

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik München;
Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. *Bumke*.)

Das hypochondrische Denken.

(Ein Beitrag zur Frage nach dem Aufbau hypochondrischer Ideen.)

Von

Privatdozent Dr. med. **Walther Jahrreiss.**

(Eingegangen am 7. Oktober 1930.)

Abgeschlossen Januar 1930.

Inhaltsübersicht:

	Seite
I. „Hypochondrie“, hypochondrisches Syndrom und hypochondrische Idee	687
1. Historische Vorbemerkungen	687
2. Begriff und Name	693
3. Krankheitsbefürchtung als Reaktionsnorm.	696
II. Inhalte und Formen.	700
1. Inhalte:	700
a) Psychopathien	702
b) Manisch-depressives Irresein.	704
c) Schizophrenie	706
d) Chronisch-hypochondrisches Syndrom	710
e) Hypochondrisches Syndrom im Klimakterium	725
f) Hypochondrisches Syndrom bei organischer Grundstörung	725
g) Allgemeines	727
2. Formen hypochondrischen Denkens.	730
a) Überwertige Formen	731
b) Die anankastische Form	734
c) Die wahnhafte Form	736
III. Mißempfindungen	741
1. Über das Schmerzgefühl.	742
2. Beschreibung und Ordnung hypochondrischer Mißempfindungen	746
a) Parästhesien	747
b) Thermische Mißempfindungen	749
c) Blutwallungen	749
d) Spannende und krampfende Gefühle	750
e) Sensationen am Herzen.	750
f) Lästige Gemeingefühle	751
g) Absonderliche Empfindungen	752
3. Lokalisation	753
4. Folgerungen	756
5. „Vitale“ Depression und hypochondrische Vorstellungen	762
6. Über den Strukturwert der Mißempfindungen für das hypochondrische Denken	769

	Seite
IV. Charakterologische Voraussetzungen der hypochondrischen Idee . . .	786
1. Die Triebe	788
2. Die seelischen Gefühle	791
3. Die seelischen Triebfedern	797
4. Der Stoff der Persönlichkeit	800
V. Erbgrundlagen	802
a) Psychopathie mit chronisch-hypochondrischem Syndrom . . .	802
b) Psychopathie mit hypochondrischer Labilität	804
c) Schizophrenie mit hypochondrischem Syndrom	806
d) Manisch-depressives Irresein mit hypochondrischem Syndrom .	806
e) Klimakterisch-arteriosk., paralytische Hypochonder	808
f) Folgerung	808
VI. Konstellative Einflüsse.	810
VII. Ergänzung und Überblick	814
1. Körperbau	814
2. Finale Betrachtungsweise	816
3. Das Komplexgefühl vom eigenen Körper und die Störung des Körper- raumbildes	818
VIII. Literatur	821

I. Hypochondrie, hypochondrisches Syndrom und hypochondrische Idee.

1. Historische Vorbemerkungen.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts sprach *Redlich*¹ von der „Hypochondrie“ als von „einem stehengebliebenen Posten aus der prähistorischen Zeit der Psychiatrie“. Mit diesem ketzerischen Wort war jedoch der Streit um die nosologische Stellung, um die Krankheitseinheit der Hypochondrie nicht abgetan. Die Erkenntnis, daß es sich bei der Hypochondrie wesentlich um psychische Störungen handle, war noch jung. Französische Autoren hatten diese Lehre entwickelt (*Dubois*², *Georget*³, *Falret*⁴, *Brachet*⁵ u. a.) und ihre Schriften kann man auch heute noch mit mehr als nur historischem Gewinn lesen.

Die Hypochondrie galt den Ärzten dieser Zeit als selbständige Krankheitsform. Sie konnte „in Geisteskrankheit übergehen“, ja zum Tode führen. Das *Gehirn* war *primär* (*Georget* u. a.) oder *sekundär* (*Brachet* u. a.) verändert. Aber es hielt schwer, sich ganz von der überlieferten Anschauung loszureißen, die Ursache und Sitz der Hypochondrie in körperlichen Störungen, besonders des Verdauungsapparates, suchte. In dem Wust der therapeutischen Vorschriften wird dieser alten Lehrmeinung immer wieder geopfert, auch wenn in den Krankengeschichten der

¹ *Redlich, E.*: Über Psychosen bei Neurasthenikern. Berlin 1902.

² *Dubois, E. Fr.*: Über das Wesen und die gründliche Heilung der Hypochondrie und Hysterie. Herausgeg. und eingeleitet von *K. W. Ideler*, Berlin 1840.

³ *Georget*: Physiologie du système nerveux. Paris 1824.

⁴ *Falret*: De l'hypochondrie et du suicide. Paris 1822.

⁵ *Brachet*: Traité complet de l'hypochondrie. Paris/Lyon 1844.

seelische Anteil im Zustandsbild, ja die Psychogenese liebevoll und treffend geschildert wurde.

Von der Hypochondrie als *psychiatrischer* Domäne war damals nicht die Rede. *Ideler*, der die Monographie von *Dubois* in der deutschen Ausgabe mit einem ausführlichen und etwas pathetischen Vorwort versehen hat, fügte zu dessen Ansicht über die Ätiologie: „die Hypochondrie besteht unseres Erachtens ursprünglich in einer Abweichung oder richtiger in einer verderblichen Anwendung der Kräfte der menschlichen Intelligenz“ noch seine bekannte moralisierende Tendenz hinzu. Immerhin gibt er der Affektivität sein Recht: „Die Ursache dieser fehlerhaften Richtung und Beschränkung des Lebens läßt sich nur im Gemüt auffinden . . .“, „es unterjocht den Verstand“. Für *Esquirol*¹ gehören die Verdauungsstörungen als wesentlich, ja ursächlich zum Bild der Hypochondrie. *Griesinger*² kennt eine Hypochondrie aus „sekundärer Cerebrospinalreizung“ bei Erkrankungen der Leber, der Genitalien, des Darmes, daneben aber eine Hypochondrie, die „unzweifelhaft auf direkt psychischem Wege“ entsteht³.

Es findet sich hier also eine teilweise Übereinstimmung etwa mit *Brachets* Trennung in *akzidentelle* und *konstitutionelle* Hypochondrie. Bei der ersten Form werde durch krankhafte Störungen allgemeiner Art eine Hypochondrisierung des Gehirns herbeigeführt (*une modification hypochondriaque*); während die zweite Form auf einer primären Schädigung der Hirnfunktionen beruhe.

*Wollenberg*⁴ hat mit glücklicher Formulierung in der historischen Entwicklung des Krankheitsbegriffes der Hypochondrie eine *präneurasthenische* Periode von einer *neurasthenischen* unterschieden, weil seit *Beards* Arbeiten⁵ über die „Neurasthenie“ die Hypochondrie entthront wurde von dem neuen Oberbegriff der „nervösen Störungen“. Erst damit geriet ihre nosologische Selbständigkeit ins Wanken.

Man sieht, „die prähistorische Zeit der Psychiatrie“ im Sinne von *Redlichs* Bonmot, fällt, soweit es die Hypochondrie angeht, mit deren „präneurasthenischer Periode“, wenn auch nicht ganz mit ihrer präpsychiatrischen, zusammen. Die Hypochondrie war als Modekrankheit abgetan, aber es wurde nunmehr notwendig, ihr Bereich gegen das der

¹ *Esquirol*: Des maladies mentales. Bd. 1, S. 201. 1838.

² *Griesinger*: Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 4. Aufl. 1876.

³ Für die nosologische Betrachtung ist es wichtig, sich zu erinnern, daß *Griesinger* die Hypochondrie als die „mildeste Form des Irreseins“ auffaßte, gewissermaßen als den Auftakt im Spiel seiner „Einheitspsychose“.

⁴ *Wollenberg, R.*: Die Hypochondrie. Wien 1904. Die nosologische Stellung der Hypochondrie. Zbl. Nervenheilk. 28 (1905).

⁵ *Beard, G. M.*: A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia), its symptoms, nature, sequences, treatment. New York 1880. *Beard*: Die Nerven-schwäche (Neurasthenia). Dtsch. Leipzig 1889.

neuen Modekrankheit Neurasthenie abzugrenzen, einzuengen oder in dieser aufgehen zu lassen.

Für eine scharfe Trennung beider „Krankheiten“ sprach sich u. a. *Krafft-Ebing*¹ aus, während *Jolly*² — und in ähnlicher Weise *O. Binswanger*³ — die Hypochondrie und die Hysterie lediglich als besondere Triebe auf dem gemeinsamen Mutterboden der Neurasthenie ansahen. Das hinderte jedoch nicht, daß sie die Hypochondrie gleichwohl als gut umschriebenes Krankheitsbild von der Neurasthenie sonderten, wobei *Jolly* noch das „Übergangsgebiet“ der Phobien zwischenschaltete. Daß man sich nicht einigen konnte, daran war die zunehmende Uferlosigkeit des Begriffes Neurasthenie schuld. Erst als man sich gewöhnte, nur mehr der *erworbenen* Nervosität, der Nervosität aus Erschöpfung, den Namen der Neurasthenie vorzubehalten und diese von der nervösen Konstitution, der angeborenen, konstitutionellen Nervosität zu trennen — wie dies u. a. *Wollenberg* im Anschluß an *Kraepelin*⁴ scharf betonte —, wurde es möglich, die Beziehungen zwischen der „Hypochondrie“ und den nervösen Symptomenkomplexen weiter zu klären.

Als abschließende Erkenntnis und als Gewinn dieser Zeit drang mehr und mehr die Anschauung durch, die *Wollenberg* (1904) etwa so formulierte: die Bezeichnung Hypochondrie bedeutet kein einheitliches Krankheitsbild, sondern deckt sehr verschiedenartige Zustände; diese lassen sich immer auf andere wohlbekannte Krankheitsformen zurückführen. Es gibt also keine selbständige „Krankheit“ Hypochondrie. So handelt es sich bei den *konstitutionell hypochondrischen* Formen um eine besondere Abart der „psychopathischen Zustände“ (wozu *Wollenberg* auch die konstitutionelle Nervosität rechnet).

Dagegen treten bei der eigentlichen Neurasthenie sowie bei allen möglichen anderen Krankheiten die *akzidentellen Formen* der Hypochondrie auf, die in ihrer Färbung, ihrem Verlauf und Ausgang von eben diesen Grundstörungen abhängig sind.

Wenn sich also „die“ Hypochondrie als eigene Krankheit nicht aufrecht erhalten ließ als Krankheit im Sinn der bestimmten Trias: Ätiologie – Zustandsbild – Verlauf, so erschien es *Wollenberg* doch „aus praktischen Gründen wünschenswert und gerechtfertigt, für besonders ausgesprochene Zustandsbilder die Bezeichnung „Hypochondrie“ beizubehalten“. Man sieht, es geht in seiner Monographie weniger der Hypochondrie zuleibe, als — an ihrem Beispiel — der Lehre von den absoluten Krankheitseinheiten. Indem *Wollenberg* endgültig auf die unerfüllbare Forderung einer einheitlichen ätiologischen Bestimmung der Hypochondrie verzichtet, verwandelt er deren absolute Krankheits-

¹ *Krafft-Ebing*: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. 1897.

² *Jolly*: Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 2. T. S. 607. 1878.

³ *Binswanger, O.*: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie, S. 345. 1896.

⁴ *Kraepelin, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl.

einheit in eine relative. Damit wurde die ungezwungene Einfügung der Hypochondrie in die Lehre von den Erscheinungsverbänden, Erscheinungsformen, Syndromen, Reaktionstypen vorbereitet, wie sie *Hoche*¹ kurze Zeit später programmatisch vortrug.

In der Tat ist in den letzten beiden Jahrzehnten zur Nosologie der Hypochondrie nichts wesentlich Neues beigebracht worden.

*M. Sommer*² faßt eine bestimmte Gruppe von Krankheitsfällen unter der Bezeichnung Hypochondrie als Krankheitsart zusammen und rechnet sie der großen Gruppe der psychogenen Krankheitsformen zu.

*Bleuler*³ kennt keine Krankheit Hypochondrie, sondern nur hypochondrische Zustandsbilder im Verlauf anderer Krankheiten. Die chronischen Verläufe, die „unheilbaren Hypochondrien“ gehören nach seiner Meinung „fast alle“ zur Schizophrenie. Eine ähnliche Anschauung vertritt *Kretschmer*⁴, der von gewissen Arten genuiner Hypochondrie annimmt, daß sie „wahrscheinlich nichts anderes darstellen, als zeitlebens in den Anfängen steckengebliebene Schizophrenien“. Diese Ansicht drängt sich hier wie bei gewissen Zwangsneurosen und paranoischen Entwicklungen häufig genug auf, läßt sich aber eben so selten beweisen. Obgleich sie also mehr eine Anschauung aus Verlegenheit ist, ein diagnostisches Ruhekissen sozusagen, und nur zuweilen eine „Richtungsdiagnose“, die sich im weiteren Verlauf noch erhärten läßt, so hat sie doch etwas Bestechendes, wenn man weiß, daß es keineswegs immer möglich ist, einen „schizophrenen Defekt“ nachzuweisen, auch wenn Jahre zuvor ein stürmischer „Schub“ vorübergegangen war.

Für die Beibehaltung einer eigenen Krankheitsform Hypochondrie hat sich *Schilder*⁵ ausgesprochen und sie seiner Fassung des Amentia-begriffes an die Seite gestellt.

Die gut begrenzte Eigenart hypochondrischer Zustandsbilder und Verläufe haben in neuester Zeit u. a. *Kleist*⁶, *Lange*⁷, *Braun*⁸, *Kahn*⁹,

¹ *Hoche, A.*: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. Neur. 1912.

² *Sommer, M.*: Zur Frage der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie. Z. Neur. Orig. 6, 247 (1911).

³ *Bleuler, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl. 1920.

⁴ *Kretschmer*: Störungen des Gefühlslebens. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. Allgem. Teil, Bd. 1.

⁵ *Schilder, P.*: Hypochondrie. Mschr. Psychiatr. 56; vgl. *Hartmann-Schilder*: Zur Klinik und Psychologie der Amentia. Z. Neur. 92.

⁶ *Kleist*: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. 74. Autochthone Degenerationspsychose. Ref. auf der 86. Vers. Dtsch. Naturforsch.

⁷ *Lange, Joh.*: Allgemeine Psychiatrie, S. 617, Bd. 1 der Psychiatrie v. *Kraepelin-Lange*.

⁸ *Braun, E.*: Psychogene Reaktionen. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 5, Spez. T. I.

⁹ *Kahn, E.*: Psychopathische Persönlichkeiten. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 5. Spez. T. I.

*H. Schwarz*¹ hervorgehoben. *Kleist* rechnet sie zu den Hirnstammsyndromen; *Lange* bespricht sie unter seiner Gruppe der „nervösen Syndrome“, für *Braun* bildet sie eine Form psychogener Reaktionen, und *Kahn* räumt ihnen unter seinen „komplexen Psychopatiententypen“ ein eigenes Kapitel ein. *H. Schwarz* hat eine Reihe von Hypochondern unter der Bezeichnung „circumscribed Hypochondrie“ beschrieben. In allen Fällen handelt es sich nach seiner Meinung um ein Syndrom im Verlauf cyclothymischer Phasen, und zwar um eine „hypomanische Hypochondrie“, d. h. die hypochondrische Idee wird im depressiven Vorspiel konzipiert, erfährt aber in der rasch einsetzenden hypomanischen Phase eine — vielleicht charakteristische — Symptomisolierung sowie eine Zunahme der hypochondrischen Beobachtung und der therapeutischen Vielgeschäftigkeit. Auch nach diesen neueren Arbeiten erscheint die nosologische Stellung der Hypochondrie noch so, wie sie *Wollenberg* sah².

Vereinzelte hypochondrische Ideen kommen noch am Rand der Gesundheitsbreite vor und finden sich ebenso wie die symptomreicheren, hartnäckigen, hypochondrischen Reaktionen in allen Psychosen (auch in der Manie, worauf *Lange*³ besonders hinweist). Außerdem aber gibt es ein *chronisches, hypochondrisches Syndrom*, das man als eine Untergruppe psychopathischer Entwicklungen dem chronischen Zwangs- und dem Depersonalisationssyndrom an die Seite stellen mag (*Schilder*). Mit ihnen hat es überdies die gelegentlichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der „Schizophrenie“ gemein.

Innerhalb dieses großen Rahmens gibt es gewiß eine Reihe von „Typen“ hypochondrischer Reaktionen und Verläufe, deren Bilder und Aufbau im einzelnen noch wenig untersucht sind. In dieser Arbeit soll darauf nicht näher eingegangen werden, da zunächst das Molekül des hypochondrischen Syndroms betrachtet werden soll: die *hypochondrische Idee*. Über ihre psychopathologische Eigenart, ihre Beziehung zu verwandten Symptomen — etwa den Zwangsvorstellungen, Phobien, Wahnideen — über ihren biologischen Boden, ihre psychischen Wurzeln ist im einzelnen vieles beigetragen worden. Manche gute Beobachtung und Ableitung findet sich schon in den französischen Arbeiten, die oben erwähnt worden sind. Auf Einzelheiten wird in den folgenden Kapiteln

¹ *Schwarz, H.*: Circumscribed Hypochondrien. Mschr. Psychiatr. **72** (1929).

² Bei einer englischen Diskussion über Hypochondrie [Discussion on hypochondria. Proc. roy. Soc. Med. **22**, 165/172 (1928); zit. im Zbl. Neur. **53**, 390] — wurde die alte Streitfrage, ob die Hypochondrie als Krankheitseinheit anzusehen sei, oder nur die Wertigkeit eines Symptoms habe, offen gelassen. *R. D. Gillespie* hat die *Hypochondrie* als klinische und theoretische Krankheitseinheit von der Hysterie und Pseudohypochondrie abgetrennt. Hypochondria, its definition, nosology and psychopathology. Guys Hosp. Rep. **78**; zit. Zbl. Neur. **53**, 236 (1929).

³ *Lange, Joh.*: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch-depressive Konstitution in Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. VI. Spez. T. II.

eingegangen werden. Hier sollen nur zwei Autoren Erwähnung finden, die in neuer Zeit dem Problem des hypochondrischen Denkens nachgegangen sind: *S. Freud*¹ und *Schilder*².

Es ist bekannt, daß die Psychoanalyse von der Hypochondrie als einer „narzistischen Neurose“ spricht. *Freud* hat 1914 den Begriff des Narzißmus³ eingeführt. „Narzißmus ist die libidinöse Ergänzung zum Egoismus... ist die Fixierung der Libido an den eigenen Leib und die eigene Person anstatt an ein Objekt...“ Der wirklich Kranke, von seinem Leiden schmerzhaft gepeinigter Mensch, verliert mehr und mehr das Interesse an seiner Umgebung, soweit sie nicht sein Leiden angeht. Er „hört auf zu lieben, solange er leidet“; *Freud* verweist auf *Wilhelm Buschs* Verse vom zahnschmerzkranken Dichter: „Einzig in der engen Höhle des Backenzahnes weilt die Seele.“ So wie der organisch Leidende zieht auch der Hypochonder „Interesse und Libido von den Objekten der Außenwelt zurück und konzentriert beides auf das ihn beschäftigende Organ“. Aber auch beim Hypochonder handelt es sich nach *Freud* um Organveränderungen: derjenige Körperteil, der Interesse und Libido des Kranken fesselt, ist zur erogenen Zone geworden, vertritt gewissermaßen das Genitale, sendet sexuell erregende Reize ins Seelenleben.

Bei dem Hypochonder ist also nach *Freud* die Libidoverteilung im Ich in grundsätzlich ähnlicher Weise gestört wie bei dem organisch Kranken. Die hypochondrische Einstellung, die hypochondrischen Ideen hängen ab von einer Stauung der *Ich*-Libido, wie die übrigen Aktualneurosen (Hysterie, Zwangsneurose) von einer Stauung der *Objekt*-Libido. Der Hypochonder nimmt seine Körperlichkeit, seine Körpersensationen nicht ungebrochen hin, sondern setzt sich zu ihnen in Widerspruch. Die bestimmte erogenisierte Zone, das sexualisierte Organ wird vom Hypochonder gewissermaßen nicht anerkannt.

Von dieser Auffassung der Hypochondrie als narzistischer Neurose hat *Schilder* wesentliche Züge übernommen. Er stellt sie in größte Nähe zur Depersonalisation. Der Hypochonder steht neben dem Depersonalisierten. Dessen Streben nach Selbstbeobachtung, Selbstbespiegelung entzieht den Objekten der Umwelt die Libido. Alles wird „nur im Hinblick auf die eigene Person, und nicht im Hinblick auf die Sache selbst erlebt“. So wird auch dem Depersonalisierten „das Ich-Nahe, der Körper, das Subjekt zum Zentrum“.

Wenn der Normale etwa einen Gegenstand betrachtet, so erlebt auch er „gewisse Spannungszustände im Augenbereich, von dem nie fehlenden Hintergrund der Gemeinempfindungen gar nicht zu reden“. Aber er

¹ *Freud, Sig.*: Zur Einführung des Narzißmus. Jb. Psychoanalyse 6, 1914, Bd. 4 der Kleinen Schriften zur Neurosenlehre.

² *Schilder, P.*: Hypochondrie. Mschr. Psychiatr. 56.

³ Den Ausdruck übernahm *Freud* von *P. Naেকে*.

legt den Hauptakzent auf das Wahrgenommene. Bei dem Hypochonder verschiebt sich der Akzent auf die Resonanz. Damit erhalten die Mitschwingungen eine Bedeutsamkeit, die ihnen sonst nicht zukommt. „Gleichzeitig wird aber der Körper ich-ferner, in dem wenigstens die hypochondrisch kranke Partie desselben der Außenwelt angenähert ist.“

Es wurde oben erwähnt, daß *Schilder* für ein klinische Selbständigkeit der Hypochondrie — als Symptomenkomplex — eintritt. Der Symptomenkomplex in *Hoches* Sinn habe lediglich — sozusagen — lokalisatorische Bedeutung. Diese Lokalisation scheint ihm nun bei der Hypochondrie in denjenigen Apparaten gegeben zu sein, die er in Anlehnung an *Head* und an Ergebnisse der Denkpsychologie als „Körperschema“¹ beschrieben hat. „Das Körperschema ist das Raumbild, das jeder von sich selber hat.“ Alle sinnlichen Eindrücke werden „in ein Gesamtbild vereint und mit Hilfe dieses Gesamtbildes wird erst das neue Einzelergebnis eingeordnet“. Das Körperschema wird mitaufgebaut durch die „narzistische Libido“, das Interesse an der eigenen Person. Aber die eigentümliche, bespiegelnde Selbstbeachtung des Hypochonders stört den Aufbau des Gesamtkörperschemas. Die „Dynamik der Zerreißung des Körperschemas“ scheint *Schilder* für die Psychopathologie hypochondrischer Phänomene von größter Bedeutung zu sein.

2. Begriff und Name.

Um die Definition der Hypochondrie war es lange Zeit sehr mißlich bestellt. *Georget* z. B. gibt eine so unglückliche Umschreibung, daß er am Ende selber von ihr meint, sie sei „nicht sehr klar“. *Brachet*, der ihn glossiert, macht es nicht besser, und *Dubois* meint gar, „die Hypochondrie besteht primär in einer Abweichung oder vielmehr in einer traurigen Anwendung der Kräfte des menschlichen Geistes“.

Aber auch späteren Autoren (*Schüle*², v. *Krafft-Ebing*, *Jolly* u. a.) ist es nicht gelungen, eine befriedigende Definition der Krankheit Hypochondrie zu geben. Es sind, wie *Wollenberg* hervorhebt, mehr oder minder gelungene „Versuche einer Umschreibung“ geblieben. Als wesentlicher Teil der Definition findet sich übereinstimmend die „Empfindungsstörung“. *Schüle*, auf dessen Betonung des Zwangsmäßigen in der Hypochondrie neuerdings *Stekel*³ zustimmend hinweist, spricht von „einer psychischen Hyperästhesie auf dem Empfindungsgebiet“, *Krafft-Ebing* von einer „Hyperästhesie und Depression der Gemeinempfindung“, *Jolly* in ähnlicher Weise wie *Hitzig*⁴ von einer traurigen Verstimmung, die auf einer „krankhaften Veränderung der Selbstempfindung“ beruhe.

¹ *Schilder*, P.: Das Körperschema. Berlin 1923.

² *Schüle*: Klin. Psychiatrie, 3. Aufl. 1886.

³ *Stekel*, W.: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Berlin 1908.

⁴ *Hitzig* vgl. bei *Wollenberg*, S. 11 aus klin. Vorlesungen, die nicht gedruckt sind; dazu *Hitzig*: Der Schwindel, S. 84. Wien 1898.

Auf die — nicht nur formale — Unzulänglichkeit dieser Definitionen soll nicht eingegangen werden. Eine allgemeingültige Bestimmung läßt sich auch heute nicht geben, schon deshalb nicht, weil wir eine Krankheit Hypochondrie im alten Sinne nicht anerkennen, und weil die hypochondrische Reaktion (als Symptomenkomplex), die hypochondrische Gewohnheitseinstellung, und die hypochondrische Entwicklung (als Syndrom) in durchaus verschiedener Weise zu definieren wären.

Für die vorliegende Arbeit ist es unerläßlich, auf den Begriff des entscheidenden psychopathologischen Bestandteiles aller hypochondrischen Zustandsbilder einzugehen: nämlich auf die *hypochondrische Vorstellung*.

Man kann sie nicht etwa „der“ Zwangsvorstellung oder „der“ Wahnidee zur Seite stellen, da es ihr ja im Gegensatz zu diesen psychopathologischen Gebilden eigentümlich ist, durch den *Inhalt* entscheidend mitbestimmt zu werden. Man könnte sie viel eher einem Begriff wie „Verfolgungsidee“ vergleichen, die ja auch — formal betrachtet — in zwangsmäßiger, überwertiger oder wahnhafter Weise auftreten kann.

In der Regel freilich versteht man unter „Verfolgungsidee“ schlechthin eine inhaltlich in besonderer Weise bestimmte *Wahnidee* und ebenso unter einer „echten“ hypochondrischen Idee eine Vorstellung von *wahnhaftem* Charakter. Dennoch erscheint es mir notwendig, die „hypochondrische Vorstellung“ in inhaltlicher Beziehung so eng als möglich, und nach der formalen Seite so weit als möglich zu definieren.

Der Inhalt ist Schädigung, Beeinträchtigung, Änderung, Krankheit des Leibes und der Seele; die formale Seite ist zunächst dadurch bestimmt, daß der Inhalt objektiv unbegründet oder jedenfalls unzulänglich begründet ist. Danach wäre die hypochondrische Vorstellung nichts weiter als die irrtümliche Meinung, krank zu sein. Aber die hypochondrische Idee ist mehr als nur ein „Irrtum“. Wenn ich Schmerzen im Leib habe, und der Ansicht bin, daß ihnen eine Blinddarmentzündung zugrunde liegt, während es sich in Wirklichkeit um eine Entzündung der Gallenblase handelt, so ist das ein Irrtum, aber keine hypochondrische Idee; selbst dann nicht, wenn ich diesen Irrtum nicht einsehe, nicht korrigiere. Von diesem Irrtum über krankhafte Vorgänge unterscheidet sich die hypochondrische Vorstellung vor allem dadurch, daß sie eine „grundlose“ Annahme ist. Irrtümer dieser Art nennt man Einbildungen. Man spricht nicht vom irrenden, sondern vom eingebildeten Kranken. Im Begriff der Einbildung ist die Farbigkeit, Bildhaftigkeit des Denkens ausgedrückt; die „Phantasie“, die ohne Wirklichkeit schafft, ja sie zuweilen verschmähnt. Der starke affektive Anteil an ihrer Entstehung läßt die „Einbildung“ schwerer richtig stellen als den Irrtum, wenn auch an der grundsätzlichen — nicht immer tatsächlichen — Korrigierbarkeit beider festgehalten werden muß im Gegensatz zur Wahnidee.

Wir definieren also die „Hypochondrische Vorstellung“ als die *Einbildung, krank zu sein*. Über ihre besondere Staffellung von der oft rasch korrigierbaren „ideagenen“ hypochondrischen Vorstellung bis zur überwertigen und wahnhaften Einbildung wird damit absichtlich nichts ausgesagt.

Da die moderne, unter psychiatrischer Führung gebildete Anschauung über Hypochondrie und hypochondrische Vorstellungen so weit von der ursprünglichen Lehre vom Morbus hypochondriacus abweicht, wäre es wünschenswert, auch einen neuen Namen für ihn zu haben. Solange die „Materie“ der Krankheit, ihr „approximativer Sitz“ im Hypochondrium oder sonst in den Eingeweiden der Bauchhöhle angenommen wurde, war es nicht schwer, neue Namen zu erfinden. Diese spielerischen Varianten — wie Morbus mirachialis, Morbus vesicicatorius, Morbus corruptorum, Morbus flatuosus usw. — sind jedoch alle vergessen. Selbst neuere und sehr viel glücklichere Bezeichnungen wie *Nosomanie*, *Nosophobia*, *Pathophobia* haben die Macht des altüberlieferten Namens nicht brechen können. Er ist in die europäische Alltagssprache eingegangen, wie der Begriff Hysterie und ist grammatikalisch ebenso handlich und inhaltlich ebensowenig verbindlich wie dieser, da sie beide im Lauf der Jahrhunderte ihre ursprüngliche Bedeutung verloren haben und dadurch leicht als Sprachhülsen für wechselnde Inhalte dienen können.

Deutsche Bezeichnungen wie „Grillenkrankheit“, einen Ausdruck, den *Kant*¹ gebraucht, können in die außerdeutsche Literatur nicht eingehen und sind überdies von großer sprachlicher Schwerfälligkeit, wenn es sich um die Bildung von Adjektiven handelt. Der Ausdruck Nosomanie verträgt sich nicht mit unserer heutigen psychiatrischen Krankheitslehre, und die Bezeichnung Nosophobia ist zu eng, weshalb sie schon von *Mendel*², *R. v. Hoeßlin*³ u. a. nur für die leichteren „einfachen“ Formen hypochondrischen Denkens verwandt wurde. Freilich ist es den Autoren schwer gefallen, die Grenze zwischen beiden sowie zwischen den entsprechenden Bereichen der hypochondrischen *Neurose* und *Psychose* zu ziehen. So meint etwa *Wernicke*⁴, man könne nicht einfach als hypochondrische *Neurose* — im Gegensatz zur Psychose — eine Krankheit bezeichnen, bei der *phantastische* hypochondrische Ideen oder Erklärungswahnideen fehlten und umgekehrt.

Für ihn liegt das Kriterium im rein praktischen Merkmal des sozialen Verhaltens, in dem „Einfluß, welchen die hypochondrischen Gefühle auf das Handeln des Kranken üben“.

Ich halte es für zweckmäßig, die verschiedenen Gruppen von Krankheitseinbildungen mit demselben Namen zu belegen und die Unterschiede

¹ *Kant, Im.*: Von der Macht des Gemüts durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein. Herausgeg. v. *Hufeland*. Leipzig 1894.

² *Mendel*: Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. Dtsch. med. Wschr. 1889, 205.

³ *Hoeßlin, R. V.*: In F. C. Müllers Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893.

⁴ *Wernicke, C.*: Grundriß der Psychiatrie, 2. Aufl. 1906.

durch Adjektive zu kennzeichnen; wie zwangsmäßig, überwertig, wahnhaft usw. Für den *gemeinsamen* Begriff aber bleibe ich bei dem alt-eingebürgerten Namen der hypochondrischen Idee, bzw. hypochondrischen Vorstellung.

3. Krankheitsbefürchtung als Reaktionsnorm.

Lange spricht von den „regelmäßig vorhandenen Sensationen“ der Hypochonder; *Freud* meint: der „Hypochonder hat recht, die Organveränderungen fehlen auch bei ihm nicht. Andererseits rufen Erwartung und Befürchtung Körpersensationen hervor“. Der eigene Körper ist plastisches Ausdrucksmittel solcher Phantasien, auch in dem Sinne, daß sich zweifellos irgendwelche realen Veränderungen an den hypochondrisch kranken Körperteilen abspielen und wären es nur Blutverschiebungen“ (*Schilder*).

Wenn das so ist — und wir haben allen Anlaß es anzunehmen — dann läßt sich die hypochondrische Vorstellung betrachten als Antwort auf subjektive Körpergefühle, denen ein objektives, wenn auch nicht krankhaftes Geschehen zugrunde liegt. In diesem Verhalten stimmt die hypochondrische Reaktion überein mit der Reaktion des „Normalen“ auf „Beschwerden“, die ihm ein *nachweislich krankhaftes* Körpergeschehen verursacht. Um den gleichwohl erheblichen und kennzeichnenden Unterschied einzusehen, erscheint es notwendig, wenigstens kurz auf den Begriff der „normalen“ seelischen Reaktion auf Krankheiten einzugehen.

Wir betrachten den einzelnen Menschen als ein Ganzes, dessen seelisch-leibliche Komponenten untrennbar sind und insgesamt die individuelle Person ausmachen. Daraus folgt, daß bei jeder körperlichen Krankheit die ganze Person, also auch das seelische Geschehen betroffen sein muß. Bei größeren Störungen ist uns das eine geläufige Tatsache; bei leichteren entgeht uns die seelische Begleitung häufig oder bleibt überhaupt unwägbare.

Dieses „unmittelbare“ psychische Betroffensein läßt sich freilich mit der hypochondrischen Reaktion nicht vergleichen, sondern nur die „mittelbare“ Verarbeitung von Körpergefühlen, die als Beeinträchtigung empfunden werden, und hinter denen eine krankhafte Störung zu Recht vermutet oder auch gewußt wird.

Gibt es nun eine *Reaktionsnorm* auf ein solches objektiv zulänglich begründetes Krankheitsgefühl, bzw. Krankheitswissen, und wie ist sie?

In der Medizin ist *Norm* zunächst *Regelnorm* (Durchschnittsnorm), als *Maßstab* gegenüber dem „Abnormen“, d. h. allem, was in biologischer Beziehung von der Regel abweicht¹. Außerdem aber ist *Norm* auch

¹ Vgl. hierzu *Gruhle*: Psychologie des Abnormen usw., S. 3f. *Jaspers*: Allgem. Psychopathologie, S. 3 f. *J. Kaup*: Bedeutung des Normbegriffes in der Personal-lehre. *Rauttmann* (Untersuchungen über die Norm. Jena 1921) trennt mit Recht die *Norm als Regel* (als häufigsten Befund) von der *Norm als Durchschnitt* (arithmetischer Mittelwert) ab. Ebenso auch *W. Lange-Eichbaum*: „Genie, Irrsinn und Ruhm“, S. 220.

*Wertnorm*¹ als Maßstab für das Gesunde. Krank ist dasjenige, was nicht allein von der Regel abweicht, sondern außerdem den — biologischen — Wert Gesundheit, d. h. die Daseinssicherheit gefährdet². In der Psychiatrie gewinnt überdies der Normbegriff eine besondere Bedeutung als *Berechenbarkeitsmaßstab* für *seelisches* (auch soziales) Verhalten = Reaktionsnorm³. Neben der *allgemeinen* Norm gibt es eine *Individualnorm*, d. h. das durchschnittliche Verhalten eines *bestimmten* Menschen. Der *praktische* Wert dieses Begriffes wird zu Unrecht bestritten. Die Diagnose einer beginnenden, psychischen Erkrankung oder auch nur eines Krankheitsrestes ist gelegentlich nur dann möglich, wenn uns die *individuelle* Verhaltensnorm des Betreffenden bekannt ist. Seelisches Verhalten, das nach *allgemeiner* *Regelnorm* noch innerhalb der Gesundheitsbreite liegt, ist also an der Individualnorm gemessen zuweilen schon krankhaft.

Die Normbreite der seelischen Gesundheit wird zunächst durch das erfahrungsgemäß *sicher Krankhafte* bestimmt. Jedenfalls ist dieser Weg der ausschließenden Definition leichter zu beschreiten, als wenn man von der Gesundheitsbreite her die Grenze des Krankhaften festsetzen will.

Wir nennen praktisch jemanden nicht dann gesund, wenn sein gesamtes seelisches Verhalten nur Merkmale aufweist, die erfahrungsgemäß gesund sind; sondern dann, wenn er Merkmale, die erfahrungsgemäß krank sind, vermissen läßt. Die seelische Gesundheit ergibt sich also aus dem Fehlen von Elementen (Symptomen, Symptomenkomplexen,

¹ Vgl. u. a. *Gruhle*, l. c., *R. Pophal*: Der Krankheitsbegriff in der Körpermedizin und Psychiatrie (Berlin 1925); *Lange-Eichbaum*, l. c. Auf das „Magische“ im Krankheitsbegriff verweisen *Jaspers* und *Lange-Eichbaum*. Es wird auch von Ärzten noch oft im Begriff Krankheit „ein Rest jener alten Vorstellungen“ mitgedacht, nach denen die Krankheiten besondere Wesen waren, die von den Menschen Besitz ergriffen hatten. (*Jaspers*).

² Ich schließe mich der Einteilung von *Lange-Eichbaum* an, der die Norm von den beiden Reihen des Biopositiv- und des Bionegativ-Abnormen begrenzen läßt. Dazwischen liegt noch je ein Streifen „gleichgültig abnormen“ Verhaltens. „Pathologisch“ ist allein der äußere Flügel des Bionegativ-Abnormen (kränklich-krank).

³ Vgl. hierzu: *Jahrreiss, Herm.*: „Berechenbarkeit und Recht“, S. 5 f. Leipzig 1927. Berechenbarkeitsmaßstab ist „Maßstab zur Berechnung künftigen Geschehens“. Daß jedes menschliche Verhalten ausreichend determiniert ist, ist anzunehmen; aber es ist ebenso gewiß, daß wir niemals für ein bestimmtes Verhalten die Summe seiner Voraussetzungen kennen werden. Mit fortschreitender Erfahrung werden wir zwar immer bessere Propheten, dennoch ist selbst der beste niemals vor den größten Enttäuschungen sicher. Das zeigt, wie sehr man zwar reicher werden kann an Kenntnis typischer seelischer Reaktionen; aber gleichzeitig auch, wie grob trotzdem unser Wissen von den biologischen Fundamenten und von der psychischen Struktur menschlichen Verhaltens bleibt. Offenbar entsprechen die „typischen“ Verhaltensweisen nur groben Reaktionsschemen, die zwar häufig ein annähernd gleiches seelisches Verhalten im voraus berechnen lassen, aber auch häufig genug versagen, da uns mit der Unkenntnis ihrer *feineren* — und vielleicht entscheidenden — Bedingungen auch eine feiner abgestufte und erfolgreiche Berechenbarkeit entzogen ist.

Reaktionsformen), die der Regelnorm und zugleich dem Maßstab der biologischen Wertnorm widersprechen.

Danach wäre die Reaktionsnorm auf objektiv krankhafte Mißempfindungen bzw. auf das Wissen um eine reale Krankheit zunächst dadurch bestimmt, daß u. a. grobe hypochondrische Vorstellungen fehlen. Das klingt paradox, da man ja als Kennzeichen der hypochondrischen Vorstellung fordert, daß ihr keine wirkliche Krankheit zugrunde liegt; oder anders ausgedrückt: wir hören auf, von Hypochondrie zu reden, wenn wir erfahren, daß der Hypochonder „wirklich“ krank ist.

Ich halte das für eine unzulässige Verallgemeinerung. Wenn jemand an geringen arteriosklerotischen Beschwerden leidet, etwa an einem Spannungsgefühl im Kopf, an gelegentlichen Schwindelattacken, und nun anfängt, sich beständig um seine Gesundheit zu grämen, und unter phantastischen Befürchtungen um sein Leben zu bangen, so kann ich auch diese ursprünglich begründete, dann aber übertriebene und maßlos wuchernde Krankheitsbefürchtung nur als hypochondrische Reaktion bezeichnen. Wenn ich von übertriebener Krankheitsbefürchtung spreche, so schließt das ein, daß ich auch eine *nicht übertriebene*, d. h. zulänglich begründete *Krankheitsbefürchtung* anerkenne. Vielleicht ist diese „normale“ Krankheitsbefürchtung überhaupt die *Reaktionsnorm* auf objektiv begründete Krankheitsgefühle?

Es ist verständlich, daß es dem Psychiater an umfassender Erfahrung darüber mangelt, wie der *seelisch rüstige* Mensch auf das Gefühl krank zu sein und auf das Wissen darum reagiert. Hält er sich an *seine* ärztlichen Erfahrungen, so wird er — wie ich schon oben sagte — die grobe Breite der Regelnorm zunächst dadurch gewinnen, daß er die *erfahrungsgemäß* krankhaften Reaktionen ausschaltet. Für den so verbleibenden Rest aber läßt sich nach analogen Erfahrungen im voraus sagen, daß es eine *allgemein* gültige Reaktionsnorm nicht geben kann, sondern höchstens eine Reihe von Gruppennormen. Solche Gruppen werden bestimmt durch Eigenschaften des Erkrankten, aber auch durch Eigenarten der Krankheit selbst. Wichtige Eigenschaften dieser Art sind z. B. Lebensalter und ärztlicher Beruf. Der Erwachsene, dem die allgemeine Bedeutung der Krankheit als Gefahr geläufig ist, und für den sie überdies soziale Schwierigkeiten zur Folge haben kann, reagiert anders als das Kind; und der medizinische Laie steht wieder unter anderen Voraussetzungen als der Arzt.

Eine unterscheidende Bedeutung scheint mir aber vor allem der besonderen Krankheitsart zuzukommen, bzw. dem Sitz der Mißempfindungen. Für die psychische Reaktion ist es nicht unerheblich, ob jemand etwa rheumatische Beschwerden hat oder an Darmspasmen leidet. Die Klagen und Befürchtungen gerade der Magen- und Darmkranken haben die ursprüngliche Lehre von der Hypochondrie entscheidend beeinflußt. Für das besonders leichte Eintreten von Befürchtungen bei

Erkrankungen der Baueingeweide scheinen mir 3 Gründe verantwortlich zu sein: nämlich die relativ große Beeinträchtigung des Gesamtbefindens; weiter die Unmöglichkeit den wirklichen Krankheitsort zu sehen, zu betasten, während gerade die Funktionsstörung nicht selten offenbar wird; und drittens die allzu geläufige Gedankenverknüpfung dieser Störungen mit so unheilvollen Namen wie Geschwür und Krebs.

Gegenüber dieser mehr abgeleiteten Krankheitsfurcht gibt dem Denken der *Herzkranken* die *unmittelbar* körperlich verursachte Angst von vornherein einen pessimistischen Pendelschlag. Aber auch hierzu gesellt sich die Zauberkraft des magischen Namens, die Bedeutung des Herzens als Lebensmotor ¹.

In verwandter Weise ist mit Störungen der *Genitalsphäre* die Furcht vor einer Beeinträchtigung der Lebenskraft verknüpft; aber auch der Kummer um entschwindende Lebensfreude, um den Verlust spezifischer Gefühlswerte, ja des normalen Kontaktes mit der Umwelt.

Ich möchte noch ganz summarisch eine weitere Gruppe von körperlich Kranken nennen, deren seelischer Reaktionsmodus die gemeinsame Voraussetzung hat, daß sie wissentlich an einem Übel leiden, das als unentrinnbar gilt: Arteriosklerose, Syphilis, Krebs.

Diese Beispiele zeigen kurz, daß es eine *allgemeine* „durchschnittliche“ Reaktionsnorm auf Krankheitsgefühle oder auf das Wissen um die eigene Krankheit nicht geben kann, sondern höchstens eine Reihe von *Gruppennormen*, die untereinander lediglich quantitativ gestaffelt sind.

Bei einigen unter ihnen darf man die einsetzende Krankheitsbefürchtung — die Furcht, erheblich, unheilbar krank zu sein —, wohl als Reaktionsnorm ansehen. Ja, man könnte meinen, daß gerade diese Reaktion auch der biologischen Idealnorm der Daseinssicherheit am meisten gerecht werde, da sie den Erkrankten veranlaßt, auf den ersten Alarm hin, die nötigen Abwehrmaßnahmen gegen die gefährdete Daseinssicherheit zu ergreifen. Ich will mich nicht in das Gestrüpp möglicher Wertnormen verlieren, möchte aber doch darauf hinweisen, daß die psychische Leistungsnorm bei der grundsätzlichen Beziehung menschlichen Verhaltens zur Umwelt *auch* eine soziale Norm ist. Die *Unversehrtheit der positiven Beziehungen zur Umwelt* ließe sich somit in der Psychiatrie als eine *soziale Wertnorm* der biologischen an die Seite stellen. Dieser sozialen Wertnorm, von der es bekanntlich wie bei allen Idealnormen kein Abweichen um Handbreite gibt, käme am nächsten, wer trotz seiner Krankheit, ja sie rücksichtslos mißachtend, imstande ist, *seine*

¹ Braun, L.: „Die Psyche der Herzkranken.... Da es sich um das Herz, den Sitz des Lebens, um unmittelbar Empfundenes und um anscheinend zwingende Urteile handelt, ist es begreiflich, daß auch der Tapferste wankend wird, denn ein Schatten ist auf sein Leben gefallen, Zuversicht und Sorglosigkeit sind dahin.“

soziale Leistungsnorm aufrechtzuerhalten. Von einer ethischen Betrachtung etwa im Sinne einer Überkompensation aus Pflichtbewußtsein kann dabei ganz abgesehen werden.

Da wir den Menschen zwar von vielen Seiten her zergliedern können, aber am Ende doch als ein Ganzes begreifen müssen, so ist es nicht verwunderlich, wenn der Wettstreit um die Erfüllung der biologischen oder der sozialen Norm nur eine Scheinkonkurrenz ist.

Wer an einer Coronarsklerose leidet, bleibt krank, ob er sich darum kümmert oder nicht. Er beraubt sich jedoch des Regulativs der Spannkraft, wenn er von seiner sozialen Norm abfällt, indem er seiner Gesundheit nachjagt. Darum wird der Arteriosklerotiker nicht selten erst dann wirklich krank, d. h. krank auch im Sinne der seelischen und sozialen Leistungsnorm, wenn man ihm sein Leiden auf den Kopf zusagt. Und darum bleibt die „seelische Plusvariante“ — in bezug auf die Durchschnittsnorm — der Mensch, der keine Krankheitsbefürchtung kennt, oder ihr wenigstens keinen Raum gibt, in der Regel auch am längsten „leistungsfähig“.

Aber von dieser Plusvariante zur Minusvariante ist, jedenfalls erscheinungsmäßig, kaum ein Schritt. Ich denke etwa an leicht Manische, die mit ihrer zerbrochenen Gesundheit wüsten oder an die leichtfertige Euphorie mancher Tuberkulöser, mancher Multiplen Sklerosen. Ihrer Stellungnahme zu den krankhaften Erscheinungen fehlt diejenige Kritik, die man aller Erfahrung nach erwarten darf. Wir nennen sie deshalb *Minusvarianten*; es mangelt ihnen an der rechten „*Krankheitseinsicht*“, wie man etwas summarisch zu sagen pflegt.

So reicht die Spanne der Reaktionsnorm innerhalb der Regelbreite von der unteren Grenze der kompensierenden Plusvarianten über die affektiv wenig betonte einfache Kenntnisnahme hinweg zur mehr oder weniger starken Krankheitsbefürchtung, um sich schließlich unscharf in die eine Minusvariante der mangelnden Krankheitseinsicht zu verlieren oder in die andere der ausgemacht hypochondrischen Reaktion, deren einer Baustein die Krankheitsbefürchtung ist. Ein *gesunder* Baustein, wie ich noch einmal betonen möchte, der in der Regelbreite liegt und für einige Krankheitsgruppen als Reaktionsnorm gelten kann.

II. Inhalte und Formen hypochondrischen Denkens.

1. Inhalte.

Oben wurde die hypochondrische Idee definiert als die „Einbildung krank zu sein“. Diese begriffliche Weite ist notwendig, wenn man ohne Voreingenommenheit untersuchen will, ob so offensichtlich verschiedenartige Gebilde wie die „verständliche“ hypochondrische Eintagsbefürchtung und die unkorrigierbare hypochondrische Wahnidee phantastischen Inhalts einen gemeinsamen Strukturkern haben.

Im einzelnen sollen untersucht werden: die verschiedenen Inhalte hypochondrischer Ideen und ihre Determinierung sowie die Denkformen und die Verhältnisse, von denen sie vielleicht abhängig sind. Dabei wird auf die Frage einzugehen sein, ob sich regelmäßige Beziehungen zwischen Inhalt und Form finden sowie zwischen diesen beiden und dem jeweiligen Krankheitsboden, entsprechend der psychiatrischen Systematik.

Nach diesem Kapitel soll dann nach Aufbauelementen der hypochondrischen Idee gesucht werden unter den Körpergefühlen (Mißempfindungen) und den seelischen Gefühlen, unter der prämorbidem Persönlichkeit sowie unter konstellativen Faktoren und den Einflüssen aus dem Erbgut.

Den Untersuchungen liegen 100 Krankengeschichten zugrunde; daneben sind aber weitere Fälle, die eine so genaue Analyse nicht zuließen, für einzelne Fragen mitverwandt worden.

Die 100 Krankengeschichten verteilen sich auf folgende Grundstörungen:

„Psychopathie“	25 Fälle
Manisch-depressives Irresein	40 „
Schizophrenie	15 „
Chronische Hypochonder mit unklarer Grundstörung (vielleicht Schizophrenie?)	8 „
Paralysen	4 „
Klimakterische Depression	4 „
Arteriosklerosen	3 „
Multiple Sklerose	1 Fall.

Die Hypochonder der manisch-depressiven und der schizophrenen Gruppe wurden aus der Durchsicht von je 1000 Zählkarten und Krankengeschichten gewonnen. Dem Material der übrigen Gruppen liegen jeweils geringere Gesamtzahlen zugrunde (so den Paralysen 200 Fälle).

Unter 500 epileptisch Kranken fand ich nur 3 mit hypochondrischen Ideen; doch waren die Angaben zu wenig ausführlich, als daß ich sie hätte verwenden können.

Um einen Einblick in die Verhältnisse der sehr verschiedenartigen Inhalte hypochondrischer Ideen zu gewinnen, habe ich eine Reihe von Merkmalsgruppen dieser Inhalte aufgestellt und jeden einzelnen Fall danach registriert. Ich betrachte die Inhalte unter folgenden Gesichtspunkten:

1. bezogen auf den Grad der Möglichkeit: a) möglich (alltäglich oder ungewöhnlich), b) unmöglich (phantastisch);
2. bezogen auf den Ort bzw. die Art der vermeintlichen Krankheit: c) umschrieben (organbezogen), d) diffus (bezogen auf die leibliche Existenz);
3. bezogen auf die Anzahl vermutlicher Störungen: e) vereinzelt, f) zahlreich;
4. bezogen auf den Grad der Beständigkeit: g) einförmig, h) wechselnd.

Äußert z. B. jemand folgende Inhalte: „Die Nerven sind innerlich durch Aspirin abgetötet; ich habe Lungenbluten; ich kann nicht mehr atmen . . . Es muß etwas im Bauch sein, seitdem ich mit einem bestimmten Mittel behandelt worden bin. Die Speisen gehen nebenbei in ein Loch im Magen“, so sind diese Ideen, bezogen auf den Grad der Möglichkeit (d. h. der *sachlichen*, nicht der Vorstellungsmöglichkeit), teils möglich (Lungenbluten! der Kranke hat oft Nasenbluten), im übrigen unmöglich. Im Hinblick auf den Krankheitsort sind alle Inhalte *umschrieben* (d. h. bezogen auf Lunge, Nerven, Magen, Leib) und nicht etwa nur auf das Leben selbst (etwa: ich muß sterben, ich kann nicht leben, kein Arzt kann mich retten usw.).

Bezogen auf die *Anzahl* der einzelnen Befürchtungen sind die Inhalte mehrfach, vielfältig (im Gegensatz zu den vielen Kranken, die nur einen hypochondrischen Inhalt haben: Rückenmarkleiden, Krebs, Paralyse usw.).

Bezogen auf die *Beständigkeit* sind die Inhalte, wie aus dem Verlauf dieses Falles hervorgeht, *wechselnd*, d. h. der Kranke äußert heute die, morgen oder in einem späteren Schub, einer späteren Phase, jene Inhalte.

Bringe ich die Inhaltsanalyse dieses Falles auf eine Formel, so kann ich schreiben:

a und b
c
f
h

Lege ich die Inhaltsanalysen meiner sämtlichen Fälle in solchen Formeln nieder, so komme ich zu folgenden Merkmalskomplexen:

a) Psychopathie.

$\left. \begin{array}{c} a \\ c \\ e \\ g \end{array} \right\} 12\text{mal}$	$\left. \begin{array}{c} a \\ c \\ f \\ g \end{array} \right\} 2\text{mal}$	$\left. \begin{array}{c} a \\ c \\ d \\ g \end{array} \right\} 3\text{mal}$	$\left. \begin{array}{c} a \\ c \\ f \\ h \end{array} \right\} 3\text{mal}$	$\left. \begin{array}{c} a \\ d \\ f \\ h \end{array} \right\} 1\text{mal}$
	$\left. \begin{array}{c} a \\ c \text{ und } d \\ f \\ g \end{array} \right\} 1\text{mal}$		$\left. \begin{array}{c} a \\ ? \\ ? \\ ? \end{array} \right\} 3\text{mal}$	

In der letzten Gruppe handelt es sich um 3 Fälle, in denen eine sichere Bestimmung der übrigen Merkmale nicht möglich ist. Es sind Kranke mit „hypochondrischen Beschwerden“; eine Angabe, die sich oft in den Krankengeschichten findet, aber leider sehr ungenau und unzulänglich ist. Immerhin soll damit die mildeste Form hypochondrischer Befürchtungen gekennzeichnet werden, das besorgte Lamento, das an alle Mißempfindungen und Beobachtungen des Körpers und seiner Funktionen anknüpft. Dabei kommt es zwar zu einer sehr summarischen Überzeugung, daß dies und jenes krankhaft sei, ohne daß aber über diese

allgemeine Mißdeutung hinaus *besondere* „Krankheiten“ oder Körperschäden befürchtet oder als bereits vorhanden angenommen werden. Es soll darauf noch einmal bei der Besprechung der *Formen* des hypochondrischen Denkens eingegangen werden. Hier möchte ich nur betonen, daß diese „hypochondrischen Beschwerden“ doch etwas anderes sind als die Klagen Nervöser über ihre körperlichen Mißempfindungen. Der Nervöse wird durch seine Beschwerden vor allem *belästigt*, der Hypochonder fühlt sich vor allem *krank*. Dem Nervösen bedeuten die gleichen Beschwerden peinliche Behinderung, Störung, *Schmerzen*, dem Hypochonder aber unmittelbar *Krankheit*, vor der er „eine heilige Angst“ hat. Deshalb mag es auch erlaubt sein, in etwas nachlässiger Formulierung von „hypochondrischen Beschwerden“ zu reden, da diese Mißempfindungen den einzigen amorphen Inhalt der hypochondrischen Befürchtungen ausmachen.

Bei den Verhältnissen der übrigen Gruppen sind vor allem zwei Umstände der Erwähnung wert. Das ist die Tatsache, daß keine phantastische Idee auftaucht, nur einmal eine „ungewöhnliche“. Es handelt sich in diesem Fall um einen debilen, selbstunsicheren, ängstlichen und triebschwachen Psychopathen, der heiraten soll, um den väterlichen Hof zu übernehmen, und weder zum einen noch zum anderen Schneid hat. Er kommt immer wieder auf die Behauptung zurück, daß „seine Geschlechtsteile innerlich verfault seien“, und meint das nicht etwa gewissermaßen bildlich. Die Grenze zwischen den möglichen Inhalten und den unmöglichen (phantastischen) ist zuweilen schwer zu ziehen.

In der Regel ist dies aber doch durchzuführen, wenn man sich daran hält, daß die „phantastischen“ Ideen nicht einfach ungeheuerliche Irrtümer sind, sondern Vorstellungen, deren Inhalte nicht als überhaupt in der Wirklichkeit bestehend gedacht werden können. Wenn ein Hypochonder Schmerzen in der Schulter hat, und nun glaubt, er habe eine Gangrän, man werde ihm den Arm, ja einen Teil der Brust amputieren müssen, so ist das wohl eine ungewöhnliche Befürchtung, aber doch keine, deren Inhalt außer dem Bereich des möglichen Geschehens liegt, wenn er auch angesichts des objektiven Befundes einen ungeheuerlichen Irrtum darstellt. Wenn aber jemand meint, sein Geschlechtsteil sei in die Nase hineingewachsen oder er gehe mit einem Elefanten schwanger (wie *Blücher* während einer Altersmelancholie), so sind das offensichtlich Inhalte, die nicht als wirklich vorgestellt werden können.

Neben diesem Ergebnis, daß unter 25 hypochondrischen Befürchtungen bei Psychopathen kein phantastischer Inhalt beobachtet wird, ist weiter erwähnenswert, daß fast in der Hälfte (nämlich 12mal) die hypochondrische Befürchtung isoliert ist, einen umschriebenen Krankheitsinhalt hat und daß dieser Inhalt nicht wechselt. Bei 6 Kranken handelt es sich um Fälle von Luophobie, 3 halten sich für krebsteidend, einer fürchtet sich vor dem Herzschlag, ein anderer jammert, er habe

die arteriosklerotische Depression; der letzte quält sich mit der Befürchtung, er habe die „Hypochondrie“.

Es klingt paradox, daß jemand, der seine eigene Krankheit recht erkennt, für einen Hypochonder gelten soll. Aber *seine* Hypochondrie ist nicht unsere Hypochondrie. Denn wäre er in unserem Sinne hypochondrisch, so könnte er sich nicht dafür halten; und durchschaute er sich als hypochondrisch, d. h. als eingebildet krank, so wäre er nicht mehr hypochondrisch.¹

Um zu verstehen, daß unser Patient trotz der scheinbar richtigen Diagnose doch an einer eingebildeten Krankheit leidet, muß man sich erinnern, daß nach alter Lehrmeinung die Hypochondrie eine recht gefährliche Krankheit sein konnte, die bisweilen Siechtum und Tod herbeizuführen schien. Wenn man bedenkt, daß hypochondrische Syndrome zu Beginn einer Schizophrenie, im Verlauf einer Paralyse, bei schweren Allgemeinleiden vorkommen, und daß die alten Autoren dann diese Krankheiten als Hypochondrie bezeichneten oder wenigstens annahmen, daß diese in jene Psychosen und körperlichen Krankheiten übergegangen war, so ist begreiflich, daß jeder Laie, der dies liest, die Hypochondrie für eine schwere Krankheit halten muß. Unser Proband hat eifrig in „Medizinbüchern“ gelesen; es ist kein Wunder, daß er sich in der Hypochondrie wiedererkannte, und da er hypochondrisch ist, mußte ihn das schwarze Gemälde mit Angst erfüllen. Das einfache Gespenst eines *Namens* hält ihn genau so umklammert wie andere die Begriffe: Syphilis und Krebs.

b) Manisch-depressives Irresein.

Unter den 40 Fällen meines Materials finde ich folgende Formeln:

a c f g	9mal	a c f h	9mal	a c e g	8mal	a c e h	3mal	a c u. d e g	3mal
a e u. d f h	2mal	a d e g	2mal	a c u. d e h	1mal	a u. b c u. d f u. e h	1mal	a u. b c e u. f g	1mal

Nur dreimal treten hypochondrische Ideen phantastischen Inhalts auf und auch diese nur neben anderen.

Beobachtung 1: 64jährige Frau, die schon früher wegen periodischer Depression behandelt wurde. Von jeher ängstlich und zu hypochondrischen Befürchtungen

¹ Vgl. den Ausspruch *Kants*, den auch *Bumke* in seinem Lehrbuch zitiert (l. c. S. 32): . . . „von dem, der mit dieser Krankheit belastet und solange er es ist, kann man nicht verlangen, er solle seiner krankhaften Gefühle durch den bloßen Vorsatz Meister werden. Denn, wenn er dieses könnte, so wäre er nicht hypochondrisch“.

geneigt. Diesmal befindet sie sich in einer nörgelnden agitierten Melancholie voller Versündigungs- und Verarmungsideen. Daneben hypochondrische Befürchtungen: sie werde blind, das Herz werde still stehen, die Wasserblase ist gesprungen, sie werde zersprengt, weil sie keinen Stuhlgang habe. Hat aber öfters spontan Stuhl, nur daß sie dies zu verheimlichen sucht. Sie zieht sich einen oberflächlichen Hautriß am Ellbogen zu, und meint sofort, der ganze Arm sei rot, müsse amputiert werden. Vorübergehend äußert sie dann phantastische Ideen: ihre Augen seien mit Nikotin vergiftet, habe keinen Bauch, den habe die Schwester mit der Irrigator-spritze zerbrochen.

