

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster/Westfalen
(Direktor: Prof. Dr. F. KEHRER).

Zur „Anatomie“ hypochondrischer Zustände.

Von
HANS E. KEHRER.

Mit 4 Textabbildungen.

(Eingegangen am 13. Januar 1953.)

Auf dem deutschen Neurochirurgenkongreß 1949 und auf dem 1. internationalen Kongreß für Psychiatrie 1950 habe ich kurz über das Zusammentreffen von hypochondrischen Symptomen mit hirnatrofischen Prozessen berichtet.

Inzwischen ist die Zahl der an unserer Klinik beobachteten Fälle von 24 auf 40 gestiegen, so daß es gerechtfertigt erscheint, etwas ausführlicher die hier auftretenden pathogenetischen Zusammenhänge auseinanderzusetzen.

Während man in der alten psychiatrischen Literatur unter Hypochondrie eine einheitliche Krankheit verstand, neigt man heute mehr dazu, hypochondrisches Verhalten als ein Symptom zu betrachten, das bei verschiedenen Krankheitsgruppen vorkommt. Man findet hypochondrische Ideen bei melancholischen Phasen der Cyclothymie wie auch bei anderen depressiven Verstimmungen. Man spricht von einer hypochondrischen Form der Schizophrenie, kennt aber auch hypochondrische Psychopathen. Gelegentlich ist jedoch die hypochondrische Einstellung ohne andere psychische Symptome vorhanden, so daß der Ausdruck „hypochondrische Konstitution“ mit Recht am Platze ist. Immer wird hier von den Patienten über Krankheitsgefühle, Mißempfindungen oder unbestimmte Symptome geklagt, die sich durch die übliche medizinische Diagnostik nicht objektivieren lassen, häufig auch so unsinnigen, ja wahnhaften Charakter annehmen, daß sie von vornherein als psychiatrisches Symptom und nicht als Ausdruck einer körperlichen Schädigung imponieren.

Um so verwunderlicher ist es nun, wenn wir bei fast allen 40 Patienten, die derartige hypochondrische Symptome boten, eine ziemlich einheitliche organische Hirnveränderung feststellen konnten, die für die oben genannten psychiatrischen Erkrankungen, wie Schizophrenie, Cyclothymie, Psychopathie, keineswegs charakteristisch ist: nämlich atrophische Hirnveränderungen verschiedener Ausprägung.

Im Schrifttum sind nur ganz vereinzelt ähnliche Beobachtungen mitgeteilt. BINGEL und SCHIPKOWENSKY haben über je einen Fall mit hirnatriphischen Veränderungen im Encephalogramm berichtet, der hypochondrische Symptome zeigte. RÜSKEN sah bei 4 Schädeltraumatikern, die u. a. auch hypochondrische Zeichen aufwiesen, auf Hirnatrophie verdächtige Erweiterungen der Subarachnoidalräume. WIGERT stellte encephalographische Untersuchungen bei konstitutionellen Psychopathen an, die zum Teil hypochondrisch reagierten, und fand „mehr oder weniger umfangreiche Atrophien des Gehirns“. In allen diesen Fällen wurden die hypochondrischen Gefühle und die Wesensveränderung in dieser Richtung nur am Rande erwähnt.

An unserer Klinik wurde nun die Mehrzahl aller Kranken, die hypochondrische Symptome zeigten (40), einer encephalographischen Untersuchung unterzogen. Dabei fanden sich nur in einem Falle keine sicher

Tabelle 1. *Ventrikelsystem.*

Normal	8	Bevorzugte Erweiterung des 3. Ventrikels	3
Hydrocephalus		Deutliche Größendifferenz der Seitenventrikel	14
leicht	24	Stärkere Erweiterung li.	9
mäßig	3	Stärkere Erweiterung re.	5
stark	2		
Mikroventrikulie	1		
Keine Ventr.-Füllung	1		
Einseitige Ventr.-Füllung	1		
	40		

Tabelle 2. *Subarachnoidalräume.*

Normal	3	Erweiterung der SAR.	34
Verbreiterung der Sul.		frontal	6
leicht	16	parietal	11
mäßig	16	temporal	1
stark	2	occipital	—
Zu geringe Füllung der Subarachnoidalräume (SAR)	3	frontal u. temporal	1
		frontal u. parietal	2
		allgemein	13
		li. stärker als re.	3
		re. stärker als li.	2
	40		

krankhaften Veränderungen, nämlich die fehlende Luftfüllung des rechten Seitenventrikels bei normalem Subarachnoidalraum. Die Einzelheiten der pathologischen Befunde gehen aus den Tab. 1 und 2 hervor. Es ergibt sich nämlich, daß das Ventrikelsystem bei 29 Kranken eine meist leichte Erweiterung aufwies, während die Subarachnoidalräume

33 mal erweitert waren. Wir finden somit mit einer Ausnahme immer Hinweise auf einen hirnatriphischen Prozeß. Dies trifft auch für einen Fall von Mikroventrikulie zu, der eine deutlich vermehrte Subarachnoidalfüllung über den Frontal- und Parietallappen zeigte. Wir stellen fest, daß die oberflächlichen Liquorräume mit wenigen Ausnahmen über den Scheitel- und Stirnlappen vergrößert sind, wenn nicht, wie in 13 Fällen, das ganze Großhirn befallen ist. Zur Erläuterung des klinischen Krankheitsbildes seien zwei typische Krankengeschichten auszugsweise angeführt.

