

sei vorzuziehen, weil die Diagnostik die auswechselbaren von den unerläßlichen und zugleich ausreichenden Faktoren trennen muß und daher im Grunde eindimensional ist. Das Methodische solcher Strukturanalysen von Psychosen werde, und dies ist u.E. auch heute noch so, selten klar gesehen, z. B. daß man die Ursachen, die Entstehungsbedingungen der Psychose oder aber ihr Erscheinungsbild, also ihr Sosein (und nicht ihr Dasein) mehrdimensional betrachten kann.

Für die Diagnostik ist nach K.S. der Faktor, ohne den der Krankheitszustand nicht sein *könnte*, ausschlaggebend und nicht der, ohne den er nicht *wäre*. So gesehen nämlich sind im konkreten Falle, wie auch er einräumt, alle Faktoren gleich wichtig für die Pathogenese. Um zu einer Diagnose im eigentlichen Sinne zu gelangen, sind die wegdenkbaren, auswechselbaren Faktoren von dem Faktor zu sondern, der für den Zustand zugleich unerläßlich wie ausreichend ist. Nimmt man z. B. bei einer durch ein Erlebnis ausgelösten zyklotymen Depression (S. 34) pathogenetisch auch erlebnisreaktive Faktoren an, sind sie weniger wichtig als der endogene, der „Krankheitsfaktor“: Die depressive Phase *wäre* zwar im konkreten Fall ohne das auslösende Erlebnis nicht aufgetreten, jedenfalls nicht zu diesem Zeitpunkt, *könnte* aber auch ohne diesen psychisch-reaktiven Faktor Zustandekommen, nicht aber ohne den endogenen. Man muß nach K.S. die Faktoren werten, wenn man über die Betrachtung des Einzelfalles hinaus zu klinischen Erkenntnissen und zu einer Diagnose kommen will. Dies bedeutet, daß im Einzelfall stets eine *multikonditionale Betrachtungsweise* anzuwenden ist, die bei den Variationen seelischen Wesens ganz im Vordergrund steht, aber auch bei den endogenen und körperlich be-

gründbaren Psychosen beim einzelnen Kranken angezeigt ist (s. S. 34 f.).

Darüber hinaus gibt es nicht selten psychiatrische Erkrankungen, die *nur* einer multikonditionalen Diagnostik – für diese Zustände ist der Begriff auch nach K.S. gerechtfertigt – zugänglich sind, z. B. der chronische Alkoholismus (die Alkoholkrankheit) mit der Kombination von Sucht und hirnbeteiligender Erkrankung oder die sog. Pflorpschizophrenie mit der Kombination von Oligophrenie und Schizophrenie. Schließlich ist eine multifaktorielle Betrachtungsweise des konkreten Syndroms und ein Versuch der Differenzierung und Gewichtung der verschiedenen pathogenetischen Faktoren besonders bei den Typen von Zyklotymien und Schizophrenien wertvoll, die dem „endoreaktiven Pol“ angehören [68; s.a. 97: S. 317, 342], so z. B. bei der *endoreaktiven Dysthymie* [197], dem *schizophrenen Reaktionstyp* [164], den „situativ mitbedingten Schizophrenien“ [127] oder den reaktiven bzw. psychogenen Psychosen [147, 166, 188; Übersicht: 20]. Dasselbe gilt für Depressionszustände, die gewöhnlich den psychogenen Depressionen zugeordnet werden, z. B. für sog. Erschöpfungsdepressionen [123; s.a. 97: S. 197 f., 492] oder für sekundär vitalisierte reaktive Depressionen (S. 63; s.a. [97: S. 199, 456]). Dabei muß man sich mit K.S. immer wieder vor Augen führen, daß es zwischen Persönlichkeiten oder, genauer: zwischen den Variationen der Persönlichkeit, ihrer Entwicklung und ihres situationsbedingten Erlebens und Verhaltens einerseits, körperlich begründbaren und endogenen Psychosen andererseits, im psychopathologischen Erscheinungsbild Übergänge gibt (S. 6 f., 65) und daß in solchen Fällen und Stadien punktuell-querschnittsmäßig und rein psychopathologisch eine Differentialdiagnose oft nicht möglich ist.

