnliches findet man in Träumen nicht, aber doch in deliranten Zuständen toxischer Entstehung. In diesen beobachtet man auch die somatopsychischen Erscheinungen als „Störungen des Körperschemas“, wie es ausgedrückt wird.

Die oneiroiden Erlebnisse waren bei N. so vordringlich, daß es schwer fällt, eine *Diagnose der eigentlichen Krankheit* zu stellen. Jedenfalls liegt ein periodischer Verlauf vor, Defektsymptome waren nicht feststellbar. Die Depressionen der Schwester bestätigen die phasische Krankheit. Sehr deutlich treten ängstliche Zustände mit Mißtrauen und Eigenbeziehungen hervor, daneben Phasen gehobener Stimmung mit „großen Gedanken

und Plänen“. Einmal hatte N. einen Glückszustand, in welchem er sich unsterblich und wie der liebe Gott fühlte. Man erkennt die Züge der *Angst-Glücks-Psychose*. Wenn sich Angst und Ekstase oft fast zu mischen, jedenfalls schnell zu wechseln schienen, so paßt das zu dieser cycloiden Psychose. Daneben werden aber auch Zustände von Gereiztheit und Aggressivität geschildert, die den Verdacht auf *periodische Katatonie* erwecken könnten. Die vollen Remissionen sprechen dagegen, die ungewöhnlichen Symptome lassen sich auch mit dem organischen Hintergrund, auf den ich gleich zu sprechen komme, erklären.

Im *Encephalogramm* fand sich eine Atrophie im Bereich der Stammganglien und des Zwischenhirns. Vermutlich handelt es sich um eine Resterscheinung nach einer Encephalitis, da N. im Vorschulalter anläßlich einer Kinderkrankheit psychisch verändert war. Die erwähnten, allerdings fraglichen Reflexdifferenzen können damit in Zusammenhang stehen. Psychische Ausfallserscheinungen schienen nicht zu bestehen, aber man muß fragen, ob nicht die psychotischen Zustände selbst einen Zusammenhang mit der Gehirnveränderung haben. Das Zwischenhirn stellt eine Zentralstelle für das Schlafen und Wachen, sowie der Affektivität dar. Läsionen der Gegend führen nach vielfältigen Beobachtungen zu Schlafstörung, deliranten Erscheinungen, depressiven und euphorischen Zuständen. Mein Mitarbeiter Schulz hat das bei Tumoren dieser Gegend bestätigen können. Ich selbst habe ein Kind beschrieben, das bei einem Tumor im Hypothalamus 4 Jahre lang ein manisches Bild bot. Förster und Gagel konnten bekanntlich bei Operationen durch leichte Reizung der Wand des dritten Ventrikels in seinem vorderen Abschnitt manische Zustände erzeugen. Meine früheren Mitarbeiter Hoheisel und Walch beschrieben Fälle, die nach Gehirnverletzung dieser Gegend im Wechsel kurzdauernde manische und depressive Zustände zeigten. Man wird bei unserem Patienten N. nicht in Erwägung ziehen, seine psychotischen Zustände könnten durch die Gehirnveränderung, die sicher seit früher Jugend bestand, erzeugt sein. Die Belastung durch die Schwester würde dem gleich widersprechen. Aber es ist doch sehr zu fragen, ob der organische Schaden die Psychosen in ihrem Bild nicht gefärbt hat. Man darf nach den angeführten Beobachtungen die Vermutung äußern, daß endogene Psychosen mit vorherrschender Affektstörung eine funktionelle Beziehung zum Zwischenhirn haben; eine organische Veränderung dieser Gegend könnte das endogene Geschehen beeinflussen. Vielleicht wurden die traumartigen Erscheinungen mit den Halluzinationen deliranter Art der endogenen Psychose vom Organischen her zugegeben, als diese nach eigener Gesetzlichkeit auftrat. Auf affektivem Gebiet könnte die Reizbarkeit, die bei N. oft vorhanden war, organisch bedingt gewesen sein, da diencephal manchmal auch solche Affektschwankungen erscheinen. Vor allem kann das *eigenartige Lachen*, das sehr an ein Zwangslachen erinnerte,

auf eine Zwischenhirnbeteiligung bezogen werden. Im *Körperlichen* wies auf dieses Hirngebiet die Tatsache hin, daß N. in seinem Zustand einmal Liebesgefühle und Erektionen hatte. Die *encephalographisch* nachgewiesene Zwischenhirnveränderung hätte unter solchen Gesichtspunkten keinen eigentlichen Ausfall erzeugt, aber doch eine Schwäche bedingt und zur Bereitschaft geführt, krankhaft zu reagieren.

