

Aus der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie  
und dem Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf  
(Direktor: Prof. Dr. FR. PANSE)

## Über eine „Thalamische Trias“ in der Symptomatik schizophrener Psychosen

Von  
**WOLFGANG KLAGES**

(Eingegangen am 13. November 1964)

### I. Vorbemerkungen

„Fasziniert von den psychopathologischen, psychodynamischen, familiensozialen, phänotypisch-anthropologischen, daseinsanalytischen und nicht zuletzt auch psychotherapeutischen Problemen läßt sich manche Schizophrenieforschung unserer Tage nur ungern daran erinnern, daß Erscheinungsform und Verlaufsgestalt schizophrener Psychosen unverkennbar in mancher Hinsicht auf eine krankhaft veränderte Hirntätigkeit hinweisen.“ Mit diesen Sätzen leitet W. v. BAFFYER eine Monographie von G. HUBER ein, die sich mit einer Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltpatienten beschäftigt (1961). Diese Worte können gleichsam als Ermutigung für viele andere Arbeiten gelten, die sich trotz aller bisher mageren, unsicheren und vieldeutigen Resultaten um die Verifizierung des alten Postulates einer schizophrenen „Somatose“ bemühen.

Dabei kann man wohl mit E. KRETSCHMER davon ausgehen, daß der Ausdruck „Die Schizophrenien“ als umfassende Klammer für eine Gruppe von Krankheitsbildern zu gebrauchen ist, die zwar gewisse Grundzüge gemeinsam haben und sich in ihren Syndromen mehrfach überschneiden, aber nicht im Sinne einer fest in sich geschlossenen und abgegrenzten Krankheitseinheit gesehen werden können. Auf einem Flügel dieser Schizophrenien finden sich z. B. die katastrophalen Pubertätsverblödungen, die gleichzeitig unter schweren Stoffwechselstörungen mit Verfettung einhergehen sowie deutliche endokrine Stigmatisierungen und entsprechende Körpermißbildung aufweisen. Daneben steht die engumschriebene Gruppe krisenhaft verlaufender Katatonien, die von GJESSING herausgestellt wurde. Auch KISKER, der soeben in seinen Überlegungen zum heutigen Stand der Forschung und zur Methodologie der Schizophrenielehre (1964) die in Gang kommende Auflockerung und Differenzierung des Schizophreniebegriffes fördert, hält an der Gruppe „Primär chronischer und mit progredientem Ichzerfall einhergehender Kernschizophrenien“ fest, die durch eine prozeßhaft gerichtete Somatose

determiniert seien und auf deren seelische Entsprechungen die Titel des energetischen Potentialverlustes (CONRAD) und der dynamischen Entleerung (JANZARIK) anwendbar seien.

Die somatische Seite gibt sich jedoch bei den Schizophrenien außerordentlich schwer zu erkennen. Auf die schmale Ausbeute in dieser Hinsicht haben M. BLEULER und seine Mitarbeiter in den großen Sammelerferaten der letzten Jahre (1957, 1962) sowie PETERS immer wieder hingewiesen. Lediglich im Vorfeld der Psychose läßt sich, wie EWALD schon immer vermutete und PANSE bestätigen konnte, „ein Durchschimmern somatischer Mechanismen“ fassen. Diese können u. a. in einer vegetativen Symptomatik zum Ausdruck kommen, die mit Frösteln, Schweißausbrüchen, fast fieberhaft glänzenden Augen mit weiten Pupillen, Herzklopfen, Verdauungskrisen, menstruellen Unregelmäßigkeiten, Körperfgegewichtsschwankungen, Störungen der Schlaf-Wachfunktion, des Durst-Hungertriebes einhergehen können.

Im Laufe der letzten 10 Jahre haben wir nun ein *gleichzeitiges Auftreten einer bestimmten Symptomgruppe* beobachten können, die in solcher Eindringlichkeit die *Symptomatik der Psychose beherrscht*, daß ein nur zufälliges Zusammentreffen wenig wahrscheinlich ist. Es handelt sich um *das Syndrom: Körpermißempfindungen — Depersonalisationsphänomene — Geruchshalluzinationen*.

Das erste dieser Symptome, die ausgeprägten skurilen Körpermißempfindungen, hatten uns schon 1954 veranlaßt, vergleichende Untersuchungen zwischen Körpermißempfindungen bei Schizophrenen und bei Thalamuskranken anzustellen. Damals war uns die strukturelle Ähnlichkeit dieser schizophrenen Körpermißempfindungen zu thalamisch begründbaren hirnorganischen Körperfgefühlsstörungen aufgefallen. Da auch die beiden nächsten Symptome, nämlich Depersonalisationserscheinungen und Geruchshalluzinationen in mancher Hinsicht an die thalamischen Funktionen gebunden sind, bezeichnen wir dieses Syndrom zunächst als Arbeitshypothese und sozusagen für den klinischen Hausgebrauch als „*thalamische Trias*“, auch wenn dieser Titel einen stark voreiligenden Charakter haben mag.

Bevor auf diese Symptomtrias im einzelnen eingegangen wird, sollen aus der Fülle unseres Beobachtungsgutes einige Fälle zur Verdeutlichung an den Anfang gestellt werden, während die übrigen im weiteren Text Erwähnung finden.

