

(Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt und der Universitäts-Nervenklinik Bonn  
[Direktor: Prof. Dr. *Hübner*].)

## Die Depersonalisation.

### Eine psychopathologische Untersuchung.

Von

Dr. med. et phil. Ernst Störring.

(Eingegangen am 10. September 1932.)

<i>Inhaltsverzeichnis.</i>		Seite
Einleitung: Kennzeichnung des Depersonalisationserlebnisses . . . . .		463
I. Darstellung und Kritik der Depersonalisationstheorien . . . . .		467
1. Die <i>Schildersche</i> Theorie . . . . .		467
2. Die Theorie von <i>Janet</i> und weitere Kritik der verwandten Theorie von <i>Schilder</i> . . . . .		475
3. Die emotionalen Theorien der Depersonalisation . . . . .		488
4. Die sensualistischen Theorien . . . . .		504
5. Die Theorie von <i>Heymans</i> . . . . .		510
II. Systematischer Teil . . . . .		511
Erster Abschnitt: Systematische Resultate unserer Kritik der Depersonalisationstheorien . . . . .		511
Zweiter Abschnitt: Die verschiedenen Arten der Depersonalisation und ihre Abhängigkeitsbeziehungen . . . . .		515
1. Das Depersonalisationserlebnis in Abhängigkeit von den Selbstbeobachtungstendenzen . . . . .		516
2. Die Wirkung veränderter Körpergefühlzustände . . . . .		516
3. Aktivitätsgefühle und „traumhafte Benommenheit“ in ihrer Beziehung zum Depersonalisationserlebnis . . . . .		522
a) Die Wirkung der Aufhebung der Aktivitätsgefühle . . . . .		522
b) Die Bedeutung der „traumhaften Benommenheit“ . . . . .		523
c) Traumhafte Benommenheit in ihrem Zusammenwirken mit anderen psychischen Funktionen . . . . .		524
4. Störung der Bekanntheitsqualität . . . . .		526
5. Der Fremdheitseindruck . . . . .		536
a) Die verschiedenen Arten des Fremdheitseindrucks . . . . .		538
b) Die Beziehung des Fremdheitseindrucks äußerer Objekte zur Entfremdung des Ich . . . . .		539
6. Die verschiedenen Arten der Depersonalisation . . . . .		541
Zusammenfassung . . . . .		542

### Kennzeichnung des Depersonalisationserlebnisses.

*Krishaber*<sup>1</sup> beschrieb 1872 eine eigenartige Störung des Persönlichkeitsbewußtseins, die er als *Névropathie cérébrocardiaque* bezeichnete und gegenüber den bisher bekannten Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins abgrenzte.

Die Bedeutung dieser Persönlichkeitsveränderung für die Psychologie des Ich-Bewußtseins erkannte als erster *Taine*<sup>2</sup>, der Gelegenheit hatte, Einblick in die Journale *Krishabers* zu nehmen und der diese Berichte als lehrreicher bezeichnete, „als ein umfangreiches metaphysisches Opus über die Substanz des Ich“.

Der von *Krishaber* beschriebene Symptomenkomplex, für den *Dugas* später den Namen der „Depersonalisation“ vorschlug, regte in der Folgezeit zu zahlreichen fruchtbaren Untersuchungen an, und zwar waren es zunächst hauptsächlich französische Autoren, die sich diesem Problem zuwandten.

Wir wollen hier darauf verzichten, eine Aufzählung dieser Arbeiten vorzunehmen und werden später auf die wichtigeren noch zurückkommen.

Wie kennzeichnet sich nun dieser als „Depersonalisation“ bezeichnete Zustand?

*Schilder*<sup>3</sup> definiert die Depersonalisation als „einen Zustand, in dem das Individuum sich gegenüber dem früheren Sein durchgreifend verändert fühlt. Diese Veränderung erstreckt sich sowohl auf das Ich, als auch auf die Außenwelt und führt dazu, daß das Individuum sich als Persönlichkeit nicht anerkennt. Seine Handlungen erscheinen ihm automatisch. Er beobachtet als Zuschauer sein Handeln und Tun. Die Außenwelt erscheint ihm fremd und hat ihren Realitätscharakter verloren“.

Bildhaft vergleicht *Taine*<sup>4</sup> sehr hübsch diesen Zustand der Patienten „mit dem einer Raupe, die, unter Beibehaltung ihrer sämtlichen Raupenbegriffe und Erinnerungen auf einmal Schmetterling wurde, mit den Sinnen und Gefühlen eines Schmetterlings. Zwischen dem alten Zustand und dem neuen, zwischen dem Raupen-Ich und dem zweiten, dem Schmetterlings-Ich, gähnt eine tiefe Kluft, findet eine völlige Trennung statt“.

Zur weiteren Verdeutlichung des Gesagten und im Hinblick auf die späteren Entwicklungen sei hier einer der klassischen Fälle *Krishabers*<sup>5</sup> ausführlicher wiedergegeben:

„Ein 43jähriger Oberst, dessen Vater an Hirnerweichung gestorben war. Im übrigen keine neuropathische Belastung. Schon in seiner Jugend hatte er peinliche

<sup>1</sup> *Krishaber*: De la névropathie cérébrocardiaque. Gaz. Sci. méd. Bordeaux 1872.

<sup>2</sup> *Taine*: Der Verstand 1876 (Deutsche Übersetz.).

<sup>3</sup> *Schilder*: Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein. Berlin: Julius Springer 1914.

<sup>4</sup> *Taine*: Der Verstand, Bd. 2, S. 364.

<sup>5</sup> Fall 2 von *Krishaber* (zit. nach *Schilder*).

Angstträume, die mit kurzdauernden Attacken von „Katalepsie“ schlossen. Zu gleicher Zeit glaubte er sich verdoppelt. 12 Jahre vor Beginn der Erkrankung hatte er das Gefühl des Traumhaften und des Unbestimmten im Denken. Er bezog das auf Pollutionen. Er war stets mäßig, arbeitete jedoch viel und vertrieb den Schlaf durch Tee und Kaffee. Infolge seines Dienstes war er außerdem körperlichen Ermüdungen ausgesetzt. Hierzu kam, daß er heftigen Kummer erlitt. Eines Tages empfand er plötzlich einen ziehenden Schmerz in der Herzgegend und hatte das Gefühl, gewürgt zu werden. Er konnte kaum seine Tränen zurückhalten. Von Stunde zu Stunde wurde ihm schlechter, es war ihm, als wollte ihn etwas einhüllen und sich zwischen ihn und die Außenwelt einschieben. „Es war wie eine Barriere zwischen mir und der Welt“. Wenn er sprach, erschien ihm die Stimme seltsam, er erkannte sie nicht und hielt sie nicht für die seine. Er konnte seine Aufmerksamkeit nicht auf das richten, was man ihm sagte. Es stiegen ihm Zweifel an seiner Existenz auf, er glaubte nicht mehr er selbst zu sein. Zeitweise war er sogar sicher, nicht zu existieren. Gleichzeitig hatte er das Bewußtsein der Realität der Außenwelt verloren und fühlte sich, wie in einen tiefen Traum versunken. Nachts traten Alpträume und Herzklopfen auf. Der Schlaf wurde ständig unterbrochen. 3 Tage nach der ersten Attacke eine neue heftigere. Am 4. Tag die dritte. Als er trotzdem ausreiten wollte, war es ihm, als wenn er vor Müdigkeit in Stücke fiel. Seit diesem Tag wurde der Zustand dauernd. Durch 2 Jahre hindurch wich er nicht, er verschwand erst allmählich im Verlauf des 3. Jahres. Er fühlte den Boden nicht, wenn er ging und hatte Furcht, zu fallen. Seine Beine schienen ihm nicht zu ihm zu gehören. Zeitweise trat Vernichtungsgefühl auf, außerdem Schwindel und Betäubungsgefühle. Er konnte nicht erkennen, was vor ihm war. Das Vermögen, sich zu orientieren, war ihm verloren gegangen. Auch wenn er nur eine kurze Strecke von seinem Hause entfernt war, gelang es ihm nicht, seinen Weg wiederzufinden. Er konnte den Blick nicht fixieren. Auch trat Doppelsehen auf. Das Doppelsehen war geringer, wenn er nur vor sich hin sah. Es war stärker beim Fixieren. Die Objekte hatten ihren natürlichen Charakter verloren. „Die Fremdartigkeit alles dessen, was ich sah, war derartig, daß ich mich auf einen anderen Planeten versetzt glaubte“. Er war ständig erstaunt und es schien ihm, als sei er zum erstenmal auf der Welt. Er war nicht mehr der gleiche wie früher, er hatte sein Selbstbewußtsein verloren, manchmal war es ihm, als existierte er nicht. Zwischen seinen Sehstörungen und dem Zweifel an seiner Existenz bestand ein inniger Zusammenhang. Zeitweise fürchtete er, man könne ihn für verrückt halten oder er könne es werden. Daneben noch das Gefühl der Trunkenheit, der Angst und des Würgens. Dieses verfolgt ihn sogar im Traum. Die Träume sind überhaupt ängstlich und schreckhaft. Auch unter Tags überkam es ihn wie Alpdrücken. Ohrensausen bestand seit dem Beginn der Erkrankung. Manchmal hörte er eigenartige Geräusche im Kopf. Den Geschmack und den Geruch der Speisen erkannte er nicht. Er unterschied beim Berühren die Objekte nicht, wenn er die Augen geschlossen hielt. Er konnte in den ersten Monaten seinen Geist nicht auf bestimmte Gegenstände richten, konnte weder lesen noch schreiben. Später trat eine intellektuelle Übererregung auf. „In diesem Zustand schrieb ich Journalartikel, welche für besser gehalten wurden als diejenigen, die ich vor meiner Erkrankung geschrieben hatte und trotzdem war ich schrecklich benommen und fühlte mich schwer gestört, als ich sie niederschrieb. Ich mißtraute mir völlig, ich glaubte nichts zu wissen, und als ich erfuhr, daß meine Artikel geschätzt wurden, war ich darüber sehr erstaunt.“ Seine Niedergeschlagenheit war so, daß er sich von der ganzen Welt isolieren wollte. Er glaubte sich verachtet von allen. Er verwechselte Tatsachen häufig mit den Erinnerungen seiner Träume bei Dingen, die ihn sehr innig betrafen. Aber er bewahrte das exakteste und treueste Gedächtnis für alles das, was seine Krankheit anbetraf. Wollte er sich abends an die Ereignisse des Tages erinnern, so schien es ihm, als ob sich nichts ereignet hätte. Häufig traten unfreiwillige Ideenverbindungen und Erinnerungen auf. Wenn er diese sah

oder jemanden sprechen hörte, fühlte er sich unwillkürlich in die Vergangenheit versetzt. Es waren dann seine Erinnerungen sehr lebhaft. Er hielt sein Gedächtnis wie seine übrigen Fähigkeiten bald für gehemmt und vernichtet, bald für übererregt, ja sogar für gesteigert. Das Orientierungsvermögen war fast vollständig verloren. „Ich betrachtete ohne zu sehen, alles rollte sich vor mir ab, ohne meine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.“ Seine Freunde, seine Familie wurden ihm gleichgültig, nur mit Anstrengung konnte er sich mit seinen kranken Kindern beschäftigen. Er war außerordentlich reizbar. Er hatte heftige unmotivierte Abneigungen gegen bestimmte Personen. Er konnte nichts mit Ruhe beurteilen. Er verspürte Antriebe, unpassende Worte auszusprechen. Wenn er nicht erregt war, war er vollkommen indifferent. Abends war er meist erregt. Und dann fühle er seine Fähigkeiten wirklich verdoppelt. Vorübergehend traten Störungen der Aussprache auf. „Ich dachte ständig an meine Krankheit und ich glaube, daß während der ganzen Dauer meiner Krankheit keine Minute verstrichen ist, in der mein Geist sich nicht mit ihr beschäftigte.“ Außerhalb der Exaltation war er willenlos, energielos und ohne Initiative. „Aber wenn es sich um meine Gesundheit handelte, fand ich meine Energie wieder.“ Die Empfindung, nicht zu sein, war so ausgesprochen, daß er sich scheute, irgendwo sein Bildnis zu sehen. Er war verzweifelt. Er konnte sich nicht geregelt betätigen. Er begann, ließ aber das Begonnene bald wieder im Stiche. Außerdem bestanden eine Reihe von körperlichen Beschwerden. Er hatte Benommenheitsgefühle, war empfindlich gegen die Witterung, hatte Verdauungsstörungen. Der Schlaf blieb schlecht. Unter dem Einfluß der Behandlung wurde er gebessert und 2 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung gab er an, allmählich wieder eine genaue Kenntnis von der Außenwelt zu haben.“

Wir finden bei diesem Kranken schon 12 Jahre vor dem Manifestwerden der Erkrankung ein Gefühl des Traumhaften, und auch während der Erkrankung wird immer wieder von traumhaftem Erleben gesprochen.

Die Wahrnehmungswelt erschien dem Kranken fremd. „Die Fremdartigkeit alles dessen was ich sah, war derartig, daß ich mich auf einen anderen Planeten versetzt glaubte“. Aber nicht nur die äußeren Objekte, auch er selbst kam sich fremd vor. Seine Stimme erschien ihm seltsam, die Beine schienen ihm nicht zu gehören, Geruch und Geschmack der Speisen erkannte er nicht, und er konnte mit geschlossenen Augen die Gegenstände nicht durch Berühren erkennen. Er fühlte sich verändert, manchmal war es ihm, als existierte er nicht, er hatte sein Selbstbewußtsein verloren.

Die in solchen Fällen vorliegende Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die auftretende Störung des Ichbewußtseins führten die älteren Autoren (*Krishaber, Taine, Ribot* u. a.) auf eine primäre Störung der Sinnesempfindungen zurück.

Diesen rein sensualistischen Theorien der Depersonalisation hat *Oesterreich*<sup>1</sup> eine emotionelle Theorie gegenübergestellt. *Oesterreich* sieht den Kern der Depersonalisation in einer Hemmung des gesamten Gefühlslebens.

<sup>1</sup> *Oesterreich*: Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie. J. Psychol. u. Neur. 7, 8, 9. — Phänomenologie des Ich.

Eine interessante Theorie hat Löwy<sup>1</sup> entwickelt, der annimmt, daß den Depersonalisierten das Gefühl, psychisch tätig zu sein, fehlt. Er schlägt für dieses Gefühl den Namen „Aktionsgefühl“ vor und die Aktionsgefühle sind nach ihm „eine besondere Form des Gefühlsmäßig-psychisch-tätig-seins, nämlich das Interesse am psychischen Agieren als solchem, am psychischen Geschehen schlechtweg“.

Unter den neueren Arbeiten über die Psychopathologie der Depersonalisation ist vor allem die Monographie *Schilders*<sup>2</sup> zu nennen, die auch eine Zusammenstellung der gesamten Literatur bringt. Davon ausgehend, daß weder die sensualistische, noch die emotionelle Theorie die Depersonalisation in genügender Weise verständlich machen kann, macht *Schilder*, ausgehend von den Anschauungen *Janets* folgende psychopathologische Bestimmung über die Depersonalisation: „Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. Es setzt somit die Depersonalisation eine bestimmte Summe erhaltener Fähigkeiten voraus. Die Veränderung des Selbst ist nicht die Folge der Veränderung irgend einer Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Gefühle, der Erinnerungen und Denkvorgänge (wenn es überhaupt erlaubt ist, derartig zu sondern), sondern rührt daher, daß das zentrale Ich in seine Erlebnisse nicht mehr in der früheren Weise eingeht. Das Selbst erscheint entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entspringt. Es genügt nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken dem Bewußtseinsstrom immanent sind, ja es genügt auch nicht, daß sie vom zentralen Ich erfaßt werden; es müssen vielmehr in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuelle Tendenzen des Ich vereinheitlicht unwidersprochen enthalten sein.“

Von anderen Autoren, die sich in neuerer Zeit mit diesem Problem befaßt haben, nennen wir weiter *Reichardt*<sup>3</sup>, der annimmt, daß der Zustand der Depersonalisation auf einem Verlust des Aktivitätsgefühls beruht. Nach *Lange*<sup>4</sup> handelt es sich „anscheinend um eine allgemeine Veränderung der aus dem Körper und dem Ablauf der Seelenvorgänge entspringenden Empfindungen. ... Am stärksten aber macht sich der Verlust des inneren Tätigkeitsgefühls geltend“. *Bleuler*<sup>5</sup> sagt darüber: „Nicht genügend klar ist mir die Depersonalisation, da Fälle, die gute Auskunft geben, nicht häufig sind. Zum Teil handelt es sich wohl um den nämlichen Vorgang, den wir bei Melancholischen sehen, denen die

<sup>1</sup> Löwy, H.: Die Aktionsgefühle: Ein Depersonalisationsfall als Beitrag zur Psychologie des Aktivitätsgefühls und des Persönlichkeitsbewußtseins. Prag. med. Wschr. 1908.

<sup>2</sup> *Schilder*: Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein. 1914.

<sup>3</sup> *Reichardt*: Allgemeine und spezielle Psychiatrie, 1923, S. 83.

<sup>4</sup> *Lange*: Allgemeine Psychiatrie, 1927, 461.

<sup>5</sup> *Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie, 1916, S. 100.

äußeren Dinge fremd vorkommen, vielleicht, weil die Gefühlskomponente so stark gefälscht ist. Aber wenn die Kranken ihren eigenen Willensantrieb nicht spüren, so muß das auf dem Absperren einer inneren Empfindung beruhen, dessen Mechanismus und Ursache noch nicht klar ist.“

Gegenüber der großen Zahl von Bearbeitungen, die die psychopathologische Seite des Problems erfahren hat, ist die Zahl der rein klinischen Arbeiten relativ gering. Aus neuerer Zeit verweisen wir auf die Arbeit von *Giese*<sup>1</sup>.

Auch von psychoanalytischen Anschauungen ausgehend sind zahlreiche Versuche gemacht worden, das Problem der Depersonalisation zu klären (*Nunberg, Gutheil, Sadger, Hartmann* u. a.). Ansätze zu einer solchen Betrachtung finden sich auch schon bei *Schilder*.

So sind, trotz der mannigfachen Bearbeitung, die Ansichten über die psychopathologischen Mechanismen der Depersonalisation noch recht divergierend und ungeklärt.

## I. Darstellung und Kritik der Depersonalisationstheorien.

### 1. Die Schildersche Theorie.

Wir haben bisher versucht, die wesentlichsten Anschauungen in skizzenhaften Umrissen darzustellen und wollen, bevor wir die Theorien der verschiedenen Autoren kritisch betrachten, die wesentlichen Grundgedanken der *Schilderschen* Anschauungen aufzeigen. Es erscheint uns dies vor allem deshalb zweckmäßig, weil die meisten Autoren, die sich nach *Schilder* mit dem Problem der Depersonalisation befaßt haben, die Entwicklungen *Schilders* sich zu eigen gemacht haben.

Die *Schildersche* Theorie der Depersonalisation, die im Gegensatz zu den sensualistischen und emotionellen Theorien steht, stellt eine Weiterentwicklung der Anschauungen *Janets* dar. Nach *Janet*<sup>2</sup> handelt es sich bei der Depersonalisation um eine Abnahme der geistigen Synthese. Die Kranken haben die Fähigkeit verloren, ihre Handlungen mit der ganzen Person zu verknüpfen. Dadurch entstehe das Gefühl des Automatischen, über das viele Kranke klagen. An einem Beispiel sucht *Janet* klarzumachen, wie auch der Normale in einen der Depersonalisation ähnlichen Zustand gelangen kann. Wenn jemand z. B. an einer Tafel sitzt und sich dabei auf eine Rede vorbereitet, dann rückt die Umgebung gleichsam von ihm fort, die Stimmen der anderen erscheinen ihm fremd, unwirklich.

Ein ähnliches Erlebnis berichtet *Schilder*<sup>3</sup>: „Als ich vormittags eifrig mit Arbeit beschäftigt bin, kommt mein Patient zu mir, für den mein persönliches Interesse erschöpft ist, den ich aber aus bestimmten Gründen

<sup>1</sup> *Giese*: Über Depersonalisation. Z. Neur. 81.

<sup>2</sup> *Janet, P.*: Les Obsession et la psychasthénie. Paris 1903.

<sup>3</sup> *Schilder*: l. c. S. 94.

doch anhören muß. Er erzählt mir Dinge, die er mir schon oft in gleicher Weise erzählt hat. Ich antworte ihm, plötzlich höre ich meine Stimme wie die eines anderen und habe nicht den Eindruck, selbst zu sprechen, wiewohl ich ziemlich Kompliziertes leicht und sinngemäß beantworte. Es ist alles in eine etwas andere Sphäre gerückt. Seine Worte stören mich und klingen mir etwas laut im Ohr. Er selbst kommt mir etwas sonderbar und fremdartig vor, etwas stur und seltsam. Bald erscheint er mir etwas größer, bald etwas kleiner, meist auch innerlich etwas ferner gerückt. . . . . Während der ganzen Beobachtungszeit entschwindet mir durchaus nicht das Bewußtsein, daß ich es bin, der hört und spricht, wiewohl ein eigenartiges „als ob ich es nicht wäre“ vorhanden ist.“

In beiden Beispielen scheint das (hier schwache) Depersonalisationserlebnis durch eine Ablenkung bzw. nicht volle Zuwendung zu der Situation bedingt zu sein. Das Erleben ist, wie *Janet* sagen würde, nicht mit der ganzen Person verknüpft, oder nach *Schilder* ein „widersprochenes“.

In einem weiteren Beispiel *Schilders*<sup>1</sup> wird deutlich, worin diese „Widersprochenheit des Erlebens“ besteht.

„Mittags kleiner Ärger. Stimmung im allgemeinen gedrückt. Schwüler Tag. Müdigkeit. Nachmittags intensive Arbeit. Ich komme abgehetzt in das heiße Theater. Hatte schon vorher keine rechte Lust dazu. Ärgere mich ein wenig, daß ich meine Schlüssel vergessen habe. Es glückt mir nun nicht, die Musik zu erfassen. Ich sitze da und höre mit voller sinnlicher Deutlichkeit, was gespielt wird (es handelt sich um die mir sehr gut bekannten Meistersinger). Höre die Melodie und kann gar nichts Richtiges damit machen, trotzdem ich genau weiß, daß es sehr schön ist. Ich kann innerlich nicht mitgehen. Die „Aufmerksamkeit“ gleitet ab; ich denke wider Willen an das Abendessen, zwingt mich dann wieder zum Zuhören, das gleiche Spiel. Es setzt nun die Analyse des Zustandes ein, das Ganze ist unangenehm und peinlich. Die Ouvertüre scheint sehr lange zu dauern. Als sie fertig ist, frage ich mich, was ich gehört habe. Ich habe keine detaillierte Erinnerung an die jetzige Meistersingerouvertüre. Es ist wesentlich: Die Unfähigkeit, in der Sache zu leben und mitzugehen. Ich sehe und höre alles ganz deutlich, aber es ist nichts. Ich kann meine Aufmerksamkeit zuwenden, aber ich muß sie zuwenden, sie ist nicht dahin gerichtet.

Die elementaren Gefühle sind in diesem Zustande nicht verschwunden. Sogar die Musik selbst war mit Gefühlen verbunden, nur war ich auch in diesen nicht voll darin. Ich kenne übrigens diese zeitweise Unfähigkeit, Musik zu erleben, schon seit langem bei mir.

Vergegenwärtigen wir uns den Tatbestand, so liegt vor: Eine mangelhafte Verknüpfung des Individuums in den Gegenstand. Er entgleitet ständig dem geistigen Griff. Die Anstrengung, ihn immer wieder zu fassen, wirkt quälend und gerade diese Insuffizienz bewirkt, daß die Aufmerksamkeit vom Gegenstande weg auf das Erleben selbst hinwandert. Es ist nicht möglich, eine eindeutige Folge zu konstruieren. Man kann nicht ohne weiteres sagen, die Mangelhaftigkeit des Erfassens ist primär, die Selbstbeobachtung sekundär oder umgekehrt. Psychisch verständlich ist sowohl das eine als auch das andere. Jedenfalls sind derartige Erlebnisse lehrreich. Sie zeigen, daß das Individuum den wahrnehmenden Akt in voller Einheitlichkeit von innen heraus vollziehen muß. Sicher ist beim Erfassen eines komplizierten Musikstückes eine weit größere Fülle von Einzelmomenten im Erlebnis

<sup>1</sup> *Schilder*: I. c. S. 67.

vereinheitlicht als beim Hören eines einzelnen Tones oder beim Sehen eines Gegenstandes. Aber im Grunde ist meines Erachtens das Anhören der Meistersinger-ouvertüre ein Erlebnis, das gleichzusetzen ist der Wahrnehmung eines Baumes oder irgendeines Gegenstandes. In allen diesen Fällen kommt eine nicht evidente unechte Wahrnehmung zustande, wenn die Tendenz, sich dem Gegenstande zuzuwenden, einen Widerspruch erfährt durch irgendeine anders gerichtete Tendenz.“

Heben wir kurz das Wesentlichste heraus, ohne auf die Einzelheiten, auf die wir noch zurückkommen werden, näher einzugehen: Die Versenkung in das Musikstück gelingt nicht, es erfolgt eine Anstrengung, den Gegenstand zu erfassen und darauf das quälende Erlebnis der Erfolglosigkeit dieser Anstrengung. Dieses quälende Erlebnis bewirkt, „daß die Aufmerksamkeit vom Gegenstande weg auf das Erleben selbst hinwandert“.

In diesem Beispiel zeigt sich deutlich, was *Schilder* unter der „Widersprochenheit des Erlebens“ versteht, die er als charakteristisch für die Depersonalisation bezeichnet. Was *Schilder* „Widerspruch“ nennt, ist hier einmal gegeben in den primär ablenkenden Gedanken und weiter in der „Tendenz zur Beobachtung des Wahrnehmungsaktes“. Und gerade auf diesen letzteren Faktor legt *Schilder* besonderes Gewicht, auf die Beobachtung der psychischen Verläufe während ihres Vollzugs. „In den Fällen, die ich selbst beobachtet habe“, sagt *Schilder*<sup>1</sup>, „war der Widerspruch durch die Tendenz der Selbstbeobachtung repräsentiert“.

Erinnern wir uns der Definition, die *Schilder* für die Depersonalisation gab: „Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. ... Es müssen .. in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuellen Tendenzen des Ich vereinheitlicht unwidersprochen enthalten sein.“ Mit anderen Worten: Erfährt das Erleben einen „Widerspruch“, sei er repräsentiert durch Selbstbeobachtung der psychischen Verläufe während ihres Vollzugs (wodurch der Ablauf des psychischen Geschehens gestört wird), oder durch andere widersprechende Tendenzen, so wird das Erleben ein unechtes und diese Unechtheit führt zur Depersonalisation.

Da das Ich-Problem bis in die neueste Zeit ein zentrales Problem der Philosophie darstellt, ist es verständlich, daß die Versuchung nahe liegt, philosophische Anschauungen mit in die psychologischen Untersuchungen hineinzutragen. Schon bei *Janet* zeigt sich die Beeinflussung durch philosophische Theorien, sicher nicht zum Vorteil der psychologischen Analyse. Dasselbe finden wir bei *Schilder*. *Schilder* greift auf die Anschauungen *Husserls*<sup>2</sup> über „Noema“ und Noesis“ zurück und wie *Husserl* im Gebiet des Logischen zwischen Noema und Noesis unterscheidet, zwischen dem Wahrgenommenen als solchem und dem Wahrnehmen, unterscheidet

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 115.

<sup>2</sup> *Husserl*: Ideen zu einer reinen Phänomenologie.



*Schilder* auch zwischen Fühlen und Gefühl, indem er annimmt, daß diese Unterscheidung auch auf psychologischem Gebiete zu Recht besteht. Wir werden auf die Unhaltbarkeit dieser Unterscheidung noch zurückkommen.

Weiter anknüpfend an die *Husserlschen* Ausführungen über Evidenz glaubt *Schilder*, wie man beim Denken von Evidenz und Nichtevidenz sprechen kann, ebenso von einer Evidenz und Nichtevidenz der *Gefühle* sprechen zu können. Und durch die mangelnde Evidenz glaubt er die zahlreichen Klagen der Depersonalisierten über Störungen der Gefühle verständlich machen zu können.

„Es gibt“, sagt *Schilder*<sup>1</sup>, „meines Erachtens auch eine Evidenz der Gefühle, ein evidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines klar eingesehenen (gefühlten) Gefühlshintergrundes. Ein nichtevidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines verworrenen oder sich widersprechenden Gefühlssachverhaltes. Das echte Gefühl scheint mir nun nichts anderes zu sein als das evidente, im Einklang aller Tendenzen vollzogene Gefühl, das Gefühl, das der Grundrichtung des Ich entsprechend vollzogen wird. Die Gefühlsstörung der Depersonalisierten ist nun darin gegeben, daß das Individuum keine evidenten, im Einklang mit dem Gefühlshintergrunde stehenden Gefühle vollzieht. Es entsteht dann ausschließlich ein nicht aus der Tiefe des Ich kommendes Gefühl, ein unechtes Gefühl. Es gibt zweifellos Grade dieser Unechtheit, Grade der Nichtevidenz der Gefühle. Das Charakteristische der Depersonalisation scheint mir darin gegeben zu sein, daß diese Unechtheit der Gefühle zum Gegenstand eines neuerlichen Aktes gemacht wird.“

*Schilder* unterscheidet also zwischen Evidenz und Nichtevidenz eines Gefühls und das Gefühl in der Depersonalisation ist nach ihm ein nicht-evidentes.

Wenn *Schilder* als evidentes, echtes Gefühl das auf Grund eines klar eingesehenen Gefühlshintergrundes gegebene bezeichnet, so meint er damit offenbar, daß die intellektuelle Unterlage des Gefühls (d. h. der intellektuelle Tatbestand, auf den sich das Gefühl gründet) klar zur Gegebenheit gebracht, ein klar eingesehener Tatbestand ist. Nicht ganz übereinstimmend damit bezeichnet er auch solche Gefühle als evident, die aus der Tiefe des Ich kommen, der Grundrichtung des Ich entsprechend vollzogen werden.

Demgegenüber ist das nichtevidente, das unechte Gefühl, wie es bei der Depersonalisation vorliegt, ein Gefühl, wie es auf Grund eines verworrenen oder sich widersprechenden Gefühlssachverhaltes vorliegt. Hier würde also die intellektuelle Unterlage des Gefühls eine verworrene oder sich widersprechende sein. Weiter wird das nichtevidente Gefühl als nicht aus der Tiefe des Ich kommend bezeichnet, als ein Gefühl, bei dem sich widersprechende Tendenzen geltend machen.

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 60.

Das Erleben der Unechtheit wird nun selbst wieder „gefühlsmäßig beantwortet“, es wird als quälend empfunden und dadurch setzt eine Selbstbeobachtung ein, die sich auf die Art des Fühlens richtet. „Für die Depersonalisation ist charakteristisch, daß die Tendenz der Beobachtung mit der Gefühlstendenz ringt. Man könnte sagen, während des Fühlens will der Depersonalisierte beobachten und während des Beobachtens will er voll erleben.“

Auf zweierlei Weise wird also nach *Schilder*<sup>1</sup> die Entwicklung des Gefühls in der Depersonalisation gestört: Erstens durch die widersprechenden Tendenzen und zweitens — was ihm die Hauptsache ist — dadurch, daß während des Fühlens die Selbstbeobachtung sich auf die Art des Fühlens richtet.

Ebenso wie von unechten Gefühlen, so spricht *Schilder* auch von unechten Wahrnehmungen. Die Entstehung unechter Wahrnehmungen illustriert er an dem erwähnten Beispiel des Musikstückes. Eine Ablenkung erfolgte durch Ärger über gewisse banale Alltagserlebnisse, die zur ungenauen Erfassung des Musikstückes führte. Das Bewußtwerden dieser mangelnden Erfassung geschah mit quälenden Gefühlen, und dadurch wurde eine zwangsmäßige Selbstbeobachtung ausgelöst, die sich auf die Auffassungsvorgänge richtete, so daß die Auffassung des Gegenstandes noch weiter gestört wurde. *Schilder* unterstreicht dabei besonders die zu zweit genannte Art der Störung in der Erfassung des Gegenstandes, weil er glaubt, diese Art der Störung als charakteristisch in der Depersonalisation aufweisen zu können.

Durch die ungenaue Erfassung wird den Kranken der Gegenstand anders erscheinen als früher, sie werden sagen, es sei, als ob der Gegenstand fremd sei. Und dieser Fremdheitseindruck der wahrgenommenen Gegenstände, wie er sich in der Depersonalisation findet, beruht nach *Schilder*<sup>2</sup> darauf, daß „die Richtung auf das Erleben . . . sofort eine Einstellung vom Objekt weg auf die Tätigkeit“ erzeugt „und diese Einstellung stellt eine Tendenz dar, welche der Wahrnehmung widerspricht“.

Greifen wir auf das von *Schilder* angeführte Beispiel der Erfassung eines Musikstückes zurück, so wird es begreiflich erscheinen, daß die Auffassung und Auswertung durch den Gedanken an unangenehme Alltagserlebnisse gestört wird und ganz besonders dadurch, daß sich nach dem vergeblichen Versuch einer Konzentration auf das Musikstück eine krampfhaftige Selbstbeobachtung auf die Auffassungsprozesse selbst richtet. Aber gerade bei diesem von *Schilder* herangezogenen Beispiel muß man doch beachten, daß die Erfassung eines Musikstückes ein außerordentlich komplexes psychisches Geschehen darstellt. Die Wahrnehmung der Töne und Tonfolgen ergibt noch keine Erfassung des Musikstückes. *Schilder* sagt selbst: „Ich sehe und höre alles ganz deutlich, aber es ist nichts“. Zu einer vollen Erfassung gehören zweifellos

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 61. <sup>2</sup> *Schilder*: l. c. S. 69.

komplexe Gefühlsreaktionen, die eine ungestörte Entfaltung erfahren müssen. So scheint uns dies Beispiel nicht passend zur Illustrierung einer unechten Wahrnehmung.

Ganz anders verhält es sich doch bei der Wahrnehmung alltäglicher Objekte der Außenwelt. Wenn die Kranken sagen, die Häuser, Bäume usw., also die gewöhnlichen Gegenstände ihrer Umgebung, kommen ihnen verändert vor, so ist das Erfassen dieser Gegenstände ein bei weitem nicht so komplexes psychisches Geschehen wie das Erfassen eines Musikstückes.

So erscheinen uns diese alltäglichen, bekannten Objekte geeigneter zur Prüfung der Frage, ob, bzw. inwieweit, ihre Wahrnehmung durch eine Einstellung vom Objekt weg auf die Tätigkeit eine „unechte“ wird. Und hier glauben wir nun sagen zu können, daß durch die Beobachtung des psychischen Vollzugs während seines Ablaufs zum Höchsten bewirkt werden kann, daß die Wahrnehmungsobjekte (-inhalte) nicht so deutlich in ihren Einzelheiten wie gewöhnlich hervortreten, aber es scheint uns nicht wahrscheinlich, daß die Wahrnehmungsobjekte dadurch den Charakter der Fremdheit annehmen.

Die Wahrnehmung bekannter äußerer Objekte ist ein so einfacher psychischer Prozeß, daß er durch Richtung der Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung nicht soweit gestört werden kann, daß die Objekte fremd erscheinen.

Es sei in diesem Zusammenhang kurz erwähnt, daß *Schilder* gegen *Pick*, *Bernhard Leroy* annimmt, daß zur Erklärung des Fremdheitseindrucks von einem Fehlen des Bekanntheitsgefühls nicht gesprochen werden könne, weil die Patienten die Gegenstände ja wiedererkennen. Wir werden an anderer Stelle zeigen, daß die Polemik *Schilders* gegen diese Autoren nicht berechtigt ist.

