

Schmerzen als Frühsymptome der Dementia praecox.

Von

H. Haymann (Badenweiler im Schwarzwald).

Assistent in Freiburg von 1907 bis 1911.

(Eingegangen am 23. März 1925.)

Die folgenden kurzen Ausführungen entstammen dem Gesichtskreis des „praktischen Nervenarztes“. Theoretische Fragen wollen sie nicht lösen und nur andeutungsweise aufwerfen.

Als ein bescheidener Beitrag zu einer *Hoche*-Festschrift scheinen sie mir insofern geeignet, als sie eine Reihe von Problemen berühren, die *Hoche* selbst bearbeitet hat, und weil sie einen gewissen Zusammenhang haben mit meinen eigenen früheren Veröffentlichungen, die aus der *Hocheschen* Klinik hervorgegangen sind, und deren grundsätzliche Bedeutung ich nachher zusammengefaßt habe in meiner Arbeit über „Körperliche Zeichen bei Geisteskrankheiten“ (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 27).

Die Beobachtungen, die diesen Ausführungen zugrunde liegen, drängten sich mir mit überwältigender subjektiver Beweiskraft auf, und zwar so gehäuft innerhalb kurzer Zeit, daß ich mich selbst immer wieder fragen mußte, ob das ein Zufall sei und nicht viel eher verschuldet durch ein früheres Drüberhinwegsehen. Die zweite Annahme schien mir wahrscheinlicher. Das Armutszeugnis, das ich mir damit ausstelle, traf aber offenbar nicht mich allein; sonst sähe ich keinen Grund, es zu veröffentlichen. Vielmehr wurden die Fälle, die ich hier erwähnen möchte und die mir schließlich den wahren Sachverhalt gezeigt haben, mir samt und sonders von Fachgenossen zugewiesen, teils mehr psychiatrisch, teils mehr internistisch eingestellten, jedenfalls solchen mit großer Erfahrung an nervösem Krankenmaterial — und keiner der Fälle war richtig erkannt worden. So rechtfertigt es sich wohl, auf sie hinzuweisen.

Alle Fälle mit allen Einzelheiten hier wiederzugeben, würde sich nicht lohnen. Es mag eines zusammenfassend vorweggenommen sein, nämlich: daß an einer Dementia praecox schließlich in keinem der Fälle mehr zu zweifeln war; der Verlauf bestätigte jedesmal die von mir entweder gleich nach der ersten eingehenden Untersuchung oder doch schon bald darauf geäußerte Vermutung, daß es sich um eine beginnende Dementia praecox handle.

Von *einer* Form des Schmerzes wissen wir es ja längst, daß er Auftakt jenes Leidens sein kann: vom *Kopfschmerz*. (Führte er nicht selbst zum Arzt, so erfuhr dieser doch später oft von diesem Symptom, wenn er nach ausgebrochener Psychose die Anamnese erhob.) Daß auch der Kopfschmerz vielfach in dieser seiner Bedeutung anfangs verkannt wird, zeigt immer wiederkehrende Erfahrung. Es ist ja leichter, schnell ein Mittelchen aus der Apotheke holen zu lassen und damit zunächst einmal Patienten und Angehörige zu beruhigen, als dem ersten Wetterleuchten nachzuspüren, das zumeist schon recht bald auch auf seelischem Gebiete zu erkennen ist, wenn jene Beschwerden erst einmal in Erscheinung getreten sind. Wie dieser Kopfschmerz der Anfangsstadien aufzufassen sei, das ist noch nicht entschieden, aber man fühlt sich diesen Fällen gegenüber unwillkürlich zu der Auffassung gedrängt, daß dieser initiale Kopfschmerz mit seiner elementaren Erscheinungsweise irgendwie organisch bedingt sein müsse, zusammenhängend mit den im Gehirn sich abspielenden Veränderungen (so wie die Kopfschmerzen der Luetiker, der Initialparalytiker, der Arteriosklerotiker usw.). Ob der initiale Kopfschmerz der Schizophrenen seiner Form nach irgend etwas Charakteristisches hat, was ihn gleich in seiner besonderen Bedeutung erkennen ließe, das ist wohl auch noch nicht sicher entschieden und ist wohl eher zu verneinen; das eben hervorgehobene Elementare seines Auftretens teilt er mit manchem andern organischen Kopfschmerz und auch mit gewissen Migräneformen. Am ehesten scheint mir charakteristisch für den initialen schizophrenen Kopfschmerz die Stellungnahme des Kranken selbst zu seinem Schmerz, d. h. der mangelnde Affekt gegenüber den doch recht erheblichen Beschwerden: wie etwas Schicksalsmäßiges, Unentrinnbares, geradezu Selbstverständliches werden diese Kopfschmerzen oft hingenommen; der Schizophrene beklagt sich über seinen Kopfschmerz, aber er klagt nicht darüber — wenigstens in einem Teil der Fälle.

