

XII.

Ueber die Hypochondrie.

Von

Dr. A. Boettiger,

Nervenarzt in Hamburg.



Während bis vor wenigen Jahrzehnten kaum Jemand die Berechtigung der Abgrenzung der Hypochondrie als eines eigenartigen Krankheitsbildes bestritten hat, und man allgemein in ihr die einfachste Form einfacher primärer Seelenstörung erblickte, ist es in neuerer Zeit die Neurasthenie, welcher ein grosser Theil der früheren hypochondrischen Symptome zugerechnet wird und gewiss in vieler Beziehung mit Recht. In der für ihre Zeit klassischen Schilderung der Hypochondrie von Jolly¹⁾ finden wir eine Menge Symptome erwähnt, deren Zugehörigkeit zur Neurasthenie nach unseren heutigen weitersortgeschrittenen Kenntnissen unbestreitbar ist, so die Gräbelsucht und die Phobien, die Hyperästhesien und Anästhesien auf sensiblem und sensorischem Gebiete, bestimmte motorische Reiz- und Schwächeerscheinungen, Verdauungsstörungen, vasomotorische und secretorische Anomalien u. s. w. Ausser diesen der Neurasthenie zugehörigen Symptomen laufen aber eine ganze Reihe anderer, denen es gar nicht zukommt, Gefahr, gleichfalls in dem grossen Rachen der Neurasthenie zu verschwinden. Ja, man hat schon die einfache Hypochondrie ganz und gar aus der Reihe der selbständigen Krankheitsbilder gestrichen und spricht dann nur von hypochondrischen Zustandsbildern innerhalb und im Verlaufe anderer wohl charakterisirter Krankheiten, von einer bestimmten hypochondrischen Färbung, welche diese Krankheiten durch das Auftreten entsprechender Symptome erhalten. Wie die Melancholie oder die Paranoia, die primäre Demenz oder die Dementia paralytica vorwiegend hypo-

1) Jolly in Ziemssen's Handbuch Bd. XII. 2. Hälfte. S. 607 ff.

chondrischen Charakter annehmen könne, so ergehe es auch der Neurasthenie. Aber in keinem dieser Fälle seien die hypochondrischen Erscheinungen wesentlich für die klinische Stellung der Krankheit.

Am weitesten geht wohl Arndt¹⁾, wenn er rund heraus sagt: Die Hypochondrie ist ein Cardinalsymptom der Neurasthenie. Auch Kräpelin²⁾ bezeichnet die Hypochondrie als eine Theilerscheinung des neurasthenischen Irreseins. Und auf gleichem Standpunkte stehen noch Ziemssen, Beard, Pitres, Tuczek, Kirchhoff und Andere.

Ziehen³⁾ sieht in ihr gleichfalls ein Zustandsbild, welches dem neurasthenischen Irresein ein eigenartiges Gepräge verleihe, aber keine eigenartige Erkrankung sei.

Etwas anderer Meinung sind diejenigen Autoren, welche die Hypochondrie zwar mit der Neurasthenie in Beziehung bringen, aber in ihr nicht eine Theilerscheinung der letzteren erblicken, sondern eine Weiterentwicklung derselben. Nach ihnen verleihen die hypochondrischen Symptome nicht nur eine eigenartige Färbung, sondern sie stellen an sich eine auf dem Boden der Neurasthenie und durch sie entstandene besondere Erkrankungsform dar. So betont Binswanger⁴⁾, dass die Hypochondrie eine Weiterentwicklung, eine Verschärfung des Nervenleidens nach der psychischen Seite hin darstellt. Und ähnlich Löwenfeld⁵⁾: er könne das Gebiet der hypochondrischen Psycho-neurose nur in soweit anerkennen, als der psychische Faktor — die hypochondrische Denk- und Fühlweise — das ganze Krankheitsbild beherrsche. Die Uebergänge von der Neurasthenie zur Hypochondrie seien fließende.

Es ist nicht meine Absicht, die Ansichten möglichst vieler Forscher in ermüdender Breite hier aufzuzählen; ich will nur einige derselben herausgreifen, soweit sie mir geeignet erscheinen, die verschiedenartige Auffassung der Hypochondrie zu illustrieren. Entgegen den bisher citirten Meinungen und Anschauungen vertritt nun eine grosse Zahl von Autoren den Standpunkt, dass die Hypochondrie eine eigenartige Erkrankung gegenüber der Neurasthenie darstellt. So unterscheidet Bouveret⁶⁾ durchaus zwischen der neurasthenischen Hypochondrie und

1) Arndt, Die Neurasthenie. 1885. S. 62.

2) Kräpelin, Psychiatrie. V. Aufl. 1896. S. 345.

3) Ziehen, Psychiatrie. Berlin 1894.

4) Binswanger, Pathologie u. Therapie der Neurasthenie. Jena 1896. S. 345.

5) Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden 1893. S. 16.

6) Bouveret, Die Neurasthenie. Deutsch von Dornblüth. 1893. p.49.

dem hypochondrischen Irresein. Und v. Krafft-Ebing¹⁾ weist besonders darauf hin, dass eine Uebereinstimmung zwischen Neurasthenie und Hypochondrie in der Art ihrer Symptome zu bestehen scheine, dass dieselbe jedoch sofort schwinde, wenn man die anscheinend beiden Neurosen identischen Anomalien des Fühlens und des Vorstellens auf ihre ursprünglichen Bedingungen zurückfühire. Dann erkenne man, dass sie verschiedenartig vermittelt seien. Die krankhaften Ideen der Hypochondrer seien Primordialdelirien, die der Neurastheniker jedoch mehr weniger bewusst angestellte Erklärungsversuche originaler Sensationen. Die Dignität dieser primär resp. secundär entstandenen falschen Ideen sei eine ganz differente. Der Wahn der Hypochondrie sei eine Theilerscheinung einer schweren geistigen Störung, einer schweren psychischen Degenerationserscheinung, und nehme vielfach einen monströsen Inhalt an; der Wahn der Neurastheniker drehe sich nur um Gefahren, um Befürchtungen von Krankheiten. Also Hypochondrie — Nosophobie, eine Gegenüberstellung, die schon von anderer Seite (Müller²⁾, Althaus³⁾ etc.) durchgeführt sei. Beide Krankheiten aber zusammenwerfen, selbst wenn sich noch so viele Uebergangsfälle erweisen liessen, wäre unverständlich, denn es gebe reine Fälle von Hypochondrie ohne alles neurasthenische Beiwerk und solche von Neurasthenie ohne alle Nosophobie.

In diesen klaren übersichtlichen Sätzen ist der Weg gewiesen, auf dem weiteres Material zur Trennung der Hypochondrie von der Neurasthenie zu erbringen ist. Wir müssen an möglichst reinen Fällen dieser beiden Krankheiten ihre Eigenarten studiren und vor allem die verschiedene oder übereinstimmende physiologische Wertigkeit ihrer einzelnen Symptome zu bestimmen suchen. Es ist wohl selbstverständlich, dass hierzu die wenn auch selteneren, so doch leichter zu übersehenden uncomplicirten und in ihren Symptomen nicht allzu massigen und vielseitigen Fälle jeder der beiden Krankheiten sich besser eignen, als Mischfälle. Ich will im Folgenden versuchen, einige dahin zielende Beiträge zu bringen.

Nicht nur auf die Stellung der Hypochondrie zur Neurasthenie haben wir hierbei zu achten, sondern auch auf die Abgrenzung des Begriffes Hypochondrie selbst, die weitere oder engere Gestaltung der Grenzen dieses Krankheitsbildes. Nur kurz zur Illustrirung der auch

1) v. Krafft-Ebing, Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. XII. Bd. II. Theil. S. 120.

2) Müller, Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893.

3) Althaus, Ueber Hypochondrie und Nosophobie. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. LIV. 4 und 5. S. 487.

in dieser Hinsicht bestehenden Verschiedenheiten in der Beurtheilung der Hypochondrie einige Beispiele: Sommer¹⁾ rechnet unter die echte Hypochondrie nur solche Fälle, in denen Hallucinationen des Gemeingefüls mit einer den eigenen Körper betreffenden Wahnbildung bestehen; nach ihm gehören diese Fälle ins Gebiet der Paranoia. Die meisten der als hypochondrisch bezeichneten Beschwerden seien hysterischer Natur. Sommer rechnet hiernach anscheinend nur solche Fälle zur Hypochondrie, in denen die hypochondrischen Vorstellungen einen monströsen, physisch-unmöglichen Charakter annehmen, was Meynert²⁾ als paranoische Hypochondrie bezeichnet. Krafft-Ebing³⁾ rechnet andererseits diese selben Fälle schon zur hypochondrischen Verrücktheit, während unter Anderen Jolly⁴⁾ von hypochondrischer Verrücktheit erst reden will, wenn echte paranoische Verfolgungs- und Größenideen bestehen. Beide und viele andere Autoren beschreiben aber neben dieser inhaltlich monströsen Hypochondrie noch eine einfache Hypochondrie, das einfache hypochondrische Irresein. Und dieses gerade und die Begründung oder Nichtberechtigung seiner Abgrenzung als selbstständige Krankheit ist der eigentlich strittige Punkt.

Dasselbe hat verschiedene Definitionen erfahren, von denen einige der bekanntesten erwähnt seien. Romberg⁵⁾ nannte die Hypochondrie schlechtweg psychische Hyperästhesie, und verstand darunter „eine durch Fixirung des Geistes auf Empfindungen bedingte Erregung und Unterhaltung abnormer Sensationen.“

Griesinger⁶⁾ schildert in seiner überzeugenden Weise: „es ist ungeachtet der Gemüthsverstimmung und der falschen Vorstellungen doch die äussere Besonnenheit gewöhnlich lange erhalten, die anomalen Empfindungen und Vorstellungen werden logisch zusammenhängend und consequent verarbeitet, und mit Gründen, welche doch innerhalb des Bereichs der Möglichkeit liegen, gerechtfertigt. Eben durch diesen Mangel eigentlicher Verstandesverwirrung erscheint die Hypochondrie wesentlich als schwermüthige folie raisonnante.“

Jolly's⁷⁾ bekannte Definition lautet: Hypochondrie ist „jene Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit des

1) Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894.

2) Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890. S. 166.

3) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1890.

4) Jolly l. c.

5) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 3. Aufl. Bd. I. 1851.

6) Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861. S. 216.

7) Jolly l. c.

Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist“. Und neuerdings hat Hitzig¹⁾ dieser Definition noch ein Moment hinzugefügt, welches für die Abgrenzung der Hypochondrie und für ihr Verständniss von der allergrössten Bedeutung ist; er sagt, die Hypochondre ist jene „auf einer krankhaften Veränderung der Selbstdempfung beruhende“ Form der traurigen Verstimmung etc.

Zuletzt sei noch die Definition Friedmann's²⁾ angeführt, welcher Hypochondrie gleichsetzt dem „Zwangsdenken in der Richtung der Angst um körperliches Wohlbefinden mit dem Charakter der Ueberzeugung“.

Man begnügt sich bei dem Studium von psychischen Krankheiten leider noch immer vielfach damit, Zustandsbilder zu beobachten, Erscheinungsweisen zu sammeln, eine Beobachtung auf die andere zu häufen, die Arten des Beginnes, den Verlauf und Ausgang rein äusserlich zu betrachten, und geht dabei dem physiologischen Mechanismus, dem Zusammenhang der einzelnen Symptome, ihrer Wechselbeziehung und ihrer gegenseitigen Bedingtheit noch recht wenig auf den Grund. Wenn wir eine Lungenentzündung beobachten, so begnügen wir uns bei dem heutigen Stande unserer Wissenschaft doch nicht damit festzustellen, dass der Kranke hustet, kurzathmig, cyanotisch ist, dass er Auswurf von bestimmter Beschaffenheit hat, dass man bei ihm Dämpfungen herauspercutiren und Veränderungen des Athemgeräusches hören kann, sondern wir haben gleichzeitig eine Vorstellung von dem veränderten Gasaustausch in den Lungen, den dadurch bedingten Blutveränderungen, von den Secretionsanomalien der Schleimhäute, von der Ausdehnung der Induration des Lungengewebes u. s. w., d. h. wir denken am Krankenbette pathologisch-physiologisch und pathologisch-anatomisch. Von den ätiologischen Factoren sehe ich ganz ab.

In analoger Weise hört unsere Beobachtung und unsere Erkenntniß bei den Neurosen und Psychosen nicht damit auf, dass wir bei einem Patienten constatiren, er ist deprimirt oder er hallucinirt, oder er aussert Wahnideen, oder z. B. bei einem Hysterischen, er hat seit gestern Mutismus und wird ihn heute plötzlich wieder los, oder er hat nach einem Unfall eine Monoplegie, der keinerlei organische Veränderung zu Grunde liegt, oder bei einem Hypochonder, er besichtigt seinen Stuhlgang immer eingehend, beobachtet überhaupt auf das peinlichste seinen Körper und seine Körperfunktionen. Wir haben uns vielmehr noch um

1) Hitzig, Ueber den Quärlantenwahnsinn. 1895. Leipzig. S. 67.

2) Friedmann, Ueber den Wahn. II. Theil. S. 137. Wiesbaden 1894.

den Mechanismus des Zustandekommens all dieser Symptome, um ihren inneren Zusammenhang zu kümmern, wir müssen bei Psychosen am Krankenbett gleichfalls wenigstens pathologisch-physiologisch denken; die pathologische Anatomie ist uns ja leider bei den functionellen Psychosen noch ein Buch mit sieben Siegeln. Namentlich wenn wir dem Wesen eines Krankheitsbildes auf den Grund gehen wollen, wenn wir es klassificiren und rubriciren wollen, ist die Erforschung der psychologischen Abnormitäten unerlässlich. Die Psychologie muss eine Untersuchungsmethode werden, wie Schüle¹⁾ gesagt hat: „dies würde sie ausführen dadurch, dass sie die verwickelteren krankhaften Seelenphänomene nicht schlechthin nur in summarische und vielfach esoterische Bezeichnungen und Sammelnamen (wie Delirien, Hallucinationen, Illusionen, Automatismen, Instinkt etc.) registrirt, sondern dass sie diese zusammengesetzten Verbände erst eingehend analysirt und möglichst auf die elementaren Factoren, aus denen jene sich aufbauten, zurückzuführen sich bestrebt“ Namentlich Friedmann²⁾ hat dann in beredten Worten und in zur Nacheiferung anfeuernder Weise die Bedeutung der Psychologie für die psychiatrische Forschung dargelegt und in seinen Studien über den Wahn den Beweis erbracht, dass diese Methodik für das Verständniss von Symptomen und für die gegenseitige Verständigung von unschätzbarem Werthe ist.

Bei der Betrachtung des Symptomenbildes der Hypochondrie möchte ich ausgehen von der Definition Jolly's-Hitzig's: Die Hypochondrie ist eine auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist. Der Laie versteht unter einem Hypochonder einen Menschen, welcher sich ohne ersichtlichen Grund in übertriebener Weise mit seinem Zustand und mit all seinen einzelnen Lebensäußerungen beschäftigt, hinter Allem Krankheitssymptome wittert und gegen dieselben mehr oder weniger zweckmäßig erscheinende Maassnahmen in Anwendung bringt, und sich auf keine Weise von der Grundlosigkeit seiner Annahmen und Befürchtungen überzeugen lässt. Darin steckt ein gewisser Kern von Wahrheit oder vielmehr von richtiger Beobachtung, nämlich soweit diese Laienansicht die auffallende Beschäftigung mit dem eigenen Ich hervorhebt und die Unmöglichkeit betont, einem Hypochonder etwas auszu-

1) Schüle, citirt bei Friedmann l. c. II. Theil. S. 1,

2) Friedmann l. c. II. Theil. S. 1—10,

reden. Falsch ist diese Erklärung jedoch insofern, als sie annimmt, der Hypochonder verhielte sich ohne Grund so, wie er sich verhält.

Alle Handlungen, und an diese grobsinnlich wahrnehmbaren Krankheitsäusserungen hält sich zunächst bei seiner Beobachtung der Laie, beruhen auf Bewegungsvorstellungen als dem Endglied einer mehr oder weniger langen Reihe von Vorstellungen, welche mit einander verknüpft sind (cf. auch Ziehen¹⁾). Und da die einfachen Hypochonder keinerlei Incohärenz bei der Association erkennen lassen, so sind diese Vorstellungsserien bei ihnen logisch geknüpft, d. h. nach dem Princip der Ähnlichkeit und Gleichzeitigkeit. Die Urtheilsbildung ist eine richtige. Wenn nun der Gang der Ueberlegung, die Ideenassociationen, ungestört und trotzdem der Inhalt des gebildeten Urtheils verkehrt ist, so bleibt nur die Annahme, dass der Ausgang der Associationen, die Anfangs-Vorstellung eine falsche war.

Es entsteht sodaun die Frage, wodurch die Fälschung der Anfangs-Vorstellung bedingt war. War sie primär entstanden oder hervorgerufen durch bestimmte Empfindungen, die ihrerseits abnorm waren? Die Beantwortung dieser Frage mag verbleiben bis nach Mittheilung einiger Krankengeschichten.

Vorher nur noch die Erinnerung an zwei Thatsachen: Alle Empfindungen werden erzeugt durch Reize, welche entweder in unserem Nervensystem selbst entstehen oder von der Aussenwelt auf dasselbe einwirken, endogene und exogene Reize; und ferner betreffen die Empfindungen entweder unser eigenes Ich oder die Aussenwelt. Zu den letzteren gehören aber auch die Empfindungen des eigenen Körpers, welcher für das empfindende Centralorgan ebenso Aussenwelt darstellt, wie die Gegenstände und Vorkommnisse der näheren und weiteren Umgebung.

Beobachtung I. Frau Fr., 49 Jahr alt, aus Hamburg, kam im Januar 1897 in meine Sprechstunde. Sie ist erblich belastet, Migräne, Nervosität und ein Fall von Geistesstörung unter den Blutsverwandten; war in der Jugend bleichsüchtig, sonst aber gesund bis October 1868. Da, vor fast 30 Jahren, nachdem sie sich noch Abends gesund zu Bett gelegt hatte, erwachte sie am anderen Morgen mit eigenartigen Empfindungen und Vorstellungen, denselben die auch jetzt noch ihre Klagen ausmachen und in den ganzen 30 Jahren unverändert bestanden haben. Sie war bei Beginn ihrer Krankheit ausgelassen, kam sich selbst komisch vor, hatte den richtigen Galgenhumor, wie sie sagt. Dann aber nach einigen Wochen, als sie sich wohl über ihre Empfindungen klarer geworden war, stellte sich intensives Krankheitsbewusstsein und damit Depressions- und Angstempfindungen ein.

1) Ziehen, Psychiatrie. 1894.

Sie heirathete damals 5 Jahre später, machte 4 Geburten durch, davon 3 Todtgeburen; das 4. Kind starb mit 8 Wochen. Ueber Lues weiss sie nichts anzugeben. Sie ist Wittwe.

Status. Patientin ist eine ziemlich zarte, etwas vergrämmt aussehende Frau; sie ist deprimirt, weint während der Unterhaltung öfter, fühlt sich krank, glaubt nicht wieder gesund werden zu können. Sie hat keinerlei besondere körperliche Klagen, keine Kopfschmerzen, kein Schwindelgefühl, keine Schlaflosigkeit, kein Herzklopfen, keine Verdauungsstörungen etc., Appetitlosigkeit nur, soweit sie durch die depressive Stimmung bedingt wird; also mit einem Worte keinerlei neurasthenische Erscheinungen.

Ihre Klagen betreffen nur allein den geistigen Antheil ihrer Persönlichkeit, also ihr allereigenstes Ich. Sie schreibt selbst über ihre Zustände in einem Briefe: „Ich gehe immer umher, wie ein Geist oder wie im Traum; mag am liebsten gar keine Menschen sehen, überhaupt nichts sehen noch hören, weil ich immer wie betäubt, wie bewusstlos, wie todt mich fühle. Dennoch aber bin ich durchaus nicht melancholisch, im Gegentheil — ich habe zu Allem grosse Lust, aber — ich kann nicht, kann geistig nichts sehen hören etc., gar keine Empfindung von Allem. — Fühle aber darum mein Leiden noch schlimmer, weil ich Lust habe und nicht kann, wie ich will.