Beobachtung 2: 67jährige Frau mit regelmäßigen Frühjahrsdepressionen bei hypomanischer Persönlichkeit. Sie ist ängstlich besorgt. Läßt sich immer wieder in die Hand versprechen, daß sie kein körperliches Leiden habe. Behauptet schließlich, sie habe ein Stück Vieh im Leib.

Beobachtung 3: 46jährige Frau, die von jeher „eine hypochondrische Natur“ war und ängstlich auf ihre Verdauung achtete. Ging zu Kurpfuschern, „Kräuter-doktoren“, machte Ölkuren, war abergläubisch. Seit 4 Wochen Depression; im Vordergrund stehen hypochondrische Ideen. Sie falle ihrem Mann zur Last, werde siech und arbeitsunfähig, habe Heißhunger. Alles fällt durch den Magen durch. Da der Magen immer leer ist, ist natürlich auch das Gehirn leer. Die Leere ging vom Nacken bis zu den Augenbrauen; jetzt fühlt sie es weniger, „aber das ist eben das Schlimme“. Dadurch werde sie schwachsinnig und böartig. Schließlich: sie ist kürzer geworden, der Magen ist nicht mehr da; alles geht zum Nabel hinein. Sie könne nichts essen. Die Zunge ist nicht mehr da, sie stecke oben in der Nase.

Es handelt sich in diesen Fällen um Melancholien, die durch Involution oder Präsenium kompliziert sind. Hypochondrische Ideen phantastischen Inhalts habe ich unter unkomplizierten Melancholien oder auch unter Mischzuständen nicht gefunden; auch dann nicht, wenn *nihilistische* Ideen bestanden, die sich nicht, wie z. T. in den eben angeführten Fällen auf die Existenz des eigenen Körpers, seiner Organe oder Funktionen bezogen.

Abgesehen von einzelnen ungewöhnlichen Ideen (der Hals ist zuge wachsen, das Blut ist ganz zersetzt, es besteht Muskelstarre) finden sich die gleichen Inhalte im hypochondrischen Syndrom, wie unter der Gruppe psychopathischer Persönlichkeiten; nur sind bei den Melancholischen die Kranken mit zahlreichen Inhalten etwas häufiger gegenüber der Psychopathengruppe, bei der — vielleicht aus Zufälligkeiten des Materiales — die vereinzelt hypochondrischen Befürchtungen überwiegen.

In einem Fall spielt die Befürchtung an „Neurasthenie“ zu leiden eine ähnliche Rolle, wie dies oben bei der isolierten Form von Hypochondrie beschrieben wurde. In einigen Fällen (7mal) sind die hypochondrischen Ideen von Selbstvorwürfen begleitet: Durch ihre Leiden werden sie dem Mann zur Last; habe sich die Krankheit zugezogen, weil sie nicht recht gelebt habe; weil sie barfuß gegangen sei; habe das Leiden verschlimmert, weil sie einen Einlauf nicht genau nach ärztlicher Vorschrift gemacht habe.

3 Kranke mit Syphilisfurcht quälen sich mit Vorwürfen, sie hätten ihre Familie angesteckt, alle müßten ins Irrenhaus.

c) *Schizophrenie.*

Die Inhaltsmerkmale meiner 15 Fälle von Schizophrenie ergeben folgende Gruppen:

a	a	b	a u. b	a u. b
c	c u. d)	c	c	c u. d
f	f	f	f	f
h	h	g	h	h
5mal		1mal	2mal	3mal
}		}	}	}
				1mal

Auffällig ist hier, daß in 6 Fällen Ideen phantastischen Inhalts geäußert werden. Die Muskeln sind verlagert, die Knochen verschoben; die Nerven sind innerlich durch Aspirin abgetötet; die Geschlechtsteile sind kleiner geworden, der Geschlechtsteil ist mit der Nase vertauscht, er ist kalt und wird immer länger; das Herz ist zusammengeschnürt wie ein Gummiball; durch den ganzen Körper läuft Samen; es ist keine Körperwärme mehr da, die Empfindungs- und Geschlechtsnerven sind eingegangen; es sind überhaupt keine Gedärme mehr da, kann nichts essen, bin gestorben oder im Begriff zu sterben; das Herz kocht kein Blut mehr, die Knochen sind dicker geworden, die Gedärme sind verwachsen, es kommt kein Stuhl mehr durch, kann auch keiner kommen, da der Magen nicht mehr kocht. Ein eigentümliches Gemisch von Mißempfindungen, Veränderungsgefühlen, nihilistischen und phantastisch-hypochondrischen Ideen bietet die folgende

Beobachtung 4: Rich. H., 29 Jahre, Aufnahme 1925. Mutter leicht erregbar, zänkisch. Familie im übrigen unauffällig. Als Kind heiter, frisch, nicht ängstlich oder schreckhaft, kein Bettnässen. Später eigensinnig, herrisch, wenig Freunde. Innerlich unstet. Wollte nach Amerika. Gut gelernt. Wurde Schriftsetzer. 1914 eingerückt als Kriegsfreiwilliger. 1915 in einem Keller verschüttet. Etwa eine halbe Stunde bewußtlos, dann ganz frisch, keinerlei neurologische Erscheinungen. Wurde aber bald schlafstüchtig. Röntgenaufnahme ergab Splitterbruch des rechten Scheitelbeines. Operation. 1916 epileptiforme Krampfanfälle; diese hielten bis 1919 an und blieben dann ganz aus. Anfälle immer nachts mit Zungenbiß, Einnässen. Nach Entlassung vom Militär Kellner. In den letzten Jahren vor seiner Aufnahme zunehmende Veränderung; Angstzustände, konnte nicht mehr recht denken, nicht mehr richtig rechnen. Lief „immer wie im Traum“ umher. Schief schlecht, sexuell übererregt. Wurde schließlich verstimmt, „hypochondrisch“, Selbstmordgedanken. Streit mit dem Hoteldirektor.

Seit Anfang 1925 zusammenziehendes Gefühl im Kopf, als ob da alles tot und pelzig sei. Das Gehirn denke nicht. Werde noch verrückt. Der Inhalt seines Kopfes werde bald uach der einen, bald nach der anderen Seite herumgezogen. Viel Beschäftigung mit „Psychologie“, seelischer Selbstbehandlung. Okkultismus. Wurde auch von ärztlicher Seite „magnetisiert“ und hypnotisiert. Die widerwärtigen Empfindungen nehmen zu: es strömt etwas in die Kopfseite ein, das Gesicht geht hinten heraus, er könne alles hinter sich sehen, ohne den Kopf zu bewegen, die Augen werden groß wie Kinderreifen; er selbst schrumpft zusammen. Fühlt sich beeinflußt, verfolgt; man solle ihn zum Tier machen. Die Gedanken setzen plötzlich aus.

Körperlich: Leptosom mit dysplastischen Einschlägen. Kleine Struma. Sonst intern und neurologisch o. B. Wa.R. negativ.

Knochendefekt an der Grenze des rechten Scheitel- und Hinterhauptbeines. Pulsation des Gehirnes sichtbar. Hirndruckerscheinungen. Hockt im Bett, ratloses

Gesicht. „Ich glaube, ich bin wirklich geisteskrank. Wie ich so dasitze. Mit den Händen und so . . .“ „Ich habe doch keine Größe mehr. Ich liege doch gar nicht da wie ein normaler Mensch. Der Kopf ist doch ganz anders gewesen. Ich sitze ja da wie ein Depp, komisch!“

„Wenn ich spreche, spreche ich ja mit dem Bauch und früher hab ich ja doch immer mit dem Kopf gesprochen und gedacht; ich hab ja Jahre gearbeitet als Oberkellner, in einem solchen Zustand hätte ich ja doch nicht arbeiten können.“ Legt die Hand aufs Herz. „Es ist alles ausgestorben, dumm. Oder ist das nur eine Einbildung? Ich kann ja nicht auftreten, ich hab ja gar kein Gefühl in den Füßen.“ Kneifen und Nadelstiche im Bein werden angeblich nicht empfunden. „Das ist, wie wenn das alles Stroh ist. Es stinkt wie faules Fleisch. Schnüffelt an seinem Handrücken.

„Vom Kopf bis zum Fuß bin ich umgedreht. Ich bin eben vollkommen gefühllos, verstehen Sie. Ich kann mich an keinem bestimmten Punkt konzentrieren, nicht festlegen. Die Augen kann ich nicht bewegen, wie wenn sie abgestorben wären. Wird denn das nie anders? Ich kann doch nie so bleiben.“

Er sei sich seiner selber nicht bewußt. Alles sei heraufgekommen. Seine Geschlechtsteile seien nach oben geschoben. Wenn er früher mit der Hand hingelangt, weil es ihn gejuckt hätte, dann hätte er ja weit hinlangen müssen und jetzt sei er doch gleich da . . . Der Hintere ist doch hier oben, das sind alles so Zustände. Wenn ich den After bewege, rührt sich das linke Auge. Da habe ich ebenso Pulsationen, so ein warmes Gefühl. Die Augen könnte ich direkt herausreißen, wie wenn sie nicht mir gehören würden. „Das sind eben die Mißempfindungen. Aber da muß doch hier was sein in der Brust oder im Herzen, daß das nicht arbeitet.“ „Um Gottes Willen, was ist das nur! Ich komme mir so klein vor, und also . . . drastisch gesprochen, wie ein zweijähriges Kind, und der Kopf ist zehnmal so groß wie ein Wasserkopf. Das ist alles verschoben. Die Arme kommen mir so groß vor.“ Langt an sich herab, tastet, befühlt sich, kratzt und kneift sich. Er komme sich direkt vor wie ein Geist. Stimmen habe er nie gehört. Aber jetzt höre er alles deutlicher als früher. Es komme auch oft vor jetzt, daß er Worte höre und sich nichts dabei denke: „es übersetzt sich nicht so automatisch“. Habe eine vollkommene Gedankenleere, habe ein strohiges Gefühl im Kopf. Gestern war ich auf einmal vollkommen bewußtlos. Ich hatte nur die Empfindung, daß ich sprechen wollte und da habe ich dann nicht mehr sprechen können. Und es ist mir vorgekommen, wie wenn alles Geister um mich her wären. Er habe ein Flimmern in den Augen gehabt, das ging so stoßweise.

Im Auto war es ihm dann, wie wenn sein Kopf riesengroß wäre. „Und dann kam so ein komisches Gemisch von Hören und „Empfinden“. Es war mehr Empfinden, wie wenn das Auto Sprünge mache von 100 Meter.“

Kommt immer wieder auf seine Veränderungsgefühle zurück. „Es gibt doch Bauch- und Brustatmung. Bei den Gemütsmenschen geht doch das Blut nicht vom Herzen in den Kopf, sondern vom Rücken und Nacken aus.“ „Auch bei Bauern und Handwerkern sei das so.“ Die linke Seite sei seine rechte. Das Blut ströme in anderer Richtung; er habe den Arzt früher von oben nach unten angesehen und jetzt sei es umgekehrt.

Im weiteren Verlauf treten Äußerungen dieser Art fast ganz zurück. Er wechselt jäh zwischen Zeiten weicher, anschmiegsamer Zugänglichkeit und ratloser Erregung. Macht zuweilen einen leicht benommenen Eindruck. Uriniert einmal im Bad neben der Wanne. Gleitet schließlich in einen Stupor hinein.

Es fragt sich, ob man hier überhaupt noch von hypochondrischen *Ideen* reden kann. Worüber der Kranke so beweglich klagt, sind ja

abnorme Körpergefühle. Er ist ausgestorben, gefühllos, verändert, vom Kopf bis zum Fuß umgedreht, rechts und links sind vertauscht.

Im Anschluß an *Schilder* hat *Mayer-Groß*¹ darauf hingewiesen, daß sich die uneinfühlbaren hypochondrischen Klagen ihres „phantastischen“ Charakters entkleiden lassen, wenn man annimmt, „daß solchen Angaben tatsächliche sinnesmäßige Abwandlungen des Körperschemas und seiner Teile zugrunde liegen“ (*Mayer-Groß*). Auf die Lehre vom Körperschema, d. h. dem Raumbild, das jeder von sich selber hat (*Schilder*) und seinen Beziehungen zur Hypochondrie, soll im Endkapitel eingegangen werden. Hier ist nur so viel zu erwähnen, daß nach *Head*, *Pick*, *Schilder* u. a. durch organische Hirnschäden diese Körperraumbilder gestört werden können. (Beeinträchtigung der Rechts-Links-Orientierung; „Phantomglieder“ usw.) Wenn dies so ist, dann ließen sich auch in unserem Fall die abnormen Körpergefühle als Ausdruck einer Hirnschädigung auffassen, durch die das Körperraumbild gestört ist.

*Beringer*² hat im experimentellen Meskalinrausch von seinen Versuchspersonen ganz ähnliche Schilderungen über phantastische Veränderungsgefühle erhalten. Auch im Haschischversuch haben sie *Fr. Kant* und *E. Krapf*³ wenigstens vereinzelt angetroffen. Ich möchte aber ausdrücklich darauf hinweisen, daß sowohl im Haschisch- wie im Meskalinrausch auch über Körpersensationen alltäglicher Art geklagt wird: das ganze Heer der Parästhesien, Druck, Hitzewallungen, Kälte, Bleischwere, Zwicken, Schmerzen usw. treten auf, die wir ja als hypochondrische Requisiten kennen, und von denen das nächste Kapitel handelt.

Weiter möchte ich betonen, daß in unserem Fall auch grobe Störungen der Hautempfindlichkeit bestehen, die nur als „hysterisch“ angesprochen werden können.

Mit diesen Bemerkungen will ich meinen Fall für die „Hypochondrie“ retten. Das wäre von vornherein vereitelt, wenn die Klagen des Kranken lediglich Schilderungen organisch bedingter Körpersensationen wären. Dann wäre er so wenig Hypochonder wie der Meskalin-Berauschte oder auch wie der einfach Nervöse, für dessen körperliche Beschwerden wir schließlich auch organische Vorgänge mitverantwortlich machen müssen. Wenn *Schilder* darauf hinweist, daß das „Körperschema“ in einer Weise gegliedert sei, die auch der Ausbreitung hysterischer Sensibilitätsstörungen entspreche; und wenn er meint, wir seien nahe daran, diese „hirnphysiologisch“ erklären zu können, so halte ich das für möglich in dem Sinne, wie es *Liepmann*⁴ meinte: „So verschieden in den einzelnen

¹ *Mayer-Groß*: Pathologie der Wahrnehmung II, bes. S. 467 f. im Bumke-Handbuch der Geisteskrankheiten, T. I, 1.

² *Beringer*: Der Meskalinrausch, bes. S. 56 f. u. S. 78. Berlin 1927.

³ *Kant*, F. u. *E. Krapf*: Über Selbstversuche mit Haschisch. Arch. f. exper. Path. 1928, 328.

⁴ *Liepmann*: Das Krankheitsbild der Apraxie usw. Mschr. Psychiatr. 8 (1900). *Schilder* zitiert den angeführten Absatz selbst in diesem Zusammenhang.

Zügen die hysterischen Abulien, Lähmungen, Anästhesien von der . . . Apraxie sind, im Effekt bestehen doch prinzipielle Übereinstimmungen. . . . Auch beim Hysterischen suchen wir die Störung nicht in dem zentralen Bewegungsapparat, sondern darin, daß der Wille die Herrschaft über den Apparat verloren hat. Auch bei der hysterischen Sensibilitätslähmung werden zentripetale Erregungen verwertet, ohne in das Gesamtbewußtsein einzugehen. Die Unterbrechung liegt aber gewissermaßen an derselben Stelle der Psyche.“

Über diese von *Schilder* erhoffte Möglichkeit einer *hirnphysiologischen* Fundamentierung hysterischer Störungen hinaus ist jedenfalls so viel erfahrungsgemäß sicher, daß die „hysterische“ Beeinträchtigung solcher bekannten oder vermuteten nervösen Apparate von der *Psyche* her geschieht. Wenn nun auch das hypochondrische Syndrom möglicherweise in Verbindung gebracht werden kann mit einer Beeinträchtigung derjenigen cerebralen Einrichtungen, von denen die Unversehrtheit der normalen Körperraumbildung abhängt, so wäre doch auch hierbei das Wesentliche, daß eine solche Beeinträchtigung des Körperschemas — etwa durch Organbeachtung und Isolierung — vom Psychischen her geschieht. Wird die Beachtung gewissermaßen erzwungen, indem das Subjekt durch viscerale oder anders lokalisierte Sensationen alarmiert wird, so geschieht auch hier die „Zerreißung“ des Körperschemas — soweit es überhaupt dazu kommt — und vor allem ihre hypochondrische Verarbeitung von der Psyche her.

Kommt es aber, wie man das für unseren Fall vermuten könnte, zu abnormen Körpergefühlen dadurch, daß die hirnphysiologische Repräsentation des individuellen Raumbewußtseins vom eigenen Körper, eben die Körperschemata in *Heads* Sinn, unmittelbar — durch traumatische, toxische oder sonstige Einflüsse — getroffen werden, so entsteht noch kein hypochondrisches Syndrom. *Kommt* es zu Ideen, die man als hypochondrisch bezeichnen kann, dann geschieht dies entweder dadurch, daß bereits in die Ausgestaltung der Veränderungsgefühle hypochondrisch gesteuertes Denken eingeht oder daß die nackten Veränderungsgefühle hypochondrisch verarbeitet werden. *Beide* Wege scheinen mir in meinem Fall begangen zu werden. Schon vor dem Einsetzen der Veränderungsgefühle war der Kranke „hypochondrisch“ verstimmt; hatte schweres Krankheitsgefühl, lief zu vielen Ärzten, ließ sich magnetisieren und hypnotisieren, beschäftigte sich mit seelischer Selbstbehandlung. Auch in der Klinik hält dieses Krankheitsgefühl an („ich glaube, ich bin wirklich verrückt; ich sitze da wie ein Depp“). Am Ausbau seiner Mißempfindungen sind schaffende Kräfte beteiligt, wie wir dies auch sonst bei der hypochondrischen Einstellung finden; ja, es kommt zu hysterischen Sensibilitätsstörungen. Er selber steht seinen Phänomenen zweifelnd gegenüber: „Ist das nur eine Einbildung?“

Er grübelt über seinen Zustand: „Da muß doch hier was sein, in der Brust oder im Herzen, das da nicht arbeitet.“ Er ist gehetzt von Angst und Sorge: „Um Gotteswillen, was ist das nur? . . . Wird denn das nie anders? Ich kann doch nicht so bleiben.“ *Beringer* betont, daß im Meskalinrausch die Zustände *weitgehender* Körper-Ich-Veränderungen eine *passive* Erlebnishaltung zur Voraussetzung haben. Bei unserem Kranken verhält es sich eher umgekehrt. Er ist zwar überwältigt von schweren Veränderungsgefühlen, aber er gibt sich ihnen nicht passiv hin, sondern versucht noch, sie dem Kreis einer zerfallenden hypochondrischen Gesamthaltung einzuordnen. So kommt es zu einem Bild hypochondrischer Ratlosigkeit¹.

Wenn wir nun noch einmal die Inhalte der schizophrenen Gruppe betrachten, so finden wir in der Hälfte der Fälle vereinzelte Ideen, die sich vielleicht als abnorme Körpergefühle deuten lassen; wie weit das berechtigt ist, ist nicht endgültig zu entscheiden. Da diese Körpergefühle aber so unmittelbar neben sicher hypochondrischen Mißdeutungen und Wahnideen vorkommen, halte ich es für wahrscheinlich, daß auch sie nur phantastische Mißdeutungen an sich *nicht* abnormer Körpergefühle sind. Daneben finden sich noch nihilistische Ideen, denen möglicherweise auch abnorme Sensationen zugrunde liegen bzw. das Erlebnis des Ausfalles normaler, in das Gesamtkörpergefühl eingehender Organgefühle.

d) Hypochondrisches Syndrom bei unklarer Grundstörung.

Diese Gruppe umfaßt 8 Fälle von vorwiegend chronischem Verlauf der hypochondrischen Vorstellungen, ohne daß es möglich wäre, sie mit Sicherheit der Schizophrenie oder dem manisch-depressiven Formenkreis zuzurechnen.

Die Formeln sind:

$$\begin{array}{ccccc}
 \left. \begin{array}{l} a \\ c \text{ u. } d \\ f \\ g \end{array} \right\} 3\text{mal} & \left. \begin{array}{l} a \\ c \text{ u. } d \\ e \\ g \end{array} \right\} 1\text{mal} & \left. \begin{array}{l} a \\ d \\ e \\ g \end{array} \right\} 1\text{mal} & \left. \begin{array}{l} a \text{ u. } b \\ e \text{ u. } d \\ f \\ h \end{array} \right\} 1\text{mal} & \\
 & \left. \begin{array}{l} a \text{ u. } b \\ c \\ f \\ h \end{array} \right\} 1\text{mal} & & \left. \begin{array}{l} a \\ c \text{ u. } d \\ f \\ g \end{array} \right\} 1\text{mal} &
 \end{array}$$

Die Gruppen zeigen, daß beinahe jeder Fall sein eigenes Gesicht hat, wenn auch die Unterschiede gering sind. Zwei Kranke stecken vor allem voller hypochondrischer Befürchtungen sexuellen Inhaltes, mit Vorwürfen wegen Onanie und mit der Angst rückenmarkleidend zu sein; daneben Befürchtung wegen Mannesschwäche, die wahrscheinlich vom

¹ Die ursprüngliche Vermutung, daß es sich in diesem Falle um einen epileptischen Ausnahmezustand handle, konnte bei längerer Beobachtung nicht aufrecht erhalten werden.

Magen ausgehe; Jammern über Säure im Magen, Hämorrhoiden, Schlaf und Stuhl. Verzweifelte Stimmung. Niemand könne helfen.

Der dritte Fall betrifft eine 60jährige Frau, die seit ihrem 30. Jahre jammert, doktert und „vom Pech“ verfolgt ist.

Beobachtung 5: Cäcilie H., 60 Jahre. Als Kind nicht besonders krank. „Optimistisch.“ Mit 18 Jahren Heirat. 2 Kinder (verheiratet) gesund. Mann vor drei Jahren gestorben. Schlechte wirtschaftliche Verhältnisse durch die Inflation. Durch Leichtsinns anderer sei ihr viel zugestoßen. Nach der zweiten Entbindung vor 30 Jahren habe sie sich eine Periodestörung durch Stuhlgang zugezogen. Ging in ein Sanatorium. Sitzdampfbäder. Dann habe man ihr Eiskühlungen noch nachgegeben „im vollen Schweiß des Körpers den ganzen Rücken entlang und aufs Herz“. Von da an sei sie eine gelieferte Person gewesen. Krampfstöße im Kopf. Krampfartiges Gefühl, wie wenn sich der Rücken nicht erwärmen könnte. Kein normal kaltes Gefühl. Das sei jahrelang so gegangen. Dann Schwindelzustände. Das sei einfach gewesen, wie wenn sie der Tod packe. Das ging bis ans Herz die Kälte. Wenn man es durch Wärme beseitigen wollte, dann bekam sie Schwindel. Im Sommer dagegen konnte sie sich gar nicht retten vor Schweiß. Sei Tag und Nacht nicht aus dem Schweiß gekommen. Das habe jahrelang so bestanden.

Dann sei vielerlei Malheur gekommen. Habe sich neben einen Stuhl gesetzt, soll eine Wirbelverletzung davongetragen haben. Sehr heftige Beschwerden. Bekam Injektionen „in die Wirbel“.

Später sei ihr mal in einem kalten Raum der Kopf gewaschen worden. Seit der Zeit ganz kaputt. Schreckliche Folgen davon. Aber keiner wollte es glauben. Besonders nicht die Mediziner in der Familie. Sei eine Arbeitspersönlichkeit gewesen und habe nun gar nichts mehr arbeiten können. Hatte außerdem das Unglück, daß ihr ein großes verglastes Bild auf den Kopf fiel; leider wurde sie nicht durchleuchtet. Es soll ein Sprung im Gehörgang zurückgeblieben sein. Gleich Brechreiz bei Arbeiten. Behauptete immer wieder, sie müsse ein Geschwür im Kopf haben. Immer das Gefühl, als ob es wachse, sich dehne, eine unheimliche Sache. Niemand im Hause wollte begreifen, daß das ein besonderer Zustand sei. Unternahm auf eigene Faust alles. Kam zu einem Arzt, der die Sache etwas leicht nahm und Diathermie anwandte. War überzeugt, daß alles schlecht enden müsse. Es war gar nicht zum Schildern, wie ruiniert sie war. Schwitzte ungeheuer. Alle 10 Minuten ergoß sich der Schweiß automatisch von einer bestimmten Stelle am Kopfe aus.

Sei von Natur aus glücklich veranlagt und habe sich hineingefunden.

Vor zwei Jahren hatte sie wieder das Unglück, daß sie am Bahnhof in Wien keinen Träger bekam. Fürchtete jeden Augenblick einen Gehirnschlag zu bekommen. Machte eiskalte Nackenumschläge im Abteil und von diesem Moment an „Kurzschluß in den Nerven“. Kam nach Baden bei Wien zu Bekannten. Benommenes Gefühl, dauernder Reizzustand im Gehirn. Sie bekam gleich wieder das Kältegefühl und Schauer über Schauer bis in die Kniekehlen und erkannte gleich, daß das ein Lähmungszustand war. Es wundere sie noch jetzt, daß sie damals kein Gehirnschlag getroffen habe. Von da ab beständig Schauer, so stelle sie sich Todesschauer vor. Krämpfe im Gehirn. Gang ganz furchtbar. Solange es Sommer ist, sei sie tagelang ganz naß, und sowie es kühl würde, bekomme sie gleich ein eiskaltes Gefühl, wie wenn man Menthol eingebläht hätte. Das gehe vom Nervenzentrum im Rücken aus. Oder es müsse an der Zirbeldrüse sitzen. Der Darm arbeite absolut nicht mehr.

Wenn sie diese Kälte verspüre, bekomme sie auch einen Zustand wie Katarrh. Könne nur von der Bettwärme existieren. Habe aber so einen Lebensdrang in sich. Sei zum Leben zu schlecht, zum Sterben zu gut. Und dabei müßte sie jetzt Geld verdienen. Körperlich kein besonderer Befund.

Psychisch: Hastig, kommt mit ihren Klagen nicht zu Ende. Fühlt sich als unverstandene, vom Schicksal mitleidlos verfolgte Frau.

Keine Anhaltspunkte für manisch-depressives Irresein.

Im nächsten Fall besteht das hypochondrische Syndrom 7 Jahre hindurch, um schließlich mehr und mehr abzublassen. Nach einem weiteren Jahr kann die Kranke entlassen werden; hypochondrische Ideen werden kaum noch geäußert; die Kranke ist vielgeschäftig, empfindsam, vorwiegend guter Laune, wenn auch affektlabil, eigensinnig, herrisch.

Die Inhalte ihrer hypochondrischen Ideen gehen über viele Register von flüchtigen, spielerisch geäußerten Befürchtungen bis zu nihilistischen Wahnideen. Abnorme Körpergefühle spielen dabei möglicherweise eine Rolle. In der Klinik wurde die Diagnose Melancholie gestellt. Es handelt sich aber um einen hypochondrischen Verstimmungszustand im Klimakterium. Da die Kranke jedoch von Hause aus eine erheblich psychopathische Persönlichkeit ist mit hysterischen, anankastischen und hypochondrischen Zügen, soll der Fall mit unter dieser Gruppe abgehandelt werden.

Beobachtung 6: Lina B., 46 Jahre. Eine Schwester der Mutter seit 50 Jahren in einer Irrenanstalt. Vater gesund; gutmütig, mitleidig, bescheiden, schaffte nur für andere, stellte gar keine Ansprüche ans Leben.

Mit 4 Jahren von einem Arbeiter vom Spielen fortgeschleppt und wahrscheinlich vergewaltigt worden. Danach „schwer mit Unterleibsentzündung gelegen“. Schwer gelernt. Fleißig. Zu Hause schlecht behandelt worden, habe immer nur arbeiten müssen. Mit 15 Jahren habe sie sich das Leben nehmen wollen. Nie Freunde. Kein Mensch habe es je gut mit ihr gemeint. Habe nur wenig gegessen aus Furcht, sie könne sich mit dem Messer und der Gabel etwas tun. Zwangsantrieb, sich ins Wasser zu stürzen, wenn sie über eine Brücke ging. Eisenbahnangst. Habe stets über den Magen geklagt, konnte nur sehr diät leben. Heftige Schmerzen bei der Menstruation. Seit 15 Jahren Schneideratelier. Scheu, ging nicht gern unter Leute, aber tatkräftig. Rechthaberisch, dann wieder gutmütig.

Seit 2 Jahren verheiratet. Menses unregelmäßig seit einem Jahr.

Seit 20 Jahren die Zwangsvorstellung, sie werde verrückt. Im Krieg (1914/15) erkrankt.

Patientin hatte keinen Grund, sich über den Krieg aufzuregen, hatte nur Mitleid mit allen Soldaten, gab viel für sie.

Sagte, sie sei so schwermütig, komme nicht darüber hinweg, werde nicht mehr gesund.

Sprach häufig über Selbstmord. Sonst mit Leben und Gesundheit sehr ängstlich.

Wird abends von ihrer Schwester und einer Pflegerin gebracht. Ist in Unruhe und Depression, klagt über Schmerzen im Arm, auch über Nervenschmerzen im ganzen Körper. Jammert viel, daß sie sich so verletzt habe, das werde gewiß nicht wieder gut und es werde etwas Schlimmes daraus entstehen. Läßt sich beim Verbinden die Augen verdecken, um die Verletzung nicht sehen zu müssen. Meint, sie habe sich durch die Verletzung, Strangulationsversuch usw. am Hals, im Kopf usw. dauernd geschadet, werde nicht mehr gesund, weil die Verhältnisse sehr schwierig seien. Bedauert ihren Mann, der zeitlebens eine kranke Frau haben müsse, klagt über Ohrensausen und verschiedene nervöse Gefühle in Hals und Gliedern.

Hoffnungslose Stimmung, sie könne nichts behalten und verstehen. Habe im Kopf, Hals, Mund und Gliedern das Gefühl, als ob alles den Halt verlöre, sie ganz auseinanderfallen müsse. Behauptet, ihr Leiden gehe von den Ohren aus. Klagt

immer über schwere Gedanken, dabei sichtlich große Angst, Furcht „verrückt“ zu werden. Patientin geht jammernd und voll Unruhe herum. Hat neuerdings die Vorstellung, dadurch, daß sie ißt, verrückt zu werden.

Herzbeschwerden; sagt, es sei früher bei ihr Fettherz gefunden worden.

Habe die Empfindung als sei der Kopf voll Eiter. „Da drinnen ist es, als ob alles herausgezogen wäre, da ist sicher nichts mehr drinnen. Ein ganz fremdes Gefühl im ganzen Körper habe ich, überall bin ich so fremd, alles fällt auseinander. Ich weiß gar nicht, die Hand gehört mir gar nicht.“ — Sehr verzweifelt, sie habe Feuer im Kopf. Greift sich an den Kopf. Rauft die Haare; ihr Gehirn siede, alle Nerven seien herausgezogen. Keinem Zuspruch zugänglich. Ihr Wahnsinn sei unheilbar durch vieles Schlechte, das sie getan habe. Vorstellung, daß ihr Körper ohne Inhalt sei, daß aus Kopf, Herz usw. alle Nerven herausseien.

Sagt: „Da innen ist alles rausgerissen, der Hals und die Zunge und die Hände, mir fällt fortwährend alles runter.“

„Ich erstickte schon bald, da drinnen ist ja alles herausgefressen, das Gift, das ich genommen habe.“ Manchmal heftige Ausbrüche, weint und denkt, man halte sie nicht für krank.

Viel unzufrieden und jammernd, auch nachts oft unruhig. Schimpft auf Verpflegung und Behandlung.

Alles weggeschwunden an den Beinen, nur mehr der Knochen, an der Zunge kein Blut mehr und so ist alles.

In diesem Lamento geht es lange fort; dabei tritt mehr und mehr eine gereizte nörgelnde, querulierende Stimmung in den Vordergrund. Viel hysterisch-theatralisches Gebaren.

Ausgesprochene Einstellung auf Wirkung und Umwelt. Zwischendurch aber auch Selbstvorwürfe: habe über alle Unglück gebracht, alle Menschen leiden durch sie, weil sie trotz ihrer Krankheit (Folgen der Vergewaltigung) geheiratet habe.

An hypochondrischen Äußerungen findet sich noch folgendes: Beobachtet sich und ihren Körper, findet alles an sich abnorm. Teilt einem jammernd mit, daß das Schlüsselbein ganz hineingedreht sei, alles zerfallen sei u. a. Ißt viele Speisen nicht.

Dauernd unzufrieden mit Pflege und Behandlung. Sehr entrüstet, daß man ihr nicht glaube, daß sie so schwer körperlich leidend sei. Beobachtet sich den ganzen Tag. Weist oft Speisen zurück und sagt, man verstehe nichts von Pflege.

Ihre Adern seien versteint.

Mehrtägiger Besuch der Schwester. Patientin war dabei ziemlich aufgereggt, meint, dieselbe müsse krank, von ihr angesteckt sein.

Unglücklich über Gewichtszunahme. Verzweifelte Ausbrüche, unzufrieden, trotz aller möglichen Rücksichtnahme, meint stets, was sie an Speisen bekomme, schade ihr. Verbittert, will sich nicht wiegen und baden lassen. Man lasse sie hungern.

Bei Untersuchung des Herzens schreit Patientin wie verzweifelt: „Es ist ja nichts mehr drin“ und bei Kundgabe des guten Befundes ruft Patientin wütend und die Fäuste ballend: „Alle Ärzte haben bisher gesagt, daß es mir am Herzen fehle.“

Sie habe keine Nerven, kein Blut, kein Herz. In ihrem Kopf sei alles voller Eiter, die Zunge dick, überall festgewachsen, der Hals voller Geschwüre. Sie ist so krank wie kein Mensch vorher gewesen ist, aber man kann es nicht mehr erkennen, weil bei ihr kein Blut und keine Säfte mehr sind. Man kann den Puls nicht fühlen aus dem gleichen Grund. Sogar, wenn man sie auseinanderschneiden könnte, würde man nichts sehen. So krank ist sie. Glaubt, daß alle Ärzte sie falsch behandelt hätten. Sie selbst sei schon lange gestorben, das wisse sie ganz genau. Patientin hat offenbar Freude daran, die Pflegerinnen möglichst in Atem zu halten und die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung auf sich zu lenken. Immer wieder will sie gemessen werden, wobei es ihr augenscheinlich nicht recht ist, wenn sie keine

Temperatur hat. Schützt alle möglichen hypochondrischen Leiden vor, um nicht ins Freie zu müssen.

Hat sich alle möglichen Sachen ins Ohr gesteckt, die allmählich einen Ohrpfropf bildeten, der unter großen Schwierigkeiten entfernt wird. Sehr zufrieden, daß sie wenigstens einen Grund zu jammern hat.

Durch das Guckloch in der Türe konnte man Patientin ruhig im Bett sitzend und mit etwas spielend beobachten. Als die Türe aufgesperrt wurde, legte sie sich schnell zurück und nahm die jeden Tag übliche leidende Stellung ein. Mit weinerlichen Gesichtszügen liegt sie da und hält die Hand krampfhaft in die Herzgegend. Im Garten beteiligte sie sich an der Debatte sehr rege, schimpft mit ihren Mitpatienten über Essen und Pflege.

Dem Arzt gibt sie bei der Visite nie Antwort. Auf Wunsch der Patientin wird einer Intertrigo unter der hängenden Mammae wegen der Spezialarzt konsultiert. Bei der Konsultation schluchzt die Patientin bitterlich und zeigt immer wieder eine schmerzende Stelle, bis der ganze Körper besichtigt ist. Objektiv ist außer der Intertrigo kein Befund zu erheben.

Bringt täglich Klagen über die Zusammensetzung der Nahrung vor, sie könne fettige, gesüßte, gesäuerte, geschärfte, gewürzte Kost und Käse nicht essen, weil sie Hautkrankheiten und Herzbeschwerden davon bekomme. Sie liegt ständig im Bett. Befindet sich körperlich in ausgezeichnetem Zustand. Nachweisbare Zeichen einer geistigen Schwächung haben sich bisher nicht feststellen lassen.

Schließlich läßt auch dieses Querulieren aus pseudohypochondrischen Ideen nach; sie klagt nur noch in der Art Nervöser über alle möglichen Beschwerden. Fühlt sich bei den geringsten — objektiv begründeten — Beschwerden todkrank.

In zwei weiteren Fällen, einem 28jährigen und einem 30jährigen Mann, handelt es sich um hypochondrische Befürchtungen „verständlichen“ Inhaltes, „organisches Leiden wegen früherer Onanie“, „Geisteskrankheit“, „werde den Verstand verlieren“. Anhaltende Besorgnis und dauerndes Nachgrübeln, Lesen in medizinischen Büchern wegen der Krankheit. Müsse immer wieder nach dem Fehler suchen, der in ihm liegen müsse.

Ihr besonderes Gepräge aber erhalten beide Fälle dadurch, daß sie ausgesprochene Störungen des Ichgefühls im Sinne einer Depersonalisation aufweisen. Der eine klagt daneben auch über das Gefühl der Spaltung. Sichere Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Schizophrenie bzw. einer melancholischen Phase konnten trotz langer Beobachtung nicht gewonnen werden. Nach außen hin erschöpft sich die Krankheit in einem dauernden Klagen über die Gefühle der Entfremdung, über alle möglichen Körpersensationen sowie in einer ausgesprochenen Besorgtheit um diesen Zustand. Trotz einer wahren Sehnsucht nach Genesung sind die Kranken in ihren hypochondrischen Zweifeln nicht zu beruhigen. Doch gelingt es, sie durch Arbeit abzulenken.

„Alles ist so fremd, wie durch einen Schleier; wie im Nebel, ein Dämmerungszustand. „Er könne nicht so recht zu den Dingen und den Personen hin. Er erfasse alles recht mit dem Verstand, aber das Gefühl sei ganz tot. Könne sein eigenes Ich nicht mehr finden. Habe sein Ich verloren. Die bildhafte Auffassung, das instinktive Begreifen fehlt. „Ich bin wie ein Kurzsichtiger, der eine zu schwache Brille hat.“ Das

direkte Bewußtsein von sich gehe ihm ab. Habe keine seelische Widerspiegelung. Sei so mechanisch. Kann sich kein klares Bild vorstellen in der Phantasie; aber bei Nacht im Schlaf habe er die klarsten Bilder. Kniert sich in seine Krankheit hinein, bohrt und sucht herum, ob er sein verlorenes Ich nicht finde. Kein Heilverfahren, kein Medikament, keine ärztliche Wissenschaft könne ihm helfen.

Auf die Verwandtschaft hypochondrischer Ideen mit den Phänomenen der Depersonalisation hat *Schilder* neuerdings hingewiesen. *Wollenbergs* erste Beobachtung in seiner Monographie bietet ebenfalls im wesentlichen das Bild des Depersonalisations-Syndroms.

Soweit ich sehe, gehört eine hypochondrische Ängstlichkeit und Besorgnis zu den Grunderscheinungen dieses Syndroms, und zwar nicht nur bei den ausgesprochenen Störungen des Ich-Bewußtseins im Verlauf *melancholischer* Phasen. Dennoch ist die Depersonalisation vom hypochondrischen Syndrom zu trennen, und ich hätte diese Fälle nicht in mein Material aufgenommen, wenn nicht die hypochondrische Klagsamkeit und Besorgnis einen so breiten Raum im klinischen Bild einnahmen, und wenn nicht neben den Phänomenen der Depersonalisation isolierte hypochondrische Befürchtungen geäußert würden.

Auch in den beiden folgenden Fällen klingen Depersonalisationserscheinungen mit an.

Beobachtung 7: Engelbert Sö., 31 Jahre. Vater Trinker, kümmerte sich wenig um die Familie, schlug die Frau im Rausch. Familienverhältnisse seien dadurch ganz zerrüttet gewesen; er habe deshalb schon als Kind viel Schweres erlebt. Er habe es sich auch „sehr angelegen sein lassen“, d. h. er habe sich in diese traurigen Eindrücke ganz hineingelebt. Der Vater starb mit 54 Jahren an Lungenentzündung und Nierenentzündung mit Absceß in der Blase und Prostata. Mutter „auch mit den Nerven ganz fertig“.

Der einzige Bruder sei kerngesund, Kaufmann, ledig. Lebhaft, tatkräftig, verständig, praktisch, kühl. Seine Geburt sei normal gewesen. Aber vor seiner Geburt seien die Verhältnisse besonders zerrüttet gewesen und sein Hausarzt habe gesagt, daß sein Nervensystem deshalb so schwach angelegt sei, weil er aus so zerrütteten Verhältnissen stamme. Diese Eindrücke hätten sein ganzes Leben fortgewirkt, sie seien eine ganze Kette, er wolle sie gar nicht erst einzeln detaillieren.

Abgesehen davon habe er sich aber normal entwickelt. Keine Anfälle, Krämpfe oder Ausschläge, kein Bettnässen, Nachtwandeln, keine nächtliche Angst.

Als Kind schüchtern, ängstlich und schreckhaft. Streiche habe er nie gemacht, sich im Gegenteil davon zurückgehalten. Er habe in seinen Gedanken eigentlich immer an die Zukunft gedacht oder an die Vergangenheit, nie an die Gegenwart. Immer guter Schüler; und wenn es keine Examina gegeben hätte, hätte er studiert. Aber er habe manchmal so heftig gezittert, daß er kaum schreiben konnte und sei so verwirrt gewesen, daß er, als er z. B. auf einen Bogen links das Datum und rechts den Namen schreiben sollte, nicht einmal das zustande gebracht habe. Aus Angst vor dem Examen sei er nicht erst in die 6. Klasse (Realschule) gegangen, sondern in die Mechanikerlehre. Lernete aus und kam ins Konstruktionsbüro, wo er Neuanlagen für Krankenanstalten und Operationsmöbel konstruierte. Sein Beruf freue ihn; er habe, das müsse er sagen, sein ganzes Leben dem Berufe gewidmet.

Auch Samstags habe er immer gearbeitet, habe mit seiner Mutter zusammen gegessen und konstruiert. Habe auch schon mehrere Patente erhalten, die er an

verschiedene Firmen verkauft habe. Es sei sein Bestreben gewesen, möglichst schnell reich zu werden, d. h. er wollte es halt vorwärtsbringen. Im Kriege wegen Lungenspitzenkatarrh vom Dienst mit der Waffe befreit; Revisor in Waffenwerkstätten in Saarbrücken. Nach dem Kriege war er in verschiedenen technischen Stellungen als Konstrukteur tätig. Zweimal wurde er dadurch zurückgeworfen, daß in der Inflation ein paar tausend Mark, die er sich im Kriege sparen konnte, da er sich nichts gönnte, verloren gingen. Bei dem Konkurs einer Firma verlor er noch einmal 3000 Mark.

Seit 1 Jahr habe er keine feste Stelle mehr. Er habe sich erst auf landwirtschaftliche Maschinen spezialisiert und da liege die Konjunktur jetzt ganz darnieder; später konstruierte er Operationsinstrumente und Möbel, und da seien in den in Betracht kommenden Werken alle Stellen besetzt. Er habe sich deshalb die ganze Zeit mit Erfindungen beschäftigt; aber bei dem heutigen Tiefstand der Gesittung werde man von den „Charakterleuten“ einfach an die Wand gedrückt und um sein ganzes geistiges Eigentum betrogen. Er habe oft bis in die Nacht gearbeitet, ohne müde zu werden und habe mehr von Tee und Zigaretten als vom Essen gelebt. Er habe täglich 2—3 l Tee, aber starken, getrunken und etwa 20 Zigaretten geraucht, damit habe er seine Nerven künstlich hochgehalten, bis nun der gänzliche Zusammenbruch erfolgt sei.

Im August sei seine Braut von Italien zurückgekehrt und habe, da seine Mutter den ganzen Sommer verreist war, bei ihm gewohnt. Sie hätten etwa 2—3 Tage in der Woche miteinander verkehrt, dabei sei er aber immer so erregt gewesen, daß die erste Ejaculation regelmäßig vor der Einführung des Gliedes erfolgte. Dann habe er aber noch ein zweites und ein drittes Mal im Verlaufe der Nacht einen wirklichen Verkehr ausüben und seine Braut auch vollkommen befriedigen können. Am Tage vor der Abreise seiner Braut, als er die letzten Male mit ihr verkehrt hatte, sei er, obgleich er vorher nicht müde war, in einen todähnlichen Schlaf verfallen. Am nächsten Morgen habe die Braut ihn geweckt, er sei dabei furchtbar erschrocken und wie er dann Urin gelassen habe, sei er ganz flockig und dick abgegangen, nicht wie wenn Salze darin seien; das habe er ja gekannt, sondern ganz schleimig und weißflockig. Er sei erschrocken, weil er sich gesagt habe, das könne doch kein normaler Zustand sein. Er habe es aber nicht besonders schwer genommen. Im Anschluß daran aber sei er ins Studieren gekommen, weil er sich einbildete, er werde seine Braut nicht mehr sehen, die von ihrer Heimat aus unmittelbar nach Italien zurück wollte. Allerdings hätte sie ihm versprochen, ihn noch einige Male zu besuchen. Wegen des Ausflusses habe er einen Arzt befragt. Der habe ihm gesagt, es sei alles in Ordnung, es seien nur Salze gewesen. Damit sei die Sache aber nicht erledigt gewesen, da er dem Arzt nicht geglaubt habe, er habe sich gesagt, nach seiner Laiendiagnose sei es so gewesen, daß die Schließmuskeln versagt haben mußten und sich der Inhalt dann von selbst entleert habe. Er sei darauf zu einem Geschlechtsarzt gegangen und habe ihm den ganzen Vorgang erzählt. Der habe gleichfalls gesagt, seine Geschlechtsorgane seien normal und habe ihm *Testogan* aufgeschrieben. Er habe darauf, wenn er irgendwie, aber ohne Verkehr, mit weiblichen Wesen zusammen war, Erektionen bekommen und ab und zu sei ihm, besonders wenn er mit einer Bekannten in der Wohnung zusammen saß, sogar der Samen von selbst abgegangen. Er sei zu diesem Mädchen, das er schon lange kenne, eigentlich nur deshalb gegangen, um eine Unterhaltung zu haben und sich anzuregen, aufzuheitern und in Stimmung zu kommen. Die Erektionen und Pollutionen seien dann erfolgt, wenn er etwa mit ihr geschäkert habe, ohne irgendwie weitergehende Absichten gehabt zu haben. Die durch die Einspritzung erzielten Erektionen seien aber anders gewesen wie die früheren, weil sie unter Ausschaltung der psychischen Erregung gekommen seien. Es sei halt nur ein Anschwellen der Schwellkörper gewesen, das Glied habe auch eine andere Farbe angenommen, dunkelschwarz, und die Hoden seien eingeschrumpft. Wenn sich die Blase gefüllt

habe oder auch beim Stuhlgang, habe er wahrgenommen, daß die Hoden eingeschrumpft seien. Seit der Zeit sei der Hoden und der Penis ganz schlaff geworden, obgleich er immer noch Erektionen gehabt habe. Er habe sich die Sache nun so in den Kopf gesetzt und überhaupt über seinen allgemeinen Zustand so nachgegrübelt, daß er der Verzweiflung nahe gewesen sei. Er habe Ohrensaßen verspürt, die Augen hätten gebrannt, er habe Brennen im Kopf gehabt, nachts wahnsinnige Träume, unruhiger Schlaf, starke Schweiße, rasche Ermüdung.

Bei Tag habe sich seine melancholische Stimmung gesteigert bis ins Unermeßliche. Er habe nicht mehr gegessen, weil er keinen Appetit mehr gehabt habe; habe starke Kongestionen gehabt, sei eingefallen. Blässe des Gesichts habe gewechselt mit auffalender Röte, er habe einen stieren Blick, große Pupillen gehabt; er habe sich selbst daraufhin vollkommen aufgegeben, weil er sich gesagt habe, der Zustand wird jetzt ins „Chronische“ übergehen und es wird dabei bleiben. Inzwischen sei ein Umschlag eingetreten, wie es so üblich sei bei einer „Melancholie“, es sei ein gewisser Stumpfsinn, ein apathischer Zustand eingetreten, ein Wurstigkeitsgefühl. Gewissermaßen eine Art Schlafsucht sei über ihn gekommen. Natürlich habe er auf Auswege gedacht, wie er die Familie wenigstens verschone vor den Folgen eines geistigen Zusammenbruchs. Er habe darauf ärztliche Hilfe aufgesucht. Auf Bestrahlung mit Höhensonne habe er sich wieder kräftiger gefühlt und es sei besser geworden, aber die Kongestionen hätten zugenommen.

In der *Klinik* ist Patient zunächst gedrückt, still, verzweifelt, hoffnungslos. Sein Zustand sei katastrophal, innerhalb von 8–14 Tagen sei ein vollständiger geistiger Verfall eingetreten, jetzt sei er vollkommen verloren. Er läßt den Kopf hängen, gibt sich ganz auf, macht auch nicht den geringsten Versuch sich irgendwie aufzuraffen. Je länger er spricht, um so lebhafter wird er jedoch. Die anfängliche depressive Färbung geht bald ganz verloren und mehr und mehr gewinnt eine spielerische Komponente und die Freude, sich mitteilen und seinen eigentlichen Wert zeigen zu können, die Oberhand. Er kann gar nicht Worte genug finden, seinen völligen geistigen Zusammenbruch und die Hoffnungslosigkeit seiner Lage zu schildern; dabei zeigt sich, daß alle Versuche, ihn davon zu überzeugen, daß er gar nicht geisteskrank sei und alle Aussicht auf völlige Gesundheit habe, ihm nicht etwa willkommen und eine Erlösung, sondern sichtlich unerwünscht sind, sie sind bei seiner augenblicklichen Einstellung von vornherein zum Scheitern verurteilt. Immerhin ist er doch nicht ganz unbeeinflussbar und auf ein wenig Spott über seine Sucht, sich möglichst verdorben und verloren darzustellen, reagiert er doch so, daß er am Nachmittag, als Referent einige groteske Aussagen vom Morgen wieder in der Krankengeschichte fixieren will, sie halb widerruft und zwischen den persönlich anvertrauten, nur im Gespräch geäußerten Aussagen, und denen die fixiert werden sollen, einen Unterschied macht.

Er drängt nicht hinaus, im Gegenteil — fragt er mit einem Tone, in dem sich schon die Erwartung ausspricht, daß es recht lange dauern möge —, wie lange er hier bleiben könne, oder ob er noch in eine Heilanstalt müsse. Ob überhaupt noch etwas bei ihm zu machen sei?! — Ein Vollmensch könne er ja nicht mehr werden, das wisse er ganz genau, aber ein „lebensfähiger Mensch“, ob das vielleicht nicht doch noch möglich sei. Ans Heiraten könne er selbstverständlich nicht mehr denken, er sei völlig impotent, damit müsse er sich abfinden. Auf die Frage, ob seine Braut das denn wisse und wie sich diese dazu stelle, erzählt er, daß er ihr gleich, als die Störungen losgegangen seien (sie bestehen schon seit 3 Monaten, im August war die Braut hier und nach ihrer Abreise entwickelte sich der Zustand rapid) geschrieben habe, er sei verloren, seine Geschlechtstätigkeit sei ganz zerrüttet, er sei vollkommen zusammengebrochen und es sei zwischen ihnen vollkommen aus, da er als kranker Mann doch nicht heiraten könne. Seine Braut habe darauf nichts mehr von sich hören lassen und er wisse jetzt nicht, wo sie sei, ob noch zu Hause oder wieder in Italien und wie sie sich dazu stelle.

Sie habe nur einmal geschrieben, er solle ihr doch nicht so verzweifelte Briefe schicken. Offenbar ist er über den Verlust seiner Braut gar nicht betrübt. Er gesteht dann auch zu, daß er sich während der ganzen Zeit, wo seine Braut bei ihm war, dauernd Gedanken gemacht hätte, ob sie fürs Leben zusammenpaßten. Er hätte nämlich die Beobachtung gemacht, daß seine Braut hysterisch sei, außerdem oberflächlich und sehr sinnlich. Immer wieder sei sie zu ihm gekommen und habe sich nicht abweisen lassen. Er spricht dabei von ihr, wie von einer ganz fremden Person, die völlig abgetan ist. Z. B. „sie war mir auch etwas zu oberflächlich, die Person“. Er habe von jeher ein Mißtrauen gegen seine Braut gehabt. „Bei meiner tiefen Einstellung war ein Abstand zwischen uns.“ „Ich war mein ganzes Leben mit Sorgen erfüllt und wenn ich keine hatte, dann habe ich mir welche gemacht.“

Er rechtet förmlich mit dem Arzt um seinen „Gehirndefekt“, der ihn am Arbeiten hindere. „Darf ich Sie auf die Erscheinungen aufmerksam machen, die ich jetzt habe? Brennen im Kopf und in den Augen, das Gefühl, als wenn die Haare elektrisiert sind und ich mit der Hand darüber streiche, kurz die Erscheinungen der Paralyse.“ Als Referent die Euphorie des Paralytikers seinen angeblichen Beschwerden gegenüberstellt, sagt er bedauernd, aber doch mit einem Anflug von Humor: „Das trifft bei mir nicht zu, dann muß ich was anderes für mich suchen.“

Zur Arbeit sei er trotzdem völlig unfähig, auch wenn er keine Paralyse habe. Da sei die Ermüdung, die Apathie, kurz, eben die Kastrationserscheinungen. Als Referent ihn darauf aufmerksam macht, daß er bei der Erzählung seiner Beschwerden sehr lebhaft gewesen sei und keine Ermüdung gezeigt habe, meint er: „Herr Doktor, da muß ich Sie auf etwas aufmerksam machen! Wenn ich von meiner Krankheit spreche, dann kann ich wohl lebhaft erzählen, aber wenn ich über etwas anderes sprechen soll, da bin ich apathisch, dann brennt mir der Kopf.“

Er habe auch die Beobachtung gemacht, wie er am Sonntag die Selbstmordgedanken gehabt und Selbstmordpläne gemacht habe, sei er ganz frisch und bei der Sache gewesen, da habe er kompliziert denken können und nichts von Ermüdung gespürt.

Ist tiefgekränkt, als ihm die Frage vorgelegt wurde, ob er in Wirklichkeit nicht von seinem Mädchen loskommen wolle; bäumt sich auf gegen einen solches „Ansinnen“. Im weiteren Verlauf einförmiges Zustandsbild. Sehr aussprachebedürftig, dabei weitschweifig, kann sich nicht kurz fassen. Ausgesprochen hypochondrisch verstimmt. Körperlich habe er gar keine Beschwerden, aber seine „chronische Geistesverfassung“! „Ich stelle so Vergleiche an, in meinem Hirn muß es sein, als wie halt die Witterung ist. Ich stelle an mir meistens Probe an; nach meinem Dafürhalten hat tatsächlich auch das Erinnerungsvermögen nachgelassen. Es ist so, wie nach meiner Meinung, bei Kastrierten. Mit Entsetzen denke ich daran, daß es bei mir bleibender Stumpfsinn ist. Das Bedauerliche bei mir ist, daß ich mehr oder weniger meinen Zustand scharf beurteilen kann. Ich sehe mir alle Kranken an und sage mir, mit jedem möchte ich tauschen, alle können Hoffnung haben. Ich möchte noch auf einiges aufmerksam machen, auf einige Beobachtungen, die ich an mir selber machte. Ich habe Angst vor der Welt und vor den Menschen. Ich weiß, wenn ich heute heimgelasse, schleiche ich mich bei der Nacht heim und bleibe in meinen 4 Wänden sitzen und warte auf mein Ende.“

Auffällig ist, daß er bei der Schilderung aller dieser Beschwerden einen entsprechend tiefen Affekt nicht zeigt. Eine Hemmung läßt sich objektiv weder im Gedankenablauf noch in der Motorik feststellen. Als ihm Referent eine Zigarette anbietet, ist er auch in seinen Bewegungen rasch und sicher und im übrigen von vollendeter Höflichkeit.

Seinen Insuffizienzgefühlen gegenüber steht ein ausgesprochenes Selbstbewußtsein, das nicht selten für den Zuhörer peinlich ist.

„Ich habe arbeiten können, unermeßlich arbeiten, ich bin nie müde geworden, ich habe Tag und Nacht gearbeitet“ usw. Betont, welche Erfolge er immer gehabt

habe, welche Anerkennungen, wie er sich emporgearbeitet habe und wie er nichts kannte, als seine Arbeit. „Meine Gedanken sind konzentriert auf ‚Wiederarbeiten-können‘, denn schließlich wenn ich bloß noch über die Fähigkeiten verfüge zu essen und zu trinken, dann habe ich überhaupt keine Daseinsberechtigung mehr.“ „Ich war nämlich, ohne mich zu rühmen, früher geistig ganz intensiv tätig, ich habe meine geistige Tätigkeit tatsächlich auf die Spitze getrieben, ich habe viel geleistet; und jetzt der rapide Verfall!...“

„Besonders herrscht die Interesselosigkeit vor, gegen meinen Willen. Der sexuelle Zusammenbruch war schließlich nicht allein entscheidend für meine heutige Verfassung, sondern mehr hervorgerufen durch die Erregung über die Katastrophe.“ Meint, er habe auch typische Erscheinungen gehabt von religiösem Wahnsinn. Darunter versteht er allerdings nichts weiter, als daß jeder Mensch zu Kreuze kriechen müsse, wenn es ihm schlecht geht; daß er das auch getan habe, daß er außerdem auch die Absicht hatte, ins Kloster zu gehen.

Auffallend ist die merkwürdig gespreizte, unklare und papierne Ausdrucksweise. Auch die schlimmsten seelischen Situationen und die trübsten Stimmungen bringt er immer in ziemlich langatmigen vertrakten Formulierungen vor.

„Ich war mehr oder weniger in den früheren Zeiten gerade kein fanatischer Gläubiger und in dem Augenblick, in dieser Verfassung habe ich mir, nachdem ich mich ja an niemand klammern konnte, eine gewisse innere Festigung gesucht in der Religion. ...Es gab für mich nur 3 Möglichkeiten:

1. Entweder mit dem Leben abschließen. Mit Rücksicht auf meine Angehörigen wollte ich den Schritt nicht unternehmen, trotzdem ich an der Schwelle gestanden bin.

2. Die Möglichkeit, in eine Irrenanstalt zu kommen. Der Gedanke ist mir ganz nahe gelegen, ich habe nämlich an meiner geistigen Zurechnungsfähigkeit gezweifelt.

3. Der dritte Ausweg, der noch möglich gewesen wäre, war die Aufnahme in ein Kloster.

Für den Augenblick aber habe er noch gute Hoffnung gehabt auf die Nerven-klinik. „Ich habe noch Vertrauen geschöpft, daß mir hier Rettung zuteil werden kann mit Rücksicht auf meine Angehörigen.“

Vom Eintritt in ein Kloster sei er auch deswegen abgekommen, „weil ja schließlich das Kloster keine Versorgungsanstalt sei für minderwertige Menschen. In mancher Hinsicht sei eine gewisse Beruhigung eingetreten. Nicht etwa, weil er hier gerade Menschen gefunden, mit denen er sich anregend unterhalten könne, sondern er habe sich lediglich mit anderen unterhalten vom experimentellen Standpunkt aus, um sich zu kontrollieren, wie sein allgemeines Interesse sei.