Von anderen Schmerzen wissen wir, daß sie *im Verlauf* einer Dementia praecox wohl einmal vorübergehend auftreten können. Namentlich *Bleuler* hat sie (in seiner Monographie über die Schizophrenien) erwähnt, und er spricht dabei von Halluzinationen der Körperempfindung, bezeichnet sie geradezu als — neben den Gehörstäuschungen — charakteristisch für die Schizophrenie, wobei es, wie er sagt, irrelevant sei, ob man von Halluzinationen oder Illusionen reden wolle. *Bleuler* betont, daß diese Halluzinationen oft anfallsweise auftreten, besonders in den Dämmerzuständen und in den akuten halluzinatorischen Erregungszuständen; sie steigern sich, wenn die Kranken sich selbst überlassen sind, werden aber durch Ablenkung vermindert; sie können durch abnorme körperliche Zustände ausgelöst werden, etwa durch einen überfüllten Magen, durch Spannung in den Gedärmen, Sekretansammlung in den Bronchien.

Diese von *Bleuler* beobachteten und geschilderten Schmerzen mögen letzten Endes wesensgleich sein mit denen, auf die hier die Aufmerksamkeit gelenkt werden soll. Was mich trotzdem veranlaßt, von diesen überhaupt zu sprechen, das ist *die praktische Frage*, die zusammenhängt mit der Zeit, in welcher die Schmerzen auftreten. Es ist praktisch ein großer Unterschied, ob die „Körperhalluzinationen“ im Verlaufe einer Psychose bei einem bereits anstaltsbedürftig gewordenen Kranken auftreten oder aber bei einem im Leben stehenden, berufstätigen „Gesunden“, der eben über irgendwelche Schmerzen klagt, die er sich nicht erklären kann und die — gewöhnlich auch sein Arzt sich nicht erklären kann. Gerade hierin liegt auch ohne weiteres die Erklärung dafür, warum auf die Bedeutung der Schmerzen als *Initialsymptom* bisher, soviel ich sehe, nicht hingewiesen worden ist: der Anstaltspsychiater, der den Fall später zu sehen bekommt und ihn diagnostisch einzureihen vermag, hört und sieht gewöhnlich nichts mehr von jenen Anfangserscheinungen, und wird ihm davon gesprochen, so kann er, falls er überhaupt Wert auf diese Mitteilungen legt, nicht mehr feststellen, ob jene zurückliegenden subjektiven Erscheinungen nicht doch vielleicht objektiv begründet waren, welchen Charakter sie hatten; der praktische Arzt, zu dem der Kranke mit seinen ersten Beschwerden geht, sieht aber den weiteren Verlauf nicht oder denkt nach dem Ausbruch der eigentlichen Geisteskrankheit nicht mehr an vielleicht bestehende Zusammenhänge zwischen dieser und jenen alten Klagen seines Patienten. Ohne weiteres ist aber klar, wie wichtig es ist, auf das „erste Wetterleuchten“ zu achten, hier bei der *Dementia praecox* ebenso wie bei der Paralyse, bei der es mit Recht immer wieder betont und in seinen Erscheinungsweisen beschrieben worden ist.

Die 4 Fälle, die mein Ausgangsmaterial bildeten, 2 Männer und 2 Frauen, waren mir, wie erwähnt, alle von fachärztlicher Seite überwiesen worden. In keinem der Fälle war der Verdacht einer *Dementia praecox* geäußert worden, vielmehr lautete die Diagnose zweimal Neurasthenie, einmal nervöser Erschöpfungszustand, einmal psychopathische Konstitution hysterischer Färbung.

In der Tat konnte das sich bietende Zustandsbild auf den ersten Blick sehr wohl neurasthenisch oder hysterisch anmuten. Bei den Männern trat mehr ein neurasthenisches Gesamtgepräge hervor, bei den Frauen mehr ein hysterisches, wenn wir für jenes die geklagte starke Ermüdbarkeit und die leichte traurige Verstimmung, für diese eine gewisse Geziertheit des Wesens als charakteristisch gelten lassen wollen. Bei allen war eine Einbuße auf intellektuellem Gebiet, eine Störung des Gedankenablaufs nicht nachweisbar, und das äußere Auftreten war durchweg unauffällig, soweit nicht eben die Schmerzen das Bild beherrschten. Wahnideen waren zunächst in keinem Falle vor-