## II. Kasuistik<sup>1</sup>

**Fall 1, H. R.:** 37jährige Hausfrau, paranoid-halluzinatorische Schizophrenie. *Körpermißempfindungen.* „Ich habe ein Kribbeln am ganzen Körper, als ob Glas oder Tannenzapfen durchs Blut gehen. Ich bin radioaktiv verseucht. Das

<sup>1</sup> Frl. Dr. BERBERICH bin ich für die Hilfe bei der Zusammenstellung des Materials zu Dank verbunden.

können andere auffassen und Anschlüsse bei mir anbringen. Ich habe das Gefühl, als hätte ich etwas verschluckt und das sitzt nun als Kloß im Hals. Vom Rückgrat zieht es so in den Kopf, als wenn ein Magnetdruck drauf wäre.“

*Depersonalisationerscheinungen*<sup>1</sup>. „Mein Mann ist auf einmal so komisch gewesen. Jedenfalls lief plötzlich alles in Schlägermützen herum. Alle waren so seltsam angeschminkt. Sie hatten schwarze Haare. Mein Kind war auch so verändert und sah so komisch aus. Der Arzt hatte ganz große Augen.“

*Geruchshalluzinationen*. „Ich rieche viele Rauchgase und komisch nach Pril und Rei. Das wurde bei mir immer ausgestreut. Selbst ‚8 mal 4‘ Körperpuder hat betäubende Wirkung auf mich gehabt, da hatte ich einmal das ganze Bett voll. Das habe ich eingeatmet. Ich meine, das wäre Absicht gewesen. Das ganze Haus riecht nach Terpentin.“

Ich habe Angst, in die Luft zu fliegen. Die Nachbarn haben früher einen Benzin-tank gehabt, da ist noch ein Ölleck, das kann jemand anzünden.“

**Fall 2, E. G.**: 27jährige Hausgehilfin, Schizophrenie bei stark intersexer Konstitutionvariante.

*Körpermißempfindungen*. „Ich werde durch den Einfluß meines Vaters so geschädigt, daß sich die Hände verändern. Diese werden plötzlich ganz schmal, die Fingerspitzen klein, die Hände werden leicht und empfindlich. Es knackt unaufhörlich in den Ohren. Die Ohrlöcher vergrößern sich. Es treten Durchblutungsstörungen auf. Die Zähne sind verändert, Verhärtungen an Finger- und Fußnägeln. Die Därme drehen sich im umgekehrten Uhrzeiger. Alles bleibt stehen. Ich kann nicht Stuhl lassen, das Blut bleibt stehen. Alles gerinnt und ist gefroren. Die Leber bewegt sich nach oben, die Milz nach unten.“

*Depersonalisationerscheinungen*. „Ich leide an Fremheitsgefühlen und innerer Zwiespältigkeit. Ich muß mich immer auf der Mitte halten. Das ist auf die Dauer so grenzenlos schwer. Die Umgebung ist verändert. Ich sehe manchmal nur noch Umrisse.“

*Geruchshalluzinationen*. „Ich habe dauernd einen unangenehmen, stechenden, faulig stinkenden Geruch.“

**Fall 3, A. B.**: 29jährige Verkäuferin, paranoid-halluzinatorische Schizophrenie.

*Körpermißempfindungen*. „Manchmal habe ich das Gefühl, viel größer zu sein, dann wieder viel kleiner. Einmal ist es so gewesen, als ob es mir an den Hals ginge. Dann habe ich wieder das Gefühl, geschlachtet zu werden. Ich habe das Gefühl in die Breite zu gehen, das Gesicht hat sich verzogen. Es ist so zusammengeschrumpelt. Es ist ein unbeschreibliches Gefühl, das von den Beinen aufsteigt, den Hals zuschnürt und bis über den Kopf geht.“

*Depersonalisationerscheinungen*. „Die Menschen meiner Umgebung haben ganz blaue Gesichter, wächsern. Zeitweilig komme ich mir selbst wie eine Wachsfigur vor, blaß, bleich, als ob Wachs über meine Haut gezogen worden ist. Meine Hände sind steif und unbeweglich. Ich sehe sie manchmal als etwas ganz Fremdes an. Ich muß auch so komisch herumhüpfen und frage mich, ob ich wirklich tot bin oder ob ich eigentlich noch lebe. Ich habe das Gefühl in einer Gruft zu liegen.“

*Geruchshalluzinationen*. „Das Zimmer riecht wie in einer Leichenhalle. Jeder Duft läßt mich an Vergangenes denken und wenn ich es mir überlege, riecht es eigentlich nach dem Fliederduft von der Beerdigung meines Vaters.“

**Fall 4, K. N.**: 47jährige Hausfrau, Spätschizophrenie.

*Körpermißempfindungen*. „Mein Gesicht verzerrt sich. Die re. Seite steht höher als die li. Außerdem sind meine Augen kleiner geworden und im Kopf verspüre

---

<sup>1</sup> Wenn im folgenden zur Vereinfachung nur von „Depersonalisation“ gesprochen wird, so ist damit auch jeweils die „Derealisation“ mitinbegriffen, d. h. wir meinen damit die sog. „Entfremdungserlebnisse“ überhaupt.

ich Schläge, manchmal ist es wieder ein Stechen von den Augen her. Auch der Gaumen ist höher gezogen. An der re. Backe verspüre ich eine kleine Geschwulst. Li. fängt es auch schon an. Ich habe im Nasenbein außerdem das Gefühl, als ob hier etwas wuchert (zeigt auf die Scheitelgegend). Das ist eine Geschwulst! Ich spüre, wie sie wächst. Mein Kopf ist auch kleiner geworden. Meine Augen auch. Es hat sich alles wie im Krampf zusammengezogen. An den Schläfen wird alles zusammengepreßt und enger. Meine Augen sind richtig verknorpelt. Ich sehe nichts mehr richtig.“

*Depersonalisationserscheinungen.* „Die Leute sehen so eigenartig aus. Sie haben starre Blicke, so maskenhaft verzerrte. Ich sehe überhaupt keine Umrisse mehr. Alles ist so wie ein Schatten, wie ein Flimmern. Es ist so, als ob ich ein Gerüst im Körper habe. Ich bin ganz steif und falle über meine Füße.“

*Geruchshalluzinationen.* „Hier riecht es penetrant nach Äther und Arznei. Ich habe manchmal das Gefühl, als müßte ich ersticken. Es roch auch schon manchmal so faulig.“

### III. Besprechung der einzelnen Symptome der Trias

Im folgenden werden nun die einzelnen Symptome nacheinander besprochen, wobei hier begonnen werden soll, die Symptome mit der Psychologie und Psychopathologie des Thalamus in Beziehung zu setzen, so daß die spätere Zusammenschau der Ergebnisse unter thalamisch ausgerichteten Aspekten (IV) erleichtert wird.

