

Aus der Landesheil- und Krankenanstalt Gütersloh
(Direktor: Prof. Dr. W. SCHULTE)

Zur Problematik der sogenannten Ppropfschizophrenie

Von
GERHARD IRLE

(Eingegangen am 12. Juli 1960)

Die Diagnose einer Ppropfschizophrenie kommt in einer Klinik oder in der nervenärztlichen Praxis viel seltener vor als in der Anstalt. Dafür gibt es zwei naheliegende Erklärungen. Die eine liegt im Sedimentationseffekt, der die Anstalten trifft. Die andere gründet sich in der Unsicherheit der Beurteilung, wenn nicht ein Längsschnitt des Krankheitsbildes übersehen werden kann.

Es fiel uns auf, daß auch in der Anstalt die Neigung, diese Bezeichnung zu gebrauchen, recht verschieden groß ist. Wir selbst waren zunächst bereitwillig, überall, wo es anging, die Variationsmöglichkeit, die diese Diagnose im weiten Feld der Schizophrenien anbietet, zu benutzen. Dann machten wir die Erfahrung, daß auch in der Anstalt andere Kollegen viel zurückhaltender mit dieser Bezeichnung sind. So begannen wir zu fragen, ob nicht in der Tat mehr Zurückhaltung am Platz sei, ja ob es überhaupt angezeigt ist, für die Kombination einer Schizophrenie mit einem Schwachsinn eine besondere Nomenklatur zu benutzen. Ist eine solche Kombination bei einem Patienten mehr als ein bloßer Zufall? Entspricht die Bezeichnung „aufgeppropft“ einer gegenseitigen Zuordnung, einer gegenseitigen Bedingung und einem, aus solcher vielleicht gar spezifischen Bezogenheit resultierenden einheitlichen Krankheitsbild? Gibt es Hinweise dafür, daß ein irgendwie schwächer angelegtes Gehirn für die aufgepropfte Antwort einer Schizophrenie geradezu prädestiniert? Finden sich hier etwa Schemata, die im Rahmen der Ordnung einer Einheitspsychose ihren Platz fänden? Ist der Eindruck des Anstaltspsychiaters, relativ viele weniger begabte und geringer differenzierte Menschen bekämen eher eine Schizophrenie, wirklich zu belegen?

Wir sahen uns in der Literatur um und fanden, daß der Begriff der Ppropfschizophrenie seit einiger Zeit in den Hintergrund getreten ist, wenn man von K. SCHNEIDERS Kapitel über die Schwachsinnigen und ihre Psychosen in der Klinischen Psychopathologie absieht. Unser Überblick zeigte, daß die Arbeiten von NEUSTADT, GLAUS, MILICI, BRUGGER,

MAYER-GROSS und KATZENFUSS vom Ende der 20iger und aus den 30iger Jahren die letzten sind, die sich eingehend mit der Frage befassen. Man lernt, und darauf hat besonders NEUSTADT hingewiesen, daß KRAEPELIN, der Vater dieser Diagnose, den Begriff verschieden handhabte. Anfangs scheint er solche Fälle im Auge gehabt zu haben, bei denen eine in den ersten 10 Lebensjahren beginnende Schizophrenie mit geringer Neigung zum Fortschreiten des Prozesses, später dann mit lebhafteren neuen Schüben als Dementia praecox imponierte. Er war der Ansicht, daß die oft mangelhafte Begabung Schizophrener wenigstens zum Teil als Ausdruck einer noch unbestimmten Wirkung des gleichen Krankheitsvorganges anzusehen sei, der später die Dementia praecox erzeugt. Jahre danach allerdings, bei der Besprechung oligophrener Krankheitsbilder, nennt er Ppropfschizophrenien schizophrene Krankheitsbilder, wie sie sich gern auf dem Boden eines kindlichen Schwachsinns entwickeln. Nun, dieser Begriff einer Kombination, wie auch immer die beiden Krankheitskomponenten sich dabei verhalten mögen hat sich im Verlauf der Jahre durchgesetzt gegenüber der Ansicht, es handle sich um eine Unterform, Sonderform der Schizophrenie, gewissermaßen das Sekundärstadium einer frühkindlichen Schizophrenie. Es war dann geradezu das Anliegen der Kritiker am Begriff der Ppropfschizophrenie, darauf hinzuweisen, der Krankheitsbegriff könne nicht aufrecht erhalten werden, weil es in so vielen Fällen wahrscheinlicher sei, wenn man eine frühkindliche Schizophrenie für die der offensichtlichen Prozeßpsychose vorausgehenden oligophrenen Symptome verantwortlich mache. Heute ist man da zurückhaltender und hält die frühkindliche Schizophrenie für ein relativ seltenes Ereignis.