Die Bedeutung, die damit der Zwischenhirnveränderung beigemessen wird, scheint sich durch einen Fall von *Hypophysentumor*, über den ich berichten kann, zu bestätigen. Psychosen bei Hypophysentumor wurden nicht häufig, aber doch wiederholt beschrieben. In den meisten Fällen (Schuppius; Leege; Gund; Klages u. Riechert; Heinrich u. Korn; Schiffter) erkennt man nach der Beschreibung keine deutliche Ähnlichkeit mit unserer Patientin. Dagegen erinnert an diese ein Fall von Büsow mit einer Hypophysen-Vorderlappen-Atrophie, bei dem ähnliche grotesk-hypochondrische Erlebnisse hervortraten, sowie ein Fall von Amler mit einem suprasellären Meningeom, der phantastisch-halluzinatorische Erscheinungen bot. Größer erscheint die Verwandtschaft mit drei Fällen von Störing, bei denen organische Veränderungen des Zwischenhirns bestanden (Encephalitis nach Typhus, Arteriosklerose, Metencephalitis). Hier traten periodisch delirante Zustände auf mit sehr merkwürdigen Veränderungen im Körperschema. Die Fälle erinnern sehr an unseren Patienten N. und geben in bezug auf ihn eine zusätzliche Bestätigung für die Beteiligung des Zwischenhirns.

Eleonore H., geb. 1922, Stenotypistin, war in der Pubertätszeit recht mager, sie wog nur 75 Pfund. Die erste Periode trat im Alter von 13 Jahren auf und war längere Zeit sehr unregelmäßig. In ihrem sexuellen Verhalten war die Pat. nicht auffällig. Sie hätte gern geheiratet, es fand sich aber keine Gelegenheit. Seit 1951 wurde die Periode neuerdings unregelmäßig und hörte dann bald ganz auf. Seit dieser Zeit wurden Hände und Füße größer, Lippen und Nase dicker. An den Oberschenkeln und zwischen Nabel und Symphyse traten zusätzliche Haare auf. Am 23. 1. 1956 wurde H. in die Berliner Nervenklinik aufgenommen. Neurologisch fand sich nichts Abnormes. Hände, Füße, Nase, Lippen waren vergrößert und klobig verdickt. *Röntgenologisch* fand sich eine ballonförmige Ausweitung der Sella mit unscharfen Konturen im basalen Abschnitt des Dorsum sellae. Die Pat. war unglücklich über die körperliche Veränderung und schämte sich wegen der zusätzlichen Behaarung auf dem Leib, zugleich war sie ängstlich. Sonst bot sie psychisch nichts Auffälliges. Es wurde ein Hypophysenadenom mit Akromegalie diagnostiziert und mit Röntgenbestrahlungen behandelt. Am 22. 2. 1956 erfolgte die Entlassung. Die Verdickungen gingen etwas zurück, während die Behaarung eher noch zunahm. Vom 7. 8.—25. 8. 1956 war die Pat. zu weiteren Bestrahlungen in der Klinik. In den folgenden Jahren erfolgte noch ein kleiner weiterer Rückgang der Verdickungen, deutliche Vergrößerungen blieben dauernd bestehen. Sonst war H. beschwerdefrei.

Im Oktober 1961 wurde die Pat. depressiv und sprang in suicidalen Absicht aus dem 3. Stock des Hauses. Es geschah ihr nichts Ernsteres, da sie in Hecken fiel. Am 3. 11. 1961 kam sie wieder in die Klinik. Sie äußerte jetzt, sie stünde unter einer fremden Macht, werde durch Radarstrahlen beeinflusst. Sie müsse versehentlich kleine Schnecken und Würmer gegessen haben, die jetzt in ihrem Kopf von hinten