#### 1. Körpermißempfindungen

Bei subtiler Beobachtung und kritischer Auswertung der Angaben unserer Kranken über ihre Körpermißempfindungen stößt man immer wieder auf Körperschemastörungen, Störungen der Körpermediane, Störungen der Relation von Körperschema-Körpergewicht, Gefühl des Nichtvorhandenseins einzelner innerer Organe, Gefühl abnormer Leere, sowie sensibel, sensorisch und auch affektiv ausgelöste Dysaesthesiae, die geradezu der bei hirnorganisch Kranken beobachteten Thalamussymptomatik entlehnt sein könnten. Sie werden oft so übereinstimmend und präzise und damit auch gut analogisierbar mit hirnorganisch gesicherten Thalamustörungen geschildert, daß wir schon 1954 auf diese auffallenden Befunde aufmerksam machten, die früher einmal von MAYER-GROSS und STÖRING angedeutet worden waren. HUBER hat dann eine Sonderform der Schizophrenie, die leibhypochondrische oder coenaesthetische Schizophrenie herausgestellt, bei der Körpermißempfindungen und Körperschemastörungen in der Symptomatik führend waren. Im Encephalogramm konnten bei diesen Fällen teilweise Veränderungen im Sinne einer Erweiterung des dritten Ventrikels festgestellt werden, und die Annahme drängte sich auf, daß das Zwischenhirn (einschließlich des Thalamus) in seiner Funktion für die Erlebensvorgänge bei der Schizophrenie von wesentlicher Bedeutung sei.

In unserem Material finden sich zum Beispiel *Störungen des Körperschemas* wie „der ganze Körper ist weich wie Pudding und abgestorben. Die Pupillen stehen schief. Der Brustkorb ist enggeschnürt“ (G. St.). — „Es geht nicht alles mehr so

richtig durch das Gehirn und durch die Nase. Im Hals ein Schlackern und Zucken“ (U. S.). — „Die Hände sind ganz groß geschwollen. Am Körper, an den Armen und Knien ist alles taub“ (L.K.). — „Ich habe das Gefühl, die Beine sind ganz steif. Die Hand ist komisch, verkrampt. Die Nägel sind verschrumpelt und verkleinert, so glänzend wie Menschenblut“ (M. M.). — „Sehen Sie sich doch einmal mein Fell an.“ (Streicht prüfend über Arme und Hände.) „Das ist ganz verschrumpelt. Das ist doch nicht mein Fell. Da ist gar kein Gefühl mehr drin. Was soll denn das bedeuten? Der Körper ist verändert“ (E. H.). — „Mein Gesicht ist ganz geschwollen, ganz gespannt. Es brennt. Es sticht. Der Arm ist ganz dick aufgeblasen und ganz schwer. Die Wirbelsäule knackt“ (G. K.). — „Mein Gesicht verzieht sich so seltsam, vielleicht sind das auch Dämonen, die in mich hineingekrochen sind, weil ich so schlapp war und mich nicht wehren konnte. Ich habe eine Herzwunde, von da geht der Nervenstrang bis in den Rücken, die Schultern, die Arme, vom Kopf bis zum Steiß fehlen mir die Nerven. Ich habe überhaupt kein Rückgrat mehr. Jedenfalls fühle ich da hinten nichts. Alle meine Nerven brennen. Da muß man doch etwas gegen tun. Der Körper ist so seltsam“ (B. P.). — „Meine Füße sind größer, an ihnen wird geschraubt, bis sie platzen. Es wird an ihnen immer ‚gemintelt und gemantelt‘. Mein ganzer Körper ist anders als sonst, besonders die Füße, wie aufgeblasen“ (I. B.).

*Störungen der Körpermedianen* finden wir in den Formulierungen: „Ich habe das Gefühl, wie in der Mitte durchgeteilt zu sein. Auf der linken Körperhälfte habe ich zwei Krankheiten, auf der rechten eine. Im Liegen habe ich manchmal das lächerliche Gefühl, als ob das linke Bein sich wie auf einer Wellenlinie bewegt, als ob es völlig schmerzfrei, wie auf einem Stacheldraht schwebte. Manchmal habe ich das Gefühl, als ob es die linke Seite zusammenreiße, die rechte Körperseite länger ist. Die rechte Seite ist größer und vollwertiger“ (F. H.).

*Störungen abnormer Leichtigkeit und abnormer Schwere*, die nach den Untersuchungen von PÖTZL und seiner Schule als Störung der Relation Körperschemat-Körperfewicht angesehen werden müssen und Ausdruck einer zentralen Störung mit dem Angriffspunkt im Thalamus opticus darstellen, erkennen wir in Sätzen wie: „Ich bin so schwer, als wenn ich zwei Zentner Gewicht an mir hätte und mich nicht richtig vorwärts bewegen kann. Alles zieht mich in die Erde herunter“ (E. T.). — „Ich bin so leicht, als könnte ich schwaben und würde immer 2—3 Meter unter mir haben. Alles läuft ganz leicht ab, wie von feinen Fäden bei einer Marionettenpuppe gezogen“ (I. B.).

Beispiele für das grundsätzliche Bereitliegen eines Empfindungsmodus thalamischer Art finden sich besonders, wenn man die Thalamussymptomatik in ihrer Bedeutung für das Körperschema auch im normalpsychologischen Bereich ableuchtet, z.B. bei Einschlaferlebnissen, beim autogenen Training, sowie in der Projektion des Körperschemas in der Malerei und in der Literatur (KLAGES)<sup>1</sup>.