Fall 1: E. M., 38jährige Friseursfrau (Krankenblatt-Nr. 10110).

Familienanamnese: Die Mutter habe häufig Kopfschmerzen. Sie klage öfter über ein Jucken an den Händen. Sie sei mit 30 Jahren ins Klimakterium gekommen, habe damals Lähmungsscheinungen an der re. Körperseite gehabt. Gleichzeitig habe sie das Gefühl gehabt, als wenn Wasser am Rücken heruntergegossen würde.

Eigene Anamnese: Seit ihrer Geburt habe sie eine Hüftgelenkluxation und daher etwas später gehen gelernt. Sie sei nie ernstlich krank und immer ein fröhlicher und zufriedener Mensch gewesen.

Im Sommer vorigen Jahres, also genau vor einem Jahr, habe sie 8 Tage lang den gleichen Zustand wie er jetzt seit Wochen besteht, gehabt. Der jetzige Zustand begann vor etwa 2 Monaten damit, daß der Rücken glühend heiß wurde, dieses Gefühl zog vorn in die Fingerspitzen und trat besonders gegen Morgen auf. „Mir war so schlecht, der Arzt stellte Mittelohrvereiterung fest. Es wurde Wärme verordnet. Da war ich auf einmal fertig. Da war alles aus dem Rücken in den Kopf gezogen. Von hinten herauf so fest wie so ein Knoten, als wenn etwas schwer auf dem Kopf liegt, und drückte bis auf die Nase.“ Sie habe 2 Monate im Heimatkrankenhaus gelegen; es sei nichts festgestellt worden. Die Kopfbeschwerden hätten den ganzen Tag bestanden, immer an anderen Stellen. Weil die Menses sich etwas verspätet hätten, habe sie Hormonspritzen bekommen, diese wurden schlecht vertragen. „Es war alles in Aufruhr im Leib, richtig, als wenn Wellen über den Leib gingen. Wenn ich lag, hatte ich so ein Arbeiten darin, direkt Schmerzen waren es nicht.“ Seit 4 Wochen habe sie dauernd Schmerzen vom Kreuz bis in beide Leisten. Vor 3 Wochen sei bei einem Spaziergang starkes Herzklopfen aufgetreten. Vor 14 Tagen wurde sie plötzlich aufgereggt, es gingen Stiche durch die Augen, „ich sah, daß alles auseinanderging, z. B. die Bäume sahen aus, als wenn sie in der Mitte durchgespalten wären.“ Von der li. Stirnseite zogen Stiche nach dem re. Ohr. Der ganze Körper war elektrisiert. Die Stiche zogen dann durch den ganzen Körper, immer kam ein anderer Körperteil dran. „Die Herzadern arbeiteten wie Stränge.“ Sie habe ein Gefühl als schlucke sie hinten etwas hinunter. Jetzt habe sie ein heißes Gefühl im Ohr (li.) „als wenn es an der li. Halsseite arbeitet. Im Ohr ist es auch nicht richtig, nicht natürlich, wie, kann ich nicht sagen.“ In der ganzen li. Körperseite habe sie das Gefühl, als ob die Blutzirkulation schlecht sei. „Das merke ich daran, daß ich ganz nervös werde, wenn ich auf der li. Körperseite liege; das Bein schlaf't auch ein dabei, auch der Kopf hat damit zu tun, weil da auf der li. Seite immer der Druck ist; Druck ist es auch wieder nicht, es ist als wenn li. nichts ist und re. alles. Die Därme sind auch immer in Aufregung, sie drängen alles nach oben, als wenn das Blut zum Kopf gedrückt würde. Wenn die Därme voll sind, fühle ich mich besser. Seit 2—3 Wochen habe ich immer Lieder im Kopf, Schlager, wo ich gar nicht dran denke. Wehre ich mich dagegen und denke an etwas anderes, dann ist es für einen Tag weg. Das stört beim Denken, ich kann überhaupt jetzt furchtbar schlecht denken.“

Während der Klinikbehandlung verspürte sie in einer Nacht starkes Brennen und Blutandrang in der li. Körperseite und Beklemmungen über der Brust. Dabei trat ein starker Tremor der Beine auf. Ein andermal gibt sie „komische und schmerzhafte Gefühle in den Geschlechtsteilen“ an. Der Kopf sei so schmerhaft als wenn oben eine große Wunde sei und das Gehirn nach hinten herunterlaufe.