„Der Bewegungstrieb ist bei mir unterdrückt, ich denke weniger als früher; früher habe ich dauernd gedacht.“ Jede Aussprache hat sichtlich einen beruhigenden und aufmunternden Einfluß auf ihn. Schreibt heute in einem Brief an den Chef, daß er die Stelle für einen entlassenen Patienten zur Vertretung im Büro übernehmen möchte. Beginnt seinen Brief mit folgendem Satz:

„Ist Weihnachten das Fest der Erwartung so mancher Wunscherfüllung für Jung und Alt, so fühlt ein krankes Wesen um so mehr das Sehnen, in einem Anliegen erhört zu werden, dem der Trieb der persönlichen Erkenntnis zugrunde liegt, und demzufolge dasselbe durch Herrn Geheimrat nicht ungut aufgenommen werden dürfte.“

Kommt immer wieder darauf zurück, wie ganz anders er jetzt in seinem Wesen sei als früher. Es sei ein förmlicher Umschwung, eine ganz neue Zeitperiode für ihn gekommen. Ein gewaltiger Gemütsumschwung. Es sei aber nicht ganz plötzlich, sondern mehr allmählich gekommen: „denn schließlich und endlich stehe ich heute als eine Person hier am Platze, die eine Anerkennung nicht erfahren darf und ich habe doch früher einen gewissen Strebersinn gehabt“.

„Ich habe zwei Naturen. Auf der einen Seite ‚nach meinem psychologischen Studium‘ bin ich noch Vollmensch aus der Zeit von früher und diese Erinnerungen an meine Fähigkeiten von damals, die haben sich vielleicht bis heute erhalten.“ Aber für eine Weiterentwicklung sei er heute am toten Punkt, müsse sich begnügen, wenn er sich auf seinem jetzigen Zustand erhalte.

Meint, daß er zu Beginn seiner Erkrankung sexuell sehr erregt war. Bei jedem Verkehr war er so erregt, wie in Ekstase, wie bei einem Nervenshok. Er wäre eine Steinbocknatur, d. h. schwerlebig, habe immer Sorgen gehabt, sei auch eine unzufriedene Natur, sei mit der ganzen Welt verfeindet. „Opposition ist in mir immer gesteckt.“ Jetzt sei er apathisch, lebensüberdrüssig, habe kein Interesse, sei gleichgültig. Früher war er ein Streber und auf einmal habe er sich gesagt „aus mir braucht nichts mehr zu werden“. Er sei wahnsinnig geworden in dem Gedanken, daß er *nicht* geisteskrank sei. Habe sehr schlecht geschlafen und dann eine Art Schlafsucht bekommen, habe an Gewicht abgenommen, habe einen ganz eingenommenen Kopf gehabt, und auch jetzt noch.

..... Dieser Zustand hält 2 Jahre hindurch mit leichten Schwankungen an. Gegen Ende seines Aufenthaltes in der Anstalt treten die zahlreichen Klagen und präzisen hypochondrischen Befürchtungen zurück hinter der querulatorisch festgehaltenen Besorgnis, noch nicht arbeitsfähig zu sein und eine Rente erhalten zu müssen. Schließlich wird er entlassen. Eröffnet einen Vertrieb von ärztlichen Instrumenten. Eine hypochondrische Labilität besteht noch immer.

Beobachtung 8: Josef St., 20 Jahre. Lebhafter Junge, recht aufgeweckt, habe gern alle möglichen Streiche gemacht; immer heiteres, offenes Temperament. Aus Neigung wandte er sich der Theologie zu, da er von jeher ein guter Katholik gewesen sei. Die geschlechtliche Entwicklung habe ihm keine besonderen Schwierigkeiten gemacht; auch damit, daß er als Geistlicher auf die Ehe verzichten müsse, habe er sich abgefunden.

Mit 16 Jahren hätten seine jetzigen Störungen bereits begonnen, und zwar damit, daß er sich unnötige Gedanken und Selbstquälereien machte. Damals seien verschiedene Kollegen seines Vaters verhaftet worden, und obgleich sein Vater von jeher grundehrlich gewesen sei, habe er sich immer mit dem Gedanken gequält, daß man auch seinen Vater verhaften würde; oder daß er — Patient — irgend etwas verlauten lassen könne, woraufhin man seinem Vater Schwierigkeiten machen könnte. Er habe selbst das Unsinnige und Störende dieser Gedanken erkannt, sich aber ihrer nicht erwehren können. Diese Zwangsvorstellung wurde später durch eine andere abgelöst, z. B. im Walde hatte er Angst, daß eine Schlange ihn beißen könnte; wenn er las, tauchte die Vorstellung auf, das Buch zum Fenster hinauszuerwerfen, er hatte den Antrieb, einen Menschen anzuspucken.

Etwa im Sommer vergangenen Jahres habe ein leichter Druck auf ihm gelastet, der seitdem nicht mehr von ihm gewichen sei. Es sei wie ein leichter Nebel, wie ein Traum. Er sei mehr und mehr gewissermaßen der Wirklichkeit entrückt worden, habe alle Dinge um ihn wie durch einen Nebel wahrgenommen.

Im Juni 1926 habe er bei einer Kneipe ein eigenartiges Erlebnis gehabt. Er hatte etwa 5 Glas Bier getrunken, als ganz plötzlich in beiden Ohren ein heftiges Surren entstand. Er sei furchtbar erschrocken, sei aufgestanden, leichenblaß geworden. Plötzlich habe das Surren aufgehört, das Herz habe heftig gearbeitet und im gleichen Augenblick habe er gefühlt, wie der sonst immer auf ihm lastende Druck plötzlich fort und er ganz frei war. Es habe nur etwa 3 Minuten gedauert, dann sei der gleiche Zustand von Druck und Nebel von vorher wiedergekehrt. Damals habe er es gemerkt, wie weit er eigentlich vom Normalzustand entfernt sei. Es sei, wie wenn eine Schicht zwischen ihm und der Umwelt sei, wie wenn er im Traum daherwandle, er sehe alles um sich herum, aber wie durch eine Schicht. Manchmal schwanke alles vor ihm auf der Straße, der Boden und die Wände auf

einem Gang. Manchmal sei es als wenn er einen leichten Rausch hätte. Im Gebirge beklemmten ihn die Berge, der Himmel, er empfinde geradezu intuitiv oder körperlich oder plastisch wie man es ausdrücken wolle, es lasse sich nicht so leicht beschreiben, seine eigene Kleinheit gegenüber der Unermeßlichkeit und Unendlichkeit. Es sei deswegen so schwer zu schildern, weil auch die Vorstellung von Raum und Zeit für ihn das Bedeutungsbewußtsein verliere. Es beschleiche ihn dann eine Furcht, die aber nicht mit dem gewöhnlichen Angstgefühl zu verwechseln sei. Es sei auch nicht so, daß er etwa verstimmt, von innen her traurig sei, im Gegenteil, er sei höchstens *reaktiv* gedrückt.

Manchmal kenne er sich plötzlich gar nicht mehr aus, er wisse dann noch, wo er sei, aber nur ganz verschwommen, nur ganz im Hintergrund stehe das Bewußtsein. Es sei, als stecke er in einem dichten Nebel und tue eigentlich nur noch instinktiv; so sei sein Zustand jetzt fast dauernd. Seine Umwelt, seine Kollegen merkten gar nichts davon, er sitze im Kolleg, höre alles, schreibe mit, behalte alles, führe äußerlich ein ganz normales Leben und fühle sich innerlich doch der Wirklichkeit entrückt.

Die rein sinnliche Wahrnehmung sei schon verändert. Z. B. wisse er ganz genau, daß er die Stimme des Arztes viel deutlicher und lauter früher gehört haben würde. Die Stimme dringe zu ihm, aber nicht in der Intensität wie früher. Auch bei seinen eigenen Worten sei es so. Zeitweise falle es ihm sehr schwer, sich zu konzentrieren; die Augen lesen zwar die Worte, es dauere aber längere Zeit bis ihr Sinn ihm ins Bewußtsein dränge. Eigentliche Denkstörungen, wie Gedankenentzug, Gedankeneingaben, Verwirrheitszustände habe er nie gehabt.

Auch Sinnestäuschungen seien nie vorgekommen. Seit einigen Tagen habe er ein pelziges Gefühl auf dem Kopf. Abgesehen von der deutlichen Empfindung der geschilderten Störungen habe er kein Veränderungsgefühl, es sei immer noch sein altes *Ich*, höchstens hinter einem Nebel.

Beeinflussungsgefühle von außen, wie das Gefühl des Hypnotisierens oder Elektrisiertwerdens, überhaupt, daß von außen etwas geschehe, habe er nicht.

Jetzt im Augenblick sei es ihm z. B. so, als ob die mit Referent gepflogene Unterredung schon sehr weit zurück läge. Er wisse ganz genau, daß es erst wenige Minuten her sei, habe aber das Gefühl, daß die Unterredung irgendwo im Ungewissen liege.

Er habe schon mehrfach durch Erholung, Luftveränderung u. dgl. eine Änderung seines Zustandes herbeizuführen gesucht, jedoch ohne Erfolg. Er trinke nur ganz regelmäßig etwas Bier, tage- und wochenlang oft nichts, dann sei es aber auch schon vorgekommen, daß er auch bei einer Kneipe einmal 10 Halbe getrunken habe. Rauchen tue er 4—5 Zigaretten täglich.

Geschlechtlich verkehrt habe er noch nicht, habe auch kein großes Verlangen darnach.

Befund: Patient ist äußerlich vollkommen unauffällig, macht den Eindruck einer weichen, ausgeglichenen Persönlichkeit mit vorwiegend heiterem Temperament. Er ist frei und natürlich im Benehmen und in den Bewegungen, keine Spur von Steifigkeit oder Maniriertheit. Man ist sofort und dauernd mit ihm in Kontakt und er spricht sich frei und ohne jedes Mißtrauen aus.

Er bleibt auch im weiteren Verlauf durchaus komponiert, zugänglich, natürlich, ohne jede Spur von Maniriertheit. Keine Hemmung, spricht flott, im sprachlichen Ausdruck gewandt, bemüht sich darum, seine Erlebnisse präzise zu formulieren. Keine schizophrenen Denkstörungen, keine Verschrobenheit im Ausdruck.

Seine Hauptklage, die er immer wieder führt, ist die, daß er zwischen sich und der Umwelt immer eine Art Nebel habe. Das sei natürlich kein wirklicher Nebel, er könne das einfach nicht anders ausdrücken. Es sei mehr ein Druck im Kopf, oder eine Veränderung im Kopf. Jedenfalls bewirke dieser Nebel, daß er alle Gegenstände, alle Personen zwar sofort richtig auffasse, daß er sie aber doch nicht so wahrnehme, wie das früher gewesen sei.

Kenne sich manchmal nicht aus, es fehle ihm oft das volle Verständnis, die richtige Bedeutung für seine Umwelt. Er wisse zwar instinktiv, sozusagen im Hintergrund des Nebels, daß er z. B. hier im Zimmer sitze, er könne alles überdenken, aber er fasse die Dinge gewissermaßen nicht mehr so voll wie früher. Es fehle ihm sozusagen die volle Würdigung für die Verhältnisse. Manchmal habe er Zustände, in denen er für kurze Zeit alles um sich herum schwanken fühle, dabei habe er dann häufig die Angstzustände, die an sich vollkommen grundlos seien. Dabei klopfe ihm das Herz und er habe wirklich das Gefühl, daß er sterben müsse. Hinterher sage er sich selbstverständlich immer wieder, daß das Unsinn sei, aber er komme in den Augenblicken einfach nicht von dem Gedanken los. Daß er etwa die Gegenstände, Landschaften usw. besonders lebhaft empfinde oder besonders plastisch wahrnehme, bestreitet er heute. Trotzdem habe er, wenn er im Gebirge sei, ein ganz eigentümliches Gefühl. Er fühle sich dann gänzlich vereinsamt dem Universum gegenüber. Das gehe natürlich anderen Menschen auch so und es sei ihm ja auch früher schon so gegangen, trotzdem sei das Gefühl jetzt so ganz anders.

Ein Fremdheitsgefühl gegenüber der Umwelt hat er angeblich nie verspürt. Er sei noch nie auf die Idee gekommen, daß die Gegenstände fremd seien oder die Menschen fremd geworden wären. Er erkenne, wie gesagt, alles durchaus objektiv richtig, habe aber trotzdem subjektiv den Eindruck, als ob die Bedeutung für ihn sich verändert habe.

Eine Veränderung seiner eigenen Persönlichkeit bestehe eigentlich nicht. Sein *Ich* sei unverändert dasselbe wie früher. Spaltungserlebnisse irgendwelcher Art werden entschieden abgelehnt. Im Anfang seiner Erkrankung hätten die Zwangsvorstellungen vielmehr im Vordergrund gestanden als jetzt. Daneben bestanden schon damals viel hypochondrische Befürchtungen (Herzschlag, Geisteskrankheit usw.), die anscheinend periodisch sich verschlimmerten. Zwangsvorstellungen im Sinne der Kontrollfurcht hat er angeblich nie gehabt. Auch nicht als Kind.

Er sei zwar etwas gedrückt, das sei aber auch bei seinem Zustande und bei seiner Sorge, die er sich um seine Krankheit macht, nicht verwunderlich. Von einer eigentlichen Depression aber könne man eigentlich nicht reden. Er sei immer stiller geworden, aber im Grunde genommen noch lebenslustig und aufgeschlossen. Von Tagesschwankungen ist nichts bekannt. Früher sei er wohl sensitiv gewesen, aber nicht besonders weichherzig.

Besonders klagte er auch darüber, daß er so rasch ermüde, schlapp werde und soviel Kopfschmerzen habe. Es fehle ihm die gute Konzentrationsfähigkeit, die er früher hatte. Spricht gelegentlich einmal davon, daß er sich in einer Art von Halbtraumzustand befinde. Will damit sagen, daß infolge des Nebels, den er zwischen sich und der Umwelt spürt, seine Wahrnehmungen in ganz eigentümlicher Weise verändert seien. Kein Grimassieren, in der Motorik absolut unauffällig, abgesehen vielleicht von einer gewissen Steifigkeit im Gesichte, die aber über die normale Breite sicher nicht hinausgeht. Betont gelegentlich, daß er sich immer wieder wohler fühle, wenn er einmal beim Arzt sich ausgesprochen habe. Er habe dann wieder für eine Zeit das Bewußtsein, eben doch nicht so krank zu sein, wie er sich sonst denke.

Kommt kurze Zeit nach der Entlassung wieder in die Klinik.

Macht im ganzen einen unveränderten Eindruck. Im Vordergrund steht nach wie vor die eigentümliche, affektive Abblassung gegenüber allem Erleben. Er ist geordnet, höflich, dialektisch gewandt, unauffällig. Wollte sich jetzt mehr und mehr zurückziehen, könne die Wirklichkeit nicht mehr so vertragen. Meint, er sei depressiver geworden. Sei sich immer noch eines gesunden Zustandes bewußt, in dem er einst verweilt habe und des Unterschiedes gegenüber dem heutigen Zustand. „Die große Kluft, die nicht mehr zu überbrücken ist“. Finde den Weg nicht mehr, der zurückführt. Will nicht mehr viel reden, sei mit seinen Gedanken selbst viel beschäftigt. Die Krankheit habe einen selbstquälerischen Charakter. Klagt viel

über Angst, habe eigentlich fast dauernd ein gewisses Angstgefühl, so einen beklemmenden Druck, aber von Zeit zu Zeit steigere sich die Angst ganz ungeheuerlich. Oft nur für ganz kurze Zeit. Habe vor allem Angst, daß er plötzlich sterben müsse, daß der Schlag ihn rühren könnte. Angst vor der Begrenztheit seines *Ichs*. „Das muß schizophran sein.“ Habe oft Angst davor, daß er überhaupt existiere, Angst vor irgendeinem anderen, vor der Umgebung, d. h. nicht etwa Angst, daß ihm ein anderer etwas antun könnte, sondern daß er das Gesicht des anderen und die Dinge so verschwommen sieht. Es packe ihn dann plötzlich die Angst der Kreatur, daß er etwas Getrenntes sei, etwas Individuelles, hinter allem aber immer die ungeheure Angst, daß er sterben müsse. Momentan habe er auch ein Gefühl, als ob er überhaupt keine Gedanken hätte; wenn er angesprochen werde, könne er sich aber dann sofort unterhalten. Wechselt in vielfachen Fassungen immer wieder das Thema ab, daß er die Angst des Individuums habe, Angst, daß er begrenzter Körper sei, auf die Erde gestellt.

Sei ja schon immer etwas schwerblütig gewesen, aber auch lustig, temperamentvoll, jetzt komme er sich oft wie ein Automat vor, wie eine Puppe. Habe den Eindruck, daß ihn irgendwas erheben müsse, dann sei er gesund. Es müsse doch irgendeine gewisse Krankheit sein, die zu einer gewissen Krisis führen könne und diese Krisis kann Tod heißen. Nur gelegentlich wieder habe er kurze Stunden, in denen er sich leichter fühle, in denen der Druck von ihm weiche, dann könne er viel besser sich wieder erinnern, die Gedanken gehen besser und er habe plötzlich wieder Hoffnung. Meistens aber stehe er doch unter dem dauernden Druck, er sei in allem gehemmt, in allen Funktionen. In diesen Zeiten habe er eben immer einen Nebel vor sich. Er begreife wohl alles, verstehe es aber nicht richtig, so wie früher. Er habe immer viel Phantasie gehabt. Vielleicht habe er sich auch deswegen anfänglich so in seine Grübeleien hineingelebt. Auch jetzt habe er oft Glaubenszweifel. Bezeichnet einmal seinen Zustand als melancholisch. Habe in den letzten Jahren eigentlich immer sehr schlecht geschlafen. Sei immer erst gegen 3—4 Uhr eingeschlafen.

Klagt oft über Anfälle von Angst, Herzsensationen. Traut sich dann gar nicht aufzustehen, Angst, daß ihn der Schlag treffen werde. Heute morgen aber habe er sich merkwürdig leicht gefühlt. Habe viel bessere Gedanken gehabt, die Erinnerungen seien leichter gekommen. In solchen Zuständen falle ihm immer viel mehr ein. Er lebe dann richtig wieder auf, aber es dauere gar nicht lange, weil sich gleich wieder die Befürchtung einstellt, daß der Zustand doch rasch wieder vorübergehen müsse. Aber so wie heute habe er viel mehr Kontakt mit der Welt. Dann komme die Einsicht, der Lebenswille werde viel größer.

Fängt aber bald wieder an, von seinen alten Zuständen und Befürchtungen zu sprechen. „Ich verstehe die Wirklichkeit nicht mehr. Wenn ich wieder Wirklichkeitsmensch werden könnte, wäre ich gesund.“ Seine Angstzustände schildert er heute so, daß ihn der Gedanke überfalle, er stehe unmittelbar vor dem Sterben. Er spüre so eine heiße Welle im ganzen Körper, wie ein „elektrischer Strom“. „Das muß vom Gehirn irgendwie ausgehen, von der Bewußtseinszentrale.“ Er habe dann auch Furcht vor sich selber, d. h. vor seinem Körper, vor seinem Sein, vor seiner Menschheit; daß sein Geist gebunden sei, daß er überhaupt auf der Erde stehe und an die Erde gebunden sei.

In allem deutlich hypochondrisch eingestellt. Eigentümlich ist die sehr distanzlose Art, in der er seine Symptome beobachtet und ihnen mit einem gewissen theologisch-philosophischen Rüstzeug gerecht zu werden versucht.

Könne sich nicht recht konzentrieren, habe immer die Angst, es könne etwas passieren, etwas Unangenehmes eintreten. In der letzten Nacht habe er wieder bis 2 Uhr darüber nachgegrübelt, sage sich immer wieder, daß das doch bloß alles, grob gesagt, Mist sei.

Aber er könne sich einfach dieser Gedanken nicht mehr entziehen. Könne einfach nicht mehr in die Weite denken und darum die Welt nicht mehr brauchen. Es sei ihm oft wie wenn er total abgesperrt werde, er möchte doch so gerne leben, gesund sein, denke immer an den Friedhof, ans Leichenhaus, ans pathologische Institut. „Ich muß immer an den eigenen Körper denken, diese egozentrische Einstellung ist ja sehr bedauernswert, aber ich kann einfach nicht darüber hinaus.“

Eine gewisse melancholische Ader habe er schon immer gehabt. Einsamkeit, Landschaft, Berge habe er immer geliebt. Beim Blick in die Ferne habe er dann manchmal Wehmutsgedanken bekommen; halb Sehnsucht, halb Wehmut. Wenn jemand von seinen Bekannten starb, auch selbst wenn ihm derjenige nicht besonders nahestand, so sei ihm das oft lange nachgegangen. Habe darüber nachdenken müssen, wo er jetzt sei. Zuweilen habe er eine richtige Gedankenflucht, d. h. der Gedanke, vor allem der, daß er sterben müsse, sei immer da, daneben aber stürzten eine ganze Reihe anderer Gedanken auf ihn ein, müsse alles mögliche denken, außerordentlich rasch. Dieser Zustand dauere nur kurze Zeit, hinterher komme dann immer die große Angst.

Habe auch viel Kopfweg, so einen Kopfdruck, habe oft das Gefühl, als ob er im Bett schwimme. Oft gehe so ein Angststrom durch seinen Körper. Habe schon seit langem, aber immer nur momentan das Gefühl, als wenn es ihn nach oben werfe. Dann fühle er seinen Körper fast überhaupt nicht mehr. Es sei ihm oft, als wenn sein Gesicht sich auflösen müßte. Müsse sich oft selbst besinnen, ob er sich noch im Bannkreis des Irdischen befinde.

„Ich weiß alles, kann mir aber die ganze Situation nicht mehr vorstellen. Das Wirklichkeitsbild hat sich verschoben.“ Klagt über dauernd angehaltenen Stuhlgang. Meint, es könnte eine Darmverschlingung geben.

Immer habe er seine Zwangsgedanken. Im wesentlichen beständen sie darin, daß er zwangsmäßig die Befürchtung habe, er könne sich blamieren, er könne etwas sagen, was gegen seine Weltauffassung gehe, oder irgendetwas aussprechen, womit er sich vor anderen sofort als geisteskrank dokumentieren müsse. Das sei die Grundlage seiner Zwangsvorstellungen schon immer gewesen, die Furcht vor der Blamage. Immer die Angst, er könnte momentan seine Kritik verlieren und eine Dummheit sagen. Er erkenne, daß das Unsinn sei, könne ihn aber nicht recht überwinden, sondern fürchte immer, daß der Unsinn einmal ihn überwinde. Durch diesen dauernden Kampf gegen seine Zwangsvorstellungen werde er selbstverständlich für die Angstanfälle immer empfänglicher.

Der Kranke gleitet schließlich in einen Zustand hinein, in dem er sich in Angst vor dem Universum, in dauernder Grübeleien über den Tod und in beständiger Angst, sterben zu müssen, einen Schlaganfall zu erleiden oder sonst plötzlich tot zu sein, nicht mehr aus dem Bett heraustraute.

Erst als er mit großem Aufwand von Energie und tröstlichem Zuspruch, für den er immer dankbar ist, unbillig auf die Beine gestellt wird, geht es mit ihm wieder in die Höhe. Er reist mit dem Vater nach Südtirol, studiert im nächsten Semester. Arbeitet als Aushilfe in der Postdirektion, hat „Verhältnisse“.

Als er sich endgültig entscheiden muß, ob er ins Priesterseminar zurück will, verschlimmert sich sein Zustand. Kann sich nicht entschließen. Sattelt schließlich doch um, will Tierarzt werden.

Von Schwankungen abgesehen, besteht der Zustand von Entfremdungsgefühlen, angeedeuteter Depersonalisation, Zwangsvorstellungen, hypochondrischen Befürchtungen, angstvollem Hinstarren auf den Tod und ewigem Kreisen der Gedanken um seinen Leib seit 2½ Jahren unverändert fort.

e) *Hypochondrisches Syndrom im Klimakterium.*

Mein Material enthält 4 Fälle, die sich alle durch reichliche Körpersensationen und durch großes Jammern darüber auszeichnen. Im einzelnen lassen sich die Inhalte in folgenden Formeln schreiben:

a	a	a	a u. b
d	c	e u. d	c
e	e	f	f
g	g	g	h

Im ersten Fall erschöpft sich der hypochondrische Inhalt in der Furcht, auf bedrohliche Weise krank zu sein. Zu einer prägnanten Krankheitseinbildung kommt es nicht. Möglicherweise wird dies verhindert durch das immer wieder korrigierende Bewußtsein, daß ihre Beschwerden von den Wechseljahren kämen, da ihre beiden Schwestern in den Wechseljahren ebensolche Beschwerden und dieselbe Krankheitsfurcht gehabt hätten. Neben der unklaren Befürchtung spielt aber das besorgte Lamento als hypochondrisches Fragment eine große Rolle: „Der ganze Körper ist gestört. Herzklopfen, Kopfschmerzen, Stechen in den Augen, Hitzewallungen, Mißempfindungen im Leib, in den Beinen. In jedem Körperteil drückt, ratscht, wackelt und zieht es.“

Im zweiten Fall treten die lästigen Körpergefühle an Klarheit etwas zurück hinter der unbesieglchen Angst, rückenmarkleidend zu sein.

Der dritte Fall betrifft eine nörgelnde Frau, die angibt, überall falsch behandelt worden zu sein. Man habe sie ohne Not operiert, bestrahlt. Ihre Beschwerden kämen von einer Nervenentzündung. Sie habe die Lungenschwindsucht. „Ich weiß es besser als Sie, das wird nichts mehr.“ Ein einziger Arzt sei richtig für sie gewesen, derjenige, der eine Lungenschwindsucht festgestellt habe. Jetzt seien die Eierstöcke eingetrocknet, das Blut könne nicht mehr heraus und habe sich nun natürlich in der Lunge festgesetzt. „Wenn meine Blutungen nicht wiederkommen, so bin ich ein verlorener Mensch.“ Sie habe den schweren Tod vor Augen.

Die vierte Kranke äußert ausschweifende hypochondrische Ideen. Sie läuft von einem Arzt zum andern, fürchtet, sie bekomme Rückenmarkslähmung. Merke doch, daß etwas vorgehe; fürchtet, daß sie jahrelang im Krankenhaus liegen müsse. „Das ist einfach ein Verfall. Ich glaube, ich rieche schon das Mark.“ Meint, sie sitze auf den Nerven; die Blase habe sich gesenkt. Sie wackle hin und her, krümme sich wie ein Wurm. Habe Wellen im Leib. Es komme ihr vor, als wenn der Rücken abbröckle, habe so einen garstigen Geruch; einen moderigen Leichengeruch, verfaulte Nervenstränge.

f) *Hypochondrisches Syndrom bei organischer Grundstörung.*

In 3 Fällen von *Arteriosklerose* beschränken sich die hypochondrischen Befürchtungen auf die Beorgnis krank zu sein, nicht wieder gesund zu werden. Eine zweiflerische Unruhe beherrscht die Kranken.

Sie möchten immer wieder untersucht sein, möchten hören, daß sie nicht krank und daß ihre Beschwerden harmlos sind; man möge ihnen doch helfen. Es sei keine Verdauung da; der Schleim bleibt im Hals stecken; er könne nicht mehr atmen, müsse ersticken, der Bauch ist aufgetrieben.

a
d
f
g

Alle drei lassen sich auf die Formel bringen.

In einem Fall von *multipler* Sklerose, einer Krankheit, bei der hypochondrische Ideen nicht häufig sind, findet sich die hypochondrische Einstellung zunächst als ausgesprochene Angst vor dem unentrinnbaren körperlichen Verfall. Diese Befürchtung wird aber viel weniger durch die ungewöhnlich lebhaft empfundenen und objektiv begründeten Beschwerden gestützt, als durch die Vorstellung, daß die Krankheit auf „exzessive Onanie“ oder auf Lues zurückzuführen sei. Diese Meinung steht von dem Augenblick an unerschütterlich fest, in dem eine Bemerkung des behandelnden Arztes über einen „noch unbekannten Erreger“ aufgeschnappt wird.

Der Kranke hat von jeher alles schlimmer genommen, als es war.

a
d
e
g

Die Formel für diesen Fall ist:

Progressive Paralyse: 4 Fälle (Männer).

a	a	a	a
c u. d	d	c	c u. d
e	e	e	f
g	g	g	g

*Kraepelin*¹ hat in der letzten Ausgabe seines Lehrbuches ausführlich darauf hingewiesen, daß im Zustandsbild der *depressiven Paralyse* hypochondrische Ideen häufig sind, ja „daß sie den größten Raum einnehmen. Er führt solche hypochondrischen Inhalte in langer Liste vor und betont an anderer Stelle, daß diesen Ideen, besonders denen der körperlichen Vernichtung und Umwandlung, zu Beginn der Paralyse eine große differentialdiagnostische Bedeutung zukomme.

Beobachtung 9: Stumpf-depressives Syndrom bei einer Tabesparalyse. „Zusammenbruch“ seit einigen Wochen. Sei mittel- und stellenlos, müsse Hungers sterben. Suicidideen „aus wahnsinniger Angst“ vor möglichen Schmerzen, kam aber nie dazu. Hat täglich neue Beschwerden, sei hoffnungslos verloren. Habe eine Form der Tabes mit Folgen, die die Ärzte einfach nicht erkennen könnten. Der Gedanke an eine *Paralyse* kommt ihm aber niemals.

Beobachtung 10: Es besteht ein schweres Krankheitsgefühl: „ich werd nimmer, ich werd nimmer“. Bringt sein Leiden mit der Syphilis in Zusammenhang. Der

¹ *Kraepelin*: Klin. Psychiatr. 1, 1032 u. 1275 (1927).

Kranke ist ziemlich plötzlich depressiv geworden, klagte über Beklemmungsgefühle. Außer dieser dumpfen Besorgnis um sein Leben äußert er keine melancholischen Ideen. Diese etwas magere hypochondrische Reaktion gewinnt dadurch an Bedeutung, wenn man sieht, daß der Kranke in hypomanischen Zeiten keine Krankheitsbefürchtung kannte und wäre sie noch so berechtigt gewesen. Seit der Inflation Trinker.

Seelengut, weichmütig, tief empfindend, aber auch jähzornig, grob, brutal. Brachte während der ersten Kriegsjahre innerhalb 14 Tagen 35 000 Mk. durch. Klebte sich Hundertmarkscheine an die Stirne, wenn sie herunterfielen, gehörten sie der Musik. Der Arzt hatte ihm gesagt, er habe ein Rückenmarkleiden, er müsse sterben. Daraufhin wollte er noch vor dem Tode sein ganzes Geld durchbringen.

Beobachtung 11: Der dritte Kranke wird auffällig durch ein zunehmendes Krankheitsgefühl. Ratlos, verstimmt, müsse verhungern, habe seine Familie auf den Hund gebracht. Er vereitere innerlich, fühle direkt, wie etwas herunterriesele.

Beobachtung 12: Im letzten Fall treten hypochondrische Ideen nach der Malaria-
kur auf. Früher, als er „geschäftig, freundlich, heiter war, als ihm die Arbeit Freude machte“, habe er wohl von Bekannten gehört, daß sie nach Lues Gehirnerweichung bekommen haben; „aber ich hab doch gar nicht mehr an die Lues gedacht“.

Seit der Malaria-
kur habe er „Träume“. Ob das Halluzinationen sind, war nicht sicher zu entscheiden. Jedenfalls sind sie „nicht so wie sonstige Träume, sondern wie Offenbarungen“; wie Vorahnungen, „was mir in der nächsten Zeit passiert und mit mir vorgeht“. Dann habe ich von Krebsen geträumt, und da habe ich gedacht, daß ich vielleicht einen Krebs hätte. „Glauben Sie nicht, daß das möglich wäre?“

Vor allem aber quält er sich mit der Idee, daß er die *Tollwut* habe. Er habe das „geträumt“. Zwei oder drei Katzen sind tot gewesen. Die haben die Kinder dann unter den Apfelbäumen begraben. Meine Frau sagte, daß sie vergiftet worden sind; und so treibe ich schon einige Monate diese Tollwut. Ich hab geträumt von einem Hund, wieder von der Tollwut. Der ist auf mich losgegangen und hat nach meinem Glied geschnappt. Und dann ist meine Frau gekommen und hat den Hund weggerissen. Und jetzt ist mein Glied ganz klein geworden, es schrumpft ganz zusammen. Und dann habe ich zu Haus im Konversationslexikon nachgesehen, daß die Leute hin- und herlaufen; und ich bin den ganzen Tag so im Zimmer von einer Wand gegen die andere gelaufen, den ganzen Tag.

Die Teppiche habe ich abgetreten und die Schuhe. Und seit ungefähr 3 Tagen, da habe ich so ungeheure Schleimabsonderung, daß ich mir gar nicht mehr helfen kann. Ich stehe nachts 30—40mal auf und spucke in den Ausguß. Und dann noch so, das mit dem Eiter auf den Lippen, seit April . . . und jetzt wirds immer ärger. Jetzt bildet sich schon ein kleiner Schorf. Wenn der Eiter aus dem Mund herausläuft und im Bart hängen bleibt, kann man ihn wegnehmen den Schaum. Ich habe doch schon öfters Heringe gegessen, aber jetzt ist mir der Schaum und der Schleim im Munde zusammengeflössen. Was bedeutet das? Da muß doch etwas los sein! Sind da Bakterien im Mund?

Bittet immer wieder, man möchte das Sekret aus der Harnröhre untersuchen, weil vielleicht seine alte Gonorrhöe durch die Malaria-
kur wieder ausgebrochen ist.

g) Allgemeines.

Sieht man von den unterscheidenden Merkmalen der hypochondrischen Denkinhalte ab, so wie sie bisher erwähnt und nach Merkmalsgruppen

geordnet wurden, dann bleibt als Inhaltskern bestehen: Beeinträchtigung der körperlichen oder auch geistigen Beschaffenheit durch Krankheit. Je nachdem es sich dabei um *bestimmte* Vorstellungen von Schäden und „Krankheiten“ handelt oder nur um ein dumpfes Bedrohtsein des Lebens überhaupt oder gar nur um das vermeintlich krankhafte Schwinden äußerer Schönheit und Gestalt, lassen sich drei Gruppen von Hypochondern unterscheiden ¹.

Die beiden ersten Gruppen sind häufig vergesellschaftet, so daß entweder nebeneinander umschriebene Krankheitseinbildung und dumpfe Angst vor dem Sterben bestehen, oder daß die Todesnähe in die besondere Krankheitsbefürchtung miteingeschlossen wird. Seltener ist es so, daß, wie in der Beobachtung 8, die Todesgedanken dominieren. Es überfällt ihn der Gedanke, das er unmittelbar vor dem Tode stehe oder daß er eine Krankheit haben müsse, die zu einer Krisis führe, und diese Krisis könne Tod heißen. Immer muß er an den Friedhof denken, ans Leichenhaus. Die „Angst der Kreatur“ ergreift ihn, die Angst des Individuums, die Ohnmacht vor dem Universum und hinter allem die ungeheure Angst, daß er sterben müsse. Daneben bestehen aber auch bei ihm präzise hypochondrische Befürchtungen: Herzschlag, Darmverschlingung sowie besorgte Klagen über Körpersensationen aller Art: Kopfweg, Kopfdruck, pelziges Gefühl am Kopf, Angststrom durch den ganzen Körper; Gefühl, als ob er schwimme, als ob es ihn nach oben werfe, als ob sein Gesicht sich auflösen müsse. Er kommt, wie er einsichtig selber sagt, über das Denken an den eigenen Körper nicht hinaus.

Dieses Hängen am Leib, das zur tragischen Angst der Kreatur führen kann, erfährt bei den „Hypochondern der Schönheit“ eine Abwandlung ins Tragikomische. Solche Kranke kommen anscheinend sehr selten zur Beobachtung. *Schilder* ² beschreibt einen Fall, der wenigstens in einem Teil seiner Pathogenese mit hierher gehört. Es handelt sich um eine Frau, die auf eine oberflächliche Verletzung der Hand mit hypochondrischen Befürchtungen reagiert. Auf diese Hände war sie besonders eitel; „sie sind doch die schönste Zierde einer Frau“.

Ich selber habe unter meinem Material einen jungen Menschen, den die Einbildung, er habe hängende Schultern ³, zu einem gequälten Schönheitshypochonder machte, bis sich schließlich diese Idee mit versandendem Affekt verlor. Es handelte sich klinisch wahrscheinlich um einen Schizophrenen. Der Kranke hat sich erschossen.

¹ Man könnte sie, nicht ganz zulänglich, bezeichnen als: 1. Hypochonder um Gesundheit, 2. Hypochonder ums Leben, 3. Hypochonder um Schönheit oder auch: Krankheitskümmerer, Todeskümmerer, Häßlichkeitskümmerer.

² Hypochondrie.

³ Bei der körperlichen Untersuchung erwies sich diese Meinung als durchaus unbegründet.

Beobachtung 13: Jos. U., 22 Jahre. Von jeher ernst, schweigsam wer ihn nicht näher kannte, wurde schwer klug aus ihm. Ungemein genau mit allem. Fleißiger, sauberer Arbeiter. Überehrgeizig. Wollte etwas Besseres als Arbeiter sein. Empfindsam. Liebte das „Tragische“. Auch im Sport ehrgeizig, wollte durchaus „Meister“ werden. In jedes junge Mädchen verliebt.

Erster sexueller Verkehr mit 17 Jahren. Eine Zeitlang habe er auch onaniert, vor etwa 2 Jahren ungefähr 4—5 Monate. Dieses und überhaupt seine ganze Krankheit rühre von seinem anormalen Schulterbau her. Er war früher sehr eitel, trainierte seine Muskeln. Mit 17½ Jahren bemerkte er, vor dem Spiegel stehend, daß er nicht so gebaut ist wie ein anderer Mensch. Sah, daß seine Schultern stark herabhängend und ziemlich schmal seien und nicht so breit wie es bei einem idealen Körperbau der Fall sein soll. Kurz darauf sagte ein Freund zu ihm: „Du könntest es im Sport zu etwas bringen, aber deine Schultern sind direkt mißraten.“ Das kränkte ihn furchtbar. Es war so, daß er es selbst wußte, aber nicht daran glauben wollte. Deswegen ging er nicht mehr in den Sportklub, beteiligte sich nicht mehr aktiv, schon ihm das sehr schwer wurde.

Vor etwa 3½ Jahren begann er dann in jedes Schaufenster hineinzuschauen, dabei hob er immer die Schultern. Wenn er sie einmal senkte, so ging ihm das durch und durch. Er wurde dann immer schwermütiger und zog sich von seinen Freunden zurück. Der Gedanke mit den Hängeschultern verließ ihn nie. Im Winter war die Stimmung besser, weil er einen Sweater trug, der die Schultern etwas höher machte. Hatte da schon Angst vor dem Sommer. Im März bekam er plötzlich anfallsweise auftretende Herzbeklemmungen, sodaß er kaum noch Luft bekommen konnte. Arzt stellte Herzneurose fest. Schließlich wurden die Herzbeschwerden so stark, daß bei kurzen Aufregungen, z. B. wenn er in einem Laden warten mußte, er Herzklopfen bekam, Zittern, sodaß er den Laden sofort verlassen mußte. Wenn er Sonntags allein daheim blieb, stellte er sich stundenlang, oft den ganzen Nachmittag vor den Spiegel und betrachtete seine mißratenen Schultern. Beschloß Selbstmord zu begehen. Dachte an seinen Vater und ließ zunächst davon ab. Herzbeschwerden wurden ärger.

Besonders durchsichtig ist der Typus des Schönheitshypochonders im folgenden Fall:

Beobachtung 14: Elisabeth Gr., 57 Jahre. Vater natürlich, heiter, ruhig, tüchtiger Kaufmann. Mutter in den letzten Jahren ihres Lebens auffallend empfindlich. Ein Bruder der Mutter jung, kinderlos gestorben. Tochter einer Kusine der Mutter wegen manisch-depressiven Irreseins in der Klinik. „Von jeher krank.“ Immer ängstlich, sensibel. Nie hat sie etwas richtig gefreut; oft ohne Grund verstimmt; Vorwürfe wegen jeder Kleinigkeit. Keine Zwangserscheinungen. Mittelmäßig gelernt. Menses mit 17 Jahren, stark und schmerzhaft. Mit 22 Jahren Heirat. Ehe unglücklich. „Wie sollte sie glücklich sein, wo ich doch immer krank war?“ Völlig frigide. Ehemann „Lebemann“. Immer Verdauungsbeschwerden in der Ehe. Gelbsucht. Gallensteine. Schließlich Scheidung. Lebt seitdem sehr zurückgezogen. Stimmung immer gedrückt. Vor 4—5 Jahren Einsetzen der Menopause. Verschlimmerung. Die Augen waren ganz entstellt, der Leib ganz geschwollen. Seit Jahren in Behandlung verschiedener Ärzte. „Augendiagnose“. Keine Besserung. Habe ausdruckslose Augen. Gleichzeitig Mißempfindungen, als ob im ganzen Körper Eiter wäre. Das Gehen funktioniert nicht mehr, die Hände seien in eigentümlicher Weise angeschwollen gewesen. Unpräzise Angaben. Verheddert sich in unverständenen Fachausdrücken. Gesichtsausdruck leicht depressiv, schwimmende Augen. Leichte Hemmung? Allgemeine Schläffheit; passives Geschehenlassen. Hauptsorge ist die Entstellung ihres Gesichtes, ihres Bauches, ihres übrigen Körpers. Mit Entstellung bezeichnet sie die natürlichen Spuren des Alters, deren notwendige

Entstehung sie einfach nicht einsehen will. Nur sie selbst wisse, wie schön sie früher gewesen sei. Und wie sich das geändert habe!

Dieser Kranken ist die Tatsache, daß sie alt wird, ein unerträglicher Gedanke; sie kann nicht Abschied nehmen von ihrer Schönheit; zugleich aber sucht sie ihren körperlichen Verfall vor sich und andern zu bemänteln mit der hypochondrischen Idee, daß sich hinter ihm eine unerkannte Krankheit verberge.

2. Formen hypochondrischen Denkens.

Ich habe oben betont, daß man bei einer Definition der hypochondrischen Idee, der Denkform einen weiteren Spielraum lassen müsse als dem *Inhalt*. Diese genügend scharfe und zugleich charakteristische Form ist die „Einbildung“. Daß man sich etwas einbildet oder dies von einem anderen behauptet, ist ein alltägliches Ereignis und kann zunächst ebensowenig als krankhaft gelten wie das landläufige Sich-Irren. Vom einfachen Irrtum unterscheidet sich die Einbildung aber dadurch, daß der Träger ein Aufhebens von ihr macht. Er tut das, weil ihm dieser Irrtum am Herzen liegt. Er kann nicht einfach mit ihm aufräumen, wenn man ihm die falschen Voraussetzungen oder falschen Beweise oder falschen Schlüsse nachweist. Die Einbildung ist ein „Irrtum“, der nicht so leicht korrigiert wird, wie man es — wenigstens theoretisch — vom Irrtum verlangt.

Meinungen oder besser Überzeugungen, die eine überwuchernde Stellung in dem Gedankenkreis eines Menschen einnehmen, nennen wir überwertige Ideen; erweisen sich diese überwertigen Ideen als kaum korrigierbare Irrtümer, dann sprechen wir von *krankhaften* überwertigen Ideen. Wir bezeichnen nun den Hypochonder — scheinbar paradox — als krank, weil er sich einbildet, krank zu sein, ohne es zu sein. D. h. wir bewerten die *Einbildung* als krankhaftes Symptom; als eine *krankhafte* überwertige Idee, und diagnostizieren die Krankhaftigkeit aus den beiden Merkmalen: inhaltliche Verkehrtheit und zähes Widerstreben gegen die Korrektur. Daneben aber liegt in dem vulgären Gebrauch des Wortes *Einbildung* noch ein Werturteil beschlossen: nämlich eine Mißachtung der unzulänglichen und zuweilen sogar fehlenden Voraussetzungen; oder positiv gewertet: eine Anerkennung der „Phantasie“, die aus dem Nichts oder aus dem Wenigen vieles schafft. Man kann nicht gut bestreiten, daß diese Kriterien der „Einbildung“ für die hypochondrische Idee zutreffen. Immerhin bestehen deutliche Höhenunterschiede im formalen Niveau der verschiedenen hypochondrischen „Einbildungen“. Je nach dem erhaltenen Maß subjektiver Kritik sowie nach der relativen Zulänglichkeit der realen Voraussetzung gehören sie entweder der Gruppe überwertiger oder der Gruppe wahnhafter Ideen an. Dazu kommt, daß sie um so mehr den affektiven Charakter der *Befürchtung* verlieren, je deutlicher die wahnhafte Prägung wird.

Außerdem gibt es noch seltene Fälle, in denen die hypochondrische Idee zwangsmäßigen Charakter hat. Sie besitzen engste Verwandtschaft zu einer Untergruppe der *überwertigen* Formen, nämlich den *lästigen*, quälend aufdringlichen hypochondrischen Ideen.

a) *Überwertige Formen.*

Den Reigen aller Krankheitseinbildungen eröffnen die *Eintagsbefürchtungen* innerhalb der Gesundheitsbreite. Sie knüpfen in der Regel an harmlose körperliche Störungen an, werden geweckt durch entsprechende Lektüre¹ oder durch liebevolle Bemerkungen guter Bekannter etwa: „Du siehst aber schlecht aus!“ Hierher gehört auch die Hypochondrie der Mediziner und diejenige durch die Mediziner, d. h. die iatrogene Hypochondrie. In der Regel werden von diesen Eintagsbefürchtungen chronisch besorgte Menschen befallen, für die *jede* alltägliche Hemmung zum Ungemach und zur Quelle der Besorgnis wird. Unter ihnen zeichnet sich ein Teil aus durch überwiegende oder isolierte hypochondrische Labilität, gelegentlich in Verbindung mit einer ausgesprochenen Überängstlichkeit bei jeder Erkrankung eines *Familien- gliedes*. In allen Krankheitseinbildungen dieser Art kapituliert die Kritik vor dem ersten affektiven Stoß, aber sie erholt sich auch sehr rasch, sowie Mut und Zuversicht, oft durch ein einziges Wort wieder geweckt sind. Diese Form hypochondrischen Denkens zeigt am reinsten den affektiven Typus. Der chronisch oder durch Konstellation bereite Affekt der Besorgnis beantwortet alle gebotenen Hinweise auf eine mögliche Körperschädigung mit hypochondrischer Überängstlichkeit.

Den ausgesprochen affektiven Formen kommt am nächsten ein großer Teil der hypochondrischen Einzelideen mit sachlich möglichen, „alltäglichen“ Inhalten: so die überwertigen Befürchtungen des Herzleidens, Herzschlages, die Carcinomfurcht, die Syphilidophobie usw. In der Regel spielt jedoch in der Genese solcher isolierten hypochondrischen Ideen die *chronische* Besorgtheit keine Rolle. Man kann das besonders deutlich an Beispielen sehen, in denen an einem Inhalt fast unkorrigierbar festgehalten wird, während andere Anlässe keinerlei hypochondrische Verarbeitung erfahren. So findet sich in meinem Material ein chronischer Herzhypochonder ohne objektiven Befund, der die gelegentliche und durchaus unerwartete Mitteilung eines Arztes, daß er zuckerkrank sei, und daß sich außerdem Eiweiß im Urin finde, unbekümmert hinnahm, niemals ängstliche Befürchtungen daranknüpfte. Daneben bestehen aber nach wie vor die Ängste um sein Herz, ohne daß er auch nur einmal den Versuch gemacht hätte, seine Herzsensationen mit dem zu Recht diagnostizierten Diabetes in Verbindung zu bringen.

Auch in meinem zweiten Fall handelt es sich um einen Herzhypochonder. Er nimmt die Diagnose eines Hautcarcinoms, die ihm der

¹ Etwa Thomas Manns „Zauberberg“.

zugezogene Spezialist auf den Kopf zusagt, ohne jede Spur von ängstlicher Besorgnis auf. Es ist ja bekannt, daß chronische Hypochonder ihren objektiven Krankheiten auch dann keinerlei übertriebene Beachtung schenken, ja diese in der Regel sogar gröblich vernachlässigen, wenn sie über die Natur dieser Störungen unterrichtet sind. Das läßt sich wohl zum Teil damit erklären, daß das objektive und subjektive Urteil über das, was schon krankhaft ist, sich keineswegs decken, im wesentlichen deshalb nicht, weil das subjektive Krankheitsgefühl nicht immer dem objektiven Maß der Krankheitsschwere entspricht. Sensationen am Herzen erwecken sehr häufig unmittelbar ein Krankheitsgefühl; ein Hautcarcinom, ein beginnender Diabetes bekanntlich selten. Dazu kommt aber, daß die Determinierung hypochondrischer Inhalte und die Pathogenese des hypochondrischen Syndroms überhaupt nicht allein vom Affekt abhängig ist, und zwar um so weniger, je chronischer es festgehalten wird und je wahnhafter seine Form ist.

Es wurde betont, daß bei den hypochondrischen Eintagsbefürchtungen der chronisch Besorgten die Kritik in der Regel nur im ersten Affekt verstummt, sich aber sehr bald wieder regt. Dennoch geschieht es fast niemals, daß nunmehr die *Idee*, d. h. das *Denkenmüssen* der hypochondrischen Befürchtung als lästig empfunden wird im Sinne einer fast zwangsmäßig sich aufdrängenden dominierenden Vorstellung. Die Befürchtung wird überwunden von der Sehnsucht, gesund zu sein, sowie die Hoffnung darauf wieder geweckt ist. Freilich schwankt auch hier die Kritik hin und her, je nachdem Angst oder Hoffnung überwiegen. Immer aber will der Betroffene gesund werden oder doch jedenfalls von der Angst befreit sein, daß er krank ist; nicht aber von der *hypochondrischen Idee* wie der anankastische Hypochonder.

In meinem klinischen und poliklinischen Material, d. h. also unter Fällen, die nicht mehr zu den Eintagsbefürchtungen der Gesundheitsbreite gerechnet werden können, finden sich, abgesehen von *objektiven* Anhaltspunkten für das Schwanken der Kritik, auch eine Reihe von Selbstäußerungen, die deutlich darauf hinweisen, daß sich der Kranke zwar seines „Irrtums“ bewußt ist, sich aber doch nicht der ängstlichen Besorgnis entziehen kann.

So nennt ein Melancholischer seine hypochondrischen Ideen „Wahnvorstellungen“. Er habe sich alle möglichen Leiden „eingebildet“; habe in medizinischen Büchern nachgelesen und sei dadurch nur noch ängstlicher geworden.

Eine Depressive läßt sich immer wieder in die Hand versprechen, daß sie körperlich kein Leiden habe; ist aber niemals ganz zu überzeugen. Eine andere „weiß“ schon, daß sie hypochondrisch (im prägnanten Sinne) sei.

Ein Syphilidophobe meint: daran sei eben seine Phantasie schuld; ein chronisch besorgter Anankast: „seine Phantasie arbeite einfach los“.

Ein konstitutionell nervöser, hypochondrisch-labiler Psychopath hat „ewige Zweifel“; glaubt ständig, schon leidend zu sein. Ein debiler Cyclothymmer äußert einmal: „er sei eigentlich mehr in der Einbildung krank“. Eine Frau mit hypochondrischer Depression im Klimakterium und noch mobilen hypochondrischen Wahnideen fragt oft: „Gibts das oder gibts das nicht? Das gibt eine Rückenmarkslähmung, da können Sie sagen, was sie wollen. *Wenn ich nur schwach wäre, aber ich bin nicht schwach!*“ Über diese Ungereimtheit muß sie schließlich selber lachen.

Es liegt nahe zu vermuten, daß diejenigen hypochondrischen Ideen, deren Inhalt in die *Zukunft* weist, in denen also etwas *Kommendes* befürchtet wird, der Kritik zugänglicher sind als diejenigen, die mit ihrem Inhalt am *Augenblick* hängen. Wer überzeugt ist, an Mastdarmkrebs zu leiden, läßt sich vielleicht schwerer korrigieren, als wer den Eintritt einer „Darmverschlingung“ befürchtet. Diese Vermutung trifft nicht zu, wie sich einerseits leicht am Beispiel der Herzschlaghypochonder und der Syphilidophoben mit ihren Befürchtungen vor Tabes und Paralyse erkennen läßt; und andererseits an der schwankenden Kritik und raschen Korrektur vieler „ideagener“ Hypochonder mit ihrer Einbildung, im *Augenblick* an dieser und jener Krankheit zu leiden.

Eine besondere Stellung nehmen diejenigen Ideen ein, in denen die an sich vorhandene Irrtumseinsicht verdrängt und eine Korrektur abgelehnt wird. Da bei solchen Krankheitseinbildungen der aktuelle Affekt der Befürchtung offensichtlich gering ist, der Inhalt aber trotzdem mit Zähigkeit festgehalten wird, so stehen sie an der Grenze der überwertigen Formen, ja der hypochondrischen Ideen überhaupt. Es handelt sich dabei um Äußerungen über eingebildete Krankheit und Körperschäden, deren hypochondrischer Inhalt belanglos wird gegenüber der Tatsache, daß die Idee nur hysterisches Requisite ist oder Ausdruck einer querulatorischen Nörgelei. Freilich kann in beiden Fällen die ursprüngliche Konzeption mit affektivem Schwung in durchaus überwertiger Weise geschehen, besonders in den querulatorischen Formen. Es kommt aber mit dem Verblassen des Affektes nicht zur bleibenden Korrektur und zum Schwinden der Einbildung, sondern die ernstlich schon vollzogene Korrektur wird annulliert und die nunmehr pseudohypochondrische Idee als Werkzeug für andere Zwecke übernommen.

Diesen pseudohypochondrischen Ideen steht das *amorphe hypochondrische Lamento* nahe, das ja häufig zu einem gleichförmigen, affektiven Leerlauf absinkt. Wir finden es noch getragen vom Affekt ernstlicher Befürchtung und der Korrektur kaum zugänglich *neben* genau umschriebenen Krankheitsbefürchtungen in vielen hypochondrischen Syndromen, vorwiegend auf psychopathischem, konstitutionell nervösem oder zirkulärem Boden, seltener unbegleitet von gut gegliederten hypochondrischen Ideen. Verhältnismäßig häufig habe ich es allein angetroffen bei langsam versandenden Schizophrenen, bis schließlich auch die

letzte affektive Welle und der letzte Rest hypochondrischer Bedeutung aus dem Klagelied schwindet.

Beobachtung 15: Jos. W., 32 Jahre, Schizophrenie. Im September sei er wieder krank geworden im Bauch. Der Arzt habe ihn behandelt wegen chronischem Tripper und Blasenleiden. Im Oktober habe er auch mal 4 Tage Grippe gehabt. Im Bauch habe es immer so weh getan, jetzt auch noch. Habe immer so Durchfall. Beim Sitzen werde es immer schlechter und beim Gehen werde es immer leichter. Das dauere manchmal 3 Tage, daß es im Leib so schlecht sei, dann sei es wieder mal einen halben oder ganzen Tag leichter und dann kommt es wieder. Und der Kopf tue ihm immer so weh. Wie er aus der Anstalt entlassen wurde, habe es im Kreuz so weh getan, daß er kaum habe gehen können. Bei der Nacht sei er immer so müd, als wenn er ganz lahm wäre. Und so frieren tue er immer. Wenn er sich anstrengen muß, dann tue es im Bauch weh. So matt sei er, eine Kraft habe er gar nicht. So Angst habe er und so ein Zittern. Im Bauch tuts immer so weh. Seit er aus G. entlassen sei, sei er dauernd beim Arzt in Behandlung wegen chronischen Darmleidens, chronischem Tripper und chronischem Blasenkatarrh.

Er komme nun wieder in die Klinik, um im Bauch wieder gesund zu werden. Nach G. möchte er nicht wieder, man werde ihn doch nicht etwa wieder nach G. tun. Dann habe er noch vollkommene Mannesschwäche, die Ärzte hätten gesagt, die Nerven seien ganz kaputt.

b) Die anankastische Form.

Die zwangsmäßige Form der Krankheitseinsicht ist selten. Ich habe unter meinem Material keine guten Beispiele dafür. Echte Zwangsvorstellungen anderen Inhaltes *neben* nicht zwangsmäßig erlebten hypochondrischen Ideen sind dagegen häufiger. Die wenigen Fälle, in denen ein ausgesprochenes Begrübeln, Bezweifeln der hypochondrischen Inhalte besteht, zähle ich *nicht* unter die anankastischen Formen, weil sie viel mehr das *Wie* ihrer eingebildeten Krankheit bezweifeln als diese selbst. Deshalb kommt es bei ihnen auch nicht zu den elementaren Erlebnissen des Denkzwangs, zur Einsicht in die Krankhaftigkeit der Denkstörung und zur „Ablehnung“ der Vorstellungen.

Friedmann hat bekanntlich *überwertige* und *echte* Zwangsvorstellungen unterschieden: die *überwertigen* Vorstellungen werden als eigene, die *echten* als fremdartige, aufgedrängte Ideen erlebt. Zu der ersten Gruppe rechnet er die Phobien, die hypochondrischen Furchtvorstellungen sowie die depressiven und die Enttäuschungsaffekte von *Zwangsscharakter*. Darauf kann hier nicht eingegangen werden. Unterstreichen möchte ich nur, daß auch *Friedmann*¹ allein solche hypochondrischen Befürchtungen den Zwangsvorstellungen zuweisen will, die echten Zwangscharakter haben. Freilich wird *Friedmann* selber diesem strengen Maßstab nur in dem einen seiner beiden Beispiele (Fall 6) gerecht, während es sich im anderen um eine hypochondrische Idee von ausgesprochen überwertiger Form handelt.

¹ *Friedmann, M.*: Über die Natur der Zwangsvorstellungen, Wiesbaden 1920.

Friedmanns Beispiel 6¹ erscheint mir dagegen bei der Seltenheit hypochondrischer Ideen von Zwangscharakter wichtig genug, um ausführlich zitiert zu werden.

48jähriger Kaufmann, lebensfroh, tätig; von jeher etwas ängstlich, doch bisher stets gesund, besucht nur alle Jahre einmal seinen Hausarzt. Erfährt dabei jetzt, daß er eine schwache physiologische Albuminurie hat und wird durch eine hingeworfene *zweifelhafte* Bemerkung seines Arztes recht erschreckt. Er verläßt diesen sofort dauernd, hat aber von diesem Augenblick ab keine Ruhe mehr. Er geht zu zwei anderen Ärzten und wird beruhigt und der Harmlosigkeit seiner Sache versichert. Ganz aber genügen ihm von jetzt ab auch diese Aussprüche nicht. Etwa 5—6 Jahre hindurch läuft er fast täglich zu mir, oft auch noch zu seinem neuen Hausarzt, zwischendurch noch zu 3—4 anderen Ärzten. Auch damit hat er noch nicht genug; er hat sich angewöhnt, selbst seinen Harn täglich auf Eiweiß zu untersuchen, denkt an Verkalkung und zählt seinen Puls, macht Gehversuche u. dgl. Schließlich nach 5 Jahren läßt das heiße Bemühen um Sicherstellung der „nur physiologischen Albuminurie“ nach, er geht nur ein- bis zweimal in der Woche oder seltener zu seinen Ärzten, erkennt selbst die Gefährlichkeit seiner eigenen Harnuntersuchungen (für sein Gemüt) und gibt sie wohl ganz auf. Nach im ganzen 12 Jahren ist endlich die Idee verpufft und unwirksam geworden. Als er einige Jahre später schmerzhaft und tatsächlich erkrankt an Harnsteinen, bleibt er bei Blutungen und Operationen standhaft und psychisch normal und ist schließlich als 65jähriger bei einem Fliegerangriff an Hirnschlag verstorben. In der ganzen Periode seiner Hypochondrie hat er nie etwas von einer Behandlung wissen wollen, er hat nie dafür ein Medikament geschluckt und er hat stets seine Angelegenheit, wenigstens mit mir, der ihn stets auslachte, halb spaßhaft besprochen und er hat tatsächlich keinen Augenblick ernsthaft an seine Furchtidée „geglaubt“.