handen; wohl aber zeigten sich gewisse Ideen als überwertig: bei den beiden Männern die Idee, schwerkrank zu sein (die freilich in anderm Sinne den Tatsachen entsprach), bei den beiden Frauen (wohl sicher nur mit zufälliger Übereinstimmung) die Idee, aus dem Rahmen ihrer Familie herauszufallen, von den Angehörigen infolgedessen nicht verstanden zu werden (was sich allerdings wiederum mit den Tatsachen deckte oder wenigstens aus ihnen heraus verständlich war). Bei allen 4 Patienten war auch von Sinnestäuschungen nichts nachweisbar außer den „Körperhalluzinationen“, die eben als Schmerz registriert wurden. Keiner besonderen Erwähnung bedarf es, daß Störungen der Besonnenheit in keinem Falle vorlagen; sie wären ja sicher von den Angehörigen oder doch von den früheren Ärzten als psychotisches Symptom entdeckt und gewertet worden.

Die Schmerzen, das in die Augen fallende Symptom, traten unter verschiedenen äußeren Umständen und in der verschiedensten Form auf. In keinem Falle bestanden sie ununterbrochen. Immer war der Schlaf erheblich beeinträchtigt, und es zeigte sich dabei, daß die üblichen Schlafmittel, in bescheidener Dosierung, jeweils auch Befreiung von den Schmerzen brachten; nie wurden Narkotica der Morphingruppe notwendig.

Beim ersten Falle, Fräulein A., traten zuerst während einer Wanderung heftige Schmerzen in den Beinen auf, so daß der Rückweg nicht mehr zu Fuß gemacht werden konnte. Ein sofort aufgesuchter Arzt nahm Überanstrengung bei leichtem Plattfuß an und gab entsprechende Verordnungen; die Schmerzen besserten sich nicht; antirheumatische Mittel brachten gleichfalls keinen Erfolg. Schließlich waren die Schmerzen mit einem Schlage verschwunden, beschäftigten aber die Kranke immer wieder. Nach und nach stellten sich andere nervöse Zeichen ein, die vom Facharzt allgemein als Ausdruck einer psychopathischen Konstitution gedeutet wurden. Noch ehe ihr Charakter klar erkennbar geworden war, traten neue Schmerzen auf, und daß jene ersten, schwer zu deutenden Schmerzen ihrem Wesen nach diesen jetzt aufgetretenen an die Seite zu stellen waren, das ging aus einer Bemerkung der Kranken hervor, mit welcher diese ihre Klagen nunmehr vorbrachte; sie sagte: „Jetzt habe ich im Hals die gleichen Schmerzen wie früher in den Beinen.“ Ein Befund war auch jetzt nicht zu erheben. Nach einigen Tagen waren die Halsschmerzen, denen die Kranke selbst ein großes Gewicht beigelegt hatte, spurlos verschwunden. Aber gleich darauf, diesmal ohne längere Pause, traten Magenschmerzen auf, und wieder erklärte die Kranke: „Jetzt habe ich im Magen Schmerzen, wie ich sie früher in den Beinen und im Halse gehabt habe“. Dann kamen, einige Tage darauf, heftige Schmerzen in der Herzgegend, schließlich Schmerzen in den Zähnen, und jedesmal erkannte die Kranke darin „ihre“ Schmerzen. Zeitweilig bestanden Schmerzen in verschiedenen Organen gleichzeitig oder in raschem Wechsel nacheinander, so daß die sehr gebildete Patientin ein paarmal erklärte, sie müßte eigentlich über sich selbst lachen, wenn die Schmerzen nicht gar so quälend wären.

Die zweite Patientin, Frau B., hatte vor Jahren einmal eine Psychose durchgemacht, die damals von sachverständiger Seite als Dementia praecox angesprochen worden war. Sie war mittlerweile längst völlig gesund geworden, hatte ungefähr 12 Jahre lang auf schwerem Posten hochwertige Arbeit geleistet, hatte