Auf psychotherapeutische Maßnahmen reagiert sie gut, aber immer nur ganz vorübergehend.

Neurologisch fand sich eine re. seitige Steigerung des Patellarsehnenreflexes und ein angedeuteter Chaddokreflex beiderseits. Die Encephalographie (siehe Abb. 1)

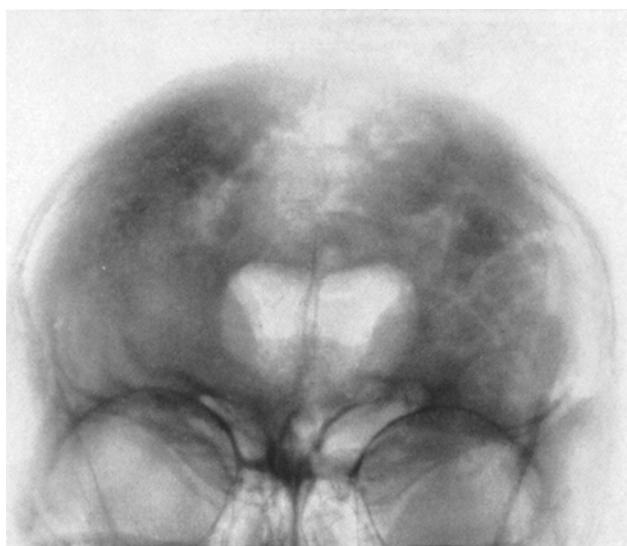


Abb. 1. Fall 1, leichter Hydrocephalus internus und externus bei hypochondrischem Zustand.

ergab einen mäßigen Hydrocephalus internus sowie eine deutliche Vermehrung der Subarachnoidalfüllung im Frontal- und im li. Temporalbereich.

Fall 2. E. S., 31 jähriger Studienassessor (Krankenblatt-Nr. 18211).

Familienanamnese: angeblich o. B.

Eigene Anamnese: Pat. ist einziges Kind. In der Kindheit und als junger Mann habe er häufig Mandelentzündung gehabt. Normale Entwicklung und Schulbildung. Universitätssstudium im Osten. Anschließend habe er mehrere Stellen in Westdeutschland gehabt.

Im Hochsommer — 6 Monate vor der Klinikaufnahme — spürte er zum erstenmal, daß er körperlich nicht mehr ganz leistungsfähig war. Die Beine zitterten ihm, er beobachtete eine unregelmäßige Herzaktivität, Druckgefühl in der Blinddarmgegend, Zittern der Hände und starkes Schwitzen (nachts war das Bett ganz naß geschwitzt). Besonders beeindruckte ihn die „Herzangst“, er habe oft gemeint, er müsse sterben. Bei kleinsten Anstrengungen begann sofort das Herz wie wild zu schlagen. Im Herbst wurde er wegen Erregungszuständen mit Verdacht auf eine akute Psychose in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Dort war er anfangs depressiv, klagte über Schwindel und Flimmern vor den Augen. Er äußerte dort, man habe ihm giftige Medizin gegeben. Das Gehirn und auch die inneren Organe

habe man zu Tode behandelt. Er zeigt starken Rededrang, ist zunehmend gespannt und motorisch unruhig. Nach Elektroschockbehandlung zunächst Besserung, dann wird er aber wieder erregt, weinerlich, ist in Todesstimmung und nicht zu beruhigen. Einmal greift er Pfleger an, kann nur schwer überwältigt und isoliert werden. Er leidet offenbar unter allerlei Wahnbeziehungen. Nach 5 Pyriferinjektionen wird er ruhiger und zugänglicher. Er gibt an, er habe eingesehen, daß er verrückt gewesen sei, dankt den Ärzten, daß sie ihm geholfen haben.

Bei der Klinikaufnahme klagt er über Leeregefühl im Kopf, über Druckgefühl unter den Schulterblättern. Beim Atmen habe er das Gefühl, er könne mal ver-



Abb. 2. Fall 2, Mäßiger Hydrocephalus internus, leichte Erweiterung der Subarachnoidalräume bei hypochondrischem Zustand.

gessen Atem zu holen. Er ist in seinen Empfindungen „anders geworden“, z. B. fehlt ihm das Gefühl der Schwere. Weiter ist seine Gefühlswelt merkwürdig „abgekühlt“. Er empfindet keine besondere Freude beim Besuch seiner Braut. Der Gedanke an das Weihnachtsfest läßt ihn „völlig kalt“. Er habe kein Gefühl dafür, ob er hungrig oder satt sei, schmeckt aber, ob das Essen gut oder weniger gut ist. Während des Klinikaufenthaltes fühlt er fast dauernd seinen Puls und beobachtet sich ängstlich, „meine Pumpe arbeitet nicht richtig“.