Ging es so lange um die Frage, ob der Schwachsinnspfeiler der Kombination wirklich ein Schwachsinn sei, so setzte der Zweifel auf der anderen Seite bei der Frage an, ob der zweite Pfeiler der Krankheitskombination wirklich eine Schizophrenie genannt werden könne. Immer wieder wurde im Schrifttum davor gewarnt, aus Querschnittsbefunden voreilige Schlüsse zu ziehen. Nur eine Längsschnittbeobachtung möglichst über Jahre hinweg könne vor Fehldiagnosen schützen. NEUSTADT kam sogar zu dem Schluß: „Nur der kleinste Teil aller sogenannten Ppropfschizophrenien sind Ppropfschizophrenien“ und stellte zusammen mit SIOLI die episodischen Psychosen bei Schwachsinnigen heraus, die dann als Schizophrenie verkannt werden.

Immerhin, alle Untersuchungen stimmten darin überein, daß eine mehr oder weniger kleine Zahl echter Kombinationen von Schizophrenie und Schwachsinn vorkommt. Mehr und mehr allerdings kamen Autoren dabei zur Überzeugung, wie es etwa BRUGGER und MAYER-GROSS aussprachen, das Zusammentreffen der beiden Krankheitsbilder müsse ein zufälliges sein. So drängt sich am Ende der Literaturübersicht erneut die

Frage auf, mit welchem Recht eigentlich für die wenigen „echten“ Kombinationsleiden ein besonderer Name gebraucht werden soll. Schließlich gibt es auch keinen Namen für Kombinationen von Cerebralem Krampfleiden und Schizophrenie, die nach FÜRSTENBERG sicherlich vorkommen. Soll man, wenn nun doch einmal eine Cyclothymie sich mit einem Schwachsinn zusammenkoppelt, von einer „Ppropfcyclothymie“ sprechen? Verzichtet man nicht nüchtern auf unbewiesene, weitgehend doch spekulative genetische Thesen, wenn man einfach in der Diagnose „Schizophrenie und Schwachsinn“ festgestellt?

Als wir uns einen Überblick in unserer Anstalt verschafften, die Patienten, die als Schizophrenie und Schwachsinn in Kombination diagnostiziert waren, zusammenstellten, waren wir überrascht, noch mehr solcher Diagnosen zu finden, als wir es erwartet hatten. Nun, wie wir später berichten, hielt ein guter Teil dieser Diagnosen kritischer Überprüfung nicht stand. Trotzdem wird man noch einmal nach Gründen für die eindrucksmäßige Häufigkeit der Diagnose in der Anstalt fragen müssen. Ist es vielleicht so, daß Patienten mit den Krankheitszeichen dieser Kombination besonders lebensuntüchtig werden und daher verstärkt der Anstaltsbetreuung bedürfen? Beweisen läßt sich eine solche Annahme nicht ohne weiteres. Fehlen doch Vergleichszahlen über das Krankengut außerhalb der Anstalt. Überdies ist die Überlegung, daß der Schwachsinn die Ausprägung mancher Schizophrenie mildere, erträglicher mache, die soziale Duldung erleichtere auch nicht von der Hand zu weisen. Einen gewissen Anhalt für die Entscheidung dieser Frage würde man bekommen, wenn man über Jahre hinweg die entlassenen Ppropfschizophrenen mit den Entlassungszahlen anderer Schizophrener vergleichen könnte. Doch verbietet sich leider diese Methode durch die im folgenden zu besprechenden Schwierigkeiten in der einigermaßen exakten Diagnostik der Ppropfschizophrenien. Man müßte allen Entlassenen nachgehen und wahrscheinlich in vielen Fällen die Diagnose überprüfen und korrigieren. Die Krankenblätter allein reichen da nicht aus. Wir mußten leider auch darauf verzichten, einer anderen recht interessanten Frage nachzugehen. Möglicherweise sind es nämlich besondere, bevorzugte psychopathologische Strukturen der zugrunde liegenden Intelligenzdefekte, an die die Schizophrenie anknüpft. Wir denken dabei an das vielfältige Bild verschiedenartiger Strukturen der Intelligenzdefekte, wie es BUSEMANN unlängst darstellte. Doch sind in dieser Richtung nur dann Aussagen möglich, wenn man in der glücklichen Lage ist, einen Schwachsinnigen schon dann eingehend zu untersuchen, wenn noch keine schizophrene Symptomatik sich hinzugesellt hat. Sind erst Schwachsinn und Schizophrenie ganz ineinander verwoben, ist es schon ein mühsames Unterfangen, den Schwachsinngrad einigermaßen exakt anzugeben. Die Konturen der Schwachsinsformen verschwimmen, bleiben Testmethoden gegenüber unzugänglich.

