

Aus der Universitäts-Nervenlinik Tübingen
(Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. ERNST KRETSCHMER).

Körpermißempfindungen bei Thalamuskranken und bei Schizophrenen.

(Eine vergleichend psychopathologische Studie.)

Von
WOLFGANG KLAGES.

(Eingegangen am 10. Dezember 1953.)

Wenn wir im folgenden von Körpermißempfindungen sprechen, so meinen wir dabei Störungen der Körperempfindung in einzelnen Organen, Körperteilen oder im gesamten Organismus, die auch bei eingehender internistischer Untersuchung einer faßbaren organischen Grundlage entbehren.

Wir fassen diesen Begriff der Körpermißempfindungen sehr weit und verstehen darunter keineswegs nur solche mit subjektiv unangenehmer Note, sondern ganz allgemein Körperfehlempfindungen, wozu wir auch in diesem Falle die Körperchemastörungen rechnen.

Dem Syndrom der Körpermißempfindung begegnen wir auf unserem Fachgebiet bei sehr verschiedenartigen Krankheitsbildern, und zwar bei solchen, deren cerebralorganische Natur uns faßbar und bekannt ist, sowie bei anderen, deren Genese trotz intensiver hirnpathologischer Forschung noch umstritten ist. Erwähnen wollen wir nur die klar herausgestellten Körpermißempfindungen bei Thalamuskranken (HEAD, HOLMES, POETZL) und bei Intoxikationen des Gehirns (BUECHLER, SZEPESI), weiter die Körpermißempfindungen bei einer Gruppe von Schizophrenen und bei hypochondrisch gefärbten Zuständen.

Letztere werden wir nur am Rande streifen, die Gruppe der Intoxikationspsychosen ganz vernachlässigen, da hier durch häufig noch vorhandene haptische Halluzinationen das Bild verwischt wird. Wir greifen vielmehr thalamisch Kranke und Schizophrene heraus, wobei erstere unter Vorbehalt der anatomischen Bestätigung auf Grund des klinischen Symptomzusammenhangs und in Analogie zu hirnanatomisch belegten Fällen der Literatur diagnostisch weitgehend wahrscheinlich gemacht werden konnten. Wir stellen im folgenden die Körpermißempfindungen dieser beiden Gruppen nebeneinander. Veranlassung gab uns dazu die mehrfach gemachte klinische Erfahrung, daß Thalamussyndrome unter der Diagnose Schizophrenie eingewiesen worden waren.

Die zweifellos immer wieder bei oberflächlicher Betrachtung auftauchende Ähnlichkeit der Körpermißempfindungen bei beiden Krank-

heitsbildern schien es uns wert, sie genauer zu verfolgen. Wir bringen in der vorliegenden Arbeit einige Fälle, an denen neben den bei subtiler Untersuchung eindeutigen Unterschieden doch auch die gelegentlich präzise Ähnlichkeit augenfällig wird. Wir möchten diese Feststellungen nicht zum Ausgangspunkt von Hypothesen machen, sondern lediglich eine Tatsache zur Diskussion stellen, die unseres Erachtens nicht ohne weiteres übergangen werden dürfte.

Gerade an Hand dieser psychopathologischen Studien möchten wir aufweisen, wie unscharf und fließend die Grenzen sind zwischen dem, was wir phänomenologisch cerebralorganisch fassen können, und dem, was wir als Schizophrenie bezeichnen.

Vorbemerkungen.

Normalerweise haben wir keine bewußt erlebten Körperempfindungen. Der Körper lebt in seiner Gesamtheit nur ganz diffus und verschwommen im Bewußtsein als ein unbetonter Mosaikstein des ganzen Ich-Gefüges. Unsere Körperempfindungen wie Lage- und Gleichgewichtsempfindungen, sowie die vielerlei Vital-, Organ- und Allgemeinempfindungen gehen in unserem Ich mit unter, ohne nun einzeln besonders hervor zu kommen und den Spiegel des Bewußtseins zu erreichen. Erst unter besonderen Umständen, die noch in keiner Weise krankhafter Natur zu sein brauchen, kommt es zu Körperempfindungen.

Der ungestörte Ablauf des normalpsychologischen Geschehens der normalen Körperempfindung ist an die Intaktheit einer ganz bestimmten Funktionseinheit gebunden.

Diese besteht aus den afferenten Bahnen, die Sinnesreize von der Körperoberfläche und den Muskeln sowie auch von den Eingeweiden (PENFIELD, BOLDREY) zum größten der drei ventralen Kernmassen des seitlichen Thalamus führt, nämlich zum Nucleus ventralis posterior. Von diesem zieht das Hauptkontingent der Fasern als thalamo-corticale Fasern in die hintere Zentralwindung (Area 3-1-2) (POLYAK, WALKER). Im Rahmen unseres Themas haben wir es nun in erster Linie mit intracerebralen Vorgängen zu tun, d. h. also mit der Strecke vom Thalamus zum Parietallhirn und zurück, denn wir wissen, daß auch cortico-thalamische efferente Faserverbindungen angenommen (DUSSEY DE BARENNE) und nachgewiesen wurden (HIRASAWA, KARIYA u. LEWIN).

Dieses System also muß intakt sein, damit eine Aufarbeitung der Oberflächen- und Tiefensensibilität sowie der Eingeweideempfindung gewährleistet ist und das Gefühl der Körpereinheit hervorgerufen und bewahrt wird (HEAD, HOLMES, SCHILDER, POETZL). Es hat auf diese Weise der Gesunde ein gewisses Raumbild von sich selbst. Dieses „Körperschema“ (HEAD) ist uns erst bei Störungen evident und hat bei dem Verständnis des Phantomgliedes Amputierter und des ANTONSchen Syndroms gute Dienste geleistet.