## 2. Depersonalisationserscheinungen

Depersonalisation und Derealisierung gehören zu den maladies de reflexion. Unter Verwendung immer neuer Metaphern versuchen die Kranken sich verständlich zu machen. Dabei sind nach I. E. MEYER alle Beschreibungen des Zustandes der Entfremdung „als ob Beschreibun-

<sup>1</sup> Vgl.: Die Thalamussymptomatik in ihrer Bedeutung für das Körperschema. Fortschr. Med. 81, 557 (1963).

gen“. Wir wissen, daß die Depersonalisation und Derealisierung als Symptome der verschiedensten Erkrankungen unseres Fachgebietes vorkommen können. Sie entsprechen offensichtlich präformierten Reaktionsweisen des Zentralnervensystems, wie schon MAYER-GROSS hervorhob. Die Spannweite dieser Phänomene reicht vom einfachen neurasthetischen Zustandsbild bis zu den schizophrenen Psychosen. Sie werden hier besonders häufig als Prodrom einer schizophrenen Psychose oder — wie wir schon an anderer Stelle ausführten — als ein bei schizophrenen Spätmanifestationen oft die ganze Krankheitsphase begleitendes Symptom gesehen. Die eindrucksvolle Schilderung eines solchen Depersonalisationssyndroms bei einer eindeutig Schizophrenen, die als intelligente Kranke das Erleben dieses Zustandes in Form eines Selbstberichtes unter dem Thema: „Mein toter Körper“ niederschrieb, haben wir kürzlich publiziert.

Bei unserem jetzigen Krankengut finden sich Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen in fast gleichem Verhältnis. Auch MAYER-GROSS fand in der Hälfte seiner nosologisch verschiedenenartigen Fälle Depersonalisation und Derealisierung nebeneinander. Ichbewußtsein und Weltbewußtsein bedingen einander (GUARDINI, N. HARTMANN). Ein paar Beispiele mögen das Gesagte verdeutlichen:

„Ich gehe neben mir selber her und komme aus dem Zwiespalt nicht heraus“ (G. St.). — „Es zieht mich so von mir selber fort. Ich hatte manchmal das Gefühl, unter einer Glocke zu stecken, die mich ansaugte, die mir sehr viel Kraft nahm“ (G. G.). — „Ich leide an Fremdheitsgefühlen und innerer Zwiespältigkeit, auf der Mitte muß ich immer halten. Das ist auf die Dauer so grenzenlos schwer.“ (E. G.) — „Die Leute sind so verändert, sie haben so teuflische Fratzen“ (I. K.). — „Man ist einfach weg und kommt erst später wieder zurück. Ich war auch schon einmal unter der Erde und sah mich ganz klein liegen. Ich meine, an zwei Stellen gleichzeitig zu sein“ (C. K.). — „Mein Mann hat ein ganz verzerrtes Gesicht, maskenhaft, teufelsähnlich“ (U. S.). — „In der Wohnung ist alles so verändert, so komisch, so seltsam“ (S. Sch.). — „Ich fühle eine innere Leere, so komisch, so verändert. Ich bin ein Haus ohne Fenster“ (M. M.). — „Ich fühle mich außer mir selbst. Die Leute gucken auch so komisch. Sie haben so einen starren Blick. Wer bin ich überhaupt? Ich weiß gar nicht, wer ich bin. Ich bin längst tot. Ich habe kein Gefühl mehr. Wenn ich so meine Arme begucke, meine ich, ich bin es doch und im Spiegel bin ich es auch, aber ohne Spiegel weiß ich es schon nicht mehr“ (E. H.). — „Die Umwelt ist so komisch. Die Kinder sehen so merkwürdig aus. Irgendjemand hat meine Person abgezogen“ (B. I.). — „Ich fühle mich so verändert. Ich fühle auch die Realität anders. Sie ist nicht mehr vorhanden oder zumindestens abgeändert“ (I. B.).

Überblickt man die Schilderung dieser Erlebensstörungen, so drängen sich auch hier wieder Vergleiche mit hirnorganisch begründbaren Zustandsbildern auf, bei denen sich Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen finden. So denkt man an Depersonalisationssyndrome z. B. nach Schädeltraumen (HAUG; KLEIST; PAPPENHEIM), bei temporaler Epilepsie (L.-E. MEYER), bei akuten und chronischen encephalitischen

Prozessen (MAYER-GROSS; STEINER; STÖRRING), sowie bei experimentellen Psychosen (BERINGER; HAASE; LEUNER u. a.).

Zunächst läßt sich bezüglich der Depersonalisations- und Derealisationsphänomene sagen, daß sie nur unter bestimmten Voraussetzungen überhaupt in Erscheinung treten. Diese Frage ist schon von HAUG umfassend bearbeitet worden; nach ihm sind zunächst einmal nur ausgereifte Individuen mit einem nicht erstarrten Lebensrhythmus depersonalisationsfähig. Unter ausgereift würde man in diesem Zusammenhang heute verstehen, daß der Betreffende mindestens das 12. Lebensjahr überschritten hat, denn vorher ist (nach GLONING u. HOFF) die eigentliche Entwicklung des Innenraumes, d. h. des Körperschemas im Gegensatz zur Erfassung des Außenraumes noch nicht vollzogen.

Unter konstitutionsbiologischem Aspekt handelt es sich prämorbid vielfach um introvertierte, gefühlsmäßig intensiv erlebende, durch Außenreize leicht affizierbare Menschen, die schon normalerweise zur Selbstbeobachtung mit gelegentlichen anankastischen Zügen neigen. In unserem Material gehörten die schizoprenen Patienten ganz überwiegend dem schizothymen Formenkreis an, aber auch die von uns früher veröffentlichten hirnorganischen Kranken mit Depersonalisationsphänomenen — und das halten wir für besonders beachtenswert — standen in den meisten Fällen dem schizothymen Formenkreis nahe.

Als weitere Voraussetzung für das Zustandekommen eines Depersonalisationssyndroms ist unserer Ansicht nach mit HAUG und mit PETRILOWITSCH eine Antriebsschwäche zu nennen. Wir haben an anderer Stelle schon darlegen können, daß gerade die diencephale Antriebschwäche in ihrer besonderen Struktur dem Entfremdungserleben besonders entgegenkommt. Sie ist durch eine Intensitätsminderung und Änderung aller Sinnesleistungen ausgezeichnet, wobei es auch zu einer Veränderung des Wahrnehmungscharakters im Sinne eines Ablassens der sinnlichen Frische der Farben, einem Verlust an Plastizität und einer Vergrößerung der Formen kommt. Bei einem Teil unserer schizoprenen Patienten mit Depersonalisationssyndrom fanden wir ebenfalls eine Antriebsschwäche, die dieser bei hirnorganisch Geschädigten beschriebenen diencephalen Antriebsschwäche nahe kam.