Zwangsvorstellungen, die sich auf mögliche Schädigungen des eigenen Körpers erstrecken, sind ja keineswegs selten, selbst wenn man von der häufigen „Bacillenfurcht“ absieht. Daß auch diese im weiten Sinne hypochondrischen *Inhalte* in genetischer Beziehung wenigstens teilweise übereinstimmen mit den Inhalten echter überwertiger und wahnhafter Krankheitseinsbildungen, ist zu vermuten. Beweise im einzelnen kann ich dafür nicht bringen. Daß es in formaler Beziehung strittige Grenzfälle zwischen überwertiger Krankheitsbefürchtung — Zwangsvorstellung hypochondrischen Inhalts — und wahnhafter Krankheitseinsbildung geben muß, ist bei dem Schwanken der Kritik gegenüber dem in *jedem* Fall irrümlichen Inhalt ohne weiteres verständlich. Gewiß ist das Verhalten der Kritik von sehr verschiedenartigen Faktoren abhängig, aber es ist auch ein Spiegel dieser wechselnden Verhältnisse und von entscheidendem Einfluß auf die resultierende Form der hypochondrischen Idee. Damit hängt es zusammen, daß hypochondrische Inhalte, die „zwangsmäßig“ erlebt werden, auch bei großer inhaltlicher Ähnlichkeit keine „echten“ hypochondrischen Ideen sind, d. h. keine *Krankheitseinsbildungen*. Der Anankast bildet sich nicht ein, krank zu sein; er weiß im Gegenteil sehr genau, daß er es *nicht* ist. Er leidet auch nicht unter der Angst krank zu sein, sondern unter dem Zwang, diese für ihn unsinnige Idee denken zu müssen.

¹ S. 22.

Als Beispiel für die formelhafte Erstarrung hypochondrischer Inhalte im Zwangssyndrom, für die absurden Denkmwege, das abergläubische Paktieren und Verklausulieren möchte ich kurz auf einen Schizophrenen verweisen, der zu Beginn der Psychose längere Zeit fast ausschließlich an Zwangsvorstellungen litt.

Beobachtung 16: Friedr. W., 22 Jahre. (Schizophrenie mit initialem Zwangssyndrom.) Bei einer großen Menge von täglichen Verrichtungen darf er nicht an bestimmte Dinge denken, weil diesen sonst Schaden geschehen könne. Wenn er z. B. an Bäumen, Laternen, Telegraphenstangen, an Säulen, Steinen, großen Felsblöcken vorbeigeht, oder wenn er vom Trottoir auf den Fahrweg tritt, wenn er aus dem Bett aufsteht usw., dann darf er nicht an irgendwelche körperlichen Organe denken. Lunge, Herz, Leber, Gehirn, Rückenmark usw., weil diese sonst „kaputt gehen oder krank werden könnten. Alle Versuche, solche Gedanken loszuwerden, gelingen nicht. Er glaube nicht etwa im Ernst, daß eine Schädigung der Organe eintreten könne, aber er habe so eine Furcht...

c) Die wahnhafte Form.

Bei der Zwangsvorstellung hypochondrischen Inhaltes bleibt, von Augenblicken der Überwältigung abgesehen, die Kritik erhalten, d. h. die Einsicht in den inhaltlichen Irrtum und zugleich in die *Krankhaftigkeit* des zwangsmäßigen Denkenmüssens überhaupt. Dieses sonderbare Verhältnis entspringt daraus, daß Vorstellungen auftauchen, gegen deren Kommen und gegen deren Inhalt sich der Denkende wehrt. Nun ist zwar der geordnete Denkverlauf vom Willen weitgehend unabhängig; es besteht aber doch in bezug auf den Inhalt und seine Dauer, d. h. den Inhaltswechsel, eine gewisse Wahlfreiheit. Ist dieses Erlebnis der Wahlfreiheit gestört, so werden die Denkinhalte in verschiedener Abstufung als *lästig, aufgezwungen, gemacht* empfunden.

Lästig sind Vorstellungen dann, wenn sie durch die Stoßkraft ihres peinlichen Inhaltes eine eingeschlagene Denkrichtung immer wieder durchbrechen und gegen den Willen des Subjektes dominieren. Es ist dies der Typus der *lästigen überwertigen Ideen* (*Bumke*) mit vorwiegend depressiven, beschämenden, ängstigenden Inhalten. Dabei erscheint dieser Inhalt subjektiv zulänglich begründet.

Als *aufgezwungen* oder *zwangsmäßig* werden solche Vorstellungen bezeichnet, die als lästig empfunden und zugleich als inhaltlich verkehrt, unsinnig, „unverständlich“ erlebt werden. Es ist dies der Typus der Zwangsvorstellung. Von manchen Autoren wird nun die subjektive *Fremdheit* solcher Vorstellungen betont. Ich möchte diesen Ausdruck vermeiden. Zwangsvorstellungen werden immer als Produkte des *eigenen* Denkens erlebt. Darin unterscheiden sie sich — soweit ich sehe — von den *wirklich* fremden, den gemachten Gedanken Schizophrener, bei denen das Denkerlebnis so grundlegend abgeändert sein kann, daß die Selbstverständlichkeit des „Ich denke“ verloren geht.

Das sonderbare Erlebnis des Anankasten, daß er *eigene* Gedanken als aufgezwungen empfindet und ihnen kritisch gegenübertritt als wären sie fremd, gibt seinem Denken die krasse Zwiespältigkeit. Wie weit es sich dabei weniger um ein nachträgliches Denkgepräge als um eine charakterologische *Voraussetzung* handelt, kann hier nicht erörtert werden. Jedenfalls klagen fast alle einigermaßen chronischen Anankasten über eine Form der Ich-Spaltung, und zwar nicht in dem hysterischen Sinn, daß die Rechte nicht weiß, was die Linke tut, oder in der schizophrenen Fähigkeit aus *einem* Ich mühelos in das andere zu wechseln, sondern derart, daß sich das eine Ich gegen ein zweites beständig zu wehren und dessen Denken abzulehnen gezwungen fühlt. Es besteht ein Widereinander bei größter zeitlicher Nähe, ja praktischer Gleichzeitigkeit, woraus pendelnd bald mehr das Erlebnis einer Zerrissenheit des Ich, bald mehr das einer wirklichen Spaltung entspringt. Im vorliegenden Zusammenhang kommt es mir auf folgendes an: Sowohl hinter den überwertigen Vorstellungen wie hinter der „echten“ Wahnidee *nicht* hypochondrischen Inhalts steht die Persönlichkeit ungeteilt, ja bekanntlich mit ungewöhnlichem Nachdruck. Sie sind für den Träger wirklich von seinem Fleisch und Blut, und bestätigen ihm gewissermaßen das Bild, daß er von sich und der Welt hat. Auch im hypochondrischen Syndrom kommt es nicht zur Ich-Spaltung (wenn sie beobachtet wird, dann ist sie Symptom der *Grundstörung*), aber es findet sich doch bei allen Hypochondern eine eigentümliche Geisteshaltung, die eine Beziehung zu den verwandten Syndromen des Zwanges und der Depersonalisation erkennen läßt. Der Hypochonder steht ungeteilt hinter seinen Einbildungen; aber diesen Einbildungen liegt eine angedeutete Spaltung der *personalen* Existenz zugrunde, die dadurch zustande kommt, daß das *Körper*-Ich beobachtet, überbetont, ferngerückt, ja in ausgesprochenen Fällen verselbständigt wird. Es ist also nicht so, daß aus *einer* Persönlichkeit gewissermaßen zwei oder mehr werden, sondern daß innerhalb einer Persönlichkeit die erlebte Einheit von Seele und Leib in das betonte Gegenüber von Subjekt-Objekt zerfällt. Es leuchtet ein, daß sich dadurch die hypochondrische Idee in formaler Hinsicht nicht unterscheidet von überwertigen und wahnhaften Ideen andern Inhaltes, aber es wird eben damit der grundlegende *inhaltliche* Unterschied aufgedeckt. Dem Paranoiker ist die Umwelt mit ihren sozialen Verkettungen der Schauplatz seiner Scheinniederlagen, erlittenen Verfolgungen, Triumphen. Damit verglichen sind die Beziehungen des Hypochonders zur Umwelt lose und im wesentlichen darauf abgestellt, daß sie seine Klagen empfängt. Der eigentliche Schauplatz, ja fast seine „Umwelt“ ist ihm sein Körper. Aus diesem Grunde läßt sich auch nicht ganz in dem Sinne von einem Krankheitswahn sprechen, wie man von einem Liebeswahn oder von einem sensitiven Beziehungswahn spricht; selbst dann nicht, wenn sich vorbereitet durch seelische Konflikte ein leidliches hypochon-

drisches *System* entwickelt, wie das in der Beobachtung 7 in Andeutung vorliegt.

Nicht die Beziehungen zur Umwelt und deren Verhältnisse werden mißdeutet und verschoben, sondern die Verhältnisse und Funktionen des eigenen Körpers, ja die Beziehungen des Ich zum eigenen Körper, wie in den Vorstellungen der körperlichen Entfremdung. Trotz inhaltlicher und genetischer Unterschiede zwischen dem „echten“ paranoischen Syndrom und dem Syndrom des Krankheitswahnes besteht doch in rein formaler Beziehung Übereinstimmung zwischen den einzelnen Ideen beider Gruppen: Es sind unkorrigierbare Irrtümer. Daß auch in diesen Fällen versagender Kritik zuweilen noch ein Rest von Erschütterlichkeit besteht, fällt dagegen nicht ins Gewicht; durch äußere Einflüsse werden die Vorstellungen doch nicht korrigiert und durch innere nur abgeändert oder für andere Ideen verlassen. Aber auch die überwertigen Ideen sind praktisch unkorrigierbare Irrtümer. Was sie von der Wahnidee unterscheiden, sind: die „krankhafte Entstehung“, und außerdem in der Regel Inhalt und Inhaltsgruppierung, die ja von der krankhaften Entstehung mitabhängig sind. Das Postulat der krankhaften Entstehung ist bekanntlich ein Bestimmungsnotbehelf. Wir diagnostizieren die Wahnidee und schließen von ihr aus auf das Vorliegen einer bestimmten Krankheit oder eines Syndroms, deren Symptome diese Wahnideen erfahrungsgemäß sind. Die Trias: Vorstellungsinhalt, inhaltliche Verkehrtheit und Unkorrigierbarkeit scheint demnach so charakteristisch zu sein, daß sie auch eine Definition ohne diesen Notbehelf ermöglichen sollte. Bei denjenigen Ideen, die das Krankheitszeichen sozusagen an der Stirne tragen (*Bumke*), ist das verhältnismäßig leicht, d. h. bei den unkorrigierbaren Irrtümern phantastischen Inhalts und phantastischer Begründung, wobei phantastisch bedeutet: als Faktum in der Wirklichkeit überhaupt nicht vorstellbar. Dagegen liegt bei den Irrtümern möglichen, wenn auch vielleicht ungeheuerlichen Inhaltes das charakteristisch Krankhafte in ihrer Verknüpfung, vor allem in der systematischen Verrückung aller wirklichen Beziehungen der menschlichen Umwelt oder eines Umweltausschnittes zum Subjekt. Wahnideen wären demnach unkorrigierbare Irrtümer von phantastischem Inhalt und phantastischer Begründung oder mit dem Inhalt systematisch verrückter Beziehung der Umwelt zum Subjekt. Diese Definition ist schwerfälliger als diejenige *Bumkes* vom „krankhaft entstandenen unkorrigierbaren Irrtum“, die den besonderen Vorteil hat, den Wahnbildungen aller Art gerecht zu werden. Dagegen sind in meiner Formulierung die echten primären Wahnideen (im Sinne von *Jaspers*) von den wahnhaften Ideen durch das „oder“ geschieden. Immerhin ist der Bestimmungsnotbehelf der „krankhaften Entstehung“ vermieden worden; außerdem kommt diese begriffliche Fassung dem vorliegenden Zweck entgegen. Es gibt keinen Krankheitswahn, der eine Beziehungs-

verrückung zwischen Persönlichkeit und Umwelt zum Inhalt hätte. Man könnte höchstens sprechen von einer Verrückung der erlebten inner-personalen Beziehung zwischen Körper und Subjekt (i. e. S. des *seelischen* Ich). Deshalb gibt es auch, streng genommen keine echten paranoischen Krankheitsideen im Sinne *Bumkes*, d. h. *wahnhafte* Ideen nach *Jaspers*, sondern nur überwertige Einzelirrtümer bzw. Irrtumsgruppen oder hypochondrische Wahnideen von phantastischem Inhalt und phantastischer Begründung. Anders ausgedrückt; die hypochondrischen Ideen stehen in systematischer Beziehung entweder der Gruppe der depressiven Befürchtungs- und Verarmungsideen nahe oder sie sind psychologisch nicht verständliche Wahnideen in *Bumkes* Sinne. Ich möchte betonen, daß man in der Regel nur die Krankheitseinbildungen mit phantastischen Inhalten als hypochondrische *Wahnideen* gelten läßt, daß man also nicht etwa nach dem Maße der Unkorrigierbarkeit einteilt.

Diese Ableitung mag spitzfindig erscheinen, da wir uns ja in der Psychiatrie daran gewöhnt haben, das Einheitliche aller Wahngruppen besonders in ihrem seelischen Aufbau zu unterstreichen und demgegenüber das Trennende gering zu achten. Allen Wahnideen ist gemeinsam, daß sie subjektive Wirklichkeit sind. Der Wahnkranke hält den Wahninhalt für subjektiv wirklich und objektiv real, weil er ihn als gewiß erlebt; und er erlebt inhaltlich Verkehrtes als gewiß, weil sein *Bedeutungsgefühl* gegenüber der sachlichen Realität der Umwelt und ihrer Beziehungen zu ihm krankhaft verändert ist¹. Sind diese Bedeutungsgefühle in „verständlicher“ Weise geändert durch die Einwirkung von Affekten, Gemüts- und Stimmungslagen, so kommt es zur Reihe der affektiven und überwertigen Irrtümer bis hinauf zu den echten (psychologisch verständlichen) paranoischen Ideen im Sinne *Bumkes*. Werden die Bedeutungsgefühle dagegen durch seelische Kräfte, Konstellationen, krankhafte Störungen eingreifender geändert, über alles unmittelbare Verstehen hinaus, so kommt es zur Reihe der phantastischen und phantastisch begründeten Wahnideen mit ihren primären Bedeutungserlebnissen, prozeßhaften Wahnstimmungen, in denen die heterogensten Dinge miteinander wahnhaft verknüpft werden können, ohne jede Begründung, außer derjenigen der unmittelbaren Gewißheit und ohne jedes Bedürfnis nach Begründung. Es muß jedoch betont werden, daß auch das entscheidend Krankhafte an der paranoischen Wahnentwicklung, nämlich die systematische Beziehungsverrückung zwischen Persönlichkeit und Umwelt, durch eine *nur affektive* Veränderung der Bedeutungsgefühle nicht ausreichend erklärt werden kann.

¹ Ich habe das früher im Anschluß an *Hedenberg*, *Bühler* und besonders an die Arbeit *Hartmanns* über die affektfreien Bedeutungsgefühle genauer ausgeführt. (S. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. I/1 „Störungen des Denkens“, S. 585 f, 1927.)

Wenn man in der Psychiatrie auch bestrebt ist, die wohl zu Recht vermutete gemeinsame Wurzel aller Wahnbildung aufzufinden, so zeigt doch schon die Tatsache, daß diese Arbeit notwendig ist, wie erheblich im einzelnen die Unterschiede sein müssen. Für die vorliegende Arbeit möchte ich dementsprechend betonen, daß auch den Krankheitseinbildungen aller Art vermutlich eine gemeinsame Wurzel zugrunde liegt. Dafür spricht schon der Umstand, daß es in allen Ideen immer nur um denselben Inhaltskern, nämlich um den eigenen Leib geht. Die formalen Unterschiede wurden ja durch die Sonderung in einzelne Gruppen hervorgehoben und ausführlicher dargelegt.

Einen Krankheitswahn, der den echten paranoischen Systemen ganz an die Seite gestellt werden könnte, gibt es nicht. Es liegt dies daran, daß eben eine Systematisierung, eine folgerichtige subjektive Verrückung der Persönlichkeitsbeziehungen zur menschlichen Umwelt durch die spezifische Inhaltsbeschränkung des Hypochonders ausgeschlossen wird. Legt man jedoch einen weniger strengen Maßstab an, so mag es gerechtfertigt erscheinen, gewisse chronische „systematisierende“ Hypochonder doch den echten Wahnentwicklungen an die Seite zu stellen. Bei solchen Kranken kommt es nicht nur in *ausgesprochener* Weise zu dem Vorerlebnis jeder Krankheitseinbildung, nämlich zur Entdeckung des Leibes als quasi Umwelt, und zum Erleben seiner Beschaffenheit und Funktion mit verändertem Bedeutungsgefühl, sondern außerdem zu einer *systematischen Verrückung der Beziehungen des Subjekts zu seinem Körper*. Im Verlauf bleibt auch eine intensivere Beziehungsstörung zur *personalen* Umwelt nicht aus, die farbloser, schemenhafter, ferner erscheint, ohne daß es jedoch nach dieser Seite zu paranoischen Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen käme^{1, 2}.

In diesen Fällen hypochondrischer Verkrampfung läßt sich schließlich mit gleichem Recht von einem *Krankheitswahn* sprechen, wie bei den unkorrigierbaren Krankheitseinbildungen phantastischen Inhalts und phantastischer Begründung.

¹ Daß andererseits hypochondrische Ideen auch weitgehender Art in der Paranoia beobachtet werden, hat J. Lange hervorgehoben. (In 91 Fällen 23mal bei Männern, 11mal bei Frauen.)

² Vgl. zu dem Vorstehenden auch Kehler „Paranoische Zustände“ Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 6, Teil II, S. 353. . . . „Damit ist, meine ich, auch der Unterschied zwischen der Paranoia und jener Krankheitsgruppe erklärt, die ihr im psycho-nosologischen System am nächsten steht, den seelischen Zwangskrankheiten. Auch bei diesen haben wir die übermäßig tenacen Affekte, auch hier eine, allgemein gewertet, mindestens durchschnittliche Intelligenz und offenbar noch eine höhere Affektbetonung. Was sie aber von jener scheidet ist, daß den krankhaften Gedankenkomplexen jede ursprüngliche Beziehung zur Umwelt abgeht, ohne die unrichtige Urteile keine Wahnurteile sind.“

III. Die Mißempfindungen.

Kein Hypochonder ist frei von körperlichen Mißempfindungen. Sie beeinflussen Inhalt und Richtung seines Denkens und werden ihrerseits beachtet, hervorgerufen, gewandelt, verschoben durch seelische Vorgänge.

Die französischen Autoren aus der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts haben sich um eine reinliche Trennung der Haupt- und Nebenursachen der Hypochondrie bemüht. Sie suchten dabei dem seelischen Anteil gerecht zu werden; aber obgleich ihm ihre besondere Aufmerksamkeit, ja Vorliebe galt, kamen sie doch von der jahrhundertealten Überlieferung nicht los, die als Hauptursache eine Organerkrankung annahm¹. Sie folgerten daher mit theoretischer Konsequenz, aber geleitet von ihren Beobachtungen am Kranken — besonders aus dem Mißerfolg gewisser therapeutischer Maßnahmen —, daß der Hypochonder die Beschwerden, über die er klagt, auch wirklich fühlt². Diese Klagen der Hypochonder, das Heer ihrer Mißempfindungen, hat später die Grenzstreitigkeiten zwischen Hypochondrie-Neurasthenie mit veranlaßt. Die oben erwähnten Arbeiten von *Wollenberg* und das Handbuch der Neurasthenie von *F. C. Müller*³ z. B. unterrichten eingehend über die Mühe, die man sich damit nahm, beide Syndrome zu trennen oder einander unterzuordnen.

Dupré und *P. Camus* (1907) haben die „nervösen“ Mißempfindungen sogar mit dem besonderen Namen der *Cénestopathies* bedacht⁴.

Sie betonen, wie sehr sich die „*Cénestopathen*“ darum bemühen, ihre Empfindungen zu beschreiben, zu erklären, in dem sie bizarre Vergleiche, ja eigens geprägte Begriffe dafür verwenden. Dies alles aber mache sie noch nicht zu Hypochondern. „Dans la grande classe des dégénérés et des déséquilibrés constitutionnels, cette différence essentielle (le déséquilibre atteint seulement ou surtout la sphère sensitive) justifie... le groupement de ces malades dans une famille voisine, mais distincte de celle des hypochondriaques“. Über den körperlichen Mißempfindungen, die vom „*Cénestopathen*“ zwar lebhaft gefühlt und deren Beseitigung erstrebt wird, wölbt sich beim Hypochonder gewissermaßen noch der Überbau seiner Mißdeutungen und Befürchtungen. Daß jedoch

¹ So etwa *Brachet*, l. c. S. 194... „Hypochondrie hat stets diese wesentlichen Umstände: 1. Leiden eines Organes; 2. sekundärer spezieller neuropathischer Zustand; 3. Perversion der Phantasie.

² *Brachet* S. 15. „Der Kranke fühlt diese Schmerzen... und alles Raisonnement der Welt kann ihn nicht verhindern, sie zu fühlen; sie sind wirklich vorhanden.“

³ *Müller, F. C.*: Handbuch der Neurasthenie, S. 19f. u. S. 233f.

⁴ *Dupré, E. et P. Camus*: „Nous proposons de désigner sous le nom de Cénestopathies les altérations de la sensibilité commune ou interne, c'est à dire les troubles de ces sensations, qui incessamment arrivent au cerveau de tous les points du corps et qui, à l'état normal ne s'imposent à notre attention par aucun caractère particulier, soit dans leur modalité, soit dans leur internité.“

auch der echten neurasthenischen Reaktion, der nervösen Erschöpfung, die hypochondrische Neigung nicht fremd ist, hat schon *Kraepelin* hervorgehoben; *Bumke* und zuletzt *Stertz* haben betont, daß das starke Hervortreten des hypochondrischen Zuges, die systematische Ausdeutung von Sensationen im Sinne schwerer Organerkrankungen... durchaus zum Bild der endogenen Nervosität gehören. Aus der Art der körperlichen Mißempfindungen ist eine Differentialdiagnose zwischen nervösem und hypochondrischem Syndrom nicht möglich. Es gibt ja außerdem ausgesprochen sensationenarme Hypochonder. Dennoch sind die Organgefühle von großer Bedeutung für die Frage nach dem Aufbau der hypochondrischen Vorstellungen¹.

Bevor auf die Psychologie der Organgefühle eingegangen wird, auf die Umwandlung indifferenter oder lustbetonter Gefühle in unlustbetonte, auf ihr Verhältnis zu den Vitalgefühlen (im Sinne *Schellers*), sollen kurz anatomische Ergebnisse und Theorien über das *Schmerzgefühl*, als dem Hauptvertreter der lästigen Körpergefühle erwähnt werden.

1. Über das Schmerzgefühl.

Eine monographische Darstellung der Leitungsbahnen des Schmerzgefühls verdanken wir *O. Foerster*². Seine Ausführungen über individuelle Unterschiede der Schmerzbereitschaft, über die Hemmungsmechanismen des Schmerzsystems, über den „psychogenen“ Schmerz sind so wichtig, daß sie hier erörtert werden müssen.

Nach *Foerster* gehört der Schmerz zur Gruppe der psychischen Phänomene, die man als Gefühle oder Affekte bezeichnet und den Empfindungen und Wahrnehmungen i. e. S. gegenüberstellt. Man sollte daher stets vom Schmerzgefühl und nicht von Schmerzempfindung sprechen. Das physische Korrelat des Schmerzgefühls besteht in einem Erregungsvorgang des afferenten Nervensystems. Das „Schmerzsystem“ gliedert sich 1. in die Rezeptoren, welche den peripheren Reiz aufnehmen; 2. in die diesen Schmerzreiz leitenden Nervenbahnen und 3. in die zentralen grauen Massen, in welchen der durch die Rezeptoren aufgenommene und durch die schmerzleitenden Nervenbahnen zugeleitete Erregungsvorgang diejenige neurodynamische Zustandsänderung hervorruft, deren psychisches Korrelat eben das Schmerzgefühl ist. Alle Reize, welche Schmerz auslösen, werden wahrscheinlich auf die gleiche Weise wirksam, nämlich dadurch, daß sie an den Rezeptoren eine Verschiebung des Ionenleichgewichts hervorrufen. Dabei wirkt eine relative Vermehrung

¹ In *Frankreich* werden auch heute noch von einigen Autoren gerade die sympathisch-nervösen Funktionsstörungen bei *intakter psychischer Verarbeitung* (*Laignel-Lavastine*) der hypochondrischen Symptombildung zugrunde gelegt.

² *Foerster, O.*: Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühls und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände. Sonderband zu *Bruns* Beitrag zur klinischen Chirurgie. Berlin/Wien 1927.

der Kaliumionen erregend, eine relative Vermehrung der Calciumionen lähmend.

Es gibt beträchtliche *individuelle Differenzen* der Schmerzhaftigkeit¹ und zwar sowohl zwischen verschiedenen Individuen als auch beim selben Individuum zu verschiedenen Zeiten². Den einen läßt das Durchschneiden der Fascia lata oder der Dura, das Kneifen mit der Pinzette völlig unberührt, der andere schreit laut auf, wenn wir die Fascie nur mit einer Sonde berühren oder mit dem Tupfer über die Dura wischen³. „...Die Erfahrungen der menschlichen Pathologie sprechen nun dafür, daß die gesamten Schmerzfasern... nicht den Weg über die langen Hinterstrangfasern, sondern über die graue Substanz der Hinterhörner bzw. die Subst. gelatinosa trigemini und den Nucleus solitarius nehmen. Das Schmerzgefühl wird bei Ausschaltung der Hinterstränge nicht herabgesetzt. Bei isolierter Hinterstrangläsion finden wir eine Hyperalgesie der Haut. Durch die langen Hinterstrangbahnen werden die der Berührungs- und Druckempfindung, der Vibrationsempfindung, den Lage- und Bewegungsempfindungen und dem sog. Kraftsinn dienenden Erregungen geleitet, und vor allem ist ihre Integrität erforderlich für die feinere Lokalisation, die räumliche Diskrimination zweier gleichzeitig applizierter Reize, das zwei dimensionale Formerkennen und die dreidimensionale Stereognosis.“

Die höher differenzierten, phylogenetisch jüngeren Empfindungssysteme üben einen moderierenden Einfluß auf das phylogenetisch uralte Schmerzsystem aus. Bei Wegfall dieser normalen Hemmung wird das Schmerzsystem, — wenn es unversehrt ist — abnorm stark erregbar. Neben dieser afferenten Schmerzhemmungsbahn ist noch eine efferente, corticofugale im Areal des Hinterseitenstranges anzunehmen, deren Wegfall die Erregbarkeit der dem Schmerzsystem angehörenden Zellelemente des Hinterhorns steigert.

Auch der Thalamus opticus steht wahrscheinlich unter dem Einfluß hemmender Bahnen, und zwar einmal von der Rinde her, zum andern aber auch vom Corpus striatum. Dieses ist einem Reflexbogen übergeordnet, in dem Thalamus und Pallidum Knotenpunkte sind, ersterer

¹ Michel, Rud.: Das Schmerzproblem betont das individuell verschieden starke Schmerzgedächtnis, die verschiedene Schmerzempfindlichkeit verschiedener Rassen. Ebenso in „Der Schmerz“, Bd. I, H. 1/2. Hoche, A. (Dtsch. med. Wschr. 1922): „Die Schmerzfähigkeit eines Menschen ist ein Maßstab für seine seelisch gröbere und feinere Struktur... Wir dürfen annehmen, daß aus diesem Grunde in der heutigen zivilisierten Menschheit im ganzen genommen eben viel mehr Schmerz vorhanden ist als in früheren Epochen.“

² Goldscheider erklärt die Steigerung der Schmerzempfindlichkeit bei Ermüdung, Fieber, Basedow, Neurasthenie usw. mit einer „Erhöhung des allgemeinen Neurotonus“. Vgl. auch Szemzö: Z. klin. Med. 106, H. 3/4.

³ Foerster weist an anderer Stelle daraufhin, daß auch in der Genauigkeit der Schmerzlokalisation bei Organerkrankungen große individuelle Verschiedenheiten bestehen und daß gerade „Neuropathen“ auffallend gut lokalisieren.

für die afferenten, letzterer für die efferenten Impulse. Bei Zerstörung des Corpus striatum tritt eine Steigerung der Erregbarkeit der Thalamuselemente ein, die im Dienste des Schmerzgefühls stehen. Dabei kommt es weniger zu Spontanschmerzen als zu echter Hyperalgesie, zur Schmerz-irradiation und Nachdauer.

In einer mangelhaften Leistungsfähigkeit der corticalen und striären Hemmungsmechanismen bei scheinbarer anatomischer Integrität sieht *Foerster* eine Möglichkeit zur Erklärung der gesteigerten Schmerzfähigkeit der Neuropathen, ihrer Neigung zur Schmerzirradiation und zur Ausbreitung der Hyperpathie über eine Körperhälfte bei lokalisierten Krankheitsprozessen in der Haut, der inneren Organe usw.¹.

In solchen Fällen bestehen nicht selten auch andere Symptome, die eine Schwäche der hemmenden Funktion des Corpus striatum auf die ihm untergeordneten Apparate (Thalamus-Pallidum) verraten, vor allem hyperkinetische Erscheinungen, deren Abhängigkeit von einer einfachen Störung des neurodynamischen Gleichgewichtes zwischen Corpus striatum-Thalamus-Pallidum höchst wahrscheinlich ist.

Das Zustandekommen des Schmerzes ist also abhängig von Art und Stärke des exogenen Reizes, aber auch von dem Grad der Erregbarkeit und Leitungsfähigkeit des Schmerzsystems. Die Erregbarkeit der Schmerzleitungsbahn ist wiederum abhängig von der Beschaffenheit der Schmerzhemmungsmechanismen. Deren Leistungsschwäche führt zu einer gesteigerten Erregbarkeit derart, daß unter Umständen selbst die an den Schmerzrezeptoren fortwährend stattfindenden Verschiebungen des ionalen Basengleichgewichtes, die normaliter vollkommen unerschwellige Reize darstellen, überschwellig werden, so daß scheinbar spontaner, in Wahrheit aber pseudospontaner Schmerz entsteht.

Von besonderer Bedeutung ist nun die Stellung *Foersters* zur Frage des *psychischen* und des *psychogenen* Schmerzes. Man kann nach *Foerster* „nicht annehmen, daß das psychische Erlebnis des Schmerzes möglich ist, ohne daß demselben ein physisches Korrelat entspricht“.

Die Kernfrage des (psychischen) Schmerzes lautet also: „ob es möglich ist, daß die neurodynamische Zustandsänderung des Schmerzsystems, deren psychisches Korrelat das Erlebnis des Schmerzgefühls ist, ohne die Einwirkung eines exogenen Reizes auf die Schmerzrezeptoren oder die Leitungsbahnen und Stationen des Schmerzsystems zustande kommen kann“.

Diese Frage beantwortet *Foerster* dahin, daß wir praktisch wohl nie mit Sicherheit in der Lage sind zu sagen, das Fortbestehen eines Schmerzes sei nicht auf das Fortbestehen des irritativen Prozesses zu beziehen, sondern nur die Folge einer neurodynamischen Zustandsänderung der zentralen Stationen des Schmerzsystems.

¹ Daneben nimmt freilich auch *Foerster* eine Steigerung der Erregbarkeit des gesamten Schmerzsystems in allen seinen Stationen als vorhanden an.

Wichtiger als dieses negative Ergebnis ist jedoch *Foersters* erneuter Hinweis auf die individuell verschieden große Erregbarkeit des Schmerzsystems. Deren Ursache sucht er vor allem in der individuell „verschiedenen Wertigkeit der Schmerzhemmungsmechanismen“, insbesondere der corticofugalen und striothalamischen Inhibitionsbahn. So kommt es, daß der gleiche Reiz bei dem einen von lebhaftem Schmerzgefühl begleitet ist, bei einem anderen aber unterschwellig bleibt; oder daß er in einem Fall, verglichen mit vielen anderen, oder der — erfahrungsmäßigen — Norm, ungewöhnlich *lange* Zeit anhält. Den *psychogenen* Schmerz i. e. S., den Schmerz, dessen Ursache in „psychischen Erlebnissen“ zu suchen ist, möchte *Foerster* lieber als *thymogenen* Schmerz bezeichnen, da ja die auslösenden Erlebnisse *affektiver, emotioneller* Art sind. Dabei wird der Schmerz nicht unmittelbar durch die Emotion ausgelöst, sondern „die der Emotion parallel laufende neurodynamische Zustandsänderung des Nervensystems ruft im Schmerzsystem eine neurodynamische Zustandsänderung hervor, deren psychisches Korrelat der Schmerz ist“.

Diese neurodynamische Zustandsänderung kann einmal periphere Veränderungen erzeugen (z. B. Kontraktionen der glatten Muskulatur der Eingeweide, der Gefäße), die als Reizquelle für die peripheren Schmerzrezeptoren in Frage kommen¹. Solche Vorgänge spielen eine besondere Rolle bei den sog. *psychogen überlagerten Schmerzzuständen*. Unter dem Einfluß emotioneller Erlebnisse kommt es zu einem Wiederaufleben oder zur Verschlimmerung schon bestehender Schmerzen dadurch, daß ein zweiter auf die peripheren Schmerzrezeptoren einwirkender Reiz hinzukommt, „der in den durch die Emotion hervorgerufenen peripheren somatischen Veränderungen zu suchen ist“. Es ist kein Zufall, daß der psychogene Schmerz bei dem einen Individuum sich auf den Magen, beim andern auf den Darm, beim Dritten auf das Herz wirkt. . .“ *Foerster* betont gerade deshalb den Wert der physikalischen Heilmethoden, die oft zum Ziele führten, wo vorher jede psychotherapeutische Methode versagt habe.

Foerster hält es nun für sehr wohl möglich, daß neben diesem Einfluß der Emotion auf periphere Vorgänge die der Emotion zugeordnete, materielle, neurodynamische Zustandsänderung auch unmittelbar „auf die Zentralstation des Schmerzsystems im Thalamus opticus und der Gehirnrinde einwirkt“. Schmerz und Emotion sind als psychische Erlebnisse verwandt, und möglicherweise vollziehen sie sich an den gleichen nervösen Substraten.

Jedenfalls ist die Abhängigkeit des Schmerzes von der Affektlage eine Tatsache, und die wird besonders deutlich daran, daß „seelische

¹ *Lapinsky*: Arch. f. Psychiatr. 81, 197f. hebt ebenfalls hervor, daß „die peripherischen Schmerzen ihre Ursache auch in einer Blutzirkulationsstörung haben können“.

Einwirkungen geeignet sind, bestehende — und objektiv ausreichend begründete — Schmerzen zu mildern und zum Verschwinden zu bringen¹.

Hervorgerufen, verstärkt wird der Schmerz in der Regel durch „Unlustaffekte“; gemildert, aufgehoben durch — „gegenteilige Affekte wie Freude, Hoffnung, lustbetontes Befreiungsgefühl..“ Die *Affektumwandlung*, die Verschiebung des Unlustaffektes in einen lustbetonten ist deshalb nach *Foerstes* Meinung das Grundprinzip aller psychotherapeutischen Maßnahmen zur Schmerzlinderung.

Zwei weitere Faktoren scheinen ihm überdies imstande zu sein, den Schmerz im hohen Maße zu beeinflussen, nämlich die *Willenstätigkeit* und die *Aufmerksamkeit*. Schmerz läßt sich unterdrücken, wenn man dieses Ziel ernstlich will, oder wenn die Aufmerksamkeit durch andere Inhalte gefesselt ist und umgekehrt.

Wichtig ist, um es noch einmal hervorzuheben, in *physiologischer* Beziehung die *Anschauung Foerstes* über die Existenz und Wirkung von Schmerzhemmungsbahnen, insbesondere derjenigen von corticofugalem und striopallidärem Verlauf, und über ihre Bedeutung für die individuellen Unterschiede in der Schmerzempfindlichkeit. In *psychologischer* Beziehung ist wichtig die Zuordnung des Schmerzes zu den Gefühlen, nicht zu den Empfindungen; ferner die Abhängigkeit des Schmerzes von der Affektlage (*thymogene* Schmerzen), und zwar nicht nur auf dem Weg über periphere Vorgänge, sondern auch durch *unmittelbare* Einwirkung der (der Emotion zugeordneten) materiellen neurodynamischen Zustandsänderung auf die Zentralstationen des Schmerzsystems. Schmerz und Emotion, psychisch verwandte Erlebnisse, vollziehen sich möglicherweise auch an den gleichen Substraten.

Der Peinlichkeit, mit der sich *Foerster* um die Aufdeckung der *körperlichen* Ursachen des Schmerzgefühls bemüht und der *Psychogenese* nur einen letzten Raum läßt, steht die Auffassung analytischer Lehrmeinungen, besonders der Individualpsychologie, aber auch die *Stekels* etwa, schroff gegenüber. Darauf soll später eingegangen werden. Auch da, wo *Foerster* auf die *thymogenen* Schmerzen hinweist, liegt für ihn das Problem in der Frage, wie und wo die *neurodynamischen* Zustandsänderungen, die der Emotion zugeordnet sind, am Schmerzsystem angreifen. Er beantwortet diese Frage im wesentlichen mit einer Theorie, die auf der Linie moderner Anschauungen über die Hirnstammfunktionen liegt.

2. Beschreibung und Ordnung „Hypochondrischer“ Mischempfindungen.

Die Fülle der Schmerzen und lästigen Körpergefühle, über die hypochondrisch Kranke klagen, ihre genaue oder unbestimmte Beschaffenheit

¹ Vgl. auch *Kronfeld*: Psychotherapie, 1924. „...Ebenso wie sensible Ausschaltungen lassen sich auch Steigerungen der Empfindlichkeit für Schmerz, Berührung, Temperaturunterschiede in der Hypnose erzielen... lediglich die Verarbeitung und ihre Folgewirkung werden lebhafter.“

und deren bisweilen phantastische Schilderung; die Vielfältigkeit und der Wechsel ihrer Lokalisation scheinen einer beschreibenden Ordnung von vornherein zu widerstreben. Dennoch läßt sich unschwer nach einigen wenigen Gesichtspunkten eine leidliche Einteilung treffen.

Ich habe für die folgende Zusammenstellung 55 Krankengeschichten verwertet, und zwar handelt es sich in diesen Fällen sowohl um relativ flüchtige hypochondrische Reaktionen wie um ausgesprochen chronische Verläufe. Der klinischen Systematik nach verteilen sich die Kranken auf psychopathische Persönlichkeiten mit nervösen Syndromen, auf rentenneurotische Reaktionen; auf manisch-depressive, schizophrene sowie auf depressive Verstimmungszustände im Klimakterium und bei Arteriosklerotikern.

a) „Parästhesien“.

Unter Parästhesien pflegt man Mißempfindungen aller Art zu verstehen — und zwar nur *unlustbetonte* Organgefühle — solange sie nicht den Charakter intensiven Schmerzes tragen. So bezeichnet *Oppenheim* auch die häufigen Körperbeschwerden Hysterischer als Parästhesien. Im *engeren* Sinne versteht man aber darunter Sensationen von eigentümlicher Beschaffenheit — wie Ameisenlaufen, Pelzigsein, taubes Gefühl usw., — ohne daß sich dafür eine Ursache in *äußeren* Reizen nachweisen läßt. Diese liegt viel mehr in einer unmittelbaren Affektion des Schmerzsystems selbst und läßt aus ihrem Sitz und ihrer Beschaffenheit gewisse Rückschlüsse auf den Ort dieses schädigenden Einflusses zu.

Nur solche Sensationen Hypochondrisch-Kranker, die phänomenologisch mit den echten Parästhesien übereinstimmen oder ihnen doch nahekommen, werden auch hier als Parästhesien bezeichnet.

Im einzelnen fand sich:

Engelbert Sö., 31 Jahre. Psychop. chron. hypoch. Syndrom. *Gefühl als wenn die Haare elektrisiert würden.*

Elise Ro., 46 Jahre. Melancholie. *Ameisenlaufen am Hinterkopf.*

Josef St., 20 Jahre. Chron. hypoch. Syndrom. *Pelziges Gefühl auf dem Kopf.*

Josef Schr., 26 Jahre. Chron. hypoch. Syndrom. *Pelziges Gefühl an beiden Hüften und Oberschenkeln.*

Ernst Be., 25 Jahre. Schizophrenie. *Stechen am ganzen Kopf wie von einzelnen Nadeln.*

Anna Rei., 35 Jahre. Melancholie. *Taubes Gefühl in Händen und Füßen.*

Jos. Li., 49 Jahre. Psychopathie, debil. *Pelziges Gefühl in den Fingern beider Hände. Der Leib ist pelzig.*

Maria H., *Pelzige Zähne.*

August Am., 48 Jahre. Psychopathie; hypochondr.-labil, keine Perniciosa. *Dumpfes Gefühl an der Zungenspitze; zugleich brennendes „aufgeriebenes“ Gefühl; ähnliches Gefühl an der Oberlippe an ganz umschriebener Stelle.*

A. S. *Die linke Brustseite ist abgelebt und tot.*

Elise Ro., 46 Jahre. Melancholie. *Die Beine sind gefühllos und kalt.*

Cäcilie Hi., 60 Jahre. Psychop. chron. hypoch. Syndrom. *Eiskaltes Gefühl am Rücken, aber keine natürliche Kälte, sondern als ob man Menthol eingefüllt hätte.*

Heribert En., 41 Jahre. Psychop. Renten-neurot. Reaktion. *Brennende Schmerzen in den Beinen, wie wenn Fleisch und Knochen nicht mehr zusammenpassen.*

Fanny Be., 35 Jahre. Psychogene depressive Verstimmung. *Hämmern im Knie.*

Josef Ku., 39 Jahre. Syphilidophobie. *Ziehendes Gefühl an der Stirne, im Kopf, im Leib.*

Otto Schw. *Ziehende Gefühle im ganzen Körper.*

Josef Li., 49 Jahre. Debiler Psychop. *Ziehen und Schmerzen in der linken Brustseite.*

O. Hel. *Ziehende Schmerzen in den Leisten, in der Wirbelsäule.*

Maria Lan., 46 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Ziehende Schmerzen auf dem linken Handrücken und Vorderarm.*

Karl St. Manisch-depressives Irresein. *Wechselndes Ziehen in Armen, Beinen, kein Schmerz, sondern ein „komisches Gefühl“.*

Maria H. *Jucken am After, Jucken in den Beinen.*

Rudolf Mu., 23 Jahre. Schizophrenie. *Druck im Rücken.*

O. Hel. *Druck in der Wirbelsäule.*

Johann Re., 47 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Zucken von der Zehe bis in die Magengegend.*

Marie L., 46 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Stechen in der Stirn, in der Schläfe.*

Rud. Mu., 23 Jahre. Schizophrenie. *„Überall“ ein Stechen.*

Franz Pie., 23 Jahre. Selbstunsicherer Psychopath. *Stechen im Rücken, bald da, bald dort. Stechen in den Füßen, Riß in den Beinen.*

O. Hel. *Stechen im Kreuz.*

Jos. Kr. Arteriosklerotische Depression. *Schmerzen an der Außenseite der Brust, rechts und links symmetrisch.*

Wir finden also eine Reihe von Mißempfindungen, deren Schilderung weitgehend mit derjenigen übereinstimmt, die wir auch von *organisch* Nervenkranken hören und dann als *subjektive* Sensibilitätsstörungen den *objektiven* gegenüberstellen.

An verschiedenen Qualitäten lassen sich unterscheiden:

1. *Lähmung*: (pelzig, taub, dumpf, tot, wie abgelebt, gefühllos).
2. *Erregung*: a) stumpfe Gefühle (Druck, Ziehen, Zucken, Hämmern);
b) *oscillierende* Gefühle (Kribbeln, Ameisenlaufen, Gefühl wie Elektrisiertwerden, Jucken);
c) *schmerzhaft*e Gefühle (Stechen, Brennen, Reißen).

Führt man diese Mißempfindungen derart auf ihre Grundeigenschaft zurück und läßt alle Begleitumstände wie Lokalisation, Dauer, Intensität außer acht, so kann man sie von den organisch-bedingten Parästhesien nicht unterscheiden. Dieses Ergebnis ist von vornherein zu vermuten, da ja die verschiedenen hypochondrischen Mißempfindungen auch *wirklich gefühlt* werden und zwar auf der physiologischen Basis des einzigen Schmerzsystems; und da sich ja außerdem die sprachliche Bezeichnung der vorhandenen „echten“ Parästhesien derselben Begriffe bedienen muß.

Wenn übrigens oft die „Als-ob“ Schilderung betont wird, die Hypochonder (aber auch einfach Nervöse) von ihren Beschwerden geben,

so trifft das häufig zu, ist aber keineswegs regelmäßig und findet sich auch bei organischen Beschwerden. Diese Erscheinung ist nur insoweit von der Qualität der Empfindungen abhängig, als es sich nicht zum „eindeutige“ primitive Gefühle handelt wie Brennen, Reißen, Stechen, sondern um kompliziertere, für die eine einfache sprachliche Bezeichnung um so weniger zu genügen scheint, je feiner das subjektive Empfinden ist und je größer zugleich die Neigung, sich über seine Empfindungen Rechenschaft abzulegen. Dazu kommt die Überzeugung von der Wichtigkeit der Beschwerden, das Bedürfnis, sie eindringlich, und zwar als bestimmtes Krankheitssymptom mitzuteilen.

Wie sehr übrigens Klagen Hypochondrischer, vor allem vereinzelte Beschwerden aller Art, den „berechtigten“ Klagen körperlich Kranker entsprechen, geht schon daraus hervor, daß es ein Kunstfehler ist, die Klagen eines hypochondrisch Verstimmten, nicht erst durch körperliche Untersuchung *als* hypochondrische Beschwerden zu erhärten, und zwar mehr zur Gewißheit des Arztes als zur Beruhigung des Patienten. Auf die unterscheidenden Begleitumstände dieser Mißempfindungen von den echten Parästhesien soll später bei Beschreibung der Lokalisation noch eingegangen werden.

b) Thermische Mißempfindungen.

Sie finden sich unter meinen Fällen vereinzelt und stehen wohl zum größten Teil ätiologisch der folgenden Gruppe nahe, die Beschwerden aus erhöhter Gefäßlabilität umfaßt. Phänomenologisch haben beide Ähnlichkeit mit den Parästhesien i.e. S. und lassen sich bei ausgesprochener Lokalisation an umschriebener Stelle in der Haut, besonders an den Extremitäten nur willkürlich voneinander trennen.

Anna Rei., 35 Jahre. Melancholie. *Eiskalte Füße. Hitze im Rücken.*

Johann Sch., 40 Jahre. Schizophrenie. *Im Genick ist es heiß.*

Josef Ku., 39 Jahre. Syphilidophobie. *Kalte Zehen.*

Caec. Hi., 60 Jahre. Chron. hyp. Syndr. *Krampfartige Gefühle von unnatürlicher Kälte im Rücken. Kälte bis ans Herz. Schauer über Schauer bis in die Kniekehlen wie Todesschauer.*

Andreas He., 25 Jahre. Schizophrenie. *Schwitzen am ganzen Körper, dann wieder Kältegefühl.*

Jos. Sta., 20 Jahre. Chron. hyp. Syndrom. *Heiße Welle im ganzen Körper.*

Joh. Re., 47 Jahre. Melancholie. *Hitzegefühl von innen bis zum Kehlkopf.*

Frieda Vo., 45 Jahre. Depression im Klimakterium. *Hitzewallungen.*

Jos. Ber., 25 Jahre. Konstitution. nervöser Psychopath. *Hitzewallungen am ganzen Körper.*

Michael G., 27 Jahre. Konstitution. nervöser Psychopath. *Hitze.*

c) Blutwallungen.

Jos. Ber., 25 Jahre. Konstitution. nervöser Psychopath. *Blutandrang nach dem Kopf; rauschendes Gefühl im Kopf, Klopfen auf dem Schädel wie der Puls.*

Joh. Re., 47 Jahre. Melancholie. *Plötzlich ist es in die linke Schläfe gefahren; es war ein Zucken, wie wenn das Blut hin- und herschießt.*

Ernst Be., 25 Jahre. Schizophrenie. *Blutandrang zum Kopf.*

Es handelt sich in diesen beiden Gruppen um Beschwerden, die zwar im Klimakterium besonders häufig angetroffen werden, im übrigen aber in nervösen Syndromen aller Art eine Rolle spielen.

d) Spannende und krampfende Gefühle.

Jos. Schr., 26 Jahre. Chron. hypoch. Syndrom. *Eingebundener Kopf.*

Cäcil. Hi., 60 Jahre. Chron. hypoch. Syndrom. *Benommenes Gefühl im Kopf.*

Ernst Be., 25 Jahre. Schizophrenie. *Eingenommener Kopf.*

Jos. Ku., 39 Jahre. Syphilidophobie. *Druck im Kopf.*

Jos. Stau., 20 Jahre. Chron. hypoch. Syndrom. *Druck im Kopf.*

Max Sa., 27 Jahre. Psychopathie. *Spannendes Gefühl in der Stirne.*

Michael Ra., 31 Jahre. Schizophrenie (?). *Leere im Kopf.*

Franz Re., 53 Jahre. Hypochondrische Verstimmung bei konstanter Nervosität. *Spannung in den Augen und in der Stirne. Druck hinter den Trommelfellen; schließlich verbindet sich dies Gefühl von Ohr zu Ohr und der ganze Kopf beginnt zu summen.*

Maria Ei., 58 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Hinterkopf und Rückgrat sind steif.*

Jos. Li., 49 Jahre. Debiler Psychopath. *Der Bauch ist gespannt, hart.*

Franz Pie., 23 Jahre. Selbstunsicherer Psychopath. *Druck im Magen, immer so voll.*

Marie Hu., Melancholie. *Oberleib zum Platzen voll.*

Jos. Kr., 70 Jahre. Arteriosklerose. *Aufgetriebener Bauch.*

Franz Ro., 53 Jahre. Hypochondrische Verstimmung bei konstitut. Nervosität. *Völle und Druck im Leib, im Darm. Druck des Darmes am Kreuz. Gefühl als ob der Darm nie ganz leer sei.*

Cäc. Hi., 60 Jahre. Chron.-hypoch. Syndrom. *Krampfzustand im Kopf. Dauernder Reizzustand im Kopf. Es wächst und dehnt sich im Kopf.*

Arnold De., 51 Jahre. Hypoch. verschrob. Psychopath. *„Darmspasmen“.*

Maria Ein., 58 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Der Leib krampft sich zusammen, wird zu eng.*

Jos., Bri. 55 Jahre. Debiler Psychopath. *Den Magen zieht es zusammen.*

Fanny Be., 35 Jahre. Psychopathie. *Zuckungen im Bauch.*

Jos. Zach., 44 Jahre. Renten-neurot. Reaktion. *Speiseröhrenkrampf; Zusammenziehen des Magens; Darm wie Stein. Zwerchfellkrampf.*

Im Gegensatz zu den *Parästhesien* und den verwandten *thermischen* Mißempfindungen, die in den Gliedern oder im Rumpf, und zwar gewissermaßen in der Körperhülle empfunden werden, handelt es sich bei den spannenden, krampfenden, lösenden Gefühlen vorwiegend um Empfindungen in den Körperhöhlen, und zwar im Leib und im Kopf. Auch in den vereinzelten Klagen einiger meiner Fälle über Atemnot, Atembeschwerden, Gefühl des Erstickens, über Unfähigkeit durch die Nase zu schnaufen, sich zu räuspern, klingen spannende, krampfende Gefühle mit an. Dasselbe gilt für die folgende Gruppe von

e) Sensationen am Herzen.

Jos. Schi., 26 Jahre. Chron. hypoch. Syndrom. *Druck auf der Brust.*

Franz Pie., 23 Jahre. Selbstunsicherer Psychopath. *Druck am Herzen. Herz klopfen. Herzschlag, der bis in die Schläfen geht.*

- Philome. An., 39 Jahre. Depression im Klimakterium. *Herzklopfen*.
 Ernst Be., 25 Jahre. Schizophrenie. *Intensives Herzklopfen*.
 Johann Schle., 40 Jahre. Schizophrenie. *Es schlägt im Herzen, wie wenn eine Tür auf und zugeht*.
 Franz Ro., 53 Jahre. Hypochondrische Verstimmung bei konstitut. Nervosität. *Herzklopfen (besonders bei Rechtslage)! Das Herz pumpt*.
 Jos. Kr., 70 Jahre. Arteriosklerose. *Schmerzen in der Herzgegend; es zieht alles zusammen*.
 Karl St. Manisch-depressives Irresein. *Herzstechen, das bis in den Kopf geht*.
 Franz Ro., 53 Jahre. Hypochondrische Verstimmung bei konstitut. Nervosität. *Unruhe im Herzen plötzlich überfallend*.
 Franz Fei., 44 Jahre. Rentenneurot. Reaktion. *Herzklopfen mit Angst*.

Die Skala ist eigentümlich primitiv: Druck, Klopfen, Stechen; Unruhe und Angst. In einzelnen Fällen wird die Angst nicht ausdrücklich ins Herz verlegt, sondern als „ängstliches Gefühl“ schlechthin empfunden. Aber auch dann wird wenigstens daneben über „Herzbeschwerden“, Herzklopfen, Druck am Herzen geklagt.

f) Lästige Gemeingefühle (negative Vitalgefühle).

Selbst bei strenger Lokalisation ins Herz weisen die Angstgefühle, Angstzustände schon auf die Gruppe der Gemeingefühle hin oder, besser gesagt, gehören schon dazu. Diesen Vitalgefühlen (*Scheler, Kurt Schneider*) ist es eigentümlich, daß sie zwar im Gegensatz zu den rein seelischen Gefühlen (Freude, Zorn usw.) unmittelbar als körperliche Zustände empfunden werden (somatisiert werden, wie v. Kries das nennt), daß aber diese Somatisierung eine allgemeine, diffuse, nicht örtlich begrenzte ist. Darum gehören auch die schon erwähnten Gefühle der Atemnot wenigstens zum Teil mit hierher.

Im einzelnen finde ich unter meinen Fällen noch:

- Engelb. Sö., 31 Jahre. Chron.-hypoch. Syndrom. *Ermüdung, Apathie*.
 Karl We., 39 Jahre. Melancholie. *Müdigkeit, vollkommene Apathie*.
 Ernst H., 29 Jahre. Psychopathische Depression. *Dumpfes Gefühl. Abgespannt*.
 Karl St., Manisch-depressives Irresein. *Müdigkeit im ganzen Körper*.
 Jos. Stau., 20 Jahre. Chron.-hypoch. Syndrom. *Gefühl, als wenn man in einem Nebel wäre*.
 Jos. Schie., 26 Jahre. Chron.-hypoch. Syndrom. *Angstanfälle*.
 Michael Go., 27 Jahre. Psychopathie. *Mattigkeit, Beklemmung, Appetitlosigkeit, ängstliches Gefühl*.
 Bruno Pi., 31 Jahre. Rentenneurot. Reaktion. *Schweres Gefühl, als wenn eine Grippe im Anzug wäre*.
 Maria H. Depressionszustand im Klimakterium, hyst. Züge. *Gespässiger Zustand wie Schüttelfrost*.
 Michael Ra., 31 Jahre. Schizophrenie (?). *Schwächezustände, Schwindel*.
 Daniel Vo., 38 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Schwindelgefühle*.
 Cäcil. Hi., 60 Jahre. Chron.-hypoch. Syndrom. *Schwindel*.
 Ludw. Vo., 32 Jahre. Psychopathische Verstimmung. *Angst*.
 Ernst Be., 25 Jahre. Schizophrenie. *Angstgefühl*.

g) *Absonderliche Empfindungen.*

In der letzten Gruppe sollen noch einige wenige Mißempfindungen erwähnt werden, die in ungleich höherem Maße als alle bisher erwähnten den Stempel des Ungewöhnlichen, ja Phantastischen an sich tragen.

Michael, G., 27 Jahre. Psychopathie, hypochondrische Verstimmung. *Surren in den Gliedern.*

Jos. Schi., 26 Jahre. Chron.-hypoch. Syndrom. *Gefühl wie ein Knollen im Kopf.*

Heribert E., 41 Jahre. Renten-neurot. Reaktion. *Spürt, wie sich eine Haut im Gehirn bildet. Gefühl, als ob eine Kugel im Ohr herumlaufe.*

Matth. H., 45 Jahre. Schizophrenie. *Spürt einen Fremdkörper im Kopf in die Höhe steigen. Gefühl, als ob ein Filz im Kopf wäre. Ein harter Knoten wie Metall sitzt im Rachen.*

Cäcil. Hi., 60 Jahre. Chron.-hypoch. Syndrom. *Es wächst und dehnt sich im Kopf.*

Ernst Be., 25 Jahre. Schizophrenie. *Fühlt, wie sich die Schädelknochen teilen, weich werden; wie das Blut zwischen ihnen hindurch sickert.*

Marie Lang., 46 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Das Brustbein krampft sich zusammen. Die Nerven brennen und ziehen sich zusammen.*

Maria Ein., 58 Jahre. Manisch-depressives Irresein. *Das Rückgrat brennt; es krampft sich zusammen, spießt sich in den Leib.*

Luise St., 48 Jahre. Hypochondrische Depression im Klimakterium. *Spürt Wellen im Leib.*

Fanny Be., 35 Jahre. Psychogene Depression. *Ruhiges Bauchgrimmen.*

Michael Spr., 30 Jahre. Debiler Psychopath. *Merkwürdiges Gefühl im Leib, als ob sich alles darin bewege.*

Matth. Hech., 45 Jahre. Schizophrenie. *Gefühl, als ob Schweinsborsten im Magen auf und absteigen.*

Zur Schilderung derartiger absonderlicher Beschwerden kann es auf 3 Wegen kommen: Entweder liegen der Beschreibung objektiv ungewöhnliche Körpergefühle zugrunde, oder alltägliche Gefühle werden ungewöhnlich empfunden, oder alltägliche und adäquat empfundene Gefühle werden phantastisch geschildert. Der erste Weg ist durchaus möglich, wenn auch wohl selten. Ich habe im Anschluß an einen schizophrenen Hypochonder schon darauf hingewiesen, daß solchen phantastischen Angaben tatsächliche, sinnesmäßige Abwandlungen des Körperschemas zugrunde liegen können, und möchte hier nur auf diese Stelle verweisen¹. Jedenfalls betreffen auch hier die ausgesprochen phantastischen „Körpergefühle“ Schizophrene (Ernst Be. und Matth. He.) und es muß ebenso wie im Falle Richard He. (Beob. 4) fraglich bleiben, ob es sich überhaupt um phantastische Körpergefühle und nicht einfach um phantastische Schilderungen alltäglicher Sensationen handelt, oder gar, trotz der anscheinend eindeutigen Beschreibung als Mißempfindungen, um phantastische hypochondrische Ideen.

¹ S. 707 ff.

3. Lokalisation.

Die lästigen Körpergefühle, die bisher erwähnt wurden, unterscheiden sich nicht allein nach der Gefühlsqualität voneinander (Parästhesien, krampfende Gefühle usw.), sondern auch nach der Art und nach dem Ort ihrer „Somatisierung“. Je weniger eine Mißempfindung den Charakter des eigentlichen *Schmerzes* hat, um so entscheidender ist für ihren Wirkungswert die seelische Bedeutung, die sie erlangt; und um so weniger wichtig der periphere Vorgang, der die Mißempfindung auslöst. Die seelische Bedeutung dieser Körpergefühle aber hängt zu einem erheblichen Teil ab von der Art und besonders dem Ort ihrer Lokalisation.

Es ist bekannt, daß Hautsensationen im Gegensatz zu Schmerzempfindungen an den inneren Teilen des Körpers sehr genau umgrenzt werden (*v. Kries, Foerster*). Ich erinnere aber daran, daß *Foerster* betont, wie genau auch bei Organerkrankungen, etwa der Bauchhöhle, insbesondere von „Neuropathen“, lokalisiert wird. Man kann dieses Talent zurückführen auf eine größere Schmerzfähigkeit überhaupt, etwa infolge feinerer seelischer Struktur (*Hoche*). Ich glaube eher, daß die größere Beachtung, die der „Neuropath“ seinen Beschwerden schenkt, den Ausschlag gibt, gleichviel ob diese Beachtung nun eine besondere Fähigkeit oder einen Rechenschaftsdrang oder eine Neigung darstellt.

Aber wenn es dem „Neuropathen“ wirklich gelingen mag, Schmerzen an *nachweislich kranken* Organen besonders scharf zu lokalisieren, so läßt ihn diese Fähigkeit gegenüber seinen eigenen „funktionellen“, nervösen Beschwerden im Stich. Gerade die *Unbestimmtheit* dieser Beschwerden, ihre unscharfe und schwankende örtliche Begrenzung, gilt ja für ein Kennzeichen *nicht* organisch bedingter Mißempfindungen¹.

