

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. G. E. STÖRRING)

Zum Problem der „chronischen taktilen Halluzinose“

Von
GERRIT ZILLINGER

(Eingegangen am 23. Juni 1961)

Das Krankheitsbild der „chronischen taktilen Halluzinose“ ist unseres Wissens bislang ausschließlich bei Personen jenseits des dritten Lebensdezenniums beobachtet worden. Wir glauben uns aus diesem Grunde berechtigt, nachfolgend die Krankengeschichte eines 16-jährigen Mädchens ausführlich wiederzugeben und zu diskutieren, bei welchem eine — chr. t. H. — mit jenen Kriterien festgestellt wurde, die CONRAD u. BERS als charakteristisch für dieses Krankheitsbild herausgearbeitet haben:

Drei Monate lang sahen wir bei der kleinen Bärbel G.:

1. „Trugwahrnehmungen“ auf einem einzelnen (dem taktilen) Sinnesfeld; sie erstreckten sich vorübergehend auch auf ein zweites (das optische).

2. Außerhalb der Thematik der Trugwahrnehmungen bestand durchweg gute und klare Orientierung.

3. Es ließ sich bei unserer Kranken die von CONRAD getroffene Feststellung bestätigen: „Anfangs lebhaftes normales Reagieren auf die „Trugwahrnehmungen“, später widerwilliges Tolerieren“.

4. Die Kranke unternahm „Erklärungsversuche“ der Trugwahrnehmungen bei ausgeprägtem Krankheitsgefühl,

5. gleichzeitig aber mangelnder Einsicht in das Krankhafte der Störung.

6. Es erfolgte keine Systematisierung; depressive und vereinzelt paranoide Einstellungen waren erkennbar.

7. Zunehmend hielt sich die Patientin in ihren spontanen Äußerungen bzw. Antworten auf Fragen, welche die „Wahn-Thematik“ und die Nöte der Erkrankung berührten, zurück.

8. Das als „Dermatozoenwahn“ aufgetretene Syndrom verschwand nach einigen Monaten völlig.

CONRAD u. BERS wiesen darauf hin, daß es sich bei der „chr. t.H.“ um ein Syndrom und keine nosologische Einheit handele; man fand es gelegentlich bei Schwachsinn (THIEBERGE; EKBOM). Im Rahmen manisch-depressiver Phasen sahen es GAMPER und HERBAUER. Einzelne Beobachter deuteten das Bild als „circumscriptive Hypochondrie“ im Rahmen des M.d.I. (SCHWARZ). HUBER erwähnt ähnliche Syndrome bei beginnenden Schizophrenien, bei älteren schizophrenen Psychosen

BREHMER. Als psychogenes Geschehen wird es von HALLER, GROEN, PERRIN (laut CONRAD u. BERS) beschrieben, bei seniler Demenz von HERBAUER, bei Cerebralsklerose von BREHMER. Im Verlauf von organischen, insbesondere atrofischen Hirnprozessen begegnet es GAMPER, HERBAUER, BERGMANN u. ZILLINGER (nicht veröffentlicht). BERGMANN, CONRAD u. BERS rechnen, was nicht unwidersprochen geblieben ist (FLECK), die „chr.t.H.“ zu den „hirnorganischen Reaktionsformen“ im Sinne BONHOEFFERS.

Die von CONRAD u. BERS vertretene Auffassung, daß „wahrscheinlich eine primär cerebral-organische Veränderung, deren Natur wir freilich nicht kennen“, eine ursächliche Rolle spielt, fand eine Stütze darin, daß laut Literatur die „chr.t.H.“ bislang nur bei Personen im Alter über 30 Jahren beobachtet wurde. Man dachte an „Altersveränderungen“. Die Bergmannschen und Bremerschen pneumencephalographischen Untersuchungen an älteren Kranken mit „chronischer taktile Halluzinose“ konnten diese Annahme stützen.

Unsere Mitteilung erweitert die bisherigen Auffassungen dahingehend, daß Alterungsvorgänge nicht als conditio sine qua non gelten können.

Falldarstellung

Bärbel, G., 16 Jahre alt, — Krankenbuch-Nr. 223/54.

1. Klinikaufenthalt: 19.—25. 5. 1954. 2. Klinikaufenthalt: 2.—9. 6. 1954. Entlassung jeweils gegen ärztlichen Rat auf Wunsch der Eltern.