Schließlich muß mit HAUG noch an eine Herabsetzung der Bewußtseinshelligkeit beim Auftreten von Depersonalisationsphänomenen gedacht werden, die zusammen mit der Antriebsschwäche gleichfalls auf die „hervorragende Bedeutung des Hirnstammes für die Psychodynamik der Entfremdungserlebnisse“ hinweist. Diese Herabsetzung der Bewußtseinshelligkeit findet sich bei einer unserer Patienten (G. St.) fast wörtlich wiedergegeben: „Ich lebe wie ganz schwerelos und zeitlos im Raume. Ich muß dann wieder mein Bewußtsein anstellen und mich straffen,

dann erst geht es mir einen Augenblick besser. Wenn ich es aber nicht tue, versinkt alles schwerelos und ohne Beziehung zu Raum und Zeit.“

### 3. Geruchshalluzinationen

Daß schizophrene Körpermißempfindungen mit Depersonalisationserscheinungen verbunden sein können, ist immer wieder beobachtet worden. Manche körperschematischen Erlebnisschilderungen gehen zudem sprachlich und in der subjektiven Empfindungsqualität häufig so ineinander über, daß eine Trennung nicht leicht ist und oft mehr aus rein didaktischen Gründen erfolgen muß. Auch im Rahmen der von HUBER geschilderten coenaesthetischen Schizophrenie sind Leibsensationen und Entfremdungsgefühle häufig miteinander verbunden, genau so wie bei den Spätschizophrenen diese Koppelung in der Symptomatik häufig teilweise sogar vordergründig auftritt (KLAGES).

Das dritte Symptom der von uns hier aufgezeigten Trias sind jedoch die Geruchshalluzinationen, deren Stellenwert in der bisherigen Literatur unseres Fachgebietes unseres Erachtens zu Unrecht sehr niedrig eingeschätzt wurde. Zeigen die soeben abgeschlossenen Untersuchungen von A. M. ANIS doch immerhin, daß der Anteil der Geruchshalluzinationen am Gesamt der pathologischen Sinnestäuschungen bei Schizophrenen 34% beträgt.

Aus unserem Krankengut seien hier wiederum einige Beispiele zitiert: „Ich stinke schlecht, vielleicht verfaule ich. Die Luft ist stickig und verpestet“ (G. St.). — „Manchmal riecht alles so nach Pfeffer, riecht so, als wenn etwas ausströmen könnte. Es riecht alles so fade, ist auch auf der Zunge so fade“ (G. G.). — „So schlimme Düfte, ein spiritistischer Geruch. Riecht wie Waschbenzin oder Autogase, muß was Ulkiges sein“ (M. B.). — „So ein Gasgeruch, so chemische Sachen. Früher schmeckte alles so bitterlich (M. B.). — „Ich habe dauernd einen unangenehmen Geruch in der Nase“ (E. G.). — „Es riecht so schrecklich nach Baldrian. Das sind so kleine Tropfen. Das hat was mit der Keimdrüse zu tun“ (I. K.). — „Es ist wie ein Gestank. Es ist wie ein ganz komischer Geruch“ (C. K.). — „Mein Ehemann strömt einen fürchterlichen Geruch aus. Ich kann nur noch mit dem Taschentuch vor der Nase herumlaufen“ (U. S.). — „Das ist die Cyankaliwelle, vor dem Bett und in der Luft dünn verteilt. Mein Mann riecht manchmal so komisch. Er riecht nach Rauschgift und sieht im Gesicht gelb aus“ (S. Sch.). — „Es riecht nach Essig und zwar verbrannt. Das Wasser schmeckt komisch nach Urin, der Kartoffelsalat auch“ (E. T.). — „Die Gerüche sind ganz stark geworden, Gas oder Äther. Es riecht so stechend wie Urin“ (M. St.). — „Es ist ein stechender Giftgeruch“ (E. H.). — „Es riecht nach Gas“ (G. K.). — „Es riecht nach Narkose. Aus Türen und Wänden drängt ekelhafter Gift- und Schwefelgeruch, richtiger Stinkgeruch“ (B. I.). — „Ein fürchterlicher Cyankaligeruch“ (I. B.).

Das zweifellos Dominierende in diesen Schilderungen schizophrener Geruchshalluzinationen ist die Tatsache, daß es sich praktisch nur um unangenehme Gerüche handelt, die zu verdeutlichen mit mehr oder weniger anschaulichen Worten und Bildern von den Patienten versucht wird.

Die Untersuchungen zum Stellenwert der Geruchshalluzinationen bei schizophrenen Psychosen (ANIS) lassen erkennen, daß der Charakter des Quälend-Unangenehmen nicht nur bei der hier herausgestellten Gruppe das vorherrschende affektive Moment ist, sondern daß bei den schizophrenen Geruchshalluzinationen schlechthin dieser Charakter des Lästigen und Qualvollen dominiert und bei den sonst ihren Körpermißempfindungen und Leibsensationen oft indolent gegenüberstehenden Patienten eine erstaunliche Realitätsnähe hat, die starke affektive Schwingungen zu mobilisieren vermag. Dieser Charakter der unangenehmen Gerüche ist aber auch eines der wesentlichen Kriterien der pathologischen Geruchssensationen bei hirnorganisch Kranken. Auch hier finden sich immer Schilderungen von Wahrnehmungen unangenehmer Art. Die Patienten von KLEIST berichten von „schrecklichem Geruch, Leichengeruch, stinkig-fauligem Geruch, Geruch wie nach Stinkbomben, nach Rauch, nach Gasen usw., BAYS Patienten sprechen von widerlichen Aas-, Kot-, Altersgerüchen.“ Unsere hirnorganisch Kranken berichten von Geruch nach „faulem Eiweiß, nach Blut, nach altem Fisch“ usw. Zwei Patienten von BENTE u. KLUGE (Uncinatussyndrom) sprechen „von Geruch nach Kot, Benzin und Schmieröl und von penetrantem Geruch, der an Krankenhaus oder auch Kampfer erinnert.“ Es handelte sich also, wie wir schon in einem Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie des Geruchssinnes ausführten, um Verzerrungen des normalen Duftmusters, um eine Art Entmischung. Würde man einen hirnphysiologischen Vergleich wagen, so wird man am ehesten an die vornehmlich vom Thalamus ausgehenden zentralen Schmerzen und Hyperpathien, an thalamische Körpermißempfindungen, an akustische Disharmonien sowie an diencephal verankerte Trugwahrnehmungen optischer Art erinnert. Auch hier wird man ja Funktionsstörungen in den Relais-Stationen des Thalamus (HOFF) annehmen können.