Häufig klagen die Kranken auch über Störungen auf dem Gebiete der Vorstellungen. Sie klagen darüber, sich ihre Angehörigen, ihre Wohnung usw. nicht mehr vorstellen zu können. Bei einer Untersuchung des Vorstellungsmaterials fand *Schilder*, daß die Kranken sehr wohl in der Lage sind, plastische Schilderungen der betreffenden Gegenstände zu geben. Interessant ist, daß ein Kranker *Schilders* angibt, daß es nur die Kraft der Vorstellung sei, die Veränderungen aufweist, ohne daß der Inhalt sich geändert hätte (75).

Die Angabe, sich die Gegenstände nicht mehr vorstellen zu können, soll nach *Schilder* daher rühren, daß die Patienten nicht fähig sind, evident vorzustellen. „Die Störungen in den Vorstellungen sind zu beziehen auf die Unfähigkeit, evident vorzustellen“<sup>1</sup>.

Also auch hier besteht nach *Schilder* der Gegensatz zwischen evidentem und nichtevidentem psychischen Geschehen und die Nichtevidenz

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 80.

ist, wie schon ausgeführt, durch die dem einheitlichen Vollzug widersprechenden Tendenzen bedingt.

Auch das *Denken* der Depersonalisierten ermangele der Evidenz; es sei ein unechtes und widersprochenes und „kommt nicht aus dem vollen Einklang der Tendenzen. Es ist ein Widerspruch da, eine Tendenz des Hintergrundes, welche gegen das Vordergrunderlebnis protestiert“<sup>1</sup>. Der Depersonalisierte ist nach *Schilder* in der Willensanstrengung, die mit dem Denkprozeß verbunden ist, „nicht voll enthalten“. Und „weil die Kranken mit ihrer Willensanstrengung nicht völlig einig sind, verleugnen sie diese und sprechen von einem automatischen und mechanischen Denkablauf“<sup>2</sup>. Widersprechende Tendenzen, „eine Tendenz des Hintergrundes“, soll also bei der Willensanstrengung des Denkens störend wirken, sodaß diese Willensanstrengung „verleugnet“ wird, der Kranke also den Eindruck hat, als ob diese Willensanstrengung nicht erfolgt sei, als ob eine Willensanstrengung nicht vorhanden sei.

Wir werden später zeigen, daß der Kranke seine Willensanstrengung nicht deshalb verleugnet, weil sie eine Störung durch widersprechende Tendenzen erfährt, sondern weil hier eine Komponente der im Denken gegebenen Willensanstrengung gestört ist, nämlich das Aktivitätsgefühl.

Wenn *Schilder* ferner hervorhebt, daß eine Störung der Denkleistungen auch durch eine ständige Einstellung vom Erlebnis weg auf die eigene Tätigkeit zustande kommt, indem die Willensanstrengung des Denkens während ihres Vollzugs zwangsmäßig beobachtet wird, so läßt sich nicht leugnen, daß in manchen Fällen eine Selbstbeobachtung der eigenen Tätigkeit stattfindet und es muß zugegeben werden, daß die Denkakte dadurch in ihrem Ablauf gestört werden.

Bei vielen Depersonalisierten stehen im Vordergrund Klagen über Störungen des Wollens. Die Kranken geben an, das Handeln geschehe ohne Willensimpulse, sie handelten rein automatisch. Ein Kranker *Schilders* (G.) vergleicht sich mit einer Holzpuppe. Diese Willensstörungen führt *Schilder* auf eine Störung der Einstellung zurück. Eine krankhafte Einstellung auf den Willensakt soll zu den objektiv nachweisbaren Störungen zu dem „Nachlaß des Willens“ führen. Die Angabe, das Handeln sei automatisch, rühre daher, daß der Kranke „in seinen Willensakten nicht voll enthalten“<sup>3</sup> sei. Mit der Angabe, daß das Individuum deshalb von Automatismus spreche, weil es in seinen Willensakten nicht voll enthalten sei, will *Schilder* offenbar sagen, daß auch diese Willensakte unechte seien. Nach dem früher Gesagten ist diese Unechtheit durch widersprechende Tendenzen bedingt, wobei der Widerspruch meist durch die Tendenz zur Selbstbeobachtung des Aktes während seines Ablaufs repräsentiert wird.

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 83.    <sup>2</sup> *Schilder*: l. c. S. 84.    <sup>3</sup> *Schilder*: l. c. S. 90.

Wir stimmen *Schilder* darin zu, daß die Selbstbeobachtung des Willensvollzugs und die Einstellung auf das eigene Leiden zu einem Nachlaß des Willens, zu einer Herabsetzung der Willensfunktion führen kann. Aber die Klagen über Automatismus des Handelns lassen sich nicht in dem oben angeführten Sinne deuten. Die Kranken klagen nicht darüber, daß ihr Wille ein unechter sei, sie sagen, daß sie von ihrem Willen nichts fühlen. Man gewinnt nicht den Eindruck, daß die Kranken ihren Willensakt verleugnen, weil er ein unechter ist und — um mit *Schilder* zu sprechen — nicht der Grundrichtung des Ich entspricht, nicht aus dem vollen Einklang der Tendenzen kommt, sondern *den Kranken fehlt das Erleben des Willensdranges, des Willensimpulses*. Dieses fehlende Erleben des Willensdranges beruht nicht auf einer einfachen Herabsetzung der Willensfunktion, auf einem Nachlaß des Willens, sondern auf einer Störung des den Willensimpuls repräsentierenden *Aktivitätsgefühls*.

Die Leugnung der Aktivitätsgefühle, zu der *Schilder* offenbar im Anschluß an die Entwicklungen *Löwys* über Aktionsgefühle gekommen ist, hat ihn dazu geführt, den Aussagen der Kranken, daß sie von ihrem Willen nichts spüren, nicht gerecht zu werden. Die Aktionsgefühle *Löwys* sind aber — wie wir sehen werden — etwas ganz anderes wie die Aktivitätsgefühle. In denselben Irrtum bezüglich der Deutung des „Automatenbewußtseins“ ist schon früher *Janet* verfallen. Die Klagen über automatisches Handeln sind eine so typische Erscheinung bei Depersonalisierten, daß wir später noch ausführlich darauf zurückkommen müssen.

Zum Schluß noch eine allgemeine Anmerkung: *Schilder* führt einen Kranken „Gottfried“ an, der darüber klagt, daß sein Wille sich auflöst und durch fremde elektrische Willensströme ersetzt wird. Es handelt sich um einen schizophrenen Kranken. Solche Fälle erscheinen uns zur psychopathologischen Analyse nicht besonders geeignet, wenn es sich darum handelt, zunächst einmal das „Wesen“ der Depersonalisation und ihre Ursachen zu bestimmen. Wir halten es nämlich für erforderlich, die Analyse des Depersonalisationszustandes und seines funktionellen Aufbaus zunächst an solchen Fällen zu untersuchen, die frei sind von Wahnideen, Halluzinationen oder Illusionen, die die Struktur oft undurchsichtig machen.

Fassen wir das Wesentliche der *Schilderschen* Theorie nochmals kurz zusammen: Das Erleben der Depersonalisierten trägt den Charakter der Unechtheit und Widersprochenheit. Die im Hintergrund des Erlebens stehenden, dem Vordergrunderlebnis widerstreitenden Tendenzen, unter denen in erster Linie die Tendenz der Selbstbeobachtung zu nennen ist, bedingen die Unechtheit, die mangelnde Evidenz des Erlebens.

Ausgehend von der *Pfänderschen* Auffassung, daß das Psychische in zwei Schichten gegeben sei, einer echten und einer unechten, und daß das Echte aus einer größeren Tiefe des Ich komme, charakterisiert *Schilder*

die widersprechenden Tendenzen auch als einen Widerstreit zwischen an der Oberfläche sich abspielenden Erscheinungen und solchen, die aus der Tiefe des Ich kommen. Wir glauben, daß der Kampf des Individuums einfach darin gegeben ist, daß es gewisse Erscheinungen als krankhaft erkennt und sich nun vergeblich bemüht, zum normalen Erleben zurückzugelangen.

## 2. Die Theorie von Janet und weitere Kritik der verwandten Theorie von Schilder.

Wir wiesen im Vorangehenden darauf hin, daß *Schilder* seine Theorie der Depersonalisation im Anschluß an die Anschauungen *Janets* entwickelt hat und es erscheint uns, bevor wir in der Kritik der *Schilderschen* Theorie fortfahren, zweckmäßig, zunächst auf die Anschauungen *Janets* einzugehen. „Es ist nicht wahrscheinlich“, sagt *Janet*<sup>1</sup> an einer für seine Anschauung charakteristischen Stelle, „daß es eine Bewußtseinsatsache, ein Gefühl gibt, das in direkter Beziehung zum Grade der Nervenenergie steht; bis heute sind wenigstens die Gefühle, die man mit der Verausgabung der Nervenenergie, mit der inneren Anstrengung hat in Verbindung bringen wollen, nicht nachgewiesen. Indessen glaube ich nicht, daß man nun sogleich die These *James* akzeptieren und sagen muß, daß wir nur das physische Resultat unserer Anstrengungen, den Einfluß, den sie auf unsere Muskeln und inneren Organe haben, empfinden. Wir fühlen vielmehr auch die psychischen Resultate der nervösen Spannung, die Einheit und Komplexität unserer Geisteszustände, den Eindruck der Realität, der momentanen Persönlichkeit, der Einheit, Freiheit usw. Wir bemerken sehr rasch, wenn diese Ideen und diese Gefühle unter Verhältnissen nicht mehr auftreten, wo sie sich gewöhnlich zeigten. Gerade dies nämlich tun unsere Kranken. Wenn *Jean* sagt: „Es scheint mir, daß ich die Dinge nicht erfassen, sie nicht mit normaler Stärke assimilieren kann“, so macht er, glaube ich, eine zutreffende psychologische Beobachtung. Diese Beobachtungen, die sie selbst über das Funktionieren ihres Geistes machen, sind durch die Disposition erleichtert, die bei ihnen, wie wir sahen, überhaupt für die psychologische Introspektion besteht.

Es gibt nun drei große Phänomene, die bei dem Zustandekommen der Unvollständigkeitsgefühle eine Rolle spielen. 1. Die Verminderung der geistigen Synthese und folglich die Verminderung der Systematisation, der Einheit der im Bewußtseinsfelde vereinigten Elemente. 2. Die Herabsetzung der geistigen Komplexität, der Zahl der Elemente, Empfindungen, Vorstellungen, Bewegungen, Gefühlserregungen, die gewöhnlich das Bewußtsein erfüllen und uns gewöhnlich das Gefühl der Realität und der Gegenwart geben. 3. Die Erinnerung an die Art, wie früher unser Geist

<sup>1</sup> *Janet, P.*: Les obsessions et la psychasthénie, I. Bd., Paris 1908, S. 554, 555 (Übersetzung nach *Oesterreich*).

funktionierte, an seine Einheit, seinen Reichtum, die Vergleiche zwischen diesem früheren und dem gegenwärtigen Zustand und die unvermeidlichen Erklärungen, die in diese Vergleiche mit hineingehen“.

Das bei so vielen Depersonalisierten auftretende Gefühl des Automatismus, des Verlustes der Freiheit, führt *Janet* auf einen Mangel an geistiger Synthese zurück. „Unser Gefühl der Freiheit“, sagt er <sup>1</sup>, „ist besonders ein Gefühl der Einheit. Die betreffende Einstimmigkeit besteht zwischen allen Tendenzen unseres Wesens, zwischen den von außen uns aufgedrungenen Motiven und den Eingebungen unseres ganzen Charakters. Bei den Psychasthenischen ist es nicht so: sie handeln und sprechen unter dem Zwang der Lebensumstände, ohne daß jene Einheit in ihrem Geiste entsteht. Es gelingt ihnen nicht mehr, die Handlung mit ihrer ganzen Person zu verknüpfen. Das übersetzt sich nun in das Gefühl des Automatismus, des Beherrschtseins, d. h. einer unfreiwilligen, nicht von der Person ausgehenden Handlung, es ruft das Gefühl beständigen Widerstrebens hervor, das Gefühl, daß sie sich niemals in eine gegebene Situation finden können, d. h. nie ihren ganzen Charakter, alle ihre Strebungen mit der Wahrnehmung dieser Situation in Übereinstimmung bringen können“.

Das Gefühl des Automatismus, des Verlustes der Freiheit, der Beherrschtheit gründet sich also nach *Janet* auf den Mangel an geistiger Synthese, auf die Tatsache, daß die Kranken die Fähigkeit verloren haben sollen, eine Handlung mit ihrer ganzen Person zu verknüpfen.

Diese Anschauung *Janets* über die Entstehung des Gefühls des Automatischen können wir uns nicht zu eigen machen. Ohne jetzt schon vorwegnehmen zu wollen, wie wir das Gefühl des Automatischen uns verständlich machen, möchten wir doch auf die Schwierigkeiten, die *Janets* Annahme ergibt, hinweisen.

Vergegenwärtigt man sich die verschiedenen Handlungsformen und sieht man dabei von den nicht hierher gehörigen Reflexhandlungen ab, so bleiben die Willkürhandlungen, und es wäre nun zu fragen, ob es bei diesen notwendig ist, daß sie dem Kern der Persönlichkeit entspringen, oder wie *Janet* sagt, mit der ganzen Person verknüpft sein müssen, damit sie der handelnden Person nicht als automatisch erscheinen. Und wir glauben nun, daß eine große Zahl unserer Willkürhandlungen nicht dem Kern der Persönlichkeit entspringt und doch nicht als automatisch erlebt wird. Wir haben dabei diejenigen Handlungen im Auge, die durch solche Motive bestimmt sind, deren Gefühle peripheren Charakter haben, d. h. Gefühle, bei deren Entstehung Grundtendenzen der Persönlichkeit nicht mitwirken. Bei solchen Handlungen, die nicht dem Kern der Persönlichkeit entspringen, treten aber auch Willensgefühle auf, die auf die Ausführung der Handlung bezogen werden, und diese Handlungen werden deshalb nicht als automatisch erlebt. Natürlich tragen diese

<sup>1</sup> *Janet*: l. c. S. 556.

Handlungen nicht das Gefühl der Freiheit<sup>1</sup>, wie es — um mit *Janet* zu sprechen — dann auftritt, wenn eine Einstimmigkeit zwischen allen Tendenzen unseres Wesens, eine Verknüpfung mit der ganzen Person besteht. Das Gefühl der Freiheit bleibt denjenigen Handlungen vorbehalten, bei denen ein Eingreifen des Ich-Willens statthat, so daß sie eng mit dem Kern der Persönlichkeit verknüpft sind. Aber worauf es uns ankam, war, zu zeigen, daß eben die fehlende Verknüpfung mit der ganzen Person noch nicht zum Erlebnis des Automatismus führt.

Wie *Janet* versuchte, aus der Verminderung der geistigen Synthese dem ersten der 3 Phänomene, die nach ihm für die Depersonalisation charakteristisch sind, das Gefühl des Automatismus abzuleiten, so soll das zweite, die „Herabsetzung der geistigen Komplexität“ das Gefühl der Irrealität und der Fremdheit bedingen.

Man muß sagen, meint *Janet*<sup>2</sup>, „daß das Gefühl der Gegenwart und Realität einen gewissen höheren Grad der Gehirntätigkeit begleitet, in dem die Empfindungen, Vorstellungen, Bewegungen und Gemüts-erregungen zahlreich, komplex und reich sind. Dieser geistige Reichtum ist völlig relativ und es ist wahrscheinlich, daß ein Imbeziller, der sein ganzes Leben lang sich mit einem wenig komplexen und wenig reichen geistigen Leben begnügt, das ihm genügt, Gegenwart und Realität zu erkennen. Aber wenn der Geist sich einmal an ein gewisses Maximum von Bewußtsein gewöhnt hat, so wird reell gerade dieses Maximum genannt und er erkennt nicht mehr Gegenwart und Realität, wenn er nicht dasselbe Maximum erreichen kann.

Die Phänomene, zu denen er dann gelangt, haben kein genaues Analogon in einer vergangenen Erfahrung: Sie vereinigen entgegengesetzte Charakterzüge, sie scheinen der Außenwelt anzugehören und doch nicht reell zu sein, sie gleichen Gedächtnisbildern und haben doch nicht den gewöhnlichen, vertraulichen Charakter der Erinnerungen. Diese vom Kranken mehr oder weniger gut analysierten Charakterzüge bewirken, daß sich zum Gefühl des Irreellen noch das Gefühl der Fremdheit hinzugesellt, das man fast stets mit ihm verknüpft findet“.

Das „Gefühl der Gegenwart und Realität“ hängt also nach *Janet* von einem gewissen Maximum von Bewußtsein (gemeint ist von geistiger Betätigung und geistigen Inhalten) ab, an das sich das Individuum gewöhnt hat. Wird dieses Maximum nicht erreicht, so entsteht der Eindruck des Irreellen.

Demzufolge müßte man annehmen, daß das Erleben der Irrealität ein häufig auftretendes Phänomen sei, entsprechend der Häufigkeit von Schwankungen dieses Maximums. Der intensiv geistig Arbeitende

<sup>1</sup> Vgl. dazu *Gies, K.*: Experimentelle Untersuchungen über den Willen mit Berücksichtigung der Entstehung des Bewußtseins der Willensfreiheit. Arch. f. Psychol. 74 (1929).

<sup>2</sup> *Janet*: I. c. S. 557, 1. Bd.



müßte, wenn also ein Abfall des Maximums statthat, den Eindruck der Irrealität gewinnen. Tatsächlich finden wir dies aber nicht, es tritt keine Unfähigkeit zur Anpassung an die Wirklichkeit, kein Irrealitätserleben auf. Kurz, es kann nicht davon die Rede sein, daß bei einer Betätigung des Geistes unter dem Maximum der Eindruck der Realität verloren ginge.

Eng verknüpft mit dem Eindruck der Irrealität ist nach *Janet* der Fremdheitseindruck, der sich auf ersteren gründet. Wir werden später ausführlich zeigen, daß der Eindruck der Irrealität nicht *conditio sine qua non* zur Entstehung eines Fremdheitseindruckes ist.

Das dritte der 3 Phänomene, die *Janet* als charakteristisch für die Depersonalisation aufzeigte, ist „die Erinnerung an die Art, wie unser Geist früher funktionierte“, verbunden mit Reflexionen über den früheren und den jetzigen Zustand, die sich aus dem Vergleich dieser Zustände ergeben. Dadurch sucht *Janet* die inneren Fremdheitsgefühle, die Entfremdung der eigenen Persönlichkeit verständlich zu machen.

*Janet*<sup>1</sup> sagt darüber: „Die 3. Tatsache, die eine große Rolle spielt, wenn nicht in der Konstitution, so doch wenigstens in dem Ausdruck der Unvollständigkeitsgefühle, ist die Erinnerung an den geistigen Zustand vor der Krankheit, oder an den geistigen Zustand, der von Zeit zu Zeit dank der nach aufwärts sich wendenden Oszillation der nervösen Spannung wieder auftritt. Die Kranken vergleichen unwillkürlich ihren gegenwärtigen Zustand mit ihrem einstigen.

Aus diesem Grunde nennen viele sich verändert und behaupten, daß sie eine andere Person geworden sind. Noch einen Schritt weiter und die Kranken werden das Gefühl haben, daß sie ihre Persönlichkeit, verloren haben, oder wenigstens ihre alte Persönlichkeit, daß sie nicht mehr sie selbst sind. Das Gefühl der Depersonalisation ist nur eine Art innerer Wahrnehmung der Störung der Realitätsfunktion. Es ist eine Form des Gefühls der Fremdheit, des Unvollständigen, des Irrealen, das sich an die Persönlichkeit knüpft, anstatt an die Dinge draußen geknüpft zu werden. Der Kranke konstatiert, daß er nur noch auf automatische Weise handelt, daß er die Vergangenheit wiederholt und sich nicht mehr an die Gegenwart anpaßt, er hat ein unbestimmtes Wissen davon, daß Leben handeln heißt, und daß das Unvermögen, seine Gedanken, seine Wünsche auf eine gegenwärtige Handlung zu konzentrieren, bedeutet, nicht mehr eine Persönlichkeit zu sein. Diese Bemerkungen übersetzen sich in ein Gefühl des nicht mehr als Persönlichkeit Existierens, des Verschwindens der ehemaligen Persönlichkeit“.

Schon aus dem bisher Gesagten ergibt sich, daß wir den Satz: „Das Gefühl der Depersonalisation ist nur eine Art innerer Wahrnehmung der Störung der Realitätsfunktion“ nicht unterschreiben können. Gleich-

<sup>1</sup> *Janet*: l. c. S. 559.

wohl scheinen uns die obigen Ausführungen *Janets* viel Richtiges zu enthalten. Wichtig ist vor allem die Erkenntnis, daß die Kranken unwillkürlich ihren gegenwärtigen Zustand mit dem einstigen vergleichen, eine Tatsache, der sowohl die rein sensualistischen, wie die emotionellen Theorien nicht genügend gerecht geworden sind. In diesem Vergleich ist die psychologische Grundlage zur Entwicklung einer Beobachtung der psychischen Verläufe während ihres Vollzugs gegeben, die von *Schilder* in den Vordergrund seiner Theorie gestellt worden ist. —

Kehren wir zur Behandlung der verwandten Anschauung *Schilders* zurück. Die Widersprochenheit des Erlebens ist nach *Schilder* das Wesensmerkmal der Depersonalisation und der Widerspruch ist, wie wir bereits kurz ausgeführt haben, nach ihm gegeben in der ständigen Tendenz zur Selbstbeobachtung.

Aber auch durch andere im Hintergrund stehende Tendenzen soll der Widerspruch gegeben sein können. Jedoch scheint *Schilder* diesen anderen Tendenzen, wiewohl er sie des öfteren erwähnt, weniger Gewicht beizulegen, denn seine ganze Beweisführung der Widersprochenheit stützt sich vornehmlich auf den Widerspruch, der durch die Selbstbeobachtungstendenz repräsentiert ist.

In einem Abschnitt über die genetisch-psychologische Erklärung der Depersonalisation versucht *Schilder*<sup>1</sup> die verständlichen Zusammenhänge näher aufzuweisen. Er betont, daß im Beginn der Depersonalisation häufig ein Affekt steht und glaubt besonders an einem Falle *Löwys* zeigen zu können, daß die Patienten versuchen, „durch die Depersonalisation ein bestimmtes Erlebnis zu verwinden“. In Anlehnung an *Dugas* und *Moutier* faßt auch *Schilder* die Depersonalisation als eine „Flucht aus der Wirklichkeit“ auf, hebt aber mit Recht hervor, daß der Zustand, in den die Depersonalisierten durch diese „Flucht aus der Wirklichkeit“ geraten, ein außerordentlich quälender ist. Er spricht deshalb von einer mißglückten Flucht aus der Wirklichkeit.

„Aus dem nicht voll verwundenen affektvollen Erlebnis“ glaubt *Schilder*<sup>2</sup> den deskriptiven Charakter der Widersprochenheit des Erlebens beim Depersonalisierten verstehen zu können. Jedoch hält er es nicht für wahrscheinlich, daß das hypothetische Trauma als Widerspruch ständig vorhanden sei und er hebt hervor, worauf wir schon hingewiesen haben, daß in den Fällen, die er selbst beobachtet hat, „der Widerspruch durch die Tendenz der Selbstbeobachtung repräsentiert“ war.

Schließlich sei erwähnt, daß es ihm in seinen eigenen Fällen nicht gelungen ist, verständliche Zusammenhänge eindeutig aufzuweisen.

Die Depersonalisation als mißglückte Flucht aus der Wirklichkeit aufzufassen, erscheint uns äußerst gewagt. Wohl könnte es uns verständlich

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 111f. <sup>2</sup> *Schilder*: l. c. S. 118.

erscheinen, daß ein Kranker aus einem unleidlichen psychischen Erleben in einen Zustand von Aufhebung des Ich-Gefühls zu fliehen sucht, ähnlich wie dies *Giese*<sup>1</sup> und *Hartmann*<sup>2</sup> zeigen. Aber nicht verständlich würde uns sein, daß ein solcher Kranker in einen Zustand von zwangsmäßiger Selbstbeobachtung „flieht“; in einen Zustand, von dem auch *Schilder* selbst sagt, daß er „unendlich viel peinlicher ist, als der tiefste Schmerz“. Und vor allem ist der Beweis, daß solche Zusammenhänge bestehen, keineswegs erbracht, wie das auch von *Birnbaum*<sup>3</sup> ausgeführt worden ist.

Die Vertreter der emotionalen Theorie haben den wesentlichen Faktor der Depersonalisation in den von den Kranken geklagten Störungen der Gefühle zu sehen geglaubt. Tatsächlich klagen fast die meisten Kranken darüber, daß sie nicht mehr wie früher fühlen könnten. Sie könnten weder Freude noch Trauer fühlen, die Liebe zu ihren Mitmenschen sei verschwunden. Ein Kranker *Schilders* gibt an, daß er seine Mitmenschen wie Holzpuppen erschlagen könnte, ohne dabei etwas zu fühlen. Andere Kranke geben zu, zeitweilig lustig oder traurig zu sein, aber weder die Freude noch die Traurigkeit sei natürlich.

Demgegenüber hebt *Schilder* hervor, daß man bei diesen Kranken, die über ein Fehlen der Gefühle klagen, auffallenderweise die Ausdruckssymptome der negierten Gefühle findet. Er weist darauf hin, daß ein Kranker bei der Erzählung einer komischen Geschichte zu lachen beginnt und dabei angibt, er fühle kein Vergnügen. Schon diese Tatsache spreche dagegen, daß bei den Kranken ein wirklicher Gefühlsmangel vorliege, und außerdem lasse sich der Widerspruch zwischen den Angaben der Kranken, keine Gefühle zu haben, trotz dem Vorhandensein von Ausdrucksbewegungen der Gefühle auch theoretisch aus einer Theorie der Gefühle nicht erklären.

Wie kommt es, fragt nun *Schilder*, daß die Kranken, obgleich sie fühlen, behaupten, nichts zu fühlen? Dies erklärt *Schilder*, wie wir bereits gesehen haben, durch die Annahme, den Gefühlen in der Depersonalisation mangle die Evidenz, es seien unechte Gefühle, die nicht aus der „Tiefe des Ich“ kommen, die nicht im Einklang mit dem Gefühlshintergrund stehen und bei denen ein „verworrener oder widersprochener Gefühlssachverhalt“ vorliege. Und diese Unechtheit der Gefühle, die in einem neuen Akt gegenständlich erfaßt werde, bedinge, daß sie von den Kranken nicht als natürlich anerkannt oder gelegnet würden.

Anders ausgedrückt: es kann auf zweierlei Art zur Unechtheit eines Gefühls kommen, einmal dadurch, daß die intellektuelle Unterlage des Gefühls eine widersprochene oder verworrene ist, d. h. der Kranke bringt sie nicht zur vollen klaren Gegebenheit, oder zweitens, es sind verschiedene Tendenzen da (Grund und Gegengrund), die nicht vereinheit-

<sup>1</sup> *Giese*: Z. Neur. 81. <sup>2</sup> *Hartmann*: Z. Neur. 74.

<sup>3</sup> *Birnbaum*: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 2, 2. Teil, S. 112.

licht werden, wodurch es zum Widerspruch kommt. Weshalb die Vereinheitlichung der verschiedenen Tendenzen ausbleibt, wird hier von *Schilder* nicht näher erklärt. Aus späteren Stellen wird wahrscheinlich, daß die krampfhafteste Selbstbeobachtung dieser Vereinheitlichung entgegenwirkt.

Die Annahme *Schilders*, daß die Gefühle deshalb geleugnet würden, weil sie „unecht“ seien, ist uns nicht verständlich. Die Kranken müßten doch angeben, daß sie unechte Gefühle haben, Gefühle, die ihnen unverständlich sind, die mit der Grundrichtung ihres Ichs nicht im Einklang stehen usw. Aber daß sie in manchen Fällen angeben, sie hätten keine Gefühle mehr, scheint uns durch die Annahme einer „Unechtheit“ nicht verständlich gemacht. So bleibt also auch *Schilder* eine einwandfreie Erklärung der Frage, wie es kommt, daß die Kranken angeben, keine Gefühle mehr zu haben und trotzdem die Ausdrucksbewegungen der Gefühle zeigen, schuldig. Wir werden später bei der Behandlung der emotionalen Theorien ausführlich darauf zurückkommen.

Auf dem Gebiet des Wahrnehmens hat man unterschieden zwischen dem Wahrgenommenen und dem Wahrnehmen, auf dem Gebiet des Denkens zwischen Gedachtem und Denktätigkeit. *Schilder* überträgt nun diese Unterscheidung auch auf das Gebiet des Emotionalen. So spricht er von Gefühlsnoema und Gefühlsnoese und versteht unter Gefühlsnoema das Rohmaterial der Gefühle oder das Gefühl, und unter Gefühlsnoese den Gefühlsakt oder das Fühlen. Die Änderung der Gefühle bei der Depersonalisation soll nun bedingt sein durch die nichtevidente Noese (Unechtheit des Gefühlsaktes).

Diese Trennung zwischen Fühlen und Gefühl, wie sie *Schilder* vollzogen hat, können wir nicht anerkennen. Der im Gebiet des Wahrnehmens und Denkens bestehenden Gegensätzlichkeit zwischen Akt und Tätigkeit läßt sich ein Gegensatz zwischen Gefühl und Fühlen nicht an die Seite stellen. Dem Gefühl wird ein Fühlen im Sinne einer „aktmäßigen Tätigkeit“ gegenübergestellt. „Der einstrahlende Akt durchgeistigt und belebt das Rohmaterial“, welches im Gefühl gegeben sein soll. Bei einer solchen, auf Grund einer nicht passenden Analogiebetrachtung, vollzogenen Unterscheidung würde man zweifellos dem Emotionalen Gewalt antun.

Das Erleben der Depersonalisierten ist nach *Schilder* ein widersprochenes. Im Hintergrund stehende Tendenzen widersprechen dem Vordergrundserlebnis und gestalten so das Gesamterleben zu einem unechten. Wir erwähnten bereits, daß *Schilder* an einigen Fällen der Literatur den Versuch gemacht hat, diese widersprechenden Tendenzen aufzudecken, meist soll eine mehr oder weniger zwangsmäßige Selbstbeobachtung, eine Richtung der Einstellung „vom Objekt weg auf die Tätigkeit“ die widersprechende Tendenz darstellen. Dies glaubt er nun vor allem auch in seinen eigenen Fällen gefunden zu haben, und wir wollen zusehen, ob

aus den 3 aufgeführten Fällen wahrscheinlich wird, daß die Tendenz zur Selbstbeobachtung den Widerspruch darstellt, der nach *Schilder* zu dem für die Depersonalisation charakteristischen unechten Erleben führt.

Bei einem Schizophrenen finden wir im Beginn der Erkrankung hypochondrische Befürchtungen, der Kranke fürchtet, eine Rückenmark- oder Gehirnkrankheit zu bekommen. Ziemlich schnell entwickelt sich nun ein Zustand, in dem er über eine Veränderung der ganzen Person klagt, er sei „wie umgestülpt“. Wahrnehmungen, Gefühle, Vorstellungen und besonders der Wille seien verändert. Ein elektrischer Strom ginge durch seinen Körper und furchtbare elektrische Willensströme hätten sich im Kopf gebildet, denen er nicht mehr gebieten könne usw. Im ganzen ein Zustand, der als Depersonalisation bezeichnet werden kann.

Dieser Fall scheint uns jedoch nicht besonders geeignet, um die charakteristischen Symptome der Depersonalisation und ihre Abhängigkeitsbeziehungen aufzuweisen, weil die Depersonalisation hier in starkem Maße mit rein schizophrenen Erlebnisänderungen durchsetzt ist.

Zweifellos findet die schizophrene Vollzugsänderung von seiten des Patienten starke Beachtung, was auch nicht weiter zu verwundern ist, aber aus der Krankengeschichte ist der Beweis, daß hier eine Widersprochenheit des Erlebens, bedingt durch eine Tendenz zur Beobachtung der eigenen Tätigkeit vorliege, nicht erbracht. Die Selbstbeobachtung richtet sich hier nicht, wie in einigen der von *Oesterreich* beschriebenen Fälle auf psychische Vorgänge während ihres Verlaufs mit einer Intensität, so daß dadurch ein pathologischer Spannungszustand entsteht, der eine Veränderung des Ich-Bewußtseins bedingt.

Der 2. Fall *Schilders*<sup>1</sup> zeigt zwei verschiedene Depersonalisationsattacken. Die 1. Attacke tritt im Anschluß an das Wochenbett auf. Alles erscheint der Kranken anders, ihr Selbstgefühl ist verändert. In der Folgezeit beginnt sie über ihren Zustand zu grübeln, hält ihn für aussichtslos. Aber eine krampfhaftes Selbstbeobachtung der psychischen Verläufe während ihres Vollzugs, wie sie nach *Schilder* zu fordern wäre, läßt sich nicht feststellen.

Dasselbe gilt für die 2. Depersonalisationsattacke. Diese wird zwar dadurch eingeleitet, daß die Kranke anfang zu grübeln, sich Vorwürfe machte, für ihre Kinder schlecht gesorgt zu haben, aber auch hier finden wir keine Selbstbeobachtungstendenzen, die von solcher Intensität wären, um die Entwicklung einer Depersonalisation verständlich zu machen.

Und schließlich der dritte, von *Schilder* sehr ausführlich beschriebene, an die Spitze seiner Belege gestellte Fall<sup>2</sup>. In diesem Fall wird am deutlichsten von Selbstbeobachtung gesprochen. Aber eine besondere

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 37f.    <sup>2</sup> *Schilder*: l. c. S. 45f.

Steigerung dieser von jeher vorhandenen Neigung zur Selbstbeobachtung trat bei Ausbruch der Depersonalisation nicht auf. „Man muß“, sagt der Kranke, „sich doch Rechenschaft ablegen, wenn sich ein so sonderbarer Zustand zeigt“. Auch hier scheint also nur eine Selbstbeobachtung in der Art vorzuliegen, wie sie jeder Psychologe vollzieht, der das Erlebte zum Gegenstand seiner Betrachtung macht und nicht eine Einstellung vom Objekt weg auf die psychische Tätigkeit, wie sie vorliegen müßte, wenn durch zwangsmäßige Selbstbeobachtung die Außenwelt als fremd erscheinen und das Ich-Bewußtsein verändert oder aufgehoben sein sollte.

Man würde aber *Schilder* unrecht tun, wollte man annehmen, daß die Selbstbeobachtung zum Zustandekommen der Depersonalisation keine wesentliche Rolle spielt. Wenn auch *Schilder* an seinen eigenen Fällen diesen Beweis unseres Erachtens nicht erbracht hat, so zeigt sich in manchen anderen Fällen der Literatur doch deutlich ein Zusammenhang zwischen einer krankhaft gesteigerten Selbstbeobachtungstendenz und dem Auftreten der Depersonalisation. Vor allem zeigen dies schön zwei von *Oesterreich* angeführte Fälle, und wir wollen deshalb diese Fälle in den in Betracht kommenden Partien kurz anführen.

Die Beziehung krampfhafter Selbstbeobachtung zur Depersonalisation tritt besonders deutlich in *Oesterreichs* Fall Ka.<sup>1</sup> hervor, der vorzüglich beschrieben ist.

In der Studienzeit Überarbeitung, hatte hauptsächlich nachts gearbeitet. Er erwachte eines Morgens aus einem schweren beängstigenden Traum. „Beim Erwachen war mir zumute, gerade, wie wenn man aus tiefem Traume erwacht. Doch das wirre Gefühl hielt an, ich konnte nicht zu mir kommen. Da zuckte plötzlich, als alle Versuche durch Bewegungen usw. zu vollem Bewußtsein zu kommen, scheiterten, mir der Gedanke durch den Kopf, ich würde wahnsinnig. Einen Augenblick später trat eine unbeschreibliche Angst auf, der Schweiß brach am ganzen Körper aus.“ In den nächsten Tagen traten hin und wieder Angstanfälle auf; „vor dem Einschlafen hatte ich stets Furcht. Ich wartete ständig auf den Moment des Einschlafens, als ob ich ihn beobachten könnte, wodurch sich das Eintreten des Schlafs stark verzögerte“.