Bei näherem Zusehen im Krankengut unserer Anstalt bestätigte sich der im Schrifttum herausgestellte Eindruck diagnostischer Unsicherheit. Über einen zeitlichen Längsschnitt hinweg wandelten sich in den Krankenblättern die Diagnosen. Schwachsinnige, die zeitweilig unter halluzinatorischen Erlebnissen gequält und erregt erschienen, die paranoide Gedankengänge äußerten, die autistisch wirkten, motorisch steif und ungelenk, zeigten später solche Auffälligkeiten nicht mehr. Sollte man nun wirklich das Bild stumpfer Antriebsstörung und mangelnder Kontaktfähigkeit auf eine abgelaufene Prozeßpsychose beziehen? War es hier nicht eher am Platz, im Sinne SIOLIS von einer episodischen Psychose zu sprechen oder nur Syndrome zu sehen, wie sie bei erethischem Schwachsinn vorkommen können? Sollte man solche Bilder mit K. SCHNEIDER unter die abnormen Erlebnisreaktionen rechnen? Der eine Untersucher entschied sich so, der andere anders. Selbst nach jahrzehntelanger Beobachtung, besonders natürlich, wenn nun noch involutive Momente hinzutraten, blieb die Entscheidung der Frage, ob sich hier eine Psychose mit dem Schwachsinn zusammengetan habe oder ob es der Schwachsinn allein gewesen war, der die verschiedenartigen Bilder hervorbrachte, offen. Doch kann man streiten, wo die gewichtigeren Fehlerquellen in der Diagnostik liegen, in dem Bemühen um die Sicherung des Vorhandenseins schizophrener Psychose bzw. schizophrenen Defektes oder in der Feststellung des bestehenden Schwachsinns. Oft genügte dem nachfolgenden Beobachter der Nachweis des der Psychose vorausgehenden Schwachsinns nicht. In der Praxis ist ja häufig der Hinweis auf mehrfaches Sitzenbleiben in der Schule und mangelhafte spätere Bewährung im Beruf einziger faßbarer Anhalt für vorhandenen Schwachsinn beim frisch aufgenommenen Psychotiker. Ein sicherlich ungenügender Anhalt, denn das Versagen in Schule und Beruf bleibt vieldeutig. Es ist schwer, abzugrenzen, wieweit Auswirkungen der beginnenden Schizophrenie, soziale Gegenbenheiten oder gar doch eine der seltenen fröcklichen Schizophrenien die Ursache für mangelnde Lebenstüchtigkeit abgeben.

