

Über einen Fall von Pseudohalluzination bei organischen Nervenleiden.

Von
WOLFRAM KURTH.

(Eingegangen am 23. August 1952.)

Im folgenden soll über ein Krankheitsbild mit relativ seltener spezifischer Symptomatik bei einem organischen Nerven- und Hirnleiden nach früher erlittener Kopfverletzung sowie Ohrenerkrankung beiderseits berichtet werden.

Zur *objektiven Vorgeschichte* des Krankheitsbildes ist folgendes anzuführen:

Am 25. Januar 1951 befürwortete die behandelnde Ärztin einen Antrag auf Invalidisierung wegen Neuro-Psychopathie, nachdem außerdem eine rechtsseitige fast völlige Erblindung des Auges infolge Schußverletzung aus dem Jahre 1931 vorläge. 1950 erlitt der Patient einen „Nervenzusammenbruch“, laut Gutachten der Landesversicherungsanstalt vom 16. Februar 1951. Seitdem habe er Kopfschmerzen und bei Ermüdung störende Ohrgeräusche. Er sei leicht reizbar und erregt. Bei der internistischen Untersuchung wurde ein auffällig krankhafter Befund nicht ermittelt. Der Blutdruck war 138:81, der Puls war kräftig, regelmäßig 69, nach 10 Kniebeugen 103, nach einer Minute bis zur Norm. Neben einer versteiften Krümmung des kleinen Fingers der linken Hand, wurden die Taubheit eines Ohres und eine sehr starke Sehschwäche des rechten Auges diagnostiziert, welche eine 30%ige Erwerbsminderung zur Folge hatten. Auf Grund dieses Gutachtens wurden augen- und ohrenfachärztliche Begutachtung für notwendig erachtet.

Anlässlich der otiatrischen Begutachtung am 15. 11. 1951 ergab die Vorgeschichte, daß der Pat. an bds. Ohrenlaufen nach Scharlacherkrankung litt. Deshalb erfolgten auch 2 erfolglose Voroperationen: Im Jahre 1910 die Radikaloperation des rechten Ohres, 1916 erfolgte eine Antrotomie links. Seit der Operation bestehe laufende Verschlechterung der Hörfähigkeit, besonders auf dem rechten Ohr. Das linke Ohr laufe zeitweilig. Anlässlich der ohrenärztlichen Begutachtung vom 15. 11. 1951 wurde im Bereich der Nase, des Mundrachens, des Kehlkopfes und postrhinoskopisch nichts auffällig Krankhaftes gefunden.

„*Ohren*: Rechts äußerlich: Über dem Warzenfortsatz reizlose, breite, mit der Umgebung fest verwachsene, etwas eingesunkene Operationsnarbe. Innerlich: Trockene mittelgroße Radikaloperationshöhle, die außer einer kleinen Schleimhautinsel im Gebiet des Tubenwinkels gut epithelisiert ist.

Links äußerlich: Hinter dem Ohr reizlose, breite, wenig eingesunkene, mit der Umgebung fest verwachsene Narbe. Innerlich: Trockener Gehörgang, große zentrale Perforation. Vom Hammer stehen nur noch die Reste, Paukenhöhlenschleimhaut reizlos.“

„*Gehör*: Verständnis für Flüstersprache rechts verschärft an der Ohrmuschel, links 1 m, für Umgangssprache rechts an der Ohrmuschel, links 5—6 m. Rinne rechts geprüft mit c_{256} neg., links geprüft mit c_{128} neg. Weber nicht lateralisiert

Die maximal angeschlagene c⁵-Stimmgabel wird rechts 5 sec gehört, links 17 sec (normal 30 sec). Untere Tongrenze rechts c₂₅₆, links c₁₂₈. Obere Tongrenze rechts 8000 Doppelschwingungen pro sec, links 11 000 Doppelschwingungen pro sec. Binaurales Satzverständnis 4—5 m.“

„Röntgenübersichtsaufnahme der Nasennebenhöhlen: Gute Pneumatisationsverhältnisse. Alle Nasennebenhöhlen gleichmäßig gut strahlendurchgängig, keine pathologischen Verschattungen im Nebenhöhlenbereich feststellbar.“

Aus dem vorliegenden Befund schloß der Gutachter Dr. PREUSSE, daß es sich bei dem Pat. im Bereich der Ohren um eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit rechts und um eine kombinierte mittelgradige Schwerhörigkeit links handelt. Die Ursache der Schwerhörigkeit dürfte in der Mittelohrentzündung beiderseits mit nachfolgender Operation (siehe oben) liegen. Daneben fand sich noch eine leichte Nasenbeinverschiebung und eine chronische Mandelentzündung. Letztere sollte durch eine Operation behoben werden. Die Erwerbsminderung auf Grund der Krankheitsscheinungen wurde mit 35% bewertet.