Nach einiger Zeit, als ihm ärztlich geraten worden war, die ständige Selbstbeobachtung zu unterlassen, besserte sich sein Zustand. Sobald die Selbstbeobachtung wieder einsetzte, verschlechterte sich sein Zustand wieder. In den nächsten Monaten unterlag sein Zustand weiteren Schwankungen, die vorhandene Benommenheit wurde aber geringer. Einige Wochen später trat nach einem heftigen Ärgeraffekt eine „starke Spaltung der Persönlichkeit auf und die Aufmerksamkeit richtete sich immer mehr nach innen auf Selbstbeobachtung und Beschäftigung mit dem nervösen Zustande, so sehr ich auch dagegen ankämpfte und sie nach außen zu kehren suchte. Die eine Gedankenreihe in mir, die sich nur mit mir beschäftigte, trat immer mehr in den Vordergrund, meine eigentliche normale Persönlichkeit rückte ständig weiter zurück und trat endlich nur noch für Momente hervor. Meine Persönlichkeit begann zu schwinden. Ich hatte dabei immer stärker das Gefühl, als ob ich erst völlig aufwachen und zu mir kommen müßte, als wenn ich nicht ganz wach wäre. Psychisch nicht so leicht und frei.

<sup>1</sup> *Oesterreich*: J. Psychol. u. Neur. 7, 257f.

Mehrfach hatte ich vor den eigenen Gedanken Angst. Ich kam mir mehr und mehr innerlich fremd vor. Wenn ich mich im Spiegel sah, schien ich es nicht zu sein. Das Gesicht kam mir anders vor, als ich erwartet hatte. Hatte nicht das Gefühl der Identität. Fremd klang mir auch meine Sprache. Der Ton schien mir ein anderer zu sein“.

Wir sehen hier bei einem Kranken, der schon als Kind allerlei „nervöse“ Beschwerden hatte, einen Zustand traumhafter Benommenheit auftreten, verbunden mit einer gesteigerten Reizbarkeit. Allmählich entwickelt sich eine starke Beschäftigung mit dem nervösen Zustand, die Aufmerksamkeit richtete sich immer mehr nach innen auf Selbstbeobachtung, so sehr er auch dagegen anzukämpfen suchte. Dabei hatte er auch das Gefühl, als ob er nicht ganz wach sei. Mehr und mehr kam er sich innerlich fremd vor, seine Persönlichkeit begann zu schwinden, sein Gesicht im Spiegel, der Ton seiner Stimme erschien ihm fremd.

Hier treten die Beziehungen zwischen der krampfhaften Selbstbeobachtungstendenz, gegen die der Kranke vergebens ankämpft und der sich entwickelnden Depersonalisation deutlich hervor. In dem Kampf gegen die krampfhafte Selbstbeobachtungstendenz entsteht bei dem Kranken eine Angst vor der zwangsmäßigen Einstellung zur Selbstbeobachtung („mehrfach hatte ich vor den eigenen Gedanken Angst“) und diese Angst steigert den unangenehmen Spannungszustand immer mehr.

Das normale Ich-Bewußtsein wird durch den abnorm starken Spannungszustand immer mehr verdrängt. Allmählich tritt ein fremdes Ich — das Ich dieses krampfhaften Spannungszustandes — an die Stelle des normalen. „Ich kam mir mehr und mehr innerlich fremd vor.“ In charakteristischer Weise sagt K. von der Steigerung der krampfhaften Selbstbeobachtung, daß die eine Gedankenreihe, die sich nur mit ihm beschäftigte, immer mehr in den Vordergrund trat, während seine eigentliche normale Persönlichkeit immer weiter zurücktrat.

So nimmt der sich entwickelnde krampfhafte Spannungszustand das Bewußtsein immer mehr ein und erscheint als neues, fremdes Ich.

Außerordentlich eindrucksvoll spricht auch *Oesterreichs* dritter Patient von dem Wirken der Selbstbeobachtungstendenzen.

*Oesterreichs Fall 3 „Prau“.*

„Ich habe bereits“, so schreibt er in einem retrospektiven Bericht, „als Unterskundaner, also mit 15 Jahren, eine eigenartige Periode durchgemacht, die sich in voller Stärke vielleicht nur über Wochen oder wenigstens Monate erstreckte. Damals erschien mir alles Körperliche so fremd, daß ich an meiner Realität zu zweifeln anfang und die Gegenstände um mich her und mich selbst zuweilen betastete, um mich von ihrer und meiner körperlichen Existenz zu überzeugen. Als Ursache dieses Zustandes vermute ich einerseits hochgradige Blutarmut, andererseits eine krankhaft gesteigerte Neigung zur Reflexion. Es war die Zeit, als ich zum ersten Male ernsthafter und zusammenhängender zu philosophieren begann und meine Nerven zweifellos stark überreizt waren. Die Sache war mir so unheimlich, daß ich fürchtete, geisteskrank zu werden, und mich — theoretisch, nicht ernstlich! — mit Selbstmordgedanken trug. Indessen überwand ich den Zustand....“

„Die Reflexion, so gibt er an, ist immer meine starke und schwache Seite gewesen. So lange sie sich nur auf die Dinge außer mir bezog, ist sie wohl ganz unschädlich gewesen. Bei meinen psychologischen, ethischen, pädagogischen Interessen hat sie sich aber sehr früh schon auf meine eigene Entwicklung gerichtet. Von mir aus suchte ich die Welt zu verstehen, auf Grund der Erfahrungen, die ich an mir selbst gemacht hatte, wollte ich später einmal pädagogisch und sozial reformieren. Der Lebenslauf, den ich als Oberprimaner geschrieben habe, hat meinen Direktor sehr interessiert. Die Sache hatte aber ihre Kehrseite. Ich erinnere mich, daß ich schon damals die einseitige, fast zwangsartige Beschäftigung mit mir selbst bisweilen lästig empfunden habe....

Die Reflexion über meine eigenen Zustände nahm nun nach dem Ausbruch meiner Krankheit in der Studienzeit (der ein Zustand von Erschöpfung und allgemeiner Apathie vorangegangen war) ganz rapid zu. Nahrung von außen erhielt mein Geist nicht mehr, und so entwickelte sich jene verhängnisvolle Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle, die mich an den Rand der Verzweiflung gebracht hat. Sie war nicht mit einemmal da, sondern steigerte sich von Monat zu Monat und von Jahr zu Jahr. Ich bin mitunter wie wahnsinnig herumgelaufen, weil ich mich vor mir selbst nicht retten konnte. Immer nur ich und meine eigenen seelischen Funktionen. Eine Ablenkung war nicht möglich. Denn sobald ich zu lesen, zu hören, zu beobachten, mich zu unterhalten anfang, setzte die Selbstkontrolle in verstärktem Maße ein. Und brachte ich wirklich einmal etwas zustande, so konnte Z. (sein damaliger Arzt) mit Recht sagen, daß ich doppelte und dreifache Arbeit geleistet habe, außer der objektiven nämlich auch noch die subjektive der Beobachtung und Beurteilung ihres Zustandekommens. Diese Selbstkontrolle habe ich sehr lange als die einzige Hemmung in meinem Seelenleben betrachtet . . . .“

Auch die Wahrnehmungswelt erschien ihm wieder, wie in jener früheren Periode, „fremdartig, ja vielfach gespenstisch“. Er verlor auch das „Gefühl der Körperlichkeit und der eigenen Persönlichkeit“. „Ich erinnere mich, daß ich häufig von dem Gefühl des Zerfließens oder etwas Ähnlichem gesprochen habe.“

Fassen wir das Wesentliche kurz zusammen: Bei dem Patienten trat schon im Alter von 15 Jahren ein eigenartiger Zustand, für den er als Ursache eine krankhaft gesteigerte Neigung zur Reflexion angibt. Alles Körperliche erschien ihm damals so fremd, daß er an seiner Realität zu zweifeln anfang. Er betastete die Gegenstände, um sich von ihrer und seiner körperlichen Realität zu überzeugen. Der Zustand war ihm unheimlich, er fürchtete, geisteskrank zu werden. Schon als Oberprimaner hat er die „fast zwangsartige Beschäftigung“ mit sich selbst bisweilen als lästig empfunden.

Nach einem Zustand der Erschöpfung und allgemeiner Apathie brach in der Studienzeit die Krankheit aus. Seine Aufmerksamkeit konzentrierte sich damals in zunehmendem Maße auf die eigene Person und nach Ausbruch der Krankheit trat eine rapide Zunahme der Reflexionen über die eigenen Zustände auf. Eine Ablenkung war nicht mehr möglich, „sobald ich anfang zu lesen, zu hören, zu beobachten, setzte eine Verstärkung der Selbstbeobachtung ein“.

Der Fall Prau zeigt deutlich, wie sich im Anschluß an einen Zustand fast zwangsmäßiger Selbstbeobachtung ein Depersonalisationszustand mit Entfremdung der Außenwelt entwickelt. Dabei ist besonders bemerkenswert, daß die auftretende Selbstbeobachtung so stark ist, daß



keine Ablenkung möglich ist. Die ständige Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle, sagt der Kranke, brachte ihn an den Rand der Verzweiflung. Gerade diese abnorme krampfhafte Selbstbeobachtung verdient hier besonders beachtet zu werden. Sie ist von ganz anderer Stärke als in den *Schilderschen* Fällen, bei denen sie nicht über das Maß hinausging, das auch normalerweise als Reaktion auf ein neuartiges, fremd anmutendes Erlebnis gefunden wird.

Das führt uns darauf, daß die Selbstbeobachtungstendenzen des Depersonalisierten sich aber nicht nur quantitativ, sondern — wenn man so sagen darf — auch qualitativ unterscheiden.

Einerseits richtet sich die Selbstbeobachtung auf die psychischen Prozesse während ihres Verlaufs und führt zur Entwicklung abnorm starker Spannungszustände, die den Umfang des Bewußtseins immer mehr einnehmen und das normale Ich-Bewußtsein verdrängen.

Andererseits finden sich auch Selbstbeobachtungstendenzen im Sinne zwangshaft hypochondrischer Befürchtungen, bedingt durch ein schon verändertes Erleben. Hier werden weniger die abnorm starken Spannungszustände im Vordergrund stehen und in das psychische Geschehen verändernd eingreifen, sondern im Vordergrund steht mehr die Befürchtung um das psychische Vermögen. Die Grundlage zu dieser letzten Form wird eben ein schon verändertes Erleben sein.

Die hypochondrische Befürchtung in Verbindung mit der Selbstbeobachtungstendenz ermöglicht uns auch die Widersprüche aufzudecken, die sich oft zwischen den objektiven Befunden und den Angaben der Patienten ergeben, vor allem die interessanten Angaben mancher Patienten, daß das Vorstellungsvermögen gestört sei, während die objektive Untersuchung keine derartigen Störungen aufweist. Wir müssen dabei von der normalpsychologischen Tatsache ausgehen, daß normalerweise die Vorstellungen intentional auf Wahrnehmungsobjekte bezogen werden.

Die im Hintergrund des Bewußtseins stehende hypochondrische Befürchtung, die sich auf das psychische Vermögen bezieht, im Verein mit der Selbstbeobachtung, bedingt es nun, daß eine *Betrachtung der Vorstellungsinhalte selbst auftritt*. Dadurch wird die normalerweise vorhandene intentionale Objektbeziehung gelockert und die Vorstellungen erscheinen als merkwürdig matt und blaß. Erst jetzt wird nämlich dem Individuum die schwache Intensität, die die Vorstellungsinhalte gegenüber den Wahrnehmungsinhalten haben, deutlich bewußt, was bisher durch die intentionale Beziehung auf die Wahrnehmungsobjekte verdeckt wurde. Und außerdem wirkt natürlich die bestehende hypochondrische Befürchtung autosuggestiv im Sinne einer Abschwächung der Vorstellungsinhalte. Wir können also zusammenfassend sagen, daß die hypochondrischen Befürchtungen, die sich auf ein psychisches Vermögen richten, im Verein mit der Selbstbeobachtungstendenz auf die Auffassung

dieses Vermögens assimilativ verändernd wirken. So können wir uns die Tatsache, daß die subjektiven Angaben den objektiven Befunden zu widersprechen scheinen, verständlich machen. Wie weit noch andere Faktoren dabei eine Rolle spielen, wird sich später zeigen.

Wir haben die Rolle der Selbstbeobachtung in der Depersonalisation — auch unter Heranziehung von Fällen — deshalb besonders ausführlich behandelt, weil sie in der *Schilderschen* Theorie den zentralen Faktor darstellt, wenn auch nach *Schilder* der Widerspruch in manchen Fällen ursprünglich auch anders repräsentiert sein kann. Es war somit von prinzipieller Wichtigkeit, die Frage zu beantworten, ob sich bei den Kranken wirklich nachweisen läßt, daß sie die psychischen Vollzüge während ihres Ablaufs krampfhaft beobachten. Es zeigte sich, daß dies in manchen Fällen (*Oesterreich*) statthat, daß in anderen (*Schilders*) Fällen die Selbstbeobachtung nur eine geringe Rolle spielt, so daß sie uns das Zustandekommen des Depersonalisationsphänomens nicht verständlich machen kann.

Und jetzt müssen wir hinzufügen, daß sich bei einer sehr großen Zahl von Depersonalisierten keine irgendwie nennenswerte Selbstbeobachtungstendenz findet. Wenn *Schilder* einwenden wollte, daß der Widerspruch in solchen Fällen eben anders repräsentiert ist, so müssen wir darauf hinweisen, daß sich in sehr vielen Fällen keine im Hintergrund stehenden, dem Vordergrunderlebnis widersprechenden Tendenzen aufweisen lassen, wie er dies ja auch von seinen eigenen Fällen zugegeben hat. Blieben schließlich die Fälle, in denen wirklich ein im Hintergrund des Erlebens stehendes Erlebnis sich nachweisen läßt, sei es ein Affekt, oder — wie im zitierten Beispiel des Musikstückes — andersartige Gedanken, so wird es sich dabei doch nur um eine Ablenkung handeln; das resultierende Erlebnis wird in diesen Fällen nur als depersonalisationsähnlich oder höchstens als ganz schwache Form der Depersonalisation aufzufassen sein. Dadurch wird aber keinesfalls ein so quälender Zustand hervorgerufen wie die Depersonalisation ihn in Wirklichkeit darstellt.

Von besonderem Interesse ist noch, daß *Schilder* in einer späteren Arbeit<sup>1</sup>, in der er einen Fall von Epilepsie mit Entfremdung der Wahrnehmungswelt beschreibt, ausführt, daß auch ein somatischer Prozeß den inneren Widerspruch darstellen kann, in vorliegendem Fall Parästhesien und Halluzinationen. Wir möchten glauben, daß hier der Begriff der Widersprochenheit doch etwas zu weit gefaßt ist.

Die *Schildersche* Theorie der Depersonalisation kann somit eine große Zahl von Fällen nicht befriedigend erklären und Begriffe, wie Unechtheit und Widersprochenheit des Erlebens scheinen uns über die tatsächlichen Schwierigkeiten einer Analyse leicht hinwegzutäuschen und sie eher zu verdecken als aufzuhellen.

<sup>1</sup> *Schilder*: Allg. Z. Psychiatr. 76.

Damit wollen wir die Kritik der *Schilderschen* Theorie vorläufig abschließen; auf einige mehr an der Peripherie stehende Fragen wird bei Besprechung der anderen Theorien eingegangen werden.

### 3. Die emotionalen Theorien der Depersonalisation.

Unter den Vertretern der emotionalen Theorien der Depersonalisation ist vor allem *Oesterreich* zu nennen, der im Gegensatz zu den intellektualistischen und sensualistischen Anschauungen eine Theorie entwickelt, die in einer allgemeinen Gefühlshemmung die Ursache der in der Depersonalisation auftretenden Entfremdung der Wahrnehmungswelt, wie auch der Störungen des Selbstbewußtseins, sieht. Die psychologischen Grundlagen zu dieser Theorie sind in den Anschauungen von *Th. Lipps*<sup>1</sup> über das Ich gegeben<sup>2</sup>. Alle Gefühle sind nach *Lipps* Ich-Gefühle, sie konstituieren das Ich. Aus dieser Auffassung des Ich, die *Oesterreich* in seinen wesentlichen Punkten sich zu eigen macht, folgert er, „daß eine Veränderung in den Gefühlsmassen stets auch eine Veränderung des Selbstbewußtseins mit sich bringt“<sup>3</sup>.

Und eine solche „Veränderung in den Gefühlsmassen“, und zwar im Sinne einer allgemeinen Hemmung glaubt *Oesterreich* als primäres Symptom, dem gegenüber die anderen Depersonalisationssymptome erst sekundär sind, in seinen Fällen aufweisen zu können.

Wir hatten bei Besprechung der Anschauungen *Schilders* einen Auszug aus *Oesterreichs* Fall Ka. gegeben, und zwar soweit wie von dem Wirken einer krampfhaften Selbstbeobachtung gesprochen wurde. Auch im weiteren Verlauf der Krankheitsgeschichte spielt die Selbstbeobachtung noch eine Rolle, aber nicht mehr in dem Maße wie bisher und vor allem treten jetzt Klagen über Gefühls- und Willensstörungen auf.

Zur Verdeutlichung der Anschauungen *Oesterreichs* sei die Fortsetzung der Krankengeschichte gegeben, die wir wegen des großen Umfangs nur auszugsweise geben können.

*Oesterreichs Fall Ka.* (Forts.).

„Es wurde mir oft sehr schwer, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren, so daß ich mehrere Male Mühe hatte, in der Unterhaltung zu folgen. .... Allmählich wurden auch die Gemüts- und Willensempfindungen schwächer. Ich fühlte den Ärger z. B. nur äußerlich in seinen physiologischen Reaktionen. Ich hatte weniger Aktivitätsgefühl. Es trat an seine Stelle aber kein Passivitätsgefühl.

Später hörten die Gemüts- und Willensempfindungen ganz auf. Es trat völlige Gefühls- und Willensstumpfheit ein. Keine Vorstellung, auch nicht die der mir liebsten Personen, vermochte irgendein Gefühl in mir zu wecken. Beim Handeln hatte ich nicht das Gefühl des Wollens. Ich handelte mechanisch.

Äußerlich handelte ich völlig normal. Auch meine Sprache war nicht eintönig. Sie brachte Gefühle zum Ausdruck, die ich günstigstenfalls nur andeutungsweise hatte.

<sup>1</sup> *Lipps*: Das Selbstbewußtsein: Grenzfrag. Nerv.- u. Seelenleb. 2.

<sup>2</sup> Zur Kritik der *Lippsschen* Anschauungen cfr. *A. Dyroff*: Das Selbstgefühl. Philos. Jb. 17 (1904).

<sup>3</sup> *Oesterreich*: J. Psychol. u. Neur. 9, 35.

Dieser Zustand wurde noch traumhafter, da allmählich auch fast alle Gedanken aufhörten, wenigstens zeitweise. Alles Selbstbewußtsein hörte auf. Das Bewußtsein blieb ganz klar. Es bestand eben nur noch Bewußtsein, aber kein Selbstbewußtsein mehr.

Am .. notierte ich vormittags: Innere Fremdheit nicht mehr so stark vorhanden. Gemeingefühl normaler. Sehr wenig Vorstellungen vorhanden; Gefühle und Wille fehlen. Doch lastet kein Druck mehr auf mir. Der Charakter der Lethargie ist dadurch verändert. Das Bewußtsein ist nicht so ständig wie früher von der Abnormität des Zustandes erfüllt....

Am Tage hatte ich das Gefühl, als wenn noch etwas fehle, um ganz wach zu sein. Ab und zu bestanden geringe Kopfschmerzen. Das Fremdheitsgefühl war noch etwas vorhanden. Das Ich-Gefühl war noch gering. Die Gedächtnisbilder der jüngsten Vergangenheit waren blaß. ...In der nächsten Zeit besserte sich das Befinden K.s unter leichten Schwankungen stetig weiter. Ungünstig wirkten besonders Unlustaffekte und längere Unterhaltungen, die stets als sehr anstrengend empfunden wurden. Es seien aus den weiteren Berichten nur einzelne bemerkenswerte Stellen wiedergegeben....

Am .. fühlte ich mich vormittags recht unwohl. Das Doppel-Ich war etwas verstärkt. Die Gesamtstimmung war schlecht, ärgerlich. Plötzlich änderte sich der Zustand. Es war, als wenn ich *wacher* würde. Das Selbstbewußtsein erhöhte sich.

Am 1. und 2. Dezember wurde der Fortschritt durch einen leichten Rückschlag unterbrochen. Am Tage vorher hatte ich einen Freund besucht und, obwohl ich nur 2 Stunden bei ihm war und die Unterhaltung nur ziemlich gleichgültige Dinge betraf, zeigten sich hinterher die genannten Erscheinungen sehr stark.... Der ganze Vorgang wirkte höchst deprimierend. Ich ärgerte mich geradezu wütend darüber. Doch schien der Ärger nicht die ganze Persönlichkeit zu ergreifen, zum Teil blieb die im Laufe der letzten Woche eingetretene innere Ruhe erhalten. Überhaupt hatte der Ärger etwas Fremdartiges an sich, als ob er nicht völlig zu mir gehörte. Auch war die Fähigkeit, ihn willentlich zu unterdrücken, sehr erheblich herabgesetzt. ..Im ganzen scheinen mir die physiologischen Begleiterscheinungen außerordentlich viel mehr gesteigert als die entsprechenden psychischen Vorgänge...

Aus späterer Zeit sei hier noch folgende Notiz wiedergegeben: „Der Schlaf ist ziemlich gut und nicht mehr so traumreich wie früher. Dagegen ist das Bewußtsein noch nicht wieder klar. Es ist mir noch immer traumhaft zumute. Auch die Gedanken sind daher noch stumpf, nicht klar und entschieden. Es besteht im ganzen noch Apathie.... Die Gefühlsbetonungen sind noch nicht normal, daher auch das ganze Persönlichkeitsgefühl nicht.“... Die Änderung der Gemeinempfindungen wohl gering. Hauptsächlich war wohl ihre Gefühlsbetonung herabgesetzt, wodurch sie so tot, fremd ichlos wurden. Vielleicht ist gerade diese durch die Gefühlstöne vermittelte Ich-Betonung der Organempfindungen für das Selbstbewußtsein auch in dieser Komponente desselben das Wesentlichste.

Das Fremdgefühl und das neue zweite Ich waren gegenüber dem normalen Zustand qualitativ neu, abnorm....

Ein sehr feines Reagens für meinen Zustand ist das folgende: Photographien mir bekannter Personen haben etwas Fremdes im Ausdruck. Hier konnte ich besonders deutlich konstatieren, daß die Gefühlstöne, die die Photographien sonst hervorgerufen, verdumft, nicht hell waren: Sie klangen nicht hell, sondern blieben dumpf. Namentlich die positiven Gefühle, aber auch die negativen.

.... Die Vorstellungen ganz unlebendig, wenig intensiv, sie stehen nicht recht vor mir, sind ganz dunkel. Sie treten mir nicht recht gegenüber, nicht vors Bewußtsein. Ihre Intensität ist äußerst herabgesetzt. Dumpf. Dies ein ganz eigentümlicher Zustand. Also erschöpft sich die ganze Erkrankung nicht in Gefühlsabschwächungen, sondern vor allem ist die *Bewußtseinsstärke aller Vorgänge, auch der rein intellektuellen*, herabgesetzt. Oder, wie ich mich früher einmal ausdrückte,

die Vorstellungen kommen mir durch das Lesen des Geschriebenen weit stärker zum Bewußtsein, als während ich sie niederschreibe. Aber keine wirklichen Hemmungsgefühle jetzt mehr dabei. Aber auch das Gefühlsleben ist schwächer als in gesundem Zustande. Ich-Gefühl geschwächt. Läßt die Gefühlsabschwächung zeitweise nach, so hebt sich auch das Selbstbewußtsein. Die Apperzeptionsspannung wohl auch nicht normal. Wird sie besonders erregt durch etwas, so scheint auch in diesem Falle das Selbstbewußtsein stärker, alles bewußter zu werden.

*Bei abnormem Zustand habe ich stets das Gefühl, nicht völlig wach zu sein*, auch jetzt wieder. Stets, ohne Ausnahme, besaß ich aber volle Einsicht in den Krankheitszustand....

Was an zweitem Ich-Gefühl jetzt noch auftaucht, ist bald mehr, bald auch weniger meinem eigentlichen Ich verwandt. Es sind Gefühlstöne mit intellektuellen, aber unklaren Regungen; Ich-Töne, die außerhalb des Zentral-Ichs liegen. Solche Ich-Gefühle treten nur auf, wenn das normale Ich verschleiert ist, kurz nur, *bei traumigen Zuständen*. Es ist dann stets das eigentliche Persönlichkeitszentrum nicht klar da. Sinnlose Einfälle werden etwas lebendiger, gefühls- und triebkräftiger als im vollen Wachzustande. ...Das Gefühl des „Schlafens“ ist gleichwohl übrigens jetzt geringer als früher. Ich fühle durchaus ganz leicht, spurhaft jene Seelenelemente, deren Fehlen bzw. abnorm geringe Intensität das traumige Gefühl hervorruft. Das Gefühl der Hemmung ist weg, trotz der partiellen Herabsetzung der psychischen Intensität. Der Gefühlszustand ist: Passive Leichtigkeit mit geringer Lustbetonung. Das Willensgefühl schläft. Würde dieses, wie die intellektuellen Prozesse, an Intensität zunehmen, so würde der Zustand wohl ganz normal werden.

Bei Affekten verstärkt sich die Gefühlsbetonung und dann überhaupt die Normalität des ganzen Zustandes.

Diese Unvollständigkeit der Persönlichkeit ist sehr unangenehm. Es ist alles wie in eine schleierhaftere, nebelartigere Art von Realität verwandelt. Nur die Ansätze zur vollen Realitätsbetonung fühle ich.

Seit der lebhaften Stimmung bin ich dauernd wie im Traume gewesen; erst heute begann wieder das Wachwerden des ganzen Menschen. Es ist vollkommen wie ein ständiges Wacherwerden.

In dem hier auszugsweise wiedergegebenen 2. Teil der Krankengeschichte des Ka. zeigt sich zunächst eine Verstärkung der psychasthenischen Beschwerden. Es tritt Übelkeit, Kopfdruck und Herzbeschleunigung auf und außerdem klagt Ka. über „viel Angstzittern“. Anschließend treten Klagen über ein allmähliches Schwächerwerden der Gemüts- und Willensempfindungen auf. Auch hier begegnen uns wieder die Klagen über das Traumhafte des Zustandes und Ka. hebt hervor, daß „dieser Zustand noch traumhafter“ wurde, bevor alles Selbstbewußtsein aufhörte.

Mit der Ausbildung dieses Symptomenkomplexes entwickelt sich dann ein Depersonalisationszustand und für diesen ist charakteristisch, daß er nicht immer in der gleichen Stärke fortbesteht, sondern es treten Schwankungen des Selbstbewußtseins auf. Dabei tritt an Stelle einer Aufhebung des Ich-Gefühls zeitweise das „Gefühl der inneren Fremdheit“ auf. Manchmal findet sich bei solchen Schwankungen auch das Gefühl, „als ob 2 Personen durcheinander gehen“. Für solche Zustände könnte man vielleicht annehmen, daß zeitweilig das normale Ich-Bewußtsein abwechselnd mit dem Automatenbewußtsein auftritt — oder auch das

Automatenbewußtsein abwechselnd mit dem Gefühl des fremden Ichs. Eine Entscheidung ist jedoch, da nähere Angaben fehlen, nicht möglich.

Diese Schwankungen des ganzen Zustandes erhalten bei der allmählich fortschreitenden Besserung eine stärkere Ausbildung. Ka., der akademisch gebildet ist, glaubt bei diesen starken Schwankungen einige Angaben über die Abhängigkeitsbeziehungen der krankhaften Erscheinungen machen zu können. Einige Autoren haben kritisch zu dem Fall Ka. hervorgehoben, daß diese psychologische Bildung des Patienten gefährlich sei und leicht zu falschen Schlußfolgerungen führen könne. Auch wir finden an manchen Stellen der Krankengeschichte reflexionspsychologische Irrtümer und wir müssen uns deshalb davor hüten, den Deutungen des Patienten ohne weiteres zu vertrauen und versuchen, das rein Erlebte von dem durch psychologische Theorien Gedeuteten zu trennen.

Aber unter Berücksichtigung dieser Kautelen seien doch einige seiner psychologischen Angaben über Abhängigkeitsbeziehungen herausgehoben, die sich später auch bei anderen Fällen wiederfinden.

Bei den positiven Schwankungen des Depersonalisationszustandes, worunter ein Normalerwerden des Zustandes verstanden wird, finden sich, sagt Ka., auch positive Schwankungen der Gefühlsbetonung und des Ich-Gefühls. Dies Normalerwerden faßt er als eine Wirkung des sich wieder einstellenden Gefühlslebens auf, er spricht von „Gefühlsbetonung“ und „Ich-Gefühl“. Bei einem Nachlassen der Gefühlsabschwächung hebe sich das Selbstbewußtsein, die Persönlichkeit werde vollständiger, was besonders bei auftretenden Affekten deutlich in Erscheinung trete.

Weiter hebe sich das Selbstbewußtsein, sobald sich eine „Apperzeptionsspannung“ entwickle. Wir werden später zeigen, daß das, was Ka. als Apperzeptionsspannung bezeichnet, sich im wesentlichen mit dem deckt, was wir unter Aktivitätsgefühlen verstehen.

Interessant sind auch die Angaben Ka.s über die negativen Schwankungen der Gefühle. In solchen Phasen tritt nach ihm ein Fremdheits-eindruck der äußeren Objekte auf. „Photographien mir bekannter Personen haben dann etwas Fremdes im Ausdruck. Hier konnte ich besonders deutlich konstatieren, daß die Gefühlstöne, die die Photographien sonst hervorrufen, verdumpft, nicht hell waren: Sie klangen nicht hell, sondern sie blieben dumpf<sup>1</sup>.“

Von den Gemeinempfindungen schließlich meint Ka., daß ihre Änderung wohl gering sei und daß hauptsächlich ihre Gefühlsbetonung herabgesetzt sei, „wodurch sie so tot, fremd, ichlos werden“.

Nachdem wir jetzt den Fall Ka. in seiner Gesamtheit überblicken können, erkennt man deutlich, daß 2 verschiedene Depersonalisationszustände vorliegen, verschieden sowohl in ihrer Entstehungs- wie auch in ihrer Erlebnisweise.

<sup>1</sup> Oesterreich: a. a. O. Bd. 7, S. 271, s. auch S. 49.

Bei dem ersten Depersonalisationszustand standen im Vordergrund die Klagen über die starke, fast zwangsmäßige Selbstbeobachtung, wobei die Selbstbeobachtung nicht erst nach Ablauf der psychischen Prozesse einsetzte, sondern sich schon während ihres Verlaufs auf sie richtete.

Wir hatten in diesem Depersonalisationszustand ein Beispiel des *Schilderschen* Modus gesehen.

Nun ist aber auch *Oesterreich*<sup>1</sup> natürlich die starke, zeitweilig fast zwangshafte Selbstbeobachtung, die sich bei einer Reihe von Depersonalisierten findet, nicht entgangen. „In der Tat“, sagt *Oesterreich*<sup>2</sup>, „beruhte der Eintritt der Depersonalisation bei Ka. und Prau wenigstens zum Teil wohl direkt auf der Überwucherung der Selbstbeobachtungsfunktionen, wie denn beide selbst der Meinung waren, daß energische Ablenkung nach außen den Eintritt der Depersonalisation vielleicht hätte abwenden können“. Diese Selbstbeobachtungstendenzen sind nach *Oesterreich* aber nicht primär, sondern erst eine Folge der emotionellen Störung. Der abnorme Zustand, in dem die Kranken sich befinden, ziehe natürlich die passive und aktive Aufmerksamkeit auf sich und so entstehe eine weitere Steigerung der intellektuellen Hemmung. Andererseits soll auch die mit dem abnormen seelischen Zustand — gemeint ist wohl emotional gestörten Zustand — verbundene „Herabsetzung der objektiven Interessen eine Hauptursache der unablässigen Selbstbeobachtung“<sup>3</sup> darstellen. Mit dieser Herabsetzung der objektiven Interessen meint *Oesterreich* wohl etwas ähnliches, wie das später *Schilder* ausgeführt hat, wenn er davon spricht, daß „die Zuwendung aus voller Persönlichkeit“ gehemmt sei. Hier müssen wir noch ergänzend hinzufügen, daß *Schilder* bei Besprechung der Wahrnehmungen der Depersonalisierten hervorhebt, daß man nicht eine eindeutige Folge zwischen Mangelhaftigkeit des Erfassens und der Selbstbeobachtung aufstellen könne. „Man kann nicht ohne weiteres sagen, die Mangelhaftigkeit des Erfassens ist primär, die Selbstbeobachtung sekundär oder umgekehrt. Psychisch verständlich ist sowohl das eine als das andere“<sup>4</sup>. Man müsse stets die beiden Möglichkeiten beachten: Einmal, daß der Widerspruch in der Tendenz zur Beobachtung des Wahrnehmungsaktes gegeben ist und sodann, „daß nicht irgendwie plötzlich Selbstbeobachtung einsetzt, sondern, daß irgendein tieferer Affekt die Zuwendung aus voller Persönlichkeit hindert und sekundär erst Selbstbeobachtung hervorruft, die ihrerseits einen neuen Widerspruch gegen die Versenkung in die Dingwelt darstellt“. Im ersten Fall bleibt bei *Schilder* ungeklärt, woran sich diese Selbstbeobachtungstendenz entwickelt. Wir glauben, daß die Selbstbeobachtungstendenzen sich erst auf der Grundlage eines schon veränderten Erlebens entwickeln, dessen Grundlagen später auf-

<sup>1</sup> *Oesterreich*: l. c. 8, 233f.

<sup>2</sup> *Oesterreich*: Die Phänomenologie des Ich. S. 293.

<sup>3</sup> *Oesterreich*: J. Psychil. u. Neur. 8, 234. <sup>4</sup> *Schilder*: l. c. S. 68.

gezeigt werden sollen. Von der einfachen Ablenkung sehen wir dabei ab, denn die dadurch bedingten Erscheinungen sind — wie erwähnt — nur als depersonalisationsähnlich anzusehen.

Auch im vorliegenden Fall Ka. möchten wir die krampfhaftes Selbstbeobachtung auf ein schon verändertes Erleben beziehen. Und diese Veränderung findet ihren Ausdruck in den immer wiederkehrenden Klagen über das eigenartig *Traumhafte des Erlebens*. Wir werden darauf noch ausführlich zurückkommen.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung tritt bei Ka. ein zweiter Depersonalisationszustand auf, von dem wir sagten, daß er sowohl in seiner Entstehungs- wie Erlebnisweise von dem erstgenannten verschieden sei. Dieser zweite, qualitativ andersartige Depersonalisationszustand setzt nach einer voraufgehenden Verstärkung der psychasthenischen Beschwerden mit Klagen über Störung der Gefühle, des Willens sowie der Strebungen ein. Und es wirft sich hier nun die Frage auf, ob auch diese Klagen über Gefühls- und Willensstörungen durch das Wirken einer starken Selbstbeobachtungstendenz bestimmt werden. Zuvor klagte Ka. über eine Hemmung durch die Selbstbeobachtung, und auch jetzt finden sich vereinzelt noch solche Angaben; aber überblickt man die ganze Krankengeschichte, so zeigt sich doch, daß die Selbstbeobachtungstendenzen jetzt sehr in den Hintergrund getreten sind, was auch aus einigen Angaben des Ka. deutlich wird. „Alles Selbstbewußtsein ist geschwunden“, sagt er, „aber das Bewußtsein ist klar“. Aus dieser Äußerung kann man entnehmen, daß von einer abnorm starken Selbstbeobachtungstendenz jetzt sicher nicht mehr gesprochen werden kann. Während Ka. früher des öfteren auch von einem starken Druck sprach, der auf ihm lastet, gibt er jetzt anläßlich der Klagen über Aufhebung der Gefühle und des Willens an, daß dieser Druck geschwunden sei. Auch dies scheint uns darauf hinzuweisen, daß jetzt keine krampfhaftes Selbstbeobachtung mehr besteht. Und schließlich gibt Ka. mit eintretender Besserung an, daß das „Vollständigerwerden“ der Persönlichkeit vom Klarerwerden der Gefühle und Aktivitätsgefühle abhängt, aber nicht etwa von dem Nachlassen einer zwangsmäßigen Selbstbeobachtungsspannung.