Wird nun dieses System an irgend einer Stelle durch irgend einen Vorgang gestört, so kommt es zu Körpermißempfindungen. Wenn wir hier von Körpermißempfindungen sprechen, so ist dieses ganz allgemein i. S. von Körperfehlempfindungen gemeint, d. h. ohne positiven oder negativen Begleitaffekt. Es hat sich nämlich gezeigt, daß eine Mißempfindung keinesfalls immer mit dem Charakter des Unangenehmen behaftet sein muß (vgl. z. B. die Körpermißempfindungen bei Intoxikationspsychosen). Zu den Körperfehlempfindungen rechnen wir, wie bereits in der Einleitung gesagt, auch die sogenannten Körperschemastörungen. Von Körpergefühlen sprechen wir nicht, weil diese ja nach K. SCHNEIDER gerade durch

die Eigenschaft des Angenehmen oder Unangenehmen gekennzeichnet sind. Es besteht aber kein Zweifel darüber, daß man praktisch Körperempfindungen von Körpergefühlen häufig gar nicht trennen kann (KRETSCHMER). Das geht nicht zuletzt auch aus den terminologischen Versuchen hervor, beide Formen in einem Begriff zusammenzufassen, wenn also z. B. STUMPF von Gefühlsempfindungen spricht oder M. SCHELER von sinnlichen Gefühlen.

Wir wählen nun zunächst einige Fälle aus unserem Material, wobei wir entsprechend dem Thema der Arbeit den Hauptakzent auf das psychopathologische Syndrom der Körpermißempfindung legen. Die Äußerungen der Patienten geben wir, zum Teil nach Stenogramm, im Wortlaut wieder.

I.

Fall 1, H. K.: „Es zieht sich der Hals und dann der Kopf zusammen. Der Hals ist wie ein Strich, ich bekomme dabei keine Luft mehr, als wenn mir ein Bindfaden den Hals zusehnüren würde. Der ganze Körper ist dabei schließlich wie zusammengeknurrt. — Ich finde, ich bin dann auch ganz leicht, ich fliege. Die li. Körperhälfte ist manchmal gar nicht mehr da. Es kommt mir alles dabei ganz fremd vor. Ich habe auch häufig das Gefühl, daß die beiden Körperhälften über die Körpermitte ineinander verschoben werden. Ganz selten wird der Kopf auch einmal ganz groß, so wie ein Ballon. Dann habe ich richtig Angst, irgendwo anzustoßen.“ Einige Tage später: „Jetzt ist der Kopf immer groß und dick, er ist sozusagen stationär. Aber das ist besser, als wenn der Kopf sich ständig im Umfang ändert.“

Als Pat. bei der Hauptvisite vorgestellt wurde und der Ref. seinen Kollegen erklärte, Herr H. habe das Gefühl, als ob es ihm den Hals zuziehe usw., bekam Pat. einen Erregungszustand, konnte kaum sprechen und brachte schließlich unter starker Gestikulation hervor: „Das ist nicht ein Gefühl, sondern es ist wirklich so.“

Es handelte sich hier um einen 33jährigen Malergesellen, der diese oft anfallsweise auftretenden Beschwerden, die in emotionell-hyperästhetische Schwachzustände eingelagert waren, in sachlicher Weise und im Wortlauf sich gleichbleibend angab. Er hatte nach einer Typhusencephalitis schwere Schädigungen im Bereich des Zwischenhirns zurückbehalten. Es bestanden zunächst einmal Zeichen einer diencephal-hypothalamischen Störung: periodische Zustände von Enthemmtheit und Gehemmtheit, phaseweiser Wechsel von Heißhunger und Appetitlosigkeit, Polydipsie, zeitweise poriomane Zustände, in denen Pat. über 100 km ziellos wanderte. Ferner fand sich ein Zeitdehnungsphänomen (HAEFNER). Wasserstoffwechsel und doppelte Traubenzuckerbelastung zeigten pathologische Kurven.

Bei der mehrfach wiederholten neurologischen Untersuchung fanden sich gleichbleibende Ausfälle i. S. von Halbseitenstörungen. Es bestand eine durchgehende Hyperästhesie, Wärmeunter- und Kälteüberempfindlichkeit auf der li. Körperhälfte. Bei der Prüfung der epikritischen Sensibilität waren die Lokalisation von Reizen sowie das Erkennen beim Zahlenschreiben auf der li. Körperhälfte gegenüber re. herabgesetzt. Auch die Stereognosie war li. reduziert und erfolgte nach längerer Latenzzeit als re. Li. bestand eine tiefe Hyperpathie. Auffallend war weiter ein pathologisches Zusammenschrecken mit Lidschluß, Streckung des Kopfes und der Wirbelsäule sowie Flexion und Adduktion der Arme und Beine, wenn akustische oder taktile Reize von li. kamen (pathologische Schreckreaktion, DUENSING). Im Encephalogramm fand sich ein mittelständiges, hydrocephal erweitertes Ventrikelsystem. Vor allen Dingen war der dritte Ventrikel hochgradig spindelförmig aufgetrieben.