Das augenärztliche Gutachten vom 19. 3. 1952 erstattete Frau Prof. Dr. GÄDERTZ. Der Befund an den Augen lautete folgendermaßen:

„Äußerlich: Das rechte Oberlid hängt etwas herunter, das rechte Auge steht nach unten abgelenkt. Die Beweglichkeit des Augapfels fällt nach oben rechts und oben links aus.

Rechtes Auge: Lider und Lidränder regelrecht. Der vordere Augenabschnitt ist normal.

Augenhintergrund: am hinteren Augenpol findet sich ein ausgedehntes Gebiet, in dem Aderhaut-Netzhautschwund mit Farbstoffeinlagerung abwechselt. In der Mitte dieses Abschnittes liegt anstatt des normalen Fleckes schärfsten Sehens ein Loch. Die Sehnervenscheibe, besonders der schlafenseitige Anteil, ist abgeblaßt.

Sehschärfe: R = 6/60 (das Bild ist weit nach oben verlagert). L = 6/5, —0,5 sphär. = 6/4.“

In ihrer Beurteilung kam die Fachärztin zu folgender Feststellung:

„Es handelt sich bei Franz D. um die Folgen einer Prellschußverletzung in der Gegend des rechten Auges. Infolge der Mitbeschädigung der äußeren Augenmuskeln ist das rechte Auge nach unten abgelenkt und hat einen großen Teil seiner Beweglichkeit eingebüßt. Hierdurch ist das Doppelsehen mit großem Höhenabstand bedingt. Infolge der Lochbildung am Flecke schärfsten Sehens und der anschließenden Aderhaut-Netzhautveränderung (Chorioretinitis sclopetaria) fällt das zentrale Sehen aus.

Die Erwerbsminderung ist mit 25% zu beziffern, da der Herabsetzung der zentralen Sehschärfe die Störung durch das Doppelsehen hinzuzurechnen ist. Nur bei Ausschluß des rechten Auges wird einfach gesehen, was dem Zustand der Einäugigkeit praktisch entspricht.“

Hinsichtlich der *subjektiven Vorgesichte*, wie der vom Ref. erhobenen eigenen Untersuchungen und Befunde, war folgendes zu erheben:

Der 43jährige Pat. wurde dem Ref. von dem behandelnden Hausarzt am 13. 12. 1951 überwiesen. Anläßlich der ersten Befragung äußerte er, daß er seit zwei Jahren an Kopfschmerzen leide, besonders in der Gegend der Nasenwurzel, außerdem habe er Sausen im Kopf. Er berichtete über seine Ohrenoperationen. 1931 habe er einen Suicidversuch gemacht, dabei habe er einen Einschuß in das rechte Jochbein verursacht. Im linken Jochbein sei die Kugel stecken geblieben. 1941 sei die Kugel entfernt worden. Weil er dabei ein junges Mädchen auf deren Verlangen erschossen habe, sei er mit drei Jahren Gefängnis bestraft worden und sei nach 1,5 Jahren begnadigt worden. 1939 habe er eine Commotio erlitten, dennoch war er anschließend vier Jahre Soldat. Allmählich stellten sich bei ihm, der sich

seit Jahren schon immer leicht aufrege, Einschlafstörungen ein. Außerdem habe er seit etwa drei Jahren Störungen, welche er mit seinem Hörleiden in Zusammenhang bringt, infolge deren er nicht zur Ruhe käme. Er schildert die Störungen folgendermaßen: „Erst ist es ein Sausen, dann wie ein Blutgeschmack in der Nase, dann höre ich eine Stimme, dann geht es los, als ob man sich laut unterhalte. Ich weiß genau, daß das nicht stimmt. Das sind keine richtigen Stimmen. Früher war es wie eine Schallplatte. Sie läuft in der Art des damaligen Wehrmachtberichtes, z. B.: die angloamerikanischen Streitkräfte griffen in Tobruk an, und dann kamen Schlagworte von Hitler oder eine Rede von Hitler, ganz leise wie im Rundfunk. Auch wenn ich auf der Straße gehe. Meistens sind es Sachen, die mich irgendwie bewegt haben. Jetzt höre ich das nicht mehr, das möchte ich extra betonen. Ich höre jetzt, als ob wir uns beide unterhalten. Wenn ich mich ablenke, dann höre ich nichts. In dem Moment bei Ruheeintritt kommt es wieder. In dem Moment, wenn ich mich hinlege und den Kopf herunterlege, habe ich festgestellt, dann kommt die Stimme. Wenn ich den Kopf höher lege, läßt es nach. Wenn ich abends zur Ruhe komme, gehen die Stimmen los. (Was sagen die Stimmen neuerdings?) Alle möglichen Gespräche, alles Belanglose, keine Stichworte mehr. Wenn ich am Tage geistig in Anspruch genommen bin, desto stärker tritt die Sache abends auf. Überhaupt jede Auseinandersetzung, alle Kleinigkeiten, die zu einer Auseinandersetzung führen. Vor allem dieses tagelange Anhalten der Stimme, dieses Ohrensausen dabei und stets, sobald ich keine Schlaftabletten nehme. Zusammenziehen als typisches Zeichen an der Nasenwurzel ist der Anfang, aber nur dann, wenn ich am Tag geistig gearbeitet habe.“