Andrerseits ist eine exakte Prüfung der Intelligenz im Testverfahren bei vorhandener schizophrener Symptomatik mit vielen Unsicherheitsfaktoren belastet. Gesperrtheit, mangelnde Fixierbarkeit, Antriebsstörungen und inadäquate Affektlage lassen bei einem Ergebnis allenfalls den Schluß zu, daß hier kein Schwachsinn vorliegt. Die umgekehrte Aussage bleibt aus guten Gründen anzweifelbar, gleich welcher Testverfahren man sich bedient. So ist es verständlich, daß dem subjektiven Ermessen, dem Einfühlungsvermögen und der Erfahrung des Gutachters ein zu breiter Raum gelassen wird. Wir haben uns bemüht, teils mit Hilfe des Hamburg-Wechsler-Testes, teils auf der Basis des nach KRAMER modifizierten Binet-Norden-Verfahrens, teils auch nur nach gegenwärtigem Aspekt mit dem Blick auf die anamnestischen Daten den Schwachsinn zu

verifizieren. Wie gesagt, es bleiben dabei Unsicherheitsfaktoren, die wir nicht verhehlen dürfen, die aber wahrscheinlich nur dann hinreichend ausgeschaltet werden könnten, wenn man sich auf ein Krankengut beschränken wollte, bei dem man selbst in der Lage war, vor dem Beginn der Psychose eine exakte Strukturanalyse der Intelligenz zu machen. Wir haben solche Fälle nicht.

Unter den etwa 1400 Kranken unserer Anstalt fanden wir mehr als 60 Patienten, die entweder als Pffropfschizophrene angesprochen wurden oder bei denen vorsichtiger von Schwachsinn und Schizophrenie die Rede war. Wir haben uns bemüht, aus diesen 60 alle jene auszusondern, bei denen uns nach Anamnese und psychopathologischem Bild die Diagnose zu gewagt vorkommen mußte. Zum Teil hatten, wie gesagt, andere Untersucher solche Korrekturen schon früher vorgenommen. Beim Nachweis der vorhandenen Schizophrenie bemühten wir uns, alle die Kranken wegzulassen, bei denen im Blick über die Jahre doch eher von episodischen Phänomenen gesprochen werden mußte. Es blieben etwa die Hälfte — 32 — übrig, von denen man sagen könnte, sie seien in die Gruppe echter Kombination von Schwachsinn und Schizophrenie einzzuordnen. Bemerkenswert für die Möglichkeit anfänglicher Fehldiagnosen sei angemerkt, daß bei vier, früher als Pffropfpsychotiker angesprochener Patienten sich im Lauf der Jahre ein cerebrales Krampfleiden herausgestellt hatte. Am Tage des Querschnittes stand dieser Gruppe von 32 kombiniert Kranken eine Gesamtzahl von 750 schizophren Erkrankten in der Anstalt gegenüber. Dieser Anteil von 4,2% Schwachsinniger unter Schizophrenen ist niedriger als die meisten früher in der Literatur angegebenen Zahlen (MEDOW 40%, O. SCHULZE 30%, KRAEPELIN 7%, STROHMEYER 6—7%, KATZENFUSS 11%). Andererseits erscheint er doch gewichtiger, als manche andere Autoren, so vor allem NEUSTADT es sehen wollen. Es liegt nahe und es verwundert ein wenig, daß man früher solche Vergleiche nicht anstellte, diesen Prozentsatz Schwachsinniger unter Schizophrenen mit entsprechenden Werten Schwachsinniger unter der Normalbevölkerung in Beziehung zu setzen. Auch da, allerdings, scheint die Diagnostik Schwierigkeiten zu machen. Sind doch an den einschlägigen Stellen Zahlen in der Schwankungsbreite von 0,6% bis 10% zu finden. Abgesehen von der unterschiedlichen Meinung, von welchem Intelligenzquotienten an abwärts man von Schwachsinn sprechen soll, werden auch für diese Angaben mehr subjektive Urteile als exakte, im Testverfahren erhärtete Werte vorliegen. Wie dem auch sei, unser Prozentsatz Schwachsinniger unter Schizophrenen — 4,2% — liegt eher noch etwas unterhalb des Mittelwertes der Schätzungen über den Anteil Schwachsinniger unter der Normalbevölkerung. Damit scheint uns doch ein beachtenswerter Hinweis darauf gegeben, daß ein Zusammentreffen von Schizophrenie und Schwachsinn zufällig ist. Jedenfalls verliert

unseres Erachtens dadurch die Hypothese eines gemeinsamen Schadens, der für Schizophrenie wie für Schwachsinn eine Basis abgeben könnte, an Wahrscheinlichkeit.