Als ob ich etwas hartes, festes im Gehirn (Vorkopf) habe, wenn ich denke, als ob in meinem Kopf etwas verwickelt ist. Kann mir gar nichts vorstellen, kann geistig weder vor noch rückwärts sehen. Alles dunkel und todt in meinem Kopfe, als ob etwas aufwachen müsste.

Wenn ich aus gewesen bin oder viel gesehen habe, bin ich noch unglücklicher. Ohne dass ich es will, muss ich über das Erlebte nachdenken, aber vor meiner Seele oder Geist bleibt Alles leer, alles wie eingeschlafen. Kann mich zwar ziemlich unterhalten und trotzdem ist mir immer, als ob ich ein lebloses Wesen bin. Wenn ich spreche ist es mir auch immer, als ob ich selbst das gar nicht weiss!

Wenn ich Nachts aufwache, dann kommen mir von selbst die Gedanken, aber ich kann sie, irgendwo, nicht herausholen, als ob sie fest eingeklemmt sind, oder im dichten Kasten, welcher fest zu ist. Alles still und dunkel in meinem Kopf!

Seelenleiden glaube ich jetzt nicht mehr, dass es ist, sondern eine örtliche Störung im Gehirn! Wenn ein Arzt wüsste, wie mir im Kopfe ist, dann — könnte mir vielleicht geholfen worden. Ich übertreibe ganz gewiss nicht, es ist eher noch schlimmer, als ich mich ausdrücken kann. Aber in meinem Gehirn ist ganz bestimmt etwas nicht in Funktion.

Ich sehe ordentlich anderen Menschen an, wie sie frei im Kopfe umhergehen und mein Kopf ist wie fest eingepackt.

Ich fasse mich oft selbst an und frage mich, ob ich wirklich lebe? Ich bin mir selbst ein Rätsel. Ich bin so lebensmüde, weil ich weiss, dass mir nicht zu helfen ist.

Sowie das Tageslicht aus ist, ist der Zustand immer noch schrecklicher

zu ertragen. Dann ist nicht allein in meinem Kopfe Alles dunkel, sondern um mich her auch dunkel."

Ausser diesen Klagen schilderte Patientin mir noch gelegentlich ihren Zustand in dieser oder jener Weise, sie käme sich vor wie eine aufgezogene Maschine, bei der sich alle Bewegungen und Thätigkeiten automatisch vollzögen, wie eine Figur aus dem Panoptikum, sie führe ein schattenhaftes seelenloses Dasein u. dergl. m. Diese Empfindungen rauben ihr alle Freude am Leben. Wenn sie etwas erlebt, was ihr eigentlich Freude machen sollte, so lacht sie wohl einmal mit Anderen mit; aber sie lacht nur mit Gesicht und Mund, innerlich, geistig hat sie gleichzeitig ein wehes, schmerhaftes Gefühl.

Die Stimmen der mit ihr Sprechenden hört sie wie aus weiter Ferne, dumpf; auch das Ohrenklingen, das sie bekommt, ist nicht hell wie früher, sondern tief und dumpf. Sonst bestehen seitens der Gesichts-, Geschmacks-, Geruchsempfindungen, der Tast- und Organempfindungen keine bemerkenswerthen Störungen.

Das Gedächtniss ist objectiv gut, Intelligenzstörungen fehlen. Bezuglich ihrer Erinnerungsbilder, namentlich des Gesehnen oder Gehörten, giebt sie an, dass dieselben alle nebelhaft undeutlich seien, matt und farblos; wenn sie sich ihr tägliches Wohnzimmer vorstellen will, so kommt sie über verschwommene Vorstellungen nicht hinaus; das Gesicht ihres Arztes kann sie sich nicht in Erinnerung zurückrufen, eben geführte Gespräche nur ganz unklar recapituliren u. s. w. Ebenso wenig kann sie, wie sie sagt, scharf in die Zukunft vorausdenken; aber nicht, wie wenn ihr all solches Denken Mühe machte und ihren Kopf anstrengte, sondern dasselbe scheint ihr nur ganz anders, unvollkommener, unbewusster vor sich zu gehen.

Auch von ihren Gemüthsbewegungen empfindet sie, dass dieselben blass und farblos sich abspielen, keine tiefe Freude, kein schweres Leidgedöhl, kein unendliches Mitleid und Mitgefühl bemerkt sie mehr bei sich. Natürlich ist sie darüber sehr unglücklich, zumal sie sich noch der Zeit erinnert, als ihr anders ums Herz war. Sie meidet möglichst Gesellschaften, denn lachende Gesichter erinnern sie immer von neuem an ihren eigenen traurigen Zustand.

Als Krankheit hat sie denselben stets aufgefasst, sie verlegt den Sitz auch in das Gehirn; aber detaillirtere Vorstellungen über die Art der vorliegenden Veränderungen äussert sie nur wenig. So ist sie gelegentlich auf die Idee gekommen, ihr Nasenseptum, das ihr angeblich seit der Geburt fehle, sei ihr in das Gehirn hinaufgerutscht und habe dort die Verwirrung in ihrem geistigen Zustande angerichtet.

Ihr intensives Krankheitsgefühl, das sie nie verlässt, lässt sie nun auch auf allerlei Abhülfen sinnen; so schläft sie Nachts stets bei Licht, geht in keine Theater und Concertheime, wenn sie es einigermassen vermeiden kann, und endlich widmet sie einen grossen Theil ihrer Zeit therapeutischen Versuchen. Namentlich in den jetzigen Jahren des Klimakteriums lässt sie nichts unversucht, weil ihr früher einmal von ärztlicher Seite gesagt ist, die Krankheit würde mit dem Blute fortgehen. Ihre therapeutischen Massnahmen aus dem Jahre 1897 waren z. B. folgende: Zu mir käm sie, um sich hypnotisiren zu

lassen, was ich 3—4mal vergeblich versuchte und dann aufgab. Auch Wachsuggestionen führten zu keinem Ziel. Dann ging sie in eine Wasserheilanstalt im Taunus auf mehrere Wochen, consultierte von da Prof. Edinger in Frankfurt a. M. und kehrte von letzterem mit viel Hoffnung zurück. Dann besuchte sie wieder wegen Hypnose Prof. Kräpelin in Heidelberg, welcher sie in eine Nervenheilanstalt nach Wiesbaden schickte. Der dortige dirigirende Arzt versuchte 5—6 Wochen lang täglich, sie in Hypnose zu versetzen, aber gleichfalls vergeblich. Entmuthigt kehrte sie nach Hamburg zurück, begab sich in ein Privatkrankenhaus, wo sie gleichzeitig eine 6 wöchentliche Inunctionskur und eine 6 wöchentliche Mastkur durchmachte. Darnach hörte sie von Röntgenstrahlen, liess sich zu diagnostischen Zwecken in einem nicht ärztlich geleiteten Laboratorium den Kopf durchleuchten nach etwaigen organischen Veränderungen und darauf zu therapeutischen Zwecken noch 14 Tage täglich den Kopf bestimmen. Wenn sie mir nichts verschwiegen hat, so ist das Alles. Am Ende des Jahres befand sie sich auf dem Status quo ante.

Erwähnt sei noch, dass die hörperliche Untersuchung nichts ergiebt ausser einer Ungleichheit der Weite der Pupillen und träger Lichtreaction der linken.

Beobachtung II. Herr Kr., Photograph aus Altona, 40 Jahre alt, suchte mich im April 1897 auf. Er weiss über Heredität nichts zu berichten, will früher selbst stets gesund gewesen sein, bis Ostern 1877. Da wurden ihm wegen Klagen über sandiges Gefühl anter den Augenlidern vom Augenarzt angeblich Eisentropfen verordnet. Wie er nun selbst schildert, spürte er nach mehrtätigem Einnehmen derselben eine eigenartige Umwandlung mit sich vorgehen. „Das ganze Leben, die Umgebung, was ich sah, hörte und that, bekam Alles einen mir bisher unbekannten Reiz für mich, ich begann mich für Alles äusserst lebhaft zu interessiren, mich erhaben zu fühlen.“ (Aus Aufzeichnungen des Kranken.) Aber schon nach 8—14 Tagen veränderte sich sein Zustand total; er hatte ganz unerträgliche, dumpfe Angst, wie wenn ihm etwas passiren könnte. Auch seine ganze Umgebung kam ihm angstvoll vor, Alles so merkwürdig, unnatürlich, unbegreiflich, wie wenn andere Menschen ebenso sehr litten, als er selbst, aber noch vergnügt dabei seien. Es war ihm, als wenn er Nichts thun könnte, als ob er gar nicht mehr da wäre, als wenn er Alles, was er that, unbewusst oder ein Anderer durch ihn that, „so mechanisch, wie versteinert.“ Es sei ihm, wie wenn er Alles instinktmässig gethan habe. Es gesellte sich dann von körperlichen Beschwerden nur ein dumpfer Druck von den Schläfen nach den Augen hinzu, der dann eintrat, wenn sein eben geschilderter Allgemeinzustand unerträglich wurde.

Ostern 1878 bekam er Lungenentzündung, ohne dass sich nach Ueberstehen derselben etwas Wesentliches geändert hätte.

Der Zustand blieb die ganzen 20 Jahre unverändert bestehen, nur schwächte er sich durch die Gewohnheit etwas ab. Er hatte das Gefühl, als ob sein Zustand sich nie ändern würde, „selbst nach dem Tode nicht.“ Er hat sich immer verlassen gefühlt, stets „eine Art Menschenscheu“ gehabt,

sich einen möglichst kleinen Umgangskreis gewählt, keine wirkliche Lust und Freude am Leben gehabt. Er ist unverheirathet.

Status. Patient ist ein ziemlich grosser, mittelmässig genährter Mann mit leidendem Gesichtsausdruck, sehr zum Weinen geneigt. Die körperliche Untersuchung ergiebt keinerlei Anomalien. Irgend welche Schmerzen hat er nicht, außer zeitweilig Kopfdruck, wenn er sich recht unglücklich fühlt, Angstempfindungen unbestimmter Art und hin und wieder Magendruck, wenn er an Appetitlosigkeit leidet.