gegen die Augen drückten. Sie hatte auch das Gefühl, daß sich der Körper zusammenziehe und daß Schlangen in ihrer Brust seien. Ferner hörte sie Stimmen, mehr ein Flüstern; das sei vielleicht die neue Therapie der Charité. Es wurde ihr u. a. gesagt, sie werde geschlachtet. Die Pat. fügte an: „Ich kann auch nicht sagen, ob ich das vielleicht nur geträumt habe.“ Ferner erzählte sie: „Einmal war mein Fuß ganz anders geformt, mein Körper war schmal und mein Bauch in einer Nacht ganz eingedrückt.“ Die Stimme sagte, sie werde kleiner. „Tatsächlich rutschte ich auf dem Stuhl zusammen und wurde kleiner.“ Sie sei sehr geruchsempfindlich geworden, man habe ihr gesagt, sie habe Maden und Würmer in die Adern bekommen. Die Stimmen bezeichneten sie als Spionin, Mistschwein und sagten, sie rieche unter den Armen nach Heu, sie solle Mäuse und Katzen gebären, und ein Hund kläffe in ihrem Kopf. — Nach 8 Wochen gingen die psychotischen Symptome rasch zurück, die Pat. war jetzt voll einsichtig. „Das ist doch alles unsinnig, was ich erzählt habe.“ Sie mußte jetzt selbst über ihre Ideen lachen und äußerte: „Ich muß das alles geträumt haben.“ Am 23. 2. 1962 wurde sie entlassen. Sie war zu Hause wieder als Stenotypistin und Sachbearbeiterin tätig.

Anfang Juli 1962 veränderte sie sich wieder. Sie äußerte: „Ich hatte einen traumartigen Zustand, gerade als ob ich dahingeflogen wäre.“ Sie hörte Stimmen, die u. a. sagten, sie solle sich einen Mann anschaffen. Sie fühlte sich wieder beeinflußt. Das Gesicht werde oft schief, im Kopf brenne es, der Unterleib werde elektrisch bestrahlt. Schon nach 3 Wochen war H. wieder frei, sie äußerte: „Ich habe soviel geträumt.“ Der Zustand sei angegangen, nachdem sie 3—4 Nächte keinen Schlaf gefunden hatte. Am 13. 9. 1962 wurde sie entlassen. Im Januar 1963 traten die Stimmen für 14 Tage wieder auf. Im Juli 1963 kamen sie von neuem, sie sagten z. B.: „Dieser oder jener“ — und meinten damit 2 Bekannte, die sie habe. Unter Bezugnahme auf eine frühere Mitpatientin sagten die Stimmen: „Denk mal an diese, wenn Du nicht mehr auf der Hut bist, wirst Du genau so.“ Es sei ihr, als ob die Stimme im Ohr und auch im Gehirn säße. Im Unterleib hatte sie wieder ein komisches Gefühl, wie ein „Vorbeifließen“. Sie erklärte ihre Stimmen diesmal von Anfang an als krankhaft. Am 28. 8. 1963 wurde sie entlassen. Sie arbeitete wieder in ihrem Beruf.

Im folgenden Jahr hörte sie „zeitweise mal für 1 Woche ganz entfernt und leise“ Stimmen. Anfang 1965 wurden diese lauter, am 11. 3. 1965 kam H. wieder in die Klinik und berichtete, die Stimmen mischten sich in ihre Arbeit ein, z. B., in die Aktenablage oder in den Text ihres Stenogrammblockes. Zeitweise war es auch ein Singen, die Stimmen sangen, daß sie aus dem Betrieb hinausgeworfen werde. Die Pat. fügte an: „Vom realistischen Standpunkt aus sind das Hirngespinnste.“ Sie hatte außerdem „ein leises, laufendes Gefühl“ bis zum Hals hinaus, als ob dort etwas „angenagt“ würde. Im Mund war ein abscheulicher „schlangenartiger“ Geschmack. „Wenn man sich vorstellt, daß man Tiere im Körper haben soll, das ist ein furchtbarer Gedanke.“ Vor einigen Tagen flogen ihr 2—3 cm lange Maden in die Nase. „Eine wollte ich herausnehmen, sie sah ganz gelb aus; als ich in den Spiegel sah, verschwand sie im schnellen Tempo. Ich hatte auch das Gefühl, als ob Maden in meine Augen fielen, die ich aber nicht sah, sondern, was die Stimmen nur sagten.“ Sie hatte ein „scharfes Empfinden“ in den Augen. Abends im Bett hatte sie auch den „schlangenartigen Geruch“ von einem Staub, der durchs Fenster kam. Die Stimmen sagten, daß manche der Mitpatientinnen Vögel, Eichhörnchen und andere kleine Tiere im Körper hätten. Wenn es wirklich Schlangen im Körper gebe, müßten sie durch den Mund hineingekommen sein. — Die Pat. war geordnet, hatte natürliche Gefühle und stand ihren Sinnestäuschungen zwiespältig gegenüber, sie hielt sie einerseits für krankhaft und beklagte sich doch so, als ob sie ihr von außen gemacht würden. — Sie erzählte in den folgenden Tagen weiter: „Ich verspürte heute ein