Es scheint sich der Widersinn zu ergeben, daß die „Nervösen“, denen eine besondere Fähigkeit zu scharfer Lokalisation von Schmerzen nachgesagt wird, darin gerade ihren eigenen spezifischen Beschwerden gegenüber versagen. Sie versagen keineswegs. Wenn sich ihre Mißempfindungen überhaupt örtlich scharf umgrenzen lassen, so *werden* sie umgrenzt; wenn es scheinbar nicht geschieht, so handelt es sich eben um Beschwerden, die nicht eng begrenzt werden *können*, oder die bald da bald dort empfunden werden. Ihnen liegen viscerale Erscheinungen zugrunde, vegetativ gesteuerte funktionelle Vorgänge, gleichviel ob sie krankhaft gesteigert oder verändert sind, oder nur durch die Kraft aufmerksamer Zuwendung aus der normalen Unbemerktheit über die Schwelle des Bewußtseins gehoben oder aus dessen Randschleier in seine Mitte gezogen werden. Aber wenn auch solchen vegetativen Vorgängen eine mehr oder minder diffuse, gewissermaßen großflächige Empfindung entspricht; und wenn das Wandern der Beschwerden besonders lebhaft

¹ So etwa *G. Gordon u. H. Carleton*: „Hysterical Pain“ „there are no striking features pathognomic of hysterical headache; but speaking generally, it is affective in character and vaguely localized. . . .“.

zu sein scheint, so kommen doch beide Erscheinungen auch bei grob organisch bedingten Schmerzen vor.

*v. Skramlik*¹ verweist ausdrücklich darauf, daß „die Lokalisation der Schmerzempfindungen in hohem Maße unsicher und unzuverlässig sei“. Sie wird aber noch eigenartig kompliziert durch eine Erscheinung, die *v. Skramlik* als „Wechsel der Schmerzstelle“ bezeichnet. „Diese besteht darin, daß die Projektion der im Gehirn entstehenden Schmerzempfindung bei unveränderter objektiver Lage des Ausgangspunktes der Schmerzen nach den verschiedensten Stellen der Peripherie erfolgen kann.“

Es haften also auch der Lokalisation *organischer* Schmerzen Mängel an, die man sonst nur den psychogenen Beschwerden zuschiebt; andererseits ist es bekannt, daß ursprünglich organisch bedingte Schmerzpunkte zuweilen *bestehen* bleiben, auch nach Abheilung des Grundleidens, und daß rein thymogene Schmerzen so scharf begrenzt sein können wie organisch bedingte². Man kann demnach die Art der örtlichen Präzision nicht als unterscheidendes Merkmal zwischen hypochondrischen Beschwerden und objektiv zureichend begründeten organischen Mißempfindungen ansehen. Dasselbe gilt, wie oben gesagt wurde, für die *Qualität* der geklagten schmerzhaften und lästigen Gefühle. Ich habe gelegentlich in den Krankengeschichten meiner Fälle die sehr bezeichnende Äußerung gefunden: „was an den Klagen ‚organisch‘ und was ‚hypochondrisch‘ ist, läßt sich nicht sicher entscheiden“. Die Diagnose gründet sich, von den Mißempfindungen her gesehen, auf

¹ *v. Skramlik*: „Wieweit stimmen objektiver und subjektiver Schmerzort überein?“ ferner „Über irrtümliche Wahrnehmungen“. „Jeder hat einmal Schmerzen in der linken Bauchgegend gehabt, jeder hat auch schon Schmerzen in der Gegend des Blinddarms erlebt. XX-Schmerzen, die in der linken Körpergegend vorhanden sind, können dann ohne weiteres in die Blinddarmgegend verlegt werden, wenn durch irgendeinen zufälligen Umstand, etwa eine Veränderung der üblichen Hautfarbe, durch einen heftigen Druck, der gegen das Colon ascendens ausgeübt wurde, die Möglichkeit dazu gegeben ist. Natürlich werden wir Kopfschmerzen, die in ihrem Charakter ganz verschieden sind von den Eingeweideschmerzen, niemals in die Bauchhöhle verlegen können oder umgekehrt diese etwa in den Kopf. . . . Mit Nachdruck sei vermerkt, daß es sich bei dieser Verlegung der Schmerzteile nicht um den Erfolg einer Suggestion zu handeln braucht. Diese kann wohl ins Spiel treten, *ausschlaggebend* ist aber stets die große Unsicherheit der Lokalisation von Schmerzempfindungen. Im Gebiet eines Sinneswerkzeugs, das die Erkennung eines Reizortes sehr sicher gestattet, wie z. B. des Drucksinnes, erleben wir ein solches „Wandern der Reizstelle“ niemals, jedenfalls nie in diesem Umfange.“

² Vgl. etwa *v. Szemző*: Der Schmerz als führendes Symptom. Z. klin. Med. 106, H. 3/4. *A. Hoche*: Der Schmerz und seine Behandlung. Dtsch. med. Wschr. 1922. *Szemző* zitiert einen Fall von *Hermann*, eine Trigeminusneuralgie, die allen Behandlungen trotzte, aber durch Psychoanalyse geheilt wurde. Ich möchte immerhin bemerken, daß ich mich noch nie davon überzeugen konnte, daß ein rein thymogener Schmerz die Heftigkeit einer auch nur mittleren Trigeminusneuralgie erreicht hätte.

Begleitsymptome: den kümmerlichen „objektiven“ Befund, die mangelhafte Übereinstimmung zwischen dem großen Lamento und den objektiv unerheblichen Beschwerden; die fehlende Gesundheitseinsicht.

Trotz allem läßt sich nicht abstreiten, daß bei Hypochondern nur äußerst selten Schmerzen angetroffen werden, die durch Heftigkeit und zugleich durch präzise Lokalisation ausgezeichnet sind: wie etwa ein Entzündungsschmerz in einem Gelenk, eine Trigeminusneuralgie, ein umschriebener Migränekopfschmerz. Ja, es ist bekannt, daß gerade heftige Schmerzen sowohl wie ernstliche Erkrankungen dem Hypochonder selten zur Quelle ängstlicher Befürchtungen werden.

Wenn Hypochonder über umschriebene Schmerzen klagen, so sind diese nicht heftig; und wenn sie als besonders lästig empfunden werden, dann sind sie nicht scharf umschrieben. Wenn sie aber umschrieben sind, so werden sie meist in den Körperhöhlen lokalisiert. Oder *neben* Mißempfindungen in den Gliedern finden sich solche im Leib, am Herzen, im Kopf; oder es sind negative Vitalgefühle. Unter den 55 Fällen habe ich diese Kombination nur bei 3 vermißt.

Im einzelnen werden in meinen Fällen genannt:

<i>Kopf</i>	24mal
<i>Leib</i>	23mal
<i>Herz</i>	11mal
Allgemeingefühle	20mal
Unscharf begrenzte und wandernde Gefühle im ganzen Körper	10mal
Lokalisierte Empfindung in den Gliedern und am Rücken	24mal

Es stehen also 88 einzelnen Mißempfindungen von allgemeiner oder von unscharf begrenzter Art sowie solcher, die mehr oder weniger umschrieben in Körperhöhlen empfunden werden, 24 andere gegenüber, die in den Gliedern (bzw. am Rücken) präzise lokalisiert sind¹. Diese relative Seltenheit peripherer Körpergefühle, ihr geringer Wert für den Aufbau hypochondrischer Ideen und demgegenüber die Häufigkeit von Mißempfindungen in den Körperhöhlen *und* von lästigen Allgemein-gefühlen kann zunächst zwei Gründe haben. Je näher der Schmerz dem Ich steht, umso größer ist seine seelische Auswirkung², d. h. die Erschütterung des Gesundheitsgefühls. Er ist aber um so ichnäher und wirkt um so bedrohlicher, je mehr er den ganzen Menschen in Mitleidenschaft zieht und den Gemeingefühlen nahekomm, je weniger er also peripher und isoliert und je mehr er visceraler Natur ist. Dazu kommt, daß vom Affekt her besonders leicht die vegetativen Vorgänge

¹ Bei dieser Aufzählung ist alles weggelassen, was nur Variante der *Beschreibung*, nicht eigentlich der geklagten *Mißempfindung* ist.

² Vgl. *Hoche, A.*: l. c., der die größte Ichnähe im Kopf annimmt und meint, daß eine Otitis media etwa uns ganz anders bedrängt als ein Schmerz von gleicher Stärke im Bein.

in Bewegung gesetzt werden können und daß weitere krankhafte Störungen vor allem in den wirklich oder vermeintlich lebenswichtigen Organen *erwartet* werden, bis schließlich physiologische, vegetativ gesteuerte Vorgänge an diesen Organen als peinliche Mißempfindungen im Bewußtsein auftauchen.

4. Folgerungen.

Mißempfindungen, welcher Art sie sein mögen, machen noch keinen Hypochonder. Dafür spricht schon die Tatsache, daß unlustbetonte Organgefühle der gleichen Art den unerschöpflichen Klagen konstitutionell oder reaktiv nervöser Menschen zugrunde liegen, ohne hier zu nennenswerten hypochondrischen Reaktionen zu führen. Vereinzelte überwertige und irrtümliche Befürchtungen um Leben und Gesundheit, zuweilen recht hartnäckigen Charakters, sind jedoch dem Zustandsbild des nervösen Syndroms im engeren Sinne keineswegs fremd (*Bumke*¹, *Stertz*²) und haben auch hier in den körperlichen Mißempfindungen eine ihrer Quellen. Indes scheint es sich mit flüchtigen hypochondrischen Reaktionen ebenso zu verhalten wie mit paranoischen: wenige Menschen bleiben im Laufe ihres Lebens davon ganz frei.

Es gibt jedoch sichere hypochondrische Reaktionen, die zunächst aus anderen Quellen fließen und bei denen sich die Körpergefühle erst einstellen, wenn sie aufgespürt und beachtet werden.

Quellen dieser Art sind neben der Beobachtung wirklicher oder scheinbarer Funktionsstörungen des Körpers (Obstipation, Pollution, „Impotenz“ usw.) vor allem die *ominösen Namen* (Krebs, Syphilis, Paralyse).

Beobachtung 17: Josef Ku., 39 Jahre, Oberwerksführer. 1922 Lues. Quecksilber-Salvarsankur. Nicht geheiratet. Im Feld krank geworden. Man habe ihm gesagt, daß er Lungentuberkulose habe. Angeblich Fehldiagnose. 2 Jahre seelisch krank. Schloß mit seinem Leben ab. Glaubte keinem Arzt, der ihn davon zu überzeugen suchte, daß er ja gar keine Tuberkulose habe. Eines Tages fiel ihm aber ein ärztlicher Bericht in die Hände, der aussagte, daß er nicht krank sei. Von dieser Stunde an war er kuriert.

Im März 1929 zeigte ihm der Wärter einer Irrenabteilung, in der Patient zu arbeiten hatte, einen Schwerkranken, eine Paralyse, und erwähnte, daß diese Krankheit immer auf Syphilis beruhe. Von diesem Augenblick an bringt er den Gedanken nicht mehr los, daß er auf dem Weg zur Paralyse sei. Ließ sich das Blut untersuchen. Wa.R. war negativ. Trotzdem Hg-Sa-Kur. Er fängt an, sich zu beobachten. Fühlt sich unbehaglich. Hat eigentümliche Empfindungen am ganzen Körper, besonders an der Stirn, im Kopf, Hinterkopf, Leib. Kalte Füße. Läßt sich nach München in die Universitätskliniken schicken. Aber niemand kann ihm seine hypochondrischen Ideen ausreden.

Dieser Mann fürchtet, krank zu sein, nicht weil er sich krank fühlt, sondern weil ihm mitten im Wohlbefinden die ungeahnte Erkenntnis

¹ *Bumke, O.:* Lehrbuch.

² *Stertz, G.:* Neurasthenische Reaktion in *Bumke-Handbuch der Geisteskrankheiten*. Bd. 5, Speyz. Teil I.

beschattet, daß die Syphilis, seine heimliche Lebenswunde, zur Paralyse führen kann. Aber wie sich niemand auf die Dauer für krank hält, ohne sich krank zu fühlen, so fühlt sich K. auch sehr bald krank, weil er glaubt, es zu sein. Mißempfindungen, befürchtet und gesucht, stellen sich ein und werden belauert. Den Hypochonder fasziniert nicht die Umwelt und auch nicht das „Leben“, sondern Kranksein und Tod. Es geht um seinen *Leib*; und es kann für ihn darum nur gehen, wenn er ihn „fühlt“. Ich muß hier zur allgemeinen Psychologie des Schmerzes und der unlustbetonten Organgefühle noch einiges nachtragen. Oben wurde erwähnt, daß *Foerster* den Schmerz unter die Gefühle und Affekte einreicht und deshalb von Schmerzgefühl, nicht von Schmerzempfindung spricht. Das klingt einfach und selbstverständlich, ist es aber keineswegs, wenn man bedenkt, daß der Schmerz in der Regel unter die Sinnesempfindungen gerechnet wird. *I. D. Achelis*¹, der dem Schmerz eine sehr lesenswerte Abhandlung gewidmet hat, verweist darauf, wie in der Physiologie der letzten Jahrzehnte, die ursprünglich von *E. H. Weber*² betonte Verwandtschaft des Schmerzes mit den Gemeingefühlen, im Gegensatz zu den Sinnesempfindungen, mehr und mehr aufgegeben wurde. *Achelis* wendet sich dagegen, im besonderen auch gegen die Lehre von *v. Frey*, daß sich der Schmerz prinzipiell so verhalte wie die anderen Sinne. Was die echten Sinnesempfindungen vom Schmerz trenne, sei vor allem ihr Verhalten zum Objekt: der Schmerz ist nicht in dem Sinne gegenständlich bezogen, objektivierbar wie etwa der Gesichtssinn. In der Tat scheint dem unbefangenen Beobachter eine Kluft zu bestehen zwischen dem Sehen, aber auch dem Hören, Riechen, Tasten einerseits und andererseits dem Empfinden von Schmerz. Sehen wir einen roten Gegenstand, so empfinden wir nicht rot, sondern sehen etwa ein rotes Tuch, d. h. wir legen die Eigenschaft rot ohne weiteres dem Gegenstande bei: ebenso verhält es sich mit dem Rauschen des Waldes, mit dem Duft der Rose, mit der Glätte und Härte einer beinernen Kugel. Das Rot, das Rauschen, Duften, die Härte sind nicht Zustände des empfindenden Subjektes, sondern Eigenschaften der gegenständlichen Umwelt. Immer aber ist der Schmerz ein Zustand des empfindenden Subjektes, und nur zuweilen legen wir auch dem Gegenstand, der den Schmerz verursachte — einem Nagel im Schuh, einem Fremdkörper im Auge — die „schmerzende“ Eigenschaft bei.

Wir sprechen nicht nur von bohrenden, stechenden, reißenden, schneidenden Schmerzen, die wir fühlen, sondern auch von der stechenden Nadel, dem schneidenden Messer, der zwickenden Klammer, ja dem schmerzhaften Eingriff, zwar nicht ganz in der *zuständlichen* Art der Bezeichnung „rotes Tuch“, „schwarze Nacht“, aber doch sehr ähnlich

¹ *Achelis, I. D.*: Der Schmerz. Z. Sinnesphysiol. 56.

² *Weber, E. H.* „Tastsinn und Gemeingefühl“, in *Wagners Handwörterbuch der Physiologie*.

den *aktiveren* Bezeichnungen vom rauschenden Meer, der knallenden Peitsche, der stinkenden Grube. Hier ist im Bewußtseinsinhalt deutlich *neben* dem Objekt das empfindende Subjekt gegeben, und zwar um so lebhafter, je *lästiger* die Empfindung ist, oder je mehr ich mich *bemühen* muß, die Empfindung — etwa ein leises Rascheln — überhaupt zu haben.

Schließlich kann ich ja auch ein Singen, ein Rauschen im Ohr hören, ohne auch nur den — vergeblichen — Versuch zu machen, dieses Geräusch einem Gegenstand oder Vorgang in der Umgebung beizulegen. In diesem Sinne gibt es — bezogen auf das empfindende Subjekt — ichferne, ichnähere und nahe Empfindungen. Am einen Ende stehen die Gesichtsempfindungen, am anderen der Schmerz. Erst dann, wenn man der Seele nicht den Leib, sondern der *Person* (Seele und Leib) die Umwelt gegenüberstellt, zeigt sich, daß die Empfindungen außer dem Schmerz in der Regel auf die Umwelt bezogen sind, d. h. im engeren Sinne objektiviert sind; daß aber der Schmerz — in allen seinen Abstufungen — auf den *Körper* bezogen wird und nur zuweilen daneben noch auf einen „schmerzenden“ Gegenstand. Gewiß, ich sehe die rote Farbe *außer* mir und fühle den Schmerz *in* mir. Aber man kann doch nicht wohl sagen, daß die Sinnesempfindungen im Gegensatz zum Schmerz objektiviert seien, wenn man dabei die Objekte erst außerhalb des eigenen Körpers anfangen läßt. Ich sehe meine Hand, höre das Knarren in meinem Knie, ertaste die Form meines Gesichtes mit denselben Organen und in der gleichen objektivierenden Weise wie die Gegenstände der Umwelt; und man kann allein deshalb, weil sich hier die Sinnesempfindungen auf das empfindende Subjekt, seine Person, seinen Körper beziehen, nicht von subjektivierten Empfindungen sprechen. Häufig genug wird ja auch der Schmerz auf den Körper bzw. einen umschriebenen Körperteil bezogen, er wird „somatisiert“ wie *v. Kries* das nennt. Daß in meinem Bewußtsein allein der Zustand „Schmerz“ vorhanden ist und nicht zugleich der Ort, an dem ich ihn empfinde, sind seltene Ereignisse. In der Regel empfinde ich nicht einfach Schmerz, sondern meine Zehe tut weh, mein Herz sticht, es bohrt in meinem Kopf usw. *v. Kries* nennt diese *Somatisation* der Schmerzen, „diese Beziehung auf unsern Körper“ einen ersten Schritt in der Richtung der Objektivierung. (Nämlich, wenn man von Objektivierung nur dann spricht, wenn die Empfindung sich als Eindruck eines *äußeren* Gegenstandes oder Vorganges darstellt, der der *gesamten Person* gegenübersteht.)

Dem gesunden Erwachsenen ist sein Körper niemals in der Weise Objekt, wie es ihm die Dinge des Außenraumes sind. Er wird sich seines Körpers gewöhnlich nur dann bewußt, wenn er ihn fühlt. Indem er ihn aber fühlt als Gesamtzustand oder an örtlich umschriebener Stelle, gewinnt der Körper und besonders der einzelne Teil etwas von der ursprünglichen Gegenständlichkeit — und in pathologischen Fällen — auch Fremdheit zurück, die ihm im früheren Kindesalter eigentümlich

war. „Die optische Wahrnehmung der eigenen Glieder wird *erst* spät für die räumliche Auffassung des eigenen Körpers verwertet; wenn das Kind seine Hände, seine Füße zu betrachten beginnt, sind sie ihm zunächst fremde Objekte, wie irgendwelche anderen gesehenen Gegenstände; und nur sehr allmählich assoziieren sich diese Gesichtseindrücke mit den kinästhetischen Empfindungen und den dort lokalisierten Gefühlen, so daß nun die Zugehörigkeit der gesehenen Gliedmaßen zum eigenen Ich bewußt wird¹.“ Das kleine Kind schlägt die Hand, die ihm wehtut; aber auch der Erwachsene vermag noch zu fühlen und zu sagen: die Hand tut *mir* weh; daneben auch: *ich* habe Schmerzen in der Hand.

Ich bin im wesentlichen der gleichen Ansicht wie *v. Kries*. Er meint, daß „die Objektivierung nicht sowohl der *einen* Art von Empfindungen zukommt und der *anderen* abgeht, als vielmehr, daß in zahlreichen Fällen die subjektive und die objektivierende Auffassung durch keine ganz scharfe Grenze getrennt sind, daß die Objektivierung von mancherlei wechselnden Bedingungen abhängt, und daß die Auffassung zwischen der einen und der anderen Form in einer keine scharfe Abgrenzung gestattenden Weise schwanken kann².

Ich möchte nach den bisherigen Ausführungen die Objektivierung der Sinnesempfindungen — gleichviel ob im nur angedeuteten Sinne der „Somatisierung“ oder der vollendeten Beziehung auf die außerpersonale Umwelt — nicht zu einem unterscheidenden Merkmal für sie machen.

Ich ziehe eine Aufteilung in Ich-nahe und Ich-ferne Empfindungen vor, wobei das Ich das empfindende Subjekt im engeren nicht personalen Sinne bedeutet. Je näher eine Empfindung dem Ich kommt, um so mehr verliert sie den Charakter der reinen Sinnesempfindung, um den der *Gemeingefühle* zu gewinnen.

Am einen Ende stehen die *Sinnesempfindungen*, am anderen eben die *Gemeingefühle* und der ihnen nahe verwandte Schmerz in allen seinen Abstufungen. Von einer Ich-Nähe der Empfindung spreche ich dann, wenn *unmittelbar* mit ihr, d. h. nicht erst durch gedankliche Vermittlung, auch der Bewußtseinsinhalt gegeben ist, daß *ich* empfinde.

Es wurde schon erwähnt, daß diese Ich-Bezogenheit der Empfindung um so eher anklingt, je lästiger die Empfindung ist: so bedecke ich augenblicklich meine Augen, wenn sie ein heller Schein blendet und halte mir die Ohren zu, wenn ein Pfiff gelte. Beide Male nehme ich Umwelt wahr und lege die Empfindung als Eigenschaft einem Gegenstand oder Vorgang dieser Umwelt bei; aber beide Male ist mir unmittelbar bewußt, daß *ich* sehe und höre; ja ich fasse — ebenso unmittelbar — diese Empfindungen „als Affizierungen“ (*v. Kries*) meiner Augen und meiner Ohren auf.

¹ *Stern, William*: Psychologie der frühen Kindheit, 4. Aufl. 1927. S. 90.

² l. c. S. 22.

Eine solche Abstufung in Ich-fernere, -nähere und -nahe Empfindungen läßt sich für die Schmerzgruppe noch in besonderer Weise durchführen. Es wurde oben erwähnt, daß die seelische Auswirkung des Schmerzes und peinlicher Mißempfindungen aller Art um so intensiver ist, je lebensnäher, d. h. je weniger isoliert und peripher diese sind, je mehr sie sich also den Allgemeingefühlen nähern.

K. Schneider hat in die Psychiatrie die Lehre Schelers von der *Schichtung des emotionalen Lebens* fruchtbringend eingeführt. Scheler begründet das Vorhandensein verschiedener Gefühlsarten von verschiedener Stufe nicht allein mit der verschiedenen Qualität oder verschiedenen Tiefe der Gefühle, sondern vor allem mit dem Hinweis darauf, daß verschiedene Gefühle in einem und demselben Bewußtseinsakt und -moment *koexistieren* können; und zwar selbst dann, wenn sie positive und negative Charakteristik besitzen. Scheler unterscheidet 4 Stufen des Gefühls:

1. *Sinnliche* Gefühle „Empfindungsgefühle“.
2. *Leibgefühle* (als Zustände) und *Lebensgefühle* (als Funktionen),
3. *rein seelische* Gefühle,
4. *geistige* Gefühle ¹.

Für unsere Betrachtungen lassen sich in die erste Gruppe einreihen die Schmerzen und die anderen Mißempfindungen; die zweite Gruppe umfaßt die Gemeingefühle (Vitalgefühle); die dritte und vierte Gruppe nehmen wir zusammen, da sich beide (etwa Freude, Zorn, Seligkeit) in gleicher Weise von den Vitalgefühlen dadurch unterscheiden, daß sie nicht eigentlich somatisiert sind, wenn auch körperliche Begleiterscheinungen mit eingehen (Änderung der Herzfrequenz, Atemfrequenz, Atmungsform, des Blutdruckes usw. ²), und daß andererseits die Vitalgefühle „außerhalb der Zusammenhänge des Seelenlebens“ stehen, daß sie als etwas von außen her Gegebenes erscheinen ³. Seelische Gefühle erscheinen motiviert, Vitalgefühle nicht. Daran liegt es, daß seelische Gefühle im Gegensatz zu den Vitalgefühlen und noch mehr den sinnlichen Gefühlen durch Zuwendung der Aufmerksamkeit objektiviert werden und damit verblassen ⁴.

¹ Klages (Persönlichkeit, S. 197) trennt je nach der abnehmenden Innigkeit des Zusammenhanges von Seele und Leib: vorwiegend sinnliche, vorwiegend seelische und vorwiegend geistige Gefühle.

² Siehe *Achelis* l. c. S. 65.

³ v. Kries l. c. S. 15/16.

⁴ Scheler „Von allen Gefühlen wird das *sinnliche* Gefühl am wenigsten durch Zuwendung der *Aufmerksamkeit* durch es geschädigt. Ja, es scheint sich hierdurch überhaupt nicht wie die anderen Gefühle zu verflüchtigen, sondern sich durch das Deutlichkeitswachstum seiner stets mitgegebenen Empfindungsgrundlage indirekt für das Bewußtsein sowohl zu steigern als abzuheben. *Alle* vitalen Gefühle werden hingegen durch die Zuwendung der Aufmerksamkeit auf sie in ihrem normalen Ablauf zum mindesten gestört und fundieren sinnvoll und normal nur jenseits der Helligkeitssphären der Aufmerksamkeit. Alle vitalen Gefühle,

Den *sinnlichen Gefühlen* kommen nach *Scheler* folgende Qualitäten zu: 1. Sie sind an bestimmten Stellen des Leibes lokalisiert; sie können — ohne der Bewegung im strengen Sinne teilhaftig zu sein — ihren Ort ändern, sich „ausdehnen“ und weitere und fernere Teile des Leibes in Mitleidenschaft ziehen¹.

2. Sie sind wesensnotwendig als Zustand gegeben, nie als Funktion oder Akt. Anders ausgedrückt: sie sind in der Aufmerksamkeit von den zugehörigen Empfindungsinhalten nicht loszulösen; dennoch sind sie ohne jede Intention auf diese Empfindungsinhalte.

3. Sie haften nicht so unmittelbar am Ich wie die seelischen Gefühle; erfüllen auch nicht so das *Leib-Ich* (die Person in unserem Sinne) wie die Vitalgefühle. Sie sind auch nicht unmittelbar leibbezogen, sondern nur auf einen abgegrenzten Teil des Leibes, als Zustand eben dieses Teiles. „Ich fühle es da, wo ich die Organeinheit erlebe, dessen Zustand es ist.“

4. Das sinnliche Gefühl ist ein *aktueller* Tatbestand; d. h. es gibt für es keine echte Gefühlserinnerung oder Gefühlserwartung. (Kein *Wiederfühlen*, kein *Nachfühlen*, kein *Vorfühlen*, kein *Mitfühlen*.)

5. Sinnliche Gefühle sind ohne Sinnkontinuität; sie deuten weder vor noch zurück.

6. Sie werden durch die Aufmerksamkeit nicht beeinträchtigt, sondern verstärkt.

7. Sie sind in der Stufenfolge der Gefühle am meisten dem *Wollen* und *Nichtwollen* unterworfen.

In diese Gruppe der *sinnlichen Gefühle* lassen sich alle diejenigen Mißempfindungen einreihen, die oben beschrieben wurden mit alleiniger Ausnahme der lästigen *Gemeingefühle*, oder wie sie in Anlehnung an *Schellers* Nomenklatur genannt werden sollen: der *negativen Vitalgefühle*. Was die sinnlichen Gefühle auszeichnet und ihre — mehr oder minder große — Ich-Ferne bedingt, nämlich die umschriebene Lokalisation und Isolierung, d. h. ihre Bindung an die erlebte Organeinheit; ihre Verstärkung durch die Zuwendung der Aufmerksamkeit; ihre relative Abhängigkeit vom Willen; das alles kommt den Vitalgefühlen nicht oder doch nur in Andeutung zu. Die Lebensgefühle (Frische, Mattigkeit, Gesundheits-Krankheitsgefühl usw.) sind zwar ebenfalls noch „somatisiert“², aber doch in einer das ganze *Leib-Ich* erfüllenden Weise³. Darin eben liegt es begründet, daß die sinnlichen Gefühle durch Zuwendung der Aufmerksamkeit deutlicher hervortreten und daß die vitalen Gefühle nur „jenseits der Helligkeitssphären der Aufmerksamkeit sinnvoll und normal funktionieren“. Von einer *sinnvollen* Funktion spricht *Scheler* deshalb, weil diese Gefühle den Wert von *Kommendem* anzeigen. Darin

die stets zugleich unsere *Lebenstätigkeiten sinnvoll* lenken helfen, gedeihen nur in einem Dunkel, dessen hegende und fruchtbare Kraft die Aufmerksamkeit eben zerstört. Rein seelische Gefühle aber haben die Tendenz, vor den Strahlen der Aufmerksamkeit — für deren Arten in verschiedenem Maße — völlig zu zergehen.“

¹ Besonders tun dies nach *Scheler* alle Arten des Schmerzes und der „sinnlichen Annehmlichkeit“.

² Sie nehmen, wie *Scheler* sagt, am Gesamtausdehnungscharakter des Leibes teil.

³ Dies *Leib-Ich* definiert *Scheler* als „das *einheitliche* Bewußtsein unseres Leibes, in dessen Ganzen gesonderte Organempfindungen und Organgefühle erst sekundär, wie aus ihrem fundierenden Hintergrund heraustreten“.

liegt ihre *teleologische* Bedeutung. Die Lebensgefühle bilden, abgesehen von ihrem unmittelbaren Gefühlsgehalt, auch ein *echtes Zeichensystem* für den wechselnden Stand des Lebensprozesses „... sie sind nicht nur *gleichzeitige Begleiterscheinungen* von vorteilhaften und schädlichen Vorgängen im Organismus...., das ist vielmehr die Eigenschaft, die den sinnlichen Gefühlen zukommt. Sie sind ihrer Natur nach Folgen der Reizung des Organismus, während das Lebensgefühl den *Wert* der möglichen Reize gerade diesen selbst und ihren Eintritt antizipiert“.

5. „Vitale“ Depression und hypochondrische Vorstellungen.

Die Domäne negativer Vitalgefühle ist die endogene Depression, für die *K. Schneider* deshalb die Bezeichnung der *vitalen* Depression vorgeschlagen hat. Spätere Untersuchungen (*Westermann* und insbesondere *J. Lange*¹ haben die Anschauung *K. Schneiders* bestätigt².

„Bei der Melancholie stammt die ‚Verstimmung mit Hemmung aus tiefen vitalen Schichten her‘, während es sich bei der psychogenen Depression um eine von außen, vom Erlebnis her bestimmte Stimmungsänderung“ handelt (*J. Lange*). *Westermann* hat die körperlichen Klagen Melancholischer ausführlich geschildert. Sie umfassen keineswegs nur lästige Vitalgefühle i. e. S., sondern auch peinliche Mißempfindungen auf der Stufe der *sinnlichen* Gefühle, deren eigentümliche Qualität, des Dumpfen, Drückenden, Klemmenden bei unscharf begrenzter Lokalisation in den Körperhöhlen jedoch den Gemeingefühlen nahekommt und sich offenbar phänomenologisch nicht immer genau von ihnen trennen läßt. *Lange* weist darauf hin, daß manche Melancholische ihre Verstimmung in jedem Körperteil anders fühlen: im Kopf als Druck, in der Brust als Schwere, im Unterleib als lästige Empfindungslosigkeit. Jedenfalls handelt es sich bei diesen Mißempfindungen um die gleichen Klagen, die uns im hypochondrischen Lamento begegnen, und die oben näher beschrieben wurden.

Man könnte also erwarten, hypochondrische Befürchtungen besonders häufig in solchen Zuständen zu begegnen, in denen körperliche Mißempfindungen, vor allem lästige Vitalgefühle mit Dysphorie auf der Stufe der *seelischen* Gefühle zusammentreffen, d. h. in den Depressionen oder Mischzuständen Manisch-Depressiver. *J. Lange*³ meint, daß hypochondrische Ideen sogar bei Manischen recht häufig sind, und daß vereinzelte hypochondrische Klagen selten fehlen. Daneben unterstreicht er jedoch, daß es Melancholische gibt, die hypochondrisch erscheinen, ohne es zu sein, da sie offenbar nur ihre tatsächlichen Sensationen

¹ *Westermann, J.*: Über die vitale Depression. *Z. Neur.* 77, 391. *Lange, J.*: Über Melancholie. *Z. Neur.* 101, 293 f.

² *Lange, Joh.*: Die endogenen und reaktiven Gemüteskrankungen. *Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 6, Spez. Teil II.

³ *Lange, J.*: in *Bumkes Handbuch* Bd. 6, Teil II. Ebenso *E. Braun*.

schildern, ohne ihnen bestimmte Deutungen unterzulegen. Daß hypochondrische Klagen in der Manie häufig seien, habe ich nicht finden können, doch glaube ich, daß man sie wie *Lange* unter glücklicheren Umständen antreffen wird. Flüchtige hypochondrische Befürchtungen sind eben überhaupt häufiger und andererseits ist diejenige Manie eine ungewöhnliche Ausnahme, bei der die gehobenen Leib- und Lebensgefühle und die seelische Euphorie unbiegsam von Anfang bis Ende bestehen. Reaktive und endogene Schwankungen sind vielmehr alltäglich, ohne daß man gleich von einem Mischzustand reden müßte. Da aber hypochondrische Befürchtungen nicht aufkommen bei einer Euphorie, die getragen wird von den Gefühlen des Behagens und der Kraft, so können gerade vereinzelte und flüchtige Klagen ein Hinweis darauf sein, daß die vitale Spannkraft oder die *positiv* gestuften Gefühle Not gelitten haben. Feinere Schwankungen dieser Art entziehen sich ja der Beobachtung sehr leicht und werden auch von Kranken auf den nächsten Gefühls-gipfel wieder vergessen. *H. Schwarz*¹ hat vor kurzem unter dem Begriff der „circumscribten Hypochondrien“ eine Reihe von Fällen beschrieben, die er gelegentlich auch mit dem paradoxen Namen der „hypomanischen Hypochondrie“ bezeichnet und trotz ihres sehr komplizierten Aufbaues den manisch-depressiven Erkrankungen einordnet. Jedenfalls ist es kennzeichnend, daß diese Kranken ihre hypochondrischen Ideen (isolierte und phantastische Mißdeutungen von Hautsensationen) zwar in einer akuten depressiven Verstimmung empfangen, aber in der rasch folgenden hypomanischen Phase an ihnen festhalten. Der Affekt der Befürchtung verblaßt; die „Krankheit“ wird objektiviert, beobachtet, erforscht und mit großer Vielgeschäftigkeit bekämpft. *Lange* verweist auf ein ähnliches Verhalten bei gereizten oder nörgeligen Manischen, denen die hypochondrische Vorstellung Nebensache ist gegenüber dem Kampf, der in manisch querulatorischer Weise seiner selbst, nicht des Inhaltes wegen geführt wird. Die Fälle von *Schwarz* haben das eine gemeinsam, daß ihre hypochondrischen Ideen isoliert bleiben, sich auf ein Organ beschränken. *Schwarz* ist geneigt, auch diese Eigentümlichkeit aus der hypomanischen Affekteinstellung zu erklären, da ja die „depressive Hypochondrie“ in der Regel „diffuse multiple“ Klagen und Befürchtungen hervorbringe. In meinem Material sind Fälle mit vereinzelten hypochondrischen Ideen nicht häufig, und auch bei diesen halte ich es für wohl möglich, daß eingehendere und längere Beobachtungen noch weitere Ideen hätte finden lassen. Nicht alle Hypochondrer klagen. Einzelne fürchten die sichere Wirklichkeit des Arztes mehr als die unsichere ihrer eingebildeten Krankheit; außerdem wechseln viele in ihren Beschwerden und Ideen oft sprunghaft, aber auch nicht selten in langen Zeiträumen, so daß man höchstens von einer scheinbaren Organisierung reden könnte. Dazu kommt, daß vereinzelte hypochondrische Befürch-

¹ *Schwarz, H.*: Circumscripte Hypochondrien. Mschr. Psychiatr. 72, H. 2/3.

tungen jedenfalls ohne hypomanische Grundstimmung vorkommen, ja in der Gesundheitsbreite nicht selten sind, wenn sie auch, soweit ich beobachten konnte, häufig in dem Modus des episodischen Verlaufs mit wechselndem Inhalt auftreten. Daneben bleiben auch die Krankheitsbefürchtungen i. e. S. (d. h. die Phobien vor Lues, Paralyse, Carcinom) häufig als hypochondrische Zentralidee isoliert, doch ordnen sich dieser Idee vielfältige körperliche Beschwerden gewissermaßen als hypochondrische Fragmente unter. Dasselbe gilt von den Herzhypochondern.

Trotz all dieser Einwände gegen die — übrigens sehr vorsichtig geäußerte — Meinung von Schwarz ist das eine zuzugeben, daß die „depressiven Hypochonder“ in der Regel *zahlreiche* Beschwerden und hypochondrische Ideen haben.

Es liegt nahe, die Ursache dafür in den vielfachen körperlichen Mißempfindungen der vitalen Depression zu suchen. Diese Annahme läßt sich nicht widerlegen, wenn man sie nur vorsichtig dahin formuliert, daß die Vielgestaltigkeit und die vielfältige Lokalisation der lästigen Körpergefühle zum Anlaß werden können für die *Vielfältigkeit* der hypochondrischen Ideen. Sie können die schlummernde hypochondrische Denkrichtung vielleicht wecken und vermögen sie zu stützen, indem sie ihr Nahrung und einen bestimmten Inhalt geben. Aber sie können nicht gewissermaßen aus sich heraus hypochondrische Ideen hervorbringen, sonst müßten diese ja zu den kennzeichnenden Merkmalen der echten Melancholie gehören. Sie sind im Gegenteil nicht sehr häufig, jedenfalls nicht in dem Maße, daß sie dem Zustandsbild eine besondere Prägung geben könnten. Häufig ist nur — neben den berechtigten Klagen über körperliches Unbehagen und zahlreiche Körpersensationen ohne bestimmte Andeutung — die pessimistische Grundauffassung, nicht mehr gesund zu werden; aber auch das selbstverständlich nur, wenn und solange die Melancholischen sich für krank halten. Hinter dieser primitivsten Besorgnis um den Leib verbirgt sich aber gar nicht die Furcht vor eingebildeter Krankheit, sondern die Hoffnungslosigkeit, von wirklicher Krankheit wieder zu genesen.

Unter 1000 Krankengeschichten von Manisch-Depressiven der Münchner Klinik habe ich nur 55 gefunden, in denen hypochondrische Ideen offenbar so zahlreich waren oder so lange bestanden oder durch ihren Inhalt so sehr auffielen, daß sie — wenn auch zuweilen nur summarisch — überhaupt erwähnt werden.

Bevor ich näher auf diese Fälle eingehe, möchte ich noch die Ergebnisse zweier Arbeiten für meine Untersuchung ausmünzen, nämlich die Studie „Über Melancholie“ von J. Lange und die Arbeit von Reiß über „Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein“¹, deren sorgfältige Krankengeschichten noch immer wesentliche Folgerungen erlauben.

¹ Reiß, E.: Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Z. Neur. Orig. 2 (1910).

Bei *J. Lange* finden sich unter:

- a) 11 Fällen von reiner Melancholie — 1 Fall mit hypochondrischen Ideen (Fall 10).
- b) 6 Fällen von psychisch provozierter Melancholie — 1 Fall (Fall 3).
- c) 3 Fällen von reaktiver Melancholie — —.
- d) 11 Fällen von psychogener Depression — 2 Fälle (Fall 9 u. 10).

Unter 17 Fällen von vitaler Depression — gleichviel, ob sie rein endogen entstanden sind oder psychisch ausgelöst wurden, spielen also nur in zweien hypochondrische Ideen eine gewisse Rolle, obgleich negative Vitalgefühle und lästige Körperempfindungen in allen Fällen vorhanden sind. Verwickelter liegen die Verhältnisse in der (3.) Gruppe der reaktiven Melancholien, d. h. derjenigen, die reaktiv auf dem Boden einer konstitutionellen Verstimmung erwachsen sind. Doch finden sich auch hier in allen Fällen vitale Störungen, ohne daß sich daran hypochondrische Ideen knüpfen. Insgesamt kommen also auf 20 Depressionen von vitalem Gepräge 2 Kranke mit hypochondrischen Ideen, d. h. 10% gegenüber 5,5% bei meinem Material. Unter 11 Depressionen *ohne* vitale Störungen finden sich ebenfalls in 2 Fällen hypochondrische Befürchtungen, also in 18%.

Weshalb es in den 2 Fällen vitaler Depression zu hypochondrischen Vorstellungen kommt, läßt sich nicht sagen; an auffälligen Zügen finden sich in der prämorbidem Persönlichkeit von a) 10 Ängstlichkeit und Ansatz zum Zwang; im klinischen Bild von c) 3 hysterische Körperstörungen; doch soll das ohne besondere Folgerungen nur eben angemerkt werden.

Ein ähnliches Ergebnis bringt die Durchsicht der *Reiß'schen* Fälle.

Unter den sicher vitalen Depressionen seiner 40 zirkulären Kranken finden sich in 8 Fällen hypochondrische Befürchtungen und Reaktionen (Fall 50, 51, 52, 54, 57, 68, 70, 72), also in 20%; unter den 48 übrigen Fällen von depressiver Verstimmung psychopathischer und zum Teil wohl auch endogener Art dagegen 19mal, also in 38% (Fall 2, 4, 7, 8, 19, 22, 28, 31, 32, 33, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48). Von *sicher* vitalen Störungen läßt sich in keinem dieser Fälle reden.

Bemerkenswert ist im einzelnen:

Unter den zirkulären Erkrankungen wird über hypochondrische Ideen in den *manischen* oder *hypomanischen* Zeiten *nichts* berichtet. Allerdings ist zu bedenken, daß es ja *Reiß* bei seiner Arbeit vorwiegend auf die *depressiven Perioden* ankam, und daß *diese* eingehender beobachtet wurden. Immerhin darf hervorgehoben werden, daß mit dem Umschwung in die gehobene Stimmung die hypochondrischen Befürchtungen schwinden oder bei umgekehrtem Stimmungswandel sich einstellen (so in den Fällen 50, 51, 52; oder in den Fällen zirkulärer Erkrankung bei hypomanischem Temperament 54, 57). Soweit sich das nach Krankengeschichten beurteilen läßt, sind in diesen Fällen die hypo-

chondrischen Ideen die ersten *deutlichen* depressiven *Symptome* vor oder neben anderen Erscheinungen, besonders der Hemmung, ganz in dem oben angedeuteten Sinne.

Im einzelnen finden sich bei den Hypochondern der vitalen Reihe einige Besonderheiten, die *nicht* der manisch-depressiven Veranlagung angehören; so *konstitutionelle Überängstlichkeit* und *Besorgtheit* um die nächsten Anverwandten (Fall 70), *anankastische Züge* (68), *hysterisch-geltungssüchtige Züge* (54, 57), *übertriebene Weichmütigkeit* und *Empfindsamkeit* (68, 70, 72). *Autistische Einstellung* (worauf *Kahn* hingewiesen hat) in *einem* Fall (68).

Fall 51 wird als körperlich zart geschildert mit jähren Affektzacken (reizbar empfindlich oder indolent); in Fall 52 finden sich in der Ascendenz *Eigenbrödl*er unter den väterlichen Vorfahren. Allein bei Fall 50 scheinen auffällige Symptome zu fehlen.

Ich habe betont, daß unter den 19 Kranken mit hypochondrischen Ideen aus den Gruppen der konstitutionellen Verstimmung und der depressiven Verstimmungen auf konstitutionell depressivem Boden, keine körperlichen Störungen derart wie bei vitaler Depression mit Sicherheit nachzuweisen sind. Immerhin läßt sich das Bestehen vitaler Störungen in 4 Fällen wenigstens mit *Wahrscheinlichkeit* vermuten (19, 28, 31, 32). In 9 anderen Fällen schließen sich die *hypochondrischen Befürchtungen* an *körperliche Erkrankungen* an: Fall 22 Gebärmuttererkrankung; Fall 28 im Anschluß an Influenza: Magen- und Herzbeschwerden bei allgemeiner Erschöpfung; Fall 42 Rekonvaleszenz von Influenza und Otitis media; Fall 44 nach Zahnextraktion und großem Blutverlust; ein zweites Mal nach Influenza; Fall 45 nach unehelicher Entbindung (während der Gravidität besteht ein depressiver Stupor); Fall 46 6 Wochen nach der Entbindung körperliche Mißempfindungen im Unterleib; daneben sexuelle Übererregbarkeit; Fall 47 zunehmende körperliche Beschwerden des Alters; Fall 48 beginnende arteriosklerotische Beschwerden.

Außerdem finden sich an psychopathologischen Besonderheiten:

Habituelle hypochondrische Bereitschaft	6mal, Fall 4, 7, 8, 42, 44, 47.
Übertriebene Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit	2mal, Fall 7, 41.
Ängstliche Besorgnis um Familienglieder	1mal, Fall 19.
Neigung zu paranoischer Reaktion	3mal, Fall 39, 41, 43.
Anankastische Züge	8mal, Fall 2, 4, 22, 28, 31, 32, 33, 47.
Hysterische Züge	6mal, Fall 42, 43, 44, 45, 47, 48.
Sensitive Veranlagung bei übertriebener Weichmütigkeit	9mal, Fall 7, 8, 22, 31, 32, 33, 39, 41, 47.
Autistische Züge (einigermaßen deutlich) . .	nur 3mal, Fall 4, 28, 47.

Unter 1000 Zählkarten der Münchner Klinik von zirkulären Psychosen fand ich 55mal einen Hinweis auf hypochondrische Vorstellungen. Davon mußten nach Durchsicht der Krankenblätter 15 Fälle ausscheiden, da entweder die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Formenkreis oder die hypochondrischen Ideen zweifelhaft waren. Es bleiben also 40 Fälle übrig, und zwar 18 Männer und 22 Frauen.

Im einzelnen ist folgendes bemerkenswert: Hypochondrische Ideen finden sich bei diesen Fällen niemals in den manischen Phasen oder auch nur in Zeiten eines einigermaßen deutlichen hypomanischen Auftriebes, sondern nur in der depressiven Phase; davon 5mal während eines ausgesprochenen *Mischzustandes*.

Abgesehen von diesen ist auch die melancholische Verstimmung nur in 4 Fällen als schwer zu bezeichnen, wenn man nach dem Grad der Hemmung mißt. Doch ist auch unter dem verbleibenden Rest die Hemmung noch deutlich vorhanden.

Auffällig ist weiterhin die Tatsache, daß nur 11 Kranke *sowohl* manische wie melancholische Phasen durchgemacht haben oder wenigstens als habituell hypomanisch gelten können.

In den übrigen Fällen handelt es sich entweder um periodische Depressionen oder um melancholische Phasen bei ruhig-heiteren oder chronisch-schwernehmenden Menschen.

Eine ängstliche Färbung der depressiven Phase — abgesehen von den hypochondrischen Befürchtungen — besteht in 19 Fällen.

Im einzelnen konnte ich feststellen:

Praesensium und Senium	6mal
Arteriosklerose	3 „
Involution	2 „
Carcinom.	2 „
Migräne	2 „
Urticaria	1 „
Lungenspitzenkatarrh	1 „
Ekzem	1 „
Arthrit. deform.	1 „
Scheidenvorfall	1 „
Herzinsuffizienz	1 „
Mediastinaltumor	1 „

Außerdem gehen den hypochondrischen Beschwerden in einzelnen Fällen körperliche Störungen unmittelbar voraus: so Erkältung, Grippe, Partus, Blutverlust bei Abort, Darmoperation, Kropfoperation.

In 5 Fällen knüpfen die Inhalte an alte venerische Infektionen an: Go. 3mal, Lu. 2mal (in einem Fall war die Wa.R. im Blut noch stark positiv. In einem anderen Fall mit positiver Wa.R. knüpften die hypochondrischen Befürchtungen aber nicht an die Lues an).

Die Art der hypochondrischen Denkinhalte und Denkformen sowie die Verhältnisse der Persönlichkeit und der Erbllichkeit sind in den betreffenden Kapiteln besprochen.

Es kommt mir zunächst nur darauf an zu zeigen, daß hypochondrische Ideen nicht zu den wesentlichen Requisiten oder auch nur zu den häufigen Erscheinungen des manisch-depressiven Irreseins gehören, daß aber andererseits der *melancholischen* Phase ein führender Einfluß auf die Entstehung hypochondrischer Befürchtungen zukommen muß. Dabei möchte ich hervorheben, daß nach meinem Material dieser fördernde Einfluß nicht etwa an die komplizierte Struktur des Mischzustandes gebunden ist.

Im augenblicklichen Zusammenhang bleibt vor allem die Frage zu erörtern, welcher *Aufbauwert* den *Körpersensationen* zukommt.

Nur in 2 Fällen von Luophobie werden Mißempfindungen nicht ausdrücklich erwähnt, in allen übrigen nehmen sie dagegen einen ziemlich großen Raum ein. Als objektiv zulänglich begründet, dürfen sie bei *den* Kranken gelten, die über die bekannten Mißempfindungen der vitalen Depression klagen; Beklemmungen, Angstgefühle am Herzen, Druck im Kopf, Völle im Leib, dazu die Klagen über Obstipation. Sie spielen in 25 Fällen eine Rolle, entweder allein oder *neben anderen* Sensationen. Genannt werden: Schwindelgefühle, Hitzen, Parästhesien aller Art, Jucken am After, Schmerzen in der Schulter, Zucken in der Schläfe, „rebellischer Magen“, Unruhe in den Gedärmen, Brennen in der Harnröhre usw.

Im einzelnen ergeben sich die folgenden Verhältnisse:

Nur in 8 Fällen sind die bekannten Körperbeschwerden der Melancholischen die einzigen Sensationen und werden in hypochondrischer Weise mißdeutet und ausgelegt. In 3 Fällen vermitteln die vitalen Störungen offenbar nur das allgemeine Krankheitsgefühl, während Sensationen *anderer* Art den *Inhalt* der hypochondrischen Befürchtungen mitbestimmen. In anderen Fällen ist dieser Modus *wahrscheinlich*, in wieder anderen läßt es sich höchstens vermuten. In 3 Fällen knüpfen die Befürchtungen an jede auftauchende, körperliche Mißempfindung an. Eine Kranke, die sich heiser geschrien hat, klagt mit dem Umschlag aus der Manie in die Depression über „Kehlkopfbeschwerden“, befürchtet einen Kehlkopfkrebs. Ein Patient hat Beschwerden aus einem dekompensierten Herzfehler, aber erst die Äußerung eines Arztes, daß er einen schwach positiven Wassermann und Zucker im Urin habe, „trifft ihn wie ein Gewitter“ und macht ihn hypochondrisch. Eine andere Kranke klagt viel über ihre Beschwerden (Obstipation, Kopfdruck usw.), aber erst andere Beschwerden (Halsweh, ein Chalaceon, Menstruationsbeschwerden) alarmieren sie in hypochondrischer Richtung. Einer hört zu Beginn einer Depression mit schwerem Krankheitsgefühl das Wort „Syphilis“ und ist von diesem Augenblick an hypochondrisch.

6. Über den Strukturwert der Mißempfindungen für das hypochondrische Denken.

Der Versuch, von den körperlichen Mißempfindungen her den Weg zur hypochondrischen Befürchtung zu finden, mußte mit Notwendigkeit über die vitale Depression führen. Nirgendwo sonst werden die Gemeingefühle mit solcher Gesetzmäßigkeit gestört und zugleich verknüpft mit lästigen Visceralsensationen aller Art, deren Häufigkeit im hypochondrischen Zustandsbild nicht zu bestreiten ist. Dazu gesellt sich die trübe, schwarzseherische, hoffnungslose Verarbeitung aller Erlebnisse. Trotz dieser anscheinend günstigen Vorbedingungen kann von einem gesetzmäßigen oder auch nur regelmäßigen Eintritt hypochondrischer Ideen nicht die Rede sein. Der Weg über die endogene Depression erweist sich zunächst als Sackgasse. Woran liegt das? Drei Möglichkeiten sind denkbar.

1. Es besteht ein phänomenologischer *Unterschied* zwischen den Mißempfindungen und negativen Gemeingefühlen Melancholischer und den körperlichen Beschwerden, die wir sonst bei Hypochondern finden.

2. Der unkompliziert Melancholische reagiert anders auf seine körperlichen Sensationen als es zur Bildung einer hypochondrischen Befürchtung notwendig wäre.

3. Körperliche Mißempfindungen sind überhaupt keine notwendigen Bausteine für die hypochondrische Idee oder sie sind jedenfalls nicht geeignet, solche Ideen zu provozieren.

Ich habe oben erwähnt, daß *Schwarz* in seinen „*hypomanischen Hypochondrien*“ isolierte hypochondrische Ideen findet bei isolierten Hautsensationen und daß er sie den multiplen diffusen Krankheitsbefürchtungen der *depressiven* Hypochonder gegenüberstellt. Dieses Verhalten scheint mir auch für den phänomenologischen Unterschied zwischen den *Mißempfindungen* unkompliziert Melancholischer und denjenigen melancholischer Hypochonder kennzeichnend zu sein, gleichviel ob die Befürchtung aus der Mißempfindung hervorgeht, ob es sich um eine verwickeltere Abhängigkeit oder auch nur um Parallelvorgänge handelt. Es ist vor allem seit der Arbeit von *K. Schneider* zur Genüge bekannt, daß „Beeinträchtigungen der Vitalgefühle und sinnliche Mißgefühle“ zwar auch bei der reaktiven (psychopathischen) Depression vorkommen, daß sie aber dort die Bedeutung ausschließlich *sekundärer* Symptome haben. *Schneider* meint deshalb, daß sich die nicht-vital Depressiven eigentlich nur „bildlich“ krank fühlen könnten. Finden sich aber bei ihnen körperliche Mißempfindungen, so sind es inhaltlich die gleichen Klagen, denen wir auch bei den Hypochondern begegnen und wie sie oben angeführt wurden. Sie unterscheiden sich auch, wenn man sie nackt aufzählt, nicht von den Körpergefühlen Melancholischer, nur daß bei diesen die Beeinträchtigung der Gemeingefühle und die verwandten dumpfen, beklemmenden Organgefühle

(besonders am Herzen, aber auch am Kopf und im Leib) die Regel sind, und daß Parästhesien i. e. S. selten vorkommen.

Dennoch *besteht* ein phänomenologischer Unterschied, der schon allein daran deutlich wird, daß Melancholische oft ihre quälenden Körpergefühle und ihre Traurigkeit, ja Angst nicht trennen können, sondern einander gleichsetzen. Das dumpfe Unbehagen, das Lastende, Gehemmte trägt und durchdringt alles Erleben.

Das Wesentliche und Trennende scheint mir also gar nicht in der *Qualität* der gestörten Vitalgefühle zu liegen, sondern in ihrer *Tiefe* und besonders ihrer *Breite*, d. h. um in der Terminologie von *Jonas Cohn* zu reden, in ihrer Daseinsform ¹.

Der Schwindel, Kopfdruck, die Abspannung des psychopathischen und neurasthenischen Hypochonders bleiben gleichsam an der Oberfläche und bewegen den Leidenden viel mehr durch die erborgte Kraft seelischer Befürchtung und ängstlicher Erwägung, als daß sie die ganze Persönlichkeit von sich aus erfüllen. Deshalb scheint mir ihnen auch weit weniger als den Leib- und Lebensgefühlen der Melancholischen der Wert eines *Zeichensystems* in *Schellers* Sinne (s. o.) zuzukommen. Weil aber die melancholischen Störungen der Lebensgefühle eine so tiefe und breite Daseinsform besitzen, ist andererseits ihre Objektivierung, die Distanzierung von ihnen so erschwert, eine seelische Haltung also, ohne die aller Erfahrung nach eine einigermaßen ausgeprägte hypochondrische Denkrichtung und Ideenbildung nicht möglich ist. Damit hängt es vielleicht zusammen, daß übertriebene und eingebildete Krankheits-

¹ *Cohn, Jon.*: „Die Stellung der Gefühle im Seelenleben“. Arch. f. Psychol. 72, 303 f. (1929). „Von den Qualitäten der Gefühle sind ihre Daseinsformen zu unterscheiden, in denen sich ihr Verhältnis zum dumpfen Hintergrund, zu Akten, Inhalten, Gegenständen, zur Gesamtheit des Selbst und zur ganzen augenblicklichen Seelenlage ausspricht.“ „Zu den Daseinsformen der Gefühle, die sich mit den Gefühlsqualitäten kreuzen und von ihnen terminologisch getrennt werden sollten, gehört auch, was *Krueger* als *Tiefe* der Gefühle herausgehoben hat. Ein Kummer frißt tief, ein *Bräsig*scher Hofjungenärger sitzt flach auf, d. h. beim Kummer ist das ganze Selbst beteiligt, während der Ärger an besondere Anlässe sich knüpft, in bestimmten Akten sich auslebt und dabei sogar von Funktionslust begleitet sein kann. Doch scheint es mir nicht richtig, daß *Krueger* die Gefühlstiefe und den Wert des Gefühls in ein einfaches direktes Verhältnis bringt. Es gibt „niedere“ Gefühle, z. B. Erschöpftheit, Ekel, organische Frische, die sehr tief wurzeln, während manche „höheren“ recht flach aufliegen, wofür Sonntagsfrömmigkeit oder ästhetische Kennerschaft bekannte Beispiele bieten. Von der Tiefe oder Flachheit ist zu unterscheiden die *Breite* oder *Schmalheit* eines Gefühls, bei der es sich nicht um das Verhältnis zu den Schichten des dauernden Selbst handelt, sondern darum, welche Teile des jetzt bestehenden Seelenlebens vom Gefühl erfüllt sind. Aus allem Vorangehenden leuchtet ja ein, daß die nach dem Vorgange von *Lipps* auch von *Krueger* vertretene Behauptung, alle Gefühle seien Gesamtgefühle, nicht richtig ist. Eine Stimmung, die das ganze Seelenleben färbt, ist breit, das Gefallen an einer schönen Form schmal, trotzdem kann die Stimmung nur die Oberfläche des Seelenlebens färben, die begrenzte Liebe zu jener schönen Form uns tief aufwühlen.“ Vgl. dazu *F. Krueger*: Das Wesen der Gefühle. 1928.

befürchtungen wesentlich seltener in der Tiefe des Depressionszustandes sind, als in ihren Lockerungen, den Anfängen, Ausgängen, Mischzuständen.

Dazu kommt, um den zweiten Punkt zu erörtern, die Eigentümlichkeit, daß echte Melancholische und Cyclothyme überhaupt in ihrer seelischen Einfachheit nur eine sehr geringe Tendenz zur Beobachtung des eigenen Leibes und zur Selbstbespiegelung besitzen. Es ist ja kein Zufall, daß sich in den Fällen mit deutlichen, hypochondrischen Befürchtungen auffällige Züge der prämorbidem Persönlichkeit, im klinischen Zustandsbild oder auch in der Familientafel finden. Darauf wurde oben eingehend hingewiesen, besonders auf die Beimischung hysterischer oder sensitiver und anankastischer Elemente.

Ich glaube, daß die Gründe, die ich angeführt habe, geeignet sind, wenigstens bis zu einem gewissen Grade die zunächst überraschende Tatsache zu erklären, daß in der unkomplizierten, gehemmten, vitalen Depression hypochondrische Befürchtungen selten sind. Die aller Erwartung nach günstigen Vorbedingungen hierfür, nämlich die gesetzmäßige Beeinträchtigung der Vitalgefühle im Verein mit lästigen Organgefühlen, sowie die schwarzseherische Lebenseinstellung und das häufige Gefühl der Angst, werden anscheinend in ihrer Wirksamkeit als hypochondrische Aufbaufaktoren paralysiert. Dies geschieht einmal durch die ungewöhnliche Tiefe und Breite der vitalen Störung, die eine Beobachtung und Isolierung der Körpergefühle kaum zuläßt; und zum anderen durch den Mangel an besonderen Eigentümlichkeiten der Persönlichkeit, Eigentümlichkeiten, die entweder der manisch-depressiven Konstitution fremd sind oder durch die zunehmende Schwere der Depression lahm gelegt werden.