Somit kann für die zu weit auftretende Depersonalisation nicht mehr eine krampfhaftes Selbstbeobachtungstendenz verantwortlich gemacht werden. Diese Form der Depersonalisation, die sich in der geklagten Selbstbewußtseinsstörung repräsentiert, ist charakterisiert durch ein Fehlen des normalen Ich-Gefühls, durch den Eindruck, ein Automat, d. h. ein anderer zu sein und schließlich durch einen Fremdheitseindruck der äußeren Objekte. Fehlendes Ich-Gefühl und fehlendes Gefühl des Willens drängen hier zu einer Vergleichung mit dem normalen Zustand — worauf zuerst *Janet* eindrucklich hingewiesen hat — und der Kranke erlebt das peinliche Bewußtsein der Unvollständigkeit der Persönlichkeit.



Wenn Ka. angibt, daß mit dem Eintreten von Affekten das alte Ich-Bewußtsein wieder auftrete, so läßt sich dies nach *Oesterreich*, der die psychologischen Anschauungen von *Lipps* vertritt, ohne weiteres verständlich machen, da ja nach *Lipps* alle Gefühle Ich-Gefühle sind. Vertritt man jedoch die Auffassung, daß nicht alle Gefühle mit Ich-Bewußtsein einhergehen<sup>1</sup>, eine Anschauung, der wir uns anschließen, so ist das Wiederauftreten des alten Ich-Bewußtseins nicht ohne weiteres verständlich.

Jedoch läßt sich der Mechanismus dann leicht verständlich machen wenn man beachtet, daß in den Affekten Organempfindungen<sup>2</sup> stecken, mit denen das Bewußtsein vom eigenen Leib gegeben ist. Nach *G. Störring*<sup>3</sup> besteht die erste Phase in der Entwicklung des Ich-Bewußtseins darin, daß das Individuum dazu kommt, seinen Leib als fühlend und begehrend aufzufassen im Gegensatz zu den Körpern der Außenwelt. Der fühlende und begehrende Leib ist danach die erste Form des Ich-Bewußtseins. Und diese Form wird hier durch die Affekte zu Bewußtsein gebracht.

Zahlreich sind die Klagen über das Traumhafte des ganzen Zustandes. In den abnormen Zuständen, sagt Ka., habe er das Gefühl, nicht völlig wach zu sein. Er spricht von einem zweiten Ich-Gefühl, das dann auftauche, „wenn das normale Ich verschleiert sei, kurz nur bei traumigen Zuständen“. Diesen Eindruck traumhafter Benommenheit möchten wir in engsten Zusammenhang mit der Entwicklung des Depersonalisationszustandes bringen und er scheint uns — das sei schon vorweggenommen — den Depersonalisationszustand besser verständlich machen zu können als dies vom Standpunkt einer emotionalen Theorie aus möglich ist.

Damit wollen wir die Besprechung des Falls Ka. abschließen und es könnte nun naheliegen, den im vorigen Abschnitt herangezogenen Fall Prau ebenfalls in seinem weiteren Verlauf ausführlich darzustellen und kritisch zu besprechen. Da sich dort jedoch ganz ähnliche Mechanismen wie in dem eben beschriebenen Fall aufzeigen lassen, sei darauf verzichtet, und wir wollen nur mit wenigen Worten einige wichtige Stellen herausheben.

Nachdem bei Prau durch psychotherapeutische Behandlung die krampfhaftige Selbstbeobachtung beseitigt war, merkte er, „daß noch andere Hemmungen da waren, die offenbar die elementaren waren, nämlich Gefühlshemmungen“. Dabei interessiert uns, wie auch im vorangehenden Fall Ka., die Frage vorläufig nicht, ob die geklagten Störungen der Gefühle primär sind, oder ob sie erst Folge einer anderen Störung sind. Eins aber läßt sich wohl mit Sicherheit sagen, daß nämlich die jetzt geklagten Störungen nicht mehr auf Selbstbeobachtungs-

<sup>1</sup> *Störring, G.*: Psychologie des menschlichen Gefühlslebens.

<sup>2</sup> *Störring, G.*: l. c. S. 12.

<sup>3</sup> *Störring, G.*: Psychopathologie S. 295, Psychologie S. 301.

tendenzen zurückzuführen sind, denn Prau beginnt mit der Abfassung seiner Dissertation, was sich mit dem Fortwirken einer krampfhaften Selbstbeobachtung im *Schilderschen* Sinne keinesfalls vereinbaren läßt.

Es findet sich hier sodann eine eigentümliche Erscheinung, auf die wir noch kurz eingehen wollen. Während der Bearbeitung seines Dissertationsthemas macht Prau die interessante Angabe, daß er den Eindruck habe, das Niedergeschriebene sei ohne sein geistiges Zutun entstanden, er habe es rein mechanisch niedergeschrieben. Beim Wiederdurchlesen sei es ihm fremd, als ob es ein anderer geschrieben habe. Diesen interessanten Tatbestand glauben wir verständlich machen zu können, wenn wir berücksichtigen, daß Prau sein „Quantum“ niedergeschrieben hat, weil es ihm aufgetragen war. Wir möchten hier annehmen, daß durch die Fremdsetzung zur Erfüllung der bestimmten Aufgabe eine Erleichterung zum Vollzug dieser Aufgabe vorhanden war. Nach der Erledigung kann sich der Kranke nicht mehr in den früheren Ich-Zustand zurückversetzen<sup>1</sup>, der beim Vollzug der Aufgabe bestand, eben weil die aktivierende Fremdsetzung in Wegfall gekommen ist. Durch die Unmöglichkeit, sich den früheren Ich-Zustand in seiner Gesamtheit zu reproduzieren, entsteht dann beim späteren Betrachten des Geschriebenen der Eindruck des Mechanischen, ohne geistiges Zutun Entstandenen. Diese Unvollständigkeit des reproduzierten Ich-Zustandes hängt anscheinend hier mit einer Herabsetzung der Willensgefühle und der allgemeinen Vitalspannung zusammen. Nach Besprechung der Aktivitätsgefühle und ihrer Bedeutung für das Ich-Bewußtsein wird der hier aufgezeigte Mechanismus in seiner Bedeutung voller erkannt werden können.

Fassen wir zusammen: Eine allgemeine Herabsetzung der Gefühle, in einzelnen Fällen sogar eine völlige Aufhebung, ist nach *Oesterreich* die Ursache der Depersonalisation. In der „Phänomenologie des Ichs“ erweitert er diese Anschauung dahin, daß er ein individuelles Lebensgefühl annimmt, das den Kern des Persönlichkeitsbewußtseins ausmache. Auch dieses zentrale Lebensgefühl sei in der Depersonalisation gehemmt<sup>2</sup>. Demgegenüber seien die gewöhnlichen Gefühlszustände, die Affekte und Stimmungen mehr peripherer Natur und das Depersonalisationserlebnis sei wesentlich bedingt durch die Hemmung dieses zentralen Lebensgefühls, da eine Hemmung der peripheren Gefühle allein nur jenem Zustand entsprechen würde, „in welchem wir sind, wenn wir einige Augenblicke gedankenlos ins Blaue starren, Momente, in denen unser Selbstbewußtsein keineswegs erloschen ist“.

Das zentrale Lebensgefühl, oder psychische Gemeingefühl, wie es *Oesterreich* auch bezeichnet, ist ein komplexes Verschmelzungsprodukt und enthält außer Gefühlen auch Spannungen. Durch die Annahme

<sup>1</sup> Vgl. *Störring, G.*: Psychologie S. 311f.

<sup>2</sup> *Oesterreich*: Phänomenologie des Ich. S. 322f.

eines solchen Lebensgefühls erfährt die *Oesterreichsche* Theorie zweifellos eine wertvolle Ergänzung. Es wird sich später zeigen, inwieweit wir uns in dieser Anschauung mit ihm berühren.

Zur *Kritik der emotionellen Theorie Oesterreichs* führt *Schilder* als wichtigsten Einwand an, daß bei den Kranken, die über Hemmung bzw. Aufhebung ihrer Gefühle klagen, dennoch diese Gefühle vorhanden seien, was man aus dem Auftreten der Ausdrucksbewegungen der Gefühle erschließen könne. Auf diesen Widerspruch zwischen dem objektiven Verhalten der Kranken und ihren Angaben hat schon *Bernard Leroy*<sup>1</sup> hingewiesen, der von einer seiner Kranken angibt: „Wenn ihre Kinder kommen, so sieht sie dieselben mit Freuden und umarmt sie zärtlich, aber sie behauptet, daß ihre Gegenwart ihr indifferent sei. Sie wird beim Sprechen lebendig und alles in ihrer Sprache und ihrem Geist zeigt, daß sie keineswegs apathisch ist<sup>2</sup>.“ Ebenso sagt *d'Allonnes*<sup>3</sup> von seiner Kranken Alexandrine, daß sie trotz gegenteiliger Angaben deutlich sämtliche objektiven Zeichen der Gemütsbewegung aufwies. Dieser Widerspruch zwischen den Angaben der Kranken und den objektiv nachweisbaren Ausdrucksbewegungen ist auch *Oesterreich* nicht entgangen, und er weist in seinen eigenen Fällen selbst auf solche Divergenzen hin. Aber er zieht daraus nicht wie *Leroy* den Schluß, daß die Kranken also trotz ihrer gegenteiligen Angaben Gefühle haben, sondern umgekehrt hält er die Angaben der Kranken über fehlende Gefühle für unzweifelhaft richtig. *Oesterreich* argumentiert nun weiter: Da die Kranken trotz fehlender Gefühle Ausdrucksbewegungen und keine Störungen der Empfindungen aufweisen, ist dies „ein Experiment der Natur“ gegen die Richtigkeit der *James-Langeschen* Theorie. Auch abgesehen davon, daß die Theorie von *James-Lange* in ihrer ursprünglichen Form heute nicht mehr aufrechterhalten wird<sup>4</sup>, ist die Argumentation *Oesterreichs* nicht stichhaltig, die sich einfach auf dem Glauben an die Richtigkeit der Angaben der Kranken über fehlende Gefühle aufbaut<sup>5</sup>.

Die Annahme, daß bei den Kranken eine völlige Aufhebung der Gefühle, wenigstens auf der Höhe der Erkrankung eintritt, bringt *Oesterreich* bei seinen allgemeinen psychologischen Auffassungen in große Schwierigkeiten. Ein Zustand von völliger Aufhebung der Gefühle müßte ja dann ein völlig ichloser Zustand sein, ein solcher läßt sich jedoch nie konstatieren, denn wenn der Kranke über einen Zustand fehlenden Ichs klagt, muß doch immer noch ein „Ich“ da sein, das diesen Zustand zum Gegenstand der Betrachtung macht. Dieser Schwierigkeit ist sich auch *Oesterreich* bewußt geworden und er nimmt deshalb an, daß man

<sup>1</sup> *Leroy, Bernard*: IB. Congres international de psychologie.

<sup>2</sup> Übersetzung nach *Oesterreich*. <sup>3</sup> *d'Allonnes*: Revue philos. 60.

<sup>4</sup> Vgl. dazu *Störring, G.*: Psychologie des menschlichen Gefühlslebens S. 7f.

<sup>5</sup> S. auch *Schneider, K.*: Z. Neur. 65, der angibt, daß *Oesterreich* zu seiner Theorie gekommen sei, weil er den Kranken die Klagen über Gefühlskälte glaubt.

auch bei völliger affektiver Hemmung den Zustand, in dem sich dann das Subjekt befindet, noch als „Gefühlszustand“ bezeichnen könne. Es sei jedoch eine von den normalen Gefühlen völlig verschiedene Zuständlichkeit, aber eben doch eine Zuständlichkeit des Subjektes. „Es handelt sich hier um den Zustand, in den das Subjekt gerät, wenn alle normalen Gefühle aufhören, ohne daß es selbst ins Nichts zurücktritt; d. h. es handelt sich um einen qualitativ eigenartigen Zustand des Ichs, und wir haben es hier mit einem der seltenen Fälle zu tun, in denen pathologische Vorgänge qualitativ Neues im Seelenleben hervorbringen, während sie sonst ja qualitativ neue Prozesse nicht entstehen zu lassen pflegen<sup>1</sup>.“ Diese Entwicklungen *Oesterreichs* erscheinen uns etwas konstruktiv. Es führt dies zu dem Problem des Ich als Subjekt und Ich als Objekt, worauf erst später eingegangen werden soll. Aber diese Hypothese *Oesterreichs* ist eben für ihn notwendig gewesen, einmal auf Grund seiner psychologischen Allgemeinanschauungen und dann vor allem deshalb, weil er annimmt, daß bei der Depersonalisation in manchen Fällen eine völlige affektive Hemmung auftrete.

Wenn sich auch aus unseren theoretischen Anschauungen über die Gefühle, wie auch aus den einzelnen Fällen, die ja die Ausdrucksbewegungen von Gefühlen zeigen, nicht annehmen läßt, daß bei der Depersonalisation eine völlige affektive Hemmung auftritt, so ist doch damit noch keineswegs gesagt, daß die Gefühle nicht abgeschwächt oder qualitativ verändert sein können. In den Fällen, in denen eine krampfhafteste Selbstbeobachtungstendenz vorliegt, wird diese sicherlich auch die Gefühle im Sinne einer Abschwächung stören, und wenn in einem solchen Fall der Kranke dann aus Anlaß irgendeines Ereignisses plötzlich mit dem vollen Ausdruck der Freude lacht, so ist damit nur bewiesen, daß die Introversion, die zu einer Abschwächung der Gefühle geführt hat, — für kürzere oder längere Zeit — durchbrochen worden ist. In Fällen krampfhafter Selbstbeobachtung des Verlaufs eigener Gefühlsbewegungen kann es wohl durch diese ständigen auf Vergegenständlichung drängenden Tendenzen dazu kommen, daß die Gefühle als fremdartig bezeichnet werden. So spricht Ka., bei dem solche Tendenzen in ausgeprägtem Maße aufweisbar sind, davon, daß der Ärger etwas Fremdartiges an sich hatte. Es wäre dies der Mechanismus, den *Schilder* als unechtes Fühlen bezeichnen würde, wobei aber zu beachten ist, daß dies nur für einen geringen Teil der Fälle, die über Gefühlsstörung klagen, zutrifft. Zweifellos finden sich noch Störungen der Gefühle, die nicht auf die oben beschriebenen Tendenzen zurückzuführen sind und von denen im zweiten Teil ausführlicher die Rede sein soll.

Wir haben aber keine Veranlassung, den Angaben der Kranken, daß ihre Gefühle abgeschwächt bzw. verändert seien, zu mißtrauen. Auch

<sup>1</sup> *Oesterreich*: Phänomenologie des Ich. S. 325.

wenn die Kranken davon sprechen, daß die Aktivitätsgefühle beim Handeln und Denken aufgehoben sind, so erkennen wir das an, ebenso, wenn sie von ihren Gemeingefühlen sagen, daß sie tot und fremd sind und von dem von den Organempfindungen abhängigen Körper-Ich, daß es einen fremden Eindruck macht.

Wenn die Kranken aber etwa sagen, sie hätten gar keine Gefühle mehr, so möchten wir dieser Angabe kein Vertrauen schenken. Die Kranken vollziehen hier in ihren Klagen eine vorschnelle Verallgemeinerung, nachdem sie etwa, wie der Kranke Ka., konstatiert haben, daß sie kein Gefühl mehr beim Handeln und Denken haben und daß sie beim Gedanken an Freunde und Verwandte keine Freude mehr erleben. Aber auch in den Angaben des Ka. finden sich Widersprüche: Nachdem er behauptet hat, daß er gar *keine* Gefühle mehr habe, sagt er in den ausführlichen weiteren Selbstschilderungen über diesen Punkt, er habe allerdings noch „gewisse Empfindungen“ (womit doch augenscheinlich gewisse gefühlsähnliche Tatsachen gemeint sind) und weiter, daß noch „andeutungsweise“ Angstgefühle auftreten.

Nun läßt sich gegen die rein emotionelle Theorie der Depersonalisation aber vor allem anführen, daß es zahlreiche Fälle gibt, in denen nicht von einer Störung der Gefühle gesprochen wird. Der ausführlich wiedergegebene Fall Ka. zeigt bei der ersten Depersonalisationsattacke noch keine Gefühlsstörungen, jedenfalls wird nicht über solche Störungen geklagt. Dasselbe gilt auch für Frau. Auch in dem zitierten Fall des Oberst *Krishabers* entwickelt sich ein Depersonalisationszustand, ohne daß dafür Störungen der Gefühle verantwortlich gemacht werden können. Dasselbe gilt von einigen Fällen *Janets*. Man wird natürlich bei der engen Verbundenheit des psychischen Gesamts nicht erwarten können, daß die Fälle, in denen sich keine Störung der Gefühle findet, überaus zahlreich seien, und es ist nicht ausgeschlossen, daß bei Fällen, die nicht über Gefühlsstörungen sprechen, sich bei genauerer Exploration nicht solche hätten finden lassen. Darauf kommt es aber natürlich nicht an, sondern es müßten diese Störungen primär sein und so im psychischen Gesamt stehen, daß sie zwanglos als Ursache zur Entwicklung des Depersonalisationsphänomens herangezogen werden können. Das ist aber in vielen Fällen nicht der Fall, und somit können wir uns die *Oesterreichsche* Theorie der Depersonalisation nicht zu eigen machen.

Auf eins muß noch hingewiesen werden. Wenn auch nach *Oesterreich* die Herabsetzung der Gefühle eine allgemeine sein soll, ohne daß besondere Gruppen von Gefühlen — etwa die höheren — davon ausgeschlossen sind, so weist *Oesterreich* doch darauf hin, daß in einzelnen Fällen hauptsächlich die *Aktivitätsgefühle* gestört sind. Dem Fehlen dieser Aktivitätsgefühle wurde auch von *Pick* eine besondere Rolle beim Zustandekommen der Depersonalisation zugeschrieben. Bevor wir jedoch darauf näher eingehen, sei einiges zur Psychologie dieser Gefühle gesagt.

Die Aktivitätsgefühle sind als besondere Gruppe von Gefühlen zuerst von *G. Störring*<sup>1</sup> aufgewiesen und analysiert worden. Aktivitätsgefühle sind nach *G. Störring* Willensgefühle, die sowohl bei äußeren Willenshandlungen (Handlungen), wie auch bei inneren Willenshandlungen (Aufmerksamkeitsprozessen und Denkprozessen) auftreten. In dem Willensgefühl „stecken die Gefühle, welche bei Realisierung der gedachten Betätigung mitwirken, und sodann Spannungsempfindungen... diese Spannungsempfindungen gehen mit den auf Realisierung der Betätigung hindrängenden Gefühlen eine Verschmelzung ein und geben diesen Gefühlen damit einen aktiven Charakter“<sup>2</sup>. Bei den Aktivitätsgefühlen handelt es sich also nicht um einfache Gefühlszustände, sondern um Verschmelzungsprodukte aus Gefühlen und Spannungsempfindungen. Es erscheint wichtig, dies festzuhalten. Zum Ich-Bewußtsein stehen die Aktivitätsgefühle nach *G. Störring* deshalb in besonders enger Beziehung, weil das naive Individuum glaubt, in diesen Gefühlen „den eigenen Willen als Ursache einer körperlichen oder geistigen Veränderung unmittelbar zu erfassen“<sup>3</sup>. Es wird also in den Aktivitätsgefühlen eine *Ursächlichkeit* des wollenden Ichs erfaßt, die sich sowohl auf die körperlichen wie auf die geistigen Vollzüge erstreckt. Über die Wirkungen der Aktivitätsgefühle sagt *G. Störring*, daß sie „auf die Reproduktion der körperlichen und geistigen Seite des Ich-Bewußtseins“ hinwirken.

„Indem die Aktivitätsgefühle Spannungsempfindungen enthalten, tendieren sie zur Reproduktion des Bewußtseins vom eigenen Leibe. Die Gefühlszustände andererseits, welche in den Aktivitätsgefühlen liegen, tendieren in manchen Fällen zur Reproduktion der geistigen Komponenten des Ich-Bewußtseins. Das ist besonders der Fall bei solchen Aktivitätsgefühlen, welche in Willensakten auftreten, die sich auf das Bewußtsein der Grundsätze des Individuums gründen. So bedingen die Aktivitätsgefühle die Auffassung unseres leiblich-geistigen Wesens als eines einheitlichen...“<sup>4</sup>. „Der eigentliche Kern und Mittelpunkt unseres Selbst“, sagt *James*, „so wie wir es kennen, das wahre Heiligtum unseres Lebens, ist das Aktivitätsbewußtsein, das mit gewissen inneren Zuständen verknüpft ist“<sup>5</sup>.

Das Aktivitätsgefühl bildet nach *G. Störring* eine der Komponenten des Ichbewußtseins und eine Störung dieses Gefühls bedingt die Erscheinungen des Automatismus, über die viele Depersonalisierte klagen. Aus den vorstehenden psychologischen Erläuterungen wird dies leicht

<sup>1</sup> *Störring, G.*: Psychopathologie S. 289f. und Psychologie S. 211f.

<sup>2</sup> *Störring, G.*: Psychologie S. 223.

<sup>3</sup> *Störring, G.*: Psychopathologie S. 291, vgl. dazu auch *Gies, K.*: Experimentelle Untersuchungen über den Willen mit Berücksichtigung der Entstehung des Bewußtseins der Willensfreiheit. Arch. f. Psychol. 74 (1929), sowie *Skawran, P.*: Experimentelle Untersuchungen über den Willen. Arch. f. Psychol. 58 (1927).

<sup>4</sup> *Störring, G.*: Psychologie. S. 299.

<sup>5</sup> *James, W.*: Psychologie. S. 180.

verständlich, es fehlt dann den Kranken bei den Willenshandlungen das Gefühl der Ursächlichkeit des wollenden Ichs.

Ein Fall *Picks*<sup>1</sup> zeigt sehr schön diese Störung: Eine 33jährige Gastwirtsfrau hatte plötzlich, nachdem sie sich am Tage zuvor noch gesund gefühlt hatte, „so ein Gefühl von Bewußtloswerden, wie wenn sie ihre Gedanken verlöre“. Seither habe sie das Gefühl, „daß alle ihre Handlungen nicht von ihr ausgehen, was sie tue, was sie denke, das komme nicht von ihr, das sei nicht ihr Geist, nicht ihre Gedanken, sie erkenne nicht, daß sie das sei, die wirklich denke und handle.“ Diese Klagen bringt sie immer wieder vor, gibt auch an, sie sehe alles wie im Traume. Ähnliche Angaben finden sich bei zahlreichen Kranken. Ich bin eine Maschine, ich bin ein Automat, sagen die Kranken *Janets*. Der Kranke *Balls*<sup>2</sup> gibt an, er müsse handeln wie früher, ohne zu wissen warum, alles sei bei ihm mechanisch und geschehe unbewußt. *Oesterreichs* Kranker Ka. gibt an: „Beim Handeln hatte ich nicht das Gefühl des Wollens... Das Handeln vollzog sich mechanisch...“ Es fehlte überhaupt das Aktivitätsgefühl bei allen psychischen Prozessen. Diese Beispiele ließen sich beliebig vermehren (ich verweise auf die ausführliche Kasuistik in *Schilders* Monographie); immer sprechen die Kranken vom „Gefühl“ des Automatischen, Mechanischen, als ob sie es nicht selbst seien.

Unter den emotionellen Theorien der Depersonalisation ist auch die *Löwys*<sup>3</sup> zu nennen, die in der Einleitung bereits kurz gestreift wurde. Nach *Löwy* ist bei der Depersonalisation das Gefühl, psychisch tätig zu sein, gestört und er bezeichnet dies Gefühl als Aktionsgefühl.

Zwischen Aktionsgefühl und dem, was wir als Aktivitätsgefühl bezeichnet haben, bestehen nun gewisse Beziehungen, und es ist deshalb nötig, auf die Anschauungen *Löwys* genauer einzugehen, um die Unterschiede klarzulegen.

*Löwy* beschrieb den Fall einer 22jährigen Studentin, die im 19. Lebensjahr ein schweres psychisches Trauma hatte. Sie war anwesend, als ein Lehrer, den sie sehr schätzte, Suicid beging. Damals habe ihre Krankheit begonnen, 2—3 Monate später sei ein Zustand von „nur Geist“ aufgetreten. In der Folgezeit wechselten 3 verschiedene Zustände ab, die sie als angenehme, unangenehme und gleichgültige Zustände bezeichnet. In den angenehmen Zuständen gibt sie an, ihren Körper sehr schwer zu fühlen und ihn doch nicht zu fühlen. „Ich fühlte ihn nicht für mich, sondern nur für ihn selbst.“ Sie wußte von ihrem Körper, er ging sie jedoch nichts an. Bisweilen fühlte sie einen Arm oder ein Bein nicht, und auf einmal war der ganze Körper betroffen. Die Gegenstände erschienen wie mit einem leichten Schleier überzogen, die Menschen sind ihr fremd, Gefühle spüre sie in diesen Zuständen nicht.

<sup>1</sup> *Pick, A.*: Zur Pathologie des Ich-Bewußtseins. Arch. f. Psychiatr. 38.

<sup>2</sup> *Ball, M.*: La folie du doute. La revue scientifique 1882.

<sup>3</sup> *Löwy*: a. a. O.

Während der unangenehmen Zustände hatte sie kein Selbstgefühl, wußte nicht, ob sie existierte, sie fühlte den Körper nicht, sie denke nicht. Vor dem Spiegel glaubt sie, daß sie eine andere sei, auch jetzt fehle das Gefühl.

In den gleichgültigen Zuständen wisse sie, daß sie existiere, es fehle ihr jedoch das Gefühl geistiger Tätigkeit, sie antworte nur mechanisch. Trotz der Behauptung, interesselos zu sein, interessiert sie sich lebhaft für ihre Behandlung, hat den lebhaften Wunsch nach Genesung, versieht sich mit Verhaltensmaßregeln und dankt lebhaft für die Behandlung.

In der Besprechung des Falles hebt *Löwy* hervor, daß die Kranke bei allem (Denkakten, Willensakten, Gefühlsakten) etwas vermisste. Trotzdem sie die Akte an sich wahrnehme, könne sie sich nicht als Erzeugerin dieser Akte fühlen, sie komme sich als unbeteiligte Zuschauerin, als leblos, interesselos, als ein Automat ohne Gedanken vor. Auf Vorhalt gibt sie wohl zu, zu denken, betont aber, daß sie es nicht fühle, nicht merke, wenn sie denke. Sie wußte wohl, daß sie sich bewegte, aber es sei, „als ob sie das Gehen nicht gemacht habe“. Was ihr fehlt ist nach *Löwy* das Gefühl der Aktivität. *Löwy* verweist auf die verschiedenen Definitionen des Begriffes des Aktivitätsgefühls, er weist darauf hin, daß ein Teil der Autoren darunter nur die Angaben der Kranken verstehe; sie fühlten nicht, daß sie handeln, daß sie sich bewegen; während nach anderen Autoren zum Begriff der Aktivitätsgefühle auch gehöre, daß die Kranken ihr Denken nicht bemerken.

Dieser Begriff muß nun nach *Löwy* erweitert werden, da ein Verlust des Aktivitätsgefühls im allgemeinen bestehe, d. h. auf dem gesamten Gebiet des psychischen Geschehens. „Solchen Kranken fehlt überhaupt das Gefühl, psychisch tätig zu sein, obzwar sie natürlich augenfällig geistig tätig sind.“

Diese sich auf das Gebiet des gesamten psychischen Geschehens erstreckenden Aktivitätsgefühle bezeichnet *Löwy* nun als Aktionsgefühle.

Neben diesen allgemeinen Aktionsgefühlen gibt es nach *Löwy* noch gewisse spezielle Formen des Aktionsgefühls, die neben den allgemeinen Aktionsgefühlen bestehen, wie z. B. das Impulsgefühl, das Initiativegefühl, welche beiden Formen dem Aktionsgefühl im engeren Sinne entsprechen würden. Bei ein und demselben Akt besteht also ein allgemeines und auch ein spezielles Aktionsgefühl nebeneinander, von denen eins auch fehlen kann.

Ebenso wie es ein Impulsgefühl beim Handeln gibt, besteht beim Perzipieren der Vitalempfindungen ein Aktionsgefühl. Aus den Äußerungen der Kranken, die angibt, sie wisse nicht, ob ihr Körper sei oder nicht, gehe hervor, daß nicht die Kenntnis des Körpers fehle, d. h. „es fehlen nicht etwa die dauernden Eindrücke, welche die Kenntnisnahme von unserem Körper enthalten“, die Vitalempfindung ist also nicht aufgehoben, es fehlt aber jenes Moment, welches die Kenntnisnahme



des Körpers voll macht<sup>1</sup>. „Das Vermißte“, sagt Löwy, „hat also nicht den Empfindungsgehalt, sondern den Empfindungsvorgang selbst, das Empfinden der Vitalempfindung zum Gegenstand.“

Ebenso kann nach Löwy auch bei Sinnesempfindungen das Perzeptionsgefühl fehlen oder herabgesetzt sein, und für eine Störung des Perzeptionsgefühls sprächen Klagen, wie „Klanglosvorkommen von allem, Tonlosvorkommen der eigenen und fremder Stimmen“. „Es gibt Perzeptionsgefühle, Wahrnehmungsgefühle, welche die eben erworbenen Empfindungsinhalte, Wahrnehmungsinhalte der Sinne oder Vitalinhalte durch ihr Bestehen erst als wahrgenommen charakterisieren, sie für den Betreffenden erst voll zur Wahrnehmung machen und damit die Realität der Objekte, bzw. die Existenz des eigenen Körpers erst voll garantieren.“ (S. 448.)

Entsprechendes, wie für das Handeln, für die Sinnes- und Vitalempfindungen gilt nach Löwy nun auch für das Denken. Auch hier fehlt der Kranken die Kenntnisaufnahme der psychischen Tätigkeit des Denkens. Es fehlt eben nach Löwy das Gefühl des psychischen Agierens, das Gefühl psychisch tätig zu sein, das Gefühl des allgemein psychischen Geschehens, und dieses Aktionsgefühl bezeichnet Löwy als Denkgefühl.

Auch bezüglich der Klagen der Kranken über Veränderungen der Gefühle wird wieder derselbe Mechanismus angenommen. Die Kranken fühlen in Wirklichkeit genau wie sie denken, wahrnehmen und handeln. Was nun aber fehlt, ist das in der Norm vorhandene Aktionsgefühl, welches den Fühlakt zum Gegenstand hat, das Fühlgefühl.

Löwy wirft die Frage auf, ob die Aktionsgefühle wirkliche Gefühle seien, und aus der Lösung dieser Frage ergibt sich dann auch seine Stellung zur emotionellen und sensualistischen Theorie der Depersonalisation.

Die Aktionsgefühle unterscheiden sich nach ihm von den Gefühlen der Lust, Unlust, den Organgefühlen, den Affekten, wesentlich dadurch, daß sie nicht auf den Inhalt, sondern auf den Vorgang des psychischen Agierens gerichtet sind. So bedeutet das Fehlen der Aktionsgefühle nicht etwa eine allgemeine Gefühlsheftung; was fehlt, ist das Fühlgefühl.

Alles psychische Geschehen wird von dem allgemeinen Denkgefühl durchdrungen, „auch das Fühlen, Wahrnehmen, Erinnern, Entschließen, Wählen, der Bewegungswille, der Impuls, obzwar diese Vorgänge überdies noch jeder sein spezielles Aktionsgefühl besitzen“.

Im vorliegenden Fall wird nach Löwy die Depersonalisation durch das gleichzeitige Fehlen des Denkgefühls und des Perzeptionsgefühls für die Vitalempfindung bedingt. Die Vitalempfindung selbst ist nicht verändert, ebenso die Sinnesempfindungen. Es seien Veränderungen der Sinnesempfindungen nachgewiesen worden, die als Ursache der

<sup>1</sup> Löwy: a. a. O. 447.

Depersonalisation angesehen worden sind, andere sollen mit den derzeitigen Untersuchungsmethoden noch nicht feststellbar sein und gegen die Anschauungen *Picks* meint er: „Es wäre verwunderlich, daß wegen einer nicht nachzuweisenden, allgemeinen, oder wegen geringfügiger nachgewiesener Störung der Sinnesempfindungen die Kranken dazu kommen sollten, zu glauben, sie könnten nicht denken, hätten keine Gedanken und daraufhin an ihrer Existenz zu zweifeln, weil sie nicht denken.“ Man müßte beachten, daß bei Nervösen hochgradige Sensibilitätsstörungen bestehen können, ohne daß jemals eine Depersonalisation eintritt. Und weiter müßte man die Fälle von schweren organischen Sensibilitätsstörungen beachten, die auch nicht zur Depersonalisation führen; so würde selbst durch Auffindung einer hochgradigen Sensibilitätsstörung bei Depersonalisierten ursächlich nichts bewiesen sein (S. 455).

Nachdem *Löwy* ausgeführt hat, daß die Aktionsgefühle weder Empfindungen noch Urteilsakte, noch Willensakte seien, bliebe nur übrig, sie den Gefühlen im engeren Sinne zuzurechnen. Die Aktionsgefühle, sagt er zusammenfassend, sind eine besondere Form des Gefühlsmäßig-psychisch-tätigseins, nämlich das Interesse am psychischen Agieren als solchem, am psychischen Geschehen schlechtweg.

Kritisch ist zu diesen Ausführungen *Löwys* folgendes zu sagen: *Löwy* ist anscheinend von der Tatsache ausgegangen, daß die Kranken auch darüber klagen, daß das Denken automatisch sei. Er hat deshalb den Ausfall eines vom Impulsgefühl verschiedenen Denkgefühls angenommen und nun verallgemeinernd irrtümlich sich weitergesagt: Wie mit der Denktätigkeit sich ein besonderes Gefühl verbindet, so auch mit jeder Tätigkeit, der Tätigkeit des Wahrnehmens, des Fühlens, des Erinnerens usw.

Diese Auffassung ist jedoch rein konstruktiv und findet keinen Beleg in den objektiv gegebenen Tatbeständen.

Was das Denken anbelangt, so ist *Löwy* zuzustimmen, daß darin Gefühlsmomente stecken. Wir hatten ausgeführt, daß die Aufmerksamkeitsprozesse (innere Willensvorgänge) bzw. hier die Einstellung zum Denken ein Aktivitätsgefühl enthält. Es gibt nun auch Wahrnehmungsgefühle, aber das sind nicht Gefühle, die sich mit einer angenommenen Wahrnehmungstätigkeit, dem Wahrnehmungsakt nach *Löwy*, verbinden, sondern Gefühle, die sich auf den Wahrnehmungsinhalt beziehen. Noch viel weniger gibt es in Wirklichkeit Gefühle, die sich mit einer Gefühls-tätigkeit verbinden; wir hatten auch schon auf das Unhaltbare einer Trennung zwischen Gefühl und Gefühlstätigkeit hingewiesen.

Dasselbe gilt von den an Empfindungen und Wahrnehmungen sich anschließenden Gefühlen; auch das sind Gefühle, die sich auf den Empfindungsinhalt beziehen und nicht auf eine auch nur konstruierte

Empfindungstätigkeit, die neben dem Empfinden als solchem nicht existiert.