vor 5 Jahren geheiratet, war der Umgebung in keiner Beziehung aufgefallen, so daß auch der Hausarzt der Meinung der Familie zustimmte, die frühere Diagnose müsse ein Irrtum gewesen sein. Nun erkrankt sie eines Tages während eines Besuchs bei Freunden aus heiterem Himmel heraus an sehr lästigen Herzsymptomen, die vom Arzt sofort als „nervös“ bezeichnet werden. Sie weichen aber der üblichen Therapie der Herzneurosen nicht und werden von der Kranken noch geklagt, als sie „zur Erholung“ mir überwiesen wird. Die Art, wie die Klagen vorgebracht werden, macht mir einen verdächtigen Eindruck, und es dauert auch nicht lange, da treten an die Stelle der Herzbeschwerden Stiche im Rücken; sie treten so heftig auf, daß die sonst sehr rücksichtsvolle Patientin mich noch am späten Abend rufen läßt, weil sie, ängstlich erregt, fürchtet, eine Lungenentzündung sei im Anzug; die Untersuchung ergibt nicht die geringsten Anhaltspunkte für diese Befürchtung, und am nächsten Morgen lacht die Kranke selbst über ihre große Ängstlichkeit, entschuldigt sich aber damit, die Stiche seien geradezu unerträglich gewesen. Obwohl sie von der Unversehrtheit ihrer Lunge für den Augenblick überzeugt ist, kehren in den nächsten 2—3 Wochen die gleichen Klagen in Abständen von einigen Tagen immer wieder, immer wieder mit ängstlichem Affekt vorgebracht, immer wieder als Beginn einer ersten inneren Erkrankung gedeutet. Aber sie wechseln in dieser Zeit mehrfach mit anderen Klagen ab; vor allem wird über starkes Brennen der Haut geklagt, bald am Rücken, bald am Bauch, bald an den Extremitäten, ein Brennen „wie Feuer“, „wie wenn man auf einem Rost gebraten würde“; das Brennen wird so stark, daß die Patientin nicht mehr im Bett liegen bleiben kann vor Qualen, daß sie immer wieder die Körperteile, die ihrem Auge nicht unmittelbar zugänglich sind, mit Hilfe eines großen Spiegels betrachtet, weil sie immer wieder meint, man müsse doch endlich etwas an der Haut sehen können. Unter psychischer Beeinflussung werden die Schmerzen stets wieder für kurze Zeit erträglich, stellen sich dann aber jedesmal aufs neue ein, „trotz allen Vertrauens“. Später kamen dann noch weitere Beschwerden hinzu: Schluckbeschwerden, „als ob man mir die Kehle zugeedrückt hätte“ (während sie bestanden, nahm die Patientin keine Nahrung zu sich), Kopfschmerzen, „wie wenn Stirn und Hinterkopf gegeneinander gepreßt würden“ (die Patientin lag dann ganz regungslos im Bett, ein Tuch um den Kopf geschlungen), Schwindel, „als ob es nicht mehr meine Beine wären, auf denen ich stehe“ (sie war dann um keinen Preis zum Verlassen des Bettes zu bewegen). Nie machten die so vorgebrachten Klagen den Eindruck des Gespielten, Theatralischen, des Interessanter-scheinen-wollens; jedesmal war, solange eine Beschwerde bestand, die andere verschwunden. Es waren aber mittlerweile auch andere psychische Symptome aufgetreten, vor allem Beziehungsideen, die bald keinen Zweifel mehr ließen an der Diagnose. Je ausgesprochenere diese psychischen Symptome hervortraten, desto seltener wurden schließlich die Klagen über körperliche Schmerzen. — Ein Einblick in die alten Krankengeschichten ergab, daß auch zu Anfang des früheren „Schubs“ Schmerzen im Vordergrund gestanden hatten. Die Kranke war damals, ehe sie zum Psychiater gekommen war, nacheinander in zwei Sanatorien gewesen; das Krankenblatt des einen erwähnte die kaum zu beeinflussenden „hypochondrischen Vorstellungen“; im andern war die Diagnose gestellt worden: „Hysterie auf degenerativer Grundlage“, und hinzugefügt war: „Zeitweise erregt, aber mehr hysterisch als hypomanisch“; die in dem einen Sanatorium geübte Behandlungsart, die Kranke energisch anzupacken, hatte ebensowenig erreicht wie die suggestive Methode im andern. Schließlich war die Patientin damals in die Psychose hineingeglitten wie jetzt wieder.

Herrn C. führten zum Arzt neben einer allmählich eingetretenen stärkeren Ermüdbarkeit bei mangelhafter Schlaffähigkeit seine Beschwerden am Herzen,

zu denen sich dann bald anhaltende heftige Kopfschmerzen gesellten. Die Kopfschmerzen werden nach und nach in eine gewisse Beziehung zu den Herzbeschwerden gebracht, was insofern naheliegt, als jeweils mit dem Aufhören dieser jene sich einstellen. Dann kommen hinzu Schmerzen im Nacken, dann im Rücken bis hinunter zum Steißbein; sie wiederum lösen die Kopfschmerzen ab. Alle Erscheinungen sind dem Patienten gleich unangenehm; er leidet unter der einen Form ebenso sehr wie unter der andern. Seine Stimmung wird nach und nach immer gedrückter, seine Arbeitslust und Arbeitsfähigkeit hören auf. Es bildet sich ein Erklärungswahn für seine körperlichen Leiden; er nimmt an, es sei etwas in seinem Herzen gesprungen, und das wiederhole sich von Zeit zu Zeit; vom Herzen aus ziehe „es“ nach der Stirn, von da durch den ganzen Kopf, überall Schmerzen verursachend; dann verlasse „es“ den Kopf am Nacken und ziehe durch den ganzen Rücken, bis es nimmer weiter kann. Jede Therapie, von den verschiedensten Seiten versucht, ist natürlich machtlos, sowohl gegen die ursprünglichen Schmerzen als gegen den Erklärungswahn. Schließlich aber steht der Kranke den Beschwerden immer gleichgültiger gegenüber, leidet nicht mehr so stark unter ihnen, wird überhaupt apathisch, betätigt sich in keiner Weise mehr, kämpft nur noch, wenn dazu Anlaß zu bestehen scheint, für seinen Wahn.