3. Klinikaufenthalt: 21. 6.—16. 9. 1954. Bärbel stammt als vorletztes (drittes) Kind aus einer sehr unharmonischen Ehe. Tonangebend in der Familie war immer die unintelligent, leistungsinsuffiziente, zu anhaltenden Verstimmungen und hypochondrischen Versagenszuständen und demonstrativer Selbstbemitleidung neigende Mutter (52), die ihren schwerhörig-mißtrauischen, weichen Ehemann (56) „wie den Teufel“ haßte, ihn ständig — auch in Gegenwart Fremder — vor den Kindern herabsetzte und beschimpfte. Ihre negative Einstellung dem Ehemann gegenüber übertrug sie besonders auf die vom Vater bevorzugte 16jährige Tochter Bärbel (Pat.), zog ostentativ die jüngere Tochter vor, überforderte erstere im Haushalt und traktierte sie wegen ihres Schulversagens, lobte sie selbst bei guten Leistungen nie, brachte sie im Gegenteil bewußt in Mißerfolgs situationen, gönnte ihr keine Freude usw.

Unsere Pat. war als Säugling und Kleinkind zart und schwächlich; sie wurde bis zum 9. Monat gestillt; das Abstillen verlief glatt. Das Mädchen lernte rechtzeitig Laufen und Sprechen, war mit 1½ Jahren sauber, näßte aber später wieder vorübergehend ein, als während der Bombenangriffe auf Kiel anhaltende Störungen des Tages- bzw. des Schlafrythmus eintraten. Bis zum Beginn der Schulzeit hatte sie Keuchhusten und Hilus-Tbc., Masern und Mumps; Hautempfindlichkeiten, Ekzeme, Allergien usw. wurden bei dem Kind nie beobachtet.

Bärbel konnte schon als Kind „nie so richtig aus ihrer Haut heraus“, sie war selten fröhlich-heiter und leicht ängstlich. Immer galt sie als ein „liebes“ Kind, zeigte auch keine ausgeprägten Trotzphasen. — Nie hatte sie eine richtige Spiel- bzw. später Schulfreundin, hielt sich vielmehr jahrelang auffällig an die jüngere Schwester.

Nach vorher guten Schulleistungen versagte B. in den letzten zwei Jahren der Mittelschule zunehmend. Bei den Lehrern galt sie als autistisch, gehemmt. Das Mädchen, welches seit jeher mehr am Vater als an der Mutter gehangen hatte, verschloß sich zuletzt auch ersterem gegenüber, — offenbar über das Altersspezifische hinaus. Tatsächlich ließ ihr spontanes Interesse an der Umwelt sehr nach. Bärbel wurde antriebsschwächer, ruhebedürftiger; sie verschanzte sich hinter Büchern,

welche sie wahllos verschlang oder saß sinnierend, verträumt herum. Den Angehörigen fiel ihre Schweigsamkeit und ihr abweisendes Verhalten auf. Vorwiegend gedrückter Stimmung spielte sie wieder mit Puppen, die sie in auffälliger Weise bemutterte. Sie zeigte daneben eine fast zwanghafte Zuwendung zu ihrer Garderobe, zog sich mehrfach am Tage um, wollte immer hübsch und sauber sein, kontrollierte ihr Aussehen vor dem Spiegel. Die Eltern bemerkten, daß B. in letzter Zeit abends, gelegentlich sogar mehrfach, in die Küche ging, um sich ängstlich zu vergewissern, daß alle Gashähne geschlossen seien.

Seit 6 Monaten brachte sie gelegentlich Klagen über Herzstiche, Herzklopfen, Schwindelgefühl, Schwitzen und Frieren vor. Vorübergehend klagte sie über Oberbauchbeschwerden nach den Mahlzeiten und geringe Esslust; deutliche, indes nicht kontrollierte Gewichtsabnahme. — Am 5. 5. 1954 Appendektomie, — glatter postoperativer Verlauf.

Nicht ganz 2 Wochen nach der Blinddarmoperation klagte Bärbel plötzlich dem Vater gegenüber, sie hätte einen starken Juckreiz an Unterarmen, Fingerspitzen, Nasenspitze, Ohren, Kopfhaut, Oberschenkeln usw.; gleichzeitig bestünden stechende Schmerzen in der Tiefe der Gliedmaßen, aber auch tief in den Ohren. Das Mädchen äußerte apodiktisch: „*Es prickelt und kribbelt unter der Haut, unter den Fußsohlen, am ganzen Körper; unter der Kopfhaut, unter den Lippen, überall, — unter der Haut sind kleine weiße Striche, das sind die Würmer*“.

Aufnahmebefund (19. 5. 1954). Blasses, hypoplastisch-retardiertes, leptosomes Mädchen; geringes Fettpolster, insgesamt erheblich reduzierter EZ und KZ; wenig entwickelte sekundäre Geschlechtsmerkmale; fast fehlende Sekundärbehaarung; noch keine Menses.

Angedeutetes Pelzmützenhaar, — trockene schilfernde Haut; mehrfach „Gänsehaut“; feucht-kühle Handflächen; blasser Dermographismus.

Blutdrucksteigerung: RR bis 160/100 mm Hg; Puls um 120—140/min. Sehr lebhafte Muskeldehnungsreflexe; Chvostek positiv.