Zu: Der Aufbau der körperlich begründbaren Psychosen

Von der Analyse des Aufbaus der körperlich begründbaren Psychosen wurden besonders die Unterscheidungen von obligaten und fakultativen Symptomen, von ausgelösten und symptomatischen Schizophrenien und Zyklotymien und die Beschreibung von Prägnanztypen organischer Persönlichkeitsveränderungen durch K.S.

bedeutsam. Zwar heben sich die körperlich begründbaren Psychosen nach K.S. in ihrem Aussehen in der Regel von den endogenen Psychosen ab, doch gibt es Überschneidungen (S. 5 f., 37), d. h. symptomatische Schizophrenien und, wie WEITBRECHT zeigte, auch symptomatische Zyklotymien. Alle im psychopathologischen Sinne

schizophrenen Symptome werden auch bei bekannten, definierbaren Hirnerkrankungen beobachtet, zumal bei Epilepsien und bestimmten Intoxikationen und Enzephalitiden. Auch manche lebensbedrohlichen Katatonien, die psychopathologisch zeitweilig von idiopathischen Schizophrenien nicht differenziert werden können, sind, wie K. S. unter Hinweis auf Heidelberger Beobachtungen [57, 62] feststellt, positiv als körperlich begründbare, z. B. enzephalitische Psychosen aufzufassen. Die schizophrene Psychose ist in diesen Fällen „Symptom“ einer definierbaren bekannten Hirnkrankheit. Selbst schizophrene Symptome 1. Ranges und ihre Häufung und Verbindung in akuten Zuständen ohne Bewußtseinsstrübung beweisen nur dann eine endogene schizophrene Psychose, wenn eine hirneigene oder hirnbeteiligende Grundkrankheit auszuschließen ist.

Auch körperlich begründbare Psychosen haben nicht selten uncharakteristische, neurose- oder psychopathieähnliche Anfänge, in denen eine Diagnose ohne sorgfältige Erhebung des psychopathologischen und des somatischen Befundes nicht möglich ist (S. 65). Nicht nur zwischen endogenen, auch zwischen körperlich begründbaren Psychosen und Persönlichkeiten gibt es im Erscheinungsbild Übergänge, vor allem im Anfang einer Psychose und bei mildereren Verläufen: In dieser Überschneidungszone besteht eine „Ausdrucksgemeinschaft“ [199; s.a. 59; S. 199, 219], eine phänomenologische Identität zwischen den Psychosyndromen bei erlebnisreaktiven und psychopathischen Persönlichkeitsstörungen einerseits, Hirnerkrankungen und endogenen Psychosen auf der anderen Seite.

Hinsichtlich der Terminologie behaupten sich seit BONHOEFFERS exogenen Reaktionstypen neben den „körperlich begründbaren Psychosen“ synonym die Bezeichnungen „organische Psychosen“, „symptomatische Psychosen“, „exogene Psychosen“, „somatogene Psychosen“ oder auch „organische Psychosynndrome“ für die gesamte Gruppe der Psychosen, die auf heute schon faßbare, definierbare, unmittelbare oder mittelbare Hirnkrankheiten zurückgeführt werden können. Die SCHNEIDERSchen Bedenken gegen den Begriff „mehrdimensionale Diagnostik“ sind auch hier insofern gerechtfertigt, als die Psychose nicht ohne den hirnanorganischen Faktor sein könnte, wenn dieser im konkreten Fall auch in der Regel nicht die einzige Bedingung für ihr Zustandekommen darstellt (S. 37). Bezüglich der Zeitbe-

