

Aus der Univ.-Nervenklinik Homburg/Saar.

Zum Problem der chronischen taktilen Halluzinose.

Bemerkungen zu einer Arbeit von U. FLECK.

Von
KLAUS CONRAD.

Mit 1 Textabbildung.

(*Ein gegangen am 25. Juli 1955.*)

Ich möchte zu den Ausführungen von U. FLECK zum Problem der chronischen taktilen Halluzinose nur deshalb kurz Stellung nehmen, weil ich befürchte, daß sie den Sachverhalt um das Problem des „Dermatozoenwahns“, den wir uns zu klären bemüht haben, wieder zu verwirren drohen.

BERS und ich haben die bisher unter dem Namen „Dermatozoenwahn“ ziemlich verstreut mitgeteilten Fälle zusammengestellt und — unter Zugäng von vier eigenen Beobachtungen — zu begründen versucht, warum man das recht charakteristische Zustandsbild als ein typisches Syndrom auffassen und es in die Nähe eines anderen solchen Syndroms, nämlich das der chronischen Halluzinose (etwa der Trinker) stellen sollte (BERS u. CONRAD). Wir wichen damit von der Auffassung anderer Autoren ab, die bei ihren Kranken teils schizophrene Prozeßpsychosen, teils neurotische Phobien, Depressionen, Paranoia oder senile Hirnatrophien annahmen. Wir schlügen deshalb den Namen „chronische taktile Halluzinose“ vor.

U. FLECK machte sich die Mühe, in einer ausführlichen, 16 Seiten langen Studie den Nachweis zu führen, daß es sich dabei 1. nicht um eine Halluzinose handele, sondern um illusionäre Umdeutungen von tatsächlichen Sinneserlebnissen, also wahnhaftes Verarbeiten von Mißempfindungen der Haut, 2. nicht um exogene Reaktionsformen im Sinne BONHOEFFERS, weil über exogene Schädigungen nichts bekannt sei und 3. nicht in allen Fällen um chronische Erkrankungen. Er möchte lieber von „einem Syndrom der wahnhaften Verarbeitung von taktilen Sinneserlebnissen“ sprechen.

Diesen Einwänden von U. FLECK möchte ich folgendes entgegnen:

Zu 1.: Wenn auch eine prinzipielle Unterscheidung zwischen Illusionen und Halluzinationen, insbesondere im Anschluß an JASPERS, heute mancherorts noch aufrecht erhalten wird, ist diese Unterscheidung, wie ich gleich noch näher ausführen will, für die psychopathologische Praxis

wie auch aus theoretischen Erwägungen heraus, recht fragwürdig geworden. Aber selbst wenn man, etwa im Sinne von JASPERS, diese Unterscheidung aufrecht erhält, geht der Einwand von U. FLECK am Wesentlichen vorbei, da es uns nicht darauf ankam, die Erlebnisse unserer Kranken speziell als Halluzinationen im Gegensatz zu Illusionen darzustellen, vielmehr lediglich darauf, ihre *nosologische Nähe zu dem Syndrom der chronischen Halluzinose* aufzuzeigen. Hierbei handelt es sich um ein allgemein bekanntes und anerkanntes Syndrom, bezüglich dessen die Einwände FLECKS genau so gemacht werden könnten. Wenn also U. FLECK der Meinung ist, daß die chronische Halluzinose, etwa der Trinker, in Wirklichkeit gar keine „Halluzinose“ ist, sondern es sich um „wahnhafte Verarbeitung von akustischen Sinneserlebnissen“ handelt, dann möge er sich nicht speziell mit der *taktile* Halluzinose, sondern mit dem Problem der chronischen Halluzinose überhaupt auseinandersetzen.