Schädelröntgenaufnahmen und Pneumencephalographie (19. 7. 1954): stark asymmetrischer Schädel mit ausladender re. Schläfe; sehr kleines Sellalumen; deutliche Seitendifferenzen der ausreichend gefüllten Seitenventrikel, re. etwas weiter und plumper, aber wohl noch im Bereich der Norm. Dritter Ventrikel klein, mittelständig. Liquor o. B.

Psychisch. Die kleine Pat. ist persönlich, zeitlich, räumlich voll orientiert, bewußtseinsklar, dabei aber zunächst ratlos-ängstlich; depressiv gefärbte Hemmung; spricht — wenn überhaupt — mit leiser Stimme, als fürchte sie, etwas Falsches zu sagen. Angaben zur Vorgeschichte und über die häuslichen Verhältnisse sind von ihr zunächst nicht zu erhalten; ihr Denken ist ganz eingeengt auf ihre derzeitigen Beschwerden (siehe oben).

Wechselndes Verhalten: Bald verzweifelt-ratlos-gehemmt, kurz darauf erregt, laut jammernd, motorisch unruhig: ruheloses Auf-der-Stelle-Treten; unter Abspreizen der Arme und Hände vom Körper windet sie sich, schreit laut mit starker Hyperventilation, die so weit getrieben wird, daß ein hyperventilationstetanischer Anfall auftritt. Sie wälzt sich im Bett, spuckt auf den Fußboden und an die Wand. Bettflüchtig taumelt sie in demonstrativer Manier durch das Zimmer, trommelt gegen die Türen, schlägt mit dem Kopf gegen die Wände, wirft sich auf den Boden — ein Bild der Verzweiflung. Ins Bett zurückgebracht, bäumt sie sich auf: typischer „arc de cercle“.

Verlauf. Mosatil, Traubenzucker-Ronicol, Priscol, Antihistaminica, kleinere Megaphendosen bleiben ohne erkennbar dämpfende Wirkung. Ruhigstellung mit SEE.

Anhaltende Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung in den ersten 10 Tagen macht tägliche Tutofusin-, Vitamin-Infusionen, Sondenfütterung und Nährklysmen — teilweise in Narkose — erforderlich.

Die verzweifelte Erregung des Mädchens hält unter den oben dargestellten Symptomen in wechselnder Intensität bis Ende Juni an; die kleine Pat. bringt tatsächlich häufig die ganze unruhige Frauenstation in Bewegung. Erst nach einer intensiven Suggestivbehandlung mit der Galvanischen Rolle (Proteptik — KRETSCHMER) ist die Pat. für Stunden ruhig. Sie unterläßt in der Folgezeit — bei Wiederholung der letztgenannten drastischen Therapie während einiger Tage — die bisherigen massiven Demonstrationen.

Mitte Juli aber klagt Bärbel nach vorübergehender Dämpfung wieder lebhafter über die „Würmer unter der Haut“; sie verlangt, der Arzt möge mit dem Messer in die Muskulatur schneiden, um sich von der Anwesenheit der Würmer zu überzeugen und äußert sthenisch — wie schon vor der zweiten Einweisung — sie müsse sterben; begründet wird dieses mit der Verwurmung des Blutes. — RR unverändert um 150/100 mm Hg.

Nunmehr wird eine systematische Megaphen-Behandlung eingeleitet, welche mit kleinen Insulindosen kombiniert wird. Spontan äußert die Pat., die Schmerzen seien geringer, seit sie die „Wurmpillen“ bekomme. Dieser Ausdruck für die Phenothiazin-Dragees ist von der Pat. geprägt worden.

Im Verlaufe des August 1954 wird Bärbel unter vorsichtiger Psychagogik und Beschäftigungstherapie zunehmend umgänglicher und freier, bleibt indes noch stimmungslabil. Nur auf intensives Befragen gibt sie zu, daß sie noch immer das „Kribbeln der Würmer“ verspüre.

In der zweiten Augusthälfte äußert das Mädchen zum Teil in recht eindringlicher Weise Klagen über vegetative Herzbeschwerden: Stiche, Herzklopfen und Herzstolpern. — Sie erklärt, daß die Herzschmerzen beinahe so schlimm seien, wie „früher das mit den Würmern“.

Trotz Megaphen (200 mmg/Tag) bleibt die Blutdrucksteigerung bestehen: RR 160/100 mm Hg.

Erst Anfang September sinkt der Blutdruck auf Werte um 135/85; Bärbel klagt nicht mehr. Sie ordnet sich jetzt leidlich ein, wird insgesamt spontaner, zugänglicher, — gleichzeitig aber zunehmend oppositionell und herausfordernd, besonders gegenüber einigen älteren Mitpatientinnen. Sie ist leicht „beleidigt“, wenn sie sich nicht behaupten kann, wehrt sich gegen jede Einengung, opponiert öfter gegen die Ordnung, bemüht sich aber doch erkennbar um soziale Anpassung.