In diesem Zusammenhang bemühten wir uns auf die gleiche Weise, die gelegentlich im Schrifttum vertretene Meinung zu überprüfen, Cyclothyme seien selten schwachsinnig. K. SCHNEIDER sagt ja geradezu, daß das Vorliegen von Schwachsinn gegen die Cyclothymie spreche. Sicherlich hat die weit verbreitete Auffassung vom Fehlen pfropfdepressiver oder pfropfmaniformer Phänomene mit dazu beigetragen, in der Pfropfschizophrenie etwas besonderes und spezifisches zu sehen. Warum sollte es aber eigentlich nicht bei den Cyclothymien ebenso zugehen wie bei den Schizophrenien? Inwiefern sollte etwa ein fröhkindlich geschädigtes Gehirn vor dem Hereinbrechen depressiver Phasen schützen? Einleuchtender wäre die Erklärung, daß eben bei Schwachsinnigen depressive oder manische Phasen noch schlechter zu differenzieren seien als schizophrene Phänomene. Oder auch: in dem größeren Prozentsatz pfropfschizophrener Diagnosen stecken durch mangelhafte Beweismöglichkeiten des Schwachsinsns doch mehr Fehlerquellen, als sie bei Cyclothymen auftreten könnten. In der Tat ist es ja bei Depressiven oder Manikern, wenn nicht gerade involutive Momente das Bild trüben, leicht, sich Klarheit durch entsprechende Testverfahren zu verschaffen. Man wird einwenden, die Ausbildung klassischer depressiver Phänomene etwa setze einen Grad an Differenziertheit voraus, die ein Schwachsinniger nicht zu leisten imstande sei. Das mag richtig sein. Doch scheint es uns bedenklich zu sein, wenn immer man einen endogenen morbus für ihr Hervortreten verantwortlich machen will, die Grenzen so eng zu ziehen. Man muß unseres Erachtens dann eben doch einräumen, daß bei Schwachsinnigen Radikale einer Depression, wie etwa Hemmung oder angstgetönte Getriebenheit, das bekannte Bild entstellen und zu Fehldiagnosen Anlaß geben.

Wir haben also die Schwachsinnigen unserer Anstalt überprüft, dort jedoch in keinem Falle überzeugende Hinweise für das Vorhandensein echter cyclischer Verstimmung finden können: Jedoch war in der relativ kleinen Gruppe der unter die Cyclothymien eingeordneten, an einem Stichtag waren es 40, immerhin eine Schwachsinnige mit einem Intelligenzquotienten unter 79 im Hamburg-Wechsler-Test, dazu eine andere, die mit einem I. Q. von 80 hart an der Grenze zur Debilität lag. Die Untersuchungen konnten verständlicherweise erst nach dem Abklingen der psychotischen Symptomatik durchgeführt werden. Es ist müßig, aus der Prozentzahl von 2,5% Schwachsinniger unter Cyclothymen bei einem so kleinen Material Schlüsse zu ziehen. Immerhin fühlen wir uns bestärkt in unserer Annahme, grundsätzlich bestünden keine gewichtigen Unterschiede in der Möglichkeit, kombiniert krank zu sein zwischen Schizophrenien und Cyclothymien.