Diese Anschauung Löwys über Aktionsgefühle scheint auch *Schilder* veranlaßt zu haben, gleichzeitig mit den Aktionsgefühlen auch die Aktivitätsgefühle zu leugnen. Wie aber aus dem Ausgeführten hervorgeht, sind die Aktivitätsgefühle, so wie wir sie im Anschluß an *G. Störring* definiert haben, etwas völlig anderes als die von *Löwy* angenommenen Aktionsgefühle.

Wenn man will, kann man zu den Theorien, die eine Störung der Gefühle in den Vordergrund stellen, auch die Anschauung von *Dugas* und *Moutier*<sup>1</sup> rechnen. Sie weist aber auch gewisse Beziehungen zu den Anschauungen *Janets* auf, da besonders die gestörte synthetische Funktion hervorgehoben wird, die die Beziehung zum persönlichen Ich schafft.

#### 4. Die sensualistischen Theorien.

*Krishabers* Oberst (siehe oben) klagte, daß die Objekte ihren natürlichen Charakter verloren hätten, daß er den Geruch und Geschmack der Speisen nicht erkennen konnte; seine Stimme erschien ihm fremd. Solche Klagen, die sich in zahlreichen Krankengeschichten immer wieder finden, veranlaßten die ersten Autoren, die sich mit der Analyse des Depersonalisationsphänomens beschäftigten, die Ursache der Entfremdung der Wahrnehmungswelt und des Selbst in einer Störung der Sinnesempfindungen zu sehen. „In einigen Fällen“, sagt *Krishaber*, „den schwersten, sind die Sinnesempfindungen so tief verkehrt, so verschieden von denen des normalen Lebens, daß der Kranke in Zweifel über die Realität der Dinge um ihn her gerät, ja sogar an der Identität der eigenen Person zweifelt<sup>2</sup>.“ Ebenso wie *Krishaber* nehmen auch *Taine* und *Ribot*<sup>3</sup> an, daß die Depersonalisation auf Störungen der Sinnesempfindungen beruhe. Jedoch führt *Ribot* schon zu jener Gruppe von Autoren über, die im Gegensatz zu den Sensualisten i. e. S., wie wir sie bezeichnen könnten, die Angaben der Kranken über Störungen der Gemeinempfindungen mehr in den Vordergrund stellen (*James, d'Allonnes, Heilbronner, Juliusberger*) und in dieser Störung die Ursache der Depersonalisation erblicken. Tatsächlich geben viele Kranke an, keine Körperempfindungen mehr zu haben, wie das auch aus den angeführten Beispielen ersichtlich ist.

Nun hat schon *Janet* darauf hingewiesen, daß diese Klagen der Kranken nicht den objektiven Befunden entsprechen. Kranke, die angaben, nicht sehen, hören, schmecken, usw. zu können, zeigten bei der objektiven Untersuchung keine Störung dieser Funktionen und dasselbe gilt auch für die Untersuchung der Körperempfindungen; auch hier

<sup>1</sup> *Dugas u. Moutier: La Dépersonnalisation. Paris 1911.*

<sup>2</sup> *Krishaber: l. c. S. 223 (Übersetzung nach Oesterreich).*

<sup>3</sup> *Ribot: Les maladies de la personnalité.*

zeigten sich keine Störungen der Sensibilität. *D'Allonnes* hat geglaubt, daß hauptsächlich die Visceralempfindungen gestört seien. Dagegen hebt *Schilder* mit Recht hervor, daß „das Fehlen der sicheren objektiven Zeichen der Störung, der Blasen- und Mastdarmstörung“ dafür spreche, daß „das Rohmaterial nicht angetastet“<sup>1</sup> sei. Auf diesen Widerspruch zwischen den Angaben der Kranken und den objektiven Befunden haben außer *Janet* noch viele der späteren Untersucher hingewiesen (*Leroy, Foerster, Oesterreich, Löwy, Schilder*), sie alle betonen, daß der Kranke, der angibt, keine Empfindungen zu haben, bei einer genauen Untersuchung keine entsprechenden Störungen zeigt. Je nach der Stellung zum Gesamtproblem versuchen die Autoren eine Erklärung des Widerspruchs. *Janets* und *Schilders* Stellungnahme ergibt sich aus dem Vorgesagten, *Leroy* macht das Fremdheitsgefühl verantwortlich, *Oesterreich* die begleitenden Gefühlstöne, *Löwy* die fehlenden Aktionsgefühle. *Foerster*<sup>2</sup> meint, ausgehend von den Anschauungen *Wernickes*, daß die Organempfindungen vom Bewußtsein nicht genügend bewertet würden.

Demgegenüber glaubt *Pick*<sup>3</sup> — der im übrigen die Depersonalisationserscheinungen den verschiedenen Komponenten des Ich-Bewußtseins<sup>4</sup> entsprechend durch verschiedene Ursachen ausgelöst sein läßt, daß „die Leistungsfähigkeit unserer bisherigen Methoden gegenüber der Feinheit der in Frage kommenden Vorgänge bzw. Störungen vollständig versagt“, so daß also aus den erhobenen Untersuchungsbefunden nicht geschlossen werden darf, daß die Sinnes- und Körperempfindungen intakt sind. Gegen den Einwand *Löwys*, daß bei der Geringfügigkeit solcher Störungen es nicht verständlich wäre, ihnen so weitgehende Folgen zuzuschreiben, hebt *Pick* hervor, daß „gerade die Feinheit der Störungen dafür spricht, daß es sich um solche in den Endstätten der sensiblen und sensorischen Verarbeitung, wohl auch um solche sog. transcorticaler Natur handelt, die schwere Wirkung durchaus verständlich und gar nicht verwunderlich erscheinen läßt“.

Gegen diese Anschauung *Picks* macht *Oesterreich*<sup>5</sup> geltend, daß man in die größten psychologischen Schwierigkeiten geraten würde, wollte man Empfindungen vom eigenen Körper als Ich-Zustände betrachten, — was ja der Fall wäre, wenn Störungen des Ich-Bewußtseins auf Körperempfindungsstörungen beruhen sollten — und sodann fände man bei den meisten Depersonalisierten keine Klagen über Störungen der Körperempfindungen, und schließlich verstoße es gegen den Grundsatz von der Sparsamkeit in der Verwendung von Erklärungsprinzipien, wollte man

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 67.

<sup>2</sup> *Foerster*: Mschr. Psychiatr. 14.

<sup>3</sup> *Pick*: Zur Pathologie des Selbstbewußtseins. Z. Psychol. 50.

<sup>4</sup> *Störing, G.*: Psychologie. S. 296f.

<sup>5</sup> *Oesterreich*: Phänomenologie des Ich. S. 50.

hier eine noch nicht nachgewiesene Körperempfindungsstörung annehmen.

Wir glauben, daß diese Kritik *Oesterreichs* an *Pick* nicht ganz gerechtfertigt ist. Wenn *Oesterreich* fürchtet, „in die allergrößten psychologischen Bedrängnisse zu kommen, wenn wir Empfindungen irgendwelcher Art als Ich-Zustände betrachten wollen“, so ist das verständlich von seinem Standpunkt, daß alle Empfindungen nicht wie die Gefühle eine Zuständigkeit des Subjektes, sondern stets objektiv bezogen sind. Aber, müssen wir fragen, sind wirklich die Empfindungen immer objektiv bezogen, oder können sie auch auf das Subjekt bezogen und als Zustände des Subjekts aufgefaßt werden? Damit werfen wir das Problem der Zuständigkeit und Gegenständigkeit auf. Wenn wir *Oesterreich* recht verstehen, tragen nach ihm die Gefühle immer den Charakter der Zuständigkeit. Das ist im allgemeinen wohl richtig, aber wie ist es, wenn wir unsere Gefühle selbst beobachten, sie zum Gegenstand der Betrachtung machen? Nehmen wir das Beispiel einer trüben Stimmung. Ich kann sie rein hinnehmend erleben, ich kann aber auch über das bloße Erleben hinausgehend sie zum Gegenstand der Betrachtung machen. Hier ist die Stimmung keine reine Zuständigkeit des Subjekts mehr, sie wird verobjektiviert, vergegenständlicht<sup>1</sup>. Und noch in anderen Fällen kann eine solche Verobjektivierung der Gefühle erfolgen. *G. Störring*<sup>2</sup> hat bezüglich der Sympathiegefühle darauf aufmerksam gemacht, daß beim Mitleiden starke Sympathiegefühle in den Gegenstand der Sympathie projiziert, also vergegenständlicht werden. — Nicht alle Gefühle tragen also den Charakter der Zuständigkeit und wir kommen jetzt auf die gestellte Frage zurück, ob die Körperempfindungen vom Subjekt immer als gegenständiglich aufgefaßt werden. Dies ist nun offenbar für die Empfindungen der höheren Sinne der Fall und wir stehen nicht an, dasselbe für die lokalisierten äußeren und inneren Körperempfindungen anzunehmen. Aber daneben gibt es doch zweifellos Körperempfindungen, die nicht lokalisiert sind; ich denke dabei hauptsächlich an die inneren Spannungszustände. Diese scheinen uns doch zum Ich in engerer Beziehung zu stehen, so daß sie der Zuständigkeit der Gefühle an die Seite zu stellen sind. Diese (nicht lokalisierten) Empfindungen können also als Ich-Zustände aufgefaßt werden. Daß diese Auffassung sich nicht so weit von der *Oesterreichs* entfernt, wie es zunächst den Anschein hat, zeigt sich in der Annahme *Oesterreichs*, daß in der Depersonalisation das psychische Gemeingefühl gehemmt sei — nach *Oesterreich* ein komplexes Gefühl, in dem auch Spannungen stecken. Hier hat also auch *Oesterreich* — unbemerkt — Körperempfindungen,

<sup>1</sup> Vgl. dazu die von *G. E. Störring* u. *G. Störring* vollzogene Unterscheidung von Inhaltsgefühlen und Gegenstandsgefühlen. Arch. f. Psychol. 78, 369f. (1931).

<sup>2</sup> *Störring, G.*: Psychologie des menschlichen Gefühlslebens, S. 210f.

— denn solche sind ja die Spannungen — den Charakter der Zuständigkeit gegeben.

Um nun auf den zweiten Einwand *Oesterreichs* gegen *Pick* zurückzukommen, so kann in der Tatsache, daß die meisten Depersonalisierten nicht über Empfindungsstörungen klagen, kein berechtigter Einwand gegen *Pick* gesehen werden, da *Pick* ja ausdrücklich verschiedene Ursachen der Depersonalisation, entsprechend den verschiedenen Komponenten des Ich-Bewußtseins annimmt.

Es wurde bereits erwähnt, daß auch *Schilder* keine Störung der Gemeinempfindungen bei den Depersonalisierten annimmt, da die objektive Untersuchung eben zeige, daß das Empfindungsmaterial i. e. S. keine Störung erfahren habe. Die Abänderung komme dadurch zustande, „daß die Patienten die Fähigkeit verloren haben, sich den Eindrücken voll hinzugeben oder besser die Eindrücke ungeteilt zu erfassen. Und als weiteren Hinweis darauf, daß eine Störung der Gemeinempfindungen keine Depersonalisation bedingt, führt er 2 Krankengeschichten an, die, wie er angibt, schwere Störungen der Gemeinempfindungen zeigen, ohne daß eine Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins auftritt<sup>1</sup>. Im ersten Fall handelt es sich um eine wenig intelligente Hysterica, die unter anderem angibt: ‚Ich bin eigentlich gar nicht traurig, alles ist ohne Interesse, auch die Freude ist weg.‘ Wie sie ihren Zustand nennen soll, weiß sie nicht. Sie könne sich nicht mehr ärgern, alles sei wie verweltet, könne nicht bei Witzen lachen. Früher hätte sie richtig geschmettert und gesungen, jetzt fühle sie nichts mehr... Gedächtnis und Sprache seien in Ordnung; sie fühlt sich auch in ihrem Wesen durchaus nicht verändert gegen früher, sie sei völlig die gleiche geblieben. Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindung an der gesamten Körperoberfläche.“

Wenn diese Kranke einerseits angibt, daß sie nicht wisse, wie sie ihren Zustand nennen soll und dann später behauptet, in ihrem Wesen sich nicht verändert zu fühlen, so scheint es doch nahe zu liegen, daß die Kranke bei der geringen Intelligenz, die *Schilder* besonders hervorhebt, nicht differenziert genug ist, um die Persönlichkeitsänderung zu erfassen. Und was hier die Sensibilitätsstörung betrifft, so ist es von Wichtigkeit, auf die von *Schilder* hier angegebenen verständlichen Zusammenhänge hinzuweisen: Die Kranke hatte einen „Grund“, nicht mehr zu fühlen usw., sie hatte sich des öfteren mit ihrem Manne gezankt, da dieser ihr untreu war. Schließlich möchten wir hier auf unsere Ausführungen über lokalisierte und nicht lokalisierte Empfindungen verweisen, wo wir glauben gezeigt zu haben, daß im allgemeinen nur die nicht lokalisierten Empfindungen in engerer Beziehung zum Ich stehen. Schon aus diesen Gründen können wir demnach den Fall nicht als

<sup>1</sup> *Schilder*: l. c. S. 98f.

beweiskräftig dafür ansehen, daß eine Störung der Gemeinempfindungen keine Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins nach sich ziehen kann.

Und um es gleich vorweg zu nehmen, auch der zweite Fall scheint uns nicht beweisend zu sein. Hier handelt es sich um „halluzinatorisch bedingte Sensationen von weitgehendsten Veränderungen im eigenen Körper“. Der Kranke gibt an, es würde durch ihn gesprochen, wie wenn er eine Endstation der drahtlosen Telegraphie wäre. Es gehe ständig ein Strom durch ihn und durch den Strom würden Stimmen erzeugt, die im Magen säßen. Zu Versuchszwecken würde ihm der Darm zugeschnürt, ebenso der Magen. Seit einem Jahr lebe er ohne Herz, dieses sei von den Leuten ausgeschaltet worden usw. — Trotz dieser schweren somatischen Halluzinationen habe der Patient, sagt *Schilder*, niemals auch nur die geringste Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins gezeigt.

Solche Fälle, die durch Halluzinationen und Wahnideen kompliziert sind, eignen sich kaum zur Analyse und zur kausalen Bearbeitung der Depersonalisationserscheinungen.

Wenn wir jetzt unsere Stellungnahme zur sensualistischen Theorie der Depersonalisation vollziehen wollen, so muß gleich betont werden, daß wir die Anschauung mancher Autoren, einer rein sensualistischen Genese des Depersonalisationsphänomens nicht teilen können. Zweifellos finden sich in vielen Fällen, worauf auch *Oesterreich* hingewiesen hat, keinerlei Störungen der Sinnes- oder Gemeinempfindungen. Auch konnten wir uns an Hand des vorliegenden Materials nicht davon überzeugen, daß bei den Kranken, die über eine Aufhebung der Körperempfindungen klagen, eine solche Aufhebung wirklich vorliegt. Dieser Form einer sensualistischen Theorie können wir uns nicht anschließen.

Aber wie steht es mit der Frage einer Veränderung der Körperempfindungen? Hier möchten wir auf den Einwand *Picks* zurückgreifen, daß die bisherigen Untersuchungsmethoden nicht ausgereicht haben, um die „Feinheit der in Betracht kommenden Veränderungen“ festzustellen. Und die neuesten pathophysiologischen Untersuchungen der Sensibilität haben uns gerade im Sinne der *Picks*chen Konzeption gewisse Erkenntnisse gewinnen lassen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang nur an die Untersuchungen *Steins* über Schwellenlabilität, an die neueren Erkenntnisse über den raum-zeitlichen Erregungsablauf sowie an die Untersuchungen über das Körperschema.

Diese Untersuchungen legen die Auffassung nahe, daß auch bei den Depersonalisierten eine irgendwie gestaltete Veränderung der Empfindung vorliegt.

*Mayer-Groß*<sup>1</sup> hebt mit Recht hervor, daß die Theorien von *Oesterreich* und *Schilder* den vielfachen Klagen der Kranken über Veränderungen

<sup>1</sup> *Mayer-Groß*: Pathologie der Wahrnehmung in *Bumke*: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. I I, S. 483f.

der Sinnes- und Körperempfindungen nicht gerecht werden und meint, daß der bei der Entfremdung der Wahrnehmungswelt auftretende Eindruck der Fremdartigkeit sich möglicherweise „aus einer Diskrepanz zwischen tatsächlicher sinnesmäßiger Verfeinerung der Erregbarkeit einerseits und einer Unfähigkeit, diese verbesserte Leistung durch die ‚sensorische Bewegung‘ zum ‚Eindruck‘ werden zu lassen“, herleiten lasse. Es erscheint uns aber — auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Depersonalisationsercheinungen vorwiegend bei besonders sensiblen Personen vorkommen — doch fraglich, ob bei der Depersonalisation wirklich eine sinnesmäßige Verfeinerung vorliegt; wir sind eher geneigt, das Gegenteil anzunehmen, besonders da die Kranken immer wieder von einer traumartigen Benommenheit sprechen (auf die wir noch ausführlich zurückkommen werden). Wenn wir auch die Auffassung teilen, daß die Wahrnehmung nicht aus einer „Undsumme“ von Empfindungen besteht, so müssen wir uns doch darüber klar sein, daß die Annahme der sensorischen Bewegung für manche Gebiete noch recht hypothetisch ist und daß, ihre Tatsächlichkeit vorausgesetzt, es nicht recht einleuchtet, warum die sensorische Bewegung nicht auch eine entsprechende Verfeinerung erfahren sollte, so daß eine solche Diskrepanz, wie *Mayer-Groß* sie für möglich hält, nicht auftreten würde.

Hier sei noch auf die Arbeiten von *Klein*<sup>1</sup> und *Ehrenwald*<sup>2</sup> verwiesen, die diese Erscheinungen mit dem Funktionswandel bzw. dem Körperschema in Beziehung bringen.

Alles in allem muß man sagen, daß nähere Angaben über eine Änderung der Körperempfindungen bei Depersonalisierten noch zu gewagt erscheinen würden, so daß erst weitere Untersuchungen zur Klarlegung notwendig sind.

Wenn wir bisher allein von Änderungen der Körperempfindungen gesprochen haben, so geschah das hauptsächlich, um die Probleme der sensualistischen Theorie klarzulegen, und wir waren uns dabei bewußt, eine Isolierung vorgenommen zu haben, die aus dem angegebenen Gesichtspunkt vielleicht erlaubt ist, die aber eine Abstraktion aus den gegebenen Verhältnissen darstellt. Wie kein Vorgang im psychischen Geschehen isoliert bleibt, so gilt das auch vor allem von den Empfindungen, die stets mit Gefühlen innig verknüpft sind. Diese funktionale Verknüpfung zwischen Empfindungen und Gefühlen läßt mit einer Änderung der Körperempfindungen auch eine Veränderung der Gefühle, der Körpergefühlszustände, einhergehen. In der Entwicklung des Ich-Bewußtseins findet man als erste Phase die Auffassung unseres Leibes als eines fühlenden und begehrenden (*G. Störring*) und auch in späterer Zeit bilden die Körperempfindungen, auf die sich das Körperschema gründet, und die sich mit ihnen verbindenden Gefühle eine — wenn auch peripher

<sup>1</sup> *Klein, R.*: Über die Empfindung der Körperlichkeit. *Z. Neur.* 126.

<sup>2</sup> *Ehrenwald, H.*: Anosognosie und Depersonalisation. *Nervenarzt* 4.



gelegene — Komponente des Ich-Bewußtseins. Kommt es deshalb zu einer Abwandlung der Körperempfindungen und der sich mit ihr verbindenden Körpergefühlszustände, so wird diese zu einer gewissen Änderung des Ich-Bewußtseins führen.

Manche Angaben von Kranken, wie z. B. die Klagen über ein „Gefühl der Leere des Körpers“, scheinen uns in diese Richtung zu weisen.

Hier wäre auch auf die zahlreichen Arbeiten *Juliusbergers*<sup>1</sup> hinzuweisen, der von einem „Unbewußtsein“ somato-psychischer Tätigkeiten spricht, ebenso wie dies in dem zitierten Fall von *Foerster* gezeigt wurde. *Juliusberger* geht davon aus, daß die Grundlage des Ich-Bewußtseins in den Organgefühlen gegeben ist, und daß die Erscheinungen der Depersonalisation auf einer Dissoziation zwischen Thymopsyché (*Stranzky*) und der Ideopsyché beruhen. Er versteht dabei unter Thymopsyché den Komplex des gesamten Gefühlslebens, während unter Ideopsyché der Komplex des Vorstellungslebens gemeint ist. Insbesondere versucht er auch die in der Depersonalisation auftretende Entfremdung, die „Fremdheitsgefühle“, die nach ihm eine echte affektive Störung sind, auf eine solche Dissoziation zurückzuführen. Bei der Besprechung des Fremdheitsgefühls werden wir darauf näher zurückkommen.

##### 5. Die Theorie von Heymans.

Noch kurz sei auf die Theorie von *Heymans*<sup>2</sup> eingegangen. *Heymans* geht von den Untersuchungen *Leroys*<sup>3</sup> aus, der durch Fragebogen, die er ausfüllen ließ, psychologische Aufschlüsse über das Depersonalisationsphänomen und die Erscheinungen der fausse reconnaissance zu gewinnen suchte. Die Untersuchungen führten jedoch zu keinen besonderen Ergebnissen, außer daß ein häufiges Vorkommen dieser Erscheinungen in der Pubertät gefunden wurde. *Heymans* modifizierte die Fragebogen in der Annahme, daß der Mißerfolg *Leroys* an der unzuweckmäßigen Formulierung gelegen habe. Aus den Antworten glaubt er nun schließen zu können, daß das Gemeinsame beim Eintreten der Depersonalisation bzw. der fausse reconnaissance in dem Auftreten von Umständen zu suchen sei, die auf eine zeitweise Herabsetzung der psychischen Energie hinweisen. „Wir dürfen es demnach wohl für wahrscheinlich halten“, sagt *Heymans*, „daß tatsächlich überall eine negative Schwankung der Bewußtseinsintensität, eine Herabsetzung der psychischen Energie, eine

<sup>1</sup> *Juliusberger, O.*: Über Pseudo-Melancholie. Mschr. Psychiatr. 17 (1905); Zbl. Nervenheilk. 24 (1906). — Ein Fall von akuter Bewußtseinsstörung alkoholischer Ätiologie. Neur. Zbl. 25 (1906). — Zur Psychologie der Organgefühle und Fremdheitsgefühle. Z. Neur. 1 (1910). — Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen. Mschr. Psychiatr. 32 (1912). — Sejunktio im Ich-Bewußtsein. Mschr. Psychiatr. 78 (1931).

<sup>2</sup> *Heymans, G.*: Eine Enquête über Depersonalisation und fausse reconnaissance. Z. Psychol. 36. — Weitere Daten über Depersonalisation und fausse reconnaissance. Z. Psychol. 43.

<sup>3</sup> *Leroy: L'illusion de fausse reconnaissance.*

momentane Erschlaffung der Aufmerksamkeit (oder wie man diesen Tatbestand sonst nennen will) den betreffenden Erscheinungen zugrunde liegt.“

Zur Erklärung der Erscheinungen hebt *Heymans* hervor, daß Depersonalisation und fausse reconnaissance mit dem momentanen Fremdfinden eines bekannten Wortes unverkennbar zusammen gehören. „Die Herabsetzung der psychischen Energie bedingt eine geringere psychische, auch assoziative Wirksamkeit der Vorstellungen; sie kann unter Umständen zur Folge haben, daß ein bekanntes Wort momentan nicht die mit ihm assoziativ verbundenen, seine ‚Bedeutung‘ ausmachenden Vorstellungen hervorruft und eben darum als sinnlos erscheint <sup>1</sup>.“

Dieselbe Erklärung wie für das Entstehen des Fremdseins eines sonst bekannten Wortes gilt nach *Heymans* nun auch für die Depersonalisation. Auch hier handle es sich um ein Ausbleiben der Assoziationen, „denen die Dinge ihre Bekanntheitsqualität verdanken“. Der Unterschied sei nur der, daß hier nicht nur ein Wort, sondern „der ganze gegenwärtige Wahrnehmungsinhalt momentan fremdartig und unbekannt erscheint“. So beruht also nach *Heymans* der Fremdheitseindruck in der Depersonalisation auf dem völligen Ausfall der Assoziationen. (Nebenbei sei erwähnt, daß er die fausse reconnaissance durch eine Abschwächung der Assoziationen zu erklären sucht <sup>2</sup>.)

Wir wollen hier — um Wiederholungen zu vermeiden — darauf verzichten, in eine Kritik der *Heymans*schen Theorie einzutreten, und es sei nur hervorgehoben, daß mit der fehlenden Bekanntheitsqualität nur eine Seite der Abhängigkeitsbeziehungen des Fremdheitseindrucks erfaßt ist.

## II. Systematischer Teil.

### Erster Abschnitt. Systematische Resultate unserer Kritik der Depersonalisationstheorien.

Nach der kritischen Würdigung der wesentlichen, zum Problem der Depersonalisation vorliegenden Theorien, wenden wir uns dem systematischen Teil der Untersuchung zu und wollen zunächst feststellen, welche systematischen Resultate wir bisher gewonnen haben.

Als erstes Resultat allgemeinen Charakters haben wir jetzt schon gefunden, daß es nicht angängig ist, für die Depersonalisationsercheinungen nur *eine* auslösende Ursache in Anspruch zu nehmen, wie dies bisher fast alle Theoretiker dieses Gebietes getan haben. *Pick* hat wohl zuerst hervorgehoben, daß man verschiedene Ursachen in Anspruch nehmen müsse, und diese Auffassung stimmt auch mit den neueren psychologischen Anschauungen über das Ich-Bewußtsein überein. Während

<sup>1</sup> *Heymans*: l. c. Bd. 36, S. 339.

<sup>2</sup> Vgl. dazu auch: *H. Berndt-Larsson*: Über das déjà vu und andere Täuschungen des Bekanntheitsgefühls. *Z. Neur.* 133 (1931).

die ältere Psychologie annahm, daß das Ich-Bewußtsein nicht bloß eine einheitliche, sondern auch eine einfache Größe sei und daran gewagte metaphysische Spekulationen anschloß, hat die neuere Psychologie erkannt, daß das Ich-Bewußtsein eine komplexe Größe ist, welche verschiedene Komponenten enthält<sup>1</sup>, die zu einem neuen Ganzen verschmelzen. So gehört zum Ich-Bewußtsein das Bewußtsein vom eigenen Leibe, das Bewußtsein gewisser psychischer Fähigkeiten, das Aktivitätsbewußtsein usw. Hat aber das Ich-Bewußtsein verschiedene Komponenten, dann ist es wahrscheinlich, daß die Pathologie des Ich-Bewußtseins Störungen verschiedener Komponenten aufweisen wird. Man wird demnach schon von vornherein verschiedene auslösende Ursachen für die Störungen des Ich-Bewußtseins vermuten können.

Als weiteres Resultat der bisherigen Untersuchung wäre hervorzuheben, daß ein Depersonalisationserlebnis durch eine krampfhaftes Selbstbeobachtungstendenz bedingt sein kann.

Die zwangsmäßige Selbstbeobachtung, die sich auf das psychische Geschehen während seines Ablaufs richtet, kann sich bis zu einem peinvollen Spannungszustand steigern, der immer mehr den ganzen Umfang des Bewußtseins einnimmt, das normale Persönlichkeitsbewußtsein verdrängt und sich den Kranken als neuer, fremder Ich-Zustand darstellt. Zugleich erscheinen den Kranken auch die Dinge der Außenwelt als fremdartig. Es ist verständlich, daß durch den abnormen Spannungszustand eine Störung in der Wahrnehmung der Dinge der Außenwelt erzeugt wird und damit eine Hemmung ihres normalen Ablaufs. Wir sagten früher (S. 472), daß eine bloße Ablenkung von den Objekten der Außenwelt keinen Fremdheitseindruck der äußeren Objekte bedingen kann, sondern höchstens, daß die Objekte nicht so deutlich erfaßt werden. Hier handelt es sich aber nicht um eine bloße Ablenkung der Aufmerksamkeit, sondern der abnorme Spannungszustand wirkt tiefgreifend verändernd auf das psychische Gesamt ein, woraus sich seine Einwirkung auf die Entstehung eines Fremdheitseindrucks erklärt. Zur näheren Erläuterung sei vorausgeschickt, daß jede Wahrnehmung eines Objektes ein Verschmelzungsprodukt aus den Empfindungen, die das betrachtete Objekt hervorruft und Vorstellungen von früher wahrgenommenen ähnlichen Objekten darstellt. Diese Verschmelzung, die *Wundt* als Assimilationsprozeß bezeichnete, findet nur statt, wenn sich die Vorstellung an die Empfindung eng anschließt, so daß sie zeitlich nicht von der Empfindung abgehoben werden kann. So ist verständlich, daß mit einer Hemmung der Vorstellungen auch die Wahrnehmung eine Veränderung erfahren muß. Und eine solche Hemmung bewirkt hier der abnorme Spannungszustand. Aber das ist nur eine Seite seiner Wirkung. Zweifellos wirkt er auch abändernd auf die Gefühlsverläufe und damit auf die sich normalerweise an die Wahrnehmung anschließenden Gefühle.

<sup>1</sup> Störring, G.: Psychologie, S. 296f.

Wir können so kausal verstehen, wie durch diese krampfhaftige Tendenz zur Selbstbeobachtung nicht nur das Ich als fremd erscheint, sondern auch die Dinge der Außenwelt entfremdet sind.

Außer dieser Form der Selbstbeobachtung findet man in vielen Fällen eine hypochondrische Selbstbeobachtung geringeren Grades, die sich nicht mit einem Spannungszustand verbindet. Diese hypochondrische Selbstbeobachtung kann zwar nicht zur Depersonalisation führen, aber einen schon vorhandenen Depersonalisationszustand stark beeinflussen. Man findet häufig, daß die Kranken über die Auffassung der Körperempfindungen, über die Unfähigkeit, sich ihre Angehörigen usw. vorzustellen, klagen, während bei einer entsprechenden Untersuchung keine objektiven Störungen gefunden werden.

Nehmen wir die Klagen über die Unfähigkeit, sich bekannte Objekte klar vorzustellen. Wir hatten früher entwickelt, daß die Vorstellungen „intentional“ auf Wahrnehmungsobjekte bezogen werden. Diese intentionale Beziehung wird nun offenbar gelockert, wenn die Selbstbeobachtung sich auf die Vorstellungsvorgänge richtet, während im Hintergrund des Bewußtseins eine hypochondrische Befürchtung bezüglich der Vorstellungsfähigkeit vorhanden ist. Durch die Lockerung der Beziehung der Vorstellungsinhalte zu den Wahrnehmungsobjekten erscheinen dann — wie bereits ausgeführt — die Vorstellungsinhalte merkwürdig matt und blaß.

Wir konnten weiter die nahe Beziehung, in der die Aktivitätsgefühle zur Depersonalisation stehen, aufweisen und hoben hervor, daß eine Aufhebung der Aktivitätsgefühle zum Erlebnis der Depersonalisation führt.

Dabei verstanden wir unter Aktivitätsgefühlen die bei Willensvorgängen auftretenden Gefühle des Drangs, die ihren aktiven Charakter durch die in ihnen steckenden Spannungsempfindungen erhalten<sup>1</sup>; sie sind Verschmelzungen aus Gefühlen und Spannungsempfindungen. Zum Ich-Bewußtsein stehen diese Aktivitätsgefühle deshalb in naher Beziehung, weil man in ihnen den eigenen Willen, den Ich-Willen „als Ursache einer körperlichen oder geistigen Veränderung zu erfassen“ glaubt. Es wird also in diesen Aktivitätsgefühlen die „Ursächlichkeit des wollenden Ichs erfaßt, die sich sowohl auf die körperlichen, wie auf die geistigen Willensvorgänge erstreckt“. Sie treten nicht nur bei äußeren Willensvorgängen auf, sondern auch bei inneren, beim Denken. Ihre nahe Beziehung zur Depersonalisation wird von fast allen Psychiatern anerkannt. Als einer der ersten ist dafür *Pick*<sup>2</sup> eingetreten, sodann *Bleuler*<sup>3</sup>, *Reichardt*<sup>4</sup>, *J. Lange*<sup>5</sup> und von ausländischen besonders *Dugas* und *Moutier*<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> *Störing, G.*: Psychologie, S. 223.    <sup>2</sup> *Pick*: Arch. f. Psychiatr. 1904.

<sup>3</sup> *Bleuler*: l. c., S. 300.    <sup>4</sup> *Reichardt*: l. c., S. 83/84.    <sup>5</sup> *Lange, J.*: l. c., S. 461.

<sup>6</sup> *Dugas u. Moutier*: La Dépersonalisation. Paris 1911.

Ein Fehlen der Aktivitätsgefühle führt zu dem Erlebnis der Depersonalisation. Eine Kranke *Picks* klagt darüber, sie habe nicht das Gefühl, „daß alle ihre Handlungen von ihr ausgehen; was sie tue, was sie denke, das komme nicht von ihr, das sei nicht ihr Geist, nicht ihre Gedanken, sie erkenne nicht, daß sie das sei, die wirklich denke und handle“. So erscheint die Persönlichkeit verändert, fremd. Eine Kranke von *Böttiger* kommt sich vor „wie eine aufgezugene Maschine, bei der sich alle Bewegungen und Tätigkeiten automatisch vollziehen“. „Das Denken erscheint ihr anders, unvollkommener und unbewußter vor sich zu gehen.“<sup>1</sup> Eine Kranke von *Janet* und *Raymond* sagt, „ihre Handlungen scheinen ihr nicht von ihr auszugehen. Anfangs machte sie Anstrengungen, sich wiederzufinden, sah in den Spiegel, um sich wiederzuerkennen. Trotzdem fühlte sie, wie sie eine andere wurde, oder besser, sie verlor sich selbst.“

Überblickt man die zahlreichen veröffentlichten Fälle, so zeigt sich, wie häufig die Depersonalisierten über eine Störung der Aktivitätsgefühle klagen.

In einigen Fällen, in denen die Aktivitätsgefühle gestört sind, tritt zugleich *Doppelbewußtsein* auf. So berichtet *Geißler*<sup>2</sup> über einen Fall, bei dem sich nach mehrfachen Attacken von fausse reconnaissance plötzlich das Gefühl doppelten Daseins einstellte.

„Ich hatte die Empfindung, als führte ich ein doppeltes Dasein. Alles, was ich tat und sagte, schien das eine Ich zu tun, daneben aber hatte ich das deutliche Gefühl, daß noch ein zweites Ich da war, und dieses zweite Ich sah auf die Handlungen des ersten wie auf die eines fremden Wesens. Dieser Zustand trat zum erstenmal eines Abends ein, als ich in Berlin in die elektrische Bahn stieg, um nach dem Bahnhof zu fahren. Während ich das Trittbrett bestieg, fühlte ich, daß es nicht mein altes gewohntes Ich war, welches das tat, sondern ein mir fremdes, trotzdem aber mein Ich. Ich konnte an dieses Ich denken, wie man an einen Gegenstand denkt und wunderte mich oft über das was es tat... Was ich tat, schien ich ganz *mechanisch* zu tun, was ich leistete, war aber nicht schlechter als früher... Was mich am meisten bedrückte, war dieses unaufhörliche Beobachten meines zweiten Ichs. Ich bewegte mich wie eine Maschine in fremder Umgebung.“

Wenn auch die Kranke nicht ausdrücklich von einer Störung der Gefühle spricht, so läßt sich doch aus den gemachten Angaben sehr wahrscheinlich machen, daß hier eine Störung der Aktivitätsgefühle vorliegt, denn die Kranke sagt, ihre Handlungen hätten ihr einen mechanischen Eindruck gemacht, sie sei sich bei ihren Handlungen wie eine Maschine vorgekommen. Augenscheinlich fehlen ihr also die Aktivitätsgefühle. Wie ist nun dies Bewußtsein doppelten Daseins verständlich zu machen? Zweifellos liegt hier eine besonders starke Vergegenständlichung des zweiten, veränderten Ich-Zustandes vor. Die Kranke betrachtet ihr „Automaten-Ich“ und sagt sich dabei: meine Persönlichkeit, mein Ich ist verändert, aber ich kann ja noch dies veränderte Ich betrachten.