Im Zusammenhang mit der nach Typhusencephalitis entstandenen Zwischenhirnsymptomatik und angesichts der auf thalamische Irritation hinweisenden neurologischen Befunde ließen sich die subjektiven Körpermißempfindungen als thalamisch bedingt auffassen, wie wir unten noch ausführen werden.

Dieser Fall erinnert sehr an eine Patientin von STOERRING, die im Rekonvaleszenzstadium einer Typhusencephalitis außerordentlich reichhaltige psychopathologische Erscheinungen zeigte, von denen wir gerade die Körpermißempfindungen noch einmal isoliert herausstellen wollen, soweit es eben möglich ist, die bei der Patientin gleichzeitig bestehenden Erscheinungen seitens des Hypothalamus bewußt zu vernachlässigen.

So berichtet die Patientin von STOERRING, sie brauche nur ihre Augen zu schließen, dann würden die Hände allmählich groß und immer größer, schließlich ganz riesengroß, die Schulter würde ganz breit und entferne sich von ihrem Ich. Ihr Ich verliere sich ebenso, es schrumpfe zu einem kleinen Punkt zusammen, wobei der kleine Punkt den Kopf darstelle. Ein anderes Mal klagte sie darüber, daß der Kopf zuweilen ganz groß geworden und auseinander gegangen sei wie ein großer Luftballon. Sie habe das Gefühl, einen Wattekopf zu haben. Der Kopf sei wie hohl und sitze wie ein Leichenkopf auf dem Rumpf. Sie habe große weiße Maden im Magen und im Kopf. Sie habe nassen Sand an den Händen und Füßen, Sie habe bei der Empfindung des Sandes ein Gefühl, so wie man es habe, wenn der nasse Sand in einen Topf gerührt werde oder wie wenn eine Kreide auf der Tafel kratze. Ihr Gehirn — sagt sie einmal später — sei ganz heiß, es koche. Ihr Gehirn zersetze sich.

Auch bei dieser Pat. von STOERRING fanden sich, wie in unserem Falle, neurologische Halbseitenstörungen. Die Sensibilitätsprüfung ergab eine linksseitige Hemihyperpathie, die distal noch zunahm. Weiter fand sich eine li. ausgeprägtere hochgradige Tiefensensibilitätsstörung. An der li. Hand, die das Bild einer Thalamushand zeigte, traten bei aktiven Bewegungen choreiforme und athetoseartige Bewegungsabläufe auf.

2 Leiden, bei denen der Thalamus erst sekundär in die Krankheitsvorgänge einbezogen ist, sind die Kausalgie und die akute Porphyrie. TROSTDORF hat jüngst darauf hingewiesen. Er hatte bei seinen Fällen vegetativ-thalamischer Erscheinungen bei akuter Porphyrie eine Patientin (36jährige Kinderärztin), die eine das Körperschema betreffende Mißempfindung auf der Höhe ihrer Erkrankung wie folgt darstellt: In der Kreuzbeingegend fühle sie einen großen „ungestalteten“ Auswuchs, sie würde ständig von dem Gefühl geplagt, darauf liegen und entsprechend „balancieren“ zu müssen. Dieses „qualvolle“ Gebilde besaß so großen Realitätswert, daß sie sich immer wieder durch Nach tasten von seiner Nichtexistenz überzeugete oder unbewußt Bewegungen ausführte, die dem Ziele dienen sollten, es in eine für sie bequeme Lage zu bringen.

Kommen wir nun zu unserem Fall selbst. Unser Patient klagt über eigenartige, anfallsweise auftretende Körpermißempfindungen, die sich ganz auflösen lassen unter dem, was man bei Schädigungen oder Reizzuständen des Thalamus bisher klinisch beobachten konnte.

Das Sichzusammenziehen des Halses, Kopfes und schließlich des ganzen Körpers sowie andererseits das Größerwerden eines Körperteils sind Störungen des Körperschemas, wie sie sehr häufig bei Thalamusschädigungen gefunden werden (PÖTZL, HOFF, v. PAP, SIMMA) und wie sie ja auch in den von uns angeführten Fällen von STOERRING und TROST-DORF in charakteristischer Weise mit sehr ähnlichem Wortlaut hervortreten.

Des weiteren gibt unser Patient an, daß die beiden Körperhälften über die Körpermitte ineinander verschoben würden. Solche Ausdrucksweise wurde schon von PÖTZL u. HOFF bei einem Fall von Gliom des linken Thalamus veröffentlicht und später von PÖTZL bei einem Fall beschrieben, bei dem es apoplektiform im ventrocaudalen Gebiet des linken Thalamus zu einer Blutung gekommen war. Es ergab sich dabei die Auffassung, daß eine physiologische Leistung der Thalamus-Rinden-Korrelation die Körpermediane als Bezugsebene sichert. Aus dem Bereich der Empfindungen entrückt, wird die Körpermediane eine Koordinatenebene des Körperbildes. Bei dieser eigenartigen Mißempfindung kommt es zu einer Art Denaturierung dieser Bezugsebene, die ihre trennende Eigenschaft für die beiden Körperhälften, die nun als ineinanderverschoben erlebt werden, verliert. Es können auch quälende Eingeweidesensationen an dieser Störung der Körpermediane teilnehmen. Schließlich fällt bei unserem Patienten noch das Gefühl der Levitation auf, die Schwebesensation. Es muß dabei an eine Störung in der Verarbeitung der proprioceptiven Signale gedacht werden, die dauernd im Thalamus einströmen und nun die Thalamus-Rinden-Korrelation nicht in normaler Weise durchlaufen können. Genau so häufig läßt sich bei Thalamuskranken auch ein Gefühl der Körperschwere finden, mit dem irgend ein Körperteil „beladen“ sein kann.