Der Gedankengang, ob nicht gerade ein frühkindlich geschädigtes Gehirn in verstärktem Maß den Boden für eine darauf gepropfte Schizophrenie abgeben könnte, beschäftigte uns in den folgenden Untersuchungen. Natürlich wäre es auch dann, wenn sich unsere Erwartungen erfüllt hätten, wenn wir tatsächlich unter unseren 32 Ppropfschizophrenen eine überwiegende Zahl frühkindlich geschädigter Patienten gefunden hätten, noch zweifelhaft geblieben, ob sich damit ein Hinweis ergeben hätte, sie im Sinne K. SCHNEIDERS unter die körperlich begründbaren Psychosen zu rechnen. Doch zeigten ohnehin neurologische und pneumencephalographische Untersuchungen zwar hier und da, doch nicht in einem signifikanten Ausmaß das Überwiegen frühkindlicher Schädigungen. Verständlicherweise konnten wir nur in beschränktem Umfang Luftencephalographien durchführen. Immerhin haben wir bei 23 von den 32 Ppropfschizophrenen pneumencephalographische Darstellungen erreichen können. Bei neun dieser Patienten, das entspräche 28%, fanden sich neurologische oder encephalographische Veränderungen, die eine stattgehabte frühkindliche Schädigung wahrscheinlich machten. Eine Reihe anderer krankhafter Befunde blieb vieldeutig. Wir möchten annehmen, daß unser gefundener Prozentsatz von 28% nicht sehr von den Verhältnissen abweicht wie sie auch sonst bei der Frage, nach der Genese eines Schwachsins sich zeigen. (Die Angaben differieren zwischen 10 und 30%, wie POECK es in einer Aufstellung der Ergebnisse verschiedener Autoren im Verhältnis von primärem zu sekundärem Schwachsinn, zeigt.) Auch von dieser Fragestellung her sind also keine Hinweise faßbar, die besondere Verhältnisse bei der Entstehung von Schizophrenie und Schwachsinn bei ein und demselben Patienten annehmen lassen.

Als Modellfall bot sich uns ein Geschwisterpaar an, das zu beobachten wir Gelegenheit hatten. Die ältere der beiden, frühkindlich cerebral geschädigt mit entsprechendem encephalographischen Befund, imbecill, zeigte, aus psychotisch belasteter Familie kommend, schon mit 16 Jahren schizophrene Symptomatik und kam bei uns, wie anderswo, mehrfach kataton zur Aufnahme. Die andere Schwester, durchschnittlich begabt, erkrankte mit 19 Jahren psychotisch. Die Diagnose einer Schizophrenie scheint nach mehrfachen hiesigen Aufenthalten gesichert. Leidlich remittiert, kann sie heute ihrem Beruf nachgehen. Ja inzwischen hörten wir von psychischen Auffälligkeiten einer dritten überdurchschnittlich begabten Schwester, die den Verdacht auf Beginn einer Psychose nahelegen. Bei der Erklärung des Schwachsins der älteren Schwester erübrigts sich die Diskussion einer frühkindlichen Schizophrenie. Es sind weder Zweifel an der vorhandenen Minderbegabung noch Zweifel am Bestehen einer Schizophrenie möglich. Die Psychose der anderen Schwester schneidet aber auch Erörterungen ab, der Schwachsinn der einen habe in besonderer Weise den Boden für die Manifestation der Schizophrenie bereitet. Wir

meinen, daß man der Sachlage am ehesten gerecht wird, wenn man, wie es K. SCHNEIDER in der Klinischen Psychopathologie ausgeführt hat, annimmt, zum Schwachsinn trete ein neuer, eben ein schizophrener Krankheitsfaktor hinzu. Es ist einleuchtend und auch bei unseren kombinierten Krankheitsbildern immer wieder nachweisbar, daß eine solche Psychose vom vorhandenen Schwachsinn mitgeprägt wird. Auf der anderen Seite jedoch ergeben sich nicht etwa ganz besonders kennzeichnende psychopathologische Strukturen. Wäre das so, gäbe es sicher nicht so viele diagnostische Schwierigkeiten bei der Entscheidung, wo die Krankheitsbilder eingordnet werden sollen.

Damit entfällt unseres Erachtens ein weiterer Grund, für die kombinierte Krankheit einen besonderen Namen zu verwenden. Es handelt sich eben um eine Kombination und nicht um eine resultierende neue Krankheitseinheit. Man mag ungern eine durch die Tradition überkommene Krankheitsbezeichnung aufgeben. Man mag auch anführen, eine Abkürzung sei in unserer oft so aufwendigen Nomenklatur lobenswert. Wir meinen trotzdem, der Ballast an verwandtschaftlichen genetischen Beziehungen, den der Begriff Ppropfschizophrenie mit sich trägt, wird am besten abgeworfen, wenn man sich bescheidet und die umständlichere, aber auch sachgerechtere Bezeichnung „Schizophrenie und Schwachsinn“ wählt. Im übrigen meinen wir einmal mehr herausgestellt zu haben, wie kritisch und vorsichtig man sein muß, bevor man sich bei den mannigfachen Schwierigkeiten in der Diagnostik zu diesem Terminus entschließt.