Das Bewusstsein, krank, nicht normal zu sein, lastet immer wie ein Alp auf ihm. Obige Schilderungen giebt er zum Theil unter häufigen Thränen und Kopfschütteln über seinen unbegreiflichen Zustand.

Was ihn nun zum Arzt führt, ist der Umstand, dass er seit Weihnachten 1896 zu empfinden meint, dass sich sein Zustand ändern möchte; und da möchte er versuchen, wieder ganz gesund zu werden. Er schildert die Veränderung, welche mit ihm vorgeht, derart, dass abwechselnd Zeiten grässlicher Angst bestünden und dann wieder solche, in denen ihm Alles wieder natürlicher und selbstverständlicher vorkomme, „als wenn ich so etwas wieder aufwachte“. „Ich habe Augenblicke, wo mir die Natur nicht mehr so sehr ängstlich und angstvoll vorkommt, sondern sogar sehr schön und neu, als wenn ich so etwas noch nie gesehen hätte. Es ist dann so, als wenn ich sonst alles wie im Bilde gesehen habe und jetzt dasselbe Bild durch ein Stereoskop betrachte.“ Oder ein ander Mal: „es ist, wie wenn ich immer mehr zum Bewusstsein meiner selbst komme und mir meine Krankheit immer klarer vorkommt, so wie meine vergangenen 20 Jahre. Ich muss innerlich wie todt gewesen sein, deshalb kommt mir Alles, was ausser mir ist und vorgeht, auch todt, wie im Schlaf vor. Bin ich frei, so ist es, als wenn ich aus einem tiefen Schlaf vollständig aufgewacht bin, das Leben in mich zurückgekehrt ist und ich mich dann selbst wieder habe.“

Wenn er recht tüchtig zu thun hat, kommt ihm sein krankhafter Zustand nicht so sehr zum Bewusstsein; die Aufregung, welche mit Beschäftigung und Zerstreitung verbunden ist, lenkt ihn ab. Sein kränkhafter Zustand macht ihn gleichgültig gegen alles Schöne und Gute, verbissen und verbittert; wenn er sich dagegen freier fühlt, gewinnt das Unscheinbarste grosses Interesse für ihn. Er findet dann die Welt „unbeschreiblich, überwältigend schön“, und es ist ihm, „wie wenn die Welt nicht mehr dieselbe ist, wie kurz vorher, als wenn sich Alles greif- und fassbar verkörpert“. Auch er selbst kommt sich verändert vor, seine Sprache fester, selbstbewusster, klarer, er selbst „im Umgang harmonischer“.

Während meiner mehrmonatlichen Beobachtung des Kranken wechselte sein Zustand am selben Tage öfter, und im Ganzen neigte er mehr nach der krankhaft veränderten als nach der hoffnungsvollen Seite. Ein rechter Fortschritt war nicht bemerkbar und er kam mir später aus den Augen.

Die oben geschilderten veränderten Gesichts- und Gehörswahrnehmungen blieben fast vereinzelt, zusammen mit der veränderten Empfindung seiner geistigen Functionen. Nur lie und da äusserte er einmal auch auf anderen Sinnes-

gebieten abnorme Empfindungen. Geruch und Geschmack unbetheiligt, jedoch schilderte er wiederholt, dass er beim Ueberlaufen des kalten Wassers über den Kopf, bei Uebergießungen, dasselbe kaum spüre, es sei ihm wie dumpf und hohl dabei auf dem Kopfe. (NB. hatte er sehr spärlichen Haarwuchs.)

Beobachtung III. Frau L., 38 Jahre, Kaufmannsfrau aus Hamburg, hereditär nicht belastet. Sie machte mit 16—17 Jahren ein „gastrisches Nervenfieber“ durch, hatte im Anschluss daran zum ersten Male einen ähnlichen Zustand wie später noch öfter, heirathete und hat drei gesunde Kinder. Kam im Juni 1897 zu mir.

Seit jenem Typhus bekommt sie nun ohne besondere Veranlassung, Anfangs seltener, jetzt alle Jahre 1—2 mal Zustände, die allmälig beginnen, mehrere Monate anhalten und allmälig sich wieder verlieren, in denen sie sich vollständig verändert fühlt. Sie kommt sich dann vor, wie wenn sie im Traume umherwandelt, wie wenn sie Alles nur maschinenmäßig thut, wie wenn sie leblos ist. Alle Empfindungen und Wahrnehmungen erscheinen ihr dann dumpf, undeutlich, die Gegenstände sieht sie, wie in weiter Ferne befindlich, selbstgekochte Speisen kann sie nicht controliren, sie schmeckt dieselben schwach und fade. Offenbar ist hierbei auch der Geruch betheiligt. All' ihr Fühlen und Denken ist oberflächlich, traumhaft. Sie ist gleichgültig gegen Vorkommnisse in ihrer Umgebung; wenn etwas zur Erde fällt, so schrickt sie nicht zusammen; im Gegentheil, es tangirt sie bei weitem nicht so, wie in ihren gesunden Tagen. Sie behält auch irgend welche Erlebnisse, an denen sie sogar selbst betheiligt gewesen sein kann, kaum im Gedächtniss. Wenn sie eben von Besorgungen aus der Stadt kommt und das im anderen Zimmer liegende mitgebrachte Packet nicht mehr sieht, so ist sie vollständig im Zweifel, ob sie schon fort gewesen ist oder nicht, und sieht erst nach dem Packet, um sich in der Erinnerung klar zu werden, dass sie fort gewesen ist. Sie ist sehr deprimirt, weint viel, hat Angst. Sie fühlt sich durchaus krank im Kopf, meint, sie könne wohl auch den Verstand noch ganz verlieren. Sie glaubt während der Zustände stets, dass dieselben wohl nie wieder vorübergehen würden, dass sie nicht wieder gesund werden könne. Es besteht während der Zustände Intoleranz gegen alkoholische Getränke. Nachts träumt sie viel ängstliche Dinge.

Von körperlichen Beschwerden giebt sie nur etwas dumpfes, wirres Gefühl im Kopfe an, keine Kopfschmerzen, keine sonstigen neurasthenischen Klagen. Sie fühlt sich namentlich nicht körperlich erschöpft, ist vielmehr noch am besten daran, wenn sie sich durch Arbeit ablenkt. So ist es mehrfach vorgekommen, dass beim Verlassen des abnormen Zustandes sie einige Nächte überhaupt nicht schläft und darnach sich viel wohler fühlt, als nach fest durchgeschlafenen Nächten.

Die körperliche Untersuchung fällt negativ aus. Patientin hat beobachtet, dass sie regelmässig während dieser Zustände an Körpergewicht abnimmt, obwohl sie nicht auffallend wenig isst.

Beobachtung IV. A. K., 21 Jahre alt, Handlungsgehilfe aus Altona, ist hereditär nicht belastet. Seit seinem 14. Jahre fühlt er sich nicht wohl,

im ganzen Körper unbehaglich, hat ein unbestimmtes Gefühl von Kranksein. Seit dieser Zeit ist er in einem offenen Geschäft thätig und von $\frac{1}{2}7$ Uhr Morgens bis $\frac{1}{2}11$ Uhr Abends im Laden beschäftigt. Allmälig haben sich nun bei ihm allerlei echt neurasthenische Beschwerden eingestellt, die er wohl mit Recht auf Ueberanstrengung zurückführt. Er klagt über Kopfdruck, Schwindelgefühl, Hinfälligkeit, Herzklopfen, Heissungergefühl, Magenbrennen, etwas Obstipation, Zittern im Körper und von da aus auch im Kopf. Nachdenken thut ihm weh, er hängt an bestimmten, unwillkürlich auftauchenden Gedanken fest, ohne davon loskommen zu können. Keine Vergesslichkeit.

Allmälig ist nun noch die Empfindung hinzugekommen, als ob er todt herumliefe. Doch trennt er diese Empfindung durchaus von dem Gefühl der Mattigkeit. Er sieht wohl Alles, aber er vermag sich nicht klar zu machen, was er sieht; es kommt ihm seinem Gefühl nach alles nur sehr unvollkommen zum Bewusstsein. Die Welt sieht so anders, dunkel und verschleiert aus. Auch was er sprechen hört, die Stimmen sind dumpfer, undeutlicher, tauber. Wenn er sich an Dinge oder Erlebnisse erinnert, so erscheinen ihm dieselben wie durch einen Nebel, weil er selbst sich wie im Traume vorkommt. Er hat Angstempfindungen wenn er irgendwohin gehen muss, wenn etwas Besonderes von ihm verlangt wird. Er hat keine Angst vor bestimmten Krankheiten, er meint, „man muss so längs krabbeln“, fühlt, dass er so „hinsiecht“, dass er nicht wieder gesund werden kann, hat schon Suicid geplant und erwogen. Angeblich nur wenig Onanie.

Die körperliche Untersuchung ergibt nur etwas Anämie, sonst nichts Abnormes.

Diese 4 Beobachtungen, welche ich besonders im Sinne der 4. noch vermehren könnte, wenn es wegen der Gleichartigkeit derselben nicht zwecklos wäre, stimmen in Bezug auf ihre psychischen Hauptsymptome überein, während die Art ihrer Entstehung einigermaassen verschieden ist. Es ist nichts Neues, was sie bringen; ganz entsprechende Krankengeschichten finden wir schon bei Esquirol und Griesinger¹⁾, welche dieselben gleichfalls der Hypochondrie zurechnen; ferner erwähnt Schäfer²⁾ ähnliche Beobachtungen unter den Patienten Zeller's und den eigenen. Die Kranken fühlten sich wie versteinert, gefühllos, verzaubert, bis an den Kopf in die Erde eingegraben. Sie kamen sich vor wie auf dem Theater, wo sie sich und die Anderen handelnd sahen, ohne dass sie selbst das etwas anginge; sie klagten über Gefühlsleere, sahen alles undeutlich, im Nebel, vermissten bei allem Gesehenen und Gehörten ein Gefühl innerer Bewegung (Gemüthsbewegung!), sinnlicher Wärme, welche sie aus der Erinnerung an ihr gesundes Leben kannten.

1) Cfr. Griesinger l. c. S. 219.