Diese Störungen der Relation Körperschema-Körpergewicht, bei denen — bei objektiv gleichbleibendem Gewicht — der Körper leichter oder schwerer empfunden wird, gibt es auch bei manchen Intoxikationen wie beim Meskalin (BERINGER), beim Pervitin (BÜCHLER, SZEPES, GREVING), beim Kokain und beim Lysergsäurediäthylamid (ARNOLD, HOFF). Man muß wohl annehmen, daß es hier zu einer flüchtigen zentralen Störung mit dem Angriffspunkt im Thalamus opticus kommt.

Daß bei den Thalamuskranken Körpermißempfindungen auch wirklich vorliegen und nicht in der bloßen Einbildung vorhanden sind, darüber kann kein Zweifel bestehen. Das lehren vor allen Dingen die sich sehr ähnelnden Angaben der Kranken, ganz gleichgültig, ob wir die Leistung des Thalamus durch einen raumbeengenden Prozeß, durch Gefäß-

verschluß, Blutung oder nicht zuletzt durch elektiv wirkende Gifte geschädigt finden. Was aber zuletzt das psychopathologische Syndrom ausmacht, ist ja in unserem Falle nicht die Wahrnehmung somatischer Reize, die vom Körper selbst ausgehen und die Veränderungen endogener Konstanzphänomene darstellen, sondern die Seite des Erlebens und dessen weitere Verarbeitung.

Bei den Thalamuskranken fällt zunächst auf — und das zeigt unser Fall sehr deutlich —, daß die Empfindung mit einem starken Realitätsbewußtsein vorgebracht wird und es entgegen der sonstigen meist gut erhaltenen Kritikfähigkeit der Kranken selten zu „als ob“ und „als wenn“ Formulierungen bei der Schilderung der Phänomene kommt. Es läßt sich also feststellen, daß die Empfindung einen *hohen Realitätswert*¹ hat. Von der Empfindung wird — und das erscheint uns als ein nicht unwichtiges Charakteristikum — die ganze *Aufmerksamkeit absorbiert*. Das stellten auch schon BONHOEFFER, SCHUSTER und STOERRING fest. Diese starke Beschäftigung mit der erlebten Körperzustandsveränderung im Zusammenhang mit der häufig vorhandenen emotional-hyperaesthetischen Schwäche trägt dazu bei, daß man oft sich des Eindruckes einer hysterischen Verhaltensweise kaum erwehren kann. Dieses *vermeintlich hysterische Verhalten* ist in Wirklichkeit aber ein *pseudohysterisches* und von organisch-pathologischen Vorgängen bestimmt.

Untersuchen wir nun den Gefühlswert, den die Mißempfindungen bei unseren Thalamuskranken haben, so werden wir finden, daß die Empfindungen in der Gefühlsskala ein negatives Vorzeichen tragen. Vergrößerung und Verkleinerung von Körperteilen, Dickerwerden, Längerwerden, Schwere- und Schwebbeerlebnisse sind fast immer mit einem *Gefühlsakzent* des *Quälend-Unangenehmen* versehen. Das gilt immer für das Gefühl *während* einer Zustandsänderung. Hier tritt meist ein Angstgefühl hinzu. Weniger störend ist das Gefühl, wenn ein Zustand einer Körperänderung in einer Phase stillsteht, sozusagen in einem Stadium geronnen und fixiert ist. Unser Patient sagt das bezeichnend mit den Worten: Jetzt ist der Kopf immer groß und dick, er ist sozusagen stationär, aber das ist besser, als wenn der Kopf sich ständig im Umfang ändert.

Bei den sonst meist kritischen Thalamuskranken fällt uns noch weiter auf, daß kaum Versuche gemacht werden, sich die eigenartigen Phänomene selbst zu erklären. Man muß sagen, daß die im Normalpsycholo-

¹ Auch im Rorschach-Formdeuterversuch projizieren die Thalamuskranken ganz überwiegend Körperteile. So fanden sich bei unserem Fall z. B. nur anatomische Antworten in ziemlich einförmiger Weise. Charakteristisch war die hohe Zahl der Bewegungsantworten, die wir ja als Deutungen ansehen, die durch Formwahrnehmung und zusätzlich kinästhetischen Zuflüssen determiniert werden. Hier scheint sich im Test die stark empfundene Körperzustandsänderung (vgl. unten) als Bewegungsfaktor niederzuschlagen.

gischen liegende Bereitschaft, irgendwelche Körperempfindungen aus dem allgemeinmenschlichen Kausalitätsbedürfnis heraus von irgendeiner vermeintlichen Ursache abzuleiten, hier reduziert erscheint. Auf Befragen, wie Patient sich die Erscheinung selbst erkläre, bekommt man nur selten eine Antwort, eher macht der Patient den Versuch, das Phänomen noch bildlich zu verdeutlichen. So sagte z. B. einer unserer Patienten, der ein isoliertes Schweregefühl des rechten Armes hatte, auf die Frage nach der eigenen Erklärung: „Es ist so, wie wenn man viele Bücher unter dem Arme hätte.“

Die Kenntnis dieser Körpermißempfindungen thalamischer Genese gewinnt für den klinischen Gebrauch immer mehr an Bedeutung, weil es bei einer ganzen Reihe neurologischer Erkrankungen zu einer Irritation des Thalamus kommt, ohne daß dieser primär erkrankt zu sein braucht. So kann es bei einem ständigen peripheren Schmerzreiz zu einem Hereinwirken des Thalamus kommen, so daß jetzt Halbseitenstörungen und Körpermißempfindungen auftreten, die nur durch funktionelle Irritation des Thalamus zu erklären sind. Es kann bei einer solchen Thalamusreizung zu einem klinischen Bild kommen, das man von den klassischen Fällen der Literatur über organische Thalamusaffektionen verschiedener Ursache (Tumor, Entzündung, Erweichungsherd) kaum unterscheiden kann.