16. 9. 1954: Auf Wunsch der Eltern entlassen. RR 135/85 mm Hg. Fast 6 kg Gewichtszunahme.

Auszüge aus Briefen der Patientin

6. 7.—10. 7. 1954: (verschiedene Blätter und Zettel): „Liebe Eltern! Seid mir bitte nicht böse, daß ich noch schreibe es tut mir wirklich leid, daß ich Euch so viel Kummer bereiten muß. Ich kann ja nicht mehr weinen, da der Schmerz viel zu groß ist, nie wieder nach Hause zu kommen. Ihr glaubt gar nicht, was das heißt, wenn man für dumm gehalten wird oder menschenscheu von den häuslichen Verhältnissen. Die Krankheit steckte schon lange in mir, ich fühlte es doch ich weiß genau, daß ich nicht mehr lange lebe wenn ich doch etwas hätte, dann würde ich Selbstmord machen ich möchte so gerne noch leben.“

Was ich für Schmerzen habe, ist unbeschreiblich. Ich bin auch immer so furchtbar müde und habe schreckliche Kopfschmerzen und immer ein Hungergefühl, auch auf der Zunge tut es furchtbar weh. Und dann friere ich immer so, mir bricht immer der kalte Schweiß aus den Händen. Die Ohren ganz innen stechen so,

als ob ein Wurm sich durchfrißt und dann juckt es überall aus der Haut kommen diese Fäden, zuerst nur die Spitzen es waren keine Haare, davon habe ich mich überzeugt Wenn der Arzt doch einmal ins Fleisch hineinschneiden würde, ich wäre so glücklich wie noch nie in meinem Leben“

Am 18. 7. 1954 schreibt sie: „Ich glaube, daß ich wieder gesund werde ... jetzt singe ich erstmal ein bißchen. Grüßt alle recht herzlich“.

Spätere Briefe enthalten kaum noch Bemerkungen über die Wurmthematik. In ihnen findet man ohne Fremdanregungen Zeichnungen: menschenleere, düstere Landschaften mit schweren schwarzen Akzenten, schwarzen Vögeln, — alles rasch, impulsiv hingeworfen. Dann, fast übergangslos, erscheinen in den jetzt zwanghaft pedantischen Zeichnungen ausgesprochen dekorativ-starre Elfen unter Blumen, Tiere usw.: thematisch handelt es sich um eine eindeutige Regression auf infantile Inhalte bei ausgeprägt kindlicher Darstellungsweise. — Kurz darauf zeichnet Bärbel in völlig anderer Technik (unordentlich-forsch) ein „freches Mädchen“ mit Zigarette im Mund, auf einem Steckenpferd reitend; in der Folgezeit werden dann die Zeichnungen zunehmend wieder dynamisch, indes mehr jungenhaft. — Träume und frei erfundene Geschichten des Mädchens spiegeln keine altersadäquaten Probleme, sondern weisen insgesamt starke regressive Tendenzen auf; erst im späteren Verlauf werden die anfangs undynamischen Träume affektiv-lebendiger.

Nachuntersuchungen

September 1957. Während eines Erholungsaufenthaltes in der Schweiz — Oktober-November 1954 — weitere Gewichtszunahme und *Menarche*. Das junge Mädchen erklärt jetzt glaubhaft, daß sie seit ihrer damaligen Klinikentlassung von den „Würmern“ nichts mehr verspürt habe und sich seit dieser Zeit körperlich wohlfühle. — Kein Anhalt für das Vorliegen einer akuten Psychose oder eines Defektzustandes.

September 1958. Gut eingeordnet, psychisch unauffällig; als Hausgehilfin leistungsfähig; insbesondere ist der Dermatozoenwahn nicht wiedergekehrt.

Frühjahr 1960. Steht unauffällig im Arbeitsprozeß.

Diskussion

I.

Als wir 1954 das vorstehend beschriebene recht ungewöhnlich Krankheitsgeschehen diagnostisch einzugruppieren und therapeutisch anzugehen hatten, war uns die Literatur über die „ehr. t. H.“ noch nicht bekannt. Dies erklärt vielleicht, daß wir bei der Aufnahme — ähnlich wie der einweisende Arzt — erwogen, ob es sich nicht um eine beginnende Schizophrenie handeln könne; zur Begründung könnte man darauf verweisen, daß insbesondere KEHRER; LEMKE; WEITBRECHT u. a. Autoren den bekannten und keineswegs seltenen leibhypochondrischen Initialsymptomen der Schizophrenie: einem veränderten Vitalgefühl und den teils generalisierten, teils umschriebenen körperlichen Mißempfindungen vieler Patienten besondere Untersuchungen gewidmet haben.

