

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

Zur personalen Betrachtungsweise der Psychosen*

Von

B. PAULEIKHOFF

(Eingegangen am 15. Juni 1960)

1. Geschichtliches und Begriffsbestimmung

Es soll hier sogleich mit Nachdruck betont werden, daß es in dieser Arbeit nicht darum geht, die Psychosen aus der Person oder Persönlichkeit verständlich abzuleiten. Wir fragen hier nicht nach der Ursache, sondern nach der „Sache“, nicht nach der Entstehung, sondern nach dem Wesen der Psychosen. Im Hinblick auf die „Sache“ und das Wesen der Psychosen ist nicht nur bei den endogenen Psychosen, sondern ebenso bei den körperlich begründbaren Psychosen auch eine personale Betrachtungsweise wichtig und notwendig.

Vor GRIESINGER hat man in der Psychiatrie viel darüber nachgedacht und geschrieben, ob nur der Körper oder auch die Seele bzw. die Person des Menschen erkranken kann und in welcher Weise die Erkrankung auch wirklich die Seele bzw. die Person betrifft. Diese Frage stand in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts geradezu im Mittelpunkt des psychiatrischen Denkens.

Bei GRIESINGER rückt diese Frage plötzlich völlig in den Hintergrund, und GRIESINGER sieht in dieser Frage kaum noch ein Problem. Er gibt eine allzu einfache Antwort auf diese Frage, indem er etwas widersprüchsvoll schreibt: „Nach allen obigen Prämissen wird nun die von der älteren deutschen Psychiatrie oft und weitläufig behandelte Frage, ob beim Irresein, bei den Anomalien im Vorstellen und Wollen, die *Erkrankung auch wirklich die Seele betreffe*, ihre einfache, bejahende Lösung finden. Nur wird man allerdings nicht von Krankheiten der Seele selbst zu sprechen haben — so wenig überhaupt eine richtige Pathologie von Krankheiten der Lebensprozesse, der Funktionen spricht — sondern nur von Krankheiten des Gehirns, durch welche jene Akte des Vorstellens und Wollens gestört werden.“

GRIESINGER hat mit dieser Antwort das Problem keineswegs gelöst, sondern nur zugedeckt, und man hat seither kaum gewagt, dieses Problem wieder aufzudecken und zu behandeln. Wir meinen, daß die in der Zeit vor GRIESINGER in der Psychiatrie „oft und weitläufig behandelte Frage“ nach dem Wesen der seelischen Krankheiten und ihrem Verhältnis zur Seele selbst bzw. zur Person ein echtes und wichtiges Problem der Psychiatrie darstellt. Es ist besonders bemerkenswert, daß sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht nur die Psychiker für die Frage nach der Beziehung zwischen Irresein und Seele interessierten, sondern auch die Somatiker, z. B. NASSE, JACOBI u. a., diese Frage mit demselben Ernst wie die Psychiker erörtert haben. Es ist nicht anzunehmen, daß es sich bei dieser Frage insofern um ein Scheinproblem gehandelt hat, als die damaligen Vorstellungen über das Irresein einerseits

* Herrn Prof. Dr. FRIEDRICH MAUZ zum 60. Geburtstag.

und über die Seele bzw. Person andererseits noch allzu unzulänglich waren und man daher das Verhältnis des Irreseins zur Seele bzw. Person nicht richtig sehen konnte, sondern die damalige Beschreibung des Irreseins war in vielen Punkten bereits sehr treffend und die damalige Betrachtungsweise der Seele bzw. Person dürfte in vieler Hinsicht eher wirklichkeitsnäher und weniger hypothetisch gewesen sein als die materialistische Anschauung von den seelischen Funktionen *bei GRIESINGER*. Die Psychiker und Somatiker in der Zeit *vor GRIESINGER* betrachteten die Seele des gesunden und kranken Menschen als eine selbständige Einheit (vgl. WYRSCH). GRIESINGER hat dagegen in der Diagnostik der seelischen Krankheiten die Seele bzw. die Person als eine selbständige Einheit ausgeschaltet und die Frage nach dem Wesen mit der Frage nach der somatischen Ursache der Psychosen insofern gleichgesetzt, als er in den Psychosen lediglich ein Produkt der Hirnerkrankung sieht und den Psychosen kein vom Gehirn unabhängiges eigenes Sein und keine Verbindung zur Seele selbst bzw. zur Person zuerkennt. Das ist jedoch eine Hypothese, die bisher weder bewiesen noch durch die Erfahrung gestützt werden konnte.

Die Erfahrung lehrt, daß auch die körperlich begründbaren Psychosen ein vom Gehirn unabhängiges eigenes Sein und eine unmittelbare Beziehung zur Person besitzen. Unter *Person* verstehen wir das individuelle Ganze des seelischen Seins und Werdens, wie es sich in der Lebensgeschichte eines Menschen zeigt. Persönlichkeit ist der zentrale Kern der Person, der das Ganze des Fühlens und Wertens, Strebens und Wollens umfaßt. Wenn auch bei gesunden Menschen das Gehirn eine notwendige Bedingung für das Sein und Werden der Person darstellt, so kann man die Person jedoch nicht nur auf Grund von physiologischen Experimenten, sondern vielmehr in erster Linie durch das Studium der Lebensgeschichte eines Menschen erkennen, wie DILTHEY es mit großem Nachdruck gezeigt hat, indem er im Gegensatz zum Erklären der physiologischen Psychologie das Verstehen der geisteswissenschaftlichen Psychologie in den Vordergrund stellt. Daß die Person des gesunden Menschen ein selbständiges Sein und Werden, ein eigenes Wesen besitzt, das unabhängig von hirnphysiologischen Gesichtspunkten zu betrachten und zu verstehen ist, wird heute auch kaum jemand bezweifeln.

Eine auch heute noch annehmbare Definition des Begriffs der Person gab bereits im Jahre 1838 der Psychiater P. W. JESSEN in einer Arbeit „Von dem Begriff und Wesen der psychischen Krankheiten“. Diese Arbeit ist gleichzeitig ein Beispiel aus der Diskussion über das Wesen der psychischen Krankheit aus der Zeit *vor GRIESINGER*. JESSEN schreibt: „Der Mensch existiert nicht als bloßen Organismus wie die Pflanze, nicht als bloßes Individuum wie das Tier, sondern er existiert als *Person*, als Einheit eines darstellenden und dargestellten Seelenlebens, als Subjekt-Objektivität oder *Ich*. Vermöge dieser seiner Persönlichkeit ist jeder Mensch ein vollendetes Einzelwesen, auf eine ihm ausschließlich eigentümliche Weise entwickelt, jeder einzelne ein ganz anderer als alle übrigen. Es ist nicht die leibliche Organisation, wodurch sich der einzelne so unterscheidet, diese ist wie bei der Pflanze bei allen Menschen in hohem Grade gleichförmig, es ist auch nicht der tierische Verstand, obwohl bei den einzelnen auf besondere Weise entwickelt: es ist vielmehr das höhere geistige Leben, das Maß der Vernünftigkeit, Gewissenhaftigkeit und Freiheit, welches jedem Menschen sein eigentümliches Gepräge gibt und seine Persönlichkeit bestimmt, in welcher alle Richtungen des Lebens eben so sehr unterschieden für sich existieren, als sie zu einem einzigen Ganzen verbunden sind.“