II.

Fall 2, F. H.: „Das Blut wird dünnflüssig, das ganze hängt von rechts- und linksdrehenden Zuckern ab. — Im Hals ist etwas, mit dem Zäpfchen, als ob es abgedreht würde — die Gurgel knackt beim Essen. — Der Geschmack ist verändert, als wenn das Salz mir aus den Lippen gezogen wird. — Ameisen kriechen in den Beinen . . . Gefühl, wie talergroßes Loch an der li. Seite. Es fliegt mir etwas Grünes ins Auge. Nach dem Essen oder Trinken von Flüssigkeit plätschert mir das Gehirn. Ich bekomme Schmerzen im Kreuz, wenn man mir ins Auge sieht. — Fett steigt in mir re. und li. im Bauch hoch, von da aus läuft es mir in die Stirnhöhle . . . die re. Gesichtshälfte ist verflüssigt, die li. ist noch gut.“ Pat. schildert an einem anderen Tage: „Die re. Körperseite ist länger.“ Auf den Einwand des Ref., daß man meßbar keine Unterschiede feststellen könne: „Die re. Körperseite ist länger. Dies kommt durch eine gewohnheitsmäßig beim Schlafen eingenommene Lage und ist nur eine üble Sensation“.

Es handelt sich hier um einen jetzt 49jährigen Kaufmann, der 1920 sehr wahrscheinlich schon erstmalig schizophrene Zeichen bot. Nach abenteuerlichem Lebenslauf, der ihn unter ständigen Berufswechsel bis zu den westindischen Inseln führte, wurde er 1937 wegen einer eindeutigen Schizophrenie klinisch behandelt. Er bot Erlebnisse der „magischen Fernwirkung“ (KRETSCHMER), hatte Verbalhalluzinationen und stand mit Gott und allen Heiligen in Verbindung. 1952 kam er dann in unsere Klinik unter dem Bild eines schizophrenen Defektzustandes.

Die neurologische Untersuchung ergab gerade eben faßbare, aber auch bei mehrfacher Nachuntersuchung gleichbleibend angegebene Halbseitendifferenzen. So bestand eine Herabsetzung der epikritischen Sensibilität auf der re. Seite. Wenn

fortlaufend auf einer Stelle leichte Schmerzreize mit der Sensibilitätsnadel von gleicher Stärke gesetzt wurden, äußerte Pat.: „Man gewöhnt sich auf beiden Seiten daran, doch bleibt li. der Schmerz nicht gleich, sondern stumpft langsam ab, während er re. gleich bleibt.“

Fall 3, B. B.: „Da treibt's einem den Magen in den Kopf. Ich habe so arge Augensäulen und die Gesichtsmaske ist mir neulich davongegangen. — Und die Brust hat getropfelt. Finger spüre ich, wie wenn Wasser drin wäre. Die Frau X. reißt mir die Säfte heraus, die Zunge hat sie mir umgedreht, was braucht die sich meinen Zungenansatz anzusehen. Ich habe gar keine Ferse mehr. — Auch aus der Brust hat man mir etwas herausgenommen. Meine Knie sind ganz eckig, sind Kindsknochen, da hat man die ganze Kniescheibe herausgenommen. Erst neulich hat man mir die Leber herausgezogen und eingeweckt.

Die Haare müssen heraus, das ist nicht zum Aushalten, die pressen einen. Da nimmt man einem das Hinterhirn — Kinderhirn — und stopft es wieder voll. Der Kopf ist fürchterlich dünn. Meine Glieder werden abgehackt. Die Nase wird abgefressen.“

Es handelt sich hier um eine jetzt 63jährige Pat. mit schwerem schizophrenem Defekt. 1920 begann die Erkrankung mit starken Erregungszuständen. Pat. fühlte sich beeinträchtigt, hatte Verbalhalluzinationen und äußerte hypochondrische Beziehungsideen, die schon damals durch ihre besondere „phantastische und abstruse Färbung“ auffielen. 1921 kam die Pat. in unsere Klinik. Es heißt im alten Krankenblatt, daß Körpermißempfindungen der verschiedensten Art von der Kranken im Sinne einer körperlichen Beeinflussung umgedeutet wurden. In den letzten 30 Jahren versandete die Erkrankung langsam unter einem Zerfall der Persönlichkeit. Pat. lebte jetzt ganz untätig, fast ohne jede Beziehung zu den Vorgängen der Außenwelt dahin. Eingestreut finden sich jedoch kleine Erregungszustände, in denen die Pat. ihre Körpermißempfindungen vorbringt, so wie sie hier im Stenogramm festgehalten wurden.