Die hier wie dort anklingende Nähe zum Thalamus wird aber für die Geruchshalluzinationen noch durch eine weitere interessante Beobachtung unterstützt, die wir BENTE u. KLUGE verdanken. Sie fanden bei ihren Uncinatussyndromen, eng gekoppelt mit den Geruchshalluzinationen, triebhafte sexuelle Reizzustände, die in Form von als lebhaft und aufdringlich bezeichneten sexuellen Vorstellungen auftraten und rein phänomenologisch zwischen plastisch leibhaften Fremderlebnissen und Visualisierungsscheinungen von fast bildstreifenartigem Gepräge einzuordnen wären.

Besinnt man sich auf die anatomischen und physiologischen Grundlagen des Riechhirns, so sei daran erinnert, daß Faserzweige zum Thalamus abgegeben werden und daß auch primäre olfaktorische Reflexbahnen über den Weg der Corpora mamillaria-Tractus mamillo-thalamicus im Nucleus anterior des Thalamus (HOFF) enden.

Nach den anatomischen und physiologischen Tatsachen und den sinnesphysiologischen Überlegungen muß man annehmen, daß die *Geruchsfunktionen* in sehr enger Beziehung zu vegetativ-thalamischen Funktionen stehen. Auch die enge und ohne gedankliches Zwischenglied erfolgende Koppelung von Geruchsempfindung und Affektivität spricht für eine enge Verbindung zum Thalamus. Leider ist jedoch bisher „kein anderes Gebiet des Zentralnervensystems von der experimentellen Forschung so sehr vernachlässigt worden wie gerade das Riechen“ (GOTTSCHICK).

#### IV. Diskussion der Ergebnisse

##### *Versuch einer Deutung*

Nimmt man die drei geschilderten *Symptome* zusammen, so fällt als das bindende Moment auf, daß sie alle in mehr oder weniger ausgeprägtem Grade unter klinisch-psychopathologischer und unter neurophysiologischer Sicht — besonders bei vergleichender Betrachtung mit hirnorganisch begründbaren Thalamusaffektionen — eine Beziehung zu der Funktion des Thalamus aufweisen. Ganz offensichtlich scheint also bei diesen Psychosen ein bestimmtes hirnphysiologisches Muster überschwellig zu werden. Wir wissen, daß solche Reaktionsweisen des Gehirns durchaus möglich sind. So können z.B. bestimmte oro-ano-genitale Funktionsabläufe plötzlich als hirnphysiologisches Modell bei Unicantusauren passager überschwellig werden und sich klinisch auskristallisieren (BENTE; KLUGE) und es können auch katatone Verhaltensweisen als hirnphysiologische Schablonen angesehen werden, die fast gesetzmäßig ablaufen. Für dieses Anspringen thalamischer Mechanismen gelten die soeben von W. R. HESS (1964) formulierten neurophysiologischen Erfahrungen: „Wenn das Zustandekommen geordneter Erregungsmuster von dem zeitlich geregelten Eintreffen von richtig dosierten Intensitäten und kontrollierter Ansprechbarkeit der nervösen Elemente abhängig ist, welche durch die konvergierenden afferenten Impulse angeregt und zu Mustern integriert werden, so müssen diese Muster unter Umständen auch störbar sein. Man wird nicht im Zweifel sein, daß schon kleinste Verschiebungen hinsichtlich der Eigenschaften ein verformtes Muster zur Folge haben können.“

Es liegt auf der Hand, daß durch das Aufzeigen thalamisch anmutender Symptome bei den Schizophrenien nicht eine einseitig gedachte somatisch-ätiologische Aufhellung angestrebt werden soll, sondern daß hier nur das Anspringen eines hirnphysiologischen Modells dargetan werden soll. Dabei ist das Angehen einer vegetativen Symptomatik im Vorfeld der Psychose ja schon mehrfach beschrieben worden (EWALD; HUBER; PANSE). Daß auch thalamische Mechanismen mit in Gang gesetzt werden können, liegt eigentlich nahe, wenn man bedenkt, wie stark

vegetative und thalamische Funktionsabläufe schon vom neurophysiologischen her gesehen gekoppelt sind und wenn man sich weiter erinnert, daß auch bei anderen Erkrankungen unseres Fachgebietes, und zwar vorwiegend neurologischen Erkrankungen, vegetativ-thalamische Störungen als Funktionseinheit in Gang kommen können, z. B. bei der Porphyrie (TROSTDORF), bei der Erbchorea (PANSE) und bei der Kausalgie (EWALD; HIRSCHMANN u. a.). Schließlich ist auch bei der Derkumschen Erkrankung an ein Angehen vegetativ-thalamischer Abläufe zu denken. Durch die Untersuchungen von HUBER — gleichgültig, ob die pneumencephalographischen Befunde eines Tages von Nachuntersuchern in ihrer Bedeutung bestätigt werden oder nicht — ist schon die Blickrichtung auf das vegetativ-thalamische Mitbeteiligtsein bei bestimmten Formen der Schizophrenie, hier der coenästhetischen Form, gelenkt worden.