Hinsichtlich des *körperlichen* Befundes fanden sich bei der *allgemeinen* Untersuchung des im ganzen ausreichend ernährten Mannes bei der Inspektion äußerlich keine Anomalien, abgesehen von den oben beschriebenen am Kopf. Im Bereich der Haut an beiden Beinen einzelne schorfig vernarbte Wunden nach Furunkulose. Bei der *internistischen* Untersuchung war im Bereich des Herzens ein krankhafter Befund nicht zu ermitteln, insbesondere zeigte die Lage des Herzens keine Verbreiterung, die Grenzen sind normal. Puls 60/min, kräftig, regelmäßig, gut gefüllt. An den Lungen war ebenfalls ein krankhafter Befund nicht zu erheben. Die Beweglichkeit in den Gliedmaßen ist nicht gestört bis auf eine Verkrümmung des kleinen Fingers der Zwischengrund- und Mittelphalange nach Unfall.

Bei der *neurologischen* Untersuchung war der Kopf nach allen Richtungen frei beweglich, nirgends druck- und klopfempfindlich.

Hinsichtlich der Augen und Ohren wird auf die obengenannten fachärztlichen Befunde verwiesen.

Sonst war im Bereich der Hirnnerven bis auf ein leichtes Wogen der Zunge, wobei die Zunge nach rechts abweicht, ein auffälliger Befund nicht zu ermitteln. Lediglich fand sich an der Nasenwurzel, unmittelbar über der Augenbraue eine pfenniggroße anästhetische Zone.

Im Bereich des Rumpfes und der Gliedmaßen war ein krankhaft-neurologischer Befund nicht zu erheben, insbesondere fanden sich keine Paresen, keine Atrophien, keine Tonussdifferenzen, keine Reflexausfälle sowie keine pathologischen Reflexe, keine Sensibilitätsstörungen, keine Kleinhirnzeichen oder andere Störungen der Coordination.

Der *Liquorbefund* ergab einen schwach positiven Pandy, Gesamteiweiß 1,1, Globulin 0,3, Albumin 0,8, Eiweißquotient 0,37. Die serologischen Reaktionen sind negativ. Zahl der Zellen waren 8,3, die Mastix-Reaktion zeigte eine leichte Linkszacke, noch normal.

In *psychischer* Hinsicht war der Pat. in seinem Verhalten im ganzen unauffällig. Er gibt geordnet Auskunft und steht den oben geschilderten Phänomenen kritisch

gegenüber. Er beurteilt sie nicht als wahrhaftige reale Erlebnisse, sondern ist, ob-
schon er das Vorhandensein der Stimmen wahrnimmt, von ihrer Wirklichkeit
nicht überzeugt. Hinsichtlich seiner Affektlage war er während der mehrfachen
Untersuchungen und Explorationen immer ausgeglichen und beherrscht, obwohl
er unter den Phänomenen erheblich leidet. Die Konzentrationsfähigkeit wird da-
durch in Mitleidenschaft gezogen. Störungen der Willenssphäre in psychotischem
Sinne waren nicht zu beobachten. Der Pat. ist frei von Aggravation oder demon-
strativen Tendenzen.

Beurteilende Erörterung des Krankheitsbildes.