griffe „akut“ und „chronisch“ betonte bereits K. S. die nur relativen Grenzen, die Möglichkeit des Übergangs und der Kombination. W. SCHEID [171] und H.H. WIECK [200] verwenden diese Begriffe nur noch hinsichtlich der Grundkrankheit, aber nicht mehr für die Psychosynndrome, die sie, statt in akute und chronische, in reversible und irreversible aufgliedern, die reversiblen wiederum in Syndrome mit Bewußtseinsstrübung und in *Durchgangssynndrome*, wenn die *Bewußtseinsstrübung* fehlt, d. h. nur psychopathometrisch, nicht aber klinisch-psychopathologisch ohne weiteres erkennbar ist. Wegen der besonders initial und im Rückbildungsstadium häufigen Durchgangssynndrome bezeichnen wir heute die Bewußtseinsstrübung als Leitsymptom, aber nicht mehr als obligates Symptom der akuten oder reversiblen körperlich begründbaren Psychosen [s. 97: S. 42 f., 47 f.]. Die Lehre von der *Unspezifität psychopathologischer Symptome und Syndrome* gilt für K. S. ebenso für die körperlich begründbaren Psychosen (S. 2, 37; s.a. [16]) wie für die sog. endogenen Psychosen und die psychoreaktiven Störungen (s.a. S. 38 f., 62 f.). Ein psychopathologisches Symptom oder Syndrom, das für eine bestimmte Grundkrankheit spezifisch ist, so daß diese aus seinem Vorhandensein unverwechselbar diagnostiziert werden könnte, gibt es nicht. Die Auffassungen von K. S., daß bestimmte Symptome nur bei Psychosen, nicht aber bei den Variationen seelischen Wesens vorkommen (S. 4), und daß die Verschiedenheit psychopathologischer Symptome und Syndrome bei körperlich begründbaren Psychosen weniger durch die spezielle Art der Noxe oder Grundkrankheit als durch Schwere, Entwicklungstempo, Ausbreitung und Ort des Prozesses, durch individuelle leibseelische Konstitution, Lebensalter, situative und biographische und andere Faktoren bestimmt ist (S. 37 f.), wurde auch durch neuere Untersuchungen belegt [s. 31, 71].

Die Leitsymptome der chronischen organischen Psychosen, organische Persönlichkeitsveränderung und Demenz, sind charakteristisch für das Vorliegen einer Hirnerkrankung bzw. Hirnschädigung, doch uncharakteristisch für die Art (Ätiologie) der Erkrankung oder Schädigung. Die Leitsymptome sind nicht obligat; fehlen sie, findet sich häufig ein (chronisches, irreversibles) pseudoneurasthenisches Syndrom [97: S. 57 f.].

Auch bei den chronischen oder irreversiblen körperlich begründbaren Psychosen wird man heute *organische Persönlichkeitsveränderung* und

Demenz als Leitsymptome und nicht mehr als obligate Symptome bezeichnen, die auch nach K. S. nur „bei genügender Stärke der Schädigung“ (S. 40) nachweisbar sind. Häufig findet sich nämlich, besonders im Erkrankungsbeginn, z. B. bei Hirngefäßprozessen, und als Residualzustand, z. B. nach Hirntraumen oder Hirnentzündungen, ein chronisch persistierendes und aufs Ganze gesehen nicht mehr rückbildungsfähiges *pseudoneurasthenisches Syndrom* „reizbarer Schwäche“, das durch eine im Verlauf stark schwankende, gesteigerte emotionale Erregbarkeit und Labilität und oft im Subjektiven bleibende Klagen über Konzentrationsschwäche und abnorme Erschöpfbarkeit in Verbindung mit vegetativen Störungen bestimmt ist und als leichtester Ausprägungsgrad der organischen Persönlichkeitsveränderung betrachtet werden kann. Eine eigentliche *Demenz* mit massiven intellektuellen und mnestischen Einbußen und einem Verlust des Wissens um diese Verluste an Wissen und Können, d. h. mit Unfähigkeit zur Selbstvergegenwärtigung und *Selbstwahrnehmung des Defizits*, war bisher seltener als organische Persönlichkeitsveränderungen und pseudoneurasthenische Syndrome. Chronisch körperlich begründbare Psychosen verlaufen nur bei einer Minderheit progredient bis zu einer *Demenz* [s. 71; 97: S. 60ff.]. Die Mehrzahl der hierher gehörigen direkten und indirekten Hirnerkrankungen zeigt zwar irreversible, doch gering oder nur mäßig ausgeprägte persistierende organische Psychosynndrome vom Typ der organischen Persönlichkeitsveränderung oder des pseudoneurasthenischen Syndroms mit Schwankungen und Besserungen, *Kompensationen, Dekompensationen und Rekompensationen* in Abhängigkeit von psychischen und Milieubedingungen. Auch die im Kern irreversiblen organischen Psychosynndrome stellen ein kompliziertes dynamisches Geschehen dar; Leistungen und Befinden solcher Kranken sind, wie schon K. S. bemerkte (S. 40), in hohem Maße fluktuierend, situativ beeinflussbar und anfällig für Konflikt- und Belastungssituationen [s. 71, 82, 132].