Herr D., der aus „schizoider“ Familie stammt, hat auch persönlich die Vorgeschichte des Schizophrenen, war immer verschlossen, einsiedlerisch, ohne Selbstvertrauen, ohne Energie; aber er hatte sich schieben lassen und war, auf einen Posten gestellt, dank seiner Gewissenhaftigkeit, seinem unermüdlichen Fleiß, seinem still genährten Ehrgeiz im Leben ganz leidlich vorwärts gekommen. Mit einemmal fühlte er sich leistungsunfähig werden und versagte auch objektiv. Es traten die „neurasthenischen“ Beschwerden auf: Schlaflosigkeit in der Nacht, Müdigkeit am Tage, Reizbarkeit, Interesselosigkeit, trübe Stimmung im Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit. Bald beherrschen körperliche Beschwerden das Bild. Um sie zu beseitigen, sucht er alle möglichen Ärzte auf, kämpft verzweifelt um seine Gesundheit. Es quälen ihn nicht nur heftige Kopfschmerzen, sondern bald auch Schmerzen in den verschiedensten anderen Körperteilen, bunt wechselnd. Immer wieder will er ärztlich untersucht werden, ist nur mit Mühe davon abzuhalten, immer wieder andere Spezialisten aufzusuchen, um sich Ohren, Augen, Kehlkopf, Herz und Lungen untersuchen zu lassen: überall schmerzt es so heftig, daß es „nicht bloß Einbildung sein kann“. Er will verzweifeln über seinen Zustand, will Selbstmord begehen, um die ewigen Qualen zu beenden. Da siegt auch hier schließlich die Apathie; die Schmerzen treten mehr und mehr zurück; der Kranke wird immer stumpfer, wird schließlich anstaltsbedürftig infolge seiner völligen Entschlußunfähigkeit, dem gänzlichen Mangel an Initiative, der Unfähigkeit, für sich selbst zu sorgen.

So ist es eigentlich ein eintöniges Bild, das diese Fälle (und ich könnte sie vermehren) bieten: immer ein über Wochen oder aber auch über mehrere Monate sich hinziehendes bald mehr „hysterisches“, bald mehr „neurasthenisches“ Stadium, dem die charakteristische schizophrene Affektlosigkeit sich anschließt, vielleicht noch vergesellschaftet mit einförmigen paranoiden Ideen. Man kennt das Bild der hysterisch-neurasthenisch beginnenden Dementia praecox schon seit Jahren, und doch wurden solche Fälle, wie unsere Beispiele beweisen, immer wieder verkannt (von den Fehldiagnosen der Nichtpsychiater ganz zu schweigen). Dieses Verkennen der Fälle hat aber große praktische Bedeutung. Wenn auch der Gang des Leidens in der Hauptsache ein schicksalsmäßig

vorgezeichneter ist, so wird doch die Art des ärztlichen Handelns eine ganz andere sein müssen, je nachdem, ob wir eines der bekannten „psychogenen“ Bilder vor uns haben oder aber eine *Dementia praecox*. Zum allermindesten werden wir den Kranken der zweiten Gruppe unnütze Ausgaben zu ersparen suchen — denn sie selbst sind zu jedem Opfer bereit, um ihre Schmerzen loszuwerden —, und außerdem werden wir die Angehörigen vorsichtig aufklären über den wahren Sachverhalt und die sich daraus ergebenden Folgerungen. Das heißt natürlich nicht: in therapeutisches Nichtstun verfallen! Und daß wir die Gesamtprognose der *Dementia praecox* heute nicht mehr so trübe stellen, wie es in den ersten Jahren nach ihrer Abgrenzung geschah, das ist selbstverständlich; die hier im besonderen zusammengefaßten Fälle — wenn sie überhaupt nach ihrem Initialsymptom zusammengefaßt und einheitlich beurteilt werden dürfen — scheinen prognostisch nicht gar zu ungünstig zu liegen: der eine unserer Fälle zeigte eine sehr weitgehende und langdauernde Remission, zwei andere wurden (bisher wenigstens) nicht anstaltsbedürftig, brauchten nur Familienpflege, und beim vierten hätte diese vielleicht auch ausgereicht, wenn die Familienverhältnisse günstiger gelegen hätten.