Nach Psychotherapie (autogenes Training) Besserung.

Neurologisch keine wesentlichen krankhaften Abweichungen. Im Liquor findet sich eine angedeutete Linksverschiebung der Mastixkurve. In der Zahnklinik (Universitätszahnklinik Münster, Direktor: Prof. Dr. R. MÜLLER) werden mehrere beherdete Zähne festgestellt. Bei der Vestibularisprüfung (Universitätsohrenklinik Münster, Direktor: Prof. Dr. H. LÖBELL) wurde ein richtungsbestimmter und vertikal nach unten gerichteter Lagenstagnasmus festgestellt. Am Augenhintergrund (Universitätsaugenklinik Münster, Direktor: Prof. Dr. W. ROHRSCHEIDER) wurden lokomotorische Gefäßspasmen und eine spastische Regulationsstörung festgestellt. — Im Encephalogramm (Abb. 2) fand sich ein mäßiger symmetrischer Hydrocephalus internus, eine umschriebene Vermehrung der Subarachnoidalfüllung im Parietooccipitalbereich und eine leichte Erweiterung der basalen Cisternen.

Bei der Klinikentlassung war der Zustand wechselnd. Pat. war wenigstens gehfähig und konnte allein reisen. 5 Monate später wurde er in einem Privatsanatorium erneut aufgenommen und dort durch „Umstimmungsbehandlung“ angeblich geheilt.

Unmittelbar danach wurde er wegen der gleichen Beschwerden in eine andere Universitätsnervenklinik aufgenommen. Die Beschwerden wurden ebenfalls als hirnorganisch aufgefaßt und im Sinne einer blanden Encephalitis mit besonderer Affektion der Talamusabschnitte gedeutet, es wurden auch gewisse neurotische Züge festgestellt.

Die wichtige Frage nach Ätiologie und Pathogenese der hirnatriosphischen Veränderungen läßt sich nur bei einem Teil der Fälle einwandfrei klären, bei den übrigen Patienten sind wir auf Mutmaßungen angewiesen. Ganz objektiv wurde die Ursache der Hirnerscheinungen in einem Falle festgelegt, der bei ähnlicher Symptomatologie wie die übrigen, die zum Teil an den „Dermatozoenwahn“ von EKBOHM erinnerten, 1 Jahr nach der klinischen Beobachtung ad exitum kam. (Fall nicht in Tabellen enthalten, da nicht encephalographiert.) Die Obduktion (Obermedizinalrat Dr. DOHmen) ergab eine Hyalinose der Gefäße des Inselstammgebietes und des Striatums sowie ischämische Veränderungen der Purkinjezellen des Kleinhirns, der Pyramidenzellen im Ammonshorn und in der Area striata. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Durchblutungsstörung des Gehirns bei Arteriosklerose. Ebenfalls Zeichen von Arteriosklerose, die teils durch den Blutdruck, teils an den Retinagefäßen oder auch an der Aorta im Röntgenbilde oder durch die Hirnangiographie festgestellt wurden, lagen bei 16 anderen Patienten vor. Außer der Arteriosklerose fanden wir aber noch einige Male Hinweise auf andersartige Gefäßstörungen, nämlich Akrocyanose, Coronarspasmen, erhöhten Druck in der A. centralis retinae und ischämische Herde auf der Retina.

Das Vorliegen von Gefäßstörungen bei der Hypochondrie wurde auch in der Literatur gelegentlich bei der Beschreibung einzelner typischer Fälle angegeben. So erwähnt EKBOHM unter 7 Patienten mit Dermatozoenwahn 2 mit erheblicher Erhöhung des arteriellen Blutdruckes. Andere hypochondrische Arteriosklerotiker werden von SCHWARZ, sowie HARBAUER angeführt. Bei 20 von WICHMANN untersuchten Kranken mit hypochondrischen Symptomen zeigten 5 eine Arteriosklerose, 10 eine erhebliche Steigerung der vasomotorischen Erregbarkeit, die 3 mal mit einer Conjunctivitis vasomotorica und 2 mal mit Akrocyanose einherging.

Ein weiterer Untersuchungsbefund, der eventuell ätiologisch in Betracht kommt, ist das häufige Vorhandensein von Fokalinfektionen. 14 mal waren die Tonsillen, 4 mal die Nebenhöhlen und 7 mal die Zähne Sitz der Eiterung; aber auch andere chronische Infektionen wurden zum Teil gleichzeitig mit den erwähnten Herden festgestellt. In je einem Falle wurden ein Schädeltrauma, eine überstandene Encephalitis, eine Röntgenkastration anamnestisch angegeben, die als ursächliche Faktoren in

Frage kommen. Bei 9 Patienten blieb die Ätiologie der Hirnatrophie unklar.