Nahezu alle Symptome und Syndrome, die bei chronischen körperlich begründbaren Psychosen beschrieben werden, können gelegentlich auch im Rahmen reversibler organischer Psychosynndrome auftreten; dies bedeutet, daß irreversibel aussehende Psychosynndrome sich wieder zurückerbauen können und daß das psychopathologische Querschnittsbild keine sichere Aussage bezüglich *Reversibilität* oder Irreversibilität er-

laubt. Z. B. kommt das *Korsakow-Syndrom* ercheinungsbildlich nicht unterscheidbar als reversibles Durchgangssyndrom wie auch als irreparabler Defektzustand vor (S. 3, 38, 41). Aufgrund von Beobachtungen bei progressiver Paralyse und anderen definierbaren Hirnerkrankungen sprachen WEITBRECHT [194, 198] und BRONISCH [15] von reversibler oder akuter *Demenz*, HUBER [71] von „dementiellen Durchgangssyndromen“. Doch ist die neuerdings zu beobachtende *Ausweitung des Demenzbegriffes* auch auf die geringer ausgeprägten (organische Persönlichkeitsveränderung, pseudoneurasthenisches Syndrom) und rückbildungsfähigen Psychosynndrome (Durchgangssyndrom), die zudem häufig mit einer Tendenz verbunden ist, den psychopathologischen *Demenzbegriff* nosologisch mißzuverstehen, unter wissenschaftlichen wie praktisch-therapeutischen und sozialen Gesichtspunkten problematisch [s. 86, 132].

Bei den *Epilepsien* wurde die Meinung von K. S., in keinem klinischen Punkt bestehe eine Analogie zu den Schizophrenien, durch neuere Untersuchungen relativiert. Dem widerspricht nicht, daß sowohl die reversiblen – Durchgangssynndrome und Bewußtseinstrübung – wie die irreversiblen – organische Persönlichkeitsveränderung und *Demenz* – Leit- oder Achsensynndrome der *Epilepsien* denjenigen der körperlich begründbaren Psychosen entsprechen, und bei den Ausgestaltungen auch die schizophrenen Bilder den gleichen Gesichtspunkten unterliegen (S. 41). Auch das schizophrene Syndrom ist, wie ältere und neuere Beobachtungen bei definierbaren Hirnkrankheiten belegen, den unspezifischen organischen Reaktionstypen zuzuordnen [1, 82, 101, 198]. Das gesamte schizophrene Repertoire kann in episodischen und, wenn auch seltener, in chronischen Manifestationen, wie schon K. S. grundsätzlich anerkannte (S. 39ff., 62f.), auch im Rahmen körperlich begründbarer Psychosen vorkommen.

In klinisch-elektroenzephalographischen Korrelationsuntersuchungen bei epileptischen Psychosen und Schizophrenien, die verlaufsdynamische Aspekte mit einbeziehen, entsprechen der flüchtigen Verlaufsphase starker Prozeßaktivität übereinstimmend bestimmte EEG-Veränderungen (u. a. Theta- und Delta-Parenrhythmien – s. [100, 159]). Symptomatische Schizophrenien mit paranoid-halluzinatorischen und Psychosyndromen, die mit bestimmten Stadien des coenästhetischen Typs der Schizophrenie übereinstimmen,

dabei auch sämtliche Symptome 1. und 2. Ranges nach K.S. [72, 111, 129], wurden, ebenso wie chronische symptomatische Schizophrenien, in erster Linie bei psychomotorischen oder Temporallappenepilepsien [186; s.a. 71, 72] beobachtet. Die Erklärung dafür, daß psychopathologisch schizophrene Psychosen weit häufiger idiopathisch als symptomatisch auftreten (S.4), ist darin zu suchen, daß bestimmte Bedingungen für ihre Manifestation bei definierbaren Hirnerkrankungen und auch bei den Epilepsien selten erfüllt sind. Neuere Befunde sprechen dafür, daß dabei das limbische System im weiteren Sinne, besonders Hippocampus, Mandelkern und Hypothalamus, von Bedeutung sind [s. 14, 84].