Wenn eben gesagt wurde, daß man das Bild der hysterisch-neurasthenisch beginnenden *Dementia praecox* schon seit Jahren kenne, so ist dabei namentlich an die Arbeit von *Wieg-Wickenthal* zu erinnern. Er hat sogar — was hier beileibe nicht geschehen soll — den Versuch gemacht, eine Gruppe herauszuheben und zusammenzufassen als „*Dementia praecox*-Fälle, einsetzend unter hysteriform-neurasthenischen Zustandsbildern“. Aber seine Fälle weichen doch von den unsrigen erheblich ab; sie alle zeigen von vornherein so ausgesprochen psychotische Zeichen, daß heute wohl niemand auch nur einen Augenblick an der Psychose zweifeln könnte, während bei allen hier mitgeteilten Fällen gerade daran niemand dachte, da eben nur die „hysterischen“ bzw. „neurasthenischen“ Beschwerden in die Erscheinung traten. Solche Fälle, wie *Wieg-Wickenthal* sie beschreibt, führen in die Anstalt, und wenn man dort früher wohl oft anfänglich gezweifelt haben mag, ob es sich um Hysterie oder *Dementia praecox* handelt, so sind heute, nach den Arbeiten *Bleulers* vor allem, sehr viele dieser Fälle von vornherein über jeden Zweifel erhaben. *Otto Binswanger* noch stand ursprünglich auf dem Standpunkt, daß jugendliche Verblödungsprozesse mit hysterischen Geistesstörungen beginnen, daß hysterische Krankheitserscheinungen Vorläufer des geistigen Verfalls darstellen können, ja daß Mischformen zwischen Hysterie und jugendlichen Verblödungsformen vorkommen. Und wenn *Nißl* „Beobachtungen, die bislang zur Hysterie gerechnet wurden, richtiger den juvenilen Verblödungsprozessen, speziell der Katatonie zurechnen möchte, falls sie ausgeprägte Zwangs-

bewegungen, katatonische Körperstellungen, Mutismus oder Symptome des Vorbeiredens“ darbieten, so erklärt *Wieg-Wickenthal* dazu, daß derartige Ansichten wohl über das Ziel hinausschießen. Das war vor 17 Jahren! Wer ginge heute nicht viel weiter als *Nißl*, wenn er die Grenzen zwischen den beiden Krankheiten zieht? Und in diesem Sinne führen uns auch die oben mitgeteilten Fälle weiter, weiter weg von der Hysterie, weiter hin zur Dementia praecox, obwohl sie zweifellos noch mehr als die von *Wieg-Wickenthal* mitgeteilten „hysterisch“ anmuten. Spätere Aufgabe wird es sein, innerhalb des Kreises der „Schizophrenien“ zu scheiden und zu sichten. Wesentlich ist zunächst einmal: „Los von der Hysterie!“

An ein Krankheitsbild könnte man angesichts unserer Fälle noch denken, die „Algohallucinosi“, oder es drängt sich einem wenigstens dieser Name auf, nachdem er einmal von *Galant* geschaffen worden ist. *Galant* schreibt, daß Halluzinationen das einzige spezifische und das einzige primäre Symptom der Algohallucinosi seien, und daß Remissionen auftreten, in denen seine Kranken keine Abweichungen vom Gesunden aufweisen. Damit aber wären die Ähnlichkeiten zwischen der Algohalluzinose und unseren Bildern erschöpft; in allem übrigen weichen sie völlig voneinander ab; insbesondere betont *Galant* ja, daß seine Fälle streng von der Dementia praecox zu scheiden seien. Auf *Galants* Beweisführungen einzugehen, ist hier natürlich nicht der Ort; es sollte nur der Trennungsstrich gezogen werden zwischen unseren Schizophrenen, deren Krankheit mit Schmerzhalluzinationen beginnt, und seinen Algohalluzinanten.