Wir wissen aber heute längst, daß weder das optische, noch das akustische, noch auch das taktile Sinnesfeld jemals „leer“ sind, immer sind diese Sinnesfelder „erfüllt“, immer ist im Wachzustand ein optisches, akustisches, taktiles Sinnesfeld da, d. h. irgendwelche Bestände dieser Sinnesfelder. Es läßt sich deshalb niemals mit voller Sicherheit behaupten, daß im Augenblicke einer Trugwahrnehmung nicht Bestände des jeweiligen Feldes in irgendeiner Weise in das Erlebnis einbezogen wurden. Wir wissen ferner, daß jeder Wahrnehmungsvorgang ein in der Dimension der Zeit verlaufendes Geschehen ist, so daß erst recht von Trugwahrnehmungen nicht behauptet werden kann, sie seien „völlig neu entstanden“, ohne daß vorhergehende Wahrnehmungsbestände miteinbezogen wurden. Dies läßt sich schon im optischen Feld leicht veranschaulichen. Wenn ein fieberrckanes Kind in seinem Delir in der Tapete Fratzen sieht, wird U. FLECK dies wohl noch eine Illusion nennen (vgl. die Abbildung). Wenn durch rasche thematische Umstrukturierungen diese „Fratzen“ sich nun zu bewegen und zu verwandeln scheinen, ist dies wohl auch noch Illusion. Wenn man nun das Zimmer abdunkelt und das Tapetenmuster verschwindet, so daß gar nichts mehr davon sichtbar ist, das Kind aber infolge „gesteigerten Sinnengedächtnisses“ (Perseveration) die Fratzen nun immer noch sieht, dann wird man, etwa im Sinne von JASPERS nun schon von „Pseudohalluzination“ sprechen müssen. Und wenn endlich bei leicht fortschreitender Eintrübung des Bewußtseins das Fratzenbild selbständigen Verwandlungen unterliegt und daraus Tiergesichter oder Szenen werden, dann wird man auch im Sinne von JASPERS von echten Halluzinationen sprechen müssen. Das Erlebnis selbst ist im Grunde immer das Gleiche geblieben. Die begriffliche Unterscheidung zwischen Illusion und Halluzination ist vom Standpunkt des gesunden Wach-Bewußtseins gewiß nützlich, aber sie nützt uns in der Wirklichkeit des psychotischen Erlebens recht wenig, weil fortwährend

das eine in das andere übergeht, ohne daß wir eine Möglichkeit haben, das eine vom andern zu unterscheiden.

Nun liegen die Dinge aber in unserem besonderen Falle noch anders. U. FLECK glaubt nämlich gar nicht, daß es normale taktile Sinnesreize seien, die hier illusionär umgedeutet werden, sondern er nimmt „krankhafte Hautempfindungen zentraler oder peripherer Herkunft“ an, die hier illusionär oder wahnhaft verarbeitet werden. Zunächst könnte man

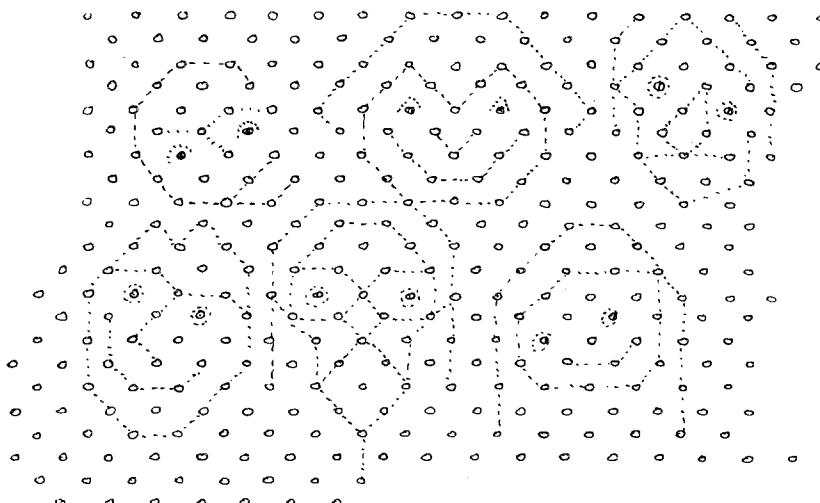


Abb. 1.

fragen, wie diese Behauptung bewiesen werden soll; es ist einfach eine Behauptung. Vor allem aber kann man diese Behauptung mit gleichem Recht auch bezüglich aller bisher als Halluzinationen bezeichneten Erlebnisse machen. Denn niemand kann mir das Gegenteil beweisen, wenn ich die Behauptung aufstelle, daß jeder „Halluzination“ krankhafte Empfindungen zentraler Herkunft zugrunde liegen, die illusionär oder wahnhaft verarbeitet werden. Mit dieser These erübrigts sich jegliche Unterscheidung zwischen Halluzinationen und Illusionen; es gibt dann überhaupt keine Halluzinationen mehr.