Man könnte also durchaus bei den von uns geschilderten schizophrenen Psychosen an eine Irritierung und dann an ein Freiwerden thalamischer Valenzen, an ein Überschwelligwerden eines alten thalamischen Empfindungsmodus denken. Stellt man sich gerade dieses Stichwort eines Überschwelligwerden eines alten thalamischen *Empfindungsmodus* ein, so bieten sich hierfür einige Belege an.

Bei der *Depersonalisation* und bei der *Derealisation* muß ja davon ausgegangen werden, daß das Ich-erleben und das Welterleben voneinander abhängig sind und — nicht anders wie im V. v. Weizaeckerschen Gestaltkreis Sensorik und Motorik unabdingbar ineinander verwoben sind — einem engen Beziehungsgefüge entsprechen. Das Erfassen des Welterbens wird phylogenetisch gesehen das Ältere sein. „Nicht beweise ich die Dinge, es kommen die Dinge, mich zu beweisen“ (Do-GEN, zit. nach KIMURA). Das Ich-erleben entwickelt sich — wie wir aus der Entwicklungspsychologie (EBBECKE) und auch aus den hirnpathologischen Arbeiten der Wiener Klinik (PÖTZL; HOFF; GLONING) wissen, später. Bei den Depersonalisationserscheinungen unserer Kranken tritt das Ich-erleben langsam zurück. Das Welterleben nimmt besonders in einem Vordringen von Wesenseigenschaften (MATUSSEK) zu, damit verlieren Überschau und Distanzierung von Ich- und Umwelt an Gewicht. Eine unserer Patienten (I. B.) bringt dieses treffend zum Ausdruck: „Ich fühle mich so ausgeliefert, so außer mir selbst, als ob ich verstümmelt wäre.“ Der Patient ist häufig festgefahren in bedeutungslosen Einzelheiten. Ein Patient von KIMURA sagt: „Ein Gemälde ist jetzt für mich so gut wie ein bloßes Konglomerat von Farben und Figuren. Ein Musikstück nur eine Reihenfolge hoher und tiefer, starker und schwacher Töne.“ Die Welt wird somit für den Kranken entästhetisiert und entphysiognomisiert. Die Welt ist ein bloßer sinnlicher Reiz, der Kranke bloßer Registrator.

Bei den *Geruchshalluzinationen* ist man besonders geneigt, von einem Leistungswandel phylogenetisch älterer Funktionsweisen zu sprechen, die nun wieder in Kraft treten und die zu einer starken Bedeutungszunahme des Geruchssinnes mit Visualisierungstendenzen führen. Die Welt des Schizophrenen, die ja durch eine Verringerung der Prägnanzstufen gekennzeichnet ist, erhält gleichsam wieder ein geringes Maß von Realitätskontakt über eine phylogenetisch ältere Stufe.

Gleichgültig aber, ob man das flüchtige Überschwelligwerden einer phylogenetisch älteren Entwicklungsstufe oder eine passager herabgesetzte Thalamusreizschwelle oder einen Zusammenhang mit dem Anklingen anderer vegetativer Erscheinungen im Vorfeld und im Verlauf der Psychose annimmt, in jedem Falle ist diese *Trias* auffällig dadurch, daß alle *Einzel-symptome eine Beziehung zu den Thalamusfunktionen aufweisen*.

Es soll mit der hier aufgezeigten Symptomtrias nun aber nicht einer einseitigen Hirnstammhypothese der Schizophrenie das Wort geredet werden, wie sie in verschiedenen Modifikationen von einer Reihe von Forschern, insbesondere von REICHARDT, EWALD, KLEIST, GUITAUD u. a. seit langem vertreten wurde und zur Annahme eines erblich bedingten initial oder auch dauernd reversiblen Versagens im Bereich thalamocortikaler Neuronensysteme mit funktionellem Schwerpunkt im Zwischenhirn führt. Das Aufzeigen dieser Trias stellt vielmehr eine ganz nüchterne „Bestandsaufnahme der in sprachlicher Form vorliegenden Bezeugungen“ (BOLLNOW) von schizophrenen Patienten dar. Die hier geschilderte Symptomatik stand nicht immer allein im Vordergrund des klinischen Zustandsbildes, sondern war fast immer mit eindeutigen Symptomen ersten Ranges im Sinne von KURT SCHNEIDER verbunden (im Gegensatz zu der coenästhetischen Schizophrenie, bei der nur 38% der Fälle neben sonstigen schizophrenen Erlebnisweisen schizophrene Symptome ersten Ranges boten).

Das Zusammenspiel dieser drei Symptome war so eng, daß sie in den meisten Fällen gleichzeitig auftraten und gleichzeitig wieder mit dem Ablauf der Psychose zurückgingen, so daß eine enge Koppelung zugrunde liegen dürfte, wie sie in dieser Form nur unter der Annahme organischer Grundvorgänge sich denken läßt — auch wenn sie in ihrer Art reversibel sind. CARL SCHNEIDER hat in seiner Monographie (1942) versucht, schizophrene Symptomverbände in biologischer Hinsicht aufzustellen und sprach von dem Symptomverband des Gedankenentzuges, der Sprunghaftigkeit und des Faselns. Damals gelang es noch nicht, diese Symptomgruppen wirklich einer biologischen Verankerung näher zu bringen. WEITBRECHT hat in einer kritischen und abwägenden Arbeit zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome auf diesen Versuch CARL SCHNEIDERS hingewiesen und zum Ausdruck gebracht,

daß er leider bisher nicht wieder aufgegriffen wurde. Nicht zuletzt durch diese Worte gestützt, legen wir nun unsere Beobachtungen einer „Thalamischen Trias“ bei einer Gruppe von schizophrenen Psychosen vor.

### Zusammenfassung

Anläßlich vergleichender Untersuchungen schizophrener und thalamischer Körpermißempfindungen (1954) wurde unser Augenmerk auf eine häufige Koppelung von schizophrenen Körpermißempfindungen, Depersonalisationserscheinungen und Geruchshalluzinationen bei schizophrenen Psychosen gelenkt, die wir hypothetisch als „thalamische Trias“ bezeichneten. Alle drei Symptome lassen sich einzeln und in der Gesamtheit auch bei hirnorganisch begründbaren Zustandsbildern, insbesondere bei Affektionen im Thalamusbereich finden.