Das, was diese ursächlich ziemlich uneinheitlichen und zum Teil unklaren Krankheitserscheinungen in eine gemeinsame Ordnung bringt, ist ihre einheitliche psychiatrische Symptomatologie. Alle Patienten klagen über manchmal seltsame Mißempfindungen in Körperorganen, die bei eingehender internistischer Untersuchung einer faßbaren organischen Grundlage entbehren, und mit starker Ichbezogenheit zu einem Krankheitssystem ausgebaut werden, das sich bis zum Krankheitswahn steigern kann. Der Charakter dieser Sensationen ähnelt meistens Parästhesien oder wird als Klopfen, Pulsieren, Strömen, als Wellen oder Wallungen angegeben. Fast niemals handelte es sich dabei um schmerzhafte Empfindungen, wenn man von Kopfschmerzen einzelner Patienten absieht. Viel stärker als das bei anderen Erkrankungen mit schmerzhaften Sensationen der Fall ist, erzeugen diese Mißempfindungen eine Krankheitsfurcht, die oft in eine unbestimmte, manchmal sehr schwerwiegende, Angst übergeht. Typisch sind die Äußerungen des später verstorbenen Kranken mit dem Dermatozoenwahn: er habe Ungeziefer am ganzen Körper, es wimmele von Läusen, die in Massen aus seinen Achsel- und Schamhaaren herunterfielen. Und 2 Tage später: „Rettet euch, ihr seid alle verloren. Ich habe die Pest und wenn ich Stuhlgang haben werde in den nächsten Tagen, dann ist die ganze Klinik verloren, dann geht die Klinik unter, nicht nur die Klinik, sondern die ganze Stadt, ja die ganze Welt.“ Hier, wie bei verschiedenen anderen Kranken, kommt eine ängstlich depressive Grundstimmung zum Ausdruck, die stets in Zusammenhang mit den eigenen Körperempfindungen steht.

Die psychiatrische Klassifizierung unserer Patienten stößt bei einigen Fällen auf Schwierigkeiten. Bei 11 Kranken, deren Lebensalter über 50 Jahre liegt, könnten wir von einer involutiven hypochondrischen Depression sprechen, die in den meisten Fällen durch Arteriosklerose beeinflußt ist. Bei einem kleinen, nicht ganz sicher festzulegenden Teil wird wahrscheinlich eine hypochondrisch gefärbte Schizophrenie vorliegen. Der Rest, der sich aus Personen mittleren Lebensalters rekrutiert, zeigt neben den hypochondrischen depressiven, psychopathischen oder hysterischen Symptome. Es wurde aber kein Fall einer phasischen oder cyclischen Depression beobachtet, der zur echten Cyclothymie gehören könnte. Die nicht ausgesprochen Depressiven können zum Teil sicherlich als Psychopathen — nämlich im Sinne von LEMKE als Leibgefühl-Psychopathen — bezeichnet werden, ihr hypochondrischer Zustand, und besonders der krankhafte Hirnbefund, geht aber in der Mehrzahl der Fälle über den Rahmen der psychopathischen Konstitution weit hinaus. Die Einteilung von WEITBRECHT in geborene Hypochonder und hypochondrische Symptome auf dem Boden von Psychosen und Neurosen führt

uns nicht weiter, da die stets erst seit kürzerer Zeit vorhandenen Mißempfindungen der Ausdruck einer ernstzunehmenden organischen Störung zu sein scheinen, also nicht allein durch eine angeborene hypochondrische Einstellung erklärt werden können, andererseits die Psychosen oder Neurosen, wenn wir sie nicht als selbständige Hypochondrie gelten lassen, nicht zu bestimmen sind.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt scheint bei der Betrachtung des Hypochondrie-Problems bisher zu sehr außer acht gelassen worden zu sein: Die Bösartigkeit der meisten hypochondrischen Zustände. Fast alle Patienten, die solche Symptome äußern, sind schwer und meist unheilbar krank, wenn man von Gelegenheitshypochondriern von Medizinstudenten und Pflegelehrlingen oder von medizinisch halbgebildeten Laien, die im Lexikon lesen, absieht. Hypochondrische Klagen leiten häufig schwere Psychosen ein, die sich hinterher als unheilbar oder leicht rezidivierend erweisen. Auch WEITBRECHT weist auf die langwierigen Hypochondrien Jugendlicher hin, die später in eine Schizophrenie ausgehen. Wenn wir das Vorhandensein von hirnatrophischen Prozessen bei fast allen unseren Patienten bedenken, ist es durchaus erklärlich, daß bei einem solchen bleibenden Hirnschaden eine völlige Genesung nicht in Betracht kommt. Es scheint also die hypochondrische Einstellung, wenn sie auf den typischen Mißempfindungen beruht, stets ein Zeichen einer organischen Hirnstörung zu sein, die meistens eine schlechte Prognose hat.