Auch der Einwand U. FLECKS, daß bei den Kranken mit „Dermatozoenwahn“ eine wahnhaft Weiterverarbeitung der Erlebnisse auf dem taktilen Sinnesgebiet nicht wegzudenken sei, was in dem Begriff der „taktilen Halluzinose“ nicht zum Ausdruck komme, ist mir nicht recht verständlich. Ich kenne keinen Fall irgendeiner chronischen Halluzinose — man denke nur an die Halluzinose der Trinker oder defektgeheilten Paralytiker — in dem es *keine* wahnhaft Weiterverarbeitung der Erlebnisse gibt. Wenn der chronische Trinker die Stimmen, die ihn beschimpfen,

genau erkennt als die Stimmen bestimmter Nachbarn oder Saufbrüder, die ihm absichtlich diese Schikane antun, um ihn zu ärgern und sich von diesem Wahn auch nicht abbringen läßt, wird es doch niemanden einfallen, deshalb *nicht* von einer chronischen Halluzinose zu sprechen, sondern von einem „Syndrom der wahnhaften Verarbeitung von akustischen Sinneserlebnissen“. Ich möchte dabei nicht mißverstanden werden. Ich hielte in der Tat die Formulierung von U. FLECK auch bezüglich der chronischen Alkoholhalluzinose für exakter, aber es hat sich nun einmal hierfür die Bezeichnung „Halluzinose“ — und zwar seit BONHOEFFER — eingeführt, warum soll man nicht dabei bleiben?

Zu 2.: Der Einwand U. FLECKS, daß es sich bei der „taktilen Halluzinose“ nicht um eine exogene Reaktionsform, im Sinne BONHOEFFERS handeln könne, weil über „exogene“ Schädigungen nichts bekannt sei, scheint mir das Wesen des Begriffes der exogenen Reaktions- oder Praedilektionstypen zu erkennen. Wenn man am Krankenbett ein typisches delirantes Syndrom beobachtet, wird man von einem „exogenen Reaktionstypus“ sprechen können, auch wenn die Ursache dieses Delirs nicht feststellbar ist. Wir beobachten häufig typische Demenzprozesse bei Kranken im mittleren Lebensalter, deren Ursache wir nicht kennen, die wir gleichwohl — lediglich aus dem psychischen Syndrom der organischen Demenz — als organisch-bedingte Psychosen, als unklare hirnatriphische Prozesse bezeichnen, selbst dann, wenn das Encephalogramm keine über die normale Alterserweiterung hinausgehende Veränderung der Hirnventrikel zeigt. Auch gibt es amentielle Psychosen, die ad integrum ausheilen und deren organische Bedingtheit niemals geklärt werden kann, die wir aber gleichwohl, wegen des typischen Syndroms, zu den exogenen Reaktionstypen zählen. Es erweist sich allerdings — worauf wiederholt hingewiesen wurde — daß der Ausdruck „exogen“ unzweckmäßig ist und man dem Vorschlag K. SCHNEIDERS folgen sollte, von „körperlich begründbaren Psychosen“ zu sprechen.

In diesem Sinne glauben wir, daß auch der „Dermatozoenwahn“ eben dadurch, daß er eine innere Wesensverwandtschaft zu gewissen chronischen Halluzinosen besitzt, zu der Gruppe typischer Syndrome der körperlich begründbaren Psychosen, im Sinne SCHNEIDERS zu rechnen ist. Der Einwand von U. FLECK, daß keine „exogene“ Auslösung oder Verursachung bekannt ist, scheint uns deshalb ohne Belang.

Die in der älteren Literatur mitunter geäußerten Zweifel, daß hinter der chronischen Halluzinose der Trinker in Wirklichkeit Schizophrenen verborgen seien, konnte durch die gründliche Studie von BENEDETTI zerstreut werden. Er fand unter 113 Fällen von Alkoholhalluzinosen 23 chronisch verlaufende Fälle. Gewiß stellte sich bei der katamnestischen Nachuntersuchung heraus, daß einige Schizophrene sich darunter befanden, bei denen eben irrtümlicherweise die Halluzinose dem Alkoholkonsum zugeschrieben wurde. BENEDETTI hebt aber als ein Hauptergebnis seiner Untersuchung, die die Existenz einer chronischen organisch bedingten

Halluzinose bewies, heraus: „Mit der Heraushebung dieser Krankheitsgruppe ist der Beweis erbracht, daß es chronische Alkoholhalluzinosen auf hirnorganischer Grundlage gibt.“