hartes Gefühl im Rücken, die Stimmen sagten, daß es Schlangen sind, und daß es jetzt praktisch über den ganzen Körper hergeht. Vorher lag etwas auf meiner Jacke, es war weiß wie Schnee, vielleicht nicht ganz so weiß. Gestern fiel etwas Schwarzes in meine Tasche, es war 2mal so groß wie ein Stecknadelkopf und kam aus der Luft. Die Stimmen haben mir gezeigt, daß es Schlangenköpfe sind, die im Körper in kurzer Zeit groß werden. Dann wurde mir gesagt, daß in den Polstermöbeln unter der Decke Schlangen versteckt sind. Ich habe es knistern gehört. Auf dem Mittagsteller fand ich etwas auf dem Rand, das sah der Form nach wie eine Schlange aus. Ich habe das gesehen und die Stimmen haben mir das auch bestätigt.“ — Nach 5 Wochen gingen die Erscheinungen wieder zurück, die Pat. bekam wieder volle Einsicht. Die Affektlage erschien diesmal nicht ganz adäquat; während die Pat. berichtete, daß ihr gleich die Tränen kämen, lächelte sie.

Die *vegetativen Funktionsstörungen* ergaben Befunde, die im Bereich der Norm lagen. Im *EEG* ergab eine geringe diffuse Thetaausprägung, teilweise episodisch mit Synchronisierungstendenz. Es wurde eine subcorticale Funktionsstörung in Zusammenhang mit dem Hypophysenprozeß angenommen. Die *Röntgenaufnahme* der Sella ergab keine Änderung des früheren Befundes. *Augenhintergrund* und *Gesichtsfeld* waren frei. Am 14. 5. 1965 wurde die Pat. entlassen.

Im Dezember 1969 schlief die Pat. wieder schlecht und hörte auch wieder Stimmen. Als sie am 20. 12. 1969 in die Klinik kam, war sie schon wieder einsichtig und halluzinierte nicht mehr. Sie war aber etwas lebhaft, gesprächig und wirkte leicht manisch. Am 8. 1. 1970 wurde sie entlassen. Am 24. 2. 1970 kam sie wegen einer Knieprellung in ein Krankenhaus. Hier äußerte sie Suicidideen und sprach von Stimmen. Am 25. 2. 1970 kam sie wieder in die Nervenklinik. Hier erschien sie etwas geschäftig, gesprächig, distanzlos, mischte sich in fremde Gespräche ein und sprach von Stimmen. Örtlich und zeitlich war sie voll orientiert. Nach 14 Tagen war sie wieder unauffällig, doch erschien sie noch öfter anmaßend und distanzlos. Sie beschwerte sich über die Behandlung. Schließlich war sie ausgeglichen und wurde am 22. 5. 1970 entlassen.

Am 28. 4. 1971 habe ich die Pat. nachuntersucht. Sie hatte volle Kritik gegenüber ihren krankhaften Zuständen, sprach in Ausdrücken wie: „Als ich krank im Kopf war“, „als ich durchgedreht war“, — und bestätigte sehr nachdrücklich, daß die Sinnestäuschungen nicht durch äußeren Einfluß, sondern durch die Krankheit kämen. Als sie nach den Daten ihrer letzten Krankheitszustände gefragt wurde, zog sie ihr Versicherungsbuch heraus und lachte dabei auf. Sie fügte gleich an: „Entschuldigen Sie, das war jetzt unnormal das Lachen“. Sie erklärte, es sei ihr peinlich gewesen, daß sie die Daten nicht im Kopf hatte, das Lachen sei aus Verlegenheit aufgetreten, aber es sei nicht normal. Es komme ihr öfter einmal vor, daß sie lachen müsse, ohne einen Grund zu haben. Von ihren psychotischen Erlebnissen konnte die Pat. fast nichts berichten, auch nicht von dem Inhalt der Stimmen. Sie vergesse alles immer gleich wieder und sei froh darüber. Von den merkwürdigen körperlichen Mißempfindungen wußte sie auch nichts mehr. Sie verzog mit Ekel das Gesicht, als ihr einiges von ihren Erlebnissen mit Würmern und Schlangen vorgehalten wurde. Da sie zugleich Erstaunen ausdrückte, hatte man den Eindruck, daß sie tatsächlich alles vergessen hatte. Eine Merkstörung war aber jetzt nicht nachweisbar, die Merkprobe nach Ziehen wurde prompt gelöst.