Die phänomenologische Identität symptomatischer und idiopathischer Schizophrenien läßt sich für die Einzelphänomene der produktiven Psychosen, aber auch für Basissymptome, wie sie in der Bonner Skala zur Beurteilung von Basis-

symptomen (BSABS) definiert sind, nachweisen [26, 28, 74, 75, 78, 192]. Das *Somatosensory Postulat*, an dem K.S. festzuhalten empfahl (S.5), ist heute besser gestützt als in den 60er Jahren. So gibt es hinsichtlich einer im Mittelpunkt neuerer Schizophreniehypothesen stehenden Störung der Informationsverarbeitung [s. 106, 192] Indizien für die Annahme, daß die schizophrenen Basissymptome aus einer Reizfilterungs- und Dekodierungsstörung ableitbar sind, und daß sich die Annahme einer Informationsverarbeitungsstörung auch auf bestimmte episodische und paroxysmale Psychosyndrome bei psychomotorischen Epilepsien übertragen läßt. Die Liste von Aura-Phänomenen, die WIESER bei stereoelektroenzephalographischen Tiefenableitungen beobachtete, liest sich wie ein Katalog schizophrener Basissymptome, wie sie in der Bonn-Skala beschrieben wurden [s. 97: S. 141 ff.; s.a. 50, 53, 130].

Zu: **Zyklothymie und Schizophrenie**

I. *Psychopathologische Diagnostik. Begriff und klinische Formen der endogenen Psychosen. Zustand und Verlauf*

Dieses „sechste Stück“ der „Klinischen Psychopathologie“ hieß früher „Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose“. Einige der hier behandelten Fragen der psychopathologischen Diagnostik und des Begriffs der endogenen Psychosen wurden auch schon im ersten Beitrag erörtert (s.S. 1 ff.). Die sieben Beiträge der „Klinischen Psychopathologie“ hängen, wie K.S. im Vorwort zur 3. Auflage schrieb, systematisch zusammen und tasten die gesamte Psychiatrie ab. Im sechsten Beitrag geht es um die psychopathologische Phänomenologie und Diagnostik der Zyklothymien und Schizophrenien. Hier noch mehr als in den anderen Beiträgen zeigt sich, daß viele Themen an mehreren Stellen aufgegriffen werden und „schließlich alles mit allem zusammenhängt“. Wir verweisen daher im Kommentar oft auf mehrere Stellen des Textes.

Die *zyklothyme Depression* (S.44, 63f.) ist nach K.S. die am ehesten abgrenzbare und auch prognostisch zuverlässigste Bildung unter den endogenen Psychosen. Bei den leiblichen Typen mit Krankheitsgefühl und Krankheitsein-

sicht, die auch als vegetative oder coenästhetische, später auch als „larvierte Depression“ bezeichnet wurden [s. 97: S. 176 ff.], kann sich die Diagnostik nicht nur an die ubiquitären vitalen Mißgefühle und vegetativen Störungen halten, sondern muß den „seelischen Hof“, die depressive Verstimmung und Hemmung nachweisen. Bei der larvierten (maskierten) Depression, bei der die endogene zyklotyme Depression hinter der „Larve“ (Maske) körperlicher Symptome verborgen ist, bestimmen Vitalstörungen und vegetative Störungen das Bild. Die Gefahr der Bezeichnung liegt darin, daß sie, ähnlich wie „Depression“, ohne nähere Kennzeichnung und Eingrenzung nichts darüber aussagt, ob der Zustand im Rahmen einer zyklotyphen Erkrankung oder einer erlebnisreaktiven Entwicklung auftritt oder durch eine Hirnerkrankung bedingt ist. Wird die *diagnostische Mindestforderung* eine Unterscheidung wenigstens von *endogenen, organischen* (symptomatischen) oder *psychoreaktiven Depressionen* nicht erfüllt, ist in der Regel auch eine adäquate und erfolgversprechende Behandlung nicht möglich. Wir rechnen die larvierte Depression zu den endogenen Psychosen und hier zu den Zyklothymien.