Zusammenfassung

Wir versuchten, den Eindruck, in einer Anstalt gebe es relativ viele Ppropfschizophrenien, zu überprüfen. Das Literaturstudium ergab, daß tatsächlich echte Kombinationen von Schizophrenie und Schwachsinn vorkommen. Die Meinung, es handle sich dabei um eine Krankheitseinheit, die auf eine gemeinsame genetische Wurzel zurückgehe, wurde immer mehr fallen gelassen zugunsten der Ansicht, das Zusammentreffen beider Krankheitsbilder sei ein zufälliges. So zeigten auch unsere Untersuchungen eine Häufigkeit von Minderbegabung unter Schizophrenen, wie sie der Schwachsinnshäufigkeit unter der Normalbevölkerung entspricht. In diesem Zusammenhang wurde bezweifelt, daß die Verhältnisse bei einer Kombinationsmöglichkeit von Cyclothymie und Schwachsinn wesentlich von denen bei der Schizophrenie verschieden sind. An Hand pneumencephalographischer Untersuchungen bei einem Großteil der Ppropfschizophrenien versuchten wir weiter die Frage zu klären, ob es sich hier etwa um körperlich begründbare Psychosen handeln könne. Doch zeigte es sich, daß der Anteil sekundären Schwachsinns dem Prozentsatz entspricht, den man auch sonst bei Schwachsinnssuchungen findet. Ein Modellfall zweier schizophrener Schwestern, von

denen die eine auf der Basis frühkindlicher cerebraler Schädigung imbecill war, bestärkte uns in der Ansicht, das Zusammentreffen von Schizophrenie und Schwachsinn gehe nicht auf eine besondere Affinität der Krankheitsbilder zurück. Wir schlugen daher vor, den Begriff der Ppropfschizophrenie wegen der darin enthaltenen Möglichkeiten zu Mißverständnissen fallen zu lassen und sich in der Diagnostik auf den Ausdruck der Kombination „Schizophrenie und Schwachsinn“ zu beschränken.

Literatur

- BRUGGER: Die erbiologische Stellung der Ppropfschizophrenie. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **113**, 348 (1928).
- BUSEMANN, A.: Psychologie der Intelligenzdefekte. München, Basel 1959.
- FÜRSTENBERG, H.: Über die Kombination von Epilepsie und Schizophrenie. *Diss. Bethel* 1949.
- GLAUS, A.: Über Ppropfschizophrenie und schizophrene Frühdemenz. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **37**, 238–252 (1936); **38**, 37–68 (1936).
- KATZENFUSS, H.: Beitrag zum Problem der Ppropfschizophrenie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **35**, 295–316 (1935).
- LUTHER, A.: Über die auf dem Boden der Idiotie und Imbecillität entstehenden Psychosen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **16**, 386 (1913).
- MAYER-GROSS, W.: Ppropfschizophrenie. In: Bumke, Handb. d. Geisteskrh. Bd. X, Spez. Teil V, S. 464–469. Berlin: Springer 1932.
- MEDOW, W.: Atypische Psychosen bei Oligophrenie. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **58**, 222–289 (1925).
- MILICI, P.: Schizophrenia engrafted upon mental deficiency. *Psychiat. Quart.* **11**, 190–212 (1937).
- NEUSTADT, R.: Die Psychosen der Schwachsinnigen. Berlin 1928.
- NEUSTADT, R.: Über Ppropfschizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **82**, H. 1, (1927).
- POECK, K.: Zur Erbpathologie u. Psychiatrie der Oligophrenen. *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II, 937–951 (1960).
- SCHNEIDER, K.: Schwachsinnige und ihre Psychosen. In *Klin. Psychopathologie*, V. Aufl., S. 63–70 (1959).
- STROHMEYER, W.: Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnszustände. In: Bumke, Handb. d. Geisteskrh. Bd. X, Spez. Teil VI, S. 1–192, Berlin: Springer 1928.

Dr. G. IRLE, Landesheil- und Krankenanstalt, Gütersloh/Westf.