Bei dem vorliegenden Krankheitsbild des 43jährigen Patienten Franz D. handelt es sich um einen Mann, der im Jahre 1931 anlässlich eines Suicidversuches durch versuchten *Schlafenschuß* das rechte Auge erheblich schädigte und dabei außerdem das rechte Jochbein verletzte. Es resultierte an Hirnnervenstörungen seither lediglich eine leichte Sensibilitätsstörung im Bereich des 1. Trigeminusastes. Außerdem erlitt der Patient durch mehrere Ohroperationen eine Verschlimmierung der Hörfähigkeit. Erst seit einigen Jahren stellten sich bei dem Patienten *Ohrgeräusche und Sausen im Ohr ein. Allmählich kristallisierten sich für ihn aus diesen zuerst diffusen Geräuschen bestimmte akustische Phänomene im Sinne von später deutlich vernehmbaren Stimmen heraus*. Dieses Stimmenhören wurde intensiver, wenn der Patient ermüdet war, also besonders gegen Abend, um dann stundenlang anzu-
dauern. Es ist regelmäßig verkoppelt mit einem zuerst einsetzenden körperlich störenden Gefühl in der Nasenwurzel, verbunden mit einer Art *Blutgeschmack in der Nase*. Weiterhin sind die akustischen Phänomene gekoppelt an den Patienten irgendwie affektiv erregende Situationen wie Wehrmachtsberichte und ähnliche Anlässe. In etwa haben sich die Inhalte der Stimmen geändert, als insbesondere es sich in der letzten Zeit mehr um Mitteilungen handelt, die zwischen zwei Menschen geführt werden. Diese Störungen sind so stark, daß sie dem Patienten den Schlaf rauben und ihn in seiner Konzentrationsfähigkeit erheblich schwächen.

Er leidet sehr darunter und hat zu diesen akustischen Phänomenen eine kritische Einstellung und ist nicht wie der echte Wahnkranke von ihrer Realität unabänderlich überzeugt. Die Stimmen sind also für ihn keine echten Halluzinationen, vielmehr hat er den Eindruck, *als ob eine Schallplatte läuft* und als ob die Gespräche, die er deutlich mit anhört, vor seinen Ohren ablaufen. Er ist jedoch gleichzeitig überzeugt, daß die Stimmen in Wirklichkeit nicht da sind. Ihm ist lediglich, „*als ob*“ er das alles erlebe. Die Krankhaftigkeit dieses Zustandes ist ihm klar. Das Phänomen, um welches es sich handelt, ist eine sogenannte Pseudo-Halluzination. JASPERs hat als erster die Pseudo-Halluzination in ihrer Struktur exakt von den Halluzinationen getrennt beschrieben,

indem er sagt, daß die Pseudo-Halluzinationen der Leibhaftigkeit entbehren und „im inneren subjektiven Raum“ bestehen. JASPERS bezeichnet die sich aus den Akuasmen entwickelnden Stimmen als „innere Stimmen“ oder „geistige Stimmen“. Immer verlieren die optischen wie auch die akustischen Pseudo-Halluzinationen dadurch an Realitätscharakter, indem gleichzeitig mit dem Auftreten der Störungen Zweifel an ihrer Echtheit bestehen. Die Patienten äußern, es sei so, „als ob“ etwas zu hören oder zu sehen sei.

Ref. hatte die Gelegenheit, schon früher zwei Fälle von Pseudo-Halluzinationen bei organischen Hirnkrankheiten zu publizieren. Der eine dieser Fälle mit akustischen Pseudo-Halluzinationen entsprach dem hier geschilderten. Auch damals waren zwei Voraussetzungen für das Zustandekommen der Phänomene wesentlich: einmal die Ermüdung und außerdem auch eine gewisse affektive Steigerung. — Auch in diesem Fall handelt es sich wie bei dem damals beschriebenen um einen Kranken, bei dem eine organische Nervenschädigung vorausging infolge eines Schusses in die Schläfengegend unter erheblicher Verletzung des Auges. Gleichzeitig liegt bei dem Patienten, wie übrigens auch bei einem der früher beschriebenen Fälle, eine Schwerhörigkeit vor, welche zuerst einen günstigen Boden für die Akuasmen und die sich dann später allmählich entwickelnden „Stimmen“ abgab. Es ist anzunehmen, daß sich das Phänomen der akustischen Pseudo-Halluzination auch in diesem Fall im Zusammenhang mit cerebralen Reizen entwickelte, wobei dem Affekt eine gewisse Bedeutung für das Zustandekommen zukam.

Zusammenfassung.

Das Krankheitsbild eines organischen Nervenleidens infolge Schusses in die Schläfe mit anschließender Erblindung eines Auges bei gleichzeitig bestehendem Hörleiden sowie seelischer Veränderung im Sinne affektiver Labilität und Reizbarkeit stellte die Grundlage für eine seltene seelische Symptomatik dar, welche von JASPERS zuerst als Pseudo-Halluzination beschrieben wurde.

Literatur.

KURTH, W., Archiv für Psychiatrie und Neurologie, 112, 190 (1940); hier auch weitere Literatur.

Doz. Dr. med. habil., Dr. phil. W. KURTH, Wiesbaden, Heßstraße 1.