Unsere Fälle haben aber noch ein weiteres, über das Diagnostische hinausgehendes theoretisches Interesse. Es drängt sich die Frage auf, was denn eigentlich „hysterisch“ ist. Wenn wir alle nicht organisch bedingten Schmerzen als hysterisch bezeichnen wollten, wie es ja vielfach geschieht, so gehörten unsere Fälle ebenso dazu wie die Schmerzen des Zweckneurotikers und diejenigen des „Erinnerungskranken“, den das in der Jugend erlittene seelische Trauma krank gemacht hat; daß dies aber gänzlich verschiedene Dinge sind, liegt auf der Hand. Und wenn man vollends nicht nur adjektivisch von hysterischen Schmerzen, sondern in jedem Falle, wo solche nichtorganischen Schmerzen auftreten, substantivisch von einer Hysterie reden wollte, so käme man vollends ins Uferlose. (Ebenso gilt das natürlich von der Neurasthenie und den neurasthenischen Zustandsbildern.) Daß wir es in unseren Fällen nicht etwa mit Hysterien bzw. Neurasthenien als Vorläufern einer Dementia praecox zu tun haben, das versteht sich von selbst: gewiß kann ein nervös Erschöpfter oder ein Rentenneurotiker nach Jahr und Tag an einer Dementia praecox erkranken, und es liegt kein Grund vor, deshalb die frühere Diagnose ohne weiteres umzustoßen;

aber in Fällen, wie den unsrigen besteht doch ein so enger zeitlicher Zusammenhang, und der spätere Zustand entwickelt sich so lückenlos aus dem anfänglichen, daß dieser eben doch unbedingt schon als Äußerungsform der *Dementia praecox* aufgefaßt werden muß. Fälle wie die unsrigen legen vielmehr die Erwägung nahe, ob nicht noch manches anders benannt (und dementsprechend therapeutisch anders angefaßt) werden muß, was wir bisher hysterisch geheißen haben, ganz zu schweigen von „der“ Hysterie. In dem Bemühen, hier Grenzen zu ziehen, können zwei Wege uns weiterführen: der eine, den wir hier beschritten haben: Längsschnitte zu ziehen, um zu sehen, wie hat die „Hysterie“ begonnen und wohin hat sie geführt; der andere: möglichste Ausgestaltung und Durchdringung des Querschnitts, um an diesem oder jenem, wenn auch vielleicht gar nicht hervorstechenden Zeichen zu erkennen, daß es sich nicht um einen ohne weiteres nach dem Einzelsymptom, in diesem Falle dem nichtorganischen Schmerz, zu etikettierenden Alltagsfall handelt, daß sich vielmehr anderes dahinter verbirgt. Wäre es unter solchen Umständen nicht vielleicht heute schon das Richtigste, nicht nur mit dem Substantiv Hysterie aufzuräumen, wie *Hoche* es längst verlangt hat, sondern auch gleich mit dem Adjektiv hysterisch — wenn es nur soviel besagen soll wie: nicht organisch (und in diesem Sinne braucht es der praktische Arzt zum mindesten)? Auch das Adjektiv ist geeignet, Mißverständnisse zu wecken, schiefen Urteilen die Wege zu ebnen.

Und weiter legen Fälle wie die unsrigen die Frage nahe nach dem Wesen des Schmerzes im allgemeinen, des „psychogenen“ Schmerzes im besonderen. Wie entstehen die Schmerzen in diesen Fällen? Sind sie geweckt durch die entsprechenden „Vorstellungen“? Vielleicht. Wir müßten dann aber annehmen, daß im Anfang die Idee, hier also die Wahnidee, war, die dann, nach außen projiziert, die zugehörige Wahrnehmung erzeugt hätte. Soweit die Beobachtung hier Aufklärung bringen kann, scheint das nicht der Gang der Dinge zu sein: die Schmerzen treten autochthon auf, liefern höchstens, in einem Teil der Fälle, das Material für wahnhafte Verarbeitung. Sind die Schmerzen nicht durch Vorstellungen erzeugt, so könnten sie, da periphere Ursachen nicht vorliegen, durch zentralorganische Veränderungen bzw. Vorgänge verursacht sein, eine Annahme, die für die initialen Kopfschmerzen vieler Schizophrenen, wie gesagt, vielleicht zutrifft. Gilt es für die Kopfschmerzen, so kann ein gleicher Ursprung für Schmerzen in anderen Körperteilen nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden, zumal ja jene Kopfschmerzen in einem Teil der Fälle geradezu alternierend mit den sonstigen Schmerzen auftreten (obwohl natürlich ohne Frage zuzugeben ist, daß es näherliegt, Kopfschmerzen zu erwarten als Schmerzen in irgendeinem anderen Körperteil, wenn sich innerhalb