Differentialdiagnostisch mußte weiter gefragt werden, ob es sich nicht um die atypische Manifestation einer jener „primär leibnahen“

Depressionen handeln könne, von denen nach JANZARIK besonders Personen befallen werden, die „Wesenszüge aufweisen, welche den Menschen nicht über sich hinausgreifen, nicht für etwas, für andere da sein lassen, sondern ihn in erster Linie auf sich verweisen“. Derartige Merkmale trafen — mit dem Vorbehalt, daß es sich ja um eine retardierte Jugendliche mit einer reifungsspezifischen, also physiologischen psychischen Instabilität handelte — auf unsre Kranke wohl zu. Unter diesem Aspekt könnte man Bärbel's Befürchtung, sterben zu müssen, durchaus als „Angst des Nicht-leben-könnens“, als depressive Lebensangst bzw. als depressives „Ohnmachtserlebnis des Nicht- und Nichts-könnens“ (MATUSSEK) oder als Ausdruck jener für alle Depressionsformen typischen (von Fluchtinstinkten gesteuerten) Abwehrhaltung gegenüber einem depressiven Verlust an Kommunikation (v. GEB-SATTEL) ansehen. — Es tauchte schließlich vorübergehend in unseren differentialdiagnostischen Erwägungen der Gedanke an eine — durch einen bislang noch nicht faßbaren letzten Affektstoß „ausgeklinkte“ — atypisch verlaufende „endo-reaktive Dysthymie“ (WEITBRECHT) auf, die — auf der Grundlage eines vielleicht konstitutionell bzw. lebensphasisch bedingten „vitalen Energieverlustes“ (MATUSSEK) das Reaktionsgefüge so verändert hätte, daß eine Alternativantwort: endogen oder reaktiv tatsächlich nicht zu geben war.

Bei dieser zunächst offenen Frage bot sich ein recht einfacher Ausweg an: Sollte man Bärbel's „Dermatozoenwahn“ zunächst — ohne weitere Klassifizierung — als einen jener „schwer rubrizierbaren Fälle leibhypocondrischen Typs aus dem Grenzgebiet der endogenen Psychosen“ (HUBER) betrachten, deren abnorme Körpersensationen und vegetative Fehlregulationen von HUBER wiederholt als „endogen-organische Übergangssymptomatik diencephaler Lokalbedingtheit“ beschrieben (und zur Grundlage seiner nicht unwidersprochen gebliebenen Vermutungen über die Genese der endogenen Psychosen gemacht) worden sind?

Es mußte auf jeden Fall nach Störungen im Bereich der Funktionsseinheit Thalamus-Hypothalamus-Hirnrinde gefahndet werden — weiß man doch, daß deren Schädigung, von welchem Punkte aus sie auch erfolgen mag, gegebenenfalls die gleichen Sensibilitätsstörungen und Schmerzen, Mißempfindungen und auch Veränderungen der vegetativen Reaktionslage erzeugen kann, wie eine Affektion in der thalamohypothalamischen Region (EWALD; KEHRER; STRANSKY; MITSCHERLICH u. RUFFLER; G. E. STÖRRING; GRAHMANN; ZILLINGER).

Ähnlich wie bei den Huberschen Fällen fanden sich bei den von BERGMANN; BREHMER; CONRAD und BERS u. a. beschriebenen Kranken mit chronischer taktiler Halluzinose bislang offenbar stets pathologische Encephalogramme. So ist tatsächlich der Verdacht, daß eine primär

cerebral-organische Schädigung die „Urasche“ sei, durchaus naheliegend.

Bei unserer kleinen Patientin fanden wir im Liquor keine Hinweise auf einen cerebralen Krankheitsprozeß; das leicht seitendifferente Luftbild der Hirnkammern deuteten wir als Normvariante. Im Hinblick auf das sehr kleine Sellalumen und die Asymmetrie der Seitenventrikel scheint es uns retrospektiv möglich, daß dieser Grenzbefund doch als Hinweis auf eine funktionelle Schwäche bzw. eine für die Symptomatik prädisponierende „Organminderwertigkeit“ gelten kann, welche in der kritischen Phase vor der Menarche von Bedeutung wurde. Nachträglich bedauern wir, keine Belastungsproben: Adrenalin-, Insulin-Belastung, Wasserstoß usw. gemacht zu haben.

II.