Betrachten wir nun einmal die von den Schizophrenen geschilderten Empfindungen, so ist augenscheinlich, daß daß von ihnen vorgebrachte Vokabular dem der gesichert thalamisch Kranken in vielem nicht unähnlich ist („Der Kopf ist fürchterlich dünn“, „die rechte Gesichtshälfte ist verflüssigt“). Einzelne Termini könnten sogar vermuten lassen, daß auch die Schizophrenen thalamische Sensationen haben, die aber nun in ganz bestimmter Weise verarbeitet werden. Doch kann man darüber heute noch nichts Präzises sagen, sondern man wird vorerst bei Vermutungen und Analogieschlüssen bleiben müssen. Nachdenklich stimmt jedenfalls der Tatbestand, daß wir bei eindeutig Schizophrenen mit Symptomen ersten Ranges, bei denen gerade die Körpermißempfindungen einen Teil des klinischen Bildes ausmachen, bei subtiler neurologischer Untersuchung Halbseitenstörungen fanden, die auch bei mehrmaliger Nachkontrolle immer wieder in der gleichen Weise angegeben wurden. Zu diesen Fällen gehört auch unser Fall 2.

Gehen wir nun rein beschreibend an das psychopathologische Syndrom der Körpermißempfindungen unserer Schizophrenen heran und stellen es neben das der Thalamuskranken, so ergeben sich zunächst Unterschiede, was den Bereich des Erlebens angeht. Das Auffallendste

ist die *Bereitschaft*, den Einbruch von *Mißempfindungen von außen zu erklären* („man hat mir die Leber herausgezogen“, „das Ganze hängt von links- und rechtsdrehenden Zuckern ab“ usw.). Es werden Gründe, Zusammenhänge, Deutungen und Beziehungen in und mit den eigenen Körpermißempfindungen gesucht. Gerade dieses vermißten wir ja weitgehend bei den Thalamuskranken, und hier dürfte unseres Erachtens der entscheidende Unterschied liegen, weshalb wir bei den Schizophrenen im klinischen Sprachgebrauch von Halluzinationen sprechen. Wir möchten aber annehmen, daß diesen echte Körpermißempfindungen zugrunde liegen, die in der typisch schizophrenen Erlebnisweise verarbeitet werden.

Ein weiteres Unterschiedsmerkmal liefert uns die Affektivität. Von den Schizophrenen werden selbst ganz groteske Empfindungen mit häufig mattem Affekt und innerlich unbeteiligt vorgebracht, jedenfalls kaum der Schilderung adäquat. Beim Thalamuskranken hingegen stand ja gerade die starke „Ich-Nähe“ der Empfindungen im Vordergrund, die in dem hohen Realitätswert und in der intensiven Aufmerksamkeitszuwendung ihren Niederschlag fand. Diese Zuwendungsleistung, die wir bei der Aufmerksamkeit benötigen, gelingt aber dem Schizophrenen auf Grund seiner in der veränderten Erlebnisweise und Einstellung des Ich zum Ausdruck kommenden Desintegration nicht.

Die Körpermißempfindungen bei den Schizophrenen wechseln oftmals inhaltlich und zeigen eine größere Vielfalt als bei den Thalamuskranken, bei denen auch bei mehrfacher Exploration die Beschwerden häufig wortgetreu wiedergegeben wurden. Zur inhaltlichen Seite ist noch weiter zu bemerken, daß im Gegensatz zur vorwiegenden Halbseitigkeit der Symptome bei den Thalamuskranken die Schizophrenen meist über beidseitige Körpermißempfindungen klagen, allenfalls mit Betonung der einen Seite. So gab unsere Patientin A St. (49 Jahre), die darüber klagte, daß der Kopf, Beine und Füße manchmal ganz zusammengezogen würden und daß sie die Blutkörperchen als elektrisch geladene Teilchen in den Gefäßen unter der Haut spüre, immer während der Insulinsubcomas an, diese Sensationen seien jetzt ausschließlich auf der linken Körperseite, die sie dann manchmal wie gefühllos empfinde.

Was die Nacherlebbarkeit der Körpermißempfindungen betrifft, so stößt diese zweifellos bei den Thalamuskranken auf Schwierigkeiten, läßt sich aber noch eben in der Vorstellung realisieren. Bei den schizophrenen Patienten hat die Mißempfindung bei deren qualitativ andersartigem Erleben eine Passage durchlaufen, der wir nacherlebend meist nicht zu folgen vermögen. Wir finden hier in den Äußerungen nicht das Spiegelbild der wirklichen Empfindung, wie wir das bei den Thalamuskranken annehmen dürfen, sondern ein verzerrtes Bild, an dem wir die eigentlichen Konturen nur noch vermuten können.

Trotz dieser hier herausgestellten zweifellos vorhandenen Unterscheidungsmerkmale sind die Übergänge doch häufig so fließend, daß nicht selten ein unter der Diagnose Schizophrenie eingewiesener Patient sich bei subtiler klinischer Untersuchung und Beobachtung als Thalamussyndrom herausstellt. Als Beispiel der Ähnlichkeit sei hier ein Thalamuskranker (W. B., 48 Jahre) angeführt, der wörtlich sagt: „Wenn ich im Bett liege, wird das rechte Bein plötzlich länger, ich weiß gar nicht, wie lang. Ich fühle es und sehe es, daß das Bein länger wird, obwohl es doch gar nicht sein kann, wenn ich im Bett liege.“ Dagegen hören wir einen Schizophrenen (P. H., 37 Jahre), der äußert: „Wenn ich im Bett liege, bekomme ich schon nach kurzer Zeit das Gefühl, daß die Füße unheimlich lang sind, 100 km.“ Einige Wochen später sagt derselbe Patient: „Ich habe mich nun noch mehr körperlich ausgedehnt, zum Fenster hin und auch nach rückwärts, bis ich schließlich den ganzen Raum angefüllt habe. Ich meinte, ich sei endlos.“ Einige Tage später: „Ich habe mich ausgedehnt wie ein Gott, der ja auch überall hin kann.“ Die erste Äußerung unseres Schizophrenen könnte so anmuten, als handle es sich um eine thalamische Mißempfindung. Die zweite Äußerung weist uns dagegen bereits in typisch schizophrene Richtung, sie zeigt ein Phänomen, das wir psychopathologisch als Verschwimmen der Ich-Grenzen zu bezeichnen pflegen. In der dritten Äußerung tritt das noch deutlicher zutage.