2) Schäfer, Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 36. S. 240.

Sie hatten klares Krankheitsbewusstsein, keinerlei Wahnbildung, die hauptsächlichsten geistigen Fähigkeiten waren erhalten und es bestand wenig Neigung zum Uebergang in Blödsinn. Schäfer rechnet diese Fälle unter die Melancholie und benennt sie Melancholia anaesthetica, Melancholie ohne Wahnvorstellungen.

Neuerdings hat Löwenfeld¹⁾ diesen ähnlichen Symptome unter den psychischen Erscheinungen der Neurasthenie abgehandelt. Und Krafft-Ebing²⁾ hat gleichfalls bei Beschreibung letzterer Krankheit, unter den Anomalien der Apperception, gleichartige Klagen geschildert. Die Kranken kommen sich vor, „als habe sich die Seele vom Körper getrennt“, als wären sie schon „gestorben“, als wären sie „seelenlose Schemen“. Es bestehe eine eigenthümliche Aenderung des Gefühls der Ich-Persönlichkeit, die Reproduction der Vergangenheit sei unbetont, ebenso wie die intracentralen Vorgänge des Denkens, die Kranken lebten „episodenweise in einer traumhaften Augenblicksexistenz“; es bestehe eine förmliche Discontinuität des Bewusstseins der eigenen Persönlichkeit.

Was zunächst bei all diesen Kranken die Symptome selbst betrifft, so finden wir nicht bei ihnen, ich sehe vorläufig von meiner Beobachtung IV ab, die Erscheinungen psychischer Erschöpfung und Reizbarkeit, welche dem Krankheitsbilde der Neurasthenie eigen sind, im Vordergrunde stehen. Sie klagen nicht, dass das Denken ihnen wehe thut, dass sie durch Lesen und überhaupt geistiges Arbeiten Kopfdruck und Schwindelgefühl bekommen, dass sie sehr schnell ermüden, dass sie sich nicht concentrirën können, dass sie zerstreut und gedächtnisschwach seien, dass sie nach jeder geistigen Arbeit schlaflos würden. Sie geben an, dass sie ebenso wie sonst ihre Vorstellungen und Gedanken ordnen können, dass sie Lust haben thätig zu sein, dass sie in der Arbeit sogar Trost und Erholung finden, dass sie nicht leichter als sonst auch ermüden etc. Auch von Reizbarkeit ist bei ihnen nicht zu reden. In Beobachtung 3 wird sogar ausdrücklich angegeben, dass Aerger und Auffahren beim Hinwerfen von Gegenständen, beim Lautwerden der Kinder nicht eintritt, sondern vielmehr Gleichgültigkeit besteht. Auch im Umgang mit anderen Menschen sind solche Kranke nicht leichter gereizt, aufbrausend, sondern vielmehr zurückhaltend, scheu, weinerlich.

Was die Sinnesindrücke bei ihnen anbetrifft, so führen die hierbei bestehenden Anomalien uns überhaupt auf den Kernpunkt der ganzen

1) Löwenfeld l. c.

2) Krafft-Ebing l. c. S. 78.

Veränderungen. Die Kranken sagen nicht, dass Licht sie blende, zu stark sei, dass Geräusche ihrem Ohr wehe thun, zu laut sind etc. etc., sondern alle Wahrnehmungen sind gegen die Norm qualitativ verändert, illusionär transformirt; sie sehen Gegenstände flächenhaft anstatt körperlich, abnorm gross oder abnorm klein, ganz weit weg oder ganz nahe, wie in einen Nebel gehüllt etc.; sie hören die Stimmen der Menschen wie durch einen dicken Pelz hindurch, fremd, verändert, auch Geruchs- und Geschmacksempfindungen dringen erst durch dicke Hinder-nisse hindurch. Und nun ihre Denkthätigkeit, die Empfindung, die sie von ihrer Denkthätigkeit haben, sie ist total verändert; ihre Thätigkeit kommt ihnen mechanisch vor, wie beeinflusst von aussen, die Vorstellung der Spontaneität des Willens, welche Gesunde ihren Willens-handlungen wohl stets hinzussoziiren (cf. Friedmann¹⁾), fehlt ihnen; das Gefühl sinnlicher Wärme, welches mit allen normalen Empfindungen und Vorstellungen verknüpft zu sein pflegt, ist ihnen abhanden gekommen. Wie eine in Bewegung und Thätigkeit gesetzte Maschine fühlen sie sich. Diese Empfindungen drücken auch den Sinneswahrnehmungen ihren Stempel auf, auch ihr Sehen, Hören, Schmecken etc. kommt ihnen mechanisch, „nicht geistig“ empfunden vor. Wir können daher recht wohl von psychischer Parästhesie reden, während die psychische Hyperästhesie Romberg's viel mehr auf das Bild der Neurasthenie passt.

Die psychischen Parästhesien haben nun noch besondere Eigen-schaften bezüglich ihrer Intensität und ihrer Gefühlsbetonung, sowie bezüglich ihres Einflusses auf Bildung von Vorstellungen, sowie auf Knüpfung und Ablauf von Vorstellungsreihen, von Ideenassocationen.

Die psychischen Parästhesien unserer Kranken sind sämmtlich verbunden mit Unlustgefühlen, mit negativer Gefühlsbetonung, sie sind in ihrer Intensität sehr erheblich gesteigert, so sehr, dass sie sich zwangsmässig dem Bewusstsein der Kranken aufdrängen. Wie aber die Zwangsvorstellungen stets in dem Vorstellungsleben der Neurastheniker als etwas Fremdes, Aufgedrängtes, Krankhaftes beurtheilt werden, so auch bei den einfachen Hypochondern die Zwangsempfindungen. Und wie die Neurastheniker sich von ihren etwa bestehenden Zwangsvorstellungen auf der Höhe der Krankheit nicht freimachen können, ebensowenig die Hypochondrer von ihren Zwangsempfindungen.

Die in hochgradigen Fällen ununterbrochene Fortdauer des Ent-stehens und Bestehens von Unlustgefühlen führt zu depressiver Ver-stimmung, wie ja überhaupt jede Stimmung sich als eine Reihe von

1) Friedmann l. c. S. 65.

Lust- oder Unlustgefühlen darstellt. Und ebenso, wie wir das bei manischen oder melancholischen Erregungszuständen zu sehen gewohnt sind, gewinnen die das Krankheitsbild beherrschenden Stimmungs-anomalien auch einen weitgehenden Einfluss auf alle Empfindungen und Wahrnehmungen der Kranken überhaupt, ganz gleich, ob sie ihre Persönlichkeit betreffen oder die Aussenwelt. Auch die Personen der Umgebung der Kranken erscheinen ihnen traurig, die Landschaft öde, die ganze Natur wie todt etc. Die Freude an den Genüssen des Lebens schwindet; denn alle normaliter mit Lustempfindungen verknüpften Wahrnehmungen und Erlebnisse erscheinen zum mindesten unbetont oder meist negativ betont.

Bemerken will ich noch, dass wir in den seelischen und geistigen veränderten Empfindungen unserer Kranken doch eigentlich die veränderte Selbstempfindung par excellence zu erblicken haben, wenn wir bedenken, dass für unser empfindendes Centralorgan schon unser eigener Körper und die ihn betreffenden Empfindungen zur Aussenwelt gehören.

Eine weitere Folge der andauernden depressiven Gemüthslage ist die Entstehung von Angst, ängstlichem Affect, worüber auch all unsere Kranken klagten. Dieselbe hat einen unbestimmten Charakter oder sie gewinnt durch Verknüpfung mit bestimmten Vorstellungen einen bestimmten Inhalt, Angst vor den Folgen ihrer Krankheit, Todesangst. Zuweilen bildet sie auch den Ausgangspunkt der ganzen krankhaften Vorstellungstätigkeit, dadurch, dass hypochondrische Vorstellungen als Erklärungsversuche der Angst zu deuten sind.

Es ist a priori leicht verständlich, dass derartig intensive Veränderungen der Empfindungstätigkeit grossen Einfluss auf das Vorstellen der Kranken ausüben. Da sie ihre Zwangsempfindungen als krankhaft, ihrem normalen Körperzustande fremd wahrnehmen, so ist klar, dass zunächst allgemein die Vorstellung der eigenen Krankheit entsteht. Da nun speciell in unseren Fällen die veränderten Selbstempfindungen den geistigen Antheil der Persönlichkeit betreffen, so entsteht bei ihnen die Vorstellung der Geisteskrankheit oder der Gehirnkrankheit, da ja jedem Laien das Gehirn als Organ der geistigen Thätigkeit bekannt ist. Der Intensität der Empfindungen entsprechend stellen sich die Kranken eine schwere, unheilbare Gehirnkrankheit vor; Patientin I glaubt nicht, dass sie wieder gesund werden könne, Pat. II, dass der Zustand selbst nach dem Tode noch unverändert bleiben würde, Fall III Unheilbarkeit, obwohl sie weiss, dass sie von früheren gleichen Zuständen genesen ist, Fall IV, dass er hinsiechen wird.

Irrelevant ist, glaube ich, welche etwa detaillirteren Vorstellungen

die Kranken sich vielleicht über bestimmte anatomische Processe machen, ob sie meinen, dass das Gehirn sich verflüssige, dass das Nasenseptum nach oben gewachsen sei, dass das Blut im Gehirn nicht circulire oder dass es sich verhärete etc. etc. Jedenfalls bleiben bei einfachen hypochondrischen Irreseinszuständen diese Vorstellungen stets im Bereiche des physisch-Möglichen und ihr jeweiliger Inhalt wird wesentlich bestimmt, durch zufälliges Gerede, das ihnen zu Ohren kommt, zufällige Erörterungen, die sie lesen, zufällige Erlebnisse, deren sie sich erinnern, oder etwaige medicinische Kenntnisse, welche sie besitzen.