Betrachtet man unabhängig von einer ätiologisch-nosologischen Zuordnung vorerst phänomenologisch die von Bärbel vorgebrachten Beschwerden: Das Syndrom „Dermatozoenwahn“ — so wäre zu sagen:

a) Bärbels Klagen: „Ich habe Würmer“ wurden von ihr mit voller Überzeugung in der Art eines gültigen, absolut sicheren Urteils vorgebracht, — anfangs unkorrigierbar; es bestanden also die Kriterien, die man nach JASPERS für eine echte Wahnidee postuliert. Im weiteren Verlauf aber geriet diese anfängliche Gewißheit und Sicherheit trotz des von lebhaften Leibgefühlen noch anhaltend aktivierten und auch noch entschieden verteidigten Denkinkhaltes ins Wanken. Es tauchten bei Bärbel Zweifel an der objektiven Richtigkeit ihrer Behauptung auf. — Wir sehen darin das entscheidende Merkmal, daß keine echte Wahnidee, sondern lediglich eine wahnhafte Idee im Sinne JASPERS vorgelegen hat, welche langsam an Wertigkeit verlor und schließlich bleibend schwand.

b) Das im Vordergrund stehende Geschehen, die quälenden Sensationen taktiler bzw. haptischer Art, trat unabhängig von äußereren Hautreizen auf, hatte aber eindeutig Wahrnehmungscharakter; — wegen der Ausweitung auch in den optischen Bereich wird man von synästhetischen (taktilen und taktiloptischen) Trugwahrnehmungen zu sprechen genötigt sein.

c) Eine prägnante Scheidung: Halluzinationen oder Affektillusionen schien uns insbesondere für die taktil-optischen Trugwahrnehmungen nicht möglich.

Unsere Auffassung, daß es sich dabei um Gestaltungen der vom Geltungzwang (JASPERS) ihrer wahnhaften Ideen beeinflußten produktiven Phantasie gehandelt hat, dürfte als neutrale Formulierung dennoch am Wesentlichen nicht vorbeigehen.

Nachfolgend werden wir die These zu begründen suchen, daß das von uns beschriebene Krankheitsbild sich *krisenhaft im Rahmen einer*

neurotischen Dekompensation bei dieser reifungsgehemmten, milieugeschädigten Jugendlichen entwickelt hat.

III.

Schon vor der Einweisung in unsere Klinik hatte das junge Mädchen sich krank gefühlt (siehe Briefe): Klagte sie doch durch längere Zeit über Herzstiche, Herzklopfen, innere Unruhe, allgemeine Mißempfindungen. Unseres Erachtens waren dies Symptome einer „vegetativen Neurose“ (ALEXANDER). — Daß sich auch die Appendizitis hier einordnen läßt (man denke hierbei an die bekannten Falldarstellungen V. v. WEIZSÄCKERS), liegt nach späteren eindeutigen Aussagen Bärbelns nahe.

Bei der Krankenhausaufnahme der kleinen Patientin stand etwas anderes ganz im Vordergrund: ein sympathikotones „vegetatives Angstsyndrom“ (BIRNBAUM): — Frieren, Zittern, Blässe, ein Sich-sträuben der Haare, kalter Schweiß, weite Pupillen, allgemeine Tonuserhöhung, beschleunigte Herzaktion, Blutdrucksteigerung — alles das steht erlebnismäßig und in den zugehörigen Funktionsabläufen in engem unmittelbaren Zusammenhang mit der Angst; Beziehungen zum „Affekt des Frierens“ (EBBECKE) bieten sich an.

Daß Mangel an Geborgenheit, objektive oder vermeintliche Liebesentbehrungen (MITSCHERLICH), anhaltende Provokationen bzw. chronische Versagens- und Entbehrungszustände (HALLERMANN, SCHULTZ-HENCKE, VILLINGER) insbesondere bei Jugendlichen latente und schließlich offenkundige „allgemeine Angst in bezug auf die Welt“ (K. HORNEY) erzeugen können, ist bekannt. Oft entwickelt sich gleichzeitig ein durchgehendes Gefühl von Einsamkeit und Hilflosigkeit bzw. „ein mit dem Charakter der Passivität behaftetes Reagieren auf emotionale Spannungen“ (QUINT). Aus diesen erwächst die Gefahr nicht nur äußerlich undynamischer, neurotisch-regressiver, trieb- und affektbestimmter komplexhafter Einstellungen (G. E. STÖRRING, HALLERMANN, VILLINGER, BOSCH), es können sich stattdessen auch zunächst ziel- und richtunglose Drangzustände manifestieren, in denen die oft scheinbar unmotivierten, überraschend „unsinnig“ anmutenden Handlungen und Verhaltensweisen als „ununterbrochene Bemühung verstanden werden können, mit der physischen und sozialen Umwelt in Kontakt zu bleiben und die gestörte Integration wieder herzustellen“ (QUINT).