Daß die Person im Sinne JESSEN auch erkranken kann, ist leicht zu sehen, wenn wir den Begriff der *Krankheit*, den JESSEN gibt, hier wiedergeben: „Krankheit kann nur entstehen in einem Organismus, d. h. in einer gegliederten Totalität, worin jeder Teil dem Ganzen gemäß gebildet ist, jedes Glied seine besonderen Funktionen zu vollziehen hat, mithin neben seiner Unterordnung unter das Allgemeine auch

besondere Kräfte besitzt und ein eigenständliches Leben führt. In dem harmonischen Zusammenwirken aller Glieder für den gemeinsamen Zweck und der willigen Unterordnung des einzelnen unter das Allgemeine besteht die Gesundheit des Organismus; sein Erkranken hingegen in einer Disharmonie, dadurch erzeugt und unterhalten, daß einzelne Glieder dem Ganzen entweder nicht gehorchen wollen oder es nicht können.“ — „In jedem Organismus und in jeder Sphäre des Lebens, im leiblichen wie im geistigen, im psychischen wie im moralischen, im bürgerlichen wie im kirchlichen Leben verhält es sich mit den Krankheiten in derselben Weise.“

Wir haben hier auf diese psychiatrischen Anschauungen von der Seele bzw. Person und dem Wesen der psychischen Krankheit in der Zeit vor GRIESINGER hingewiesen, um daran zu erinnern, daß damals in der Psychiatrie eine Betrachtungsweise im Vordergrund stand, die die Seele bzw. Person als eine selbständige und — im Vergleich zum Körper — gleichwertige Einheit berücksichtigte und so unmittelbare Beziehungen der seelischen Störungen zur Seele bzw. Person sah, daß sie — auch bei Annahme einer somatischen Grundlage — geradezu von Krankheiten der Seele bzw. Person sprach. Von den damaligen Anschauungen in der Psychiatrie kann eine für die heutige Psychiatrie wichtige personale Betrachtungsweise wertvolle Anregungen empfangen. Die für die heutige Psychiatrie notwendige personale Betrachtungsweise muß besonders dadurch gekennzeichnet sein, daß sie die *Person und Situation* des gesunden Menschen und insbesondere aber auch die *psychotisch veränderte Person und Situation* des kranken Menschen als ein selbständiges, individuelles, gegliedertes Ganzes sieht und die psychotischen Phänomene als Störungen in diesem einheitlichen Ganzen betrachtet.

2. Gegenüberstellung der symptomatologischen und personalen Betrachtungsweise

Wir stellen hier der seit GRIESINGER in der Psychiatrie im Vordergrund stehenden *symptomatologischen* Betrachtungsweise die *personale* Betrachtungsweise der Psychosen gegenüber und sind der Ansicht, daß die beiden Betrachtungsweisen sich keineswegs gegenseitig ausschließen, sondern sich vielmehr gegenseitig ergänzen. Während bei der symptomatologischen Betrachtungsweise die psychotischen Symptome in erster Linie als Hinweise auf das Vorliegen einer Hirnerkrankung angesehen und insbesondere die Zusammenhänge zwischen der Psychose und dem Gehirn berücksichtigt werden, sind bei der personalen Betrachtungsweise die psychotischen Phänomene vielmehr in erster Linie als Störungen im einheitlichen Ganzen der Person zu betrachten und insbesondere die unmittelbaren Beziehungen zwischen Psychose und Person zu beachten. Bei jeder Psychose kann und muß man sowohl die Frage des Zusammenhangs der Psychose mit dem Gehirn als auch die Frage der Beziehungen zwischen Psychose und Person stellen und berücksichtigen.

Bei der *symptomatologischen* Betrachtungsweise reichen für den Erfahrenen bei den meisten Kranken bereits *wenige* Angaben aus, um die Diagnose einer Hirnerkrankung bzw. einer endogenen Psychose zu stellen. Wenn wir jedoch bei den Kranken durch eine sehr *eingehende* Beschäftigung mit ihrem psychopathologischen Bild im einzelnen genau nachzuweisen suchen, in welcher Weise die psychotischen Symptome mit pathologischen

Veränderungen des Gehirns bzw. die pathologischen Veränderungen des Gehirns mit den psychotischen Symptomen verbunden sind, stehen wir vor einer kaum lösbarer Aufgabe, da für uns bei der klinischen Untersuchung zwischen der gestörten Hirnfunktion und dem psychotischen Phänomen — in ähnlicher Weise wie zwischen der normalen Hirnfunktion und der gesunden psychischen Erscheinung — eine im Hinblick auf die Verschiedenheit der somatischen und seelischen Seinsweise weitgehend unüberbrückbare Kluft zu liegen scheint. Es ist auch im Rahmen der symptomatologischen Betrachtungsweise bei den körperlich begründbaren und bei den endogenen Psychosen bis heute kaum und in Zukunft auch wohl nur in bestimmten Grenzen möglich, ein bestimmtes psychotisches Symptom in eine unmittelbare Beziehung zu einer gestörten Hirnfunktion zu setzen.

Im Rahmen der *personalen* Betrachtungsweise dagegen gewährt uns eine eingehende Beschäftigung mit dem psychopathologischen Bild einen unmittelbaren Einblick in die Art und das Ausmaß der Erkrankung der Person, indem wir die psychotischen Phänomene in ihrem unmittelbaren Zusammenhang mit der Person und ihrer Situation sehen und im einzelnen aufzeigen können, in welcher Weise und in welchem Maße die Person und ihre Situation sich in der Psychose verändert hat. Wie zwischen dem normalen Aufbau und dem pathologischen Abbau des Gehirns in der Erfahrung ein unmittelbarer Zusammenhang gegeben ist, so bestehen auch zwischen dem normalen Aufbau und dem pathologischen Abbau der Person in der Erfahrung unmittelbare Verbindungen, während die Beziehungen zwischen dem normalen Aufbau des Gehirns und dem normalen Aufbau der Person bzw. zwischen dem pathologischen Abbau des Gehirns und dem pathologischen Abbau der Person in der Erfahrung nur in bestimmten Grenzen unmittelbar zugänglich zu sein scheinen.

Bei der *symptomatologischen* Betrachtungsweise haben wir unser Augenmerk in *allgemeiner* Weise ohne besondere Berücksichtigung der individuellen Person auf die *einzelnen* psychotischen Symptome zu richten und die einzelnen psychotischen Symptome möglichst *isoliert* vom seelischen Ganzen zu betrachten. Wir müssen einzelne psychotische Symptome bzw. Syndrome beschreiben, die die Diagnose einer Hirnerkrankung erleichtern, und wir müssen die psychotischen Symptome bzw. Syndrome möglichst weitgehend vom seelischen Ganzen der Person isolieren, um ihre somatische Lokalisation eher zu ermöglichen. „Der erste Schritt zum Verständnis der Symptome ist ihre Lokalisation“, sagt GRIESINGER.

Bei der *personalen* Betrachtungsweise dagegen haben wir keineswegs nur in allgemeiner Weise auf die einzelnen seelischen Auffälligkeiten zu achten, sondern vielmehr das *individuelle Ganze* der Person in ihrer Situation zu berücksichtigen, und wir haben die Auffälligkeiten nicht

vom seelischen Ganzen zu isolieren, sondern im Gegenteil gerade die *Beziehungen* zwischen den seelischen Auffälligkeiten und dem seelischen Ganzen zu beachten. Wir müssen die psychotischen Phänomene in erster Linie als Ausdruck einer Veränderung der Person sehen, und wir müssen uns bei psychotisch Kranken sowohl für ihre ursprüngliche als auch für ihre psychotisch veränderte Person eingehend interessieren. Wir verstehen die psychotischen Phänomene, indem wir die in ihnen zum Ausdruck kommenden und mit ihnen verbundenen Veränderungen der Person und ihrer Situation erkennen.

Es kann nach unseren Erfahrungen kein Zweifel daran bestehen, daß in der Psychiatrie die symptomatologische und die personale Betrachtungsweise in gleicher Weise berechtigt und notwendig sind. Die personale Betrachtungsweise ist jedoch lange allzu sehr in den Hintergrund gedrängt bzw. als eine auf die Psychogenese der endogenen Psychosen gerichtete Betrachtungsweise abgelehnt worden. Wir betonen, daß bei der personalen Betrachtungsweise die Frage nach den Ursachen der endogenen Psychosen völlig offen bleibt und ohne hypothetische Vorentscheidung in der Ursachen-Frage vielmehr festzustellen ist, welche Veränderungen der Person und ihrer Situation mit einer — endogenen oder körperlich begründbaren — Psychose bei einem bestimmten Menschen verbunden und in der Erfahrung faßbar sind.