Die Knüpfung von Vorstellungsreihen richtet sich inhaltlich ganz nach dem Bildungsgrade der Kranken, nach ihrem Schatze an Erfahrungen, an Erinnerungsbildern. Eins aber ist allen Ideenassocationen gemeinsam, worauf Griesinger, wie vorn erwähnt, hingewiesen hat; das ist in formaler Hinsicht ihre logische, consequente Verarbeitung. Dass der Inhalt der Vorstellungen vorwiegend die Zustände des eigenen Ich's, in unseren Fällen des eigenen Geistes betrifft, also einstönig, arm ist, erklärt sich aus der Empfindungstätigkeit. Und wie die veränderte Selbstempfindung im Empfindungsleben, so nehmen auch die krankhaften Vorstellungen über das eigene Ich unter allen Vorstellungen der Kranken eine dominirende Stellung ein. Sie fügen und zwängen sich in alle Ideenassocationen ein; der Zustand des eigenen Ich's spielt bei allen Urtheilen und Entschliessungen die grösste Rolle. Ferner werden alle im geistigen Leben unserer Kranken vorkommenden, noch innerhalb der physiologischen Breite liegenden, Unregelmässigkeiten im Sinne der hypochondrischen Vorstellungen verwerthet und gedeutet, z. B. erscheint den Kranken das Vergessen eines Namens als sicheres Zeichen fortschreitenden geistigen Zerfalles, ebenso das Unvermögen, sich bestimmter Gesichter klar zu erinnern, obwohl dasselbe den Gesündesten schon schwer fällt, und dergl. m.

Dass Incohärenz im Ablaufe der Ideenassocationen bei einfachen Hypochondern fehlt, erwähnte ich schon. Aber auch eine wesentliche Störung in der Geschwindigkeit des Vorstellungsaufbaues wird bei ihnen in der Regel vermisst. Namentlich fehlt, was bei der negativen Gefühlsbetonung der hypochondrischen Vorstellungen am ersten zu erwarten wäre, eine besondere Verlangsamung derselben. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied gegenüber der Melancholie. Unsere Kranken suchen vielmehr öfter Zerstreuungen und vertragen sie; sie unterhalten sich ohne deutliche Hemmung, im Gegentheil, sie entwickeln ein geschicktes und umsichtiges Raisonnement namentlich, wenn es sich um ihre krankhaften Vorstellungen handelt.

Auf die Handlungen der Hypochonder einzugehen, möchte ich mir

versagen, zumal sie in consequenter Weise aus ihrer veränderten Empfindungs- und Vorstellungstätigkeit abzuleiten sind. Es ist ja zur Genüge bekannt, wie sie ihre Augen, Zunge, Hals im Spiegel besehen, wie sie ihre Excrete durchforschen, wie sie sich verweichlichen, was für grossen Apparat sie häufig gebrauchen, um sich vor Zugluft etc. zu bewahren, wie sie auf medicinische Lectüre erpicht und wie sie therapiewütig sind.

Wie bekannt, spielen unter den psychischen Symptomen der Neurastheniker gleichfalls sogenannte hypochondrische Klagen eine Rolle. Aber in scharf ausgeprägten reinen Fällen ist ein Unterschied doch unverkennbar, worauf von mehreren Autoren schon genügend hingewiesen worden ist (Müller-Wiesbaden, Althauss, Krafft-Ebing u. Andere), bei den Neurasthenikern handelt es sich um nosophobische Erscheinungen, um Furcht vor Krankheiten; sie befürchten je nach dem Wechsel ihrer Beschwerden bald diese bald jene Krankheit, bei Kopfbeschwerden meist Gehirnerweichung oder Gehirnschlag. Während aber bei Hypochondern die Gewissheit geistiger Erkrankung fest in ihrem Bewusstsein fixirt erscheint, gehen recht viele Neurastheniker, die niedergedrückt von der Angst vor hereinbrechender Geistesumnachtung im Sprechzimmer ankommen, nach gelungener günstiger psychischer Beeinflussung erhobenen Hauptes und elastischen Schrittes wieder hinaus. Die Befürchtungen der Neurastheniker sind nur locker geknüpft in ihren Ideenassocationen, gebunden an peripher entstehende Sensationen, und mit diesen gemeinsam verschwindend. Die Vorstellungen der Hypochondrer sind fixe, unabhängig von peripheren Sensationen, vielmehr begründet in einer abnorm veränderten Reactionsweise des psychischen Centralorgans, genuine Hypochondrie Friedmann's¹⁾.

Ich hatte vorn die Frage aufgeworfen, ob diese Vorstellungen primäre seien oder nicht. Wie die Analyse unserer Fälle ergeben hat, liegen ihnen Veränderungen in der Selbstopfindung zu Grunde. Diese sind die primären Veränderungen, auf denen sich die hypochondrischen Vorstellungen aufbauen. Andererseits erzeugen die letzteren wiederum Transformationen irgend welcher neuer Empfindungen des eigenen Körpers und Geistes oder der Aussenwelt im Sinne dieser Vorstellungen selbst.

Dass nun aber die Trennung der Neurasthenie von der Hypochondrie nicht immer so einfach ist, wie es nach Vorstehendem den Anschein hat, dafür ist die vierte Beobachtung ein Beweis unter vielen. Bei diesem Patienten entwickeln sich Symptome namentlich cerebraler Neurasthenie, leichter geistiger Erschöpfbarkeit und Reizbarkeit. Gleichzeitig

1) Friedmann l. c. S. 135.

aber finden wir dieselben Veränderungen der Selbstempfindung, besonders soweit dieselbe den geistigen Antheil der Persönlichkeit betrifft, wie in den anderen Fällen. Es bleibt bei diesem Patienten zweifelhaft und bleibt es bei vielen ähnlichen Zuständen, ob wir es hier im Sinne der vorn citirten Ansicht Binswanger's mit einer Weiterentwickelung der Neurasthenie nach der psychischen Seite zu thun haben oder um eine Complication zweier verschiedener Krankheiten. Darüber würde jedoch nur der Verlauf entscheiden. Was mir aber mehr dafür zu sprechen scheint, das wir es mit der Entwicklung einer typischen Hypochondrie zu thun haben, für welche die Neurasthenie nur das auslösende Moment darstellt, dass ist das Alter des Kranken, welches für den Beginn einer Hypochondrie sehr charakteristisch ist. Ein Vergleich der 4 Fälle ergiebt, dass in allen die Krankheit in der Zeit zwischen ca. 15. und 22. Lebensjahr anfängt. Während im 4. Falle die Neurasthenie die veranlassende Ursache darstellt, ist es in Fall III ein Typhus, in Fall II anscheinend etwas Anämie, wie vielleicht aus der damaligen Medication hervorgeht, oder aber ebenso wie in Fall I fehlt jedes veranlassende Moment und es ist nur die hereditäre Belastung ätiologisch verantwortlich zu machen.

Fall IV ist noch zu jung, um bei Beurtheilung des Verlaufes der Hypochondrie herangezogen zu werden. Die anderen Beobachtungen bestätigen aber die unter einer Reihe von Autoren bestehende Ansicht über die Prognose der Hypochondrie. „Sie entlässt ihren Mann nie dauernd aus ihrem Banne“, sagt Friedmann an der zuletzt citirten Stelle. Im Fall III sehen wir immer von Neuem das ganze Krankheitsbild wieder auftreten, N.B. ohne die geringste Veranlassung, in Fall I und II entlässt die Hypochondrie die Kranken überhaupt seit 20 resp. 30 Jahren nicht aus ihrem Banne. Dabei aber bleiben die Kranken I bis III verhältnissmässig leistungs- und arbeitsfähig, versehen ihren Haushalt oder Beruf vollkommen, wandeln jedoch stets unglücklich und sich selbst ein Rätsel umher.

Andererseits haben sich bei ihnen aber auch keine neuen Krankheitsscheinungen hinzugesellt. Es ist trotz der langen Krankheitsdauer keine merkliche Abnahme der Intelligenz eingetreten, keinerlei Wahnideen auf anderen Gebieten, also keine Selbstbeschuldigungen, keine Erscheinungen von Nihilismus, ferner keinerlei Hallucinationen etc. haben sich gebildet.

Welch deutliche Unterschiede also nach der einen Richtung gegenüber der Neurasthenie, welche gerade bei den hereditären, langdauernden Formen die psychische und physische Leistungsfähigkeit auf ein Minimum herabsetzt, und nach der anderen Richtung gegenüber der Melancholie

mit ihren Wahnideen über den eigenen Unwerth und die schuldhaften Beziehungen zur Umgebung und mit ihrer dabei doch so sehr günstigen Prognose!

Auf eine merkwürdige Uebereinstimmung der Hypochondrie und Melancholie in manchen Fällen möchte ich noch hinweisen, sie betrifft den Beginn der Krankheit. In unserem Fall I und II wird übereinstimmend angegeben, dass dem eigentlichen hypochondrischen Zustande ein kurzes Stadium heiterer, maniakalischer Erregung vorhergegangen sei. Die erste Kranke bezeichnete es als Galgenhumor. Dass dasselbe bei der Melancholie nicht gar so selten der Fall ist, ist bekannt.

Weniger strittig sind wohl diejenigen Krankheitszustände bezüglich ihrer Zugehörigkeit zur Hypochondrie, welche nicht den geistigen, sondern den körperlichen Anteil der Persönlichkeit betreffen. Ich will mich daher bei ihrer Schilderung kurz fassen, zumal auch die Verhältnisse im Grossen und Ganzen analoge sind, wie in der ersten Gruppe.

Beobachtung V. Frau H. aus Altona, 33 Jahre alt, erblich angeblich nicht belastet(?), verheirathet, 4 Geburten, davon die letzte Ende 1897. Sie war schon längere Zeit etwas zur übertriebenen Selbstbeobachtung geneigt, sonst aber gesund. Im September 1896 begannen ihre Krankheiterscheinungen. Sie bekam leichte vorübergehende Beschwerden in der rechten Bauchhälfte (wie wenn etwas im Leibe von oben heruntergefallen sei), anscheinend von einer Wanderniere ausgehend; wegen einer entfernten Ähnlichkeit mit Schwangerschaftsbeschwerden wurden dieselben von ihr in diesem Sinne gedeutet. Seitdem hatte sie stets die Empfindung gravide zu sein und weder die Regelmässigkeit der Menses, noch das Schlankbleiben des Leibes brachte sie von ihren Vorstellungen ab. Sie wurde inzwischen wirklich gravid und gebar Ende 1897. Gleichwohl blieb sie bei ihrer Ansicht, dass sie ausserdem noch vom September 1896 her in anderen Umständen sei; sie fühlte Kindsbewegungen, Wehen, wunderte sich, dass das Kind gar nicht stärker wachse. Sie ärgerte sich über die Aerzte, die ihr stets versicherten, sie sei gar nicht gravid; sie wollte gerichtlich vorgehen, um durch die Richter die Aerzte zwingen zu lassen, eidlich auszusagen, was mit ihr sei; dann würde ihr gewiss ihre Schwangerschaft bestätigt werden. Sie hat gehört, dass schon öfter Früchte abnorm lange im Leibe geblieben und zu Steinkindern geworden seien.