Es wäre nun noch zu fragen, wie die Hirnatrophie mit den Mißempfindungen, vielleicht auch mit dem Krankheitswahn in Beziehung steht. Bei fast allen unseren Patienten liegt eine sensible oder sensorische Irritation vor, die in ihrer Qualität, wie oben beschrieben, ziemlich einheitlich ist, in ihrer Lokalisation jedoch ganz unterschiedlich angegeben wird. Die kribbelnden oder pulsierenden Gefühle werden ebenso in der Leibeshöhle wie auf der Haut, sowohl am Kopf als auch in den Extremitäten, ja sogar in den Genitalen verspürt. Da sie meistens nicht schmerhaft sind, und damit also nicht der übliche Hinweis auf krankhaftes Körpergeschehen, wären sie wohl am besten zu den sogenannten Leibesgefühlen zu rechnen, die in irgendeiner Weise von der Norm abgewandelt oder verstärkt sind. Sie sind — und das ist wohl für ihre hypochondrische Verarbeitung wichtig — meist an ein Körperorgan gebunden, dessen scheinbar abnorme Funktion sie bewußt machen. Das Pulsieren z. B. ist eine Empfindung, die der Normale schon bei leichter Überanstrengung in der Herzgegend verspürt; der Hypochondre bemerkt das gleiche Pulsieren an einer anderen Körperstelle in einem ihm unheimlichen Maße. Jeder kennt die kribbelnde Empfindung, wenn ein durch ungünstige Lage vorübergehend gedrückter Ulnarisnerv wieder entlastet wird und kann sich dabei die (sensible) Funktion dieses Nerven vor Augen führen, wenn dieser „eingeschlafene Arm“ wieder „aufwacht“.

Die gleiche Empfindung ohne vorhergehenden Nervendruck an anderen Körperteilen und über längere Zeit erschreckt den hypochondrisch Eingestellten. Ähnliches ließe sich auch über die anderen von unseren Patienten geklagten Mißempfindungen sagen.

Die Anatomie und Physiologie der Leibgefühle ist zwar nicht so klar definiert wie die der übrigen „einfacheren“ Empfindungen, es ergeben sich jedoch Hinweise, daß sie nach Umschaltung ihrer Leitungsbahnen im Thalamus mit der Parietalrinde in Kontakt kommen. Hier befindet sich die zentrale Vertretung des Körperschemas (SCHILDÉR), dessen krankhafte Störungen als Anosognosie, Depersonalisation u. a. Ähnlichkeit mit den Klagen unserer Patienten aufweisen. Zu einem Teil scheint die Hypochondrie eine primäre Störung der Leibgefühle zu sein, d. h. diese treten ohne den gewöhnlich damit verbundenen krankhaften Organbefund auf. Den Zusammenhang hypochondrischer und depressiver, wie auch schizophren wahnhafter Zustände mit lokalisierten und diffusen Leibgefühlen abnormen Charakters hat LEMKE in einer ausführlichen Arbeit auseinandergesetzt. Er weist auch auf die Beziehungen der Leibgefühle zum Thalamus und besonders zum Parietalhirn hin. Zu einem Teil scheint doch die Hypochondrie eine primäre Störung der Körpergefühle zu sein, die vielleicht durch Ausfälle bestimmter nervöser Bahnen und Zentren erklärt werden könnte. Es finden sich nun in der modernen Hirn-Lokalisationslehre mancherlei Hinweise darauf, daß eine Läsion der Parietalrinde zu ähnlichen Störungen, z. B. zu fehlender Orientierung am eigenen Körper oder zur Anosognosie führt.

Wenn wir uns auf Tab. 2 die Lokalisation der Oberflächenatrophie ansehen, so finden wir, daß von den 34 Fällen, die eine Veränderung aufwiesen, 25 eine Atrophie des Parietallappens zeigten, nämlich 11 mal allein in dieser Gegend, 13 mal in Kombination mit allen übrigen Großhirnlappen und 2 mal parietal und frontal (Abb. 3). Das sind rund 76% der Befunde, bei denen eine krankhafte Veränderung der Subarachnoidalräume festgestellt wurde. Wir können natürlich auf Grund unserer Untersuchungen nicht ohne weiteres behaupten, die Hypochondrie sei eine umschriebene Erkrankung des Parietalhirns, es ergeben sich aus unseren Fällen aber doch gewisse Anzeichen, daß die Scheitellappen zumindest beteiligt sind.