Zu 3.: Der Einwand, daß die Erkrankung nicht immer „chronisch“ sei, ist einfach unrichtig: die Erkrankung, die unter der Bezeichnung „Dermatozoenwahn“ beschrieben und von uns an Hand von eigenem Material dargestellt wird, ist chronisch. Daß Schizophrene vorübergehend den Wahninhalt haben können, Tiere und darunter vielleicht auch Insekten, Spinnen usw. im Bauche zu haben und über ihr Umherkriechen berichten können, ist mir natürlich bekannt. Aber das hat nichts mit dem hier gemeinten Syndrom zu tun. U. FLECK erwähnt einige Fälle, die so wenig Beziehungen zu der von uns beschriebenen Erkrankung haben, daß ich gewisse Zweifel hege, ob er selbst jemals einen Fall von chronischer taktiler Halluzinose beobachten konnte. Auch bleiben seine Feststellungen ganz im Negativen, wir hören nur, was nicht ist und gar nichts darüber, wo denn nach U. FLECK die Wahrheit liegt.

Zusammenfassung.

Um nochmals den von BERS und mir geäußerten Standpunkt genauer zu präzisieren, fasse ich jene Punkte zusammen, die uns veranlassen, den „Dermatozoenwahn“ in die Nähe der chronischen Halluzinose zu stellen. Als besonderes Beispiel aus dieser Gruppe verweise ich etwa auf die Beschreibung, wie sie MEGGENDORFER von der Alkoholhalluzinose gibt und hebe folgende Punkte der Übereinstimmung heraus:

1. Ständige, über Wochen und Monate gehende Trugwahrnehmungen in einem einzigen Sinnesfeld, mit nur vereinzelter und vorübergehender Ausbreitung auf ein anderes Feld.
2. Außerhalb der Thematik dieser Trugwahrnehmungen relativ geordnetes Verhalten, gute und klare Orientierung, völlige oder fast völlige Besonnenheit, klare und bestimmte Auskünfte. Oft während der Exploration Nachlassen der Trugwahrnehmungen.
3. Anfangs lebhaftes „normales“ Reagieren auf die Trugwahrnehmungen, aus denen verständliche Konsequenzen gezogen werden: In der Alkoholhalluzinose läuft der Kranke in die Nachbarschaft, beschwert sich bei der Polizei, antwortet auf die Stimmen, flüchtet vor ihnen, greift zur Selbsthilfe; ähnlich bei der taktilen Halluzinose: der Kranke excediert in Säuberungsmaßnahmen, scheert sich selbst die Haare ab, plagt den Hautarzt. Später Abflauen dieser Aktivität, Übergang in ein widerwilliges Tolerieren.
4. Suchen nach Erklärungen für die Trugwahrnehmungen (wobei allerdings eine gewisse Kritikschwäche in Erscheinung tritt), im Gegensatz etwa zum Delir, bei dem alle Trugwahrnehmungen als selbstverständlich hingenommen werden.

5. Fehlen jeglicher Einsicht in das Krankhafte der Störungen, worin sich die wahnhaft Grundlage des ganzen Syndroms erweist. Auch durch eingehende psychotherapeutische Einflußnahme ist es nicht möglich, den Kranken vom Krankhaften seiner Störung zu überzeugen.

6. Der innere Zusammenhang des Wahnes fast immer unvollkommen, locker, ohne volle Konsequenz und Systematisierung. Es kommt immer nur zum Ansatz paranoider Wahnbildung, kaum jemals zu einer echten paranoischen Entwicklung.

7. Bei Berührung der Wahnthematik im Gespräch meist Zurückhaltung und Mißtrauen. Mitunter praemorbid paranoide mißtrauische Grundpersönlichkeiten.

8. Vorkommen auch akuter Syndrome, die eine gewisse Verwandtschaft mit dem chronischen Syndrom haben, nicht aber mit ihm gleichzusetzen sind, aber durch ihre Existenz die organische Begründbarkeit des Syndroms erweisen. Bei der chronischen Alkoholhalluzinose etwa ist das zugehörige akute Syndrom das Delirium tremens mit seinen massiven optischen Halluzinationen, bei der „chronischen taktilen Halluzinose“ muß an das Cocaindelir erinnert werden mit ähnlich gehäuften taktilen Halluzinationen.

Literatur.

BENEDETTI, S.: Die Alkoholhalluzinosen, Stuttgart 1952. — BERS, N., u. K. CONRAD: Die chronische taktile Halluzinose. Fortschr. Neur. **22**, 254 (1954). — FLECK, U.: Bemerkungen zur chronischen taktilen Halluzinose. Arch. f. Psychiatr. **193**, 261 (1955).

Prof. Dr. KLAUS CONRAD, Univ.-Nervenklinik Homburg/Saar.