Auf einer anderen Ebene wird uns auch noch dieser fließende Übergang zwischen Thalamussyndrom und Schizophrenie evident. Es handelt sich um unseren Patienten W. W. (22 Jahre), der ein ungewöhnlich klassisches und reichhaltiges Thalamussyndrom bot und den wir wegen seiner Ähnlichkeit mit den historischen Fällen von HEAD u. HOLMES differenzierten neurologischen und psychologischen Untersuchungen unterzogen¹. Die Mutter dieses Patienten war bereits vor Jahren wegen einer paranoiden Schizophrenie in unserer Klinik behandelt worden, während ein Bruder des Patienten erst vor kurzem wegen eines schizophrenen Schubes hier eingewiesen werden mußte.

III.

Fall 4, A. R.: 63 Jahre: „Alles lebt und webt in meinem Körper, hauptsächlich im Leib. Ich habe gar keinen Stuhlgang mehr. Die Gedärme sind verschlossen. Ich habe ein Reißen im Kopf und Kribbeln in der Kopfhaut. Es zwickt und kribbelt im Kopf und im Gesicht. Wie lauter Disteln ist es in meinem Leibe. An allen Ecken zwickt es und ist lebendig. Das Empfinden ist wie lauter Kreise am ganzen Körper. Von oben bis unten. Die re. Körperseite ist am meisten betroffen.“

Es handelte sich hier um eine Pat. mit einem hypochondrisch-depressiv gefärbten Zustandsbild. Nach dem Encephalogramm bestand eine Hirnatrophie. Leider ließ sich bei der Subarachnoidalfüllung nicht feststellen, ob der Parietalbereich besonders betroffen war.

¹ BENTE und KLAGES, erscheint im Arch. Psychiatr.

Nach den eindrucksvollen Untersuchungen von KEHRER „zur Anatomie hypochondrischer Zustände“ finden wir bei Patienten mit typisch hypochondrischen Symptomen häufig encephalographische Hinweise auf das Vorliegen hirnatrophischer Veränderungen, insbesondere des Parietallappens. Die bevorzugte Lokalisation der Atrophie im Parietalhirn könnte darauf hinweisen, daß eine Störung in der zentralen Vertretung der Körperfühlsphäre vorliegt. Wir müssen annehmen, daß gerade die corticale Schädigung hier den Ausgangspunkt der Körpermißempfindungen darstellt. Wenn wir uns daran erinnern, daß ja im cerebralo-organischen Sektor gerade die Strecke Thalamus-Cortex (parietal) intakt sein muß, um die ungestörte Verarbeitung aller unserer sensiblen Afferenzen zu gewährleisten, so würden wir im Gegensatz zu den Thalamus-schäden jetzt die parietale Hirnrinde betroffen sehen. Wir werden in dieser Annahme bestärkt, weil bei Reizversuchen an der hinteren Zentralwindung (FOERSTER, PENFIELD, BOLDREY) von den Kranken hauptsächlich Kribbeln, Ameisenlaufen, Schwirren, Vibrieren, Wallen, Kitzeln, Brennen usw. angegeben wurden, ein Vokabular also, was wir gerade von unseren hypochondrischen Kranken so häufig zu hören gewohnt sind. Vor allem scheint uns auch für den Akzent auf der corticalen Seite zu sprechen, daß es sich fast niemals um schmerzhaft empfundene Empfindungen handelt. Auch die Neurochirurgen fanden bei Reizungen im parietalen Sektor die auftretenden Körpermißempfindungen selten von Schmerzangaben kommentiert.

Zusammenfassung.

Wir gingen dem uns bei verschiedenen Krankheitsbildern in der Neurologie und Psychiatrie begegnenden Syndrom der Körpermißempfindungen nach. Unter letzterem verstanden wir — unabhängig von dem begleitenden Gefühlsakzent — ganz allgemein Körperfehlempfindungen, denen wir auch die Körperschemastörungen zuordneten.

Unser besonderes Interesse galt den Körpermißempfindungen bei thalamisch Kranken und Schizophrenen, die wir einander gegenüberstellten. Wir gaben einige charakteristische Schilderungen von Patienten im Wortlaut wieder und wiesen an Hand dieser Fälle auf bezeichnende Übereinstimmungen hin, vor allem in Bezug auf das oft täuschend sich ähnelnde Vokabular, das nicht zuletzt gelegentlich zu Fehldiagnosen Anlaß geben kann.

Wir stellten dann in gleicher Weise die Verschiedenheit beider Gruppen heraus. Für die Thalamuskranken hatten die Körpermißempfindungen eine starke Ich-Nähe und einen großen Realitätswert, der auch in der intensiven Aufmerksamkeitszuwendung seinen Niederschlag fand. Die inhaltlich meist einförmigen Mißempfindungen waren häufig mit einem Gefühlsakzent des Quälend-Unangenehmen verbunden. Das galt beson-

ders für das Gefühl *während* einer Körperzustandsänderung. Die Patienten zeigten oft ein vermeintlich hysterisches Verhalten, das in Wirklichkeit aber ein pseudohysterisches und von organisch-pathologischen Vorgängen bestimmtes war.