Eine andere Frage ist es freilich, ob denn Körpersensationen *überhaupt* notwendige Aufbauelemente der hypochondrischen Befürchtung sind, besonders im Sinne eines *auslösenden* Faktors. Wexberg¹, der eine Reihe von leichten Depressionszuständen eingehender analysiert und 7 Gruppen aufgestellt hat, geht auch auf die körperlichen Erscheinungen ein. Er findet Kranke, bei denen die körperlichen Symptome sekundärer Natur sind; bei anderen sind körperliche und seelische Erscheinungen gleichgeordnete Folgen derselben Ursache; in einer dritten Gruppe entwickeln sich aus den primär vorhandenen objektiven somatischen Störungen erst sekundär die psychischen Erscheinungen; in einer vierten Gruppe endlich spielen *subjektive* Beschwerden eine große Rolle. Diese subjektiven Beschwerden sind: Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Magen-Darmbeschwerden, Schwindelercheinungen, Mattigkeit, Schlafstörung, Zittern, Parästhesien, und sie treten, verknüpft mit objektiv nachweisbaren vasovegetativen Erscheinungen, besonders bei seinen

¹ Wexberg, *Er.*: Zur Klinik und Pathogenese der leichten Depressionszustände. Z. Neur. 112, 549 (1928).

reaktiven Depressionszuständen auf, die im wesentlichen den *psychogenen* Depressionen *J. Langes* entsprechen. Hypochondrische Züge sind hier häufig.

Den „Mechanismus“ der dritten Gruppe — psychische Erscheinungen, die sich aus primär somatischen ergeben — findet *Wexberg* „in erster Linie bei der Sonderform der hypochondrischen Depression. Dort wird das Erlebnis tatsächlicher somatischer Beschwerden organischer Natur ein Anlaß zu der in diesem Sinne reaktiven Depression. Dieser Wirkungsweise begegnet er in vielen Fällen „hypochondrischer Depression des Involutionalters“ sowie in den „Depressionen bei cerebraler Erkrankung“, in denen er so gut wie ausnahmslos hypochondrische Züge antraf¹. *Wexberg* erkennt also den körperlichen Beschwerden — gleichviel wie weit sie nun „berechtigt“ sind oder nicht, das zeitliche Primat im Aufbau dieser hypochondrischen Reaktionen zu. Den größeren und eigentlichen *Wirkungswert* sieht er jedoch in Eigenschaften der prä-morbiden Persönlichkeit².

Der strukturelle Zusammenhang zwischen diesen Mißempfindungen und anderen Aufbauelementen der hypochondrischen Idee ist zu verwickelt, als daß er sich auf eine Formel bringen ließe³. In keinem Fall aber habe ich mich davon überzeugen können, daß den körperlichen Beschwerden und vielfältigen Sensationen die entscheidende Rolle in der Dynamik des hypochondrischen Denkens zukäme. Andererseits ist es mir kaum einmal begegnet, daß Körpersensationen im Zustandsbild überhaupt fehlten, wenn es auch ausgesprochen sensationsarme Hypochonder gibt. Überdies sind ja die Körpergefühle keineswegs die einzige unmittelbare Quelle hypochondrischer Deutung und Mißdeutung. „Abnorme“ Verhältnisse und Vorgänge am Körper werden nicht nur gefühlt, sondern auch gesehen, ertastet, gerochen, gehört, bzw. es wird das als normal Erwartete *nicht* wahrgenommen.

So führen einzelne meiner Kranken an: „Hautrötung vom Kreuz bis zum After.“ „Beim Stuhlgang geht Eiweiß ab.“ „Abgang von Eiweiß beim Wasserlassen.“ „Flockiger Urin.“ „Die Hoden schrumpfen ein, der Penis wird schlaff und verfärbt sich.“ „Das Glied fühlt sich kalt an.“ „Die Sehnen hüpfen, der Arm kann nicht mehr gehoben werden.“ „Die Hände sind warm und feucht“. „Auswurf“, „Blähungen“. „Gehäufte Pollutionen.“ „Keine Pollutionen.“ „Verstopfung.“ „Der Coitus

¹ *Wexberg* betont dabei, daß Hypochonder eigentlich oft recht haben. „Die subjektiven Beschwerden“ des Arteriosklerotikers, die man ihm, wenn er Anzeichen der Depression zeigt, nicht glauben und immer ausreden will, könnten unter Umständen zuverlässigere Anzeichen schwerer Gefäßerkrankung sein als die geringfügigen objektiven Zeichen.

² „Daß aber der Kranke nicht imstande ist, seine körperliche Erkrankung sachlich und mit ruhiger Resignation zur Kenntnis zu nehmen, dafür werden sich gewöhnlich die Gründe in der prä-morbiden Persönlichkeit finden.“

³ Was *Wexberg* selbstverständlich nicht hat sagen wollen.

dauert länger, wenn er nach rechts dirigiert wird. „Es gibt einen dumpfen Knall in der rechten Leistengegend.“ „Wenn Druck in der Leistengegend, dann Abgang von Winden, ebenso bei Linkslage.“ „Bei Rechtslage Herzklopfen.“ „Die Nervenstränge und das Mark riechen wie verfault.“

„Die Kopfhaut hat sich nach unten gesenkt, ist schlaff geworden.“ „Kann die Ohren bewegen, was früher nicht der Fall war.“

Solchen Beobachtungen kommt im wesentlichen der gleiche Strukturwert zu wie den Mißempfindungen. Da nun weder diese noch einfache Klagen über sie hypochondrische Ideen sind, so kann den Mißempfindungen kein höherer Rang unter den Aufbauelementen zukommen als der eines *unerläßlichen Reizes* für die hypochondrische Idee, d. h. der *notwendigen Reaktionsgrundlage*. Diesen Rang nehmen die Mißempfindungen, soweit ich sehe, relativ oft in den flüchtigen hypochondrischen Befürchtungen ein, die man sehr viel häufiger außerhalb der Klinik und poliklinischen Sprechstunde antrifft als in der ärztlichen Tätigkeit. Aber selbst in diesen Fällen ist es bisweilen kaum zu entscheiden, ob die körperlichen Beschwerden nicht doch erst durch die hypochondrische Bereitschaft hervorgerufen oder mindestens in den Kreis des deutlichen Bewußtseins gezogen werden. Auch unter den wenigen Fällen meines Materials, in denen die hypochondrischen Ideen unmittelbar durch Körpersensationen provoziert zu sein scheinen, kann von einer so eindeutigen Abhängigkeit nicht die Rede sein.

Beobachtung 18: Josef B., Musiker, 25 Jahre. (Hypochondrischer Verstimmungszustand bei konstitutionell Nervösem.) Mutter, Stiefvater, Bruder gesund. Patient illeg. geboren. Mutter soll Migräne haben. Als Kind einmal schwer krank (?). Bettnässen bis zu 11 Jahren. Vor 2 Jahren Tripper, wurde behandelt. Beruflich in letzter Zeit sehr angestrengt, fürchtete, das nicht mehr lange mitmachen zu können. Zugleich aber Angst vor den drohenden wirtschaftlichen Sorgen.

Vor 4 Wochen mitten im Saxophonblasen habe er plötzlich an der rechten Schädeldacke ein Gefühl gehabt, als ob eine Ader geplatzt wäre; bekam darauf Nervenzittern am ganzen Körper. Es zog ihm den Kehlkopf zusammen. Rauschende Gefühle über Kopf und Rumpf, wurde ängstlich. Ließ sich in der chirurgischen Klinik untersuchen. Der Arzt sagte, es sei „reine Nervensache“.

Mittelgroß, asthenisch, etwas blaß, diffuse Vergrößerung der Schilddrüse, Struma, Myopie. Intern o. B. R.R. 105/65 mm Hg. Urin frei. Sehr lebhaft Sehnensreflexe. Tremor der Hände. Im übrigen kein pathologischer Befund.

Psychisch ausgesprochen hypochondrisch, ängstlich; liest medizinische Bücher. Beobachtet sich andauernd. Furcht vor Schlaganfall, Gehirnweichung. Unter Zuspruch und roburierender Therapie ziemlich rasches Abflauen seiner Befürchtungen. Viel körperliche Sensationen. Blutandrang nach dem Kopf. Hitzewallen am ganzen Körper. Klopfen auf dem Schädel usw. Leicht zu beruhigen.

Hier schließen sich also zeitlich und inhaltlich die hypochondrischen Befürchtungen unmittelbar an die Körpersensationen an, die ganz akut auftreten. Ob etwa die Krankheitserwartung und -Befürchtung diese Mißempfindungen erst hervorrief, läßt sich nicht mit aller Sicherheit

ausschließen; jedenfalls kommen sekundär mit der wachsenden hypochondrischen Reaktion *neue* Sensationen hinzu. Dem ursprünglich schlagartigen Einsetzen der Mißempfindungen kann man aber einen provokatorischen Einfluß auf die Denkrichtung nicht wohl absprechen.

Beobachtung 19: Josef R., 48 Jahre. Syphilidophobie bei psychopathischer Persönlichkeit. Bettnässen bis zum 6. Jahre. Als Kind ängstliche Träume. In der Schule gut gelernt. Aktiv gedient 1895. Ging zur Eisenbahn. Bisher immer Dienst getan. Während des Krieges bei den Pionieren. An der Front 1914—18. Mit 20 Jahren Tripper und Lues. Zunächst 2 Quecksilberbehandlungen. 1904 wieder Hg. 4 Blutuntersuchungen in der Folgezeit negativ. Sonst nie ernstlich krank. Im Feld zweimal fieberhafter Magen- und Darmkatarrh. Täglich 3 Maß Bier, 3 Zigarren. Seit etwa $\frac{1}{2}$ Jahr eingenommener Kopf. Ließ sich von Geheimrat B. untersuchen. Es sei aber nichts gefunden worden. Damals Salvarsankur. Daraufhin Besserung der Beschwerden. Befürchtet jetzt die Folgen der ehemals durchgemachten Lues. Kann, da er die Beschwerden im Kopf *fühlt*, von diesem Gedanken nicht loskommen, obwohl er von verschiedenen Ärzten beruhigt worden ist.

Befund: Pyknisch-plethorischer Habitus. RR. 130. Neurologisch und serologisch ohne Befund. Klagt über Eingenommensein des Kopfes, duseliges Gefühl in der Stirngegend. *Psychisch* unauffällig bis auf die ängstlichen Befürchtungen wegen der Syphilisfolge.

Auch bei diesem Kranken werden körperliche Beschwerden zum Anlaß für die hypochondrische Befürchtung. Es ist das zunächst auffallend, da früher trotz einer angeborenen Ängstlichkeit niemals eine besondere Neigung zur Krankheitsbefürchtung beobachtet wurde, auch nicht bei Magen-Darmerkrankungen im Feld. Möglicherweise handelt es sich bei den jetzigen Klagen um beginnende arteriosklerotische Beschwerden, die aber sofort den Gedanken an die alte Lues weckten. Damit beginnt die Wirksamkeit des unheilvollen Namens.

Wie sehr die Tatsache einer früheren syphilitischen Infektion geeignet ist, an der Bewußtseinschwelle immer bereitzustehen, ist bekannt und ich habe schon einmal darauf hinweisen können. Im vorliegenden Fall hat man den Eindruck, daß die Beschwerden nur deshalb beachtet werden, weil sie den Gedanken an Syphilis unmittelbar wecken. Da aber die Mißempfindungen *im Kopf* gefühlt werden, also auf das Gehirn hinweisen, das „Nervensystem“, deren Beziehungen zu gefürchteten Späterkrankungen auch vielen Laien geläufig ist, so wird der Gedanke an die Lues sofort zur überwertigen Befürchtung.

Beobachtung 20: Josef Pf., 65 Jahre. (Komplizierte Psychose bei verschrobener Persönlichkeit — wohl dem manisch-depressiven Irresein angehörend.) — Zunächst steife Depression, endogene Stimmungsschwankungen, reizbar, nörgelnd, anankastische Züge. Im Verlauf vorübergehend freier. Fängt plötzlich an, über Schmerzen in der rechten Schulter zu klagen. Nachdem zur Beruhigung der Frau ein Chirurg zur Konsultation gebeten und außerdem zur Sicherung noch eine Röntgenaufnahme gemacht wurde, glaubte Patient an dem schwersten Leiden erkrankt zu sein. Der objektive Befund wies lediglich auf geringe arthritische Veränderungen hin. Patient glaubte jedoch, es werde ihm in allernächster Zeit der Arm fürchterlich anschwellen, es werde ein Gangrän eintreten, so daß man

gezwungen sein würde, ihm nicht nur den ganzen Arm, sondern auch den halben Brustkorb wegzuooperieren.

Er versteift sich so in seine Gedanken, daß ihm mit keinem Vernunftgrunde entgegengetreten werden kann. Trotz des endlosen Jammerns macht Patient immer wieder den Eindruck, als glaube er selbst gar nicht so recht an alles, was er klagt. Stets bleibt er von einer gewissen reservierten Kühle. Mit einer eigentümlichen Beharrlichkeit will er für sich Trost erzwingen. Zuweilen sieht er es auch mit ganz offener Absicht darauf ab, seine Umgebung zu ängstigen, ja sie offenbar zu quälen.

Auch hier schließen sich die hypochondrischen Ideen an körperliche Beschwerden an, die wenigstens bis zu einem gewissen Grade objektiv berechtigt zu sein scheinen. Es läßt sich deutlich erkennen, daß es dem Kranken vielleicht nach kurzer, ernstlicher Befürchtung, eine Freude ist, statt der abgespielten Selbstvorwürfe und Verarmungsideen etwas Neues vorbringen zu können. Er hat selber *vor* dieser hypochondrischen Episode, seine spielerische und zugleich verbohrtete Art zu denken treffend charakterisiert: „Herr Doktor, ich weiß, daß das kindisch und naiv genannt werden kann, jedoch hat es in der *Idee* seine Richtigkeit.“ Genau so treibt er seine hypochondrischen Vorstellungen spielerisch ins Absurde, von der Realität seiner Befürchtungen nur in sehr schwankendem Ausmaß überzeugt, und er verwendet sie ganz in der Art, wie dies oben im Anschluß an *J. Lange* erwähnt wurde, dazu, um in tyrannischer Weise zu nörgeln und zu querulieren. Als er wenige Wochen später aus pekuniären Gründen die Klinik verlassen soll, weigert er sich. Er sei doch unheilbar krank. Er würde seine Familie zu Tode quälen, würde anfangen zu toben. Man werde ihn sogleich wieder in die Klinik verbringen müssen, die er nur in 4 Brettern verlassen würde.

In diesen Fällen kommt den körperlichen Mißempfindungen eine primäre, provozierende Rolle zu. Ich möchte aber noch einmal betonen, daß diese Stellung der Körperbeschwerden als wesentlicher Reaktionsanlaß seltener ist als dies bei oberflächlicher Betrachtung der Fall zu sein scheint.

Im Gegensatz dazu spielen lästige Körpergefühle eine ausgesprochen sekundäre Rolle in der Gruppe der sog. „ideagenen Hypochondrie“, deren geläufigster Typus die „Medizinerhypochondrie“ ist. Ich habe oben an einem Beispiel überwertiger Paralysefurcht auf diese Entstehungsart hingewiesen (Fall Jos. Ku.) und möchte hier noch einen weiteren Fall — einen Kranken mit „iatrogener Hypochondrie“ anfügen.

Beobachtung 21: Theodor R., 37 Jahre, Ingenieur. Hypochondrischer Depressionszustand bei konstitut. Depressivem (?). Vater an Schlaganfall gestorben, war reizbar, jähzornig. Mutter mit 60 Jahren an Nierenentzündung gestorben. Ein Bruder Neigung zu hypochondrischen Befürchtungen.

Von jeher schwernehmend, ernst, überängstlich bei körperlichen Erkrankungen. Keine Schreckhaftigkeit als Kind, kein Bettnässen. Immer „etwas nervenschwach“. Gut gelernt. 12 Monate im Feld. Einmal verschüttet. Wegen Herz- und Nervenleiden (?) 1916 zurück. Keine Rente. 1925 Heirat. Keine Kinder.

Im Dezember 1928 Schmerzen im Leib. Ging zum Arzt. War etwas ängstlich und innerlich unruhig. Der Arzt stellte Blasenkatarrh fest und sagte, daß er ein Mensch sei, der frühzeitig alt werde. Daraufhin erregt, ängstlich, konnte nicht mehr schlafen und nichts essen. Paßte auf alle möglichen Symptome auf. Schmerzen in der ganzen linken Seite, meinte, er könne nicht mehr gehen, obgleich er wisse, daß das Unsinn sei. Beobachtete Sehnenhüpfen, konnte plötzlich den linken Arm nicht mehr heben. Ängstliche Träume, keine Tagesschwankungen.

Befund: Mittelform, früh gealtert, ergrautes Haar. Innere Organe o. M. R.R. 135/70. Periphere Arterien nicht rigide. Urin frei. Wa.R. negativ. Neurologisch kein krankhafter Befund.

Psychisch: gedrückt, ängstlich, Tränen, fürchtet rückenmarkleidend zu werden. Möchte Gewißheit. Gehemmt (?). Kein sicherer Anhalt für endogene Depression.

Für gewöhnlich läßt sich jedoch eine so reinliche Trennung in primäre und sekundäre Mißempfindungen nicht durchführen. Es besteht vielmehr eine dauernde Wechselwirkung zwischen körperlichen Beschwerden und Sensationen einerseits, Richtung und Inhalt hypochondrischer Ideen andererseits. Die Mißempfindungen haben dabei verschieden abgestuften Wert: sie sind Anreiz und Leitseil für wechselnde Inhalte, verleihen dem Denken Farbe, brechen aufsteigende Kritik, geben dem Hypochonder „recht“. Immer aber verweisen sie ihn auf seinen *Leib*, auf seine körperliche Beschaffenheit und Existenz. In der „hypochondrischen Gesundheitsbreite“ hält sich niemand für krank, wer keine Beschwerden hat; und wer krank zu sein fürchtet — etwa der Mediziner — der fühlt Beschwerden. Je mehr die hypochondrischen Ideen den Charakter überwertiger Befürchtungen haben und einfühlbar bleiben, um so inniger ist auch in der Regel ihre Abhängigkeit von lästigen Körpergefühlen. Je weniger gefühlsgesättigt sie sind, je mehr sie wahnhaften Charakter haben und je ausgeprägter alle körperlichen Vorgänge und „Krankheiten“ zum Objekt autistischer Bespiegelung oder querulatorischer Interessen werden, um so mehr scheinen die Körpersensationen an symptombildendem Wert zu verlieren. Ähnlich verhält es sich nach meiner Erfahrung in den Fällen, in denen plötzlich eine „Krankheit“ aufgeschnappt wird oder eigentlich nur deren ominöser Name, der nun gewissermaßen frei flottiert, ohne die konkrete Form einer lokalisierten Krankheitsbefürchtung anzunehmen. Im folgenden Fall führt dieser Verlauf schließlich zu einer querulatorischen Pseudohypochondrie.

Beobachtung 22: Julius B., 61 Jahre. (Manisch-depressives Irresein. Mischzustand; Lues latens.) Familie angeblich o. B.

Von jeher aufgeregtes Temperament. Schon seit einigen Jahren nervös, reizbar, mißtrauisch. Familie habe unter seinem aufgeregten Wesen viel zu leiden gehabt. In der Inflation brachte er viel Geld zusammen. Mit Einsetzen der Stabilisierung Verarmungsideen, Selbstvorwürfe, Jammern, schlaflos, Verlangte, daß man sich mit ihm nachts unterhalte, tyrannisierte die Familie mit seinen Klagen. Zweimal ernstlicher Suicidversuch. In den letzten 14 Tagen vor der Aufnahme übergeschäftigt betriebsam, daneben Verarmungs- und Selbstmordideen.

Pekuniär reichliches Auskommen. Fürchtet trotzdem Armut, Unglück, der Gerichtsvollzieher werde kommen.

Mit 40 Jahren kurze Zeit derselbe Zustand; großer geschäftlicher Auftrag, an dem er Gefallen hatte, brachte ihn mit einem Schlag wieder hoch.

Mit 51 Jahren bei Kriegsausbruch allen Mut verloren. „Es ist alles hin“, lag 14 Tage auf dem Sofa herum und weinte.

Lebhaft, beweglich, liebenswürdig, höflich. Wohlgefälliges Lächeln. Dissimuliert offenbar. Im Verlauf ängstlich, nörgelig. Selbstvorwürfe, hypochondrisch labil.

Wird von den Angehörigen abgeholt.

II. A. Kommt 14 Tage später wieder in die Klinik. Zu Hause hatte er sofort erzählt, wie er die Ärzte und Schwestern überlistet habe. Bei der Visite habe der Chef einmal „Sypho“ oder etwas Ähnliches gesagt, deshalb glaube er, er habe Lues. Vom ersten bis letzten Tag zu Hause quälte er seine Frau: „die Augen fielen ihm ab, der Körper sterbe ihm ab, er werde in einen Sack gescharrt, werde am Darm operiert“. War unruhig. „Ich Feigling, hätte ich mich doch umgebracht.“ Wollte sich vom 4. Stock hinunterstürzen.

Kräftig gebaut, in genügendem Ernährungszustand. RR. 170. Kleinapfelgroße Struma. Im übrigen intern o. B. Neurologisch o. B. Wa.R. + + + +.

Meint, es sei draußen gar nicht so schlimm mit ihm gewesen. Er sei ganz gut ausgekommen mit seinen Leuten. Dann aber: sein Sohn sei jetzt ohne Stellung, er habe doch viel Sorgen, er habe hier gehört, daß er an Syphilis krank sei, das sei ihm immer nachgegangen. Er bitte den Referenten, ihm zu sagen, daß das nicht stimme. Äußert dann Angst, er werde nach Eglfing oder Haar verlegt. Bittet, das doch nicht zu tun, dann müsse er gleich wieder heraus aus der Klinik, es sei noch nichts geregelt, er habe alle möglichen Sachen in Ordnung zu bringen.

Daß er draußen angegeben habe, er habe beim Wiegen 4 Bücher untergesteckt, gibt er zu. Da sei aber nichts dabei. Ist von der alten Geschwätzigkeit und Geschäftigkeit. Bleibt immer am Referenten kleben. Läßt sich immer wieder versichern, er habe keine Syphilis. Ist dann jedesmal überfließend von Dank, um bei der nächsten Gelegenheit sich gleich wieder zu erkundigen, ob er damals richtig gehört habe.

Bittet immer um seine Brille, will sich den Hals und alles mögliche andere in Ordnung bringen lassen. Drängt dabei ohne jeden Nachdruck heraus.

Im weiteren Verlauf fast keine Klagen mehr. Erhält Ausgang.

2 Monate nach der Aufnahme früh 4³⁰ Uhr Suicidversuch. Patient hat mit einem mitgebrachten Taschenmesser sich eine heftig blutende Wunde in der Gegend des linken Handgelenkes beigebracht. Abbinden des Oberarmes. Nach der chirurgischen Klinik verlegt. Patient gibt an, er habe einen schweren Traum gehabt und vor Angst sich nicht mehr anders zu helfen gewußt. Tags zuvor habe man im Saal getuschelt: „morgen ist der Tag des Herrn“, das habe bedeutet, er werde morgen am Montag nach Eglfing gebracht.

8 Tage später aus der chirurgischen Klinik wieder zurückverlegt. Ängstlich immer um seinen Arm besorgt, hängt sich förmlich an den Arzt. Will immer wieder getröstet sein. Bittet um Entschuldigung wegen seines Suicidversuchs. Werde derlei nicht mehr tun. Aber er sei über den Tod seiner Frau sehr erregt gewesen. Zudem habe ihm einer der Herren auf der Abteilung gesagt, daß er nach Eglfing komme, er habe das wenigstens so verstanden. Habe sich auch immer Gedanken gemacht, daß er eine Syphilis habe. Der Herr Geheimrat habe einmal zum Abteilungsarzt über ihn gesprochen, und da habe er ganz deutlich das Wort Sypho verstanden. Meint, daß er sich einmal in jungen Jahren infiziert habe, habe auch Bücher gelesen, in denen die Folgen der Syphilis in den schlimmsten Farben geschildert waren. Abfaulen der Nase usw.

Im weiteren Verlauf allmähliches Abfaulen der depressiven Verstimmung bei schwankender Stimmungslage. Die Befürchtung wegen einer Syphilis wird bis gegen Ende seines Aufenthaltes festgehalten und ein seborrhoisches Ekzem an der Unterlippe wird ihm zu erneuter Bestätigung.

Nach Entlassung aus der Klinik, 5 Monate nach der 1. Aufnahme, sehr rasche Erholung. Ist bis jetzt, seit 5 Jahren in seinem Beruf als Reisender tätig gewesen ohne erneute Verstimmungen.

Es wurde darauf hingewiesen, wie sehr alle Mißempfindungen, auch die grob organisch verursachten in ihrer Intensität abhängig sind von psychischen Einflüssen: von der Aufmerksamkeit, der allgemeinen Affektlage, dem „Willen“. Für die *sekundären* Mißempfindungen ist das selbstverständlich, aber es gibt auch für die *primären*, hypochondrischen Befürchtungen provozierende Beschwerden, jedenfalls von dem Augenblick an, da die hypochondrische Befürchtung auftaucht. Selbst das ist meines Erachtens noch zu spät datiert. Auch primäre Mißempfindungen sind nicht einfach da und lösen eine Befürchtung aus, wie der Zug am Seil einen künstlichen Wasserfall. Sie gehören von Anfang an zu dem *Gesamtkomplex* der hypochondrischen Reaktion. Ich will damit sagen, daß sie ihren Rang als subjektiven Krankheitswert erst durch die hypochondrische Bereitschaft erhalten.

Die augenblickliche seelische Konstellation bestimmt den subjektiven Wert der Körpergefühle¹. Dabei ist allerdings nicht zu übersehen, daß andererseits die seelische Gesamtverfassung auf dem somatischen Grund beruht, dessen Symptome die Sensationen sein können. Besonders deutlich ist dieses Verhalten ja in der Melancholie bzw. Manie. Dennoch bleibt die Bedeutung einer Sensation, gleichviel ob sie in der Gesundheitsbreite liegt oder ein objektives Krankheitszeichen ist, abhängig von der psychischen Verarbeitung. Nur die Sensation, die bereits als lästige Mißempfindung gebucht ist, kann zur Mißdeutung und Krankheits-einbildung in bestimmter Richtung Anlaß geben. Diese Buchung aber geschieht — *wenn* die Sensation eine hypochondrische Idee auslöst — in der Regel durch den vorausfallenden Schatten derselben seelischen Konstellation, die eine hypochondrische Denkrichtung überhaupt ermöglicht.

Ich möchte noch 2 Krankengeschichten in extenso anführen, die den Einfluß verschiedener Konstellationen auf die Entstehung von Sensationen zeigt.

Beobachtung 23: Mimi E., 34 Jahre. Manisch-depressives Irresein, Mischzustand.

Normale Kindheitsentwicklung. In der Schule vor Aufregung öfters eingenäßt ungefähr bis zu 10 Jahren. Kein Bettnässen, keine Anfälle.

Bis zum 13. Jahr sehr ruhig, habe sich immer für schlechter gehalten, da ein Junge sie mit 6 Jahren „verführt“ habe. Durch diese Verführung sei sie zur Onanie gekommen.

Vom 15. Jahre ab habe sie das Leben rosiger gesehen, habe gern und viel geschafft, gern getanzt, sei aber nie richtig ausgelassen gewesen.

Ausgesprochen abergläubisch. Bildet sich leicht Krankheiten ein, von denen sie hört.

¹ Eine Ausnahme davon machen vielleicht allein gewisse Sensationen am Herzen, die mit dem Gefühl der Angst unmittelbar verknüpft sind.

Vor 2 Jahren habe sie aus Mitleid mit einem Bekannten, der unglücklich in der Ehe gewesen sei, diesem erlaubt, mit ihren Brüsten zu spielen! Sie habe das auch einmal selbst gemacht. Kurze Zeit darnach Schmerzen in der Brust; seitdem Angst, sie bekomme Brustkrebs, bringt das nicht mehr aus dem Sinn.

Glaube den Ärzten, die ihr das ausreden wollen, immer nur kurze Zeit. Diese Schmerzen hindern sie bei der Arbeit, machen sie ganz verzweifelt.

Hier besteht also zunächst eine lustvolle Beschäftigung mit dem eigenen Körper. Sensationen, die dabei auftreten, werden keineswegs zu *Mißempfindungen*, bis auf einmal ein „Schmerz“ entsteht, gewiß nicht zufällig gerade im Blickfeld der Beachtung und unmittelbar von der hypochondrischen Befürchtung eines Brustkrebses gefolgt ist. Es ist sehr möglich, daß diese Befürchtung ohne den Schmerz nicht gekommen wäre; aber daß dieser Schmerz sofort Krankheitswert erhält, ist bereits der Ausdruck einer veränderten, seelischen Einstellung. Ob es sich dabei um eine endogene depressive Zacke gehandelt hat, war nachträglich nicht mehr festzustellen.

Beobachtung 24: Siegfried K., 28 Jahre.

Vater mit 43 Jahren an Lungentuberkulose gestorben. Mutter gesund. Ein jüngerer Bruder gesund. Eine Vaterschwester und eine Vaterstante waren geisteskrank in höherem Alter.

Patient war als Kind gesund — bis auf Typhus —, etwas nervös. Schwer gelernt. Studium mehrfach gewechselt, unterbrochen. Erst Architekt, später Kunstakademiker, mußte Geld verdienen, jetzt neues Studium (Wirtschaftswissenschaft).

Sehr groß, kräftig, auffallend starke Behaarung am Stamm, rotes Gesicht, rote Ohren, geringe diff. Struma. Kein Tremor der Hände. Puls etwa 80, Blutdruck 175/90. Intern sonst o. B. An der Wirbelsäule kein besonderer Befund. Neurologisch o. B.

Psychisch: Macht einen leicht verschrobenen Eindruck. Sonst kein Anhalt für Schizophrenie. Voller Klagen, Selbstvorwürfe und hypochondrischer Ideen wegen seiner Onanie. Sei mit 12 Jahren verführt worden. Einmal Verkehr vor etwa 6 Jahren, dabei fast „impotent“.

Meint rückenmarkleidend zu sein, hat viel Bücher gelesen. Klagt über große Müdigkeit, Unfähigkeit sich zu konzentrieren oder etwas zu behalten. Habe im Studium versagt. Sei mehr ein Gemütsmensch.

Erzählt mit geschlossenen Augen, die Hände aufgestützt. Meint, er sehe schon, man könne ihm doch nicht helfen. Unklar, langsam, schwerfällig.

Bei der Berührung des Rumpfes, insbesondere vom Nabel abwärts, zuckt Patient heftig zusammen, besonders bei ganz leichten Nadelstichen, aber auch, wenn man mit dem Finger streicht. Behauptet, dabei ein schmerzhaftes Brennen zu haben. Wenn er die Nadelstiche usw. selbst ausführt, hat er keine besondere Empfindung. Im übrigen sonst o. B.

Hier handelt es sich um Parästhesien in der hypochondrischen Beachtungszone, die auf äußere Reize hin auftreten, und zwar nur dann, wenn der Arzt diese äußeren Reize setzt. Zur „Sensibilisierung“ ist also die Kontaktsituation erforderlich, die Berührung durch ein Gegenüber. Auf einer Sensibilisierung durch die gleiche seelische Einstellung beruht wohl auch die Tatsache, daß viele Menschen an bestimmten Körper-

stellen nur dann Kitzelgefühl haben, wenn sie gekitzelt oder auch nur berührt werden, aber nicht, wenn sie sich selbst „kitzeln“.

Von den monosymptomatischen Hypochondern vom Typus der Darm- und Genitalhypochonder mit ihren häufig isolierten Organbeschwerden führen Beziehungen zu den Organminderwertigkeiten und den sog. Organneurosen. Bisweilen werden solche Organminderwertigkeiten durch besondere konstellative Einflüsse, depressive Phasen, involutive Vorgänge, bedrückendes Schicksal, „Induzierung“ usw. zum Sprungbett für hypochondrische Befürchtungen; in der Regel aber hat man in derlei Fällen den Eindruck, daß die endogen oder reaktiv dysphorische Stimmung durch die lebenslang geübte Einstellung auf den eigenen Körper in hypochondrische Bahnen gelenkt wird und nunmehr einfach die wohlbekannten körperlichen Mißempfindungen und Beschwerden der Organminderwertigkeit in ihrem Sinn und für ihre Zwecke ausmünzt.

Ein sehr instruktiver Fall für das Hin und Her zwischen vererbter Organminderwertigkeit und hypochondrischer Überlagerung ist der folgende, den auch *E. Kahn*¹ in seinen „Psychopathischen Persönlichkeiten“ kurz erwähnt hat.

Beobachtung 25: Friedrich Gr., 53 Jahre.

Psychopathische Persönlichkeit, Organminderwertigkeit (Darm), hypochondrische Verstimmung im Umbildungsalter (endogen unterlegt?).

Intern und neurologisch kein besonderer Befund. Kräftig-schlanker Körperbau mit pyknischen Einschlägen.

Vater mit 71 Jahren am Schlag gestorben, nervöse Darmstörungen, lebte dauernd in Angst, er müsse austreten, wenn er irgendwo eingeladen war. Trank sein Leben lang Karlsbader Wasser. Besaß den Ehrgeiz besonders gut geratene Kinder zu haben und erzog sie daher sehr streng. Pedantisch und hart. Auch Patient erhielt viel Prügel und mußte dauernd in Angst leben.

Mutter neigte zu hysterischen Szenen, starb im hohen Alter am Schlag.

Eine Schwester der Mutter kam auf Abwege und wurde von der Familie ausgeschlossen.

Patient hatte als Kind nervöse Zuckungen im Gesicht. Mit 7 Jahren wegen Nachsitzen in der Schule in die Hosen gemacht. Nach der Schule Offizier. Mußte vor jedem Ausrücken Opiumtropfen nehmen.

1890 zum erstenmal heftige Angst, daß er nicht der Erste in der Klausurarbeit werde. Nervöse Diarrhöe usw. Dauer $\frac{3}{4}$ Monate. Während der strengen Ausbildungszeit von „den Beschwerden abgelenkt“.

1895 Zustand mit Herzklopfen und Angst. Dauer einige Wochen. 1905 Herzklopfen. Schwindel, Angst besonders vor dem Austretenmüssen. Ganz ähnlicher Zustand wie jetzt. 6 Monate krank, verstimmt, ohne Grund. Ziemlich plötzlich wieder gesund.

Seit 1910 im Kriegsministerium als Referent. Einerseits sei er froh gewesen bei der Büroarbeit die Möglichkeit des Austretens gehabt zu haben, dagegen habe er bei den Sitzungen, bei Besichtigungen ständig in Angst gelebt, im rechten

¹ *E. Kahn* betont, daß bei der Determination hypochondrischer Inhalte Organminderwertigkeiten nicht selten von Bedeutung sind. „Psychopathische Persönlichkeiten“ in *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, 5. Bd. Spez. Teil I.

Moment nicht austreten zu können. So habe er oft furchtbare Qualen ausgestanden, die er niemanden habe merken lassen dürfen.

2 $\frac{1}{2}$ Jahre bei Stäben im Feld.

1921 in Pension. Die Hoffnung, jetzt in der Ruhe Gesundheit zu finden, wurde getäuscht. Im Gegenteil, es wurde der Zustand immer schlimmer.

Eines Tages, bei einer Bewegung auf der Ottomane habe er in der rechten Leistengegend plötzlich einen dumpfen Knall verspürt, als ob etwas gerissen sei. Vom Arzt wurde er mit einem Bruchband wegen rechtsseitigem Leistenbruch behandelt. Jedoch konnte später nie etwas von einem Leistenbruch mehr festgestellt werden. Jedoch meinte Patient, daß in der rechten Unterbauchgegend etwas nicht in Ordnung sei. Wenn er Druck an dieser Stelle spüre, dann habe er jedesmal Gasabgang. Auch bei Rechtslage bekomme er Herzklopfen, dagegen höre es auf, wenn er sich auf die linke Seite lege, außerdem gingen dann auch die Winde ab. Bei verschiedenen Ärzten in Behandlung gewesen.

Genoß in Wörishofen nur Rohkost. Magerte dabei stark ab. Nach München zurückgekehrt Nervenzusammenbruch. Lokomotivpfeifen in den Ohren. Besserung bei Stuhlabgang. Hatte das Gefühl, als wenn die Gase am Herzen vorbei und dann hinausgingen.

Untersuchung bei Prof. K. ergab körperlich keinen besonderen Befund, nur hochgradige, spastische Zustände des Darmes seien festgestellt worden. Der Darm habe sich vor dem Röntgenschirm nur so gekrümmt. (Bezeichnende Geste.) Auch sei er etwas blutarm wegen der vielen schlaflosen Nächte. Zudem bestehe „etwas Neigung zur Nervosität“.

Gegenwärtige Klagen: Große innere Unruhe, die seinem Gefühl nach vom Darm ausgehe. Noch etwas Doppelsehen (nach Weglassen des Luminals). Tönen in den Ohren, wie wenn der Telegraphendraht summe; bei stärkerer Intensität, wie wenn ein Druck hinter den Trommelfellen bestände. Schließlich verbinde sich das Gefühl von Ohr zu Ohr und der ganze Kopf beginne zu brummen. Zunahme der Beschwerden in der Ruhe. Gefühl der Völle und des Druckes im Leib, im Darm: „Gefühl des Druckes des Darmes“ am Kreuz. Patient spüre deutlich wie das Herz „pumpe“. Müsse sich öfters bücken, damit die Gase heraus könnten. Appetit gut. Stuhlgang täglich; trotzdem das Gefühl, als ob der Darm nie ganz leer sei. Der eingelegte Ring schmerze beim Hinsetzen, er müsse sich wohl verschoben haben.

Wasserlassen in Ordnung. „Nervöses Schlucken“ den Schlund herauf. Stimmung schlecht. Allgemeine unbestimmte Angst und Angst vor Verschlechterung. Besonders vom Darm gehe doch seine Krankheit aus und deshalb könne sich das Leiden nicht bessern, denn er leide ja schon seit seiner Jugend an einer Schwäche des Darmes, das Darmleiden sei ja auch vererbt.

Manchmal habe er eine Art von Wutanfällen, rege sich über Kleinigkeiten auf. Grüble immer über seine Krankheit, für andere Dinge habe er gar kein Interesse mehr. Könne sich nicht konzentrieren und ermüde bei jeder Beschäftigung leicht.

In geringem Umfange Zwangsvorstellungen. Er sei schon öfters vom Bett aufgestanden, um zu sehen, ob das Licht gelöscht sei. In Gesellschaft habe er immer nachsehen müssen, ob der Hosenlatz geschlossen sei.

Sei früher in der Arbeit sehr pedantisch gewesen. Für den Tag und für seine Arbeit habe er sich immer genaue Stundenpläne gemacht. Er habe sich gern an solche genaue Einteilungen gehalten.

Früher viel Träume, die mit seinem Darmleiden zusammenhingen. Habe dann im Traume keinen Abort gefunden, erst nach langem Suchen, und dann habe er zu seinem Entsetzen gemerkt, daß der so schmutzig war, daß er sich nicht habe hinsetzen können.

Beim Aufwachen habe er dann gemerkt, daß der Stuhlgang „schon ganz hinten saß“ und nur die spastischen Zustände des Darmes hätten ihn zurückgehalten.

Wenn er im Traume habe fliegen wollen, so habe er des Abends nur zu rauchen brauchen. Dann habe er ganz phantastische Flüge im Traume gemacht. Auch von schlecht bestandenen Examen habe er noch bis in die letzte Zeit hinein immer wieder träumen müssen.

Über seine Krankheit habe er eine Reihe von Büchern — von Naturheilkundigen verfaßt — gelesen. Um sich zu heilen, habe er ursprünglich auch Medizin studieren wollen. Wegen der Zustände des Darmes habe er auch nicht geheiratet.

Mache sich Gedanken, daß er sich durch eine exzessive Onanie geschadet haben könne. Seit 2 Jahren sei die Libido so gut wie verschwunden, dadurch sei er auch deprimiert.

In der Klinik zunächst unruhig, ängstlich, nervöse Miene. Klagt über Schmerzen von seiten des eingelegten Ringes, wenn er sich setze. Strampelt im Bett mit den Beinen, krampft die Zehen zusammen, jammert, daß er nicht eine Minute ruhig bleiben könne. Im Gespräch ist Patient nicht abzubringen von seinen hypochondrischen Gedanken über den Darm. Bringt bei den Visiten jede Einzelheit immer wieder von neuem vor, unter Stöhnen, Jammern und wehleidigem Klagen.

Mit sorgenvollem verbissenem Gesicht liegt er im Bett oder geht im Zimmer auf und ab und treibt einen förmlichen Kult mit seinen Stuhlgeschichten. Die Stimmung ist meist gedrückt und hoffnungslos; es ist schwer, ihn auf ein anderes Thema zu bringen, gelingt es aber doch, dann wird er freier und viel zugänglicher, dabei kann er oft sehr nett und teilweise auch amüsant erzählen.

Macht sich über sein Leben die phantastischsten Theorien zurecht, alles gehe vom Darm aus. Dieses Leiden habe er schon ererbt. Der Darm drücke aufs Herz und das Herz auf die Kopfnerven. Immer habe er so ein Spannen in den Augen und in der Stirn.

Die Schlafstörungen kommen wohl auch von seiner Rückenlage, aber auf der linken Seite könne er nicht liegen, da bekomme er Herzbeschwerden, und auf der rechten Seite drücke er seinen Darm.

Meint, es müßten da irgendwo Verwachsungen sein. Möchte sich laparotomieren lassen, ist geradezu operationssüchtig.

Ist mit seinem Stuhlgang nie zufrieden, läßt er auf sich warten, klagt er, kommt er regelmäßig, so erscheint ihm auch das bedenklich, meint dann, er sei unmotiviert plötzlich gekommen. Einmal ist er ihm zu hell, dann ist er ihm zu dunkel.

Als er einmal leichte kolikartige Anfälle von der Gallenblase aus mit Temperatursteigerungen und acholischem Stuhl hat, ist er im Grunde glücklich darüber, etwas Sichtbares präsentieren zu können. Scheint bei den Anfällen sehr stark zu aggravieren. Will durchaus operiert werden, obwohl der Chirurg keine Indikation stellt. Glaubt nachher selbst, das Entgegengesetzte gehört zu haben.

Trägt keine Hosenträger, erstens weil sie ihn angeblich drücken, zweitens weil sie ihn bei der plötzlichen Verrichtung seiner Notdurft hindern könnten.

Fürchtet sich weit von der Klinik zu entfernen, aus Angst, er könne den Abort nicht schnell genug wieder erreichen. Bei dem Gedanken werde ihm so Angst, daß er ein Spannen in der Stirne und so starkes Herzklopfen bekomme, daß er umkehren müsse.

Will nichts von der objektiven Besserung seines Befindens wissen. Jeden Morgen bei der Visite dieselben Klagen. Stuhl, Urin und Zuckungen, Spannungen an den verschiedensten Körperstellen. Ist sichtlich enttäuscht, wenn die Urinuntersuchung, die auf sein Drängen oft vorgenommen werden muß, keinen pathologischen Befund ergibt, meint dann, „aber ein gesunder Urin ist doch noch lange nicht ein Beweis, daß sonst alles gesund ist?“ Ist tagelang in Furcht, daß die Gallenbeschwerden wiederkommen könnten, nimmt große Dosen Karlsbader Salz ein, bekommt Durchfälle, die er nun befriedigt als objektives Zeichen, daß etwas nicht in Ordnung sei, registriert. Will immer wieder vom Arzt eine Erklärung rausbekommen, daß seine Beschwerden nicht nervös, sondern organisch sind.

Redet stets von neuem von einer Operation, irgendwo muß aufgemacht werden, an der Leber, am Darm, am Magen, am Hoden.

Durch eine Hygieneausstellung kommt er auf alle möglichen Krankheitsgedanken und ist unermüdlich in der Zergliederung seiner Symptome. Dabei ist er von seiner großen Energie und seiner unhypochondrischen Einstellung aufs innigste überzeugt.

Jammert bei jeder Visite über seinen Bauch, besonders über Schmerzen rechts unten und rechts oben und unterm Rippenbogen, dann über Spannung im Körper, in der Stirne; über Ohrensausen, schlechten Schlaf, über gelegentliche Schwindelzustände, die einen Bruchteil einer Sekunde dauern.

Mit einer beträchtlichen Überheblichkeit pflegt er von kleinen nervösen Erscheinungen aus seinem Bekanntenkreis zu berichten, von denen er selbst immer frei gewesen sei.

Seinen Tageslauf in der Klinik hat er pedantisch genau eingestellt.

Außerordentlich empfindlich ist er, wenn Kleinigkeiten nicht ganz genau nach seinen Anordnungen geschehen. So hat er sich mit der Schwester überworfen, weil immer wieder ein kleines Tischchen in seinem Zimmer, das aus einem bestimmten Grunde er parallel an die Wand stellt, von der Schwester schräg gestellt wird.

Sehr viele Klagen stellt er außerdem wegen der großen Unruhe im Hause, besonders über das gelegentliche Teppichklopfen und die Geräusche, die von der Aufnahme in sein Zimmer herunterklingen. Am liebsten möchte er die ganze Klinik wie eine Kaserne herrichten und den Dienst darnach aufziehen. Nimmt auf die Mitpatienten und das Personal wenig Rücksicht.

Einen Teil seiner Beschwerden, überhaupt seiner ganzen Lebenseinstellung führt er auf die übermäßige Strenge zurück, mit der ihn sein Vater gehalten habe. Der Vater sei ein sehr pedantischer und harter Mann gewesen, vor dem die Kinder sich dauernd in einer gewissen Furcht befunden hätten. Dazu sei dann die große Anstrengung während seiner Offizierslaufbahn gekommen, vor allen Dingen das dauernde „Bereitseinmüssen“ und später die Terminarbeiten während seiner Jahre im Kriegsministerium. Bei dieser Gelegenheit pflegt er mit großer Regelmäßigkeit zu berichten, daß er, wenn er bei Hof eingeladen war, Opium nahm, um einigermaßen gegen Überraschungen von seiten des Darmes geschützt zu sein. Er habe auch jahrelang Opium und leichte Morphiumlösungen fast regelmäßig genommen, um seinem Dienst nachgehen zu können.

Neuerdings klagt er über Sensationen im Penis, besonders in der Glans. Fühlt sich dadurch anscheinend beunruhigt, daß ihm das beim Coitus Beschwerden machen könne. Überhaupt hat er seit einiger Zeit anscheinend ein besonderes Bedürfnis von sexuellen Dingen, im besonderen von seiner aktiven Zeit auf diesem Gebiet zu sprechen.

Als junger Fähnrich sei er ganz unaufgeklärt herumgelaufen, bis man sich über ihn lustig gemacht habe, dann hätten ihn einfach Kameraden einmal mit in ein Bordell geschleppt.

Dort hätten sie zu dritt mit zwei Mädchen verkehrt und dabei sei es natürlich nicht gegangen. Kurz darnach habe er sich dann einen Tripper geholt und daran sehr lange zu leiden gehabt.

Nach monatelangem Aufenthalt in der Klinik ist er immer noch nicht imstande, längere Zeit, etwa einmal über Nacht zu Hause zu bleiben. Er selber führt das im wesentlichen darauf zurück, daß er dort so weit von jeder ärztlichen Hilfe entfernt sei, hat deshalb auch schon den Plan erwogen, möglichst nahe an der Klinik eine Wohnung zu mieten. Nach seinen Schilderungen ist er in seiner Wohnung auf dem Klosett einmal ohnmächtig geworden, seitdem sei es ihm fast nicht mehr möglich gewesen, das Klosett zu benutzen, weil er immer wieder Angst hatte, dieser Anfall könne sich wiederholen. Wie weit diese Angst vor seiner Wohnung noch in anderen seelischen Erlebnissen begründet ist, ist nicht recht zu eruieren. Patient wehrt

sich hier, wie auch bei der Zurückführung seiner Darmbeschwerden auf verständliche Zusammenhänge, durchaus gegen jede psychologische Begründung.

Für ihn ist es durchaus ausgemacht, daß er körperlich krank ist und infolge dieser körperlichen Erkrankung möglicherweise etwas mehr mit seinen Nerven heruntergekommen ist. Jedenfalls ist er in seiner selbstbewußten und auf Überkompensation eingestellten Verfassung durchaus nicht geneigt, irgendwelche Konzessionen an sog. menschliche Schwächen zu machen. Er betont, im Gegenteil besonders im Vergleich zu anderen Patienten der Abteilung, wieviel weniger krank eigentlich diese Mitpatienten sind und wieviel mehr er über solche Einbildungen erhaben sei.

Erzählt folgende, wie er selber sagt, tragikomische Episode. Auf dem Viktualienmarkt wird eine Bedürfnisanstalt umgebaut, glücklicherweise ist aber ein Anschlag angebracht, worauf steht, daß die nächste Bedürfnisanstalt sich im Rathaus befindet. Da ihm dieses Lokal, trotz seiner erstaunlichen topographischen Kenntnisse auf dem Gebiet, bisher noch unbekannt war, ging er sofort hin. Auf die Frage der Aufwärterin, ob 1. oder 2. Klasse, sagt er 1. Darauf meint die Aufwärterin die Reserve gehe aber nicht. In seinem großen Drang erwidert er, das sei gleichgültig.

Wie er nun auf dem Klosett saß, kam ihm der Gedanke, daß ja dann die Aufwärterin seine Exkremente ansehen könne, weil sie es selber nachspülen wollte. Bei diesem Gedanken war plötzlich sein ganzer Drang verschwunden, aber zugleich tauchte die Vorstellung auf, daß nun die Aufwärterin sehen müsse, daß er eigentlich ganz umsonst das Klosett benützt habe. Um sich nun nicht lächerlich zu machen, stürzte er in aller Eile auf und davon.

Trotz dieser Erzählung kann er immer noch nicht einsehen, daß seine Darmbeschwerden zum großen Teil von psychischen Einflüssen abhängig sind.

Bei allen Medikamenten, die er einnahm, war zu beobachten, wie sehr er bei ihnen beharrte und wie wenig er geneigt schien, das, was er einmal angewendet hatte, aufzugeben. So nimmt er lange Zeit $\frac{1}{8}$ Tablette Medinal.

Nach fast 3jährigem Aufenthalt recht guter Stimmung. Hin und wieder Klagen über „Druck“ und „Spannungen“ hier und dort, für die er schon seine eigenen Theorien hat. Einen Arzt braucht Patient eigentlich nicht, er nimmt auch seine eigenen Beschwerden nicht sehr ernst. Ist aber doch ängstlich darauf bedacht, jeden Tag wenigstens eine kleine Beschwerde mit sorgenvoll-glücklichem Gesicht vortragen zu können. Seine Therapie besorgt er nach eigenem Verfahren, beraten von den Naturheilverstärkern der Zeitungen.

Es mehren sich die Zeiten eines etwas verschroben, stillvergnügten Humors. Setzt Fett an. Wird „pyknischer“.

Wird schließlich wegen nächtlicher Ruhestörung energisch zurechtgewiesen. Ist darüber erstaunt, verwundert, denn man sehe ihn anscheinend für gesund an. Das sei ihm seit Jahren nicht mehr vorgekommen. Patient ist in keiner Weise gereizt, sondern scheint tatsächlich aus diesem Gedanken Kraft und Selbstsicherheit zu schöpfen und entscheidet sich kurz entschlossen, die Klinik zu verlassen.

Er müsse nur noch eine Probenacht zu Hause verbringen, die ihm auch vollkommen geglückt ist. Verabschiedet sich in herzlicher Weise, bedankt sich das eine ums andere Mal, trägt dabei etwas Triumphierendes in seinem Wesen.

Hier bestimmt die konstitutionelle Organminderwertigkeit in dem oben angegebenen Modus während einer vielleicht endogen unterlegten depressiven Verstimmung den wesentlichen Inhalt der einsetzenden hypochondrischen Befürchtungen. Daneben kommt es freilich noch zu einem Verzetteln in hypochondrischen Kleinigkeiten, Fragmenten, zu denen bei der einmal in Schwung gekommenen hypochondrischen Denk-

richtung alle möglichen Sensationen und Beobachtungen seiner körperlichen Funktion den Stoff liefern. Er mäkelt an seinem körperlichen Zustand herum, wie dies manche Pseudoquerulanten am Körper der Gesellschaft tun.

Es kommt mir aber im Zusammenhang dieses Abschnittes vor allem darauf an, hervorzuheben, daß Sensationen aus konstitutionellen oder früh erworbenen Organminderwertigkeiten zum Inhalt hypochondrischer Befürchtungen werden können. Das ist eigentlich eine selbstverständliche und banale Tatsache. Trotzdem ist es mir nicht möglich gewesen, unter meinem Material mehrere Fälle zu finden, in denen sich diese Ansicht über eine Vermutung hinaus sichern läßt. Immerhin gibt mir die Tatsache der Determinierung hypochondrischer Inhalte durch Organminderwertigkeiten Anlaß, noch einmal auf die somatischen Grundlagen für die Körpersensationen Hypochondrischer hinzuweisen.

H. Schwarz betont in seiner Arbeit über *circumscribed Hypochondrien*, daß es durch Verfeinerung der diagnostischen Mittel gelungen sei, eine organische Fundamentierung auch für solche Krankheitsbilder nachzuweisen, die man früher in Unkenntnis dieser Methoden für rein funktionell halten mußte.

Am Beispiel der Organminderwertigkeit warnt er aber vor einer Überschätzung dieser organischen Grundlage in seinem Wert als Aufbau-
element, sowie vor einer somatisch eingestellten therapeutischen Vielgeschäftigkeit. Man kann dieser Ansicht nur zustimmen. Freilich wird ja die therapeutische Polypragmasie von den Hypochondern selber meist mehr als von ihren Ärzten betrieben.

Wie schwer — jedenfalls heute noch — die körperliche Verfassung und die körperlichen Vorgänge zu beeinflussen sind, die den häufig wörtlich gleichen Klagen konstitutionell Nervöser zugrunde liegen, ist zur Genüge bekannt. Man erreicht auch hier mehr durch den Weg übers Seelische, durch Darlegung der individuellen Lebensformel, durch systematische Erziehung zur selbstverständlichen Einstellung auf diese Formel und zum ökonomischen Wirtschaften mit ihr.

Dennoch gibt es unter den ausgesprochenen Gelegenheitshypochondern eine Reihe, die ihre Krankheitsbefürchtungen aufgeben, sowie die provozierenden Sensationen beseitigt sind. Es handelt sich dabei meistens um harmlose, aber sicher organisch bedingte Beschwerden: eine leichte Angina, eine Magen-Darmstörung, schließlich jede fühlbare körperliche Beeinträchtigung. In der Regel geht auch der Affekt der Befürchtung nicht sehr tief. Er ist gleich bereit zu kommen wie zu gehen. Das Gesundheitsgefühl dieser Menschen ist außerordentlich labil, und zwar reaktiv labil. Wenn bei dem einen schwere körperliche Behinderungen oder eine plötzliche oder tiefe und breite Störung in der vitalen Schicht notwendig ist, um das Gesundheitsgefühl zu erschüttern, so genügt bei anderen ein kleiner, zuweilen komplex bedingter Anlaß, um

ein Krankheitsgefühl hervorzurufen, das freilich, wie ich schon sagte, oft sehr schmal, flach und leicht reversibel ist.

Bei dieser Gruppe von Hypochondern, die sich zum guten Teil aus den chronisch Besorgten rekrutieren, führt offenbar schon die geringe Akzentuierung eines Körperteils zum Krankheitsgefühl. Wie weit es sich dabei um eine Zerreißung des Körperschemas in *Schilders*¹ Sinne handelt, soll erst am Ende der Arbeit erörtert werden.

Jedenfalls stehen die Mißempfindungen, die zu solchen Organisierungen führen, in ihrem Aufbauwert für die hypochondrische Idee den Sensationen aus Organisierung infolge von Organminderwertigkeit sehr nahe. Beide führen in der Regel zu mehr circumscripten hypochondrischen Befürchtungen im Gegensatz zu den vielfältigen Mißempfindungen und den Beeinträchtigungen der vitalen Gefhlsschicht, denen vorwiegend auch vielfältige, zahlreiche und mehr allgemeine hypochondrische Befürchtungen entsprechen.

IV. Charakterologische Voraussetzungen der hypochondrischen Idee.

Wir sind von den hypochondrischen Randerscheinungen ausgegangen, den Mißempfindungen und den „verdächtigen“ Beobachtungen am eigenen Körper. Sie sind körperliches Gerüst und zugleich erlebter Beweis der hypochondrischen Idee. Daraus leitet sich ihre Kraft her, die hypochondrische Reaktion zu eröffnen und weiterzuleiten; zugleich aber auch ihre Doppellufigkeit: die hypochondrische Reaktion hervorrufen zu können, und durch die hypochondrische Konstellation hervorgerufen zu werden. Daneben aber wurde betont, daß diese Mißempfindungen ihre eigentümliche Färbung als hypochondrische Beschwerden und ihre hypochondrierende Kraft erst dadurch erhalten, daß sie von der „hypochondrischen Einstellung“ ergriffen werden.

Es ist eine banale Tatsache, daß diese Einstellung auf dem Boden einer augenblicklichen seelischen *Gesamtverfassung* ruhen muß; aber sie ist nicht etwa diese Gesamtverfassung selbst. Die hypochondrisch Besorgten sind ja nicht *nur* hypochondrisch, und zwar in verschiedenen Stufen, sondern daneben noch sehr vieles andere, und zwar in sehr verschiedener Weise. Dennoch gilt jede ausgesprochene hypochondrische Neigung als kennzeichnende Eigenart eines Menschen, mit der man überdies bestimmte und typisch zugeordnete Einzeleigenschaften in Zusammenhang bringt. Je mehr die hypochondrische Neigung zu einer *Gewohnheitshaltung* wird, um so mehr Raum wird sie im seelischen Haushalt einnehmen und um so leichter wird es sein, in ihr die typische Gesamthaltung des Betroffenen zu sehen. Aber auch dann wird die Typisierung noch sein, was sie immer ist: eine Karrikatur, bei der das Streichen bestimmter Merkmale so wichtig ist, wie das *Unterstreichen*

¹ *Schilder, P.*: Das Körperschema. Berlin 1923.

anderer. Am Ende führt ein solches Verfahren zur Aufstellung fundierender psychologischer Generalnennen, als der erstarrten Formel für typische Lebenshaltungen und Lebensschicksale: der Geizige, der Eifersüchtige, der Menschenfreund, der Träumer, der Tänzer usw.

Gegen die Aufstellung von Typen und Typologien läßt sich mit Recht einwenden, daß sie blasse Schemen sind gegenüber der farbigen Wirklichkeit, und daß man überdies die Menschen nach zahlreichen und sehr verschiedenartigen Typologien aufteilen kann, von denen sich jede „mit hinreichend überredender Begründung“ vortragen läßt (*Klages*¹). Trotzdem wird man überall da, wo es auf *Berechenbarkeit* seelischen Verhaltens ankommt, auch die Erkenntnis *typischer*, d. h. eben regelmäßiger und deshalb berechenbarer Zusammenhänge, Reaktionen, Verläufe anstreben müssen. Das charakterologische Räderwerk eines Menschen kann man in kleinste Radteilchen zerlegen, der Aufbau jedoch beginnt gewissermaßen erst mit den Rädern. Es kommt dabei weniger auf die Räder als auf ihr Gefüge an, und man kann dem Gefüge eines Menschen nur „im wesentlichen“, d. h. notgedrungen weglassend und unterstreichend, gerecht werden.

Der Typus, auf den es hier ankommt, ist derjenige des „eingebildeten Kranken“, so wie ihn *Molière* gezeichnet hat, und wie er in unseren charakterologischen Hausgebrauch eingegangen ist. Diese Etikette hat aber nur dann den Wert eines charakterologischen *Generalnenners*, wenn alle seelischen Regungen eines Menschen um dieses hypochondrische Zentrum kreisen. In der Regel ist sie freilich nur eine nachlässig-unzulängliche Typisierung, indem man einen Teilexponenten der Persönlichkeit als ihr Grundwesen erklärt. Dieser Brauch leitet jedoch seine praktische Rechtfertigung daraus ab, daß wenigstens der ausgesprochenen hypochondrischen Denkrichtung eine besondere seelische Konstellation zugrunde liegt, die an sich oder durch einzelne ihrer Teile doch der seelischen Gesamthaltung ein bestimmtes Gepräge verleiht.