3. Grundlagen und Methoden der personalen Betrachtungsweise

Die personale Betrachtungsweise geht von der unmittelbaren Erfahrung aus, wie sie uns im Umgang mit psychotisch Kranken entgegentritt. Der Umgang mit psychotisch Kranken zeigt, daß die Psychose mit der Person meist eng verbunden ist und man nicht so sehr Personen mit einer Psychose, als vielmehr psychotisch veränderte Personen zu behandeln hat. Dabei ist besonders bemerkenswert, daß gerade bei Kranken mit einer körperlich begründbaren Psychose — im Vergleich zu den Kranken mit einer endogenen Psychose — die Psychose am wenigsten von der Person abzulösen ist. Man spricht bei diesen Kranken treffend von einem Abbau der Persönlichkeit und Intelligenz bzw. der Person und bringt damit deutlich zum Ausdruck, daß die Psychose insofern mit der ursprünglichen Person eng verbunden ist, als der Abbau der Person von ihrem ursprünglichen Aufbau kaum zu trennen sein dürfte.

Daß die psychotische Veränderung die Person unmittelbar betrifft, kommt auch deutlich zum Ausdruck, wenn die Angehörigen eines Kranken oder auch Ärzte sagen, der Kranke habe sich in seinem Wesen verändert. Diese Aussage beruht ohne Zweifel auf einer unmittelbaren Erfahrung und besagt, daß bei den Kranken eine Veränderung im Kern der Person beobachtet wurde, da mit dem Wort „Wesen“ in erster Linie der Kern im Aufbau der Person gemeint ist.

Achtet man darauf, wie die Angehörigen der Kranken ihre Beobachtungen über Veränderungen im Wesen der Kranken im einzelnen darlegen, so kann man immer wieder sehen, daß die Angehörigen in erster Linie auffällige Veränderungen im Verhalten bzw. im Tagesablauf der Kranken beschreiben und dabei meist das Verhalten bzw. den Tagesablauf der Kranken seit Beginn der Erkrankung mit dem Verhalten bzw. dem Tagesablauf vor Beginn der Erkrankung miteinander vergleichen. Der Abbau der Person wird dadurch gekennzeichnet, daß man sagt, was im Tagesablauf der Kranken anders geworden ist bzw. was nicht mehr ist und was noch ist. Als Beispiel hierzu wollen wir die Angaben eines Ehemannes über seine kranke Frau anführen, die vom 19. 1. bis 31. 3. 1955 und vom 21. 12. 1959 bis 22. 1. 1960 wegen einer progressiven Paralyse in der Klinik behandelt wurde. Bei der 2. Aufnahme der Patientin in die Klinik im Jahre 1959 gab ihr Mann unter anderem an: „Ja, es hat sich noch nicht viel geändert, wie sie das letzte Mal hier war. Man kann sagen, es ist eigentlich so geblieben, wie's vorher war. Sie sitzt zu Hause rum und guckt. Kochen tut sie überhaupt nicht mehr. Meistens liegt sie nur im Fenster und guckt nach draußen. Gar nichts habe ich von ihr. Die Kinder machen den Haushalt. Putzen tut sie auch nicht mehr. An- und Ausziehen, das macht sie noch, aber so wie's früher war, auch nicht mehr. Man muß schon bißchen aufpassen. Wenn was kaputt ist oder ein Knopf ab ist, das stört sie alles gar nicht mehr. Phlegmatisch kann man wohl sagen, gar kein Interesse mehr. In der Zeitung guckt sie mal die Bilder so an, aber sie weiß nicht mehr, was sie liest. Sprechen tut sie wohl, aber sie weiß manchmal nicht mehr, was sie sagt. Sie kann auch nicht folgen in der Unterhaltung. Aber sie ist ruhig. Ich kann sie auf den Stuhl setzen, dann bleibt sie da 8 Std sitzen und röhrt sich gar nicht.“

Von den somatischen Befunden erwähnen wir folgendes: Außer leichten ataktischen Zeichen war bei der neurologischen Untersuchung kein deutlicher Krankheitsbefund zu erheben. Die zu Beginn der Erkrankung im Sommer 1954 in einem auswärtigen Krankenhaus durchgeführte Untersuchung des Liquors zeigte neben einem stark positiven Ausfall der serologischen Reaktionen eine Zellzahl von 52/3 Lymphocyten und einen Gesamteiweißwert von 45,6 mg-%. Bereits vor der Aufnahme in unsere Klinik wurden mehrere Penicillinkuren gemacht, und die bei uns im Januar 1955 durchgeführte Untersuchung des Liquors ergab neben einem zweifelhaften Ausfall der serologischen Reaktionen eine normale Zellzahl und einen Gesamteiweißwert von 14,4 mg-%. Bei der Nachuntersuchung im Dezember 1959 war eine weitere Besserung des Liquorbefundes, insbesondere auch ein negativer Ausfall der serologischen Reaktionen im Liquor festzustellen. Bei einer im Januar 1960 vorgenommenen luftencephalographischen Untersuchung kam eine starke Erweiterung des gesamten Ventrikelsystems und der Subarachnoidalräume zur Darstellung.

Die Patientin verhielt sich auf der Station ruhig und machte im Gespräch einen vorwiegend euphorisch-dementen Eindruck. Gegen die Angaben ihres Mannes protestierte sie heftig und gab im Gegensatz zu

ihrem Mann im einzelnen an, daß sie morgens gegen 7 Uhr aufstehe, den Haushalt allein versorge, alle Einkäufe tätige, am Nachmittag Besuche mache usw. Die Angaben über ihren Tageslauf zu Hause wechselten bei wiederholtem Erzählen jedoch erheblich, und man hatte den Eindruck, daß sie selber von ihren Angaben nicht ganz überzeugt war.

Der Ehemann der Patientin beschreibt in seinen Angaben unmittelbare Beobachtungen von Veränderungen im Tagesablauf seiner Frau, während seine Frau selber — im Vergleich zu den Angaben ihres Mannes — ganz andere Vorstellungen über ihren Tageslauf besitzt. Wir unterscheiden hier mit Absicht zwischen dem *Tagesablauf* der Patientin aus der Sicht ihres Mannes und dem *Tageslauf* der Patientin aus ihrer eigenen Sicht, um damit deutlich zu machen, daß der Ehemann in erster Linie den „äußeren“ Ablauf des Tages bei seiner Frau beobachtet, während die Patientin selber vielmehr die wirkliche, innere Gestalt ihres Tageslaufs sieht. Nur die Patientin selber kann über die wirkliche Gestalt ihres Tageslaufs sichere Angaben machen. Da es wegen der wechselnden Angaben bei dieser Patientin jedoch schwierig war, ein klares Bild von der wirklichen Gestalt ihres Tageslaufs zu bekommen, wollen wir hier auf den Tageslauf aus der Sicht der Patientin nicht näher eingehen und nur grundsätzlich darauf hinweisen, daß wir unser Augenmerk in erster Linie auf die *wirkliche Gestalt des Tageslaufs* aus der Sicht der Patientin richten müssen, um den wirklichen Abbau der Person kennenzulernen. Es reicht keineswegs aus, nur zu wissen, was die Angehörigen über den Tageslauf angeben und angeben können, sondern wir müssen vielmehr festzustellen suchen, wie die Patientin selber ihren Tageslauf sieht und erlebt, ob sie etwa in paranoider Weise wirklich davon überzeugt ist, daß sie den Haushalt noch versorgt, oder ob sie mehr stumpfsinnig in den Tag hineinlebt usw.