des Schädels ein Krankheitsprozeß abspielt). Wenn das für die hier beobachteten „psychogenen“ Schmerzen gilt, so ist aber wiederum nicht einzusehen, warum nicht auch noch anderen Fällen psychogenen Schmerzes irgendwelche zentralorganischen Vorgänge zugrunde liegen sollen. Das widerspricht freilich nicht nur den bisherigen Anschauungen, sondern — zum mindesten scheinbar — auch vielen Einzeltatsachen. Liegen jedoch wirklich den psychogenen Schmerzen zentrale Vorgänge zugrunde, könnte es sich dabei nicht um die gleichen Vorgänge handeln wie bei organischen Schmerzen, den durch irgendwelche äußeren Einwirkungen an der Peripherie hervorgerufenen? Gibt es etwa ein Schmerzzentrum, wohin, Veränderungen erzeugend, die Meldungen von der Peripherie gelangen, wo sich in Fällen wie den unsrigen an Ort und Stelle Veränderungen abspielen, die als Reiz wirken gleich den von außen kommenden Meldungen, wo aber auch bei den übrigen psychogenen Schmerzen die Schmerzvorstellung irgendeine als Reiz wirkende materielle Veränderung hervorruft, etwa auf dem Wege über die Vasomotoren? Schmerz wäre die Reaktion auf jeden irgendwie gearteten Reiz, der das Schmerzzentrum (Hirnrinde? subcorticale Ganglien?) trifft¹⁾. Damit wäre natürlich der Unterschied zwischen organischen und psychogenen Schmerzen durchaus nicht aufgehoben, so wenig wie der zwischen Elektrizität und Licht aus der Welt geschafft wird dadurch, daß jene auf unser Auge wie dieses wirken kann. Und das hypothetische Schmerzzentrum müßte durchaus nicht ein eng umschriebenes, scharf lokalisiertes sein.

Endlich: was folgt aus unseren Fällen für die Auffassung der Halluzinationen? Wir sahen hier, wie nahe verwandt der psychogene Schmerz der Körperhalluzination sein kann, also der Sinnestäuschung überhaupt. Vor allem der erste Fall zeigte ein eigentlich grenzenloses Ineinanderfließen, und die Beobachtung am Krankenbett zeigte den Übergang der einen Erscheinung in die andere noch viel deutlicher, als es die Darstellung wiedergeben kann. Inwieweit können beide Erscheinungen geirnpnysiologisch gleichgesetzt werden? Worin besteht ihre Verwandtschaft? Ist der Schmerz irgendwie „organisch“ bedingt, was spricht dagegen, daß auch Halluzinationen organische Korrelate irgendwelcher Art besitzen? Hat die Halluzination am Ende so, wie wir es von jedem Sinnesindruck annehmen müssen, irgendeine organische Veränderung zur Voraussetzung, nicht etwa peripher, sondern zentral?

Es ist eine heikle Sache, solche Fragen nur aufzuwerfen, selbst wenn man sie gar nicht beantworten, wenn man nicht einmal ver-

¹⁾ Hingewiesen sei auf die vielfach „wandernden“ Parästhesien und Schmerzen bei der Encephalitis epidemica — von der ja auch sonst so manche Parallelen zur Dementia praecox führen (vgl. Mayer u. Scharfetter: Wien. klin. Wochenschr. 37, S. 1020, 1924).

mutungsweise in der einen oder anderen Richtung Stellung nehmen will. Es ist deshalb eine heikle Sache, weil so vieles von vornherein gegen ihre Bejahung spricht. Die ganze moderne Betrachtungsweise, die in der Halluzination am liebsten nichts anderes sähe als den vernünftlichen Wunsch, bäumt sich auf gegen solch ketzerische Fragen. Und doch ergeben sie sich mit Notwendigkeit aus der Betrachtung unserer Fälle. Und daher deren theoretisches Interesse neben dem praktischen, das mir in erster Linie am Herzen lag.

Freilich, um praktisch wirklich den Nutzen zu stiften, den sie sollten, müßte noch festgelegt werden, woran nun eigentlich im einzelnen Falle der Schmerz, der ein Initialsymptom der Dementia praecox bildet, zu unterscheiden ist von psychogenen Schmerzen anderer Art. Und da möchte ich sagen: Der Schizophrene kämpft gegen seinen Schmerz, der Hysteriker und Neurastheniker (wenn diese Worte nochmals gestattet sind) für seinen Schmerz, und dabei erlahmt jener ganz allmählich in seinem Kampf, während dieser sich immer mehr in seine Kampfwut hineinsteigert; jener erträgt seinen Schmerz, dieser verteidigt ihn; jener ist vom Schmerz überfallen worden, dieser hat ihn in sich entwickelt und gezüchtet; jener sucht seinen Schmerz zu verbergen, dieser sucht ihn ins helle Licht zu rücken. Und dringt man tiefer in den Gesamtcharakter ein, so zeigt sich bald der eine Kranke grundverschieden von dem andern, so daß eine Verwechslung nicht mehr möglich ist, selbst wenn die Symptome die gleichen zu sein scheinen und wenn außer dem Schmerz andere Krankheitszeichen nicht zutage liegen.

Jedenfalls aber haben wir auch im Schmerz ein körperliches Zeichen seelischer Erkrankung vor uns.