Nach ihrer Angabe hatte die Pat. immer wieder einen kurzen Zustand, in welchem sie Stimmen hörte. Oft dauere das nur einige Minuten, manchmal etwas länger. Sie sage sich dann, es sei die Krankheit, sie müsse sich herausreißen, es gelinge auch meist. Einmal sei sie allerdings eine ganze Nacht wach gelegen und habe Stimmen gehört. Solche Zustände könnten auch bei Tag kommen. Sie wußte nicht, ob ihre früheren ernsteren Zustände nach Schlaflosigkeit aufgetreten seien. Ihr Schlaf sei

oft schlecht. Zur Zeit sei sie wegen Schlafstörung krank geschrieben, nehme die Arbeit jetzt aber wieder auf.

Diese Patientin mit einem *Hypophysenadenom*, das nach Röntgenbestrahlungen keine Progredienz mehr zeigte, hatte periodisch psychotische Zustände, die sie selbst als *traumartig* bezeichnete. Sie hörte dann Stimmen und hatte die merkwürdigsten körperlichen Mißempfindungen. Wenn sie Ungeziefer der verschiedensten Art an sich zu haben glaubte, kann man an einen *Dermatozoenwahn* erinnert werden, aber es waren teilweise auch größere Tiere. Der Körper selbst veränderte sich höchst eigenartig, das Gesicht war oft schief, die Füße verformten sich, der Körper wurde schmal, der Bauch war in einer Nacht ganz eingedrückt. Man wird lebhaft an die Äußerungen des vorigen Patienten N. erinnert, dessen Körper sich auch verformte.

Weiter denkt man an die merkwürdigen Mißempfindungen, die bei *hypochondrischer Depression*, bei *sensohypochondrischer Neurose* und auch bei *hypochondrischer Schizophrenie* oft geäußert werden. In allen Fällen fehlt dem Gesunden ein Verständnis dafür, was die Patienten eigentlich empfinden. Ich habe an anderer Stelle (Biologische Psychologie) die Vermutung geäußert, daß in all diesen Fällen, wenn auch aus ganz verschiedenen Gründen, die Grenze zwischen bewußten und vegetativ-unbewußten Vorgängen, wie sie normalerweise besteht, durchbrochen wird. Man versteht diese Auffassung besser, wenn man bedenkt, daß die Grenze sicher nicht immer so lag wie heute beim Menschen. Tiere erleben wahrscheinlich viel mehr aus ihrer körperlich-vegetativen Sphäre, beim Menschen hat sie das Bewußtsein in Richtung auf gnostische Vögränge verlagert. Es ist unter solchen Voraussetzungen nicht verwunderlich, wenn auch eine tiefgreifende Störung im Bereich des Schlaf-Wach-Mechanismus, d. h. doch direkt der Bewußtseinsfunktion, zu einer Durchlässigkeit dieser Grenze führen kann. Die Kranke H. empfand sicher etwas, als sie angab, das Gesicht verziehe sich, die Füße verformten sich, der Körper werde schmal; aber wir können als Gesunde nicht erkennen, was sie eigentlich empfand. Der Patient N. mit den ganz ähnlichen Beschwerden scheint die Verschiebung der Bewußtseinsgrenzen im Körperlichen hin auch subjektiv so empfunden zu haben, denn er sprach von „Auflösungserscheinungen“ und „Zerstörungsgefühlen“ im Körper. Da man endogen und exogen ähnliche Erscheinungen vor sich hat, ist es sehr bemerkenswert, daß Walch und Schulz Fälle beschreiben konnten, die den „hypochondrischen Euphorien“ endogener Entstehung glichen, aber dem Anschein nach durch organische Hirnveränderungen entstanden waren.

Optische Erscheinungen waren in den abnormen Zuständen von H. nicht sicher nachzuweisen, sie schienen sich manchmal anzudeuten. Dagegen fanden sich auch eigenartige Geruchs- und Geschmacksempfindungen.