Dieses kurze Beispiel dürfte deutlich machen, daß die Unterscheidung zwischen dem *äußeren Ablauf des Tages* und der *inneren Gestalt des Tageslaufs* wichtig ist und die Angehörigen nur Angaben über den Tagesablauf der Kranken machen und machen können, während die Kranken selber die wirkliche Gestalt ihres Tageslaufs beschreiben und auch allein beschreiben können. Wir haben an anderen Stellen ausführlicher dargelegt, daß sich bei gesunden Menschen gerade im Tageslauf das Wesen der Person in ihrer Situation zeigt. Wir heben hier hervor, daß bei psychotisch Kranken die Beziehungen der psychotischen Störungen zur Person in ihrer Situation ebenfalls am ehesten an Hand des Tageslaufs zu erkennen sind. Wenn wir oben erwähnten, daß das Sein und Werden der Person in ihrer Lebensgeschichte zur Darstellung kommt, so haben wir hier hinzuzufügen, daß neben dem *Lebenslauf* am ehesten der *Tageslauf* das Wesen bzw. das veränderte Wesen der Person zur Darstellung bringt. Um bei psychotisch Kranken an Hand ihres Tageslaufs die Veränderungen

der Person und ihrer Situation erkennen zu können, ist es wichtig, nach Möglichkeit das Ganze des Tagesablaufs und Tageslaufs der Kranken zu berücksichtigen.

Die Angaben der Angehörigen umfassen meist zunächst nur einzelne Beobachtungen von wenigen Bruchstücken des *Tagesablaufs* im Vergleich zum Ganzen des Tagesablaufs. Aus dem ganzen Tagesablauf der Kranken werden einzelne Veränderungen herausgegriffen, die den Angehörigen besonders aufgefallen und besonders deutlich in Erinnerung sind. Auch bei unserer Patientin sind die Angaben über ihren Tagesablauf keineswegs vollständig und müßten bei einer gründlichen Untersuchung noch weiter ergänzt werden. Bei einer gründlichen klinischen Untersuchung müssen wir uns bemühen, einen möglichst klaren Überblick über den ganzen Tagesablauf der Kranken zu bekommen. Was die Angehörigen oft zunächst nur bruchstückhaft beschreiben, müssen wir als Ganzes zu erfassen suchen. Es ist insbesondere auch wichtig, bei der Untersuchung nicht nur die auffälligen Erscheinungen, sondern ebenso die unauffälligen Erscheinungen des Tagesablaufs möglichst genau kennenzulernen.

Wichtiger als der Überblick über den äußeren Ablauf des Tages ist der Einblick in die *innere Gestalt des Tageslaufs* der Kranken. Gerade der Einblick in die innere Gestalt muß möglichst umfassend sein, um die wirklichen Veränderungen der Person und ihrer Situation erkennen zu können. Wenn es auch bei psychotisch Kranken insofern oft schwierig ist, einen umfassenden Einblick in das Ganze des Tageslaufs zu erhalten, als die Kranken selber oft nur wenig über ihren Tageslauf erzählen, so muß es doch stets das Ziel der Untersuchung sein, den Tageslauf möglichst umfassend in seiner wirklichen Gestalt, d.h. alle Einzelheiten in ihrer zeitlichen und räumlichen Anordnung und mit ihren Bedeutungen und Wertigkeiten für das Ganze des Tageslaufs zu erfassen.

Zwischen dem äußeren Ablauf des Tages und der inneren Gestalt des Tageslaufs bestehen zwar unmittelbare Beziehungen, aber der äußere Ablauf des Tages und die innere Gestalt des Tageslaufs sind — wie erwähnt — keineswegs gleichzusetzen und stehen auch nicht in einer parallelen Abhängigkeit zueinander. Bei demselben Menschen kann sich der äußere Ablauf des Tages weitgehend ändern, ohne daß die innere Gestalt des Tageslaufs wesentlich anders wird, und kann sich die innere Gestalt des Tageslaufs grundlegend wandeln, ohne daß der äußere Ablauf des Tages wesentlich anders erscheint. Bei dem Vergleich der Tagesläufe mehrerer Menschen können gleiche bzw. weitgehend ähnliche Veränderungen im äußeren Ablauf des Tages zu beobachten sein, während die diesen Veränderungen im äußeren Ablauf des Tages zugrunde liegenden Änderungen in der inneren Gestalt des Tageslaufs sehr verschieden sind, und können gleiche bzw. weitgehend ähnliche Änderungen in der inneren

Gestalt des Tageslaufs vorhanden sein, während die mit diesen Änderungen der inneren Gestalt des Tageslaufs verbundenen Veränderungen im äußeren Ablauf des Tages große Unterschiede zeigen. Gerade bei psychotisch kranken Menschen sind die Beziehungen zwischen den Änderungen der inneren Gestalt des Tageslaufs und den Veränderungen im äußeren Ablauf des Tages individuell sehr verschieden, und man kann keineswegs allein vom äußeren Ablauf des Tages her die innere Gestalt des Tageslaufs erkennen und umgekehrt. Es gibt Kranke, bei denen die innere Gestalt des Tageslaufs erheblich verändert ist, während die äußere Fassade weitgehend erhalten sein kann. Bei unserer Patientin zeigen die Angaben des Ehemannes über den äußeren Ablauf des Tages zwar an, daß auch die innere Gestalt des Tageslaufs grundlegend verändert ist, aber wie der Abbau der inneren Gestalt des Tageslaufs in Wirklichkeit beschaffen ist, kann man auf Grund der Angaben des Ehemannes allein nicht erkennen, da mit einem ähnlichen Ablauf des Tages, wie er bei dieser Patientin von ihrem Ehemann beschrieben wird, sehr verschiedene Änderungen der inneren Gestalt des Tageslaufs verbunden sein können.

Bei unserer Patientin war es — wie erwähnt — insofern schwierig, ein klares Bild von der inneren Gestalt ihres Tageslaufs zu erhalten, als ihre Angaben bei wiederholtem Erzählen erheblich wechselten und sie selber kein klares Bild von ihrem Tageslauf hatte. Um an Hand eines Beispiels zeigen zu können, wie in der inneren Gestalt des Tageslaufs psychotische Veränderungen der Person und ihrer Situation deutlich werden und welche Gesichtspunkte beim Studium der Beziehungen psychotischer Störungen zur Person und ihrer Situation besonders zu beachten sind, wollen wir hier den Tageslaufbericht eines Kranken mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose anführen. Es handelt sich um den Tageslauf des Herrn K., dessen Lebens- und Krankengeschichte wir bereits im Jahre 1955 in dieser Zeitschrift besprochen haben. Herr K. kam im Jahre 1959 zu einer ambulanten Nachuntersuchung in die Klinik und gab uns bei dieser Gelegenheit folgenden Bericht über seinen Tageslauf an einem Arbeitstag und an einem arbeitsfreien Samstag.