Wir sprachen davon, daß die Hypochondrie nur zum Teil eine krankhafte Störung der Körpergefühle sei; wir wollen nun versuchen, einen anderen wichtigen Bestandteil dieses Krankheitsbildes, den psychischen Komplex der Krankheitseinbildung, des Krankheitswahns oder überhaupt der „hypochondrischen Einstellung“ auf seine eventuellen Beziehungen zu den von uns röntgenologisch festgestellten Hirnveränderungen zu untersuchen. Nicht jede Mißempfindung, auch nicht, wenn sie über längere Zeiträume erlebt wird, ruft einen hypochondrischen

Zustand hervor. Dieser ergibt sich erst, wenn die sensible Irritation mit einer ganz bestimmten Störung der Krankheits- und Gesundheitseinsicht

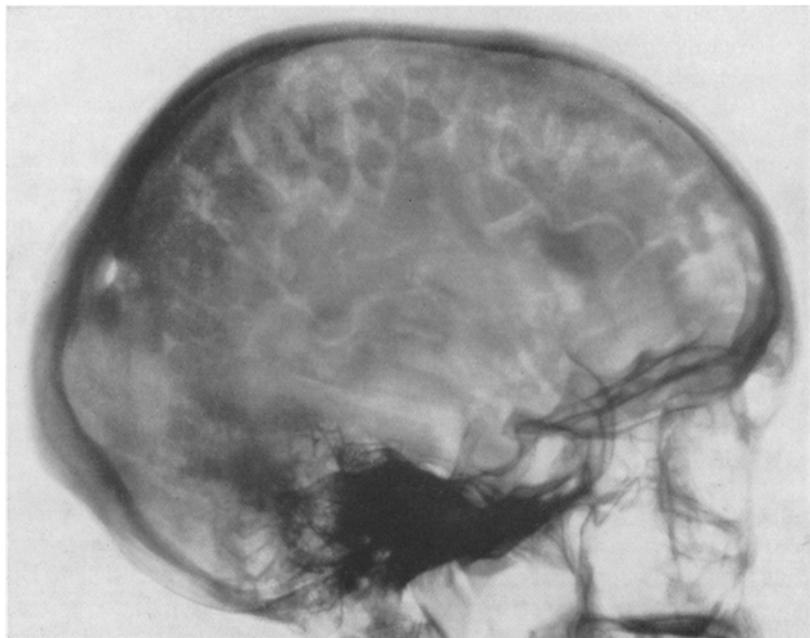
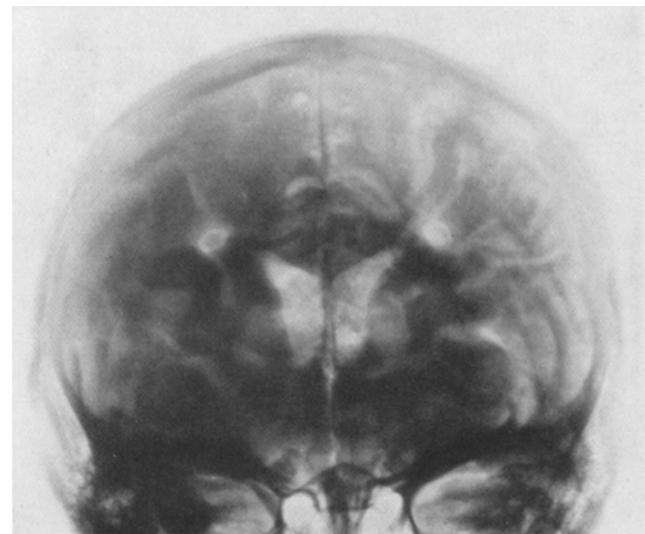


Abb. 3. Starke Vermehrung der Subarachnoidalfüllung im Frontal- und Parietalbereich. *a* sagittal,
b seitlich. (Bohrlöcher von früherer Ventriculographic.)

zusammenfällt, die sich durch eine starke Hinwendung zum eigenen Ich und oft durch eine völlige Abwendung von der Umwelt auszeichnet. Obwohl manche geistige Fähigkeiten durchaus erhalten sein können, kommt es schließlich zu einer starken Einengung der intellektuellen Fähigkeiten, die man doch als Demenz bezeichnen muß. Da fast alle Formen der Demenz ihr anatomisches Substrat in atrophischen Veränderungen der Hirnrinde finden, liegt die Verbindung dieses psychiatrischen Symptoms mit den Hirnatriophien unserer Patienten auf der Hand. Ob dabei den Frontallappen eine besondere Bedeutung zukommt, oder ob der allgemeine Untergang von Rindenganglienzellen die Denkabläufe hemmt, wissen wir nicht. LEMKE ist der Ansicht, daß das fehlende Krankheitsgefühl ein Charakteristikum der Stirnhirnerkrankungen sei. In unseren Fällen könnte man die Stirnhirnatriophie vielleicht für ein unrichtiges Krankheitsgefühl verantwortlich machen.