Es wird somit notwendig, auf die charakterologischen Voraussetzungen der hypochondrischen Ideenbildung einzugehen. Die Charakterlehre ist rasch zu großem Erfolg in der Psychiatrie gekommen.

Ich verweise auf die Arbeiten von *Kehrer*, *Ewald*, *Hoffmann*, *Kahn*, in denen auch — besonders bei *Hoffmann* — über die nicht psychiatrischen Arbeiten berichtet wird².

Die Charakterologie ist das Skelet menschlicher Eigenschaften und Eigenschaftskuppelungen. Man kann von ihr nicht noch Fleisch und Gestalt verlangen. Beides liefern die Typenordnungen nach und vor allem die Einzelporträts. Eine Charakterologie kann auch nicht „voll-

¹ *Klages*: Persönlichkeit usw. Potsdam 1927, S. 137.

² Bei *Hoffmann* über die Arbeiten von *Klages*, *Apfelbach*, *Kronfeld*, *Häberlin*, daneben noch über die *Typologien* von *Dilthey*, *Spranger*, *Müller-Freienfels*, *Weininger*, *Jung*, *Kretschmer*; bei *E. Kahn* vor allem über *Wilhelm Sterns* Personalismus.

ständig“ sein, da wir erstens nicht alle Eigenschaften und Eigenschaftsverbindungen kennen, und da außerdem selbst die bekannten nur darzustellen sind, indem man sie ordnet, d. h. der Klarheit zuliebe den verdunkelnden Überschuß an Einzelheiten, Unterteilungen, möglichen Überschneidungen fortläßt. Den bisherigen Charakterologien ist gemeinsam, daß sie voneinander abweichen. Das ist selbstverständlich, da sogar bei Anwendung gleicher Ordnungsprinzipien und bei gleicher Zielsetzung die *subjektive* Wertung des Materials verschieden bleibt. Dagegen stimmen die einzelnen Autoren überein in der Meinung, daß ihre Systeme nur unzulängliche Abbilder der Wirklichkeit sind, und zwar sein *müssen*, da ja zur Erkenntnis der Wirklichkeit und zur Lehre darüber diese Wirklichkeit zerlegt werden muß. Die einzelnen Bausteine und Teilverkittungen verlieren ihren wahren Rang durch die Lösung aus der psychischen, ja psycho-physischen Gesamtheit. Immerhin erhält dieses Verfahren eine unmittelbare Vorbereitung und Berechtigung dadurch, daß auch im augenblicklichen Erleben und in der Prägung oder im Prägungswandel der einzelnen Persönlichkeiten bald diese seelische „Schicht“, bald jene Einzelzüge dominieren, und daß jedenfalls beständig eine Fülle anderer brach liegt oder nur angedeutet mitwirkt.

Es wurde eben von den Schichten des seelischen Aufbaues gesprochen. Man kann in ähnlich unzulänglich-bildhafter Weise von Bezirken, Provinzen, Regionen reden, oder vom Fundament, den Mauern, dem Dach der Fassade — immer ist gemeint, daß es große, charakterologische Einzelheiten gibt, die im Persönlichkeitsaufbau einen verschiedenen, und zwar schwankenden Rang einnehmen. Diese charakterologischen Einheiten lassen sich sondern als *Triebe*, *Gefühle* und *Affekte*, *Strebungen* und *Zielsetzungen* und schließlich *intellektuelle Begabungen*. Darunter nehmen die beiden Mittelgruppen als *Temperament* und *Charakter* (i. e. S.) den praktisch wichtigsten *Rang* ein ¹.

In welcher Schicht liegen nun die hauptsächlichlichen Determinanten der hypochondrischen Einstellung; sind es immer die gleichen oder gibt es nur einen Charakterkern für alle verschiedenen Formen hypochondrischen Denkens und hypochondrischer Syndrome?

1. Die Triebe.

Von allen seelischen Schichten sind die Triebe am stärksten körperlich gebunden. Wir trennen sie deshalb im Anschluß an *Bostroem* ², dem auch *Kahn* zustimmt, von den geistig-seelischen Strebungen, Zielsetzungen. Sie sind „biologisch fundierte Strebungen, die der Sicherung

¹ Auf die Übereinstimmung zwischen dieser Teilung und denjenigen der zitierten Charakterologien, sowie auf die Abweichung im einzelnen kann nicht eingegangen werden. Es kann sich hier nur um ein relativ grobes Ordnungsschema handeln.

² *Bostroem, A.*: Störungen des Willens. *Bumkes Handbuch.*

des Einzelwesens und der Arterhaltung dienen sollen...“ (*Bostroem*). Außer diesen beiden Trieben nach Selbsterhaltung (Sicherungstrieb) und Arterhaltung (Sexualtrieb) lassen sich noch eine Reihe anderer unterscheiden, die aber sämtlich in diesen beiden Trieben aufgehen: Fluchttrieb, Beharrungstrieb, Bewegungstrieb, Nahrungstrieb usw. oder beide umfassen, Lebenstrieb¹.

Den Trieben nachzugehen ist Lust; besonders aber ist es Qual, ihnen zu widerstreben. Sie liegen auf dem Grund alles Trachtens und Handelns, wenn sie auch, wenigstens zunächst, hinter deren verwickelten Erscheinungen nur mehr als Verwandlungen, „Sublimierungen“, Verneinungen kenntlich werden. Alle Triebe sind stark oder schwach oder pendeln zwischen beiden Extremen; aber es sind nicht alle Triebe der gleichen Persönlichkeit und zur gleichen Zeit gleich ausgeprägt und wirksam.

Da jedem Trieb der Drang nach Befriedigung innewohnt, so leuchtet ein, daß ihm eine unmittelbare, „vorbewußte“ egoistische Tendenz zugehören muß. Immerhin lassen sich auch darin noch gewisse Gradunterschiede finden, insofern nämlich dem Selbsterhaltungstrieb eine größere Selbstzuwendung eigen ist als dem Arterhaltungstrieb. Mit diesem ist zugleich ein Hauch von *Selbsthingabe* verknüpft, mit jenem die Neigung zur *Selbstbehauptung*. Dieses Grundverhalten wird fast noch deutlicher, wenn man statt von „Selbsterhaltungstrieb“ und Arterhaltungstrieb, die ja streng genommen schon in die Sphäre der seelisch-geistigen Strebungen hineinragen, von *Sicherungs-* und *Sexualtrieb* redet. Zwischen beiden besteht nun keineswegs durchgängig ein Verhältnis gegenseitiger Beeinträchtigung, so daß etwa der Sicherungstrieb zunimmt, wenn es mit dem Sexualtrieb bergab geht; aber es kann so sein, und es wäre jedenfalls möglich, daß in einer solchen Kräfteverschiebung im Triebgespann eine wesentliche Voraussetzung für die Zunahme hypochondrischer Erscheinungen während der Phasen des absteigenden Lebens liegt. Wir sehen jedoch die unverhüllten Triebe fast nie, sondern ahnen und wissen sie nur hinter ihren Sublimierungen, verschleiern den Zwecksetzungen oder hinter abnormen Erscheinungen. So gilt uns die hypochondrische Besorgtheit geradezu für ein besonderes Dokument des grundwirkenden Sicherungstriebes.

Die Triebe sind nun bekanntlich an sich stark oder schwach; ihre offenkundigen Äußerungen aber sind es nur im Rahmen der Gesamtpersönlichkeit. Wenn in der Psychiatrie vom Maß der Triebstärke die Rede ist, so meint man damit die Stärke des individuellen Geschlechtstriebes, da dieser als „Indicator besonders leicht greifbar ist“ (*Kahn*). Das ist verständlich, da der Sicherungstrieb viel weniger unmittelbar hinter seinen Verwandlungen zu spüren ist, und da er überdies von der

¹ Siehe etwa *Kretschmer*: Medizinische Psychologie.

Gesamtpersönlichkeit und ihrer Umwelt her gesehen um so mehr als „Schwäche“ erscheint, je stärker er ist.

Dies Letzte gilt aber doch nur von der besonderen Beschränkung, die der Sicherungstrieb in seiner sichtbar werdenden Gestalt als seelische Strebungen auf die *engste körperliche* und *soziale Sphäre* erhält. Bedenkt man jedoch, wie sehr aus dem Selbsterhaltungstrieb mächtige *expansive* Tendenzen entspringen können, Tendenzen, die sich um die kleinliche Sicherung von Leib und Leben nicht kümmern, dann wird die alltägliche Erfahrung bekräftigt, nach der die Triebstärke in der Selbsterhaltung wie in der Sexualsphäre zumeist den gleichen Grad von Ausprägung besitzt. Ist dies so, dann müßte in der Regel ein relativ ausgeprägter Sicherungstrieb im engen Sinne, d. h. eine *schwächliche* Prägung des Selbsterhaltungstriebes, mit einem relativ schwachen Sexualtrieb bei demselben Menschen zusammentreffen.

Die hypochondrische Besorgtheit gilt uns als *eine* sichtbare Kulisse des Sicherungstriebes. Es fragt sich nun, wie stark denn der grundwirkende Selbsterhaltungstrieb beim Hypochonder ist. Wir haben keinen unmittelbaren Maßstab dafür und der mittelbare, abgeleitet aus dem Reichtum und der Kraft „expansiver“ Selbsterhaltungstendenzen, kann erst im Kapitel von den seelisch geistigen Zielsetzungen seine Stelle finden. Es bleibt also zunächst in unseren Fällen übrig, auf das Verhalten des gebräuchlichen Maßes für die allgemeine Triebstärke, den Sexualtrieb, einzugehen.

Eindeutige Angaben sind selten und Schlüsse aus *äußeren* Daten (Ehelosigkeit, wiederholte Heiraten, „Mütterlichkeit“ usw.) zu unbestimmt, als daß sie eine Erwähnung verdienen. Dazu kommt, daß in meinem Material die psychotische Grundstörung oft genug feinere Züge verdeckt oder ihre Schatten in der „prämorbidem Persönlichkeit“ vorauswirft, deren Triebformel mit der späteren hypochondrischen Einstellung vielleicht gar nichts zu tun hat. Das gilt besonders für die *schizophrenen Hypochonder*.

Unter der Gruppe der *Manisch-depressiven* finde ich aber doch in einigen Fällen Hinweise auf eine sexuelle *Triebschwäche*, denen solche von besonderer *Triebstärke* nicht gegenüberstehen, und die jedenfalls nicht zu den kennzeichnenden Merkmalen cyclothymen Persönlichkeiten gehört.

Ein Kranker „hat sich nie mit Mädchen abgegeben“. Ein anderer ist nur mit „List und Tücke zur Heirat gebracht worden“; bei einem 30jährigen Mädchen kommt es immer nur zu „sexuellen Halbheiten“. In einigen wenigen Fällen finden sich auch Angaben über Unsicherheit in der Triebrichtung: einer ist „Weiberfeind“; ein anderer hat homosexuelle Tendenzen; ein anderer heiratete seiner Schwester zuliebe nicht. Auch unter der *psychopathischen* Gruppe finden sich nur spärliche Hinweise: der eine ist ein triebunsicherer und erotischer Renommist,

dabei alter Junggeselle und Weiberfeind; ein anderer drückt sich immer wieder um die Heirat; ein dritter lebt unverheiratet bei der Mutter; ein vierter ist seit 13 Jahren „enthaltssam“, hat nie verkehrt; zwei weitere sind ängstliche alte Junggesellen.

Unter den *chronischen Hypochondern* wird bei 2 Kranken nichts Auffälliges berichtet; einer zeigt jedenfalls keine Triebsschwäche, hat selbst auf dem Priesterseminar Verkehr gehabt und gibt wenigstens zum Teil aus erotischer Bedürftigkeit die geistliche Laufbahn auf. Ein Dritter scheint vorwiegend triebsschwach zu sein, hat aber vorübergehend (*vor* der hypochondrischen Episode) einen gesteigerten sexuellen Drang; in den übrigen Fällen wird über Triebsschwäche berichtet: „seit der Jugend wenig Bedürfnis nach sexuellem Verkehr, schließlich ganz kalt gegen alle Mädchen. „Will von Männern nichts wissen, nie Verhältnis gehabt, ist unglücklich, als sie schließlich Ende der 30 Jahre heiratet“. „35jähriger Mann, einmal Verkehr, impotent“. „Seit vielen Jahren völlige Mannesschwäche, ängstlich, wenn er nur ein Weib ansieht.“

Gegenüber so bescheidenen Angaben muß zunächst das negative Ergebnis unterstrichen werden, daß nämlich nur gelegentlich einmal, und zwar in sehr fragwürdiger, renommierender Weise, über eine ungewöhnliche sexuelle *Triebstärke* berichtet wird. Immerhin erscheint es beachtlich, daß demgegenüber doch eine viel größere Zahl von genauen Angaben in die Richtung der *Triebsschwäche* weist.

2. Die seelischen Gefühle.

Ähnlich den Trieben zeigen auch die Gefühle, Affekte, Stimmungen, „das Temperament“ eine enge körperliche Bindung und Abhängigkeit. Auf ihre Mittlerstellung im seelischen Aufbau hat *Kahn* hingewiesen. Sie sind gewissermaßen zwischen die Urtriebe und die Schicht der charakterologischen Triebfedern eingeschaltet. Damit werden sie in der Tat zum *Gefüge (Klages)* der Persönlichkeit; sie bestimmen grundlegend die Tiefe, Breite, Beweglichkeit alles Erlebens und Denkens, lähmen oder beflügeln das Handeln.

Im vorigen Kapitel wurden — wenn man sich an die *Schelersche* Nomenklatur hält — die sinnlichen und die Lebensgefühle auf ihren Rang im Aufbau der hypochondrischen Idee untersucht. Bei allem Unterschied der Strukturverhältnisse im einzelnen wurde betont, daß selbst in den Fällen, in denen man den Körpergefühlen einen provozierenden Wert nicht absprechen könne, doch eben das Primat *anderen* Aufbauelementen zukomme. Auf eines dieser möglichen Elemente wurde dabei gelegentlich hingewiesen, nämlich auf die Spitzenschicht emotionalen Lebens: die *seelischen Gefühle*¹. Sie unterscheiden sich von

¹ Eine weitere Aufsplitterung in seelische und geistige Gefühle, wie dies *Scheler* tut, halte ich für die vorliegende Betrachtung jedenfalls für unnötig kompliziert. Im übrigen verweise ich auf die Ausführungen S. 760 ff.

den Lebensgefühlen dadurch, daß sie weniger „somatisiert“ sind und daß sie „in den ganzen Ablauf psychischen Geschehens eingeordnet werden“ (*v. Kries*). Wenn man die Gemütsbewegungen, Affekte als ein Bewußtwerden organischer Erscheinungen erklärt oder besser als ein Verschmelzungsprodukt aus ihnen, wie dies *C. Lange* und früher auch *James* etwa taten, so müßte man annehmen, daß die sinnlichen und vitalen Gefühle auch die Beschaffenheit der seelischen Gefühle bestimmen. Das wäre selbstverständlich für die Genese der hypochondrischen Idee von größter Bedeutung. Man käme, wenn die Dinge so lägen, am Ende wirklich in Versuchung, sympathisch-nervöse Funktionsstörungen der Hypochondrie zugrunde zu legen und die psychische Verarbeitung als intakt anzunehmen, wie dies *Laignel-Lavastine* tut.

C. Lange lehrt: das, was gewöhnlich als Wirkung der Affekte gelte, sei ihre Ursache; und *James*: wir sind traurig, weil wir weinen, nicht umgekehrt. Gegenüber einer so atomistischen und zugleich verwischenden Auffassung erscheint die Ansicht einer emotiven Schichtung, wie die *Schelers*, sehr viel natürlicher und jedenfalls brauchbarer auch als psychopathologische Arbeitshypothese. Man kann, wie *Scheler* ausführt, „in tiefster Seele verzweifelt sein und doch jegliche sinnliche Lust erleben. Man kann selig sein und gleichzeitig einen körperlichen Schmerz erleben; man kann unfroh ein gutes Glas Wein trinken, und die Blume dieses Weines genießen. In solchen und ähnlichen Fällen wechseln nicht etwa die Gefühlszustände in rascher Abfolge...., sondern sie sind alle zumal gegeben. Ebensovienig vermischen sie sich zur Einheit eines Totalgefühlszustandes, sie werden auch nicht nur durch die Verschiedenheit ihrer objektiven Korrelate auseinandergehalten; diese verschwinden vielmehr häufig aus dem Bewußtsein, ohne daß die wesensdifferenten Gefühlszustände mit-schwänden¹.“

Ich habe diese Beispiele *Schelers* angeführt, um zu zeigen, daß die Gefühle verschiedener Schichten auch mit entgegengesetzten Vorzeichen in einem Bewußtseinsaugenblick nebeneinander existieren können, will aber damit so wenig wie er sagen, daß dies das übliche Verhalten ist. Am häufigsten findet es sich noch zwischen den Endpunkten, d. h. den sinnlichen und den seelischen Gefühlen, während sich mit der fundierenden Kraft der Lebensgefühle sowohl sinnliche wie seelische Gefühle von anderer Qualität nur schwer gleichzeitig vertragen. Wir sehen ja häufig, daß mit einem Umschwung der melancholischen Verstimmung in die Manie nicht nur die hypochondrischen Befürchtungen weggeblasen, sondern auch objektiv zureichende Körperbeschwerden oft recht erheblicher Art plötzlich „vergessen“ sind.

Es wäre ja denkbar, wie dies *Foerster* meint, daß wirklich unter dem emotiven Einfluß der euphorischen Stimmung eine neurodynamische

¹ l. cit. S. 343.

Zustandsänderung an den Zentralstätten die Schmerzreize gewissermaßen hinwegschwemmt oder jedenfalls paralyisiert.

Psychologisch gesehen aber läßt es sich so erklären, daß vor den mächtigen Lebensgefühlen des Behagens, der urtümlichen Kraft und des Gesundheitsgefühles die negativen Gefühle ihre Qualität des „Lästigen“ verlieren. Die seelische Gefühlslage der Heiterkeit schiebt überdies peinliche Mißempfindungen an den Rand des Bewußtseins, oder registriert sie ohne adäquate Gemütsbeteiligung, oder verwandelt gar die peinlichen in angenehme Sensationen. So kommt es nicht selten zu einem objektiven Mangel an Krankheitseinsicht oder besser gesagt: weniger zu einem wirklichen Mangel an Krankheitseinsicht als zu einem Mangel an Krankheitsgefühl.

Im folgenden Abriß einer Krankengeschichte kommt die „vernünftige Einstellung“ zu den Beschwerden zum Ausdruck. Die Extreme innerhalb der emotiven Schichtung vertragen eben die Gleichzeitigkeit von positiver und negativer Richtung am besten, und zwar um so eher, je mehr die Lebensgefühle dasselbe Vorzeichen haben wie die seelischen.

Beobachtung 26: Marie Z., 56 Jahre.

Echte Zirkuläre, die wiederholt wegen Depressionen und Mischzuständen in der Klinik und Anstalt war. In der Depression Neigung zu hypochondrischen Befürchtungen. Kommt diesmal in einem hypomanischen Zustand in die Klinik.

Seit mehreren Wochen leide sie unter Kopfdruck und Schwindelerscheinungen. Dazu treten noch Schweißausbrüche und Gefühle von aufsteigender Hitze nach dem Kopf zu. Ihre Stimmung ist dauernd vortrefflich. Sie fühlt sich so leicht und frei, wie sie sich noch nie gefühlt hat.

Sie hat öfter das Gefühl, als müsse sie jetzt noch ihre Jugend genießen; doch wisse sie ihre Unternehmungslust im Zaum zu halten; zu irgendwelchen unsinnigen Handlungen würde sie sich doch nicht hinreißen lassen.

Während der Exploration macht sie den Eindruck einer offenherzigen, warmempfindenden Persönlichkeit, die allerdings durch einen ziemlich geringen geistigen Horizont etwas eingengt erscheint. Die Stimmungslage ist behaglich jovial mit einem gewissen matronenhaften Einschlag. Die Einstellung zu ihren Beschwerden ist ausgesprochen vernünftig; eine elementare Beeinträchtigung durch dieselben kann ihrer Schilderung nach nicht in Frage kommen.

Es kommt in diesem Fall während einer leicht hypomanischen Verstimmung nicht zu hypochondrischen Befürchtungen, die sonst in den Depressionen bei der Kranken beobachtet wurden, und zwar obgleich eine Reihe von neuen Mißempfindungen vorhanden ist.

Aber diese Beschwerden, die gewöhnlich auch den seelisch ausgeglichenen und *nicht* depressiven Menschen an den Lebensabstieg erinnern, berühren diese Kranke nicht. Sie werden registriert, aber sie erschüttern ihr *Gesundheitsgefühl* in keiner Weise. Wenn in der Krankengeschichte bemerkt wird, daß ihre Einstellung zu den Beschwerden „ausgesprochen vernünftig“ sei, so möchte ich das nicht ganz unterschreiben. Gewiß ist es eine beneidenswerte Haltung, sowohl für die Kranke selbst, wie für ihre Umgebung; aber daß sie trotz dieser Beschwerden glaubt, jetzt

noch ihre *Jugend* genießen zu können, weist doch durchaus in die Richtung der mangelnden Krankheitseinsicht aus fehlendem Krankheitsgefühl.

Was hier im einzelnen eine hypochondrische Denkrichtung nicht aufkommen läßt wie in früheren depressiven Phasen: die gehobenen Lebensgefühle oder die Heiterkeit oder die lustbetonte Zuwendung zur Umwelt, das läßt sich nicht entscheiden, wenn auch anzunehmen ist, daß jeder Faktor dazu beiträgt. Wegen dieser innigen Verknüpfung vitaler und seelischer Gefühle von gleichem Vorzeichen sind deshalb die zirkulären Hypochonder nicht besonders geeignet, die Frage nach dem Aufbauwert und der Qualität der seelischen Gefühle zu erörtern.

Hält man sich aber an die Tatsache, daß weitaus die Mehrzahl aller hypochondrischen Eintagsreaktionen, aber auch die überwertigen Krankheitsbefürchtungen von ausgedehnter Art und langer Dauer, den deutlichen Charakter der *Befürchtung* tragen, so ist ja nicht zu bestreiten, daß in diesen Fällen ein Gemütszustand von der besonderen Färbung unlustvoller Spannung besteht, den man als Furcht bezeichnet ¹.

Nun rechnet zwar *Scheler* die Furcht sowohl wie die Hoffnung zu den *vitalen* Gefühlsfunktionen; ich bin jedoch (wie *v. Kries* u. a.) der Meinung, daß es sich hier um seelische Gefühle handelt, wenn auch Furcht und besonders Angst Gefühle sind, deren „Somatisierung“ oft sehr deutlich ist, so daß man über ihre Zuordnung zur einen oder anderen Gruppe streiten kann ².

Aber solche Übergänge gibt es ja auch zwischen sinnlichen und vitalen Gefühlen, und sie bestätigen hier wie überall in derlei Fällen das Recht auf Trennung. Es wurde erwähnt, daß der subjektive Wert der Körpergefühle Hypochondrischer bestimmt wird durch die augenblickliche seelische Konstellation. Wenn dies so ist, dann ist anzunehmen, daß in dieser Gesamthaltung auch seelische Gefühle von bestimmter Qualität enthalten und für die Entstehung der hypochondrischen Idee mit wirksam sind. Von welcher *besonderen* Artung diese Gefühle sind,

¹ Eine so scharfe Trennung zwischen Furcht und Angst, wie sie etwa *L. Braun* vornimmt, kann ich nicht begründen. Angst ist nach ihm „eine primitive, instinktive hereditäre, vor jeder Erfahrung bestehende Empfindung“, während die Furcht „immer bewußt ist und sekundär auf der Ebene des Schauens entstehend, von ängstlichen Vorstellungen erfüllt ist.“ „Furcht ist immer objektbezogen, Angst objektlos“. Die Angst hält *Braun* deshalb für eine Empfindung, die Furcht sogar für eine Wahrnehmung. In der Tat unterscheidet auch im Deutschen der Sprachgebrauch zwischen beiden Begriffen (was *Braun* bestreitet), und zwar derart, daß *Angst* häufiger objektlos fungiert als *Furcht*; ferner daß *Angst* die größere Intensität bezeichnet und gleichzeitig die größere Bindung ans Körperliche und ihre Auswirkung in ihm. Einen prinzipiellen Unterschied aber kann ich nicht finden. Ähnlich wie *Braun* behandelt *K. Goldstein* in tiefschürfender Weise das Problem der *Angst*.

² In der Regel rechnet man ja Freude, Furcht, Zorn usw. zu den „Affekten“, auf deren innige Beziehung zu den „Organempfindungen“ unter anderen *Störring* hingewiesen hat.

läßt sich im einzelnen jedoch schwer feststellen und mehr aus Begleitumständen ableiten. Niemand kann heiter oder sogar ausgelassen fröhlich sein und zugleich um seine Gesundheit bangen; und schwerlich wird jemand, der ruhig-ausgeglichener, ja gleichgültiger Stimmung ist, ängstliche Zweifel und Befürchtungen für seinen Körper hegen. Es läßt sich demnach vermuten, daß den seelischen Gefühlen wenigstens in den Fällen, in denen sie eine genetische Bedeutung für hypochondrische Befürchtungen erlangen, die Betonung des Negativen, die Qualität der Unlust zukommt. Je mehr die hypochondrische Idee aus dem Stand *depressiver* Verstimmung herauswächst, um so näher kommt das stützende Unlustgefühl der Qualität des Kammers; und es kommt um so näher der Qualität der Furcht, je weiter der Kummer zurücktritt gegenüber der größeren Aktivität allgemeiner oder isolierter Besorgnis.

I. S. Szymansky¹ hat auf Grund von Krankheitsgeschichten der Wiener Klinik 5 Qualitäten von Gefühlslagen aufgestellt, zwei Arten der Lust und drei der Unlust. Den gemeinsamen Strukturkern sieht er in dem *Bewußtsein des eigenen Könnens*; er unterscheidet:

1. Lust des ungehemmten Könnens (Lebenslust),
2. Lust des bereicherten Könnens (Lust der Einsicht),
3. Unlust des Nichtkönnens (Traurigkeit, Kummer),
4. Unlust des unzureichenden Könnens (Angst, Unlust der Gefährdung),
5. Unlust des gehemmten Könnens (Unlust des Widerspruches, Zorn).

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß es sich hier um sehr kompliziert gebaute Gefühlslagen handeln muß. Nach Ansicht des Autors „nehmen sie auch die gesamte Persönlichkeit in Anspruch, indem sie eine Widerspiegelung des aktuellen Gesamtzustandes des Subjektes sind“. Darin liegt es auch begründet, daß Szymansky seinen Gefühlslagen weitgehende Unabhängigkeit von auslösenden Wahrnehmungen und Vorstellungen zuerkennt, so wie ich vom Primat der seelischen Einstellung über die Körpergefühle gesprochen habe. Wenn ich auch nicht der Meinung bin, daß diese Gefühlslagen von besonderer Tönung gewissermaßen als Reflex *über dem Bewußtsein* des eigenen Könnens oder Nichtkönnens schweben, so glaube ich doch, daß mit der Formulierung Szymanskys immerhin die Abhängigkeit dieser Gefühlslagen von den seelischen Strebungen gekennzeichnet ist.

Ob es überhaupt einen zeugenden Affekt von *spezifischer* Färbung für die hypochondrische Idee gibt, ist aus meinen Krankengeschichten nicht mit Sicherheit festzustellen. Soweit diese Ideen wie in den endogenen Depressionen oder in den depressiven Zuständen bei Paralyse und Schizophrenien etwa, mit der depressiven Verstimmung einsetzen

¹ Szymansky, I. S.: Gefühl und Erkennen. Abh. Neur. usw. H. 33, Berlin 1926.

und an sie gebunden bleiben, ist anzunehmen, daß auch die in der depressiven Gemütslage enthaltenen seelischen Gefühle einen gewissen Aufbauwert besitzen. Wenn sie ihn aber besitzen, so müssen sie sich auch von der einfachen Gefühlslage des Kummers und der Traurigkeit, die ja beide in verschiedenen Schattierungen den üblichen depressiven Inhalten wie Verarmungsideen und Selbstvorwürfen zugesellt sind, unterscheiden; dieser Unterschied liegt in der Beimischung von Furcht. Halten wir uns an *Szymanskis* Tafel, so entspräche das der Unlustgruppe aus unzureichendem Können, d. h. der *Unlust der Gefährdung*¹. Das ist weniger selbstverständlich, als es zunächst erscheint, wenn man bedenkt, daß es sich ja um Gemütszustände handelt, die ein *Weg* zur hypochondrischen Idee sein sollen und keine Gefühlsbegleitung; und wenn man sich außerdem der alten Erfahrung erinnert, daß für viele psychopathische Dauerhypochonder die Beschäftigung mit ihren Krankheiten die Quelle eigenartiger Lust ist, einer *sekundären* Lust freilich, d. h. einem Lustgewinn aus der Befriedigung bestimmter seelischer Tendenzen. Sehen wir von erborgten Gefühlen solcher Art ab, so darf immerhin so viel als sicher gelten, daß in einem Persönlichkeitsgefüge von euphorischer Beschwingtheit hypochondrische Ideen zu den großen Ausnahmen gehören, ja daß diese scheinbaren Ausnahmen geradezu der sichtbare Ausschlag einer noch so flüchtigen depressiven Schaltung sind.

Positiv gewandt läßt sich demnach sagen, daß ein Persönlichkeitsgefüge von depressiver Schattierung — wenn auch in der leichtesten Art des Unfrohen — eine notwendige Voraussetzung für das Hervorbringen und Festhalten hypochondrischer Ideen ist. Es wurde schon früher darauf hingewiesen, daß deren Form um so näher der überwertigen Gruppe steht, je stärker die bedeutungsschaffenden Affekte sind; und um so näher der wahnhaften (phantastischen oder chronisch-systematisierenden) Gruppe, je mehr diese genetischen Affekte in den Hintergrund treten vor den nicht weiter ableitbaren, affektfreien Bedeutungsgefühlen. In meinem Material läßt sich ein depressiver Stimmungseinschlag in jedem Fall nachweisen; in keinem dagegen eine Euphorie oder auch nur eine ruhige Heiterkeit, solange hypochondrische Ideen konzipiert oder ernstlich festgehalten werden. Neben dieser gemüthlichen Verschattung

¹ Wie sehr diese abgeleiteten Gefühlszustände abhängig sind vom Charakter im engeren Sinne, geht gerade aus einigen Ausführungen *Szymanskis* zu dieser Unlustgruppe hervor: „Die Schwäche, die das Bewußtsein der Hilfslosigkeit entstehen läßt, wird um so peinlicher empfunden, als diese Individuen im Gegensatz zu den oben geschilderten, von Kummer gebeugten Lebensüberdrüssigen durchaus keinen Mangel an Daseinsfreude, an dem Wunsch nach Lebensgenuß erfahren. Besorgt um dieses, ihr höchstes Gut, richten sie ihre Gedanken öfters in die Zukunft mit der bangen Frage, die sie an das Schicksal stellen: ‚Was wird dann mit mir?‘... Obwohl ihr Wunsch nach dem Dasein nicht die hohen Grade erreicht, die wir bei den Lebensfrohen feststellen...., geht noch deutlich ihr Hängen an der Existenz aus ihrer öfters gebrauchten Behauptung hervor, sie möchten für die ‚anderen‘ leben.“

allgemeiner Art wird überdies auffallend häufig eine Reihe von seelischen Einzelzügen genannt, die insgesamt auf das „*Temperament*“ hinweisen, und zwar auf das Maß der Eindrucksfähigkeit, auf die Beweglichkeit der Erlebnisverarbeitung und auf die Art seiner schließlichen Bewältigung. Die Angaben lauten im wesentlichen auf *Ängstlichkeit* (Schreckhaftigkeit), *Weichmütigkeit*, *Empfindsamkeit*, *zweiflerische* und *grüblerische Schwerbeweglichkeit* (darunter auch schwernehmend, entschlußschwer) sowie auf *anankastische* Züge (deren gewissensängstliche, skrupulös-empfindsame Temperamentsvoraussetzungen ja bekannt sind).

Im einzelnen werden erwähnt:

	Ängstlichkeit	Empfindsamkeit	Weichmütigkeit	Grübl. Schwerbeweglichkeit	Anankastische Züge
Psychopathie (25)	9 mal	7 mal	3 mal	6 mal	4 mal
Manisch-depressives Irresein (40) *	14 „	13 „	6 „	—	3 „
Schizophrenie (15)	6 „	5 „	2 „	2 „	3 „
Chronisch-hypochondrisches Syndrom (8)	6 „	5 „	2 „	2 „	3 „
Klimakterische Verstimmung (4)	1 „	1 „	—	—	2 „
Organische Grundstörung mit hypochondrischem Syndrom (8)	2 „	—	2 „	2 „	—

* Daneben in 19 Fällen ängstliche Färbung der depressiven Phase.

Bei dieser Zusammenstellung ist jedoch zu bedenken, daß es sich um „Eigenschaften der prämorbidten Persönlichkeit handelt, und daß daher vor allem die Gruppe der Ängstlichkeit infolge der psychotisch bedingten“ ängstlichen *Grundstimmung* eine noch höhere Zahl aufweisen müßte. Bei den Melancholien habe ich schon darauf hingewiesen; aber auch alle klimakterischen Verstimmungen zeigen einen *ängstlichen* Grundton, ebenso 7 von den 8 hypochondrischen Syndromen bei organisch Kranken.

3. Die seelischen Triebfedern.

Mit Recht gilt der Charakter im engeren Sinne, das sind die seelischen Triebfedern, Strebungen, Zielsetzungen, trotz seiner körperlichen Fundierung für beweglicher, einflußbarer als das Temperament und die Urtriebe. Diese *treiben* die Persönlichkeit, der Charakter aber *steuert* sie. Alle Möglichkeiten dieses Getriebenwerdens und Treibens lassen sich auf 2 Grundrichtungen zurückführen, die einander so ausschließen, wie das Aus und Ein des Atmens selbst. Es sind das die Richtungen auf das Ich oder auf die Umwelt (*Kahn*), die Intro- und Extraversion (*Jung*), die Selbstbehauptung und die Selbsthingabe (*Klages*). In diesen

Formulierungen klingen hinter den seelischen Triebfedern die Urtriebe der Selbsterhaltung und der Arterhaltung noch unmittelbar an, auf deren Richtungsunterschied ja bereits hingewiesen wurde.

Persönlichkeiten von so ausschließlicher Einstellung auf das *Ich* oder die Umwelt gibt es freilich nicht; nicht einmal in den begrenzten Augenblicken einer seligen Selbstopferung für andere oder einer gänzlichen autistischen Ummauerung. Über die — typisierende — Zuweisung eines Menschen zur einen oder anderen Gruppe entscheidet die *vorwiegende* Tendenz. Dabei können beide Strebungen *absolut* stark oder schwach oder in *Relation zueinander* schwach oder stark sein. Welche seelischen Verflechtungen hierbei vorstellungsmöglich sind, hat *Klages* am charakterologischen Grundgewebe gezeigt und *Jung* in einer Typenordnung, während *Kahn* unter der Vielgestalt psychopathischer Persönlichkeiten den grundlegenden Strukturwert der beiden Einstellungen nachwies.

Ich habe oben erwähnt, daß dem Selbsterhaltungstrieb sehr *aktive* Tendenzen entspringen können, Triebfedern der Selbstbehauptung, die darauf abzielen, sich die Umwelt dienstbar zu machen oder mindestens die eigene Persönlichkeit *durchzusetzen*. Bei schwächerer Ausprägung solcher Selbstbehauptungstriebe kommt es nur mehr zu einem Streben, die Persönlichkeit zu *bewahren*, und schließlich — aus der Verteidigungsstellung heraus — sie zu *sichern*. Wie weit diese abnehmende Schwäche der Selbstbehauptungsstrebungen absolut ist oder nur in Relation zu der Hingabe oder auch zu anderen Strebungen der Persönlichkeit besteht, soll nicht erörtert werden. Es mag genügen, darauf hinzuweisen, daß der Selbsterhaltungstrieb hier in der Schicht der seelischen Strebungen seine Abwandlung zur „egoistischen“ Einstellung erfährt. Der Egoismus gilt seit langem als ein kennzeichnendes Merkmal der Hypochonder, und die älteren Autoren haben das — wie sie meinten — *ausschließliche* Vorkommen von *männlichen* Hypochondern mit dem *männlichen Egoismus* (im Gegensatz zum weiblichen Altruismus) in engste ursächliche Beziehung gebracht.

Wir nennen jemanden dann egoistisch, wenn er, immer nur auf sein Wohl bedacht, eigennützig handelt. Daß es jedoch nicht *einen* Egoismus gibt, sondern viele Formen egoistischen Verhaltens, die sich nach Aufbau und Äußerung wesentlich voneinander unterscheiden, ist oft betont worden¹. Es gibt starke und schwache Egoisten, oder besser *sthenische* und *asthenische* Menschen mit egoistischer Grundhaltung. Denn die Stärke und Schwäche bezieht sich nicht auf die Ausprägung der egoistischen Einstellung, sondern auf ihre Durchschlagskraft. Dabei

¹ Ich verweise hier im besonderen auf die bekannte Tabelle von *Klages* über „Die persönliche Selbstbehauptung oder der Egoismus“, sowie auf die grundsätzlichen Ausführungen von *Kahn* über die Ich-überwertenden und unterwertenden dystonen Psychopathen.

ist zugleich ihre Richtung vorgebildet: denn wenn auch schließlich jeder Egoismus abzielt auf eine Bereicherung des *Ich*, so ist der sthenische Egoist doch im wesentlichen *sachlich* orientiert, d. h. auf die *Umweltwerte* eingestellt; freilich nicht um ihrer selbst willen, sondern um der Beziehungswerte willen, die ihm aus ihrem Besitz zufließen. Dagegen ist der asthenische Egoist, nicht instande, seinen egoistischen Tendenzen die erforderliche Schlagkraft zu geben, darauf bedacht, sich gegen die Ansprüche der Umwelt zu sichern; zugleich aber bleiben die eigenen Ansprüche an diese Umwelt in einem vorgetäuschten Erleben ihrer Werte stecken, womit der eigene Urwert zu einem erborgten Überwert ausstaffiert wird. Bei einer zweiten Gruppe asthenisch-egoistischen Verhaltens aber kommt es zu einer vorwiegenden Einstellung auf die eigenen Gefühlszustände und damit zu einem Absehen von der Umwelt. *Scheler*¹, der auf das Vorkommen dieses Gefühls-egoismus bei Hypochondern hinweist, bezeichnet ihn als Egotismus. Wir stellen ihn als *introspektiven Egoismus* (passiven, asthenischen, narzistischen Gefühlsegoismus) dem *expansiven Egoismus* (aktiven, sthenischen Bereicherungsegoismus) gegenüber und bezeichnen die schillernde, ewig um das unerfüllte *Ich* kreisende Einstellung der mittleren Gruppe als *egozentrisch*. In der Realität menschlichen Verhaltens überschneiden sich diese typisierten Einstellungen, und was wichtiger ist, es finden sich häufiger *egoistische Teilstrebungen* als *Total egoismen*. Ich hebe das hervor, weil zwar die hypochondrische Einstellung nicht wohl möglich ist ohne ein Mitschwingen egoistischer Tendenzen, vor allem aus der Gruppe des introspektiven Gefühlsegoismus; weil aber andererseits die Erfahrung — vor allem im eigenen Bekanntenkreis — immer wieder lehrt, daß viele hypochondrisch Labile *keine* egoistische *Grundhaltung* haben, sondern nur egoistische *Einzel Tendenzen*, und zwar häufig ganz isolierte Bewahrungs- und Sicherungs-Egoismen, die dann wirksam werden, sowie die körperliche Unversehrtheit subjektiv in Frage steht. Es gibt, wie schon erwähnt wurde, auch *Familienhypochondern*. Ihre übertriebene Ängstlichkeit um das leibliche Wohl ihrer Angehörigen entspringt häufig genug *altruistischen* Tendenzen, wie schon das echte Mitgefühl und die aufopfernde Pflege dartun; aber es gibt auch eine Gruppe von ausgesprochen egoistischen Familienhypochondern, die in der Erkrankung anderer nur das eigene Ungemach sehen und deren Einstellung in Sätzen zum Ausdruck kommt wie: „wer hat es denn?“ und „oh Gott, hab *ich* eine Nacht gehabt“.

Geht man von der hypochondrischen Idee aus, so ist nicht zu bestreiten, daß sie eine besondere Prägung Ich-gerichteter Tendenzen ist. Da sie überdies den Charakter ängstlicher Sorge ums Dasein trägt, ist zu vermuten, daß die egoistischen Tendenzen asthenisch-sichernder

¹ l. c. S. 249.

Natur sein werden. Und da der Hypochonder außerdem dauernd hinter seinen Körpergefühlen her ist, und dadurch von der Einstellung auf die Umwelt abgezogen wird, so liegt es nahe, noch eine besondere introspektive, gefühlsegoistische Färbung seiner Ichtendenzen anzunehmen.

Mein Material scheint nun auf den ersten Blick eine solche Annahme nicht zu rechtfertigen. Ein egoistisches Verhalten wird, außerhalb der hypochondrischen Einstellung unter den 100 Fällen nur 30mal ausdrücklich hervorgehoben. Ich glaube, daß dieses geringe Ergebnis viel weniger an einer vielleicht unzulänglichen Anamnese liegt, als daran, daß es sich in den verbleibenden Fällen um *Teilegoismen* handelt, die in der hypochondrischen Reaktion ihre Auferstehung erleben. Dafür spricht auch die Verteilung auf die einzelnen klinischen Gruppen.

Psychopathien (25 Fälle)	9mal
Manisch-depressives Irresein (40 Fälle)	6mal
Schizophrenien (15 Fälle)	6mal
Chronische Hypochondrie (8 Fälle)	6mal
Klimakterische Depression (4 Fälle)	2mal
Organische Erkrankungen (8 Fälle)	1mal.

Darnach bedarf die Bildung chronisch hypochondrischer Syndrome anscheinend in viel höherem Maße einer egoistischen Grundhaltung (die übrigens in keinem meiner Fälle als expansiv bezeichnet werden kann) als die hypochondrischen Episoden im Verlauf psychotischer Grundstörungen, die offenbar imstande sind, introspektive Teilegoismen zu manifestieren.

4. Der Stoff der Persönlichkeit.

In Arbeiten über den Persönlichkeitsaufbau wird dem Material des Charakters, d. h. der Summe stofflicher Inhalte, wie Wissen, Vorstellungsschatz „Intelligenz“ der geringste Raum zugewiesen. Daß diese Materie die Einzelpersönlichkeit in entscheidender Weise prägen kann, ist jedoch kaum zu bestreiten. Sie ruht auf den übrigen Schichten der Persönlichkeit und ist abhängig vor allem vom „Temperament“, aber sie beeinflusst auch ihrerseits die Zielstreben und das praktische Handeln. Ein kluger Mensch wird anders denken und häufig anders handeln als ein dummer, auch wenn beide auf dem gleichen Trieb- und Temperamentsockel stehen. Deshalb sind beide als Persönlichkeit ebenso weit voneinander unterschieden wie ein triebschwacher Gescheiter von einem triebstarken oder ein gemütsarmer Dummkopf von einem gemütvollen.

Mein Material bestätigt nun die alte Erfahrung, daß es gescheite und schwachsinnige Hypochonder gibt und daß sich die Mehrzahl weder nach der einen noch nach der anderen Seite auszeichnet. Daß jemand, der beweglicheren Geistes ist, sich auch mehr und häufiger wechselnde Krankheiten einbilden kann als ein Schwerfälliger, läßt sich erwarten,

es ist aber nicht die Regel, und gerade unter meinen chronischen Hypochondern findet sich mit einer einzigen Ausnahme keiner, der über den Durchschnitt begabt oder geistig besonders beweglich ist; dagegen drei mit einem ausgesprochen verbissenen Denken.

Es ist mir einige Male geglückt, eine beginnende hypochondrische Reaktion abzubiegen, aber nur bei intelligenten Menschen. Sie hatten sich besonders deshalb in ihre Ideen verrannt, weil man ihre Sensationen immer als „Einbildungen“ abtat. Sie korrigierten ihre Ideen, als ihre Sensationen gewissermaßen sanktioniert wurden, und man ihnen sogar eine besondere körperliche „Feinfühligkeit“ zugestand. Den Mechanismus der hypochondrischen Idee verstanden sie dann sofort, und waren nun wirklich befreit, weil sie sich nicht mehr für krank halten mußten.

Aber abgesehen von solchen oberflächlichen Unterschieden kann ich unter meinen Kranken innerhalb der materialen Persönlichkeitsschicht keinen *bestimmenden* Faktor für die hypochondrische Idee finden. Nur drei Eigenschaften werden öfters genannt; dennoch bin ich nicht der Meinung, daß in ihnen eine wesentliche Voraussetzung für das hypochondrische Denken überhaupt liegt. Das sind: *Phantasie*, *unklares Denken* und die Neigung zu *abergläubischen Ideen*. Meine Kranken verstehen unter *Phantasie* Beweglichkeit im Vorstellungsablauf, und zugleich Reichtum an Einfällen darüber, was alles sein und eintreffen könnte; und zwar im wesentlichen in der Richtung auf *unangenehme* Ereignisse. Eine ausgesprochene „gezügelte“ Phantasiebegabung, oder auch nur eine mehr als durchschnittliche Neigung zu Wachträumereien habe ich auch in diesen Fällen nicht ermittelt.

Das *unklare Denken* scheint sich mit einem Reichtum an Einfällen schwer zu vertragen, findet sich aber doch häufig genug bei „schwachsinnigen“ Erfindern. Unter meinen Kranken treffen beide Merkmale nur in einem Fall zusammen. Dieser Denkmodus zeichnet sich bisweilen durch Schwebbeweglichkeit und grüblerische Verbohrtheit aus; an sich aber will er nur besagen, daß der Denkende den Stoff nicht nach sachlichen Abhängigkeiten gliedern kann. Das *abergläubische Denken* ist mit seinen Voraussetzungen so sehr in anderen, besonders affektiven Persönlichkeitsschichten gegründet, daß es nur zum Teil auch als Denkform mit in die materiale Schicht hineinragt.

Es ist ein Denken, das vor dem Zuendedenken kapituliert, gleichviel, ob diese Kapitulation erzwungen ist oder erstrebt wird. Vor allem aber ist der Aberglaube Ausdruck beklemmender Unsicherheit vor der Zukunft, den augenblicklichen Fügungen des Lebens, dem „Schicksal“: durch diesen Druck wird die sachliche Unberechenbarkeit im Irdischen als magische Berechenbarkeit auf die Ebene zwischen Himmel und Erde geschoben. Je nach der Schwäche oder Stärke der Persönlichkeit, nach ihrer pessimistischen oder optimistischen Grundeinstellung überwiegen

die abergläubischen Furchtideen oder die abergläubischen Hoffnungen und Gewißheiten um künftige Erfolge. Von diesem *optimistischen* Aberglauben ist bei meinen Kranken nichts zu finden.

Sie bleiben auch darin ängstlich und zaghaft und kommen über abergläubische Halbheiten nicht hinaus. Nur zweimal finde ich ein abergläubisches Paktieren um das Gelingen alltäglicher Anforderungen, wie man es häufig bei Zwangspsychopathen antrifft. Es ist dies das heimliche und verheimlichte „Rückgrat“ mancher Selbstunsicheren, wie ja dem Aberglauben nicht selten eine private Sicherungstendenz zugrunde liegt.

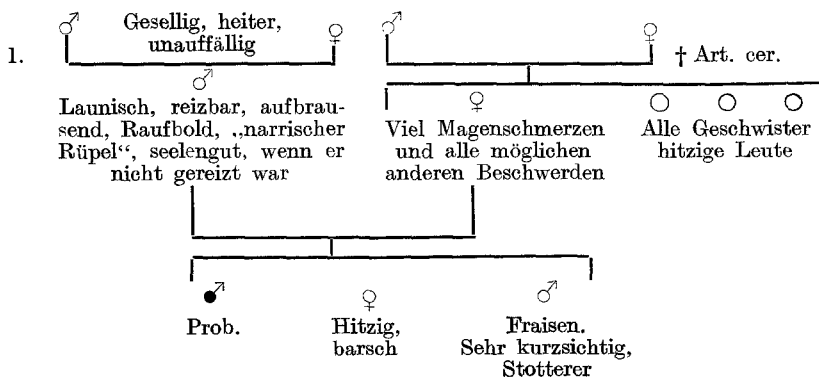
Abergläubisches Denken und unklares Denken sind keine notwendigen Bedingungen für die Bildung hypochondrischer Ideen. Immerhin weist das eine auf ein allgemeines Sicherungsstreben hin, und das andere fördert gelegentlich ein medizinisches Halbwissen, das manchem hypochondrisch Labilen gefährlich ist. Dagegen kommt der „Phantasie“ als der Kraft, nicht Gegebenes sich einzubilden, eine größere dynamische Bedeutung zu. Freilich wirkt in meinen Fällen die „Phantasie“ lediglich auf die *Richtung* der Krankheitseinbildung.

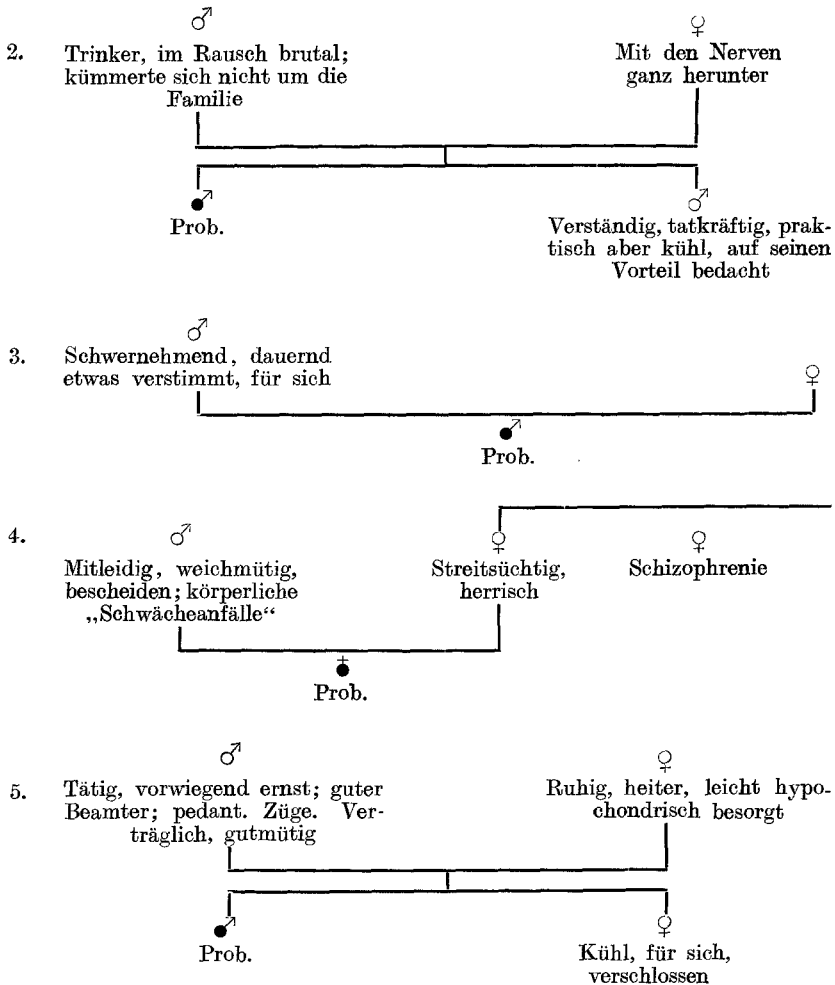
V. Erbgrundlagen.

Es ist nun die Frage, ob sich in den Familientafeln meines Materiales Hinweise finden darauf, daß der hypochondrischen Ideenbildung bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder Merkmalsgruppen oder eine einheitliche Bereitschaft (Labilität) oder auch eine besondere Schichtung heterogener Erbanlagen zugrunde liegen.

a) Psychopathie mit chronisch-hypochondrischem Syndrom.

In 2 Fällen wird nichts Besonderes berichtet; in einem nur, daß der Vater tuberkulös war und daß dessen Schwester in hohem Alter geisteskrank wurde. Nähere Angaben finden sich bei folgenden Kranken:





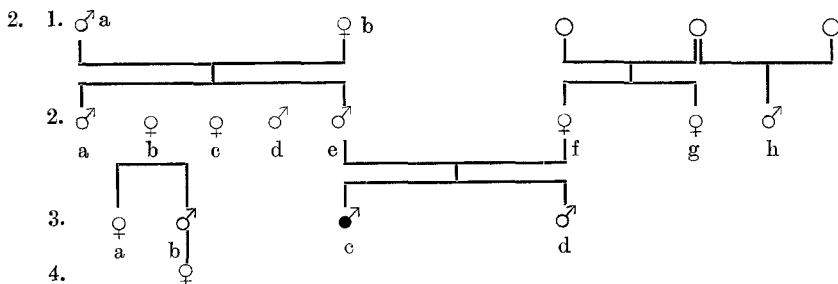
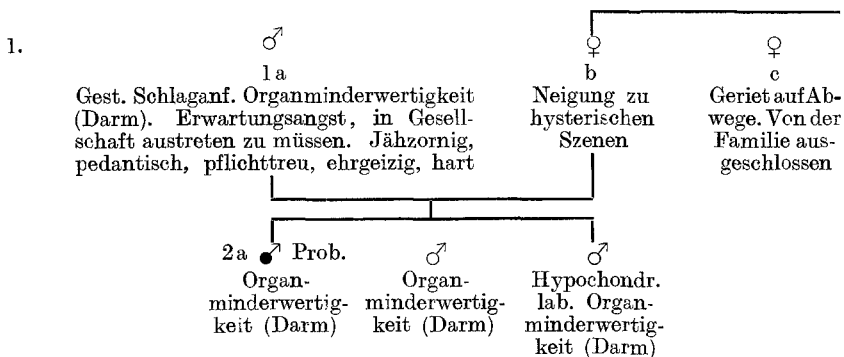
Es besteht also nur im letzten Fall ein Hinweis auf eine „fertige“ hypochondrische Labilität (bei der Mutter des Probanden). Im ersten Fall ist ebenfalls die Mutter des Probanden mit ihren Klagen über alle möglichen Beschwerden wenigstens verdächtig für ein hypochondrisches Lamento. Bei Fall 4 werden die „Schwächeanfälle“ des Vaters hervorgehoben. Unter den Einzelmerkmalen tritt eine egoistische Grundhaltung — und zwar von expansiver Färbung — 3mal hervor; eine starke Affizierbarkeit mit explosibler Entladung 1mal; mit erschwelter Ableitung 3mal. Ein Kranker hat einen stotternden Bruder. In Fall 4 zeigen die Eltern eine auffällige Gegensätzlichkeit in der „engeren“ Charakteranlage.

Wahrscheinliche Belastung mit Schizophrenie wird einmal erwähnt. Hinweise auf zirkuläre Psychosen finden sich nicht.

b) Psychopathie mit hypochondrischer Labilität.

In dieser Gruppe ist die Ausbeute gering. Bei 12 Kranken wird über eine besondere „Belastung“ oder auffällige Persönlichkeitsmerkmale in der Familie nichts berichtet. In einem Fall findet sich in der Ascendenz (Mutters Bruder) *Schizophrenie*; über ein Vorkommen zirkulärer Psychosen wird nichts erwähnt. Eine „nervöse“ Reizbarkeit wird 3mal angegeben: bei Vater oder Mutter oder Schwester. Im übrigen finden sich 3 hitzige, jähzornige Väter; ein lebhafter und lustiger; ein umständlicher, schwerfälliger; ein empfindsamer, weichmütiger.

Genauere Angaben bringen folgende 3 Tafeln:



1. a —

1. b Migräne.

2. a Verfolgungswahn, hörte Stimmen, 20 Jahre lang wechselnd geisteskrank; zeitweise interniert.

b Schrullig, launenhaft.

c Suicid aus Liebeskummer.

d Migräne.

e Migräne, Alkoholiker. Temperamentvoll, eitel, optimistisch, zeitweise

Depression. Selfmademan: Vom Schlosser zum Generaldirektor. Im Alter hilflos wie ein Kind.

f Listig, heimtückisch, vergnügungssüchtig. „Ordinär“. Schlechte Schülerin. Wortneubildungen. Ausgezeichnetes Gedächtnis.

g Epilepsie.

h Erstach sich, weil er einen Wechsel nicht bezahlen konnte.

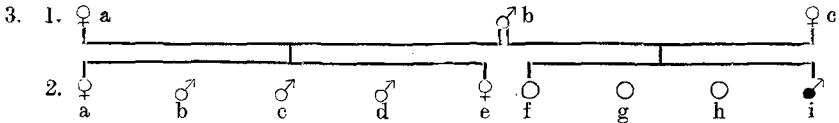
3. a Schwachsinnig.

b Lues (?)

c Proband.

d Unstet, „haltlos“, sexuell pervers (Sadist).

4. Idiotisch.



1. a —

b Leicht aufgeregt, dann ernst, sonst guter Laune aber schwerlebig; früher viel gelacht. Nach dem Tode eines Sohnes nicht mehr. Kopfhängerisch, „studiert dann für ein paar Stunden“. Nach dem Tode der ersten Frau schwermütig. Eigensinnig, jähzornig.

c „Nie recht gesund; wenns heiß ist — und nicht wenns kalt ist.“ „Herzschwach“, appetitlos, den ganzen Winter im Bett gelegen. Gern für sich allein, wehmütig, immer gern geweint; wohlthätig; gut zu ihren Stiefkindern. Will keinen Arzt.

2. a Dem Vater ähnlich, jähzornig.

b Begabt, ernst, Geistlicher.

c Ähnlich wie b, aber weniger begabt, ebenfalls Geistlicher.

d Leichtlebiger, durfte aber vom Vater aus keine Lustbarkeiten mitmachen. Im Krieg gefallen.

e f, g, h klein gestorben.

i Proband.

Das klinische Bild aller 3 Probanden zeichnet sich aus durch vielfältige und lange Zeit festgehaltene hypochondrische Ideen. Im ersten Fall handelt es sich um einen triebunsicheren, reizbar mißmutigen, vorwiegend kühlen, empfindsamen Menschen, von ehrgeiziger, überkompensierender, egoistischer Einstellung; intellektuell begabt; körperlich: Organminderwertigkeit (Darmspasmen und Affektdiarrhöe). Der zweite Kranke ist ein triebschwacher, reaktiv labiler, empfindsamer, selbstsüchtiger, überwiegend passiv, begabter Astheniker. Beide Fälle zeigen anankastische Züge. Der dritte Proband ist ein triebschwacher, ängstlich schüchterner, empfindsamer, wehmütig-schlaffer, passiv-autistischer, wenig begabter junger Mensch, der den väterlichen Hof übernehmen soll und in Angst vor der nun notwendigen Heirat hypochondrisch erkrankt.

In den Familientafeln wird nur einmal über eine *hypochondrische Labilität* (bei einem Bruder des Probanden) berichtet. In demselben

Fall besteht eine familiäre Organminderwertigkeit des Darmes. Eine Gegensätzlichkeit zwischen väterlichen und mütterlichen Charakterzügen findet sich in dieser und der zweiten Tafel: hysterische Mutter-pedantischer, selbstunsicherer, überkompensierender, pflichttreuer Vater und: Vater expansiver Egoist mit offenbar stark zyklotyphen Temperamentseinschlägen neben einer passiv-selbstsüchtigen, „heimtückischen“ Mutter, deren „eigenartige“ Gesamthaltung und deren Neigung zu Wortneubildungen noch besonders den Verdacht auf starke schizoide Einschläge unterstreichen. Bei dem Bruder des Probanden wird die sexuelle Triebverzerrung ins Sadistische betont. Im übrigen findet sich bei diesem Kranken von der väterlichen Seite her Belastung mit Migräne, von der mütterlichen mit Epilepsie.

Die Familientafel des 3. Falles zeichnet sich aus durch die gemeinsame Grundhaltung einer „konstitutionell depressiven Verstimmung“ beim Elternpaar, wobei der sthenischere Vater offenbar mehr der psychopathisch verstimmten Form angehört, die Mutter mehr der endogenen melancholischen. Bei dieser besteht zudem ein schweres Krankheitsgefühl mit hypochondrisch anmutender Verarbeitung. Doch ist die Angabe, daß sie „keinen Arzt will“, viel kennzeichnender für das Verhalten einer Melancholischen mit vitalem Krankheitsgefühl als für das Verhalten einer hypochondrisch Besorgten.