Tageslauf an einem Arbeitstag

Wenn wochentags um 7 Uhr der Wecker schellt, stehen meine Frau und ich auf. Meine Frau wäscht sich dann schnell, nachdem ich ihr einen Kuß zur Begrüßung gab, und kocht Kaffee und schneidet Brot und beschmiert dieses mit Butter. Ich indessen putze schon meine Schuhe, wasche und rasiere mich und putze dann meine Zähne und frisiere mich. Nach dem Frisieren, entweder ist dann mein Junge schon auf, der uns dann einen guten Morgen wünscht. Entweder holt uns der Junge schon die Zeitung herein, oder ich hole die Zeitung. In dieser Zeit hört man dann schon einige Wörter oder Sätze, z. B.: die schlagen ihn, oder: ich laß ihn abholen. Dann beim Kaffeetrinken wäscht meine Frau schon den Jungen, und ich lese dann inzwischen die Zeitung. Nach dem Essen und Lesen gehe ich dann mit dem Jungen aus dem

Hause. An der Ecke der Straße verabschiede ich mich von dem Jungen, indem ich ihm einen Kuß gebe, und der Junge geht zur Schule und ich zur Arbeit. Auf dem Wege zur Arbeit höre ich nichts. Erst wenn ich auf der Arbeit bin, manchmal schon, wenn ich mich auf dem Platz befinden und meine Arbeit aus den Karteikarten geholt habe, manchmal auch später höre ich dann reden, z. B. redet man, er gibt nur an, wenn man von einem Kollegen gefragt wird, und gibt ihm über die Frage eine Antwort, oder man sagt: so ein Armloch. Erstensmal bin ich keine Größe, also nur ein kleines winziges Glied, so daß ich nicht angeben kann, und zweitensmal besitzen wir alle ein Armloch am Allerwertesten. Während der Arbeitszeit wird dann oft gerufen. Er wollte es doch, sagt dann Frau M. z. B., oder man sagt: er hat. Dann antworte ich: ein gutes Gemüt. Dann gleiche ich meine Karten aus oder schreibe Verrechnungsanzeigen, weil nämlich im Konzernbereich, den ich mitbearbeite, die Beträge verrechnet werden. In dieser Zeit sagt man dann, er hat damit gerechnet oder sonst was, was aber nicht der Fall ist! Auch unterhalte ich mich mit meinen Kollegen schon mal über Arbeitssachen oder über alltägliche Sachen, über Wahlen oder man macht schon mal einen Witz. Die Kollegen hören das nämlich, die links und rechts oder gegenüber von mir sitzen, wenn ich auf das Rufen antworte, des öfteren spreche ich ja leise, aber es kommt doch mal vor, daß die was hören. Während der Arbeitszeit stört das Gerufe, was man hört. Des Mittags geht man nach Hause; die Mittagszeit ist nur von 12.30 bis 13.00 Uhr, davon ist noch für Hin- und Zurückweg 12 Minuten Zeit. In dieser Zeit höre ich auch nichts. Zu Hause angekommen, kann es passieren, daß man auch während der Mittagszeit spricht, manchmal rede ich dann zu meiner Frau, was ich höre und dann ist das Reden mal stärker, mal schwächer, es kommt ganz darauf an, was gesagt wurde. Wenn ich komme, gebe ich meiner Frau einen Kuß, und wenn ich gehe, auch meinem Jungen. Nach dem Essen gehe ich dann schnellstens zur Arbeit. Aber auch hier auf dem Wege zur Arbeit und von der Arbeit höre ich nichts. Erst wieder, wenn man auf der Arbeitsstätte ist, geht das Gezwiebel wieder los und das hält dann an bis des Abends, wenn man von der Arbeitsstätte geht. Zu Hause angekommen, sitzt der Junge dann am Fernsehschirm und schaut sich das Kasperle-Theater mit an. Meine Frau hat dann schon den Kaffeetisch gedeckt, und ich trinke mit dem Jungen sowie meiner Frau Kaffee. Nach dem Programm gehen wir dann schon mal des öfteren spazieren. Denn wenn man den Tag über gesessen hat, ist man glücklich, wenn man des Abends etwas an die Luft gehen kann. Hier unterhalten wir uns im allgemeinen über alles Mögliche, z. B. über Blumen oder Gräser, über Erbsen, Kartoffeln, aber auch manchmal über das, was man hört; aber da meine Frau sich dafür kaum interessiert, hört sie sich das an und sagt: ach es ist ja Quatsch, die würden dummes Zeug reden. Es passiert z. B., daß ich, wenn ich aufstehe, schon mit Kopfschmerzen aufstehe und mich des Abends mit Kopfschmerzen hinlege, viele Tage ist es schwach, aber dann passiert es, daß man starke Kopfschmerzen besitzt. Aber während dieser Kopfschmerzen ist das Reden nicht stärker als sonst. Der Junge ist um 8 oder um 9 Uhr schon ins Bett gebracht worden, und wir gehen dann um 10 Uhr nach dem Fernsehprogramm ins Bett.

Tageslauf an einem arbeitsfreien Samstag

Des Samstagsmorgens, wenn ich wach werde, stehe ich auf und gehe in die Küche. Wenn meine Frau noch nicht aufsteht, kuche ich schon Kaffee, nachdem ich mich gewaschen und rasiert habe. Oft ist mein Junge schon auf, den ich mit einem Kuß begrüße, sowie auch meine Frau. Wenn wir Kaffee getrunken haben, ziehen wir uns an, der Junge geht zur Schule, meine Frau geht einkaufen, und wir unterhalten uns, was meine Frau kochen soll, ob Gemüse oder Hülsenfrüchte. Dann geht meine Frau einkaufen, was sie Freitags noch nicht eingekauft hat. Ich gehe dann Fisch-

futter kaufen, weil wir ein Aquarium haben und einen Wellensittich, den wir Peter nennen. Weil nun in dem Verfahren auch ein Peter enthalten ist, fühlt er sich gebauchpinselt, wenn meine Frau sagt: Peter mein Schätzchen. Nicht, daß ich irgendwie eifersüchtig bin. Nachdem wir dann eingekauft haben, meine Frau für Samstag und Sonntag und ich für die Fische, hat meine Frau schon irgend etwas erfahren, daß z. B. Herr so u. so im Krankenhaus ist oder jemand hätte sich ein Bein gebrochen, oder die Frau so u. so hätte sich ein Kleid mit Rüschen oder sonst etwas gekauft. Dann werfen wir einen Blick in die Zeitung und lesen. Meine Frau richtet das Essen. Wenn das geschehen ist oder während des Anrichtens unterhalten wir uns, wo und was wir des Nachmittags beginnen werden. Dazwischen ruft man dann: er wollte es oder er wußte es, oder der ist ja doof, oder wenn meine Frau mal am Mittagstisch sagt, gib den Teller weiter, dann ist das Rufen stärker (aber das behaupte ich, das sind keine Stimmen, sondern menschliche Organe). Manchmal rufen die auch: der ist geil oder warum ließ er denn das Fenster mal auf! Des Mittags kommt der Junge nach Hause aus der Schule und dann lutscht der erst am Daumen. Wir haben ihm schon öfters gesagt, er möchte sich das abgewöhnen. Meine Frau schimpft dann mit dem Jungen. Ich sage dann schon im allgemeinen nichts, da meine Frau ja schon mit ihm schimpft. Oder der Junge nörgelt über seine Schulaufgaben, was alle Jungen oder Kinder tun. Nach dem Essen gehen wir, wenn ich keine allzu großen Kopfschmerzen besitze, etwas schlafen, eine bis zwei Stunden oder wir gehen spazieren. Am liebsten gehen wir dann nicht allzu belebte Straßen, z. B. im Feld oder durch die Gärten und unterhalten uns über die Blumen oder Früchte (obwohl ich ja auch ein Früchtchen sein soll). Auch unterhalten wir uns mal, was ich hörte, aber darüber unterhalten wir uns auch in der Wohnung, aber meine Frau hört sich das an und sagt dann, das ist doch Quatsch, was die reden. Denn die sagen z. B.: jeden Tag hätte man was gemacht, das ist ja auch Blödsinn, aber was soll man machen, ich sage schon dann im allgemeinen, wenn man sagt z. B. jeden Tag, antworte ich darauf: nagt dir ein Wurm an deinem (Hintern) Herzen. Ich habe wohl manchmal was gemacht oder auch des öfteren, aber nicht, wie die mir am Pinsel bringen; denn es sind viele Auslegungen dabei. Des Nachmittags oder des Abends, wenn wir nach Hause kommen, essen wir zu Abend oder trinken Kaffee und schauen uns dann das Fernsehprogramm an. Unterhalten uns auch dazwischen mal über dieses und jenes. Der Junge geht, wenn es nicht zu spät ist, noch auf die Straße und spielt dort, aber um 7 Uhr, manchmal auch um $7\frac{1}{2}$ Uhr, kommt er rauf, wird dann von meiner Frau gewaschen, und wenn wir uns nicht baden, schaut der Junge noch bis um $8\frac{1}{2}$ oder 9 Uhr das Fernsehprogramm an.