Die Stimmung war meist verändert, einmal kam es zu einem Suicidversuch. Sonst bestand meist nur eine gewisse Ängstlichkeit, zweimal auch eine deutlich gehobene Stimmung mit Rededrang.

Wie bei dem vorigen Patienten wird die Traumartigkeit der Zustände dadurch betont, daß sich die Patientin manchmal aus den Zuständen, die sie als krankhaft erkannte, herausreißen konnte. Auffällig ist, daß sie nachträglich fast nichts mehr von ihren krankhaften Erlebnissen wußte, obwohl sie keine Merkstörung zeigte. Man weiß, daß man Träume sehr schnell vergißt, wenn man sie nicht eigens festhält. Aber die endogenen Kranken hatten ihre oneiroiden Erlebnisse sehr gut in Erinnerung.

Als Ursache der psychotischen Zustände kann nur das *Hypophysenadenom* angesprochen werden. Auch eine Patientin von Schiffter hatte ein Hypophysenadenom mit Akromegalie. Es bestand röntgenologisch kein Anhaltspunkt dafür, daß das Adenom über die Sella hinaus in das Zwischenhirn eingewachsen wäre, aber bei den engen Beziehungen zwischen Hypophyse und Zwischenhirn ist auch ohne diese Ausdehnung eine Beteiligung der letzteren Hirngegend anzunehmen. Auf welchen Wegen die reversiblen Zustände im einzelnen zustande kamen, bleibt unklar. Einmal ging eine dreitägige Schlafstörung voraus, sonst konnte keine sichere Abhängigkeit von einer Störung des Schlafes festgestellt werden. Allerdings schlief die Patientin immer etwas schlecht. Da die erste Krankheitsphase erst 10 Jahre nach den ersten Symptomen des Hypophysentumors auftraten, sucht man nach einer zusätzlichen Noxe, aber es bietet sich nichts an. Man darf andererseits daran erinnern, daß es sich ja ohnedies nicht um einen Defektsyndrom handelt, sondern um ein Syndrom, das kam und ging und dementsprechend auch im ersten Erscheinen zeitlich nicht fest gebunden war. Für eine Disposition im Sinne der endogenen Psychose bestand gar kein Anhaltspunkt. Es wäre auch völlig unklar, an welche endogene Psychose man bei dem eigenartigen Bild und dem periodischen Verlauf denken sollte.

Wenn ich die oneiroiden Zustände bei dem Patienten N. in Parallelität zu den Zuständen bei H. aus einer Schädigung des Zwischenhirns erkläre, so heißt das nicht, daß ich sie allgemein so deuten möchte. Bei den Fällen von Mayer-Groß findet sich kein Anhaltspunkt in dieser Richtung. Auch bei unserer ersten Patientin K. lag kein dringender Anlaß vor, eine Hirnschädigung anzunehmen. Vielleicht war es aber doch nicht gleichgültig, daß sie 4 Jahre vor der ersten Psychose eine Commotio mit mehrstündiger Bewußtlosigkeit durchgemacht hatte und im Encephalogramm einen etwas weiten dritten Ventrikel aufwies. Wichtig ist wohl auch, daß sie vasomotorisch außerordentlich labil war und bei geringstem Anlaß rot und blaß wurde. Auch diese Labilität kann sich dahin ausgewirkt haben, daß das endogene Krankheitsgeschehen über seine eigenen Grenzen hinaus mehr ins Körperliche eingriff, zumal das Vasomotorium auch

wieder Beziehungen zum Zwischenhirn hat. An der endogenen Krankheit selbst liegt es wahrscheinlich nicht, wenn oneiroide Episoden auftreten. In der oben angeführten Familie von Mayer-Groß mit mehreren psychischen Krankheiten fanden sie sich nur in 2 Fällen, die anderen Kranken boten Bilder, wie man sie auch sonst bei endogenen Psychosen sieht. Es scheint auch nicht darauf anzukommen, welche Art endogener Psychosen vorliegt. Bei den Fällen von Mayer-Groß handelte es sich der Schilderung nach um verschiedene Formen; die besonders ausführlich geschilderte Patientin Antonie Wolf war manisch-depressiv. Auch mein erster Fall war so aufzufassen. Im zweiten Fall kam ich zur Annahme einer Angst-Glücks-Psychose. Ich vermute, daß eine Labilität des Nervensystems, sei es konstitutioneller, sei es organischer Natur, hinzukommen muß, wenn eine endogene Psychose die Grenzen, die ihr im Symptombild sonst gezogen sind, überschreitet und oneiroide Bilder erzeugt.