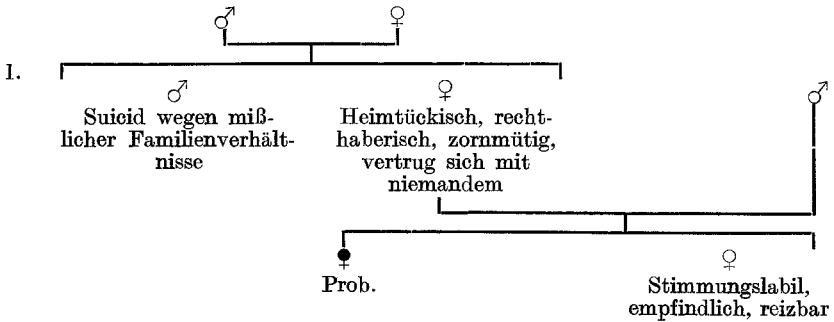
c) Schizophrenie mit hypochondrischem Syndrom.

In keinem Fall wird über hypochondrische Reaktionen oder Entwicklungen unter den Verwandten berichtet. Nur bei 2 Kranken sind Besonderheiten verzeichnet, die über die Belastung mit schizophrenen Psychosen hinausgehen und die möglicherweise in sich, oder im Zusammentreffen mit der schizophrenen Anlage, von konstituierender Bedeutung für das hypochondrische Syndrom bei den Probanden sind. Es finden sich nämlich zyklotype Temperamentseinschläge einmal bei der Mutter, die als fähige Frau von immer gutem Humor geschildert wird, und ein andermal bei der M.s M., einer sehr tüchtigen, humorvollen Frau, sowie bei der Schwester des Probanden, die stets vergnügt und guter Dinge ist. Die Lustigkeit des Vaters wird noch in einem 3. Fall hervorgehoben; hier finden sich außerdem „Angstzustände“ bei einem Onkel mütterlicherseits. Die Probandin litt selbst an Angstattacken, und zwar bereits *vor* der Psychose.

d) Manisch-depressives Irresein mit hypochondrischem Syndrom.

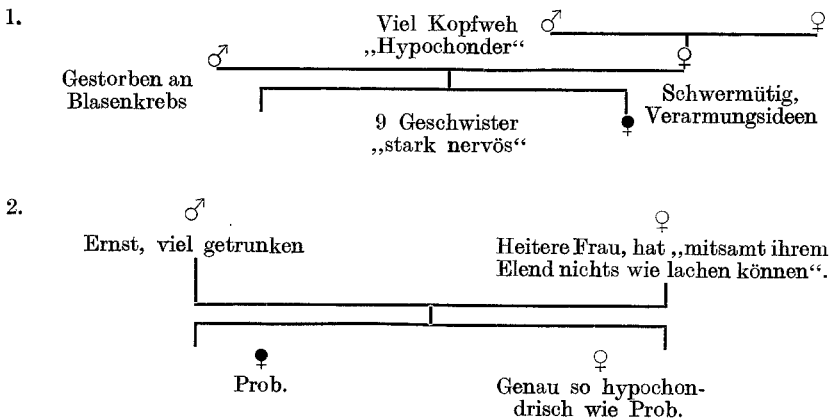
Auch in dieser Gruppe ist die erbbiologische Ausbeute gering. Es finden sich, wie bei den Probanden selbst, in einer Reihe Weichmütigkeit, Empfindsamkeit, Neigung zu reaktiven Verstimmungen.

In einem Fall ist der Bruder des Probanden ein autistischer Sonderling, Junggeselle und Weiberfeind. In der folgenden Familientafel einer periodischen Melancholie (17mal, zum Teil psychogen provoziert) tritt eine reizbare, empfindsame und zornmütige Temperamentsanlage in den Vordergrund:



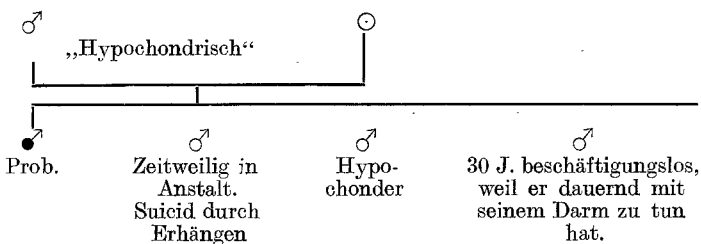
In 4 Fällen finden sich durchsichtigere Beziehungen zum hypochondrischen Syndrom. Eine Kranke gibt an, daß ihre Eltern und Geschwister insgesamt bei eigenen Krankheiten und bei Krankheiten ihrer Angehörigen überängstlich besorgt sind.

In 3 weiteren Fällen finden sich „Hypochonder“ in der nächsten Verwandtschaft, und zwar bei dem Vater der Mutter; bei der Schwester; bei dem Vater und 2 Brüdern ¹.



¹ Unter den Fällen der oben ausführlich erwähnten Arbeit von Reiß wird übrigens in keinem Fall über eine hypochondrische Labilität in der Verwandtschaft berichtet.

3.



e) Bei den *klimakterischen, arteriosklerotischen und paralytischen Hypochondern* meines Materials finden sich keine Angaben in den Familientafeln, die als erbbiologische Grundlagen der hypochondrischen Idee irgendwie verdächtig wären.

f) Folgerung.

Nach allem was bisher erwähnt wurde, läßt mein Material bündige erbbiologische Folgerungen überhaupt nicht zu. Dennoch möchte ich auf einige Ergebnisse wenigstens hinweisen. Sie betreffen einmal die Tatsache, daß in wenigen Fällen (6mal) nächste Verwandte als hypochondrisch bezeichnet werden, zum andern den Umstand, daß einige Male über Charaktergegensätze zwischen Vater und Mutter des Probanden berichtet wird, sowie drittens in anderen Fällen über ein Zusammentreffen von manisch-depressiver Belastung durch ein Elter, schizophrener durch das andere.

H. Hoffmann¹ hat, indem er die Charakterantinomie eines Menschen mit seiner Genantinomie in Parallele setzte, darzulegen versucht, wie „durch den Erbgang charakterologische Tendenzen zusammengeworfen werden, die nicht zueinander passen“. Im Prinzip darf man dieser Auffassung zustimmen und es wird sich in manchem Einzelfall von besonders ausgeprägter Charakterantinomie auch der Nachweis der Genantinomie erbringen lassen. Möglicherweise kann man bei den chronisch-systematisierenden Hypochondern die Entwicklung des Syndroms zu einem guten Teil aus solcher Charakterantinomie ableiten. Es ist mir aber sehr fraglich, ob für den Rest der endogen und reaktiv hypochondrisch Labilen ein so zwiespältiger Charakter und, aus ihm entspringend, eine so große innere Kontrastspannung notwendig sind, daß sie über die Norm hinausgehen, und deshalb von vornherein mit einiger Berechtigung als Ursache oder Teilursache des hypochondrischen Syndroms angesprochen werden könnten. Die Empfindsamkeit allein, die ja mit Recht für einen Ausdruck innerer Kontrastspannung gilt, und deren relativ häufiges Vorkommen bei Hypochondern erwähnt wurde, scheint mir dafür nicht auszureichen. Möglicherweise aber hat ein anderer Triebzwiespalt eine viel entscheidendere, pathogenetische Bedeutung,

¹ Hoffmann, Herm.: Das Problem des Charakteraufbaues. Berlin 1926.

nämlich das unbefriedigte Hin und Her zwischen Selbsthingabe und Selbstsicherung. Gerade für einen Teil der chronischen Hypochonder scheint mir das zuzutreffen; derselbe Zwiespalt liegt aber auch bei vielen Hypochondern in den Phasen des absteigenden Lebens vor, die sich noch ans „Leben“ hingeben möchten, und doch nicht weiterkommen, als über ihr Versagen zu jammern. Es ist mir sogar wahrscheinlich, daß für jede hypochondrische Einstellung nicht allein der introspektive Egoismus notwendige Voraussetzung ist, sondern daß sich mit ihm eine halb willkommene, halb gemiedene Tendenz zur Selbsthingabe unharmonisch paart.

In einigen Fällen meines Materiales findet sich nun ein Hinweis darauf, daß möglicherweise eine hypochondrische „Bereitschaft“ als solche im Erbgang weitergegeben werden kann¹. Ich bin überzeugt, daß an einem sehr viel größeren Material dieses Verhalten noch ungleich häufiger zur Beobachtung kommen müßte. Wenn man aber eine *einheitliche, hypochondrische Bereitschaft* annimmt, so ist zu fragen, worin sie denn besteht. Man kann sie als ein *Agens hinter* den charakterologischen Schichtungen annehmen; ein Agens, das über die Krankheitsbefürchtungen in der Normbreite hinaus jene Verrückung der affektfreien Bedeutungsgefühle bewirkt und damit die überwertige und wahnhaftige hypochondrische Idee. Es ist mir jedoch wahrscheinlich, daß eine solche Bereitschaft, wenn sie überhaupt vorhanden ist und im Erbgang weitergegeben wird, in einer besonderen Persönlichkeitsschichtung besteht, die freilich ein ganzes Leben hindurch latent bleiben kann, wenn das auslösende Erlebnis fehlt. Dieses auslösende Erlebnis ist das des körperlichen Bedrohtseins, des körperlichen Versagens, der körperlichen Niederlage, der Vereinsamung aus körperlicher Unzulänglichkeit oder anders ausgedrückt: die katathyme Rechtfertigung des seelischen Versagens durch „Krankheit“. Auch wenn sich möglicherweise eine einheitliche Bereitschaft vor allem für die Gruppe der chronisch systematisierenden Hypochonder nachweisen läßt, so bin ich doch der Meinung, daß in einem Teil diese hypochondrische Bereitschaft oder Labilität erst durch eine besondere Temperaments-Characterschichtung aus verschiedenen Erbanlagen entsteht; ja diese Labilität kann wahrscheinlich sogar durch eine Persönlichkeitsumschichtung krankhafter Art (Melancholie, Erschöpfungsneurasthenie usw.) erst im Lauf des Lebens geschaffen werden. Bestärkt werde ich in diesen Anschauungen durch Beobachtungen von *J. Lange*² an konkordanten eineiigen Zwillingspaaren. Von den Brüdern August und Karl Ostertag sind *beide* „hypochondrisch“; von den Brüdern Georg und Ferdinand Meister nur der eine (Ferdinand). Er ist gegenüber seinem Bruder körperlich immer schwächlicher und

¹ Eine entsprechende Familientafel bringt auch *Hoffmann* von einem „Sthenischen Hypochonder“. (Über Temperamentsvererbung. München 1923.)

² *Lange, Joh.*: Verbrechen als Schicksal. Leipzig 1929.

zarter gewesen und ist auch in seiner seelischen Haltung weicher als der andere. Nachdem er eine Lues erworben hat, ist er „ängstlicher und hypochondrisch“ geworden.

VI. Konstellative Einflüsse.

In der älteren Literatur wird einer Reihe von Merkmalen summarischer Art wie Alter, Geschlecht, Umgebung usw. ein gewisser Einfluß auf das Eintreten oder Fernbleiben der „Hypochondrie“, und zwar durchaus der hypochondrischen Ideen nachgerühmt¹. Dabei ist viel über angebliche Beziehungen zu verschiedenen Völkern, Breitengraden, Temperaturen, Einflüssen der „Zivilisation“, der Staatsverfassung usw. gestritten worden, über Dinge also, die uns in diesem Zusammenhang nicht des Aufhebens wert oder töricht erscheinen². Eine größere Rolle spielen dagegen Geschlecht und Alter. Solange man die Hysterie allein dem weiblichen Geschlecht zubilligen wollte, mußte man dem männlichen Geschlecht wenigstens vorzugsweise die Hypochondrie überlassen³. Es ist begreiflich, daß man sichs sauer werden ließ, dieses Postulat zu beweisen. So versteht sich etwa *Dubois* zu folgendem Passus: „Sobald dieses System („Unterinsystem“) bedeutungslos für das Leben des Weibes geworden ist, ist folglich letzteres auch nicht mehr zur Hysterie geneigt, und indem es der Natur des Mannes näher kommt, wird es leichter der Krankheiten desselben teilhaftig und kann selbst hypochondrisch werden. Im letzteren Falle beobachtet man, daß die Unverheirateten mehr dazu geneigt sind, welches sich leicht begreift. Denn in der Einsamkeit des Zölibats beziehen die Weiber natürlich alle Vorstellungen und Empfindungen auf ihre eigene Person.“ Immerhin wird hier wenigstens eine psychologische Begründung versucht, die später noch einmal unterstrichen wird, indem er betont, daß bei den Männern die Leidenschaften ernst, reflektierend und fast immer auf Selbstsucht begründet seien.

In ähnlicher Weise betont *Brachet*⁴ den Einfluß des männlichen

¹ Vgl. hierzu etwa *Dubois*, l. c. das Kapitel über die prädisponierenden Ursachen der Hypochondrie (S. 34f).

² „...„Die Hypochondrie nimmt ihren Ursprung aus einer falschen Richtung der sittlichen Kräfte; man trifft sie daher dort, wo in Übereinstimmung mit dem Klima die politischen Einrichtungen und persönlichen Verhältnisse jene Kräfte begünstigen und dadurch eine formelle Prädisposition bedingen...“...„Wir wissen, daß die Hypochondrie eine Krankheit zivilisierter Völker ist...“...„In Republiken und unter aristokratischen Regierungen sind die hypochondrischen Beschwerden häufig. In den Monarchien sieht man dergleichen weniger; in Despotien gibt es nur Haufen von Sklaven, aber keine Intelligenzen, keine Hypochondristen“. (Aus dem oben zitierten Kapitel.)

³ Bekanntlich wurde ja lange Zeit die Identität beider Krankheiten verfochten; man meinte nur, daß sie beim Mann als Hypochondrie, bei der Frau als Hysterie in Erscheinung trete.

⁴ *Brachet*: l. c. S. 177.

Egoismus auf die Entstehung der Hypochondrie. „Da diese expansive Beweglichkeit des Weibes ihm nicht erlaubt, ebenso bei dem zu verweilen, was ihm Kummer macht, so wird hierdurch das moralische Ich und folglich der Egoismus geschwächt, das fast ausschließliche Erbteil des Mannes, das bei ihm die Entwicklung der Hypochondrie so sehr begünstigt, weil ihn nichts halb affiziert, wenn es sein Interesse betrifft, und die Hypochondrie selbst nur ein gesteigerter Egoismus ist, wie *Sauvages* bemerkt“. Später als das hypochondrische Syndrom im wesentlichen so diagnostiziert wurde wie noch heute, meinte *Wollenberg* in seiner Monographie: . . . „als sicher kann nur gelten, daß reine hypochondrische Zustände beim Manne häufiger sind, während sich beim Weibe mehr die hysterisch-hypochondrischen Mischformen finden“.

Ich selber bin auf Grund meines Materials nicht imstande ein anderes Urteil abzugeben, als daß alle Formen der Krankheitseinbildungen genau so bei Frauen wie bei Männern angetroffen werden. Gegenüber dieser Tatsache scheinen mir Angaben über Häufigkeitsunterschiede jedenfalls so lange unbeachtlich zu sein, als sie sich nicht auf ein sehr großes, sehr genau und gleichmäßig durchforschtes Material beziehen, das mit allen statistischen Kautelen berechnet ist.

Dem *Lebensalter* und bestimmten Lebensphasen (Klimakterium, Praesenum, Senium) ist von jeher besondere Aufmerksamkeit in der Ursachenlehre der Hypochondrie geschenkt worden. Die Seltenheit hypochondrischer Ideen im Kindesalter ist bekannt (*Emminghaus, Wollenberg, Homburger*)¹.

Soweit es sich nach der älteren Kasuistik beurteilen läßt, handelt es sich dabei im wesentlichen um beginnende Schizophrenien. Daneben scheinen mir 2 Fälle (von *Steiner* und von *Rinecker* zit. nach *Emminghaus*) erwähnenswert, in denen beide Male ein 6- bzw. 14jähriger im Anschluß an den Tod eines Familiengliedes fürchtet, von der gleichen Krankheit (Meningitis und Phthise) befallen zu sein und sterben zu müssen. Beide überwachen ihren Gesundheitszustand mit skrupulöser Aufmerksamkeit. „In jedem Husten erblickte der eine den Anfang der gefürchteten Krankheit; entdeckte er bei seinen täglich vorgenommenen Untersuchungen der Hautoberfläche ein Knötchen oder ein Bläschen, so glaubte er schon einen lebensgefährlichen Ausschlag zu haben. . . .“ In meinem Material findet sich nur ein Kranker, der während eines späteren hypochondrischen Syndroms wenigstens davon berichtet, wie ihn im Alter von 12 Jahren beim Anblick eines Geisteskranken, der in die Anstalt verbracht wurde, die Furcht befiel, er könne ebenfalls geisteskrank werden; monatelang kam er von dieser Vorstellung nicht mehr los.

In den erwähnten Fällen erleiden die Kinder einen gewaltigen Stoß dadurch, daß die blassen Schemen: Krankheit, Tod, Wahnsinn plötzlich

¹ Frühere Literatur bei *Emminghaus*.

aufstehen und wandeln. Dem Kind fehlt ja das selbstverständliche Wissen des Erwachsenen um die Zusammenhänge von Krankheit und Tod; Krankheit und Störung des Lebensgenusses, der Arbeitsfähigkeit, der sozialen Stellung; von Krankheit und Armut. Für seine Erfahrung hat die Krankheit viel häufiger die angenehme Mitgift der häuslichen Verwöhnung und der Befreiung vom alltäglichen Zwang. Das Kind stellt sich krank oder hält sich in primitiver Wunschreaktion dafür, aber es fürchtet sich nicht vor der Krankheit, und selbst bei den Ängstlichen und Zimperlichen kommt es anscheinend über flüchtige, erwartungs-neurotische Krankheitseinbildungen nur äußerst selten hinaus. Zum Aufbau eines Krankheitswahnnes ist ein viel reicheres seelisches Instrumentarium notwendig als es dem Kindesalter zukommt. Die französischen Autoren vor 100 Jahren meinten, daß die Hypochondrie der „Verstandsreife“ vorbehalten sei, die sie freilich ziemlich spät anzusetzen für richtig hielten, ungefähr um die Zeit, da sich in Frankreich die Männer von ihren Geschäften und vom öffentlichen Leben zurückzogen. Dabei wird die nun einsetzende Muße noch als besonders prädisponierendes Moment gewertet. Ein *entscheidender* Einfluß kommt dem Lebensalter jenseits der Kindheit, soweit ich sehe, nicht zu; doch läßt sich eine provokatorische oder auch fixierende Wirkung den Lebensphasen des Abstiegs nicht gut absprechen. In meinem Material scheint mir das besonders deutlich zu werden bei der manisch-depressiven Gruppe. Hier sind unter 22 Frauen nur 7 jünger als 40 Jahre, unter 18 Männer 6 jünger als 50 Jahre. Auch *J. Lange*¹ hat wieder betont, daß mit zunehmendem Lebensalter die Phasen mit paranoiden Erscheinungen und die hypochondrischen Bilder mehr hervortreten². Die Gründe für dieses Verhalten liegen ja nahe und sind oft genug hervorgehoben worden: einmal die zwangsläufige Einstellung auf „Abschied“, während man noch am Leben hängt; das Erlahmen der optimistischen Beschwingtheit, die allgemein besorgte Lebenshaltung und zum andern das Ungemach des Körpers, die Last der welkenden Organe, die versagenden Funktionen, die Mißempfindungen. Weshalb es aber unter dieser Konstellation zu Krankheitseinbildungen kommt und nicht etwa zu einem Beeinträchtigungswahn oder auch zu einem Hadern mit Gott und Feilschen um Verlängerung des irdischen Lebens, oder auch nur zur gleichgültigen Hinnahme des Alterns, oder zur Resignation des „Weisen“ oder zur gläubigen Hoffnung auf ein baldiges Eingehen ins Jenseits, oder zum unbekümmerten Optimismus bis ans Ende, das alles wird mit der plausiblen Erklärung von der pessimistischen Einstellung des Alters und seiner körperlichen Beschwerden nicht erklärt. Das Erlebnis und

¹ *Bumkes* Handbuch I. c.

² Daß dies auch für die Entstehung des neurasthenischen Syndroms gilt, mit dem ja nicht selten hypochondrische Bilder verknüpft sind, hat *Stertz* hervorgehoben. (*Bumkes* Handbuch Bd. 5, Spez. T. I, S. 23.)

nicht die Wirklichkeit macht den Wahn, nicht das Altern zaubert die hypochondrische Idee hervor, sondern es wird im geeigneten Spiegel als hypochondrische Idee reflektiert. Freilich läßt sich vermuten, daß unter dem Einfluß des Alterns, das am spiegelnden Subjekt selbst geschieht, auch der Spiegel verändert wird, auf eine Art, die ihn geeigneter dazu macht, in hypochondrischer Weise zu reflektieren. Diese sonderbare Verflechtung von objektivem und subjektivem Geschehen wird dadurch möglich, daß das Objekt des hypochondrischen Denkens innerhalb der eigenen Person liegt und dadurch, daß das Altern eben nicht nur den Leib, sondern die Person in ihrer Totalität ergreift¹.

Ein ähnliches Verhalten liegt auch in den Gesamterschöpfungszuständen verschiedener Ätiologie vor, und es ist ja bekannt, daß dabei hypochondrische Ideen flott werden. Daß aber auch dies keine regelmäßige Erscheinung ist, geht unter anderem aus Beobachtungen *Hellpachs* an Kriegsneurasthenikern hervor. Ich zitiere nach *Kehrer*² „mit fast monotoner Regelmäßigkeit sehen wir in den Schilderungen dieser Symptome, die am eingehendsten *Hellpach* gegeben hat, mit geringen Modifikationen all die Züge wieder, die vom Frieden her als Neurasthenie wohl bekannt sind. Wenn von einem Gegensatz gegenüber den Beobachtungen jeder Zeit gesprochen werden kann, so liegt es nur darin, daß nur ein Zug vermißt wurde, der der Friedensneurasthenie so häufig ihren Stempel aufgedrückt hat: die hypochondrische Einstellung“. Es ist bekannt, und *Bumke*³ hat es besonders unterstrichen, wie sehr auch jede länger dauernde körperliche Krankheit, selbst wenn sie nicht so unmittelbar oder vorwiegend die nervösen Substrate mitergreift, wie dies bei der „Neurasthenie“ der Fall ist, „eine gewisse Selbstsucht groß züchten“ kann. „Bei einer bestimmten Gruppe von konstitutionell Nervösen sehen wir gesetzmäßig, wie die Rücksicht auf die Ehefrau, die Sorge um die Kinder und die Verpflichtungen gegen den Beruf hinter den eigenen Beschwerden immer mehr in den Hintergrund rücken.“ Ich möchte nach alledem sagen, daß körperliche Beeinträchtigungen, gleichviel ob sie nun objektiv für krankhaft gelten oder nicht, geeignet sind, eine gewisse hypochondrische Vorstufe zu schaffen, eine Atmosphäre der körperlichen Diktatur, eine erzwungene Zuwendung zum eigenen Körper, einen ursprünglich aufgezwungenen und schließlich zuweilen rücksichtslos gehandhabten introspektiven Egoismus.

Oben wurde für die manisch-depressiven Hypochonder meines Materials die Belastung mit körperlicher Beeinträchtigung im einzelnen

¹ Im übrigen bezeichnen wir ja den Altersverfall, weil er sich gesetzmäßig ereignet, nicht als Krankheit, wenigstens dann nicht, wenn er „rechtzeitig“ eintritt; nicht aber, wenn es sich um einen vorzeitigen geistigen oder körperlichen oder Gesamtverfall handelt.

² *Kehrer, F.*: Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie. Handbuch der Neurologie Erg.-Bd. Teil 1, S. 234.

³ *Bumke, O.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl. 1929.

erwähnt, ebenso für die Fälle der Arbeit von *Reiss*. Ich verweise darauf. Bei den hypochondrischen Syndromen im Klimakterium, im Senium und bei den organischen Erkrankungen erübrigt sich eine besondere Erwähnung. Unter den 6 Syphilidophoben meines Materials hatten sich 4 früher wirklich infiziert (im 5. Fall hatte eine Schwester Tabes und der Vater des unehelichen Kindes angeblich Lues). Unter den übrigen 19 hypochondrischen Psychopathen knüpften nur zwei ihre hypochondrischen Ideen zum Teil an objektive körperliche Beeinträchtigungen an (Trichophytie, Balanitis); dazu kommen aber 4 Fälle von rentenneurotischer Reaktion vorwiegend hypochondrischen Gepräges, in denen ebenfalls an Unfälle und zurückliegende Krankheiten angeknüpft wird. Unter der schizophrenen Gruppe finde ich nur einen (Mediziner), dessen hypochondrische Ideen zunächst um eine Hernie gehen, sowie den oben erwähnten Fall Rich. He., in dem ein schweres Kopftrauma mit epileptiformen Anfällen in der Zeit vor dem Eintritt des hypochondrischen Syndroms bestand.

Eingangs wurde erwähnt, daß man selbst volkweise Häufigkeitsunterschiede in der Hypochondrie beobachten zu können glaubt. Auch in neuester Zeit ist von *Oppenheim*, *Sichel*¹ betont worden, daß unter anderem die hypochondrische und nosophobe Einstellung geradezu eine spezifische Eigentümlichkeit der geistes- und gemütskranken Angehörigen des jüdischen Volkes sei. Man tut gut, Urteile, die auf so summarischen Voraussetzungen ruhen wie der Begriff einer Rasse oder eines Volkes — selbst des jüdischen — mit größter Reserve aufzunehmen.

Schließlich sind jedoch alle Faktoren, die wir *hier* als konstellative Einflüsse zusammengefaßt haben, grobe Klötze, deren Bauwert für das hypochondrische Syndrom dem sog. gesunden Menschenverstand mehr einleuchten mag, als es der Stand unseres Wissens rechtfertigt.

VII. Ergänzung und Überblick.

1. Körperbau.

Bisher wurde im wesentlichen gehandelt von den kausalen Bedingungen des hypochondrischen Denkens, den körperlichen Mißempfindungen, den charakterologischen Voraussetzungen, den Erbgrundlagen, den konstellativen Einflüssen. Zwei Bezirke fehlen noch: das ist einmal der „Körperbau“ und zum andern die „Finalität“, die *finale Betrachtungsweise*.

Die „Hypochondrie“ der vorpsychiatrischen Ära war eine körperliche Krankheit, die auch eine seelische Seite hatte; für uns ist das hypochondrische Syndrom eine psychische „Krankheit“, bei der wir *auch* körperliche Grundlagen bestimmter Art vermuten, entsprechend unserer Einstellung auf die Persönlichkeit und unserer Überzeugung

¹ Zit. von *Kehrer*: Paranoische Zustände in *Bumkes Handbuch*.

von der Abhängigkeit psychischer und psychopathologischer Erscheinungen von der körperlichen Konstitution und dem augenblicklichen Körperzustand. Wie sehr uns diese Einstellung seit *Kretschmers* Untersuchungen selbstverständlich ist, bedarf ja keiner besonderen Betonung. Während aber unser Blick bei den Psychosen der großen Formenkreise zunächst auf den äußeren Körperbau und seine meßbaren Verhältnisse gerichtet ist, lenken uns schon die Klagen der Hypochonder, eben ihre vielfältigen Mißempfindungen und subjektiven Leistungsausfälle mehr auf die innere Struktur, die feineren nervösen und endokrinen Apparate und Funktionen. Es geht, mit anderen Worten, weniger um die Gestalt als um die Leistung und die Widerstandsfähigkeit des Körpers. Die subjektiven hypochondrischen Erlebnisse sind Schwäche, Versagen, Krankheit; ihnen widersprechen die objektiven Befunde. Dennoch möchte ich darauf hinweisen, daß z. B. von *Langes* Zwillingspaar Meister nur der anfälligere, zartere hypochondrisch reagiert, und ich möchte unterstreichen, daß sich in meinem Material kein Kranker findet, dem man eine „robuste“ Gesundheit und Widerstandskraft nachrühmen könnte. Jeder Hypochonder ist sich seiner „Krankheit“ gewiß. Er ist dies jedoch nur, weil sein Gesundheitsgefühl erschüttert ist. Diese Erschütterung wird häufig entscheidend vorbereitet und, soweit ich sehe, regelmäßig unterhalten durch peinliche, lästige, quälende Körpergefühle. Ich habe betont, daß man schon vor 100 Jahren gerade diese Sensationen dem Hypochonder zubilligte. Er fühlt sie wirklich. Sie sind auch nicht etwa Sinnestäuschungen, Halluzinationen des Gemeingefühls oder wie man sie sonst nennen möchte. Gleich den Nervösen sind die Hypochonder „Virtuosen des Gefühls“ (*Romberg*). Was aber heißt das?

Im Anschluß an *Foerster* wurde oben ausführlich auf die neurologische Seite dieses Problems eingegangen. Danach läßt sich vermuten, daß bei den Hypochondern die corticofugalen und striopallidären Schmerzhemmungsbahnen beeinträchtigt sind, gleichviel ob bereits in der Anlage oder mehr oder minder vorübergehend erworben. Zu dieser subjektiven Überempfindlichkeit aus einer Leistungsschwäche der Schmerzhemmungsmechanismen gesellt sich aber, oder ist zuweilen auch allein entscheidend, eine besondere vegetative Labilität, die durch vasomotorische und viscerale Vorgänge körperliche Veränderungen hervorruft, die nun ihrerseits wieder an den peripheren Schmerzrezeptoren angreifen. Damit werden die Hypochonder in die große Armee der „vegetativ Stigmatisierten“ eingereiht. Wie weit dies im einzelnen berechtigt ist und vor allem differenziert werden muß, vermag ich aus eigener Kenntnis nicht zu entscheiden; aber ich bin der Meinung, daß die Erforschung des Körperbaues Hypochondrischer vor allem hier einsetzen muß.

Dabei übersehe ich keineswegs und habe ja auch im Lauf der Arbeit wiederholt darauf hingewiesen, daß es durch besondere Zuwendung der Aufmerksamkeit, und zwar nicht nur oder auch nur vorzüglich der *affekt-*

betonten gelingt, körperliche Sensationen aller Art ins Bewußtsein zu rufen, die sonst „*unterschwellig*“ ablaufen¹. Welche *physiologischen* Vorgänge dabei mit im Spiel sind — Sensibilisierung zentraler Empfindungsapparate, Beeinträchtigung der Schmerzhemmungsmechanismen usw. — muß unentschieden bleiben. Auch wenn es sich bei diesem Talent, verborgene Sensationen zu erhaschen, um eine *allgemein* menschliche Fähigkeit handelt, so lehrt doch die Erfahrung, daß es darin erhebliche Gradunterschiede gibt. Wo sie aber *virtuos* gehandhabt wird, dürfen wir annehmen, daß dem Talent bestimmte körperliche Voraussetzungen entgegenkommen.

2. Finale Betrachtungsweise.

Neben die kausale Analyse psychopathologischer Phänomene ist besonders seit *Adler* die finale Betrachtungsweise getreten². „Man betrachtet alle Vorgänge einer Seele heuristisch so, als ob ein Sinn, ein inneres Ziel, eine Leitlinie, ein Wesensmerkmal des Individualcharakters *dahinterstecke*“ (*Kronfeld*)³. Nicht biologische Ursache, nicht „tiefenpsychologische“ Motivierung, sondern „immanentes Telos“ aus dem Wesen der Persönlichkeit! Diese Betrachtungsweise bedarf heute in der psychiatrischen Literatur keiner Rechtfertigung mehr. Sie hat sich auch über ihren fiktiven Wert hinaus praktisch vielfach „bewahrheitet“. Jedes menschliche Verhalten ist ausreichend verursacht, aber es *bedeutet* auch etwas⁴. Was *bedeutet* nun das hypochondrische Denken und Verhalten?

Es erscheint unmöglich, eine Antwort zu finden, die für jeden Fall paßt, selbst wenn sie den ganz allgemeinen Sinn hat, daß das hypochondrische Syndrom eine psychopathische Zwecksetzung sei, um das schwache Individuum vor den Ansprüchen der Gemeinschaft zu sichern,

¹ Siehe unter anderm den Vortrag von *I. H. Schultz* über „Erlebnis, Haltung, Organneurose“ und die anschließenden Diskussionsbemerkungen von *P. Schuster* und *Foerster*: Zbl. Neur. 50, 795.

² Aber nicht nur durch ihn. Ich erinnere etwa an *Bumkes* Hysterielehre. Im allgemeinen verweise ich hier besonders auf das einschlägige Kapitel in *Kahns* Psychopath. Persönlichkeit.

³ *Kronfeld*: „Die Individualpsychologie als Wissenschaft.“ Handbuch für Individualpsychologie. Bd. 1, S. 26. München 1926.

⁴ Vgl. *Herm. Jahrreiß* (l. c. S. 7) „es ist für uns *auch* denknotwendig, daß solches (bewußtes) Verhalten ausreichend verursacht ist, mögen wir nun die Ursachen kennen oder nicht kennen“. und Anm. 12: „Hier ist der Tummelplatz für die Kämpfe um Willensfreiheit und Willensunfreiheit. Genauer sollte man fragen, ob der Mensch einen Willen hat oder nicht. Willen haben heißt eben, wählen können. Es muß nun festgestellt werden: der Mensch könne sein Verhalten wählen und der dies verneinende Gedanke sind gleicherweise Methoden, menschliches Verhalten zu begreifen. Jedoch behauptet der erstere Gedanke im Bereich *wissenschaftlicher* Erörterungen (und nur dort hat der Streit überhaupt Sinn) den Primat: Nur er eröffnet den ganzen Bereich *wertenden* Denkens und legitimiert erst den zweiten Gedanken als eine *auch* zulässige Begreifungsweise.“

ja sie damit zu tyrannisieren und zugleich die eigene Unzulänglichkeit dahinter zu verbergen. Immerhin läßt sich manches hysterisch- oder auch querulatorisch-hypochondrische Verhalten in diesem Sinne deuten; ebenso die verschleppte Gewohnheitshypochondrie, bei der die ursprünglich echte Angst verblaßt ist. Schließlich kann man *jedes* hypochondrische Syndrom nach diesem Modus begreifen, solange man sich der *Fiktion* bewußt bleibt und nicht Tatsachen damit zu treffen meint. Wir suchen menschliches Verhalten kausal und final zu erfassen; indem wir dies jedoch tun, wird es notwendig, im Einzelfall die vielleicht auch dafür einleuchtende summarische *Sinndeutung* zu korrigieren. Am Ende läßt sich ja nicht nur jedes hypochondrische Syndrom, sondern jede „neurotische“ Haltung, jedes menschliche Verhalten unter diesem Gesichtspunkt begreifen, der zuletzt auf den Dualismus der Urtriebe: Selbsthingabe und Selbstbehauptung zurückgeht. Wir wollen jedoch nicht *allgemein* Menschliches begreifen, sondern *abnorme* Erscheinungen. Die Frage nach dem *Warum* dieser Erscheinungen aber verspricht deshalb reichere Erkenntnis als die Frage nach dem *Wozu*, weil die Ursachen und ursächlichen Schichtungen menschlichen Verhaltens vielfältiger sind und vielfältiger voneinander abweichen als die menschlichen Zielsetzungen.

Beobachtung 27: Josef A. (Cyklothymie.) Schauspieler.

Sehr guter Schüler. Begabt. Buchdrucker. Dann Humorist. Sehr erfolgreich. Stütze seiner Truppe. Schwierigkeiten finanzieller Art durch die Inflation. Ängstlich. Beruhigung nur noch durch Alkohol.

Es war immer seine Art, viel zu jammern, viel zu klagen. Liebte es, wenn sich alles um ihn drehte. Vor der Vorstellung abends erschien er jedesmal mit einer neuen Krankheit, so daß oft der ganze Ablauf der Vorstellung in Frage gestellt war. Nur durch gütliches Zureden und Grobheiten war es möglich, mit ihm fertig zu werden. Nach Schluß der Vorstellung wie ausgewechselt. Sehr lustig. Saß nächtelang am Kneiptisch. Schliefe dann in den Tag hinein und war am nächsten Tag reizbar, empfindlich, nörgelig und äußerte stets wieder neue Beschwerden.

Pykniker. Spricht auf der Abteilung mit leiser Stimme, läßt sich von der Schwester führen.

Dann wieder lustig, voller Einfälle, um plötzlich wehleidig ängstlich zu werden und allerlei Befürchtungen zu äußern.

Kausal: Cyklothymie mit Tagesschwankungen; die morgendlichen Minuszacken werden durch nächtliche Gelage verstärkt, verlängert und mit einer verkatert reizbaren Stimmung unterlegt. Daneben reaktiv labil. Ängstlich mutlos, wenn die körperliche Gesundheit in Frage steht. Dann Unsicherheitsgefühle, Lampenfieber. Im Lampenfieber Körpersensationen. Großes Mitteilungsbedürfnis, das nicht bei dem Halt macht, was ihn und vielleicht auch andere freut. Schauspielertalent „zu sagen, was er leidet“.

Final: Alles soll sich um ihn drehen; er muß sich selber immer wieder seine Unentbehrlichkeit demonstrieren lassen; „Sicherung“, wenn er etwa nachher auf der Bühne versagen sollte: sei ja krank gewesen.

Weder den Ursachen noch dem Zweck, noch der Verquickung beider kann man es in diesem und in anderen Fällen ansehen, daß sie die Entstehung einer *hypochondrischen* Reaktion erklären und deuten sollen.

Immerhin schränken die kausalen Daten die Reaktionsauswahl erheblich mehr ein als die finale Fiktion.

3. Das Komplexgefühl vom eigenen Körper und die Störung des Körperraumbildes.

Dem Hypochonder geht es um seinen Körper. Er glaubt nicht nur, daß er krank ist, er *fühlt* sich vor allem krank. Welche Rolle den Mißempfindungen für die Erschütterung des Gesundheitsgefühls und darüber hinaus für die Struktur des hypochondrischen Syndroms zukommt, wurde in einem eigenen Kapitel besprochen. Auch die Inhalte der hypochondrischen Ideen werden zum Teil durch diese lästigen Körpergefühle determiniert, und zwar wie ich ausführte, um so entscheidender, je flüchtiger die hypochondrische Reaktion ist und je reiner sie den Charakter überwertiger Befürchtung hat. Daß solchen Sensationsgruppen und damit zugleich den hypochondrischen Inhalten bisweilen Organminderwertigkeiten zugrunde liegen, wurde betont¹. *Freud* geht in seiner „tiefenpsychologischen“ Motivierung der Hypochondrie ebenfalls von den Körpersensationen aus. Der Hypochonder nimmt seinen Körper und seine Körpergefühle nicht „ungebrochen“ hin; seine Libido, den Objekten der Umwelt entzogen, richtet sich auf seinen eigenen Körper, auf einen bestimmten Körperteil, der so „erogenisiert“ wird. Indem er gewissermaßen das Genitale vertritt, sendet er sexuell erregende Reize ins Seelenleben. Sehr viel drastischer formuliert *Stekel*² diese sexuelle Stellvertretung und die Rückübersetzung aus dem Symbol in die Ursprache. „Hinter diesen bizarren Sensationen stehen symbolische Verkleidungen erotischer Phantasien: z. B. „Ich spüre etwas wie einen harten, steifen Stock sich im Unterleib hin- und herbewegen.“ Oder: „ich habe den Mund voller Schleim“... „immer steckt etwas Hartes, derb Elastisches in meinem Anus“. Schließlich definiert er sogar die hypochondrischen Sensationen mit diesem Postulat: sie „sind dadurch gekennzeichnet, daß sie sich auf erogene Zonen beschränken“³. In einer späteren Arbeit⁴ vertritt *Stekel* die Meinung, daß alle Kranken mit psychogenen Schmerzen (darunter vor allem auch Hypochonder) an einer

¹ *Hansen*: Die Organdetermination in den psychogenen Neurosen.

² *Stekel*: Nervöse Angstzustände. S. 522f.

³ „...„Die Krankheit der Hypochonder ist ihre Form der Sexualbetätigung, ohne die sie nicht leben können und wollen... Der Hypochonder onaniert sozusagen mit seinen Schmerzen.“ (l.c. S. 542.)

⁴ *Stekel*, W.: „Zur Psychologie der Schmerzphänomene insbesondere des Kopfschmerzes“. (Fortschr. Sex.wiss. 2 (1926). *Stekel* möchte schließlich auch den echten Migränekopfschmerz als psychisch ausreichend determiniert bezeichnen. Daß es thymogene Migräneattacken gibt, ebenso wie ein epileptischer Anfall durch Gemütsbewegungen ausgelöst werden kann, ist nicht zu bestreiten. Die Meinung *Stekels* aber erklärt sich bestenfalls aus einer eigentümlichen Auslese von Kranken, die er zu sehen bekommen hat. Sonst ist sie unverständlich.

„Haßparathie“ leiden, die sich gegen das eigene Ich gerichtet hat. „Sie leiden die Schmerzen, die sie den anderen wünschen.“ Daß sich die hypochondrischen Sensationen zuweilen wirklich in einer erogenen oder auch erogenisierten Zone abspielen, ist nicht zu bestreiten. Ich verweise auf die Fälle 23 und 24 (Mimi E. und Siegfr. K.), die in dieser Beziehung keines besonderen Kommentars bedürfen.

Die Ansicht aber, daß die hypochondrischen Körpergefühle insgesamt und durchaus psychisch bedingt seien, läßt sich nicht begründen. Ob man eine besondere Ich-Libido oder einen Ich-Haß als Agens dafür verantwortlich macht, ist unerheblich; Extreme wohnen je bekanntlich nahe beieinander.

Wir haben dagegen in dieser Arbeit auf das häufige Primat der körperlichen Mißempfindungen vor der hypochondrischen Idee hingewiesen. Wenn auch die Sensationen ihre *hypochondrisierende* Kraft erst dadurch erlangen, daß sie von der noch labilen hypochondrischen Konstellation ergriffen werden; so kommen sie doch dieser Konstellation entgegen, manifestieren sie gelegentlich und bestimmen — bisweilen entscheidend — die hypochondrischen Inhalte mit. Daß andererseits Sensationen *während des* hypochondrischen Syndroms durch die beständige Beschäftigung mit dem eigenen Körper — gleichviel ob es sich dabei um ängstliche Erwartungen oder um eine eigentümliche Beobachtungslust handelt — hervorgerufen und ins Zentrum des Bewußtseins gezogen werden, bedarf hier keiner besonderen Erwähnung mehr. Über die engeren somatischen Grundlagen der lästigen Körpergefühle Hypochondrischer und über ihre Abhängigkeit von psychischen Einflüssen hinaus, bleibt am Ende die Frage übrig, ob denn nicht dem hypochondrischen Syndrom eine *körperliche* Störung zugrunde liegt. Ich meine dies nicht in dem alten Sinn der Hypochondria cum materia, auch nicht in dem neueren der hypochondrischen Reaktion aus Organminderwertigkeit, sondern im Sinn einer Beeinträchtigung „cerebraler Apparate“ von solcher Art wie etwa Schilders „*Körperschema*“. Nach seiner Meinung ist dieses Körperraumbild, das jeder von sich selber hat, organisch (d. h. cerebral) verankert und psychisch repräsentiert. Die hypochondrische Selbstbeachtung stört den Aufbau dieses Körperschemas; eine cerebrale Schädigung aber kann das Körperraumbild, die subjektive Orientierung am eigenen Körper und über seine räumlichen Beziehungen zur Umwelt stören und vermag möglicherweise auch abnorme „hypochondrische“ Körpergefühle hervorzurufen, wie dies im Anschluß an Beobachtung 4 (Richard H.) bereits besprochen wurde.

Ich trenne das „Komplexgefühl vom eigenen Körper“ von dem subjektiven Körperraumbild. Jeder gesunde Mensch hat ein diffuses Bewußtsein der eigenen Körperlichkeit oder besser ein Gefühl davon. Dieses „latente“ Gefühl wird dauernd unterhalten und zu einem Komplexgefühl konstituiert durch unzählige sinnliche Gefühle peripherer und

visceraler Herkunft, die zumeist unbemerkt, d. h. in der Bewußtseinssphäre ablaufen. Damit verschmelzen Bewegungseindrücke sowie optische und taktile Wahrnehmungen am eigenen Körper. Auch das subjektive Körperraumbild ist ein komplexes Bewußtsein vom eigenen Körper. Es wird aber in ihm viel weniger dessen vitale Funktion bewußt — wie das der Fall ist im Komplexgefühl — als seine „Gestalt“, seine Raumverhältnisse, seine motorischen Formanten, seine räumlichen Beziehungen zur Umwelt.

Auch am Aufbau derjenigen Vitalgefühle, auf die es hier besonders ankommt, und von denen im Kapitel über Mißempfindungen die Rede war, nämlich *Gesundheitsgefühl* und *Krankheitsgefühl*, ist das Komplexgefühl vom eigenen Körper entscheidend beteiligt. Sie haben mit dem Körperraumbild nichts zu tun, wenn auch motorische Anteile in sie eingehen und die subjektive Einstellung zur Umwelt kennzeichnen: im Gesundheitsgefühl der Bewegungsdrang nach außen, im Krankheitsgefühl die Bewegungshemmung und das Sichzurückziehen auf sich selbst.

Beide setzen ebenso wie das neutrale Komplexgefühl vom eigenen Körper und das Körperraumbild ein Bewußtsein der Zugehörigkeit des eigenen Körpers zum Ich voraus.

Die beiden „Bewußtseinszustände“ vom eigenen Körper: das neutrale Komplexgefühl mit seiner Plusvariante, dem Gesundheitsgefühl, sowie das Körperraumbild sind in jedem hypochondrischen Syndrom beeinträchtigt. Je nachdem aber die Störung des einen oder anderen Zustandes überwiegt, lassen sich die hypochondrischen Syndrome voneinander trennen. In allen flüchtigen Reaktionen nämlich, angefangen von der Krankheitsbefürchtung in der Normbreite, über das ungegliederte hypochondrische Lamento hinweg bis zur unkomplizierten überwertigen Krankheitseinbildung, herrscht die Erschütterung des Gesundheitsgefühles vor, während die Isolierung einzelner Körperteile und damit die Störung des Raumbildes zurücktritt. Diese dagegen kennzeichnet vornehmlich die chronischen und mehr oder weniger systematisierenden Formen und Entwicklungen des hypochondrischen Denkens. Indem einzelnen oder mehreren Körperteilen, Organen, Regionen eine zunehmende „narzistische“ Beachtung geschenkt wird, erlangen sie etwas von dem Objektcharakter aus infantiler Zeit zurück. Das Gesamtbild des Körpers wird gestört. Einzelne Teile werden ferngerückt, objektiviert, schließlich entfremdet. Die selbstverständlich gewordene Einheit vom Subjekt im engeren Sinn und seinem Körper droht zu zerfallen. Auf die Beziehungen des hypochondrischen Denkens zum Depersonalisationssyndrom wurde schon früher hingewiesen. Es liegt nahe, hier von einer Regression auf infantile Erlebnisweisen zu sprechen, da schließlich der eigene Körper etwas vom Fremdheitscharakter der Umwelt annimmt und sich betont zwischen Ich-Subjekt und *personale* Umwelt schiebt.

Bei solcher Betrachtung erhält die klinische Erfahrung, daß die Beziehungen zur Umwelt bei den *chronischen* Hypochondern erheblicher gestört sind als bei den Kranken mit *flüchtigeren* oder isolierten Krankheitseinbildungen, eine gewisse psychologische Bekräftigung. Zwar erfahren schon die Eintagshypochonder durch die Erschütterung des Gesundheitsgefühls eine vermehrte Ich-Zuwendung, aber bei denjenigen Hypochondern, bei denen vor allem das Körperraumbild gestört ist, wird unmittelbar dadurch die spontane Zuwendung zur Umwelt mit beeinträchtigt, so wie umgekehrt die räumliche Erfassung des eigenen Körpers auch von der Wahrnehmung des Außenraumes mit abhängig ist. Freilich lassen sich solche Betrachtungen bei dem heutigen Stand unseres Wissens nur vermutungsweise äußern. Am Aufbau des Komplexgefühls und besonders der räumlichen Erfassung des eigenen Körpers sind auch Gefühlserinnerungen beteiligt. Es bilden sich Erinnerungsverbände, in die neue Gefühlsgruppen eingegliedert werden. Daß diese psychologischen Verbände und schließlich der Gesamtkomplex auch physiologisch „repräsentiert“ sind, muß in Anlehnung an das empirisch notwendige Postulat physiologischer Grundlagen des Gedächtnisbesitzes überhaupt angenommen werden. Da nun gelegentlich cerebrale Schädigungen subjektiv und objektiv nachweisbare Störungen der Orientierung am eigenen Körper hervorrufen können, mag es verlockend erscheinen, auch die viel verwickelteren und wechselvollen Beeinträchtigungen des Körperbildes, wie sie manche Hypochonder erkennen lassen, cerebral zu lokalisieren. Bis dahin ist ein endloser Weg. Vorläufig wissen wir nur, was *nicht* ist: daß nämlich cerebrale Störungen des Körperraumbildes, zu denen man auch die oben erwähnten Beobachtungen bei experimentellen Gifträuschen zählen mag, zwar abnorme Körpergefühle hervorrufen, aber kein hypochondrisches Syndrom.

Literaturverzeichnis.

- Achelis, Joh. Dan.*: Der Schmerz. Z. Sinnesphysiol. **56** (1925). — *Adler, A.*: Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München 1924. — *Appelbach, H.*: Der Aufbau des Charakters. Leipzig u. Wien 1924. — *Bauer u. Schilder*: Über einige psychophysiologische Mechanismen funktioneller Neurosen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **64** (1919). — *Beard, G. M.*: A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia), its symptoms, nature, sequences, treatment. New York 1880. — Die Nervenschwäche. Deutsch von *Neißer*. Leipzig 1889. — *Beringer, K.*: Der Meskalinrausch. Berlin 1927. — *Binswanger, O.*: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie, 1896. — *Bleuler, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl. 1920. — *Bostroem, A.*: Störungen des Wollens. *Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 2, Allg. Teil 2. — *Böttiger*: Über die Hypochondrie. Arch. f. Psychiatr. **31** (1898). — *Brachet*: Traité complet de l'hypocondrie. Paris u. Lyon 1844. — *Braun, E.*: Psychogene Reaktionen. *Bumkes Handbuch* Bd. 5, Spez. Teil 1. — *Braun, L.*: Die Psyche der Herzkranken. Z. Psychol. I, **106**, H. 1/2 (1928). — *Bumke, Osw.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl. 1929. — Der Arzt als Ursache seelischer

Störungen. Dtsch. med. Wschr. 1925. — *Bumke u. Kehler*: Kriegsneurosen. *Lewandowskys* Handbuch, Erg.-Bd. — *Cohn, Jonas*: Die Stellung der Gefühle im Seelenleben. Arch. f. Psychol. 72, 303 (1929). — *Dubois, E. Fr.*: Über das Wesen und die gründliche Heilung der Hypochondrie und Hysterie. Herausgeg. und eingeleitet von K. W. Ideler, Berlin 1840. — *Dupré, E. et P. Camus*: Les Cénestopathies. L'Encéphale 1907. — *Emminghaus*: Die psychisch. Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887. *Esquirol*: Des maladies mentales, 1838, 1. Teil. — *Falret*: De l'hypochondrie et du suicide. Paris 1822. — *Foerster, O.*: Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühls und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände. Sonderbd. zu Bruns Beitr. klin. Chir. Berlin u. Wien 1927. — Disk.bem. 50, 795. — *Freud, S.*: Zur Einführung des Narzismus. Jb. Psychoanal. 6 (1914) u. Bd. 4 der Kleinen Schriften zur Neurosenlehre. — *Friedmann, L.*: Begriff und Wesen des Krankseins. Nervenarzt 2 (1929). — *Friedmann, M.*: Über die Natur der Zwangsvorstellungen. Wiesbaden 1920. — *Georget*: Physiologie du système nerveux. Paris 1824. — *Gillespie, R. D.*: Hypochondria, its definition, nosology and pathology. Guy's Hosp. Rep. 78. — *Goldscheider*: Das Schmerzproblem. Berlin 1920. — *Goldstein, K.*: Allg. ärztl. Z. Psychother. 2, 409 (1924). — *Gordon, G. a. H. H. Carleton*: Hysterical Pain. Brain 46 II. — *Griesinger*: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1876. — *Gruhle, H. W.*: Psychologie des Abnormen. Handbuch der vergleichenden Psychologie Bd. 3, Abt. 1. 1922. — *Häberlin, P.*: Der Charakter. Basel 1925. — *Hansen, K.*: Die Organdetermination in den psychogenen Neurosen. Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 1924. — *Hartmann u. Schilder*: Zur Psychologie und Klinik der Amentia. Z. Neur. 92. — *Head-Holmes*: Sensory Disturbances from cerebral lesions. Brain 34 (1911/12). — *Hitzig*: Der Schwindel. Wien 1894. — *Hoche, A.*: Der Schmerz und seine Behandlung. Dtsch. med. Wschr. 1922. — *Hoche, Alfr.*: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. Neur. 12, 12. — *Hoesslin, Rud. v.*: F. C. Müllers Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893. — *Hoffmann, Herm.*: Das Problem des Charakteraufbaues. Berlin 1926. — Über Temperamentsvererbung. München 1923. — *Homburger*: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin 1926. — *Jahrreiss, Hermann*: Berechenbarkeit und Recht. Leipzig 1927. — *Jahrreiss, Walther*: Störungen des Denkens. *Bumkes* Handbuch, Bd. 1, 1. — *Jaspers, K.*: Allgemeine Psychopathologie, 2. Aufl. Berlin 1920. — *Jolly*: *Ziemßens* Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 1878, 2. Teil. — *Jung, C. G.*: Psychologische Typen. Zürich 1921. — *Kahn, Eugen*: Psychopathische Persönlichkeiten. *Bumkes* Handbuch, Bd. 5, Spezieller Teil I. — *Kant, Fr. u. E. Krapp*: Über Selbstversuche mit Haschisch. Arch. f. exper. Path. 1928. — *Kant, Immanuel*: Von der Macht des Gemüts durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein. Herausgeg. von C. W. Hufeland. Leipzig 1824. — *Kaup, Ign.*: Bedeutung des Normbegriffes in der Personallehre. Jena 1921. — *Kehler, Ferd.*: Paranoische Zustände. *Bumkes* Handbuch, Bd. 6, Teil 2, vgl. auch *Bumke-Kehler*. — Über Hypochondrie. Allg. ärztl. Z. Psychother. 2 (1929). — *Klages, L.*: Die Grundlagen der Charakterkunde, 4. Aufl. 1926. — Persönlichkeit, 1927. — *Kleist, K.*: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. 82; 1924. — Autochthone Degenerationspsychosen. Ref. 86. Verslg dtsh. Naturforsch. 23. — *Kraepelin, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. Klinische Psychiatrie, Bd. 1, 1927. Die Erscheinungsformen des Irreseins, Bd. 24. — *Krafft-Ebing, v.*: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. 1897. — *Kretschmer, E.*: Medizinische Psychologie. — Störungen des Gefühlslebens. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten. Allg. Teil, Bd. 1. — *Kries, J. v.*: „Allgemeine Sinnesphysiologie“. Leipzig 1923. — *Kronfeld*: Psychotherapie, 1924. — Individualpsychologie als Wissenschaft. Handbuch für Individualpsychologie, Bd. 1, 1926. — *Krueger, F.*: Das Wesen der Gefühle, 1928. — *Lange, Joh.*: Allgem. Psychiatr. Bd. 1 der Psychiatrie von *Kraepelin u. Lange*. Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch-depressive

Konstitution. *Bumkes Handbuch*, Bd. 6, Spez. Teil 2. — Über Melancholie. *Z. Neur.* **101**, 293 f. — Über die Paranoia und die paranoische Veranlagung. *Z. Neur.* **94** (1924). — Verbrechen als Schicksal, 1929. — *Lange-Eichbaum, Wilh.*: Genie-Irrsinn und Ruhm. München 1928. — *Lapinsky, Mich.*: Über zentrale Schmerzen. *Arch. f. Psychiatr.* **81**. — *Liepmann*: Das Krankheitsbild der Apraxie. *Mshr. Psychiatr.* **8** (1900). — *Mayer-Groß*: Pathologie der Wahrnehmung II in *Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*, Teil 1, 1. — *Mendel*: Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. *Dtsch. med. Wschr.* **1889**. — *Michel, Rud.*: Die individuelle Schmerzbereitschaft und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. *Schmerz* **1**, H. 1/2. — *Müller, Fr. C.*: Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893. — *Oppenheim, H.*: Lehrbuch, 2. Teil. — Pathologie und Therapie der nervösen Angstzustände. *Ges. dtsh. Nervenärzte* **1910**. — *Pick, A.*: Die neuropathologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. — Über Störungen der Orientierung am eigenen Körper. Arbeiten aus der deutschen psychiatrischen Konferenz Prag. Berlin 1908. — Störung der Orientierung am eigenen Körper. *Psychol. Forschg* **1** (1922). — *Pophal, R.*: Der Krankheitsbegriff in der Körpermedizin. Berlin 1925. — *Raecke*: Über Hypochondrie. *Allg. Z. Psychiatr.* **59** (1902). — *Rautmann, H.*: Untersuchungen über die Norm. Jena 1921. — *Redlich, E.*: Über Psychosen bei Neurasthenie, 1902. — *Reiss*: Konstitutive Verstimmung und manisch-depressives Irresein. *Z. Neur. Orig.* **2**, 347 (1910). — *Romberg*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1857. — *Scheler, M.*: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik, 1921. — Zur Phänomenologie und Theorie der Sympathiegefühle usw., 1913. — *Schilder, P.*: Hypochondrie. *Mshr. Psychiatr.* **56**. — Das Körperschema. Berlin 1923. — Psychogene Parästhesien. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **64** (1919). — Selbstbewußtsein und Persönlichkeit. Berlin 1914. — *Schneider, K.*: Die Schichtung des emotionellen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Z. Neur.* **59**. — Pathopsychologische Beiträge zur psychologischen Phänomenologie von Liebe und Mitfühlen. *Z. Neur.* **25**. *Schüle*: Klinische Psychiatrie, 3. Aufl. 1886. — *Schultz, J. H.*: Über Erlebnis, Haltung, Organneurose. 18. Verslg. *Ges. dtsh. Nervenärzte* **1928**. *Z. Neur.* **50**, 794. *Schuster, Paul*: Diskussionsbemerkung. *Z. Neur.* **50**, 795. — *Schwarz, H.*: Circumscripte Hypochondrien. *Mshr. Psychiatr.* **72**, 151 (1929). — *Skramlik, v. E.*: Über irrtümliche Wahrnehmungen. *Erg. Physiol.* **24** (1925). — Wie weit stimmen objektiver und subjektiver Schmerzort überein? *Schmerz* **1**, H. 3. — *Sommer, M.*: Zur Frage der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie. *Z. Neur. Orig.* **6**, 191. *Stekel, W.*: Nervöse Angstzustände und ihre Bedeutung. Berlin u. Wien 1908. — *Stern, William*: Psychologie der frühen Kindheit, 4. Aufl. Leipzig 1927. — *Stertz, G.*: Neurasthenische Reaktion. *Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 5, Teil 1. — *Störriing, G.*: Psychologie des menschlichen Gefühlslebens. Bonn 1916. *Szemző, G.*: Der Schmerz als führendes Symptom. *Z. klin. Med.* **106**, H. 3/4. — *Szymanski, J. S.*: Gefühl und Erkennen. Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Berlin 1926. — *Weber, E. H.*: Tastsinn und Gemeingefühl in *Wagners Handbuch der Physiologie*. — *Wernicke, C.*: Grundriß der Psychiatrie, 2. Aufl. Leipzig 1906. — *Westermann, J.*: Über die vitale Depression. *Z. Neur.* **77**. — *Wexberg, E.*: Zur Klinik und Pathogenese der leichten Depressionszustände. *Z. Neur.* **112** (1928). — *Wollenberg*: Die nosologische Stellung der Hypochondrie. *Zbl. Nervenheilk.* **28** (1905). — Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der psychischen Anfälle bei Hypochondrie. *Charité-Ann.* **4**, 349. — *Wollenberg, R.*: Die Hypochondrie. Wien 1904.