Wir erinnern daran, daß wir in unserer Arbeit aus dem Jahre 1955 gezeigt haben, wie sich bei Herrn K. das Situationsgefüge mit dem Auftreten paranoid-halluzinatorischer Erlebnisse veränderte und wie ein umfassender Wandel der Situation, insbesondere der beruflichen Situation auftrat. Es war bei Herrn K. schließlich ein deutlicher Zerfall der Situation zu beobachten, indem ein sinnvoller Zusammenhang zwischen einzelnen veränderten Faktoren der Situation nicht mehr zu erkennen war und einzelne Veränderungen wie zusammenhanglose Bruchstücke im Situationsgefüge dastanden. Es war damals unsere Absicht, die paranoiden und halluzinatorischen Erlebnisse nicht isoliert von der Situation, sondern vielmehr in enger Verbindung mit der ganzen Situation zu sehen und zu zeigen, in welcher Weise in den paranoiden und halluzinatorischen Erlebnissen Veränderungen der Situation zum Ausdruck kommen.

Seit 1955 hat Herr K. trotz der immer noch vorhandenen psychotischen Erlebnisse wieder regelmäßig in seinem recht verantwortungsvollen Beruf als Buchhalter gearbeitet. Die im Jahre 1954 in dem akuten psychotischen Bild vorhandenen aufdringlichen paranoiden Erlebnisse sind bei der Nachuntersuchung im Jahre 1959 zurückgetreten, und im Jahre 1959 stehen dagegen halluzinatorische Erlebnisse im Vordergrund des chronischen Krankheitsbildes. Wenn wir das Auftreten von paranoiden und halluzinatorischen Erlebnissen im Verlauf des Krankheitsbildes überblicken, ist festzustellen, daß zu Beginn der Erkrankung zunächst paranoide Erlebnisse ohne halluzinatorische Erlebnisse, dann im Verlauf der akuten Erkrankung im Jahre 1954 paranoide und halluzinatorische Erlebnisse und in den späteren Jahren nach Abklingen der akuten Erkrankung halluzinatorische Erlebnisse mehr unabhängig von paranoiden Erlebnissen im Vordergrund stehen.

An Hand der soeben angeführten Tagesläufe ist eindrucksvoll zu beobachten, in welcher Weise sich bei Herrn K. die mit dem Auftreten der paranoid-halluzinatorischen Erlebnisse im Jahre 1954 vorübergehend auseinandergefallene Situation wieder zusammengefügt hat und wie Herr K. im Jahre 1959 trotz der noch vorhandenen psychotischen Erlebnisse wieder ein geordnetes Leben im Kreise seiner Familie und in seinem Beruf führt. Wir haben neben dem Bericht über den Tageslauf an einem Arbeitstag, der in erster Linie durch die berufliche Tätigkeit ausgefüllt ist, auch den Bericht über den Tageslauf an einem arbeitsfreien Samstag wiedergegeben, da am Samstag das Familienleben ganz im Vordergrund steht. Beide Berichte gab Herr K. während einer ambulanten Nachuntersuchung von wenigen Stunden. Bei der Untersuchung war interessant zu beobachten, daß die Angaben zu Beginn der Untersuchung, als Herr K. einen Überblick über den gesamten Verlauf seiner seelischen Störungen seit 1954 zu geben suchte, zunächst recht unbestimmt und streckenweise geradezu verworren wirkten, während die Angaben im späteren Verlauf der Untersuchung, als Herr K. im Rahmen des Tageslaufs von seinen seelischen Störungen berichtete, wesentlich klarer und präziser wurden. Gerade bei katamnestischen Untersuchungen scheint uns ein ausführlicher Tageslaufbericht unentbehrlich zu sein, wenn man ein möglichst klares Bild von dem gegenwärtigen Entwicklungsstadium der Person in ihrer Situation gewinnen will.

Der äußere Ablauf des Tages bei Herrn K. im Jahre 1959 scheint trotz der noch vorhandenen zahlreichen psychotischen Erlebnisse auffallend wenig gestört zu sein. Nach den Angaben des Herrn K. — Angaben der Ehefrau und der Berufskollegen liegen leider nicht vor — ist der äußere Ablauf des Tages für die Ehefrau und die Berufskollegen nur insofern auffällig, als seine Frau und die Berufskollegen gelegentlich bemerken, daß Herr K. mit seinen „Stimmen“ spricht, und Herr K. seiner Frau auch

gelegentlich erzählt, was er hört. Bei diesen Angaben ist zwar zu bedenken, daß wir den äußeren Ablauf des Tages, wie ihn die Ehefrau und die Berufskollegen sehen, an Hand der Angaben des Herrn K. nicht genügend sicher erkennen können, aber auf Grund der Angaben des Herrn K. ist doch zu sagen, daß der äußere Ablauf des Tages bei dem tiefgreifenden Wandel der inneren Gestalt des Tageslaufs schon insofern auffallend wenig gestört ist, als Herr K. trotz der psychotischen Erlebnisse seit Jahren wieder regelmäßig seine Berufspflichten erfüllen kann. Ein Vergleich mit Tagesläufen anderer Kranker ergibt, daß bei wesentlich geringeren Veränderungen der inneren Gestalt des Tageslaufs der äußere Ablauf des Tages bereits wesentlich stärker verändert sein kann.

Bei einem nach außen noch weitgehend geordneten Tagesablauf ist die *innere Gestalt des Tageslaufs* des Herrn K. in erheblichem Maße verändert. Zwischen dem „normalen“ Gespräch mit seiner Frau und seinen Berufskollegen und zwischen der normalen Tätigkeit in Familie und Beruf treten die „Stimmen“ auf und steht das psychotische Gespräch. Herr K. unterscheidet sehr klar zwischen dem „normalen“ Gespräch und den „Stimmen“ und kann genau angeben, wann „Stimmen“ da sind und wann keine da sind, wobei Herr K. jedoch ausdrücklich betont, daß er keine „Stimmen“, sondern menschliche Organe hört. Als Themen der „Stimmen“ spielen sexuelle Inhalte und auch das im Jahre 1954 für die thematische Gestaltung der Psychose vorhandene Leitmotiv „Du hast onaniert“ noch eine große Rolle.

Die *Veränderung der Situation* des Herrn K. kommt insbesondere in dem Auftreten dieser halluzinatorischen Erlebnisse zum Ausdruck. Die halluzinatorischen Erlebnisse stellen Veränderungen im Erscheinungsbild der Situation dar und sind von der Situation nicht zu trennen. Sie gehören für Herrn K. so eng zu seiner Situation wie die normalen Wahrnehmungen, wenn sie sich auch von diesen qualitativ deutlich unterscheiden. Das Auftreten der halluzinatorischen Erlebnisse ist insofern sehr eng mit bestimmten situativen Faktoren verknüpft, als bestimmte Worte und Sätze paranoid-halluzinatorische Erlebnisse auszulösen scheinen und Herr K. nur zu Hause und auf dem Arbeitsplatz etwas hört, während er auf dem Wege zum und vom Arbeitsplatz und auch sonst unterwegs nichts hört.

Die *Veränderung der Person* ist mit den Veränderungen der Situation eng verbunden; die Stellung der Person in ihrer Situation hat sich grundlegend gewandelt. Herr K. ist insbesondere in seiner Entscheidungs- und Handlungsreiheit erheblich *eingeengt*. Er lebt zwar in einer durch die psychotischen Erlebnisse *ausgeweiteten* Situation, aber gleichzeitig macht ihn die psychotisch veränderte Situation *unfrei*. Herr K. gewinnt mit den psychotischen Erlebnissen zwar *neue Möglichkeiten* des Erlebens, aber gleichzeitig ist mit der Psychose eine starke *Einbuße* an Erlebnisfähigkeit

und freier Situationsgestaltung verbunden. Die persönliche, sinnvolle Gestaltung des Tageslaufs wird durch die psychotischen Erlebnisse in tiefgreifender Weise eingeengt; Herr K. kann in der Psychose seinen Tageslauf nicht mehr so frei und zielbewußt gestalten, wie es vor der Psychose der Fall war.