Wir kommen also zu dem Ergebnis, daß das hypochondrische Syndrom oder der hypochondrische Zustand, zu welcher Psychose, Neurose oder körperlicher Krankheit er sich auch gesellen möge, meistens der Ausdruck eines atrophischen Hirnprozesses ist, der bevorzugt die Parietallappen befällt. Die Ursache ist meistens eine Arteriosklerose oder eine andere Durchblutungsstörung des Gehirns, eventuell eine toxische Schädigung von einem Fokalinfekt aus. Wir halten es für möglich, daß viele ähnliche Syndrome bei traumatischen Hirnatriophien, die dann häufig als Renten-neurosen angesprochen werden, in der gleichen Weise erklärt werden können. Aus dem Substrat der Hirnatriophie erklärt sich auch die häufige Unheilbarkeit und Bösartigkeit des hypochondrischen Zustandes. Es scheint bei diesen Menschen in einer nicht ganz klar bewußten Schicht der Persönlichkeit die Einsicht in diese Bösartigkeit zu bestehen, nur wird sie durch unsinnige Klagen und unsinniges Verhalten der Umwelt und auch dem eigenen klaren Bewußtsein nicht verständlich.

Aus unseren Feststellungen ergeben sich für die Behandlung hypochondrischer Syndrome sehr wesentliche Konsequenzen. In jedem Falle wird es falsch sein, hypochondrische Patienten als eingebildete Kranke anzusehen und sich über ihre Symptome und über ihre Klagsamkeit lustig zu machen, bevor man hirnatriphische Veränderungen mit Sicherheit ausgeschlossen hat. 2 unserer Patienten sind innerhalb eines Jahres nach der klinischen Beobachtung, ein weiterer nach 2 Jahren verstorben. Geheilt oder wesentlich gebessert wurde sowohl durch somatische als auch durch Psychotherapie niemand. Man wird zunächst versuchen, das Grundleiden, wenn es sich diagnostizieren läßt, also z. B. die Arteriosklerose, zu behandeln. Weiter wird es angezeigt sein, durch symptomatische Therapie, also etwa durch Sedativa oder örtlich wirkende Mittel und physikalische Maßnahmen die Beschwerden zu beeinflussen, und letztlich muß der Versuch gemacht werden, durch liebevolle Psycho-

therapie die hypochondrische Einstellung zu beheben. Dabei wird es schwer sein, den Mittelweg zwischen einem zu starken Eingehen auf die Beschwerden, was die hypochondrischen Ideen verstärken würde, und einem Ignorieren und Bagatellisieren derselben einzuhalten. Ebenso undankbar wie die somatische Behandlung der Hirnatrophie ist die psychische Beeinflussung hypochondrischer Ideen, was wie schon angedeutet, vielleicht psychologisch durch das unterbewußte Wissen um die Hoffnungslosigkeit der somatischen Erkrankung erklärt werden kann.

In jedem Falle sind wir gezwungen unsere ärztliche Einstellung zu den unbestimmten Beschwerden Hypochondrischer im Bereiche der Körperfühlspäre, die am Ort ihres Auftretens keine krankhaften Veränderungen erkennen lassen, zu revidieren.

Zusammenfassung.

Bei 40 Patienten mit typisch hypochondrischen Symptomen fanden sich mit Ausnahme eines Falles encephalographische Hinweise auf das Vorliegen hirnatrophischer Veränderungen, insbesondere an den Parietalappaten. Aus dieser Feststellung wird die Unheilbarkeit und die schlechte Vorbedeutung derartiger Symptome im Beginn von Psychosen erklärt. Die Ursache der Hirnatrophie liegt meistens in cerebralen Gefäßstörungen, in einer Reihe von Fällen auf dem Boden einer Arteriosklerose. Ein möglicher Zusammenhang mit Fokaltoxikosen wird erwogen. Die bevorzugte Lokalisation der Atrophie am Parietalhirn könnte darauf hinweisen, daß eine Störung in der zentralen Vertretung der „Körperfühlspäre“ vorliegt.

Literatur.

- BINGEL, A.: Z. Neur. **114**, 323 (1928). — ECKBOM, K. A.: Acta Psychiatr. (Københ.) **18**, 227 (1938). — HARBAUER, H.: Nervenarzt **20**, 254 (1949). — KEHRER, H. E.: Kongr. f. Neurochirurg., Göttingen Sept. 1949. — Congr. Mondial de Psychiatrie, Paris 1950. — Comp. rend. Nr. 1169. — LEMKE, R.: Psychiatrie (Leipzig) **3**, 325 (1951). — RÜSKEN, W.: Z. Neur. **169**, 637 (1940). — SCHILDER, P.: Medizinische Psychologie. Berlin: Springer 1924. — SCHIPKOWENSKY, N.: Z. Neur. **174**, 1 (1942). — SCHWABE, H.: Mschr. Psychiatr. **72**, 150 (1929). — WEITBRECHT, H. J.: Dtsch. med. Wschr. **1951**, 312. — WICHMANN, B.: Inaug. Diss. Münster/Westf. 1931. — WIGERT, V.: Acta Psychiatr. et neur. (Stockh.) **18**, 401 (1938).

Priv.-Dozent Dr. H. E. KEHRER, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Münster/Westf., Roxeler Str. 131.