Literatur

- Albert, Elfriede: Über Erinnerungs- und Bewußtseinsstörungen bei erregten endogenen Psychosen. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* (Lpz.) **17**, 81 (1965).
- Amler, G.: Zum Problem Hirntumor und Psychose unter besonderer Berücksichtigung der Hypophysentumoren und der haptischen Halluzinationen. *Nervenarzt* **27**, 30 (1956).
- Binswanger, H.: Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart: Hirzel 1949.
- Boeters, U.: Die oneiroiden Emotionspsychosen. *Bibl. psychiat.* **148**. Basel: Karger 1971.
- Büssow, H.: Halluzinosen bei Endokrinopathien. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **195**, 285 (1956).
- Ewald, G.: Neurologie und Psychiatrie, 4. Aufl. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg 1959.
- Fish, F. J.: An outline of psychiatry. Bristol: Wright 1964.
- Förster, O., Gagel, O.: Ein Fall von Ependymzyste des III. Ventrikels. Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen psychischer Störungen zum Hirnstamm. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **149**, 312 (1934).
- Guiraud, P.: Psychiatrie Clinique. Librairie le François 1956.
- Gund, A.: Ungewöhnliche Symptomatik eines chromophoben Hypophysenadenoms, zugleich ein Beitrag zur Frage „Psychose und Hirntumor“. *Nervenarzt* **25**, 44 (1954).
- Heinrich, K., Korn, W.: Zur Frage der paranoid-halluzinatorischen Psychosen bei raumfordernden intrakraniellen Prozessen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **200**, 492 (1960).
- Hoheisel, H. P., Walch, R.: Über manisch-depressive und verwandte Verstimmungszustände nach Hirnverletzung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **188**, 1—25 (1952).
- Kandinsky, V.: Zur Lehre von Halluzinationen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **11**, 453 (1881).
- Kerbikow, O. W., Korkina, M. W., Nadschwarow, R. A., Snechnewski, A. W.: Psychiatrie, 2. Aufl. Moskau: Medizina 1968.
- Klages, W., Riechert, T.: Hebephrene Symptomatik bei eosinophilem Hypophysenadenom. *Nervenarzt* **28**, 125 (1957).
- Leege, M.: Zur Psychopathologie und Therapie der Hypophysentumoren. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **94**, 331 (1924).

- Lemke, R., Rennert, H.: Neurologie und Psychiatrie, 3. Aufl. Leipzig: Barth 1965.
- Leonhard, K.: Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1948.
- Gesetz und Sinn des Träumens, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1951.
- Die Angst-Glücks-Psychose Beer's, des Begründers der Psychohygienebewegung. Nervenarzt **33**, 172 (1962).
- Über manische Zustände bei Zwischenhirnaffektion. In: Acta 25. Conventus Neuropsychiatrici et EEG Hungarici Budapestini MCMLXVI, Klinische Erfahrungen bei Hirnstammprozessen, pp. 333—338.
- Mayer-Groß, W.: Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform. Berlin: Springer 1924.
- Schiffter, R.: Zur Problematik schizophrenieähnlicher Psychosen bei Hypophysenerkrankungen. Psychiat. clin. **4**, 82—99 (1971).
- Schuppius: Über psychotische Erscheinungen bei Tumoren der Hypophyse. Z. ges. Neurol. Psychiat. **8**, 514 (1912).
- Snechnewski, A. W. (Hrsg.): Schizophrenie. Klinik und Pathogenese. Moskau: Medizina 1969.
- Störring, G. E.: Zur Psychopathologie des Zwischenhirns. Thalamus und Hypothalamus. Arch. Psychiat. Nervenkr. **107**, 786 (1938).
- Walch, R., Schulz, H.: Zur Frage der hirntraumatischen Entstehung hypochondrischer Euphorien. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **12**, 230 (1960).
- Weitbrecht, H.-J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963.
- Weygandt, W.: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten, 2. Aufl. Halle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung 1952.
- Wieck, H.-H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer 1967.
- Winkler, W.: Das Oneiroid. Zur Psychose Alfred Kubins. Arch. Psychiat. Nervenkr. **181**, 136 (1948).

Prof. Dr. K. Leonhard
Psychiatrische Klinik der Charité
Humboldt-Universität
DDR-1000 Berlin