Trotz dieser im Jahre 1959 noch vorhandenen Veränderungen der Person und ihrer Situation ist Herr K. seit Jahren wieder so frei und vernünftig, daß er für seine Familie sorgen und seine Berufspflichten erfüllen kann. Aber die Sorge um die Familie und die Erfüllung der Berufspflichten bilden für Herrn K. nicht mehr den *zentralen Sinn* des Tageslaufs, der alle Einzelheiten des Tageslaufs zusammenfügt und ihre Bedeutung und Wertigkeit im Rahmen des ganzen Tageslaufs bestimmt. Die nicht-psychotischen Einzelheiten des Tageslaufs werden zwar von diesem Sinn noch zusammengehalten, aber die psychotischen Erlebnisse stehen in *keinem Zusammenhang* mit der Sorge um die Familie und der pflichtgemäßen Erfüllung des Berufs, sie stören vielmehr den Sinnzusammenhang der inneren Gestalt des Tageslaufs. Die psychotischen Einzelheiten sind nicht ausgerichtet auf einen das Ganze des Tageslaufs gestaltenden Sinn und stehen mehr bruchstückhaft eingestreut in das Ganze des Tageslaufs, ohne daß sie jedoch den Sinnzusammenhang des Tageslaufs völlig zerreißen und das Ganze des Tageslaufs zerfallen ist.

Auf weitere Einzelheiten des psychotisch veränderten Tageslaufs von Herrn K. können wir hier nicht eingehen. Wir hoffen, daß an diesem Beispiel deutlich geworden ist, wie in der inneren Gestalt des Tageslaufs psychotische Veränderungen der Person und ihrer Situation zum Ausdruck kommen. Im Rückblick auf unsere bisherigen Ausführungen wollen wir hier einige *grundsätzliche Gesichtspunkte* zusammenstellen, die beim Studium der Beziehungen psychotischer Krankheitsbilder zur Person und ihrer Situation besonders zu berücksichtigen sind. Bei der Gegenüberstellung der symptomatologischen und personalen Betrachtungsweise haben wir darauf hingewiesen, daß bei der personalen Betrachtungsweise das *individuelle Ganze* der Person in ihrer Situation und die *Beziehungen* zwischen den seelischen Auffälligkeiten und dem seelischen Ganzen zu beachten sind. An Hand des Tageslaufs ist unmittelbar zu sehen, wie diese Forderungen bei der Untersuchung zu erfüllen sind. Im Tageslauf tritt uns das individuelle Ganze der Person in ihrer Situation unmittelbar entgegen, und an Hand des Tageslaufs können wir die Beziehungen zwischen den seelischen Auffälligkeiten und dem seelischen Ganzen unmittelbar beobachten. Dabei sind insbesondere folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- a) Wir müssen das *individuelle Ganze* des Tageslaufs beachten, d. h. wir müssen möglichst alle Einzelheiten des Tageslaufs zu erfassen und die

Bedeutung und Wertigkeit der Einzelheiten für das Ganze des Tageslaufs zu verstehen suchen.

b) Wir müssen den *Zusammenhang zwischen den Einzelheiten* des Tageslaufs zu erfassen und zu verstehen suchen.

c) Wir müssen ein möglichst klares Bild von der *wirklichen Gestalt* des Tageslaufs zu gewinnen suchen, indem wir den Tageslauf so sehen, wie er in Wirklichkeit gelebt und erlebt wird. Dabei sind insbesondere auch Zeitpunkt und Ort des Auftretens psychotischer Störungen innerhalb des Tageslaufs genau zu beachten.

Wenn wir oben sagten, daß die Psychose die Person des Kranken unmittelbar betrifft, so gewinnt auch diese Aussage am ehesten einen unmittelbaren Zusammenhang mit der Erfahrung, indem wir hier in analoger Weise sagen, daß die Psychose den Tageslauf des Kranken unmittelbar betrifft. Dabei bleibt die Frage des Zusammenhangs zwischen Psychose und Tageslauf zunächst offen und ist im Einzelfall zu prüfen und noch zu beantworten.

4. Zur Frage der Genese der Psychosen

Bei den körperlich begründbaren Psychosen ist neben der Frage, wie einzelne psychotische Symptome mit bestimmten pathologischen Veränderungen des Gehirns verbunden sind, auch die Frage, in welcher Weise Art und Ausmaß eines psychotischen Krankheitsbildes mit der Art und dem Ausmaß der Hirnerkrankung zusammenhängen, oft ein offenes Problem. Es ist bekannt, daß mit weitgehend ähnlichen pathologischen Veränderungen des Gehirns bei einem Kranken nur ein geringer und bei einem anderen Kranken ein sehr schwerer Abbau der Person verbunden sein kann, und es gibt auch bedeutende pathologische Veränderungen des Gehirns ohne psychotische Störungen der Person. Diese bemerkenswerte Tatsache ist zwar schon lange bekannt, hat aber bisher allzu wenig Beachtung gefunden. Wir erwähnen hier einen „merkwürdigen Fall von bedeutenden pathologischen Erscheinungen im Gehirne ohne psychische Störung“, der 1830 veröffentlicht wurde. In dem von FRIEDREICH herausgegebenen „Magazin für philosophische, medizinische und gerichtliche Seelenkunde“ wird mitgeteilt:

„HORNER in Philadelphia erzählt in dem 'American Journal of medical sciences', May 1829, folgendes. Bei einem Knaben, der in einem Alter von $8\frac{1}{2}$ Jahren starb, fand man folgende Abnormitäten. Die harte Hirnhaut war fest mit dem Knochen verbunden; die weiche Hirnhaut sehr gefäßreich. Die Zwischenräume zwischen den Windungen des Gehirns hatten nur etwa den dritten Teil der gewöhnlichen Tiefe. Die Ventrikel enthielten 5 Pinten klares Wasser. Das corpus callosum war nur 4 Linien dick, auf anderthalb Zoll in die Breite gezogen und seine Raphe durchscheinend. Von der ganzen Oberfläche der ausgedehnten Ventrikel ließ sich eine Lage Marksubstanz von der Dicke einer Linie leicht abstreifen. Das Septum pellucidum fehlte größtenteils. Auffallend waren dabei die seltene und regelmäßige

Geistesentwicklung dieses Kindes. Schon im 15ten Monate sprach dasselbe ganz deutlich, zeigte seit dem ersten Erwachen seiner Sinne eine große Liebe zur Musik und konnte schon im 18. Monate leichte Melodien singen. Sein Verstand und sein Gedächtnis setzten späterhin die Umstehenden oft in Verwunderung. Einst erkannte er einen Freund nach 2jähriger Abwesenheit wieder und nannte ihn bei seinem Namen, den die ganze Hausgenossenschaft vergessen hatte. Es hatte ein treffliches Gemüt und war für religiöse Eindrücke sehr empfänglich. In der Schule lernte es schneller als alle Mitschüler und besaß überhaupt für sein Alter ungewöhnliche Kenntnisse.“

Bei dieser Mitteilung ist im Hinblick auf ihre Form bemerkenswert, daß eine in Amerika gemachte Beobachtung in einer deutschen Zeitschrift erneut abgedruckt wird, ohne daß zu dieser Beobachtung erläuternd Stellung genommen wird. Die Tatsache, daß man die Beobachtung wiedergibt, weist darauf hin, daß man sie sehr beachtenswert findet, und die Tatsache, daß man sie ohne Kommentar abdruckt, dürfte deutlich machen, daß man mit ihr nichts Rechtes anzufangen weiß. An der Situation von 1830 hat sich bis heute nicht viel geändert. Wir bringen als Beispiel zu dieser Problematik einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte eines 43 Jahre alten Mannes, der seit Dezember 1957 in unserer Klinik wiederholt behandelt wurde.