Die Untersuchung ergab keinerlei körperliche Anomalien, guten Ernährungszustand. Die Kranke drängte zu einer Operation, eher würde sie doch nicht gesund. Sie wusste auch schliesslich einen Arzt zur Vornahme einer solchen zu überreden, wurde Anfang Mai 1898 chloroformirt und wahrscheinlich eine Auskratzung des Uterus bei ihr vorgenommen. Am Tage nach der Operation fühlte sie sich frei von allen Schmerzen; es war ihr suggerirt worden, sie müsse sich ja ordentlich erleichtert fühlen, nachdem ihr so viel entfernt worden sei. Sie begann noch eine Mastkur durchzumachen, aber schon

am zweiten Tage nach der Operation fingen wieder abnorme Empfindungen im Leibe an aufzutreten. Ende Mai kam sie wieder zu mir, erzählte mir ersfreut, das Kind sei sie nun los; aber sie habe wieder so sonderbare Empfindungen im Unterleibe, da müsse sich wohl nach der Operation das Blut festgesetzt haben und sie hätte nun einen grossen Blutklumpen im Leibe; der ganze Leib sei anschwellen. Sie ist darüber unglücklich und hat sich in erneute Behandlung begeben.

Ihre Intelligenz ist übrigens nicht glänzend; man kann sie zwar nicht als schwachsinnig bezeichnen, aber als etwas beschränkt. Ihren Hausstand soll sie stets nur mässig versehen haben, im An- und Auskleiden ist sie entsetzlich langsam und ungeschickt. Eigentliche Depression besteht nicht, hingegen missmuthig-zornige Erregung, also gleichfalls negative Gemüthslage. Ihr ganzes Fühlen und Denken beschäftigt sich nur mit ihren krankhaften Zuständen. Sie läuft von einem Arzt zum anderen, verweigert seit ihrer letzten Entbindung ihrem Manne den Coitus.

Beobachtung VI. Frau R., Ingenieursgattin aus Ottensen, 32 Jahre alt, erkrankte Mitte 1897 an einer Nierenentzündung, welche sie im Allgemeinen körperlich herunter brachte. Infolge von Anämie, mangelhafter Ernährung und Bewegung bekam sie allerlei nervöse Schmerzen neuritischer Art, namentlich in den Beinen, weniger in den Händen, dazu Kreuzschmerzen. Neujahr 1898 gründete ihr Mann ein neues Unternehmen. Sie hatte grosse Angst, ob Alles gut gehen würde, schliess schlecht, weinte viel. Da tauchte bei ihr ziemlich unvermittelt die Vorstellung auf, Tabes zu haben. Sie verschaffte sich populär-medizinische Schriften, studirte die Conversationslexica und arbeitete unbewusst energisch darauf hin, ihre hypochondrische Vorstellung immer mehr zu fixiren. Nicht durch das übereinstimmende Urtheil mehrerer Aerzte liess sie sich von ihrem Irrthum überzeugen; denn sie fühlte ja, wie sie klagte, dass ihr Rücken immer schwächer wurde, dass ihre Beine von unten her abstürben u. dergl. m. Sie war tief deprimirt, schliess nicht, redete zu Jedem nur von ihrer Krankheit, war unfähig ihrem Hausstand vorzustehen und sah ihren Tod vor Augen. Die negative Gefühlsbetonung, welche mit den Empfindungen und Vorstellungen ihres eigenen Körpers verknüpft war, übertrug sich auch auf ihre Beurtheilung ihrer äusseren Lage. Sie glaubt, dass das Geschäft schlecht geht, obwohl dies gar nicht der Fall ist, dass ihr Mann ihr nur seine Sorgen verborge. Der Zustand dauert jetzt, Ende Mai, unverändert fort. Die körperliche Untersuchung ergab nur geringe Ungleichheit der Achillessehnenreflexe, hie und da an den Beinen leichte Abstumpfung der Berührungsempfindlichkeit.

Die Krankheitsbilder können selbstverständlich ganz ungeheuer variiren, da der Inhalt der hypochondrischen Vorstellungen sehr mannigfaltig sein kann. Es hat keinen Zweck, an dieser Stelle hierüber allzuviel Worte zu verlieren. Auffallend und charakteristisch ist bei all diesen somatischen Hypochondern, dass äusserst geringe Anlässe, gelegentliche periphere Sensationen, die Selbstempfindung und zwar den körperlichen Anteil derselben so von Grund aus ändern, dass ausge-

prägte fixe Vorstellungen von Krankheit entstehen, welche jeder logischen Kritik unzugänglich sind. Der Grund für dieses Verhalten liegt namentlich in der Beobachtung VI klar zu Tage; die Sensationen allein haben gar nicht den hypochondrischen Zustand bedingt, sondern in der Hauptsache die Angstempfindungen und Sorgen, die seelischen Momente. Sie haben eine krankhafte Gemüthsveränderung hervorgerufen und das so krankhaft veränderte Centralorgan hat auf leichte abnorme Reize krankhaft reagirt, sie krankhaft verarbeitet, in die Peripherie projicirt, zu veränderten Organempfindungen und zu veränderten Vorstellungen über den Körperzustand, die auch hier wieder wesentlich ihrer Art nach mitbestimmt werden von dem Bildungsgrad der Kranken und zufälligen Erlebnissen.

In Analogie zu der ersten Gruppe von Hypochondern scheint es mir richtig, auch bei diesen anzunehmen, dass primär die Empfindungstätigkeit verändert wird und darnach erst die Vorstellungstätigkeit. Während die letztere aber bei der ersten Gruppe, wie wir gesehen haben, naturgemäß nur das Gehirn und die Geisteskräfte umfasst, also ziemlich einförmig ist, zeigt sie bei dieser Gruppe einen grossen Wechsel entsprechend der Menge der einzelnen Organe und Organfunktionen, auf welche sich die veränderte Empfindung erstrecken kann.

Gemeinsam ist auch beiden Gruppen die Gleichmässigkeit des Krankheitsbildes. Die Kranken fürchten nicht wie die Neurastheniker heute dieses, morgen jenes. Immerhin kann auch einmal ein Neurastheniker recht fest von dem Bestehen einer bestimmten Krankheit überzeugt sein und es ist zuzugeben, dass in nicht gar so seltenen Fällen die Differentialdiagnose eine recht schwierige sein kann. Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass bei Neurasthenischen die wirklichen Beschwerden zum mindesten den nosophobischen Zuständen einigermassen adäquat, häufig aber noch viel erheblicher sind, während bei Hypochondern entsprechende Sensationen oder Schmerzen ganz fehlen können oder jedenfalls nicht in einem annähernden Verhältniss zur Schwere der vorgestellten Krankheit stehen.

Uebrigens auch bei den somatischen Hypochondern gehen die Vorstellungen nicht über das physisch-Mögliche hinaus, solange nicht bestimmte andere, später zu erwähnende Momente hinzukommen. Mannigfaltiger als bei der ersten Gruppe sind ihre aus den krankhaften Vorstellungen entspringenden hypochondrischen Handlungen, welche ja nur die logisch geknüpften Endglieder ihrer auf krankhafter Anfangsvorstellung basirenden Ideenassoziationen bilden. Kranke, welche fühlen und glauben, dass ihnen der Darm zuwächst, essen nicht, andere sprechen nicht, wieder andere gehen nicht, weil sie bei ihren lockeren Gelenken

auseinander zu fallen fürchten und dergl. m. Eine Dame sass im Bett aufrecht und machte zeitweilig Minuten lang excessive Beugebewegungen des Rumpfes, weil sie fühlte, wie ihre Wirbelsäule vollständig zu einem Knochen verwachsen wollte. Ein anderer machte Kneifbewegungen der Augenlider, weil er fühlte, dass seine Augen aus den Höhlen heraus treten wollten. Beide Zustände sind unter die sogenannten hypochondrischen Anfälle zu rechnen, welche im Sinne von Abwehrbewegungen aufzufassen sind.

Unter einfachen Hypochondern, unter einfachem hypochondrischen Irresein verstehen wir sonach eine Krankheit, bei welcher die Empfindungen und Wahrnehmungen des eigenen Körpers und Geistes, sowie secundär auch die der Aussenwelt verändert, illusionär transformirt erscheinen, dabei in ihrer Intensität erhöht oder vermindert sind. Begleitet sind dieselben stets von negativen Gefühlstönen, d. h. Unlustempfindungen. Diese veränderte Selbstempfindung und Empfindung der Aussenwelt entsteht entweder primär durch krankhafte functionelle Vorgänge in cerebro oder secundär nach irgend welchen abnormen Sensationen in der Peripherie. Sie führt infolge ihrer dominirenden Stellung unter den Empfindungen des Kranken überhaupt zu zwangsmässiger Richtung des Vorstellungsinhaltes auf das eigene Ich und unter Vernachlässigung anderer vorher geläufig gewesener Vorstellungsreihen zu abnormer Vorstellungssarmuth. Die krankhaften Vorstellungen halten sich in den Grenzen des physisch-Möglichen. Infolge Einfügung dieser dominirenden Empfindungen und Vorstellungen in alle Ideenassocationen des Kranken wird auch auf diese die negative Gefühlsbetonung übertragen, und auch diejenigen Wahrnehmungen und Vorstellungen, welche sich nicht mit dem eigenen Körper oder Geist beschäftigen, verbinden sich mit Unlustgefühlen. Wir legen somit das Hauptgewicht auf die veränderten Empfindungen des Kranken und sehen hierin das ursprüngliche Wesen der Hypochondrie, wie das auch schon Romberg und später namentlich Hitzig¹⁾ in ihren citirten Definitionen thaten, während Griesinger die veränderten Vorstellungen und Jolly die depressive Gemüthsstimmung in den Vordergrund rückten.