<sup>1</sup> Zit. nach der *Schilderschen* Kasuistik.

<sup>2</sup> *Geißler, K.*: Persönlichkeitsgefühl, Empfindung, Sein und Bewußtsein. Arch. f. Psychol. 7.

Sie unterscheidet also in einem Akt der Selbstbeobachtung das betrachtete, veränderte Ich, von dem das veränderte Ich selbst wieder betrachtenden Ich. Mit anderen Worten: Es wird hier unterschieden zwischen dem Ich als Subjekt und dem Ich als Objekt des denkenden Erfassens. Diese durchaus zu Recht bestehende Unterscheidung zwischen dem Ich als Subjekt und Objekt ist in der Psychologie zuerst von *James* aufgewiesen worden.

Fragt man sich nun, wie bei einem Fehlen der Aktivitätsgefühle die Entstehung des Depersonalisationserlebnisses verständlich zu machen ist, so ist diese Frage nach obigem nicht schwer zu beantworten. Sind die Aktivitätsgefühle eine Komponente des Ich-Bewußtseins, so muß bei einer Aufhebung der Aktivitätsgefühle auch das Ich-Bewußtsein eine Veränderung erfahren, und wir können noch weiter sagen, daß bei einer Aufhebung der Aktivitätsgefühle das Erleben des wollenden Ichs bei äußeren Willenshandlungen und beim Denken fehlt. Damit ist aber der Eindruck gegeben, ein anderes Wesen, ein Automat zu sein.

Schließlich hat sich bei der kritischen Betrachtung der verschiedenen Depersonalisationstheorien gezeigt, daß in manchen Fällen eine Änderung der Körperempfindungen und Körperempfindungsgefühle eine Rolle spielt, während wir uns der Ansicht mancher Autoren, daß bei der Depersonalisation eine Aufhebung der Körperempfindungen vorkommt, nicht anschließen konnten. Wir werden darauf noch ausführlich zurückkommen.

Zuletzt sahen wir, daß bei der Entwicklung der Depersonalisation auch die Änderung der Bekanntheitsqualität (*Heymans*) mitwirken kann.

#### **Zweiter Abschnitt. Die verschiedenen Arten der Depersonalisation und ihre Abhängigkeitsbeziehungen.**

Was ist denn nun eigentlich verändert, wenn ein Kranker angibt, daß er sich völlig verändert vorkomme, ein anderer zu sein glaubt usw.? Hier möchten wir auf die Entwicklungen zurückgreifen, die *William James*<sup>1</sup> über das Ich gemacht hat. *James* unterscheidet zwischen dem J und dem Me und versteht unter dem J das Ich als Subjekt und unter Me das Ich als Objekt des denkenden Erfassens, die Persönlichkeit. Diese Scheidung zwischen Ich als Subjekt und Ich als Objekt, der sich auch *Schilder* angeschlossen hat, ist für die Depersonalisation von besonderer Wichtigkeit, denn alle in der Depersonalisation auftretenden Veränderungen betreffen nicht das J, sondern das Me, die Persönlichkeit. Wenn die Kranken angeben: ich existiere nicht mehr usw., so bleibt doch immer das Ich als Subjekt des Denkens unverändert, was sich ändert, ist nur das von dem Ich als Subjekt betrachtete Ich, das Ich als Objekt, das wir mit *Schilder* das Ich als Persönlichkeit nennen wollen.

<sup>1</sup> *James, W.*: Psychologie.

Zu dieser Scheidung zwischen Ich als Subjekt und Ich als Objekt, als Persönlichkeit, sehen wir uns auch gedrängt durch die früher aufgeführte psychopathologische Erscheinung, daß einige Depersonalisierte deutlich zwischen einem intakten betrachtenden Ich und einem veränderten betrachteten Ich unterscheiden.

Was das Ich als Subjekt des Denkens letztlich ist, ist ein rein psychologisches Problem, das hier nicht weiter interessiert, weil das Ich als Subjekt bei der Depersonalisation unverändert bleibt und nur das Ich-Bewußtsein im Sinne des Bewußtseins vom Ich als Objekt eine Veränderung erfährt.

G. Störring faßt, ähnlich wie *Wundt* und die meisten neueren Psychologen, das Ich-Bewußtsein (im Sinne des Bewußtseins vom Ich als Objekt) als aus verschiedenen Komponenten bestehend auf, die er im einzelnen aufgewiesen hat. Wir werden sehen, daß gerade diese Annahme, daß das Ich-Bewußtsein, wenn auch eine *Einheit*, so doch keine Einfachheit darstellt, also eine einheitliche Synthese aus verschiedenen Komponenten bildet, in den verschiedenen Arten der Depersonalisationserlebnisse eine Bestätigung findet. Unterscheidet man also mit *James* zwischen Ich als Subjekt und Ich als Objekt, so wird man auch von dem Ich im Sinne des Persönlichkeitsbewußtseins nicht die Behauptung aufstellen können, daß es „einfach“ sei.

Im folgenden sei eine systematische Darstellung der Abhängigkeitsbeziehungen der verschiedenen Depersonalisationserlebnisse gegeben. Wenn wir dabei einzelnen psychischen Funktionen, wie z. B. den Selbstbeobachtungstendenzen, den Aktivitätsgefühlen usw. in der Genese der Depersonalisationsphänomene eine besondere Bedeutung beimessen, so sind wir uns natürlich bewußt, daß diese Faktoren mit dem psychischen Gesamt in enger Verflechtung und Wechselwirkung stehen. Aber wir werden sehen, wie durch die Veränderung einzelner, besonders persönlichkeitsnaher Faktoren, die die Komponente des Ich-Bewußtseins darstellen, es zu einer spezifischen Gestaltung der Depersonalisationserlebnisse kommt, so daß wir verschiedene Arten der Depersonalisation unterscheiden können. Daß natürlich auch das Erlebnis der Persönlichkeitsänderung selbst wieder auf die einzelnen Erlebnisse einwirkt, wird sich besonders deutlich bei der Form der Selbstbeobachtung zeigen, die wir als hypochondrische Selbstbeobachtung bezeichnen.

### *1. Das Depersonalisationserlebnis in Abhängigkeit von den Selbstbeobachtungstendenzen.*

Wir hatten gezeigt, daß *Schilder* für das Zustandekommen der Depersonalisation in erster Linie eine krampfhafteste Selbstbeobachtung der psychischen Vollzüge verantwortlich macht und hatten an einigen Fällen ausführlich entwickelt, wie dadurch ein Depersonalisationserlebnis zustande kommen kann.

Wir unterscheiden zwei verschiedene Formen der Selbstbeobachtung, von denen die eine mit abnorm starken Spannungszuständen einhergeht, während bei der anderen rein hypochondrische Erscheinungen im Vordergrund standen.

Die erstgenannte Form geht mit einem abnorm starken Spannungszustand einher, der den Eindruck des Fremden und bei starker Ausprägung auch den Eindruck eines fremden Ich-Zustandes erzeugt. Hierin erblicken wir den leichtesten Grad einer Depersonalisation. Mit dem Nachlassen der starken Selbstbeobachtungsspannung tritt der normale Ich-Zustand wieder auf (Fälle *Oesterreichs*), so daß abwechselnd normales und fremdes Selbstbewußtsein erlebt wird.

Leichte Grade von Depersonalisation anderer Art — jedoch nicht durch Selbstbeobachtungstendenzen, sondern emotionell bedingt — glaubt *McDougall*<sup>1</sup> in einigen der von ihm angeführten Fälle zu finden. Wir können jedoch in den Fällen *McDougalls* keine eigentliche Depersonalisation erblicken und möchten sie deshalb von den wirklichen Depersonalisationserlebnissen streng trennen. Bei den Fällen *McDougalls* bestehen starke Schwankungen der emotionalen Stimmungslage, die ein Hervortreten scharf entgegengesetzter, besonders sittlicher Willensdispositionen bedingen. Dieser scharfe Zwiespalt in den Grundrichtungen der Persönlichkeit veranlaßt *McDougall*, von Depersonalisation zu sprechen. Man sieht aber leicht, daß hier ein ganz anderer Mechanismus vorliegt, wie bei der Depersonalisation.

Kehren wir zu der krampfhaften Selbstbeobachtungstendenz zurück. Sie wirkt auf die gesamten psychischen Funktionen (Vorstellungen, Wahrnehmungen, Gefühle, Willensvorgänge, Erinnerungen usw.) verändernd ein, und zwar verändert sie diese einmal durch die zustande kommende Ablenkung und sodann im Sinne einer Hemmung. Gerade so wie Affektzustände auf den Ablauf anderer psychischer Prozesse hemmend einwirken (man spricht dann von derivativer Hemmung), so wirkt hier der mit der krampfhaften Selbstbeobachtung gegebene abnorme Spannungszustand hemmend auf den Ablauf der psychischen Prozesse.

Er wirkt derivativ hemmend auf die Wahrnehmungsprozesse, indem er — wie wir ausführten — den Ablauf des in der Wahrnehmung liegenden Verschmelzungsprozesses stört, so daß die Wahrnehmungen als fremd erscheinen. Damit stellen wir uns in Gegensatz zu der Anschauung *Löwenfelds*<sup>2</sup>, der den Eindruck des Fremdartigen der Objekte auf eine bloße Ablenkung der Aufmerksamkeit zurückführt.

Außer den Wahrnehmungen erfahren durch die pathologische Selbstbeobachtung vor allem die Gefühle eine Veränderung. Sie werden in ihrer Intensität abgeschwächt, und zwar deshalb, weil die intellektuellen

<sup>1</sup> *McDougall*: An outline of abnormal psychology. London 1926.

<sup>2</sup> *Löwenfeld*: Über traumartige und verwandte Zustände. Zbl. Nervenheilk. 32 (1909).



Unterlagen der Gefühle durch Ablenkung abgeschwächt werden und außerdem werden die intellektuellen Unterlagen auch unvollständiger. Dies trifft besonders für diejenigen Gefühle zu, welche tiefere Schichten der Persönlichkeit betreffen und die wir als *zentrale* Gefühle bezeichnen<sup>1</sup>.

Es liegt auf der Hand, daß bei solchen starken Spannungszuständen am meisten die sehr komplexen intellektuellen Unterlagen der Gefühle leiden müssen und diese sind es gerade, die die feineren, die Persönlichkeit differenzierenden emotionellen Reaktionen setzen.

Bei der zweiten Form der Selbstbeobachtungstendenz, die wir aufgezeigt hatten, stehen im Hintergrund des Bewußtseins hypochondrische Befürchtungen, die sich auf das psychische Vermögen beziehen. Wir hatten gezeigt, wie durch die Beachtung der Vorstellungsinhalte selbst die normalerweise vorhandene intentionale Objektbeziehung gelockert wird, wodurch die Vorstellungen merkwürdig matt und blaß erscheinen und daß die hypochondrischen Befürchtungen selbst auch schon auto-suggestiv in diesem Sinne wirken.

Dasselbe wie für die Vorstellungen müssen wir auch für die Auffassung der Gefühle sagen. Die hypochondrisch bedingte Selbstbeobachtung läßt auch die Gefühle urteilsmäßig als schwächer auffassen.

Wir hatten Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, bei dem die Auffassung der Gefühle durch hypochondrisch bedingte Selbstbeobachtungstendenzen verändert war und der hier wiedergegeben werden soll.

#### *Fall Kü.*

Geboren 1893. In der Familie der Großeltern beiderseits sollen keine Nerven- oder Gemütskrankheiten vorgekommen sein. Der Vater jedoch sei „nervenkrank“ gewesen und habe sich in einem Anfall von Schwermut erschossen; er habe „unter der Vorstellung gelitten, die Familie nicht mehr ernähren zu können“. Ebenso soll ein Bruder des Vaters „nervenleidend“ gewesen sein. Die Mutter war psychisch gesund, starb an einem Herzleiden, als Patientin 8 Jahre war.

„Die schönste Erinnerung aus meiner Kindheit ist, daß ich oft bei meinem Großvater auf dem Schoß gesessen hatte; dort fühlte ich mich heimisch und dem konnte ich mein Herz ausschütten. Von meiner Mutter habe ich nie Liebkosungen erhalten; sie konnte leicht jähzornig werden und hart strafen. Nach dem Tode meiner Mutter kam ich mit den anderen Geschwistern zum Bruder des Vaters. Die Pflegemutter war eine kalte, praktische Natur; der Onkel mehr eine philosophische Natur, der die Kinder mit philosophischen Predigten überschüttete. Auf der Schule habe ich gut gelernt, aber der Onkel ermunterte uns Kinder nie, sondern war immer sehr kritisch eingestellt. Nach der Schulentlassung kam ich 1 Jahr zu anderen Verwandten, wollte dann eine Stellung bei Kindern annehmen; aber mein Vormund hatte mich auf der Handelsschule angemeldet, die ich dann auch durchmachte.“ In den Entwicklungsjahren sei sie meist gut gestimmt gewesen, jedoch nicht überaus lustig, habe gern getanzt. Hin und wieder flüchtige Bekanntschaften mit Männern, näher habe sie aber niemand kennen gelernt.

Mit 19 Jahren habe sie dann einen Herrn kennen gelernt, mit dem sie sich auch verlobte. Zunächst habe sie keine besondere Zuneigung zu ihm gehabt, dann ihn

<sup>1</sup> Störring, G.: Methoden der Psychologie des Gefühlslebens. Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden von *Abderhalden*. Abt. 4, Teil B II, S. 1431f.

aber schätzen und lieben gelernt. Er war mittlerer Beamter und entsprach so ihren Verhältnissen. Der Verlobte fiel im Kriege.

1920 mit einem 17 Jahre älteren Manne verheiratet. „Ich wurde in der Verlobungszeit mit Blumen überschüttet, habe mir aber nichts daraus gemacht. Die ganze Angelegenheit hatte sich nicht von selbst ergeben, was mich bedrückte. Man hatte mir keine Zeit gelassen, selbst mit mir fertig zu werden und keine Gelegenheit gegeben, mit dem Manne allein zu sein. Ich hatte das Verlangen in der Ehe, Wärme und Liebe zu fühlen, die ich als Kind nie verspürt hatte. Mein Mann ist durch und durch Gentleman, hat aber doch nicht die Art, sich in eine Frauenseele einzufühlen. Er ist zu robust, hat ein sehr lautes Wesen. Ich sagte mir immer, Wärme und Liebe müssen im Stillen keimen.

Vor allem hat mir nicht gefallen, daß meine Schwester eines Abends plötzlich sagte, „so, nun verlobt Ihr Euch“. Die ganze Sache ist so geschäftsmäßig vor sich gegangen. Nach 6maligem Sehen hatten wir uns schon verlobt. Kurz nach der Verlobung traten bei mir ernsthafte Zweifel auf, ob ich meinen Mann auch wirklich liebte, ob ich ihn heiraten könnte. Nach solchen Grübeleien habe ich meinem Verlobten 2mal den Ring zurückgegeben. Und ich bin nicht energisch genug gewesen, so daß ich ihn dann doch heiratete. „Ich konnte mich nicht daran gewöhnen, daß ich verheiratet war, ich bin überhaupt immer ein Mädchen geblieben. Mir wurde nicht bewußt, daß ich jetzt ein Weib geworden war. Ich liebte meinen Mann nicht, haßte ihn aber auch nicht; ich habe mir eben nicht ernsthafte Mühe gegeben, ihn zu lieben. Es war alles anders, wie bei meinem früheren Verlobten. Schon in den ersten Tagen der Ehe hatte ich meinem Mann gesagt, daß ich ihn nicht liebe und machte mir andererseits Vorwürfe darüber, daß ich ihm nicht die nötige Liebe geben konnte. Ich habe mir Mühe gegeben, ihn zu lieben, es kam aber doch nicht zu einem tieferen Gefühl. Bei der Geburt meines Jungen habe ich mich glücklich gefühlt, aber trotzdem ist die Liebe zu meinem Kind nie zur Reife gelangt, ich liebte und liebte das Kind, aber nicht mit dem rechten Muttergefühl. ... Ende 1924 kamen wir nach Europa zurück. Es kam mir alles verändert in meiner Heimat vor, ich hatte mich vorher so aufs Wiedersehen gefreut, aber als ich dann meine Verwandten vor mir sah, konnte ich diese Freude nicht erleben. Ich litt sehr unter dem Klimawechsel und besonders unter den hiesigen Verhältnissen, die mich zwangen, jede Arbeit selbst zu verrichten, was ich in Java nicht kannte.“

Im Frühjahr 1925 erfolgte der erste Nervenzusammenbruch. „Ich litt damals unter ausgesprochener Schwermut. Ich hatte diese Schwermut schon anfangs meiner Ehe gehabt, aber das war mehr wie ein Dahinträumen gewesen.“

(Warum waren Sie so schwermütig?)

„Ich meine, ich habe die Jahre in Java nicht bewußt gelebt, das Gemüt war nicht daran beteiligt und als ich in die alte Heimat zurückkam, da meldete sich das Gemüt wieder, so verstehe ich das. ... Und das Gemüt war schwer, es war traurig. Zu jener Zeit hatte ich mich von den Menschen zurückgezogen, ich hörte sie nur von weitem. Ich hatte an nichts mehr Interesse. Im wesentlichen hatte ich mich damals noch nicht verändert gefühlt, wohl spürte ich eine gewisse Gleichgültigkeit, nur nicht in dem verstärkten Maße wie jetzt. Es war alles noch kräftiger in mir. ...

Dann auf einmal bemerkte ich im Magen ein eigenartiges Übelwerden und auf meiner Brust fühlte ich eine Kugel herunterlaufen. Am nächsten Morgen war alles so komisch. Alles sah mich an, nicht ich sah die Dinge an. Die Uhr schien mir anders zu schlagen. Die Augen der Menschen schienen mir verändert. Ich sah immer etwas Störendes dabei.“

„Ich hatte keine Freude mehr am Leben, konnte mich über nichts mehr freuen.“

„In K., wohin wir verzogen waren, richteten wir uns eine eigene Wohnung ein, die neuen Möbel machten auf mich keinen besonderen Eindruck, ich konnte mich nicht darüber freuen.“

„Ich hatte Freude an meinem Kind, liebte es, aber in der Erziehung meines Kindes war ich oft sehr launisch. Trotzdem ich das Kind herzte, war doch nicht der ganze Mensch dabei, ich habe mich nicht hineinvertieft, es kam alles nicht aus dem Innersten... Ich spüre in mir, daß ich dem gesunden Gefühl Bahn brechen mußte, jede starke Lebensäußerung nahm ich sofort unter die Lupe und sah nur Schlechtes darin...“ „Viel Lärm machte mich verwirrt, aber ich hoffte, daß alles vorüberging, tat aber nichts dazu. Im Mai 1930 ließ mein Mann seine Schwester kommen, damit ich etwas Abwechslung bekäme, weil mein Mann dauernd auf Reisen war. Als die Schwester eintraf, riß ich mich zusammen, denn ich wollte gesund werden. ...Eines Tages stand ich am Fenster und schaute hinaus, auf einmal dachte ich: Jetzt grübelst du. Auch fing ich an, meinen Körper zu beobachten. Stuhl und Urin beobachtete ich schon früher. Wenn ich des Morgens aufstand und die Beine rötlich oder blau verfärbt sah, hatte ich Angst, sterben zu müssen. Alles war mit Angstgefühlen verbunden. Vor diesen floh ich und stürzte mich in die Arbeit.“

„Dann hatte ich das Gefühl, in zwei Hälften geteilt zu sein, als wenn ich mein Gefühl neben mir herschleppte. Denn das Gefühl saß nicht an der richtigen Stelle, es irrte irgendwo herum, neben mir her.“

„Ich machte meine Arbeit, aber nicht mit dem Gemüt, ich machte sie nur mechanisch. Ich war kein Willensmensch mehr, sondern nur ein mechanischer Mensch... Ich merkte dann, daß man so kein Mensch war, so ohne Gemüt... Inzwischen fuhren wir in die Sommerfrische. Mein eigenes Gemüt wurde mir fremd, ebenso die gesunden Lebensäußerungen... Ich hatte mich an den verschlossenen Gemütszustand so gewöhnt, daß mir ein anderer Zustand fremd vorkam.“

Das Gemüt war so vergraben, daß das Ich kaum noch fühlbar war. Ich sah ein, daß ich rettungslos verloren war. Ich machte schlimme Szenen; ich wußte, daß ich mit meinem Leben gespielt hatte, ich hatte nicht vernünftig gelebt, ich besaß nicht mehr die Möglichkeit, mich aus allen diesen Ideen herauszureißen... Das alte Ich besaß ich damals schon nicht mehr, das war schon so zurückgedrängt. Ich habe immer nur ins Leere gedacht; was ich hörte, ging nicht ins innere Ohr.“

Seit Januar 1931 befindet sich die Patientin in der hiesigen Anstalt. Seitdem habe sich ihr Zustand weiter verschlechtert. Sie sei noch mit etwas Gefühl und Empfinden hierher gekommen, jetzt sei dieses aber auch fort.

„Ich denke mir, es geht jetzt weiter bergab, ich werde weiter hinsiechen und werde mich in dieser geistigen Untätigkeit selbst verzehren... und werde plötzlich einen Herzkrampf bekommen... und dann ist Schluß.“

Das Seelische und die innere Spannung fehlen ganz. Das Gefühl der Freude und der Trauer besteht nicht mehr. „Manchmal ist es mir, als ob ich mich über ein Vögelchen freuen könnte, dann sage ich mir aber, daß dieses nicht die echte Freude ist.“

„Ich habe immer mein Inneres betrachtet, mich gefragt, was ist jetzt noch da, wieviel hast du noch übrig, was wirst du morgen noch übrig haben... in diesen Gedankenkreis bin ich verfangen gewesen bis zum Wahn..., darin bin ich bis zum Stupidwerden gegangen.“

„Es kommen mir auch keine Gedanken mehr, ich kann nicht mehr denken. Die Gedanken müssen beim gesunden Menschen ungewollt kommen und gehen, es muß ein Arbeiten im Kopf sein. Wenn ich z. B. im Bett liege, habe ich nichts im Kopf. Mal ist der Kopf leer, mal schwer, es ist ein ewiger Widerspruch. Ich bin verworren und so verausgabt in jeder Beziehung, körperlich, geistig, seelisch.“ „Ich habe innen nichts, ich kann noch so viel denken, es ist nur ein Grübeln, die Gedanken gehen bloß im Kopf herum, sie fassen Herz und Gemüt nicht.“ „In mir liegt ein Zweifel, ein Zweifel an allem, ich freue mich und freue mich nicht... dann wäre der Zustand für mich richtig bezeichnet.“

Manchmal frage ich mich, was ist das, was mich noch aufrechterhält, mein früheres Ich habe ich zerstampft und zertreten; was das Herz, Gemüt, die Seele umfaßte, das habe ich mutwillig zerpfückt, nun bin ich noch da, ich suche mir eine Beschäftigung, ich habe so lange gegrübelt, bis ich nicht mehr grübeln konnte. Die Hoffnung hat mich verlassen. Es ist kein Trieb in mir.“ „Mein früheres Ich ist vernichtet, die Lebenskraft fehlt mir.“

„Wollen und Nichtwollen hat dauernd bei mir gewechselt und immer bestand eine überstarke Selbstbeobachtung. Ich kam mir manchmal vor wie ein Arzt, der an seinem eigenen Körper den Ablauf einer Krankheit beobachtet und die täglichen Erscheinungen registriert.“

Als wesentlich wäre hier folgendes herauszuheben: Nach überstürzter Verlobung und Verheiratung entstehen bei der Kranken Zweifel, ob sie ihren Mann auch wirklich liebe. „Ich habe mir Mühe gegeben, ihn zu lieben, aber es kam doch nicht zu tieferem Gefühl“. Sie unterscheidet zwischen einer oberflächlichen Liebe und einer Liebe „im Innersten“. So richtet sich schon zu jener Zeit die Selbstbeobachtung auf die eigenen Gefühle mit der zweifelnden Einstellung, ob es „nur oberflächliche oder tiefere Gefühle seien“. Auch die Freude an ihrem Kind wurde unter dieser zweifelnden Einstellung betrachtet.

Diese Beachtung der Gefühlsregungen nahm allmählich immer mehr zu, „eine starke Lebensäußerung nahm ich sofort unter die Lupe“. Sie fing auch an, ihren Körper zu beachten. „Wenn ich des Morgens aufstand, und ich die Beine blau oder rötlich verfärbt sah, hatte ich Angst, daß ich sterben müsse. Alles war mit Angstgefühlen verbunden.“ Diese ängstliche Selbstbeobachtung, die sich in erster Linie auf das Gefühlsleben erstreckt, führt die Kranke zu der Überzeugung, daß „das Gemüt vergraben“ und das Ich kaum noch fühlbar sei.

„Das Gefühl“, sagt sie an einer Stelle, „saß nicht an der richtigen Stelle, es irrte irgendwo herum, neben mir her“. Versucht man sich diesen eigenartigen Eindruck, daß das Gefühl neben ihr herirrte, verständlich zu machen, so wird man spätere Äußerungen der Kranken über eine Änderung des Gefühlslebens mit heranziehen müssen, und zwar Äußerungen aus einer Zeit, zu der sie ihr Gefühl als aufgelöst auffaßt. In dieser Zeit sagt sie, „das Gefühl der Freude und Trauer besteht nicht mehr“ und über die Entstehung dieses Zustandes: „ich habe mir das ansuggeriert, ich habe mein Inneres betrachtet und mich gefragt, was ist jetzt noch da, . . . was wirst du morgen noch übrig haben . . . bis zum Stupid-werden“.

Durch diese hypochondrische Selbstbeobachtung ihrer Gefühle vollzieht sie also einen Akt der Vergegenständlichung ihrer Gefühlszustände. So wird es verständlich, daß sie von dem Gefühl sagen kann, daß es „neben ihr herirrte“, daß sie das Gefühl „neben sich herschleppte“. Und durch diese abnorme Gegenüberstellung des Ich als Subjekt und als Objekt wird auch verständlich, daß sie den Eindruck hat, „in zwei Hälften geteilt zu sein“.

Man sieht leicht, daß hier nicht eine Selbstbeobachtung vorliegt, die mit einem abnorm starken Spannungszustand einhergeht und — wie in solchen Fällen — den alten Ich-Zustand immer mehr verdrängt, sondern die Selbstbeobachtung beruht hier auf der ängstlich-hypochondrischen Einstellung und richtet sich vornehmlich auf die emotionellen Erlebnisse.

## 2. Die Wirkung veränderter Körpergefühlszustände.

Wir haben schon mehrfach darauf hingewiesen, daß die Depersonalisierten über Veränderungen der Körpergefühlszustände klagen und unsere früheren Angaben seien jetzt an Hand einiger Beispiele weiter ergänzt.

Dabei möchten wir besonders betonen, daß uns die Frage, wovon diese Veränderungen der Körpergefühlszustände selbst wieder abhängen, in diesem Zusammenhang nicht interessiert, da darauf noch einzugehen sein wird.

Klagen über veränderte Körpergefühle äußert eine Kranke von *Raymond* und *Janet*<sup>1</sup> im Anschluß an einen Erregungszustand, eine „aufregende Lektüre“, die auf ihren Zustand zu passen schien (heimliche Verlobung). Sie fühlt sich im Anschluß daran plötzlich verändert, fühlt sich sonderbar. Körperlich fühlt sie nur leichtes Unbehagen im Hinterkopf. Hörte und sah gut, konnte sich leicht bewegen, trotzdem suchte sie sich selbst, da sie glaubte, nicht mehr die Gleiche zu sein und den Eindruck hatte, daß die Umgebung nichts mit ihr zu tun hätte.

Ein Kranker *Heverochs* klagt darüber, daß er das Gefühl habe, „der Kopf sei abgestorben, das Gehirn arbeite nicht, fühle keine Schmerzen, nichts berühre ihn, er sei wie ein Stück Holz“<sup>2</sup>.

Ähnliche Fälle — ich erinnere hier auch an die Aussagen im Meskalinrausch — ließen sich noch weiter anführen, ohne daß dadurch aber neue Gesichtspunkte gewonnen würden.

Wie diese veränderte Auffassung der Körpergefühlszustände zum Erlebnis der Depersonalisation führen kann, ist nach unseren bisherigen Ausführungen nicht schwer verständlich; sie sind eine Komponente des Ich-Bewußtseins und so wird bei einer Abänderung auch eine Veränderung des Ich-Bewußtseins auftreten.

## 3. Aktivitätsgefühle und „traumhafte Benommenheit“ in ihrer Beziehung zum Depersonalisationserlebnis.

Wenn wir die Störung der Aktivitätsgefühle und die traumhafte Benommenheit in ihrer Beziehung zum Depersonalisationserlebnis zusammen besprechen, so geschieht das deshalb, weil bei der vorhandenen innigen Verflechtung beider es besonders schwer ist, aus dem Wirkungskomplex die richtige kausale Zuordnung des einzelnen Faktors zu treffen.

<sup>1</sup> *Raymond* u. *Janet*: *Névroses et idées fixes*, S. 61 (nach *Schilder*: I. c., S. 264).

<sup>2</sup> In *Schilder*: I. c., S. 282.

So werden wir hier wieder deutlich auf die enge Verknüpfung der einzelnen, das Persönlichkeitsbewußtsein bedingenden Faktoren hingewiesen.

a) Wirkung der Aufhebung der Aktivitätsgefühle.

Die Wirkung, die eine Aufhebung der Aktivitätsgefühle nach sich zieht, kann — wie gezeigt wurde — schon aus allgemein-psychologischen Gesetzmäßigkeiten abgeleitet werden, wenn man sich vor Augen hält, was die Aktivitätsgefühle sind.

Da sie das Gefühl des Dranges, des Impulses im Willensvorgang repräsentieren, ist leicht ersichtlich, daß bei einer Aufhebung der Aktivitätsgefühle es durch Fortfall des Impulsgefühls zu den Klagen kommen muß, alles Handeln geschehe „rein mechanisch“, „wie ohne eigenes Zutun“, „rein automatisch“ und wie die Klagen im einzelnen lauten. Der Kranke gewinnt, wie viele es ausdrücken, den „Eindruck, ein Automat zu sein“. Damit ist dann zugleich ein Fremdheitseindruck gegeben. Oder positiv könnte man sagen: das Individuum erlebt das Fehlen des wollenden Ichs, womit natürlich das Depersonalisationserlebnis unmittelbar gegeben ist.

Das Bewußtsein, wie ein Automat, wie eine Maschine zu sein, führt die Kranken oft zu allerlei Maßnahmen, durch die sie versuchen, das verlorene Ichbewußtsein wieder zu gewinnen. So suchte ein Kranker *Heverochs*<sup>1</sup> durch Berühren der Gegenstände „sich von ihrer und seiner eigenen Existenz zu überzeugen“.

Wir haben immer wieder den Zusammenhang der einzelnen Störungen betont und finden auch die Störungen des Aktivitätsgefühls meist mit anderen Erscheinungen vergesellschaftet. Häufig treten sie zusammen mit Klagen über einen Zustand traumhafter Benommenheit und auch mit Klagen über Veränderungen der Körperempfindungsgefühle auf. Daneben scheint aber in einigen Fällen das Depersonalisationserlebnis auf einer primären Störung der Aktivitätsgefühle zu beruhen, wie z. B. in dem zitierten *Geißlerschen* Fall und vielleicht auch in dem Fall 1 von *Pick*.

Häufiger sind die Aktivitätsgefühle aber erst sekundär gestört. Ein Kranker *Balls*, von dem es zuerst heißt, er fühle, wie er verschwinde, so daß nichts als der leere Körper übrig bliebe, gibt nachher an, daß er sich mechanisch vorkomme. Hierher gehört wohl auch ein Kranker von *Raymond* und *Janet*, der nach einer Aufregung sich zunächst verändert, sonderbar fühlt, und bei dem sich später erst der Eindruck des Automatischen entwickelt. Solche Fälle weisen darauf hin, daß eine Störung der Körperempfindungsgefühle begünstigend auf den Verlust des Aktivitätsgefühls hinwirkt.

<sup>1</sup> *Heveroch*: Über Störungen des Ichs. Z. Psychol. 19, 429.

In vielen anderen Fällen tritt der Aktivitätsgefühlsverlust bei einem Zustand traumhafter Benommenheit auf. In der *Schilderschen* Sammlung sind dies folgende: zunächst ein Fall von *Böttiger*, dann ein Fall von *Raymond* und *Janet*, wo die Kranke sagt: „Alles, was ich mache, ist mechanisch, es geschieht ohne mich, ich bin wie im Traum und ebenso findet man in zwei Fällen von *Hesnard* Klagen über automatisches Verhalten mit traumhafter Benommenheit zusammen. So scheint also auch der Zustand traumhafter Benommenheit die Aufhebung der Aktivitätsgefühle zu erleichtern. Damit haben wir einen weiteren Depersonalisationszustand aufgezeigt, der durch das fehlende Erleben eines wollenden Ichs charakterisiert wird. Dieser unterscheidet sich scharf von den zuvor genannten Depersonalisationszuständen, da er vor allem die tieferen Schichten der Persönlichkeit berührt. Schon jetzt zeigt sich deutlich, wie verfehlt es wäre, wie bisher nur ganz allgemein von einem Depersonalisationszustand zu sprechen.

Mit einigen Worten sei noch auf die Zustände von „Doppelbewußtsein“ eingegangen, die sich zuweilen mit Klagen über Automatismus verbinden. Wir sagten, daß der Eindruck des Doppelbewußtseins auf der Scheidung zwischen Ich als Subjekt und Ich als Objekt beruht. Diese Erscheinung tritt aber nicht immer zusammen mit dem Eindruck des Automatischen auf, und ich habe aus den entsprechenden Fällen den Eindruck gewonnen, daß das gleichzeitige Auftreten des Doppelbewußtseins durch die Tendenz zur hypochondrischen Selbstbeobachtung begünstigt wird.

#### b) Die Bedeutung „der traumhaften Benommenheit“.

Überblickt man die zahlreichen in der Literatur niedergelegten Fälle von Depersonalisation, so fällt auf, daß die Kranken meist über einen eigenartig traumhaften Zustand klagen, den sie oft als „traumhafte Benommenheit“ bezeichnen. Der Oberst *Krishabers* klagte über das „Gefühl des Traumhaften und Unbestimmten im Denken“. Ein anderer Kranker gibt an, sich „wie trunken“ zu fühlen, „wie im Traum“, „nicht mehr richtig wach“, alles Bezeichnungen desselben Zustandes. Oft äußern die Kranken auch, daß die Objekte „wie im Traum“ erscheinen, oder „wie mit einem Schleier bedeckt“. Der Eindruck des Traumhaften scheint also in zweierlei Form gegeben zu sein: einmal in dem Eindruck nur zu träumen, sich ganz wie im Traum zu verhalten und zweitens eine traumhafte Auffassung der Dinge zu haben.

*Bernard Leroy* hatte durch seine Enquête über Depersonalisation viele Antworten erhalten, die betonten, daß die Realität wie im Traum erscheine. Weiter hat *Janet* auf das Traumhafte und Irreelle hingewiesen. *Aber man hat bisher die traumhafte Benommenheit nur rein phänomenologisch betrachtet und nicht die kausale Bedeutung für die Entwicklung der Depersonalisation erkannt.* Es liegt nahe, diese Zustände traumhafter Benommenheit in Beziehung zu Ermüdungs- und Erschöpfungs-

zuständen zu setzen. Sie treten fast immer nach Erregungszuständen auf und die Kranken sprechen häufig von einer abnorm starken Müdigkeit.