Der Pat. kam im Dezember 1957 wegen der Folgen einer Hirnverletzung zur Begutachtung in die Klinik. Er hatte im März 1944 einen Kopfschuß erlitten, wobei die Kugel oberhalb des rechten Jochbeins eingedrungen und oberhalb des linken Jochbeins herausgekommen sein soll. Nach der Verwundung sollen eine Bewußtlosigkeit von mehreren Stunden und Wortfindungsstörungen bestanden haben. Als Verletzungsfolgen waren anerkannt: Linksseitiger Sehnervenschwund, rechtsseitige Schalleitungsschwerhörigkeit und Zustand nach Hirnverletzung. Als seelische Folgen der Hirnverletzung wurden zwar bereits in einem Gutachten von 1946 und in späteren Gutachten Gedächtnis- und Konzentrationsschwäche aufgeführt, aber diese Störungen waren bei der Untersuchung im Jahre 1957 nicht deutlich ausgeprägt und eine Verschlechterung dieser Störungen war schon gar nicht — weder subjektiv noch objektiv — festzustellen. Auch in der beruflichen Leistungsfähigkeit als Laborgehilfe in einem größeren Betrieb war in den letzten Jahren eher eine stetige Aufwärtsentwicklung zu beobachten. Da bei diesem Pat. vor vielen Jahren jedoch eine luische Erkrankung mit positiven serologischen Reaktionen im Blut festgestellt worden war, untersuchten wir den Liquor. Die Untersuchung ergab folgenden Befund: 728/3 Lymphocyten, 48 mg-% Gesamteiweiß, 33,6 mg-% Albumine, 14,4 mg-% Globuline, tiefe Zacke im Anfangsteil der Goldsolkurve, stark positiver Ausfall der luischen Reaktionen im Blut und Liquor.

Trotz dieser luischen Hirnerkrankung waren keine deutlichen psychotischen Störungen festzustellen. Der Patient gab lediglich an, daß er sich im letzten Jahr oft etwas müde gefühlt habe, aber eine deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder eine andere Störung im Tageslauf war sonst nicht eingetreten.

Diese Beispiele zeigen, wie problematisch der Zusammenhang zwischen Art und Ausmaß einer Psychose und Art und Ausmaß der Hirnerkrankung ist. Unabhängig von der Frage nach dem Zusammenhang zwischen

Psychose und Hirnerkrankung können und müssen wir allein auf Grund der Beobachtungen von Störungen im individuellen seelischen Ganzen der Person und ihrer Situation feststellen, ob eine Psychose vorhanden und wie die Psychose beschaffen ist. In der Erfahrung besitzt die Psychose insofern ein vom Gehirn unabhängiges, selbständiges Sein, als es Hirnerkrankungen ohne Psychosen und Psychosen ohne nachweisbare Hirnerkrankungen gibt. Dagegen gehören Veränderungen der Person zum Wesen der Psychosen. *Es gibt keine Psychose, bei der nicht auch die Person unmittelbar betroffen ist. Art und Ausmaß der Psychose und Art und Ausmaß der Veränderung der Person und ihrer Situation stehen in unmittelbarer Beziehung.*

Beim Blick auf den Tageslauf des Menschen wird besonders deutlich, daß der Tageslauf gesunder und psychotisch kranker Menschen ein eigenes, selbständiges Sein besitzt und wir bei psychotisch kranken wie bei gesunden Menschen den Tageslauf, wie er in Wirklichkeit gelebt und erlebt wird, erfassen und verstehen können, ja müssen, ohne von dem Zusammenhang zwischen Einzelheiten bzw. einzelnen Veränderungen des Tageslaufs mit einzelnen Hirnfunktionen bzw. einzelnen Hirnveränderungen auszugehen. Die Einzelheiten und das Ganze des Tageslaufs können wir unmittelbar beobachten, während Aussagen über einzelne psychophysische Zusammenhänge innerhalb des Tageslaufs stets mehr oder weniger hypothetisch sind. Wenn wir von Hypothesen ausgehen, müssen wir diese Hypothesen genau kennen und berücksichtigen, da sonst die unmittelbare Erfahrung durch die zugrunde gelegten Hypothesen allzu leicht gefälscht wird. Das gilt selbstverständlich auch für alle Hypothesen über psychokausale Zusammenhänge. Um zu sehen, wie der Tageslauf psychotisch Kranke beschaffen ist, brauchen wir keine Hypothesen über die Somatogenese oder Psychogenese der Psychosen, sondern können wir Erfahrungen sammeln, wie sie uns unmittelbar entgegentreten, ohne daß wir von bestimmten Hypothesen über kausale Zusammenhänge ausgehen. Hier dürfte der Hinweis von DILTHEY Gültigkeit haben: „Die beschreibende und zergliedernde Psychologie endigt mit Hypothesen, während die erklärende mit ihnen beginnt.“

Zusammenfassung

Vor GRIESINGER stand die Frage nach dem Wesen der seelischen Krankheiten und ihrem Verhältnis zur Seele selbst bzw. zur Person im Mittelpunkt des psychiatrischen Denkens. Seit GRIESINGER fand diese Frage weniger Beachtung und stand in der Psychiatrie insofern eine vorwiegend symptomatologische Betrachtungsweise der Psychosen im Vordergrund, als die psychotischen Symptome in erster Linie als Hinweise auf das Vorliegen einer Hirnerkrankung angesehen wurden. Wir stellen

hier dieser symptomatologischen Betrachtungsweise eine personale Betrachtungsweise der Psychosen gegenüber, indem wir die psychotischen Phänomene in erster Linie als Störungen im einheitlichen Ganzen der Person und ihrer Situation betrachten und insbesondere die unmittelbaren Beziehungen zwischen Psychose und Person beachten. An Hand von Beispielen wird gezeigt, wie das Wesen der Person bzw. das veränderte Wesen der Person und ihrer Situation im Tagesablauf und Tageslauf der Kranken zum Ausdruck kommt und faßbar wird. Beim Blick auf die innere Gestalt des Tageslaufs der Kranken ist deutlich zu sehen, daß bei jeder Psychose die Person der Kranken unmittelbar betroffen und verändert ist.

Literatur

- DILTHEY, W.: Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Sitzungsber. Preuß. Akad. Wiss. Philos.-hist. Kl. Berlin 1894.
- GRIESINGER, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 3. Aufl. Braunschweig 1871.
- JACOBI, M.: Bemerkungen über die Bedeutung des Ausdrucks „Seelenstörung“ in der Psychiatrie und über die Mitwirkung der Geistlichen bei Behandlung von Irren, durch NÄSSES Schrift „Über die Behandlung von Gemütskranken und Irren durch Nichtärzte“ veranlaßt. Z. Psychiat. 1, 353 (1844).
- JESSEN, P. W.: Von dem Begriff und Wesen der psychischen Krankheiten. Z. f. d. Beurteilung und Heilung d. krankhaften Seelenzustände 2, 271 (1837).
- NÄSSE, FR.: Über die Behandlung der Gemütskranken und Irren durch Nichtärzte. Bonn 1843.
- PAULEIKHOFF, B.: Über Veränderungen des Situationsgefüges bei paranoid-halluzinatorischen Erscheinungsbildern. Arch. Psychiat. Nervenkr. 193, 277 (1955).
- PAULEIKHOFF, B.: Die Tageslauf-Analyse. (Ein Beitrag zur Methode des Verstehens und zur vergleichenden Betrachtungsweise). Erscheint in Mschr. Psychiat. Neurol.
- WYRSCH, J.: Die Person des Schizophrenen. Bern 1949.
- WYRSCH, J.: Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen. Stuttgart 1956.

Dozent Dr. med. Dr. phil. B. PAULEIKHOFF,
Münster (Westf.), Universitäts-Nervenklinik