### Literatur

- ANIS, A. M.: Zum Stellenwert der Geruchshalluzinationen im Rahmen der Schizophrenien. Dissertation, Düsseldorf 1964.
- BAEYER, W. v.: vgl. bei HUBER, G.
- BENEDETTI, G., H. KIND u. F. MIELKE: Forschungen zum Schizophrenieproblem 1951—1955. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 101 (1957).
- u. A. S. JOHANSON: Forschungen zur Schizophrenielehre 1956—1961. Fortschr. Neurol. Psychiat. **30**, 341—439, 445—505 (1962).
- BENTE, D., u. E. KLUGE: Sexuelle Reizzustände im Rahmen des Uncinatussyndroms. Arch. Psychiat. Nervenkr. **190**, 357 (1953).
- BERBERICH, E. M.: Symptomkoppelungen bei schizophrenen Psychosen. Dissertation, Düsseldorf 1964.
- BERINGER, K.: Der Meskalinrausch. Monogr. Neurol. Psychiat. Heft 49. Berlin: Springer 1927.
- BLEULER, M.: Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941—1950. Fortschr. Neurol. Psychiat. **19**, 385 (1951).
- BOLLNOW, O. F.: Das Wesen der Stimmungen. Frankfurt: V. Klostermann 1943.
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: G. Thieme 1958.
- EWALD, E.: Vegetatives System und Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **18**, 577 (1950).
- Zur Theorie der Schizophrenie. Dtsch. med. Wschr. **79**, 1813 (1954).
- GLONING, I., K. GLONING u. H. HOFF: Die Störung von Zeit und Raum in der Hirnpathologie. Wien. Z. Nervenheilk. **10**, 346 (1955).
- HAASE, H.-J.: Das Psychotikum „Lysergsäurediäthylamid“. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 546 (1957).
- HAUG, K.: Die Störung des Persönlichkeitsbewußtseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. Stuttgart: Enke 1936.
- HESS, W. R.: Psychologie in biologischer Sicht. Stuttgart: G. Thieme 1962.
- Psychische Manifestationen cerebraler Organisation. Arch. Psychiat. Nervenkr. **205**, 333 (1964).
- HÖFF, H.: Thalamus. Anatomie, Physiologie und Pathologie. Wien. Z. Nervenheilk. **3**, 42 (1950).
- HUBER, G.: Die coanaesthetische Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 491 (1957).
- Pneumencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.

- HUBER, G.: Chronische Schizophrenie. Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltpatienten. Heidelberg: A. Hüthig 1961.
- JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- KIMURA, B.: Zur Phänomenologie der Depersonalisation. Nervenarzt **34**, 391 (1963).
- KISKER, K. P.: Kernschizophrenie und Ergopathien. Nervenarzt **35**, 286 (1964).
- KLAGES, W.: Körpermäßempfindungen bei Thalamuskranken und bei Schizophrenen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **192**, 130 (1954).
- Depersonalisationserscheinungen bei hirnorganisch Kranken und bei Schizophrenen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **199**, 266 (1959).
- Die Spätschizophrenie. Stuttgart: F. Enke 1961.
- u. I. KLAGES: Zur Psychologie und Psychopathologie des Geruchsinnes. Arch. Psychiat. Nervenkr. **205**, 37 (1964).
- KRETSCHMER, E.: Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie. Z. Psychother. med. Psychol. **7**, 183 (1957).
- Medizinische Psychologie. Stuttgart: G. Thieme 1963.
- LEUNER, H.: Die experimentelle Psychose. Ihre Psychopharmakologie, Phänomenologie und Dynamik in Beziehung zur Person. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1962.
- MATUSSEK, P.: Untersuchungen über die Wahrnehmung, I. Mitteilung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **189**, 279 (1952); II. Mitteilung: Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **71**, 189 (1953).
- MAYER-GROSS, W.: Die Schizophrenie. In: Hdb. Geisteskrankheiten, hrsg. v. O. BUMKE, Bd. IX. Berlin: Springer 1932.
- MEYER, I. E.: Dreamy states und Depersonalisation. Arch. Psychiat. Nervenkr. **200**, 12 (1959).
- Die Entfremdungserlebnisse. Stuttgart: G. Thieme 1959.
- Depersonalisation und Derealisierung. Forschr. Neurol. Psychiat. **31**, 438 (1963).
- PANSE, F.: Die Erbchorea. Eine klinisch-genetische Studie. Leipzig: Thieme 1942.
- Die Rückführung des Psychotischen auf funktionelle Grundvorgänge. Dtsch. med. Wschr. **87**, 1953 (1962).
- PAPPENHEIM, E.: Beiträge zum Problem der Entfremdungserlebnisse bei Hirnkranken. Arch. Psychiat. Nervenkr. **107**, 599 (1938).
- PETERS, G.: Biologische Forschung in der Psychiatrie. Jahrb. Max Planck Ges. 1962, S. 83.
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Frage nach dem Gefühlsverlust bei den Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen. Schweiz. Z. Psychol. **16**, 17 (1957).
- PÖTZL, O.: Über Anfälle vom Thalamus-Typus. Z. ges. Neurol. Psychiat. **176**, 793 (1943).
- SCHNEIDER, C.: Die schizophremen Symptomverbände. Berlin: Springer 1942.
- STÖRRING, G. E.: Zur Psychopathologie des Zwischenhirns (Thalamus, Hypothalamus). Arch. Psychiat. Nervenkr. **107**, 786 (1938).
- TROSTDORF, E.: Vegetativ-thalamische Erscheinungen bei akuter Porphyrie. Dtsch. Z. Nervenheilk. **170**, 130 (1953).
- WEITBRECHT, J.: Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 41 (1957).
- Das Syndrom in der psychiatrischen Diagnose. Fortschr. Neurol. Psychiat. **21**, 1 (1959).