*Löwenfeld*<sup>1</sup> bringt die traumhafte Benommenheit in Beziehung zu Angstzuständen, da „der Affekt der Angst geneigt ist, die apperzeptiven Leistungen zu beeinträchtigen“. „Wir müssen daher“, sagt er, „Angstzuständen einen wesentlichen Anteil an der Hervorrufung der Gefühle des Fremdartigen und Traumartigen zuerkennen“. Wir glauben, daß *Löwenfeld* hier die Bedeutung der Angst überschätzt, denn man findet doch oft Angstzustände, ohne daß dabei der Eindruck des Fremdartigen und Traumartigen entsteht.

Was uns aber bei den Zuständen traumhafter Benommenheit besonders interessiert, ist weniger die Auffassung der Objekte als traumartiger, als vielmehr der traumartige Zustand als solcher und die Heraushebung seiner Beziehungen zum Depersonalisationserlebnis.

Als eine Wirkung der traumhaften Benommenheit läßt sich die Fremdheit der Objekte der Außenwelt aufweisen. Durch traumartiges Erscheinen („wie in Schleier gehüllt“ usw.) legen sie den Gedanken der Irrealität nahe. Und häufig schließt sich an den Eindruck des traumhaften eigenen Verhaltens nach längerem Intervall der Eindruck der Entfremdung des Ich an.

Damit hätten wir eine vierte Art des Depersonalisationserlebnisses aufgezeigt.

Hier wäre nun auf folgenden wichtigen Tatbestand hinzuweisen. Wir sagten, daß die durch den Eindruck des traumhaften eigenen Verhaltens bedingte Fremdheit des Ich schon das Erlebnis der Depersonalisation unmittelbar in sich schließt. Das ist zweifellos richtig, aber es ist noch etwas anderes zu beachten. Das Individuum nimmt diesen Zustand der Depersonalisation, der peinvoll empfunden wird, nicht einfach hin, es kämpft dagegen an und sucht in den frühern Ich-Zustand zurückzugelangen, ähnlich, wie wir es in manchen Fällen von Aufhebung der Aktivitätsgefühle sahen. Es besteht, wie wir es bezeichnen möchten, eine *Tendenz der Ich-Erhaltung*. Das Erlebnis der Depersonalisation wird peinvoll empfunden, es entsteht eine unlustvolle Stimmung und die Kranken äußern, an nichts mehr Freude zu haben, keine Freude mehr fühlen zu können.

Worauf es uns besonders ankommt, ist, daß die unlustvolle Stimmung im Verein mit der Tendenz der Ich-Erhaltung zur zwanghaft hypochondrischen Selbstbeobachtung führt und den schon vorhandenen Depersonalisationszustand weiter verstärkt, so daß ein Zustand entsteht, den man vielleicht als superponierte Depersonalisation bezeichnen könnte. Die krampfartige Selbstbeobachtungstendenz, die wir früher als Ursache des

<sup>1</sup> *Löwenfeld*: Über traumartige und verwandte Zustände. Zbl. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1909.



Depersonalisationserlebnisses aufgezeigt hatten, tritt hier erst infolge einer schon ausgeprägten Depersonalisation auf. Man sieht, wie kompliziert die Verhältnisse liegen.

c) Traumhafte Benommenheit in ihrem Zusammenwirken mit anderen psychischen Funktionen.

Wenn auch für eine bestimmte Art des Depersonalisationserlebnisses die vorwiegende Veränderung einer der Komponenten des Ichbewußtseins in Anspruch genommen werden kann, so findet man doch in der Mehrzahl der Fälle, daß nicht nur einer der als Ursache der Depersonalisation aufgezeigten Faktoren wirksam ist, sondern daß hier — wie zu erwarten — komplexere Störungen vorliegen.

An einem Fall, den wir beobachten konnten, wollen wir versuchen, diese Zusammenhänge darzustellen. Es sei schon vorausgeschickt, daß wir hier die traumhafte Benommenheit mit den verschiedensten psychischen Funktionen zusammenwirken sehen, da diese gleichsam in den Zustand traumhafter Benommenheit eingebettet sind. Worauf es uns ankommt ist, dabei zu zeigen, wie die traumhafte Benommenheit die Einzelfunktionen abändert und mit ihnen zusammen zu einer Reihe psychopathologisch interessanter Symptome und zu verschiedenen Formen des Depersonalisationserlebnisses führt.

Wir wollen den Fall ausführlicher wiedergeben, weil nur so Zusammenhänge deutlich werden.

*Fall Ni., geboren 1894.*

Nach Angabe der Patientin sind in der Familie der Eltern keine Nerven- oder Geisteskrankheiten vorgekommen. Der Vater lebt noch, ist 75 Jahre alt, gesund und rüstig. Die Mutter hatte 17 Kinder; ist vor 5 Jahren gestorben.

Eine Schwester (30 Jahre alt) litt öfter an Verstimmungszuständen, in denen sie selbstmordverdächtig war, sowie an Zuständen übergroßer Heiterkeit. Sie war bis vor einigen Wochen in der hiesigen Anstalt wegen Manie. Ein Bruder trinkt zeitweilig übermäßig viel, nichts könne ihn dann davon zurückhalten. Nachher schlafe er einige Tage und könne sich an nichts mehr erinnern. Diese Zustände treten alle paar Wochen einmal auf.

Sie selbst auf der Schule gut gelernt, nie sitzen geblieben. Als Kind sehr nervös, war ängstlich, sei oft zusammengeschrocken. Andererseits auch wieder sehr waghalsig, kein Baum sei ihr zu hoch gewesen. Wenn sie verreisen mußte, war sie vorher immer sehr ängstlich und konnte nichts essen. Auch in der Ehe immer noch sehr ängstlich; wenn ihr Mann z. B. ein Kind im Arme hielt, fürchtete sie dauernd, er könne es fallen lassen.

Sie besuchte das Lyzeum in K., hatte die Absicht, Lehrerin zu werden, aber sie habe die Schulluft schlecht vertragen können, sei oft ohnmächtig geworden und es sei ihr dann vom Arzt wegen ihrer großen Blutarmut vom Weiterbesuch der Schule abgeraten worden.

Mit 25 Jahren geheiratet, Ehe glücklich, 4 Kinder. Vor 5 oder 6 Jahren Herzbeschwerden, das Herz sei sehr schnell gegangen und sie habe auch häufig weinen müssen. 1924 eine Kur in Bad Nauheim, fühlte sich nachher wieder ganz gesund, dann vor 3 Jahren nochmals in Bad Nauheim.

Oktober 1929 Umzug in ein neuerbautes Haus. Das Haus sei ein Flachbau, und die Leute im Dorf hätten sich zunächst über die eigenartige Bauweise aufgehalten. Das Grundstück habe der Vater auf ihre wiederholten Vorstellungen hin ihr abgetreten. Die Anregung zum Bau eines Hauses sei von ihrem Mann ausgegangen, sie selbst sei innerlich nicht damit einverstanden gewesen, einerseits weil der Vater zunächst das Grundstück nicht gerne abtreten wollte und sodann, weil sie schon damals gespürt habe, daß ihr Körper nicht mehr so widerstandsfähig gewesen sei.

Die jetzige Erkrankung habe während des Umzugs begonnen, als sie sehr überarbeitet war. Als sie eines Abends zum Gutenachtkuß sich über ihre Kinder gebeugt habe, sei es ihr auf einmal gewesen, als ob im Gehirn eine Veränderung aufgetreten sei. „Es trat eine unbeschreibliche Angst auf. Ich schrie immer, ich muß sterben.“ Es sei ein plötzliches Sterbensgefühl und eine Todesangst gewesen, die über sie gekommen sei und zugleich sei ihr die ganze Umwelt verändert vorgekommen. (Sie selbst habe sich damals nicht verändert gefühlt.)

Durch das unveränderte Erleben der Umwelt verstärkte sich die Angst immer mehr, sie habe am ganzen Körper gezittert; der „Anfall“ dauerte ungefähr 1 Stunde.

Am nächsten Abend um dieselbe Zeit habe sich der „Anfall“, verbunden mit Angst und Fremdheitsgefühl der Umgebung, wiederholt. „Es kam mir alles so geheimnisvoll, so grauenhaft vor.“ „Durch diese Wendung im Kopf habe ich die furchtbare Angst bekommen, es war mir alles so fremd, als wenn mich alles angegrinst hätte. Dieses Fremdheitsgefühl ließ nach 1 Stunde nach, aber die Angst blieb bestehen. Ich hatte immer den Gedanken, du stirbst. Es war mir als ob ich einen Schlag bekommen hätte, nur das Bewußtsein hatte ich nicht verloren.“

Anschließend für einige Wochen in ein Erholungsheim. Dort hatte sie immer Angst allein zu sein, aus Furcht, daß der geschilderte Zustand wieder auftreten könnte. Nach einigen Wochen trat Appetitlosigkeit auf, so daß sie alles habe herunterwürgen müssen. Mußte damals viel weinen. Während des Aufenthaltes im Erholungsheim sei ihr während des Essens nie und da alles verändert vorgekommen, aber nur für kurze Momente, dabei immer starke Angst und ein traumhaftes Gefühl. Immer habe eine starke Angst vor dem Wiederauftreten des oben beschriebenen Zustandes bestanden, weil ihr *Kopf so benommen* gewesen sei.

Damals erstmalig den Eindruck, daß die Hände und Füße sich verändert hätten (dicker geworden) und daß die inneren Organe stillständen. Wegen der zunehmenden körperlichen Schwäche Januar 1930 vom Erholungsheim ins Krankenhaus nach B. Geistig habe sie sich damals noch nicht verändert gefühlt.

Im Krankenhaus in B. furchtbare innere Unruhe, große Schwäche und Appetitlosigkeit, mußte sich von einer anderen Kranken füttern lassen, öfters Erbrechen. Beschäftigte sich damals sehr mit ihrem Krankheitszustand. Fragte sich: Was soll das noch geben, ich werde immer schwächer. „Der Gedanke kam ungewollt, wenn ich mit jemandem sprach, kamen immer wieder diese Gedanken, ich versuchte sie zu verschleichen und wollte gegen sie angehen.“

Während des Aufenthalts im Krankenhaus sei plötzlich das „Kino-Sehen“, wie sie es nennt, aufgetreten. „Die ganze Welt kam mir vor, wie in einem Kino.“ „Die Menschen kamen mir so wie Maschinen vor, die ganze Umgebung erschien mir verändert. Alles kam mir vor, wie in einem Traum. Auch ich selbst kam mir verändert vor, es war mir alles egal.“ „Ich konnte mich nicht mehr freuen, konnte keinen Menschen mehr leiden, sogar meinen Mann nicht, ich wurde völlig apathisch.“

Während im Erholungsheim die Entfremdung der Außenwelt nur kurze Zeit angehalten hatte, blieb dieser Eindruck jetzt bestehen und besteht auch heute noch, wenn auch in etwas schwächerem Maße.

Alle Freudengefühle seien verschwunden, sie habe plötzlich keine Träne mehr weinen können, ihre Nase nicht mehr zu putzen brauchen; es sei ein Gefühl gewesen, als wenn der Körper ausgetrocknet wäre, „der Saft fehlte mir, ich konnte mich

weder freuen, noch traurig sein. Ich war starr, es war mir, als ob mein Kopf ausgetrocknet gewesen sei.“

Im April 1930 wurde Patientin erstmalig in die hiesige Nervenklinik aufgenommen. Sie klagte damals wieder über Angstgefühle und das Traumhafte ihres Zustandes. Das Leben komme ihr vor wie ein Traum, die Menschen so mechanisch wie im Kino. Sie habe viel gebetet aus Angst, sterben zu müssen. Sie fühle sich ganz anders als früher, beängstigt, innerlich beunruhigt, alles sei ihr fremd, sie selbst komme sich wirklichkeitsentrückt vor. Sie sei überhaupt nicht mehr auf der Welt wie früher. Gestern bei Tisch habe sie gescherzt, aber ganz mechanisch. Das „Begreifen“ sei auch so ganz anders wie früher. Wenn sie aus einem Raum herausgegangen sei, könne sie ihn sich nicht mehr vorstellen. Sie könne auch nicht fassen, daß sich andere Leute freuen könnten.

Ihr Aussehen sei ganz verändert, so daß sogar die Kinder auf der Straße vor ihr Angst bekommen hätten. Das Gesicht sei aufgedunsen, auch die Augen seien verändert. Außerdem habe sie das Gefühl, als ob die inneren Organe stillstünden. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in B. habe sie Wechselbäder genommen, wobei ihr aufgefallen sei, daß sie den Temperaturunterschied nicht mehr empfunden habe; konnte heiß und kalt nicht mehr unterscheiden. Wenn sie früher badete, habe sie immer ein Beklemmungsgefühl verspürt, während es ihr jetzt sei, als ob der Körper nichts mehr empfinde; die ganzen Gefühle seien abgestumpft. Sie fühle alles nicht mehr so fein wie früher.

Sie könne jetzt schon wieder besser denken und die innere Unruhe habe sich gelegt, aber immer habe sie noch das Gefühl, in einer anderen Welt zu sein. Die Zeitabläufe seien ganz anders als früher, sie könne nicht unterscheiden, ob es Morgen oder Abend sei.

Im Juli gibt sie als neues Symptom an, sie habe das Gefühl, als ob die Umgebung an ihr vorbeiglitte.

Der Kopf sei leichter geworden, „aber im übrigen bin ich noch wie tot“. Oft werde es ihr noch schlecht, es sei dann wie Todesangst und sie habe Angst, sich dabei umzubringen. Der Körper sei wie von Leder, im Winter habe sie sehr viel geschwitzt, jetzt in der Hitze käme kein einziger Schweißtropfen, der Körper sei immer wie Eis.

„Ich sehe alles, aber es ist, als ob im Kopf etwas tot wäre“. „Ich tue alles, als ob ich das gar nicht wäre, wie mechanisch, ich habe gar nicht das Empfinden, daß ich das selbst bin, ich kann das gar nicht erklären.“

Oktober 1930: Erneute Aufnahme in die Klinik. Der Ehemann gibt an, daß die Frau zu Hause sich wieder mit Hausarbeiten beschäftigt habe, sie hänge auch wieder mehr an ihren Kindern und habe sich jetzt, wie sie nach hier kommen sollte, schlecht von den Kindern trennen können. Oft habe sie noch über Kopfdruck geklagt und auch über Angstgefühle. Sie habe nicht gewagt, sich allein auch nur 200 m weit vom Hause zu entfernen, aus Angst, sterben zu müssen.

Patientin gibt an, daß sie immer noch das Gefühl habe, als wenn sie auf einer anderen Welt leben würde, als ob sie in Narkose wäre. So habe sie zu Hause gar nicht das Empfinden gehabt, wirklich zu Hause zu sein. Auch jetzt bestehe noch das Angstgefühl; es sei ein Gefühl, als wenn ihr der Tod auf dem Nacken sitze. Es sei ihr so eigenartig im Kopf, als wenn sie halb tot und halb lebend wäre, als wenn sie in Narkose übergehe, so traumhaft.

Sie tue alles so, als ob sie es nicht selbst wäre, die das täte. Sie empfinde das gar nicht richtig.

Die Periode, die bis vor der Krankheit regelmäßig gewesen sei, sei jetzt unregelmäßig und dauere nicht mehr so lange. Sie führt ihre Krankheit darauf zurück, daß sie sich zu Hause überarbeitet habe.

Auch jetzt sehe sie alles noch wie im Kino. „Ich gehe über die Straße, sehe die Menschen, aber alles ohne Leben.“ Sie sehe wohl, daß die Menschen sich bewegten,

aber es ist nicht, als ob es Menschen wären, sondern wie wenn sich Figuren bewegten. Sie könne das selbst gar nicht richtig schildern. Es sei wie im Kino, als ob sie auf einer anderen Welt wäre. Sie grübelte viel über die Ursache ihres Leidens nach.

3. Aufnahme Januar 1931: Alles sei ihr noch so unnatürlich wie früher, alles sei ihr fremd. Fühle sich allem gegenüber fremd. Sie sehe alles so, als wenn ein Schein darum wäre. Habe gar nicht das Empfinden, als ob sie zu Hause gewesen sei. Im Kopf habe sie eine Benommenheit, dabei starken Kopfdruck und dauerndes Kältegefühl am Kopf.

Sie könne sich jetzt Personen nur so weit vorstellen, wie sie sie sehe. Wenn sie z. B. ihre Kinder im Bett sehe, meine sie, diese hätten nur einen Kopf, könne sich dann die Beine usw. gar nicht vorstellen, könne nicht begreifen, daß der Körper vollständig sei. Es sei alles anders, z. B. atme sie jetzt ganz anders wie früher, mehr unten aus dem Leib heraus, sie denke immer darüber nach, was das wohl sein möge.

März 1931: Gibt an, daß sie sich jetzt besser fühle, habe zu Hause wieder etwas mehr Liebe zu ihren Kindern empfunden, auch nicht mehr ausgesprochen das Gefühl gehabt, als ob es nicht ihre Kinder seien; früher sei die Mutterliebe ganz fort gewesen.

Es sei ihr jetzt noch alles fremd, „aber ich verspüre nicht mehr diese Unruhe, aber in dem Kopf ist etwas Unstetes, was mich nicht zur Ruhe kommen läßt und mir alles verändert macht.“ Jedoch sei auch die innere Unruhe besser geworden.

Oft habe sie noch Angstanfälle, besonders wenn sie einschlafe fürchte sie, daß ihr Herz stehen bleiben könnte.

Das „Kino“-Sehen habe sie immer noch etwas. „Es kommt mir überhaupt vor, als wenn der Ort, an dem ich mich gerade befinde, die ganze (alleinige) Welt ist, ich kann mir dann nichts anderes vorstellen. Man lebt eben in den Tag, wenn er zu Ende ist, ist es gut, das Leben ist gar kein Leben mehr.“ „Ich habe nicht das Gefühl, daß ich noch lebe, es ist eben alles ganz anders geworden wie früher; ich habe auch nicht das Gefühl, daß ich zu Hause gewesen bin, ich lebe eben nur in der Gegenwart.“ (Das Nur-in-der-Gegenwart-leben wird oft betont.)

„Früher, als das ‚Kino‘-Sehen noch stärker war, kam es mir vor, als ob ich vor einem Film säße, es ging alles an mir vorbei, ich konnte nicht begreifen, daß sich die Leute in ihrer Eile noch freuen konnten, ich hatte keine innere Beziehung zu den Dingen.“ Es sei, als ob sie als Beschauerin dasäße und alles an sich vorbeigleiten ließe. Meint, daß damit auch das Gefühl zusammenhinge, als ob sie nicht wirklich zu Hause gewesen sei.

Vor 1 Jahr im Krankenhaus in B. sei zuerst ein Nachlassen des Willensgefühls aufgetreten. „Jetzt ist es mir immer, als wenn ich keinen Willen habe und doch habe ich wieder einen, ich habe das Gefühl, als ob ich immer geführt werden müßte.“ „Wenn ich etwas tue, so ist es, als ob ich es nicht selbst getan habe.“

Manchmal habe sie „das Gefühl, wie tot zu sein“, als wenn sie überhaupt nicht mehr lebe, weil sie eben alles anders empfinde. Wenn z. B. jemand etwas erzähle, höre sie es wohl, erlebe es jedoch nicht mit. Sie könne sich nicht über die Blumen im Garten freuen, „ich möchte es, aber der Kopf machte nicht mehr mit“. „Ich habe keine Freude mehr, es ist alles fremd, mein Mann hat einen schönen Obstgarten anlegen lassen, um mir eine Freude zu bereiten, aber nichts rührt mich. Wenn mein Kind auf mich zukam, konnte ich nicht begreifen, daß es das meilige war (weint). Ich habe das Gefühl, du kannst nicht mehr leben, aber ich will mich immer wieder auffressen. Früher habe ich mich an jedem Teil erfreuen können, habe jeden Scherz mitgemacht, aber jetzt geht es nicht mehr.“

„Ich begreife jetzt alles anders; wenn ich die Leute sehe, kommen sie mir jetzt so fremd vor, ich sehe alles und weiß alles, aber ich begreife das nicht mehr so.“ Neulich sei sie mit ihrem Mann zur Besichtigung einer neugebauten Brücke gegangen,

aber sie habe keinen besonderen Eindruck dabei gewonnen, es sei ihr gewesen, wie wenn sie die Brücke schon längst gekannt hätte (*Déjà vu*).

Der Kopf sei noch empfindungslos, sie merke den Temperaturwechsel der Witterung nicht, einen kühlen Luftzug verspüre sie jetzt ganz anders wie früher, es sei, als ob die ganzen Empfindungen abgestumpft wären, oft auch, als ob der Körper ein Brett wäre. Wenn sie gehe, sei es ihr, als ob sie schwebe, dann scheine der Körper ganz leicht. Zu anderen Zeiten sei er ihr schwer. Das Gesicht sei aufgedunsener als früher, auch die Hände seien verändert. „Wenn ich z. B. meine Hand sehe, kann ich nicht begreifen, daß es meine Hand ist, trotzdem ich es doch weiß. Der ganze Körper kommt mir fremd vor, ich kann nicht begreifen, wie ich überhaupt gehen kann; alles ist anders geworden, die Luft erfrischt mich nicht mehr, Geruch und Geschmack sind abgeschwächt; die Gegenstände fühle ich im Vergleich zu früher stumpfer.“

Starkes Spannungsgefühl im ganzen Körper. „Ich habe schon oft gedacht, ich müßte zerplatzen.“

Gibt spontan an, daß ihr auch Photos anders erscheinen. „Es ist, als wenn in meinen Augen etwas wäre, was alles verschwommen macht.“

„Auch Musik, die ich höre, kommt mir nicht wie wirkliche vor. Es ist, als ob ich auf einer ganz anderen Welt wäre. Hätte ich doch einen Augenblick, daß ich mal wieder ich selbst bin, es ist mir alles verändert, mein Fühlen und Handeln, es ist alles so stumpf, mein ganzes Inneres ist verändert.“ „Ich bin mir jetzt selbst fremd, während mir früher nur Gegenstände fremd erschienen.“ Die Menschen erschienen ihr wie Maschinen, sie selbst komme sich wie ein Automat vor.

Im allgemeinen habe sie sich jetzt mit ihrem Zustand abgefunden, „ich denke jetzt, in Gottes Namen mußst du dein Schicksal tragen.“

Sie könne sich, auch jetzt, die Menschen nur soweit vorstellen, wie sie sie sehe, könne sich also jemanden, der an einem Tisch sitze und von dem sie nur Kopf und Brust sehe, nicht im Ganzen vorstellen, obgleich sie natürlich wisse, daß z. B. noch Beine da seien.

Diese Störungen im Vorstellen der Dinge treten jetzt im Krankheitsbilde deutlich hervor. Sie gibt an, sich ihr Haus nicht vorstellen zu können; auf Aufforderung kann sie es jedoch genau beschreiben, meint aber, das sei nicht das richtige Vorstellen wie früher, sie könne es nur angeben, weil sie von früher wisse, wie ihr Haus aussehe.

„Ich muß mich sehr anstrengen, um mir überhaupt meinen Mann und die Kinder vorstellen zu können. Wenn ich mich sehr anstrengte, kommt die Vorstellung ein bißchen, aber — es ist so schwer zu sagen — es ist immer, als wenn ich Feuer in den Augen hätte, ich weiß nicht, wie ichs ausdrücken soll.“

Im Hinblick auf die geklagten Störungen im Vorstellen und Wiedererkennen haben wir die Patientin nach dieser Richtung hin experimentell-psychologisch untersuchen lassen<sup>1</sup>. Wir geben den Befund wieder:

„1. Wiedererkennen von Figuren. Schlüsselbartfiguren. — Sinnlose geometrische Figuren. — Einfache farbige Figuren. — (Eine Figur wird einen Augenblick lang gezeigt und soll dann aus einer Reihe ähnlicher Figuren herausgesucht werden.) Die Leistungen liegen im Bereich des Normalen, schwanken aber etwas. Die für die Versuche nötigen Nebenfunktionen erwiesen sich alle als nicht gestört. Patientin gab an, sie wisse gewöhnlich in der Zwischenzeit (während des Suchens) nicht, wie die Figur ausgesehen habe; trotzdem kamen nur sehr wenige Versager vor. Vor allem fiel auf, daß die Patientin mitunter die obengenannte Angabe machte und unmittelbar darauf sagte, diese sei aber die gesuchte Figur.

<sup>1</sup> Ausgeführt von Dr. Schröder im psychologischen Laboratorium der Universitäts-Nervenklinik, Bonn.

2. Reproduzieren von Figuren: Erste und zweite Gruppe wie oben. — Komplexe farbige Figur. — Gruppe aus mehreren besonders einfachen Figuren. — (Die Figuren werden längere Zeit dargeboten, dann fortgelegt oder zerstört und sollen unmittelbar im Anschluß daran nachgezeichnet bzw. wieder zusammengelegt werden.) Die Versuche gelten alle als ausgesprochen schwer. Die Einprägungszeit ist normal; durch besonders intensive Einprägung bessern sich die Leistungen nicht. Ausfälle in der Auffassung der Figuren werden nicht deutlich. Die Leistungen sind sehr schlecht. Gewöhnlich fängt Patientin richtig an, weiß aber plötzlich nicht weiter und kann nicht rekonstruieren. Affektiv steht eine sehr starke Unsicherheit im Vordergrund, die ihrerseits wieder hemmt, aber nicht die eigentliche Ursache der Fehlleistungen ist. Meist benutzt Patientin intellektuelle Stützen oder arbeitet mit Hilfe von Funktionen, die unter 3. behandelt werden. Wo dies nicht möglich ist, versagt sie stark. Gewöhnlich erinnert sie sich an Einzelheiten, hat jedoch nicht die ganze Figur vor Augen. Bei den komplexen farbigen Figuren wurden die Teilgestalten nicht als zur Figur gehörig erkannt. Im Gegensatz zu den Ergebnissen unter 1. erkannte hier die Patientin häufig auch die vollständigen und fehlerlosen Figuren nicht wieder, oder sie war doch sehr unsicher.

3. Ergänzen und Konstruieren (mit Anleitung) von Figuren. Symmetrisches Ergänzen regelmäßiger Figuren. — *Heilbronnersche* Bilder. — Zeichnen und Zusammensetzung von Figuren nach Vorlage. — Zusammensetzen von Figuren, die nur im Umriß gegeben sind, aus einfachen geometrischen Teilfiguren.

Obwohl die Versuche durchweg ein intensives visuelles Vorstellen verlangen, waren die Leistungen gut. Patientin hatte keinerlei Schwierigkeiten. Nur bei den *Heilbronnerschen* Bildern zeigten sich anfangs geringe Unterleistungen (s. Gruppe 4).

4. a) Erkennen und Benennen von einfachen Gegenständen: Wortfindung: Im Versuch zeigten sich keine Lücken; jedoch gab Patientin an, daß es ihr oft vorkomme, daß ihr die Namen für die Gegenstände nicht so einfielen, sie wisse sie aber doch. Das Erkennen von Gegenständen auf akustische und taktile Eindrücke hin ist völlig normal.

4 einfache Gegenstände werden ganz kurz gezeigt und sollen dann genannt werden: Die Leistungen waren ausgesprochen schlecht, in 2 Versuchen wurden 2 von den 4 Gegenständen richtig, einer ungenau und unsicher angegeben, der 4. nicht gewußt.

b) Bilderbeschreibung und *Heilbronnersche* Bilder. Optische Schwierigkeiten bestanden nicht: siehe 3. Auch in der optischen Auffassung zeigten sich keine Lücken. Trotzdem waren die Leistungen knapp, vor allem fiel eine Phantasiearmut auf. Patientin erfaßte nur das, was sie vor sich sah und ging nicht über die Wahrnehmung hinaus.

Zusammenfassung und Ausdeutung: Die optische Auffassung zeigt keine groben Störungen, jedoch ergaben sich Anhaltspunkte dafür, daß auch hier leichte Ausfälle vorliegen; immerhin sind sie nicht hochgradig genug, um die später benannten Fehlleistungen zu erklären.

Wenn Bekanntes wieder wahrgenommen wird, z. B. beim Wiedererkennen, sind die Leistungen im Versuch ungefähr normal. Jedoch fielen hier einmal geringe Ungleichmäßigkeiten auf und außerdem gab Patientin an, das sei anders als früher. Sie stützte diese Behauptung darauf, daß sie in der Zwischenzeit nicht wisse, wie die Figuren aussähen. Nun wird sich auch der Normale, dem die Versuche keine Schwierigkeiten machen, in der Zwischenzeit die Figuren nicht vorzustellen versuchen, sondern die gesuchte hebt sich scheinbar von selbst aus ihrer Umgebung heraus. Trotzdem wäre der Normale aber dazu imstande, wenn er sich darauf einstellte, und diese Einstellung war bei der Patientin durch ihre Unsicherheit gegeben. Daß diese Unsicherheit überhaupt auftritt und daß die Patientin angibt, das sei alles anders als früher, läßt uns eine weitere Störung vermuten, die aber

durch das Experiment allein (die Patientin versagte an dieser Stelle auch in der Exploration besonders stark) nicht recht faßbar ist.

Bei der Prüfung der eigentlichen optischen Merkfähigkeit (Versuche Gruppe 2) versagte Patientin besonders stark. Die Erinnerungsvorstellungen klingen abnorm schnell ab; sie werden einmal inhaltsärmer und außerdem blasser. Diese Erscheinungen sind so stark, daß Patientin zu Umweghandlungen greift. Der Grad dieser Störungen ist wahrscheinlich ziemlich hoch, läßt sich jedoch nicht festlegen, weil sofort eine starke Unsicherheit auftritt, die die Störung noch vergrößert.

Wie weit bei den Phantasievorstellungen die Affektivität in diesem Falle von Einfluß ist, wurde in den Versuchen nicht deutlich. Daß sie eine wesentliche Rolle spielt, war deutlich zu merken, ist wohl auch selbstverständlich. Es zeigt sich eine ausgesprochene Phantasiearmut und außerdem eine mangelhafte Verarbeitung der Wahrnehmung. Beim Vervollständigen von Teilfiguren an Hand von Prinzipien, die bereits in diesen Teilen gegeben waren, z. B. beim symmetrischen Ergänzen regelmäßiger Figuren, versagten die visuellen Vorstellungen durchaus nicht. Patientin löste die Aufgaben nicht nur schnell und ohne jede Schwierigkeiten, sondern sie benutzte auch keine intellektuellen Stützen und arbeitete nur auf Grund der visuellen Vorstellung von der ganzen Figur.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß die Erinnerungsvorstellungen abnorm schnell abklingen und daß bei den Phantasievorstellungen eine (vielleicht affektiv bedingte) Armut deutlich ist. Die optische Auffassung zeigt einige geringfügige Mängel, die aus derselben affektiven Quelle wie die Armut der Phantasievorstellung entspringen dürften. Sobald Patientin irgend welche Schwierigkeiten hat, zeigt sie eine sehr starke Unsicherheit, die stark gefühlsbetont ist und so die Leistungsfähigkeit noch weiter herabsetzt.“

Nun zur Analyse. Nach Überarbeitung tritt bei einer Patientin abends plötzlich ein Angstanfall auf und gleichzeitig erscheinen der Kranken die Gegenstände fremd. Es war, als ob sie einen Schlag auf den Kopf bekommen hätte; später spricht sie von einem narkoseähnlichen Zustand: „wie im Traum“. „Durch die Wendung im Kopf“, sagt sie, „habe ich die furchtbare Angst bekommen, es war mir alles so fremd, als wenn mich alles angegrinst hätte“. So unheimlich, grauenhaft kam ihr dann alles vor.

Der Fremdheitseindruck der äußeren Objekte, der im Beginn der Erkrankung stets in Zusammenhang mit Angstanfällen auftritt, scheint wesentlich durch diese Angstzustände bedingt zu sein, eine Beziehung, auf die *Löwenfeld* hingewiesen hat. Die apperzeptive Auffassung der Außenwelt, meint *Löwenfeld*, wird durch den Affekt beeinträchtigt und so entstehe (also durch bloße Ablenkung) der Fremdheitscharakter der Dinge. Wenn wir uns auch dieser Deutung *Löwenfelds* nicht anschließen können, da doch häufig starke Angstaffekte auftreten, ohne daß es zu einer Entfremdung der Wahrnehmungswelt zu kommen braucht, so muß doch andererseits betont werden, eine Beziehung zwischen den Angstaffekten und dem Fremdheitseindruck besteht hier doch, nur möchten wir sie anders erklären als *Löwenfeld*. Der Fremdheitseindruck — das wird man beachten müssen — ist hier von ganz besonderer Art; die Kranke fühlt sich von den Objekten „angegrinst“. Diese eigenartige Erscheinung möchten wir so erklären, daß hier eine „Projektion“ der

Angst vor dem Tode in die Objekte stattgefunden hat. Und diese Projektion wird dadurch ermöglicht, daß außer den Angstaffekten ein Zustand traumhafter Benommenheit besteht, der zu einer Abwandlung des Gesamterlebens geführt hat. In diesen traumhaften Zuständen ist offenbar die Ich-Bezogenheit des psychischen Geschehens herabgemindert, so daß der Angstaffekt nicht in so naher Beziehung zum Ich-Bewußtsein steht. So kann man sagen, daß die „traumhafte Benommenheit“ eine „emotionelle Assimilation“ vorhandener Gefühlszustände mit Objekten der Außenwelt begünstigt. So können wir uns diese Erscheinung verständlich machen, während sie durch eine bloß apperzeptive Störung nicht erklärt wird.

In der Folgezeit trat bei der Kranken eine zunehmende ängstliche Unruhe mit abnorm starken Spannungszuständen auf, zusammen mit der Tendenz zur hypochondrischen Selbstbeobachtung. Die ängstlichen Gedanken, die sich auf ihren Krankheitszustand bezogen, konnte sie nicht mehr los werden, sie beherrschten sie völlig und nahmen den ganzen Umfang des Bewußtseins ein. So wird — wie früher gezeigt wurde — der fremde, stark ängstliche Zustand von Unruhe und Spannung von der Kranken als Änderung ihres Ichzustandes aufgefaßt.

Nach längerer Zeit, in der sich die Zustände von Entfremdung für kurze Momente wiederholten, klagt die Kranke über eine Steigerung der körperlichen Schwäche, sowie über den Eindruck, „als ob die Hände und Füße sich verändert hätten und die inneren Organe still ständen, sie komme sich dabei zeitweilig wie tot vor“. Nach derselben Richtung geht ihre Klage darüber, daß „im Kopf alles tot“ sei, der „Körper wie Leder“. Im vergangenen Winter habe sie sehr viel geschwitzt, jetzt in der Hitze käme kein einziger Schweißtropfen, der Körper sei immer wie Eis, wie ausgetrocknet. Auch einen kühlen Luftzug verspüre sie jetzt ganz anders als früher, es sei, „als ob die ganzen Empfindungen abgestumpft seien“.

Diese Klagen, die auch in den Meskalinversuchen *Beringers*<sup>1</sup> häufig auftreten, lassen sich verständlich machen, wenn man eine qualitative Veränderung der Körpergefühlzustände annimmt. Näher scheint jedoch gerade in diesem Fall die Annahme zu liegen, daß die Körperempfindungen selbst eine Veränderung erfahren haben. Auch hier wird wieder die Mitwirkung der „traumhaften Benommenheit“ heranzuziehen sein.

Weiter finden wir bei der Kranken eine Aufhebung der Aktivitätsgefühle. „Ich tue alles, wie wenn ich das gar nicht wäre, rein mechanisch, ich habe gar nicht das Empfinden, daß ich es selbst tue.“ Gleichzeitig klagt sie, sich wie im Traum zu fühlen.

Nun macht die Kranke die merkwürdige Angabe, die Menschen wie im Kino zu sehen. „Ich gehe über die Straße, sehe Menschen, aber alles

<sup>1</sup> *Beringer, K.*: Der Meskalinrausch. Berlin: Julius Springer 1927.



ohne Leben, nicht als ob es Menschen wären. „Es zog alles an mir vorbei, ich konnte gar nicht begreifen, daß die Leute in ihrer Eile sich noch freuen konnten“.