Hält man sich — unter Berücksichtigung der Vorgeschichte — das vorstehend sehr summarisch Zusammengefaßte vor Augen, vergegenwärtigt man sich gleichzeitig (im Hinblick auf die ausgeprägten körperlichen Retardierungsmerkmale bei unserer Patientin) den Ausspruch KRETSCHMERS: Es ist als ein konstitutionelles Grundgesetz zu betrachten, daß junge Menschen, die erhebliche körperliche Reifungshemmungen zeigen, in der Regel auch in ihrem psychischen Gleichgewicht erheblich gefährdet sind, so lange, bis sich die Ausreifung durchgesetzt hat, so findet man das ausgesprochen sympatheticone Dekompensationsgeschehen bei unserer Kranken von verschiedenen Seiten her vorläufig motiviert. —

Aus den Wechselbeziehungen von Hauterscheinungen und bestimmten psychischen Konstellationen weiß man, daß die Haut als Grenzorgan zwischen Innen- und Umwelt gelegentlich im Rahmen sympatheticer vegetativer Reaktionen bevorzugt sensibilisiert werden kann. — Es scheint innerhalb verschiedener akuter und protrahierter neurotischer, insbesondere depressiver, phobischer und maso-

chistischer Fehlentwicklungen eine — wohl recht unspezifische — Reaktions- „Schablone“ zu geben, nach welcher bzw. innerhalb derer die Haut als progenitales Kontakt- und Sexualorgan betont aktiviert bzw. sensibilisiert wird. Für diese Auffassung sprechen Erfahrungen GRABERS und DE BOORS, welche bei Psychodermatosen (d. h. bei psychogenen Hauterkrankten) — auch bei älteren Patienten — stets heftige, nicht gestillte Kontakt- und Zärtlichkeits- sowie Geborgenheitswünsche (meist auf die Mutter gerichtet) feststellten. Die genannten Autoren, daneben insbesondere JAUSION, CHAMPSAUR u. GIRARD, HEINES u. a. wiesen auf weitere Frustrationen hin: frühzeitige und besonders starke Versagung motorischer Impulse im Leben dieser Kranken. Sie fanden das neurotische Geborgenheitsstreben (eingebettet in eine „melancholie- bzw. hypochondrieähnliche“, gelegentlich auch phobisch anmutende Symptomatik) — stets gekoppelt mit ausgeprägten Selbstbestärigungswünschen einerseits, enormen verdrängten aggressiven Tendenzen andererseits. Meist handelte es sich bei den Untersuchten speziell um sexuell frustrierte oder aber auch in ihrer Sexualentwicklung retardierte Personen, so daß angenommen werden kann, daß der Haut hier eine besonders vordergründige Rolle als Ausdrucks- und Erlebnisorgan neurotisch-regressiven oder retardierten sexuellen Erlebens zufällt. EWALD betont die Tatsache, daß es bei Sexualneurosen — insbesondere bei sadistisch-masochistischen Verirrungen — zu Ausstrahlungen der Triebspannungen in die „periphere vegetative Genitalsphäre“ komme. Hier wird man sich also unter anderem vor Augen halten müssen, daß unsere kleine Patientin ganz sicher präpuberalen lebensphasisch-adäquaten inneren Sexualspannungen unterworfen war, daß daher — bei ihrer Neigung zu Verdrängungen — eine Verlagerung auch sexueller reifungsspezifischer Spannungen in die „periphere vegetative Genitalzone“ nicht unwahrscheinlich war. Knüpft man hier an die weitere psychodermatologische Erfahrung an, nämlich den Nachweis starker, quasi süchtiger, autopunitiver, ja autodestruktiver Tendenzen bei praktisch allen dieser psychogenen Hauterkrankten (MATUSSEK; FENICHEL; RADO; GLOVER), so rückt die Haut als Erlebnisfeld für ein unreifes Sexualerleben masochistischer Färbung erneut in den Vordergrund.

Dürften unsere bisherigen Überlegungen bereits von den verschiedensten Seiten einiges zum Verständnis des bei Bärbel beobachteten Krankheitsbildes beigetragen haben, so sind nach wie vor einige wesentliche Fragen unbeantwortet: wie und warum kam es bei dem jungen Mädchen zur Manifestation ausgerechnet eines „Dermatozoenwahns“? Wie wurde aus den von uns eingangs der vegetativen Neurose bzw. dem vegetativen Angstsyndrom zugeordneten Mißempfindungen und Leidensgefühlen unter dem Einfluß etwa depressiv-hypochondrischer, phobischer und sadistisch-masochistischer Neuroseelemente die überwältigende Krankheitsgewißheit: „Das sind Würmer“?

Wir glauben, durch die nachfolgende Ergänzung der Vorgeschichte (allerdings nur unter Berücksichtigung der von uns bislang dargelegten *vielschichtigen* neurosespezifischen Überlegungen) zwei etwa gleichzeitige Schlüsselerlebnisse aufzeigen zu können, welche — für sich allein betrachtet — belanglos wären:

1. In der Zeit vor der Krankenhauseinweisung hat die in ihrer Lektüre wahllose Jugendliche in einer Monatszeitschrift einen Aufsatz über tropische Wurmkrankheiten gelesen.

2. Während des Krankenhausaufenthaltes wegen der Appendicitis riet der behandelnde Arzt dem Vater — in Bärbels Anwesenheit —, bei ihr eine Wurmkur durchzuführen.