1) Cfr. l. e. S. 99: Ueber den Mechanismus der Entstehung hypochondrischer Vorstellungen.

Der mir zur Verfügung stehende beschränkte Raum verbietet mir, mich so eingehend zum Kapitel der Hypochondrie zu äussern, wie es wohl nothwendig wäre. Einige sehr wichtige Punkte muss ich jedoch wenigstens noch andeuten, wenn nicht meine ganze bisherige Erörterung in falschem Lichte erscheinen soll.

In vielen Fällen, wie auch in den von mir vorn angeführten, bleibt das Krankheitsbild im Ganzen unverändert; nur nimmt die Vorstellungsräumlichkeit immer mehr zu und das Interesse an den Vorgängen der Außenwelt ab. Zwei Momente sind es aber, die einen wesentlichen Umschwung im ganzen Symptomenbilde hervorrufen, wie sie ja allgemein auf die jeweilige Gestaltung jeder geistigen Erkrankung einen hervorragenden bestimmenden Einfluss ausüben, das sind stärkere affective Störungen und andererseits die geistige Schwäche.

Es ist hinreichend bekannt, wie modifizierend ein heiterer wie trauriger Affect auf den Inhalt und Ablauf sowohl wie auf die Cohärenz von Vorstellungen einwirkt; betrachten wir also gleich in specie die Einwirkung des traurigen und namentlich des Angst-Affectes auf den Vorstellungsinhalt der Hypochonder. Verhältnissmässig selten entwickeln sich bei den Kranken Vorstellungen des Beachtetwerdens; sie meinen, andere Leute müssten ihnen die Veränderungen, die mit ihnen vorgegangen sind, ansehen und anmerken; sie werden scheu, ziehen sich von dem Verkehr zurück und so weiter. Wichtiger sind vielmehr die melancholischen Formen der Hypochondrie, bei denen sich zu den Vorstellungen des Krankseins noch diejenigen des Kleinheitswahns hinzugesellen. Die Kranken glauben dann, ihre Krankheit sei eine Schickung des Himmels, sie hätten sie verdient, selbst verschuldet, entweder als Strafe für Nachlässigkeiten im Beruf, oder als Folgen von früheren Ausschweifungen u. dergl. m. Sie seien schlecht, unwürdig, schuld daran, dass Alles zu Grunde gehe, dass die ganze Umgebung mit unglücklich werde. Dazu kommen eventuell Sinnestäuschungen (Polizisten, die sie holen wollen etc.), ferner Lebensüberdruss und Suicid-Versuche. Es tritt dann manchmal die ursprüngliche Hypochondrie mehr weniger in den Hintergrund und es bleibt das vorwiegende Bild der Melancholie mit einer allerdings gegenüber der typisch beginnenden Melancholie wesentlich verschlechterten Prognose. Ein kurzes Beispiel:

Beobachtung VII. Frau B., Architektengattin aus Hamburg, 21 Jahre alt, erblich belastet, war bisher gesund, ist seit $1\frac{1}{4}$ Jahr verheirathet. Die Pflichten des jungen Ehestandes, die Sorgen um die Häuslichkeit wuchsen ihr nun sehr bald über den Kopf, sie fühlte sich ihren Aufgaben nicht gewachsen. Es stellte sich Angst ein und sie fühlte sich körperlich unbehaglich. Ihren

Kopf empfand sie als hohl, die Zunge geschwollen, ebenso die Hände; im Munde hatte sie einen schlechten Geschmack, der von einem Geruch kam, der aus dem Unterleibe aufstieg. Sie hielt sich für unterleibsleidend, fing an zu grübeln und fand als die Ursache ihrer Krankheit bald frühere Masturbation heraus. Nun begannen die Selbstanklagen, sie sei eine kranke Frau, das grösste Unglück für einen Mann, Alles werde durch sie unglücklich und zu Grunde gehen, sie werde nie wieder froh werden. Sie bekam eine schwere Melancholie, die sie in einer Anstalt durchmachte. Ganz gesund soll sie aber auch jetzt, nach einem Jahre, noch nicht wieder sein.

Verschieden von diesen Krankheitsbildern sind die Fälle von typischer Melancholie, in deren Verläufe hypochondrische Klagen und Vorstellungen auftauchen, die aber keineswegs fixirt, sondern vielmehr oberflächlich und wechselnd sind, wie die Nosophobie bei Neurasthenie.

Was zweitens die geistige Schwäche anbetrifft, so ist ja bekanntlich der Begriff derselben noch Gegenstand von Controversen. Ich verweise bezüglich dieses Punktes auf die klassischen Erörterungen Hitzig's¹⁾, welche eine entsprechende Anwendung auch auf unser vorliegendes Thema gestatten. Die schwachsinnige Hypochondrie entwickelt sich in der gleichen Weise, wie die einfache; da sie aber kein vollsinniges Individuum betrifft, sondern ein geistig minderwertiges, so werden die Vorstellungen in erster Linie, und dann namentlich die Associationen, als Ausdruck aller geistiger Thätigkeit, die Merkmale der Schwäche an sich tragen. Diese Charakteristika sind einmal die Ungeheuerlichkeit der hypochondrischen Vorstellungen, welche inhaltlich weit über das physisch Mögliche hinausgehen, und dann die mangelhafte Motivirung bei der Verknüpfung von Empfindungen und Vorstellungen. Da nun Schwachsinnige wenig Interesse für und wenig Klarheit über den geistigen Anteil ihres Ich's besitzen, so ist verständlich, dass die schwachsinnigen hypochondrischen Vorstellungen thatsächlich wohl nur den körperlichen Anteil der Persönlichkeit betreffen. Ebenso ferner, wie der Uebergang von der Vollsinnigkeit zum geistigen Defect kein scharfer, sondern ein durchaus fliessender ist, so auch der Uebergang der jedesmaligen Vorstellungen zu einander. Die Kranken empfinden und glauben, dass sie anstatt Gehirn einen Brei oder Stroh im Kopf haben, dass das Rückenmark zur Gestalt eines Bindfadens zusammengetrocknet sei, dass der After verschlossen und daher schon einige Sack Kartoffeln im Leib aufgesammelt seien, dass sie selbst auf die Grösse von einigen Millimetern

1) Hitzig l. c. S. 87 ff.

zusammengeschrumpft seien, dass ihre Beine aus Glas beständen, dass in ihren Adern Spülwasser fliessে, unter der Haut Spinnen ließen, im Magen Frösche umhersprangen etc. etc. Dass es natürlich unsinnig wäre, wenn man erst von geistiger Schwäche reden wollte, wenn jede Motivirung fehlte¹⁾, ist klar. Denn nicht der Mangel der Motivirung, ein Symptom des hochgradigsten Blödsinns, sondern vielmehr die ungenügende Motivirung, der Mangel an kritischem Urtheil bei gleichzeitigem Fehlen von erheblicheren Affectzuständen und von ausgeprägter Verwirrtheit ist charakteristisch für Schwachsinn. Hierher gehört schon das Raisounement: ich habe Kriebeln unter der Haut, folglich habe ich Spinnen, die unter ihr entlang laufen.

Wo nun die eigene Kritik bei der Knüpfung von Vorstellungen fehlt, da besteht auch wenig Empfänglichkeit und Zugänglichkeit für von Anderen geübte Kritik. Auch diese inhaltlich monströsen Vorstellungen der schwachsinnigen Hypochondrier sind daher in weitgehendster Weise fixirte, mehr noch als die der einfachen Hypochondrier. Andererseits ist die Intensität der negativen Gefühlsbetonung dieser Vorstellungen weniger hochgradig als bei den einfachen Hypochondern, wie ja überhaupt die Stimmungsanomalien der Schwachsinnigen, wenn sie sich nicht gerade in einem hallucinatorischen Erregungszustande befinden, sich in einer geringeren Breite bewegen, als bei Vollsinnigen.

Aus Vorstehendem geht schon hervor, dass ich mich mit dem Standpunkte verschiedener Autoren, z. B. v. Krafft-Ebing in den vorn citirten Bemerkungen, Sommer in seinem Lehrbuch der Psychiatrie und Anderer, nicht befrieden kann, wenn dieselben zur Psychose Hypochondrie nur Fälle rechnen, bei denen die Art der Wahnvorstellungen in Folge ihres monströsen Inhaltes den Eindruck und die Berechtigung der Annahme von schweren psychischen Degenerationserscheinungen gestattet. Wir haben festzuhalten, dass jede Psychose in ihrer Erscheinungsweise verschieden ist, je nachdem sie geistig Minderwerthige oder Vollwerthige befällt. Ebenso aber, wie wir die einfache Melancholie mit der Melancholie der Schwachsinnigen vereinigen und nicht mit depressiven Angstzuständen der Neurasthenischen, so gehört auch die einfache Hypochondrie zusammen mit der schwachsinnigen Hypochondrie und nicht mit den nosophobischen Erscheinungen der Neurasthenie, (oder wir nähern uns dem mit Recht verurtheilten Standpunkt Arndt's). Die Kluft zwischen Neurasthenie und Hypochondrie ist eine deutlich erkennbare, während eine solche Kluft zwischen

1) Ziehen l. c. S. 105.

einfacher und schwachsinniger Hypochondrie ebensowenig besteht, wie zwischen geistiger Vollwerthigkeit und Minderwerthigkeit. Vielmehr existiren hier wie dort die denkbar feinsten Uebergänge in ununterbrochener Reihe.

Die Abgrenzung der schwachsinnigen Hypochondrie nach der Seite der hypochondrischen Formen der Paranoia und der Dementia paralytica kann ich mir ersparen. Jedenfalls halte ich es nicht für richtig, die Fälle schwachsinniger Hypochondrie in das Gebiet der Paranoia aufzunehmen, aus den gleichen Gründen wie den eben bezüglich Neurasthenie und einfacher Hypochondrie erörterten. Wie schon Jolly hervorgehoben hat, beginnt das Gebiet der Paranoia erst mit dem Auftreten der Wahnideen der Beeinflussung von aussen und der Selbstüberschätzung.