Offenbar vollzieht die Patientin bei dieser „Kinoauffassung“, wie früher bei der Auffassung der Gegenstände als angstvoll und unheimlich, eine Projektion ihres eigenen Inneren in andere Menschen. Solche Projektionen sind, wie wir sehen, durch den Zustand traumhafter Benommenheit begünstigt. Jetzt, nachdem die Aktivitätsgefühle geschwunden sind, projiziert sie den Eindruck, ein Automat zu sein und auch den Eindruck, einen leblosen Körper zu haben, in die anderen Menschen, die sie auf der Straße sieht. Und auch ihre freudlose Stimmung wird in gleicher Weise projiziert. So kommt sie dazu, zu sagen, daß ihr die Menschen leblos, wie Maschinen, wie im Kino vorkommen, und daß sie nicht mehr verstehen kann, wie sie sich noch freuen könnten.

Mit einigen Worten sei noch auf die Klagen der Kranken über Störungen im Vorstellen von Objekten und Menschen eingegangen. Bei der experimentell-psychologischen Prüfung der Leistungsfähigkeit der Vorstellungen haben sich bei der Untersuchung des Wiedererkennens von Figuren durchaus normale Leistungen ergeben. Wenn die Kranke auch sagt, sie wisse in der Zwischenzeit nicht, wie die Figur ausgesehen habe, so kamen jedoch wenig Versager vor; die Vorstellungen funktionierten hier also normal. Dagegen sind die Ergebnisse beim Nachzeichnen von Figuren sehr schlecht. Bezeichnend ist dabei, daß die Kranke beim Nachzeichnen der kurz zuvor wahrgenommenen Figuren gewöhnlich richtig anfängt, dann aber plötzlich nicht mehr weiter rekonstruieren kann.

Wie können wir uns diese Störung, die im Experiment nicht näher faßbar ist, psychologisch verständlich machen? Klagen über mangelndes Vorstellungsvermögen finden sich häufig bei Depersonalisierten, aber hier zeigt diese Störung eine außergewöhnlich starke Ausprägung. Wir hörten, daß die Kranke darüber klagt, sich bekannte Menschen, ihr Haus usw. nicht vorstellen zu können. Sehe sie jemanden nur teilweise, also z. B. hinter einem Tisch sitzend, so könne sie sich die nicht zu sehenden Körperteile nicht vorstellen.

Zur Erklärung dieser eigenartigen Erscheinung müssen wir das heranziehen, was wir einfache hypochondrische Selbstbeobachtung nannten. Schon im Fall K. wiesen wir darauf hin, daß diese zuweilen eine skeptische Färbung bezüglich des einen psychischen Vermögens besitzt. (Nebenbei sei erwähnt, daß hier auch Beziehungen zum Zwang vorliegen.) Wir würden uns also die in diesem Falle vorliegenden Störungen des Vorstellens, indem wir auf das früher über diese Art der hypochondrischen Selbstbeobachtung Gesagte zurückgreifen, folgendermaßen erklären. Erleben die Kranken eine leichte Änderung ihrer Leistungsfähigkeit auf irgend einem psychischen Gebiete und setzt nun eine hypochondrisch-ängstliche Selbstbeobachtung ein, so werden gleich alle möglichen

intakten psychischen Funktionen zum Gegenstand skeptischer Haltung gemacht. Geschieht dies nun bezüglich der Vorstellungen, die eine intentionale Beziehung zu den Wahrnehmungsobjekten haben, so wird, wie wir früher sahen, diese Beziehung gelockert und die Vorstellungen erscheinen nun merkwürdig blaß. Erst jetzt bringt sich das Individuum die geringe Intensität der Vorstellungen deutlich zu Bewußtsein, die bisher durch die intentionale Beziehung auf die Wahrnehmungsobjekte verdeckt wurde. Außerdem wirkt natürlich auch die skeptisch-hypochondrische Haltung im selben Sinne.

Bei unserer Kranken sind nun die skeptisch-hypochondrischen Befürchtungen außergewöhnlich stark ausgeprägt, sie klagt darüber, daß sie von diesen Gedanken nicht loskommen könne. Sieht sie z. B. ihre Kinder im Bett liegen, so wird sich auf Grund der oben aufgewiesenen Mechanismen die Befürchtung entwickeln, sich den nicht sichtbaren Teil der Kinder nicht vorstellen zu können und diese Befürchtung wird dann autosuggestiv wirksam. —

Der Fall Ni. zeigt besonders eindrucksvoll die Verflechtung der traumhaften Benommenheit mit den verschiedensten anderen Faktoren. Zusammen mit Angstzuständen führte sie dazu, daß die Gegenstände der Außenwelt ihr unheimlich und fremd erschienen; zusammen mit ängstlicher Unruhe und Spannung führte sie zu einer Ich-Entfremdung; zusammen mit einer Veränderung der Körpergefühle erzeugte sie den Eindruck, tot zu sein, führte also zu einer zweiten Art der Ich-Entfremdung. Weiter verband sich die traumhafte Benommenheit mit dem Fehlen der Aktivitätsgefühle und bewirkte durch eine Projektion der eigenen Zustände in andere das „Kino-Sehen“. Und schließlich erzeugte die traumhafte Benommenheit eine hypochondrische Befürchtung bezüglich des psychischen Vermögens, wodurch es auf den eben beschriebenen Weg zu dem Eindruck der Unfähigkeit kam, sich Personen vorzustellen.

Mit dem Ausdruck „*traumhafter Benommenheit*“, den die Kranken häufig gebrauchen, ist die *psychische Seite des veränderten Erlebens*, das wir in vielen Fällen als letzte Wurzel zur Entwicklung der Depersonalisationserlebnisse ansehen möchten, wohl ganz gut gekennzeichnet. Auf physiologischer Seite möchten wir für diese Zustände traumhafter Benommenheit eine *Herabsetzung der Vital-Spannung* annehmen. Wir sind uns dabei bewußt, daß mit der „Herabsetzung der Vitalspannung“ kein einheitliches Geschehen gekennzeichnet ist, was wohl auch daraus hervorgeht, daß das, was wir als die psychische Seite dieses Geschehens heraushoben, eben die traumhafte Benommenheit, nicht immer der Störung anderer psychischer Funktionen vorausgeht, so daß anzunehmen wäre, daß diese Funktionen auch primär gestört sein können. Diese letztere Bemerkung trägt natürlich nur hypothetischen Charakter.

Interessant ist die öfter wiederkehrende Angabe der Kranken, daß sie nur in der Gegenwart lebe. „Es kommt mir überhaupt vor“, sagt sie einmal, „als ob der Ort, an dem ich mich gerade befinde, die ganze (alleinige) Welt ist; ich kann mir dann nichts anderes vorstellen“. Sie habe auch z. B. nicht das Gefühl, zu Hause gewesen zu sein, sie lebe eben nur in der Gegenwart. Ähnliche Angaben über das Nur-in-der-Gegenwart-leben finden sich auch in anderen Fällen von Depersonalisation und auch die Versuchspersonen *Beringers*<sup>1</sup> machen entsprechende Angaben. So sagt Versuchsperson 32: „Ich konnte mir überhaupt Vergangenes und Zukünftiges nicht vorstellen, ich lebte ganz im gegenwärtigen Augenblick und auch hier nur in einem ganz engen Ausschnitt“.

Zweifellos ist zum In-der-Vergangenheit-leben, wenn man so sagen darf, notwendig, daß eine gewisse Erlebnisbreite, ein größerer Umfang des Bewußtseins vorhanden ist. *Beringer* betont in seinen Meskalinversuchen, daß das lebendige Gesamt, das Ich, immer mehr zusammenschrumpft, bis es „schließlich nur punktuell, ohne Verbindung nach vorwärts, rückwärts oder nach der Tiefe“ ist.

Aber bei unseren Depersonalisierten läßt sich die Angabe, nur in der Gegenwart zu leben, so nicht befriedigend erklären. Die Kranke Ni. weiß ja, daß sie zu Hause war, sie kann auf Befragen die Einzelheiten ihres Aufenthalts erzählen, die Einzelerlebnisse bieten sich ihr also an, aber ohne den Charakter des Selbsterlebens zu besitzen. Um zu einem vollen Erleben der Vergangenheit zu kommen, gehört offenbar, daß die früheren Ich-Zustände bei der Erinnerung an die vergangenen Erlebnisse wieder reproduziert werden. Und dies wird durch die durchgreifende Veränderung ihres Persönlichkeitsbewußtseins verunmöglicht, sie kann sich nicht mehr in ihre früheren Erlebnisse voll einfühlen und deshalb ist es ihr, „als ob sie nicht zu Hause gewesen wäre“.

Auf eins sei noch kurz hingewiesen. Viele Depersonalisierte klagen über ein Gefühl der Leichtigkeit des Körpers und auch darüber, daß die Gegenstände sich scheinbar bewegten. Es ist bekannt, daß solche Klagen bei Labyrinthstörungen vorkommen und was für unser Problem von besonderer Wichtigkeit ist, daß diese Störungen auch beim Einschlafen auftreten, also in einem Zustand, der in sehr naher Beziehung zu den geklagten Zuständen traumhafter Benommenheit steht. So erfährt unsere Anschauung durch die Heranziehung dieser Einschlafserlebnisse eine weitere Stütze.

#### 4. Störung der Bekanntheitsqualität.

Der Versuch, die in der Depersonalisation auftretende Entfremdung der Wahrnehmungswelt verständlich zu machen, führte einige Autoren zu der Annahme, daß dieser Fremdheitseindruck auf einem Ausfall der

<sup>1</sup> *Beringer*: a. a. O., S. 312.

Bekanntheitsqualität beruhe. Außer *Heymans*<sup>1</sup> vertreten diese Anschauung *Pick*<sup>2</sup> und *Leroy*<sup>3</sup>, während besonders *Oesterreich* und *Schilder* dagegen polemisierten.

Bei der Behandlung des Problems des Wiedererkennens hat *Höffding* darauf hingewiesen, daß bei der Überzeugung, eine bestimmte Wahrnehmung schon einmal gehabt zu haben, sich mit der Wahrnehmung ein eigenartiges psychisches Phänomen verbinde, das er als „Bekanntheitsqualität“ bezeichnete. So verständlich aus der täglichen Erfahrung jedem ist, was unter „Bekanntheitsqualität“ gemeint ist, so different sind die Ansichten über das Zustandekommen dieses Phänomens. Während *Höffding* annimmt, daß eine Verschmelzung durch Ähnlichkeitsassoziation vorliege (ähnlich *Külpe*), betonen andere Autoren den Gefühlscharakter der Bekanntheitsqualität und sprechen deshalb von Bekanntheitsgefühl (*Wundt*, *Titchener*, *Volckelt*). Nach *G. Störing*<sup>4</sup> ist das Primäre der Bekanntheitsqualität nicht ein Gefühl, sondern ein intellektueller Vorgang, und zwar beruht die Bekanntheitsqualität nach ihm auf der „Beachtung des plötzlichen Eintritts eines Eindrucks in das klare Bewußtsein“ sowie auf der sich anschließenden Deutung dieses plötzlichen Eintretens ins Bewußtsein, die sich auf Grund der Erfahrung mit dem Gedanken verbindet, den Eindruck schon einmal erlebt zu haben.

Wenn nun *Schilder* gegen *Pick* und *Leroy* sagt: „Es muß überhaupt die Frage aufgeworfen werden, wie weit es berechtigt ist, Gefühlen so komplizierte logische Wissensinhalte zu geben, wie das in diesen Theorien geschieht“, so trifft diese berechtigte Kritik *Schilders* nicht die Theorien, die nicht wie *Pick* und *Leroy* die Entfremdung auf ein Fehlen des Bekanntheitsgefühls zurückführen, sondern auf ein Fehlen der Bekanntheitsqualität in dem oben angegebenen Sinne. Und hierin möchten wir in gewissen Fällen eine Ursache der Entfremdung der Wahrnehmungswelt sehen.

Wenn aber *Schilder* und auch *Oesterreich* betonen, daß man von einem Fehlen auch der Bekanntheitsqualität deshalb nicht sprechen könne, weil die Kranken die Gegenstände ja tatsächlich wiedererkennen und weil sie niemals sagen, daß die Gegenstände fremd seien, sondern immer nur „als ob“ sie fremd seien, so erscheint uns dieser Einwand nicht berechtigt. *Oesterreich* und *Schilder* haben dabei nicht erkannt, daß das Wiedererkennen durch Bekanntheitsqualität nur eine Form des Wiedererkennens darstellt und daß daneben noch andere Arten des Wiedererkennens möglich sind, so daß die Bekanntheitsqualität fehlt und trotzdem ein Wiedererkennen stattfinden kann. *G. Störing* hat gezeigt, daß

<sup>1</sup> *Heymans*: a. a. O.

<sup>2</sup> *Pick*: Zur Pathologie des Bekanntheitsgefühls. Neur. Zbl. 22 (1903).

<sup>3</sup> *Leroy*: a. a. O.

<sup>4</sup> *Störing*, G.: Psychologie, S. 320.

es außer diesem unmittelbaren Wiedererkennen durch eine Bekanntheitsqualität der Objekte noch ein Wiedererkennen durch Erinnerung und ein Wiedererkennen durch Wahrscheinlichkeitsschluß gibt. Es würde jedoch zu weit führen, hier näher darauf einzugehen.

### 5. Der Fremdheitseindruck.

#### a) Die verschiedenen Arten des Fremdheitseindrucks.

Die verschiedenen Arten des Fremdheitseindrucks sind im Vorangehenden schon entwickelt worden, aber es ist wichtig, sie sich in ihrer Verschiedenheit klar zu machen und die verschiedenen Abhängigkeitsbeziehungen dieser differenten Fremdheitseindrücke aufzudecken, zumal in der Literatur die qualitativen Differenzen des Entfremdungserlebnisses bisher nicht herausgehoben worden sind. Die bisherigen Autoren haben meist von Fremdheitsgefühl gesprochen, während wir den weniger etwas voraussetzenden Ausdruck „Fremdheitseindruck oder Fremdheitscharakter“ gebrauchen wollen, da wir die Existenz eines bloßen Fremdheitsgefühls nicht annehmen. Der Fremdheitseindruck gründet sich nämlich in vielen Fällen nicht auf einen Gefühlszustand, sondern auf einen intellektuellen Tatbestand. Selbst bei der Entfremdung der Körpergefühlszustände kann man streng genommen von einem Fremdheitsgefühl nicht sprechen, da man die qualitative Änderung der Körpergefühle von ihrer urteilsmäßigen Auffassung als fremd unterscheiden muß.

1. Eine erste Art des Fremdheitseindrucks fanden wir bei der mit abnormen Spannungszuständen einhergehenden krampfhaften Selbstbeobachtung. Hier erfolgte durch den abnormen Spannungszustand eine Ablenkung von den Objekten der Außenwelt und außerdem eine Hemmung der Vorstellungsproduktion, so daß der Wahrnehmungsprozeß gestört wurde und die Objekte deshalb als fremd erschienen.

2. Betrachten wir weiter den durch traumhafte Benommenheit hervorgerufenen Fremdheitseindruck. Hier erscheinen infolge der traumhaften Benommenheit die Wahrnehmungen unbestimmt, wie in Nebel, in Schleier gehüllt, wodurch sie als fremd erscheinen. So kann also auch durch „*traumhafte Benommenheit*“ der Eindruck der Entfremdung der Wahrnehmungswelt bedingt sein.

3. Der Fremdheitseindruck der äußeren Objekte kann außerdem durch eine „emotionelle Assimilation“ zustande kommen. Dahin gehört unser Fall Ni., bei dem die Angst in die wahrgenommenen Objekte projiziert wurde; sodann z. B. der Fremdheitseindruck der Photographien in dem *Oesterreichischen* Fall.

4. Eine weitere Art des Fremdheitseindrucks der äußeren Objekte entsteht bei einem Ausfall der Bekanntheitsqualität. Ein Ausfall der Bekanntheitsqualität tritt dann auf, wenn die Reproduktionsprozesse verlangsamt sind (*Heymans, Löwenfeld*).

Während bei den bisher besprochenen Fremdheitseindrücken zunächst nur die Außenwelt fremd erscheint, wollen wir jetzt einige Arten von Fremdheitseindrücken aufweisen, mit denen unmittelbar auch eine Entfremdung des Ich gegeben ist.

5. Ein solcher Fremdheitseindruck entwickelt sich unter anderem dann, wenn es zu einer qualitativen Veränderung der Körperempfindungsgefühle kommt. Die Kranken geben an, sich komisch zu fühlen, weil die Körperempfindungsgefühle qualitativ verändert sind. Dieses „Sich-komisch-fühlen“ wird als eine Qualität des Ich aufgefaßt, weil in den Körpergefühlszuständen die erste Komponente des Ich-Bewußtseins gegeben ist. So ist also mit dieser Änderung der Körperempfindungsgefühle unmittelbar eine Entfremdung des Ich gegeben.

6. In vielen Fällen (es erübrigt sich, auf die Fälle im einzelnen nochmals einzugehen), tritt die Veränderung der Körpergefühlszustände auch in Zusammenhang mit traumhafter Benommenheit auf. Sind dabei die Körperempfindungsgefühle nicht qualitativ abgewandelt, sondern nur quantitativ verändert, so führt dies die Kranken zu der Angabe einer Leere im Kopf und zu dem Eindruck, tot zu sein. Hier wirkt also die Herabsetzung der Intensität der Körperempfindungsgefühle zusammen mit traumhafter Benommenheit so, wie eine (in Wirklichkeit wohl nicht vorkommende) Aufhebung dieser Zustände wirken würde. Auch hier ist wieder unmittelbar zugleich eine Entfremdung des Ich gegeben.

7. Und schließlich entsteht ein Fremdheitseindruck bei Aufhebung der Aktivitätsgefühle. Der Kranke kommt sich vor wie ein Automat, d. h. wie ein anderes Wesen, womit wieder eine Entfremdung des Ich gegeben ist.

#### b) Die Beziehung des Fremdheitseindrucks äußerer Objekte zur Entfremdung des Ichs.

Kann nun auch die Entfremdung der Wahrnehmungswelt zur Ich-Entfremdung führen? Die Kranken können nicht mehr in normaler Weise wahrnehmen und sie beziehen häufig die Veränderung der Wahrnehmungen, da die Kritik ja erhalten ist, auf eine Veränderung ihrer Wahrnehmungsfähigkeit. Dies Bewußtsein veränderter Wahrnehmungsfähigkeit steht aber zum Persönlichkeitsbewußtsein nur in loser Beziehung, es kann nur periphere Schichten desselben ergreifen. Beachtet man aber die verschiedenen Entstehungsweisen des äußeren Fremdheitseindrucks, so sieht man, auf welchem Wege es zur Entfremdung des Ich kommen kann.

Ist der Fremdheitseindruck durch eine krampfhafteste Selbstbeobachtung erzeugt worden, so wirken die starken Spannungsprozesse nicht nur störend auf den Verlauf der Wahrnehmungsprozesse ein und bedingen dadurch die Entfremdung der Außenwelt, sondern sie verdrängen auch das

normale Ich-Bewußtsein immer mehr und stellen sich dem Kranken als ein neues, fremdes Ich dar.

Wird der Fremdheitseindruck der äußeren Objekte durch einen Zustand traumhafter Benommenheit bedingt, so wird das Erleben der veränderten Wahrnehmungsfähigkeit selbst wieder zur Beachtung des traumhaften Zustandes hindrängen und das Bewußtsein der veränderten Wahrnehmungsfähigkeit wird in Zusammenhang mit dem beachteten traumhaften Zustand den Eindruck des traumhaften Ichs, der traumhaften Entfremdung des Ichs bedingen.

Auf etwas andere Weise führt der durch eine emotionelle Assimilation entstandene äußere Fremdheitseindruck zum inneren Fremdheitseindruck. Liegt, wie z. B. in unserem Fall Ni., ein mit innerer Unruhe einhergehender Affekt vor, der die Dinge unter Mitwirkung traumhafter Benommenheit als unheimlich erscheinen läßt, so braucht der Blick sich nur von den Objekten auf den fast das ganze Bewußtsein einnehmenden Zustand ängstlicher Unruhe zu richten, so wird der dem Kranken fremde Zustand ängstlicher Unruhe ihm den Eindruck der Veränderung einer Seite seines Ich-Zustandes machen. Diese Wendung des Blicks wird durch den Zustand traumhafter Benommenheit begünstigt.

Entsteht der Fremdheitseindruck schließlich durch einen Ausfall der Bekanntheitsqualität, so wird man beachten müssen, daß bei einem allgemeinen Fehlen der Bekanntheitsqualität bei den Kranken der Gedanke auftreten muß, daß das Ich nicht mehr befähigt ist, bekannte Objekte als unmittelbar bekannt aufzufassen. Das Erlebnis dieses psychischen Leistungsausfalls wird in nähere Beziehung zum Ich gebracht als das Bewußtsein gestörter Wahrnehmungsfähigkeit, so daß es auch hier zur Entfremdung des Ich kommt.

Fassen wir nochmals zusammen, so muß gesagt werden, daß das Erlebnis einer Entfremdung der Wahrnehmungswelt zur Beachtung der den Fremdheitseindruck bedingenden ichnahen abgeänderten Verläufe drängt, und das primäre und sekundäre Erleben der Veränderung bedingt eine Entfremdung des Ich.

Dem Fremdheitseindruck verwandt ist der bei diesen Kranken häufig auftretende Eindruck des „als ob“. So sagt ein Kranker, daß es ihm im Theater sei, „als ob ich gar keine Musik höre, als ob gar keine Töne da sind“. Andere Klagen lauten „als ob mir alles fremd ist“, „als ob ich nicht auf der Welt bin“. Oder „als ob sich ein Fell über meinen Körper zöge“, „als ob ich ein toter Körper wäre“ usw.

Soweit dies „als ob“ zur Beschreibung veränderter Körperempfindungen gebraucht wird (als ob ein Fell sich über meinen Körper zöge), bedarf es natürlich keiner weiteren Erklärung. Ebenso verständlich ist das „als ob“, das sich auf die Nichtexistenz des eigenen Körpers bezieht. Der Kranke hat ja jederzeit die Möglichkeit, sich von der wirklichen Existenz seines Körpers zu überzeugen.

Ähnlich steht es mit dem „als ob“, das sich auf die Änderung der Außenwelt bezieht. Die Kranken, bei denen die Kritik ja erhalten ist, werden nicht annehmen, daß die Dinge sich verändert haben, sondern daß die Veränderung in der Wahrnehmung subjektiv bedingt ist.

Wird das „als ob“ auf das Ich bezogen, (z. B. in der Äußerung „als ob ich ein Anderer bin), so läßt sich dies verständlich machen, wenn man beachtet, daß das Ich-Bewußtsein verschiedene Komponenten hat. Die Herabsetzung oder der Ausfall einer Komponente tendiert dann zur Auffassung, daß das Ich verändert oder aufgehoben ist. Aber die anderen Komponenten drängen dann zu einer Korrektur dieser Auffassung und führen so zu dem als „ob“. Wir sehen darin einen Ausdruck der Tendenz zur Ich-Erhaltung.

#### *6. Die verschiedenen Arten der Depersonalisation.*

Zum Schluß seien nochmals die verschiedenen Arten der Depersonalisation hervorgehoben, die wir im Laufe der Untersuchung aufzeigen konnten. Wir hatten gezeigt, daß man dem tatsächlichen Geschehen bei der Depersonalisation nicht gerecht wird, wollte man nur von „dem“ Depersonalisationszustand sprechen. Es konnten vielmehr verschiedenartige Depersonalisationszustände aufgewiesen werden, die sich sowohl in ihrer Entstehungs-, wie auch in ihrer Erlebnisweise voneinander unterscheiden.

Wenn wir diese verschiedenen Depersonalisationserlebnisse jetzt nochmals zusammenfassen wollen, werden wir einiges wiederholen müssen, was schon bei der Behandlung des Fremdheitseindrucks gesagt wurde, da ja mit dem inneren Fremdheitseindruck ein Depersonalisationserlebnis gegeben ist.

Eine erste Art der Depersonalisation war durch die krampfhafteste Selbstbeobachtung gegeben. Wir zeigten, wie der dabei auftretende abnorme Spannungszustand das ganze Bewußtsein einnahm, das normale Ich-Bewußtsein verdrängte und selbst als neues fremdes Ich aufgefaßt wurde. Ein Kranker sprach von einer Verdrängung des normalen Ichbewußtseins, womit er den vorliegenden Mechanismus psychologisch richtig kennzeichnete.

Eine andere Art eines Depersonalisationserlebnisses wiesen die Fälle auf, bei denen eine Störung der Aktivitätsgefühle im Vordergrund stand. Die Kranken klagten, daß sie sich wie Automaten vorkommen, es fehlt ihnen die in den Aktivitätsgefühlen erlebte Ursächlichkeit des Handelns und Denkens, das wollende Ich. Diese Art der Depersonalisation war also durch das fehlende Erleben des wollenden Ichs gegeben, womit sich der Eindruck verband, ein anderes Wesen (Automat) zu sein.

Wieder andersartig ist die durch einen Zustand traumhafter Benommenheit bedingte Depersonalisation. Durch das traumhafte Erleben aller



psychischen Vollzüge wird das Ich selbst als verändert, als ein Traumhaftes aufgefaßt.

Und schließlich wird eine Änderung der Körperempfindungsgefühle zu einem Depersonalisationserlebnis führen. Werden dabei die Körperempfindungen als qualitativ verändert aufgefaßt, so wird das Ich als entfremdet erlebt (*Pick*); besteht eine quantitative Änderung, zusammen mit traumhafter Benommenheit, so kommt es — wie wir gezeigt haben — zu dem Eindruck der Aufhebung des alten Ichzustandes.

Man sieht leicht, daß diese verschiedenen Arten der Depersonalisationserlebnisse sich auch graduell unterscheiden und teils mehr die peripheren, teils mehr die zentralen Schichten des Persönlichkeitsbewußtseins ergreifen. Die tiefgreifendste Form ist wohl die des fehlenden Erlebens eines wollenden Ichs.

Damit glauben wir die wichtigsten Arten der Depersonalisationserlebnisse aufgezeigt zu haben. Somit sind natürlich die gegebenen Möglichkeiten keineswegs erschöpft, im Gegenteil, diese Arten, die wir möglichst „rein“ herausgestellt haben, werden sich in den meisten Fällen in mannigfachster Weise verflechten.

### Zusammenfassung.

#### *Allgemeine Feststellungen.*

1. Für die Untersuchung des Depersonalisationsphänomens ist methodologisch zu fordern, daß bei einem Versuch, die kausalen und funktionalen Abhängigkeitsbeziehungen aufzudecken, alle mit Halluzinationen oder Wahnideen einhergehenden Fälle *zunächst* auszuschalten sind.

2. Die Analyse des Depersonalisationsphänomens bestätigt weitgehend die Ansicht des amerikanischen Psychologen *James*, daß man zwischen einem Ich als Subjekt und einem Ich als Objekt unterscheiden muß. Bei der Depersonalisation ist nicht das Subjekt des Denkens gestört (das intakte Ich als Subjekt „referiert“ über die Störungen), sondern verändert ist das Ich als Objekt, das Ich als Persönlichkeit.

3. Fast alle Autoren haben die Depersonalisation jeweils nur von der Änderung eines Faktors abhängig gemacht: so von Störungen der Körperempfindungen, der Gefühle, der Aktivitätsgefühle, der Bekanntheitsqualität oder von einer krampfhaften Selbstbeobachtungstendenz. Demgegenüber konnten wir an Hand von Fällen zeigen, daß eine pathologische Abänderung verschiedener psychischer Prozesse zur Depersonalisation führt. Damit stimmt auch die Auffassung über die Struktur des Ich-Bewußtseins überein, daß im Ich-Bewußtsein verschiedene Komponenten zu einer Einheit verbunden sind. In der gegensätzlichen Auffassung, daß das Ichbewußtsein nicht nur eine Einheit, sondern auch eine „Einfachheit“ darstellt, spiegelt sich eine weltanschauliche Stellungnahme wieder, gründeten doch auf die angenommene Einfachheit des

Ich viele Psychologen und Philosophen die Behauptung einer Unsterblichkeit der Seele.

### *Systematische Bestimmungen.*

I. Die *Janet-Schildersche* kramphafte Selbstbeobachtungstendenz, die sich auf die psychischen Vorgänge während ihres Verlaufs richtet, ist einer der Faktoren, die zum Depersonalisationserlebnis führen können. Dabei konnten wir über die „kramphafte“ Selbstbeobachtung im einzelnen folgende Feststellungen machen:

1. Nach unseren Entwicklungen führt die kramphafte Selbstbeobachtung zu einem ganz bestimmten Depersonalisationserlebnis, das sich von anderen Arten der Depersonalisationserlebnisse weitgehend unterscheidet.

2. Dabei vollzieht sich die Entwicklung des Depersonalisationsphänomens, wie wir an Hand von Fällen zeigen konnten, in anderer Weise, als *Schilder* dies annimmt, und zwar durch das Mittelglied eines abnorm starken, vom Kranken peinvoll empfundenen Spannungszustandes.

3. Je mehr dieser Spannungszustand zunimmt, desto mehr entschwindet das normale Ich-Bewußtsein und der schließlich fast das ganze Bewußtsein einnehmende abnorme Spannungszustand erscheint dann dem Kranken als fremder Ich-Zustand. Es handelt sich dabei also um einen Prozeß der Verdrängung („derivative Hemmung“).

4. Auch die Objekte der Außenwelt erscheinen in diesem abnormen Spannungszustand als fremd, aber diese Entfremdung der Außenwelt besteht nicht — wie *Schilder* meint — in einer „nicht-evidenten Wahrnehmung“, die durch eine bloße Ablenkung hervorgerufen ist, denn durch eine Ablenkung allein entsteht kein Fremdheitseindruck (auch gegen *Löwenfeld*), sondern hier handelt es sich im wesentlichen um eine Hemmung der bei der normalen Wahrnehmung vorhandenen Verschmelzungsprozesse.

Gegenüber der „kramphaften Selbstbeobachtung“ grenzten wir eine „einfache hypochondrische Selbstbeobachtung“ ab. Diese läßt die Vorstellungsinhalte als schwächer aufgefaßt werden, als sie sind, wodurch die Klagen der Kranken über Schwäche der Vorstellungen verständlich werden. Damit hängt auch zusammen, daß viele Kranke von fehlenden Gefühlen sprechen, wo diese nur abgeschwächt, oder von einer Abschwächung, wo sie nicht verändert sind.

II. Ein weiterer Faktor, der einen Depersonalisationszustand auslösen kann, ist in einer Störung der Aktivitätsgefühle gegeben. Dabei verstanden wir unter Aktivitätsgefühlen die Gefühle des Dranges bei Willensvorgängen, die das Erleben des wollenden Ich bedingen. An Hand von Fällen konnten wir zeigen, daß bei einer Aufhebung dieser Aktivitätsgefühle sowohl die äußeren Willensvorgänge, wie auch das Denken dem Individuum mechanisch, als nicht vom Ich ausgehend

erscheinen. So wird die Angabe der Kranken erklärlich, daß sie sich wie Automaten vorkommen.

Die Aktivitätsgefühle grenzten wir scharf gegenüber den von Löwy aufgestellten „Aktionsgefühlen“ ab, mit denen sie in der Literatur zuweilen indentifiziert worden sind. Und durch eine solche Identifizierung ist *Schilder* anscheinend dazu gekommen, mit den Aktionsgefühlen auch die Aktivitätsgefühle zu leugnen.

In einigen Fällen wird eine Aussage über das Ich als Subjekt und das Ich als Objekt gemacht. Wir konnten nachweisen, daß hier die Aufhebung der Aktivitätsgefühle sich mit einer Tendenz zur Selbstbeobachtung (*Geißler* usw.) verbindet.

III. Die sensualistische Anschauung, wonach eine Aufhebung der Körperempfindungen zur Depersonalisation führt, besteht insofern nicht zu Recht, als sich eine wirkliche Aufhebung der Körperempfindungen nicht nachweisen ließ. Dagegen konnten wir über die Beziehung der Körperempfindungen und Körperempfindungsgefühle zur Depersonalisation folgende neue Feststellungen machen:

1. Verbindet sich eine Herabsetzung der Körperempfindungsintensität mit einem Zustande „traumhafter Benommenheit“, so können die Körperempfindungen als aufgehoben *aufgefaßt* werden, und es kann so zum Erlebnis der Depersonalisation kommen.

2. Oft führt auch eine qualitative Änderung der Körperempfindungsgefühle zum Depersonalisationserlebnis. In diesen Fällen gründet sich der Eindruck der Fremdheit des Ich darauf, daß das Bewußtsein vom eigenen Leib eine Komponente des Ichbewußtseins darstellt und mit einer stärkeren qualitativen Änderung dieser Komponente es zur Änderung des Ich-Bewußtseins kommt (Gefühl der Entfremdung des eigenen Leibes, des Körper-Ichs).

IV. Erstaunlicherweise hat man bisher die kausale Bedeutung der „traumhaften Benommenheit“ für die Entstehung der Depersonalisation nicht erkannt, die doch in einer großen Zahl von Fällen und häufig als erstes Symptom auftritt. Wenn wir die Abhängigkeit der Depersonalisationszustände von „traumhafter Benommenheit“ behaupten, so betonen wir zugleich, daß die traumhafte Benommenheit genetisch mit starken Erregungszuständen (meist Angstzuständen), oder Erschöpfungszuständen zusammenzuhängen scheint. So zeigt schon ein starker Ermüdungszustand eine Annäherung an einen traumhaften Zustand.

Der Zustand „traumhafter Benommenheit“ zieht nach sich: 1. Fremdheitseindruck der Objekte der Außenwelt. 2. Fremdheitseindruck des Ichbewußtseins (traumhaftes Ichbewußtsein). 3. Steigerung der Tendenz zur Verobjektivierung von Gefühlszuständen. 4. Überblickt man die Fälle der Literatur, so findet man häufig nach „traumhafter Benommenheit“ eine Aufhebung der Aktivitätsgefühle.

V. An Hand des Falles Ni. wurde ausführlich gezeigt, wie die traumhafte Benommenheit mit anderen Faktoren zusammenwirkt, die ebenfalls in gewissen Fällen zur Entwicklung eines Depersonalisationserlebnisses führen können.

Dabei ergab sich:

1. Traumhafte Benommenheit läßt mit Angstzuständen zusammen infolge der Tendenz zur Verobjektivierung der Angstzustände die Umwelt geheimnisvoll erscheinen.

2. Traumhafte Benommenheit zusammen mit dem Eindruck, daß die inneren Organe still stehen (Herabsetzung der Körperempfindungen und Körperempfindungsgefühle), wodurch der Eindruck entsteht, wie tot zu sein (Ich-Entfremdung), erzeugt bei dieser Tendenz zur Verobjektivierung den Eindruck, durch eine tote Welt zu gehen.

3. Traumhafte Benommenheit mit Aufhebung der Aktivitätsgefühle (andere Art der Ich-Entfremdung) erzeugt bei dieser Tendenz zur Verobjektivierung den Eindruck, daß die Menschen alle Automaten seien (Kinoeindruck).

In dem Fall Kü. tritt die von uns aufgezeigte Einstellung zur hypochondrischen Selbstbeobachtung außergewöhnlich stark hervor. Es entsteht so der Eindruck, daß die Gefühle stark abgeschwächt seien.

VI. Bei der Behandlung des Fremdheitseindrucks wiesen wir eine Reihe verschiedenartiger Formen auf und zeigten, wie es zu diesen verschiedenartigen Fremdheitseindrücken kommt. Weiter haben wir zu zeigen gesucht, wie äußerer und innerer Fremdheitseindruck voneinander abhängen können.

VII. Nach unseren ganzen Entwicklungen mußten wir auch verschiedene Arten des Depersonalisationserlebnisses unterscheiden, die teils oberflächlichere, teils tiefere Schichten des Persönlichkeitsbewußtseins ergreifen.

---