Auf dem Boden der bisherigen Diskussion wird man die oben gestellten Fragen nunmehr zu beantworten wagen: Das bis zum Vortage der Krankenhausaufnahme mühsam aufrechterhaltene, labile affektive Gleichgewicht erschöpfte sich unter dem Druck neurotisch-depressiver Angst. Die vom Krankheitsgefühl und ambivalenter Krankheitsfurcht aufgeworfene — phobische — Frage Bärbels: „Sind vielleicht Würmer die Ursache, daß ich mich so elend fühle“? konnte von ihr nicht mehr sachlich beantwortet werden; die subjektive Logik des Leidens überrannte das objektivierend-kritische Denken und Werten und die im Augenblick der Dekompensation (vegetatives Angstsyndrom) krisenhafte Verstärkung der bisherigen Leidensgefühle führten zu der zwar logisch-objektiv unbegründeten, jedoch zwanghaft sich aufdrängenden Krankheitsgewißheit: „Das sind ganz sicher Würmer“. [„Die Furcht vor dem Auftreten eines Symptoms ruft durch „Einbildung“ (KLAGES) gerade das herbei, was gefürchtet wird“ (WINKLER).] Der Geltungszwang dieser wahnhaften Idee mußte zu einer nunmehr auch qualitativen Änderung des Erlebens und Verhaltens führen. Der Krankheits- bzw. Beobachtungsverlauf ließ bald erkennen, daß dem Konversionssymptom „Dermatozoenwahn“ doch nur die zentrale, wenn zwar eindrucksvollste Rolle unter anderen, flüchtigeren, „hysterischen Gelegenheitsapparaten“ (E. BLEULER) zukam; sein Abbau scheiterte zunächst an der „passiven Desinteressiertheit des Willens“ (KRETSCHMER) bzw. an dem „primären Krankheitsgewinn“ (S. FREUD), konnte dann aber im Laufe der von uns eingangs geschilderten Therapie Schritt für Schritt herbeigeführt werden.

Zusammenfassung

Es wird — unseres Wissens erstmals — die chronische taktile Halluzinose bei einer 16jährigen Jugendlichen beschrieben. Nach ausführlicher Falldarstellung wird eine differentialdiagnostische Abgrenzung versucht. Da sich im Verlauf der Erkrankung weder Anhaltspunkte für eine endogene Psychose, einen Schwachsinn noch für eine organische Hirnerkrankung fanden und serologisch wie pneumencephalographisch kein eindeutig pathologischer Befund erhoben wurde, läßt der mitgeteilte Fall den Schluß zu, daß offenbar gelegentlich funktionelle vegetativ-affektive Überlastungen genügender Intensität und Dauer auch klinisch leibhypochondrische Krankheitszustände vom Typus der chronischen taktilen Halluzinose auslösen können. Es wird dargelegt, daß der „Dermatozoenwahn“ in unserem Beobachtungsfall Zentral-symptom eines psychogen-neurotischen Geschehens war, welches bei

einem körperlich unausgereiften, in protrahierter Entbehrungs- und Überlastungssituation lebenden 16jährigen Mädchen in zeitlich engem Zusammenhang mit der verspäteten Pubertät zum Ausbruch kam. Das Syndrom verschwand unter einer kombinierten protreptischen, psychagogischen und medikamentösen Therapie. Während einer jetzt sechsjährigen Nachbeobachtungszeit fanden sich weder Anhaltspunkte für ein Rezidiv noch Zeichen einer akuten Psychose oder eines Defektzustandes.

Literatur

- BREHMER, A.: Zur Frage der taktilen Halluzinose (Ungezieferwahn). Schriftenreihe aus dem LKH Schleswig-Stadtfeld 5 (1955).
- CONRAD, K.: Zum Problem der chronischen taktilen Halluzinose; Bemerkungen zu einer Arbeit von U. FLECK. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 601 (1955). Dort weitere Literaturangaben.
- FLECK, U.: Bemerkungen zur chronischen taktilen Halluzinose. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 261 (1955).
- JANZARIK, W.: Der lebensgeschichtliche und persönlichkeits-eigene Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahns. Arch. Psychiat. Nervenkr. **195**, 219 (1956).
- QUINT, H.: Die Wandlung der Psychiatrie in den USA. Z. psych.-som. Med. **1**, 63 (1954/55).
- STÖRRING, G. E.: Besinnung und Bewußtsein. Stuttgart: Thieme Verlag 1953.
- REHDER, H.: Konversion und Reversion klinischer Neurosen. Köln: Ärzteverlag 1953.
- MATUSSEK, P.: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie Band II, S. 189. München: Urban & Schwarzenberg 1959.

Dr. med. G. ZILLINGER, Nervenarzt
Bremen-Lesum, Am Heidbergstift 49