Bei den Schizophrenen war die Bereitschaft, den Einbruch der Mißempfindungen von außen zu erklären, sehr charakteristisch. Der affektive Bezug war bei weitem nicht so stark wie bei den Thalamuskranken. Inhaltlich wechselten die Körpermißempfindungen oftmals und zeigten eine größere Vielfalt.

Trotz dieser Verschiedenheit hinsichtlich der Ich-Nähe, der Aufmerksamkeitszuwendung, der intrapsychischen Verarbeitung und der Konstanz der Inhalte zeichnete sich in einzelnen Fällen die Ähnlichkeit stark ab. Wir glaubten deshalb annehmen zu dürfen, daß bei manchen Schizophrenen den in der Psychiatrie als Körperhalluzinationen bezeichneten Äußerungen echte Körpermißempfindungen zu Grunde liegen, wobei diese durch die qualitativ andersartige Erlebnisweise der Schizophrenen ihre spezifische Formung erhalten.

Abschließend wurden noch die hypochondrischen Zustände gestreift und einige hirnlokalisatorische Ausblicke zum Problem der Körpermißempfindungen angedeutet.

Literatur.

- ARNOLD, O. H., u. H. HOFF: Körperschemastörungen bei LSD 25. Wien. Z. Nervenheilk. 6, 259 (1953). — BERINGER, K.: Der Mescalinausgang. Berlin: Springer 1927. — BONHOEFFER, K.: Klinisch anatom. Beiträge zur Pathologie des Sehhügels und der Regio subthalamica. Mschr. Psychiatr. 67, 253 (1928); 77, 127 (1930); 91, 1 (1935). — BÜCHLER, P., u. J. SZEPESI: Zur Genese der haptischen Halluzinationen im Verlaufe von intoxicativen Psychosen. Z. Neur. 107, 651 (1938). — DUENSING, F.: Schreckreflex und Schreckreaktion als hirnorganische Zeichen. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 188, 162 (1952). — DUSSEY DE BARRENNE, J. G.: Central levels of sensory integration. Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis. 15, 274 (1935). — FOERSTER, O.: Symptomatologie der Erkrankungen des Großhirns. Sensible kortikale Felder. Bumke-Foerstersches Handb. d. Neurol. 6, 358 (1936). — GREVING, H.: Psychopathologische und körperliche Vorgänge bei jahrelangem Pervitinmißbrauch. Nervenarzt 14, 395 (1941). — HÄFNER, H.: Psychopathologie der cerebralorganisch bedingten Zeitsinnesstörungen. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 190, 530 (1953). — HEAD, H., and G. HOLMES: Sensory disturbances from cerebral lesions. Brain 34, 102 (1911). — HIRASAWA, K., u. K. KARIYA: Über die corticalen extrapyramidalen Fasern aus dem motorischen Rindenfeld beim Affen. Fol. anat. japon. 14, 603 (1936). — KEHRER, H. E.: Zur Anatomie hypochondrischer Zustände. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 190, 449 (1953). — KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie 10. Aufl. Stuttgart 1950. — LEVIN, P. M.: The efferent fibers of the frontal lobe of the monkey. J. Comp. Neurol. 63, 369 (1936). — v. PAP, Z.: Ein Fall von Thalamus-Syndrom mit Störungen des Körperschemas. Mschr. Psychiatr. 89, 336 (1934). — PENFIELD, W., and E. BOLDREY: Somatic motor and sensory representation in the cerebral cortex of man as studied by electrical stimulation. Brain 60, 389 (1937). — POLYAK, S.: The main efferent fiber systems of the cerebral cortex in primates. Berkeley, Calif. 1932, 431. — PÖTZL, O.: Hirnpathologie der Schwebesensationen. Wien. klin.

Wschr. 1942, 921; Über Anfälle von Thalamustypus. Z. Neur. **176**, 793 (1943). — PÖTZL, O., u. H. HOFF: Reinhold-Festschrift. 164. Brünn: Rohrer 1936. — SCHELER, M.: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Halle 1913 u. 1916. — SCHILDER, M.: Körperschema. Berlin: Springer 1923. — SCHUSTER, P.: Beiträge zur Pathologie des Thalamus opticus. Arch. f. Psychiatr. **105**, 358 (1936); **106**, 13 (1937). — SIMMA, K.: Die Ergebnisse der Thalamusforschung im letzten Jahrzehnt (1940—1950). Fortschr. Neur. **20**, 51 (1952). — STÖRBEING, G. E.: Zur Psychopathologie des Zwischenhirns (Thalamus und Hypothalamus). Arch. f. Psychiatr. **107**, 786 (1938). — Besinnung und Bewußtsein. Stuttgart: Thieme 1953. — STUMPF, K.: Gefühl und Gefühlsempfindung. Leipzig 1928. — TROSTDORF, E.: Vegetativ-thalamische Erscheinungen bei akuter Porphyrie. Dtsch. Z. Nervenheilk. **170**, 130 (1953) — WALKER, A. E.: The retrograde cell degeneration in the thalamus of *Macacus rhesus* following hemidecortication. J. Comp. Neurol. **62**, 407 (1953).

Dr. W. KLAGES, Tübingen, Univ.-Nervenklinik, Osianderstraße 22.