

Aus der Universitäts-Nervenklinik der Charité Berlin
(Direktor: Prof. Dr. K. LEONHARD)

Drei Formen von Entfremdung im Psychotischen und Psychopathischen

Von
K. LEONHARD

(Eingegangen am 18. Juli 1959)

Es besteht psychiatrisch keine Einigkeit über das Wesen der Entfremdung in der Psychose und in der Psychopathie. Die Autoren, die sich eingehend mit dem Problem beschäftigen, beleuchten es von verschiedenen Seiten, lassen aber die Frage, unter welchen psychologischen und psychopathologischen Voraussetzungen die Entfremdung entsteht, im wesentlichen offen. Mit dem Symptom bei Psychosen hat sich vor allem HAUG² beschäftigt, mit dem Symptom bei Psychopathien ganz neuerdings MEYER⁵. Ich glaube, man kommt in der Klärung der Entstehungsweise deswegen nicht recht weiter, weil man das Erscheinungsbild der Entfremdung zu sehr als einheitlich auffaßt und damit verschiedene Erscheinungsbilder zugleich behandeln möchte. Die Einteilungen, die HAUG gibt, scheinen nicht die Wesensunterschiede zu treffen; sie werden in seinen weiteren und anderen Darstellungen auch kaum berücksichtigt. Man nimmt teilweise auch die Veränderungserlebnisse der Schizophrenen mit hinein, obwohl sie meist ein anderes Aussehen haben als echte Entfremdungserscheinungen. Den beginnenden Schizophrenen erscheint häufig die Umwelt verändert, die sie nicht mehr verstehen, die eine abnorme Bedeutung und abnorme Beziehung gewinnen. Nur selten kommt der Schizophrene zu der Auffassung, daß nur er selbst sich verändert habe, während die Umwelt ganz so sei wie immer. Das eindeutige Gefühl der Subjektivität der Veränderung gehört aber notwendig zur Entfremdung. Daher braucht uns die schizophrene Entfremdung nur kurz zu beschäftigen. Allerdings wird uns eine Kranke ausführlich begegnen, die man in einer anderen Klinik für Schizophren hielt. Es geschah ganz zu Unrecht, da von Anfang an eine reine Entfremdung vorlag. Der Verlauf bestätigte später auch die endogene Depression.

Wenn ich von 3 Formen der Entfremdung spreche, so will ich damit sagen, daß diese ihrer Entstehungsweise und ihrem Wesen nach verschieden sind und in der klinischen Beobachtung auch eindeutig getrennt werden können. *Hypochondrische* Kranke haben neben ihren körperlichen Mißempfindungen häufig Entfremdungserscheinungen in bezug auf ihren

Körper und zugleich auf ihre Wahrnehmungswelt. Wenn man hier eine Trennung im Sinne der Somatopsychie und Allopsychie von WERNICKE vornehmen will (HAUG), so entspricht das nicht der klinischen Erfahrung. Dagegen erleben melancholische Kranke und noch mehr „*teilnahmsarme*“ Depressive die Entfremdung nicht an ihrem Körper und nicht im Bereich der Wahrnehmungen, sondern in bezug auf die höheren Gefühle der Freude, des Leids, der Traurigkeit, überhaupt ihrer seelischen Anteilnahme an den Vorgängen der Umgebung und am Schicksal anderer Menschen. Schließlich gibt es eine Entfremdung aus *Bewußtseinssenkung*, die alle seelischen Gebiete zugleich betrifft.

I. Hypochondrische Form der Entfremdung

Viele hypochondrische Depressive klagen nur über körperliche Mißempfindungen. Bei manchen erfährt man auch bei eingehender Befragung nichts von Entfremdungen. Daß sie wirklich fehlen, darf man aber erst annehmen, wenn man sich eingehend mit den Kranken beschäftigt hat, denn manche, die auf eine direkte Befragung verneint haben, wahrscheinlich, weil man in der Frage nicht die richtige Formulierung gefunden hat, kommen im Laufe der Gespräche, die man mit ihnen führt, doch auf Entfremdungen zu sprechen. Die Frage, ob die Organe noch normal arbeiten, ob das Sehen, Riechen, Schmecken normal sei, wird vielleicht bejaht, aber dann wird davon erzählt, daß der Kopf manchmal wie hohl sei und der Arm, als ob er gar nicht da wäre. Sicher gibt es aber viele hypochondrische Depressive, die tatsächlich gar keine Entfremdungserscheinungen haben. Wahrscheinlich hängt es von einer individuellen Bereitschaft ab, wieweit sich die Störung nur in Mißempfindungen, wieweit auch in Entfremdungen äußert. Von der Tiefe der Depression hängt es nicht ab, denn manche Kranke haben von Anfang an und schon bei leichter Störung Entfremdungen, andere weisen sie auch in tiefer hypochondrischer Depression nicht auf. Ich gebe zunächst eine Kranke wieder, bei der sich die Mißempfindungen und die Entfremdungserscheinungen ziemlich gleichmäßig mischten.

Bertha Ek, geb. 1899, war von Kindheit an leicht aufgeregt, hatte aber früher nie körperliche Beschwerden. Sie trieb Sport, war unternehmend und energisch. Ihre Berufsausbildung ging reibungslos vonstatten. Sie wurde Buchhalterin und war immer eine tüchtige Arbeitskraft. 1946 verlor sie die Periode, ohne dabei wesentliche Beschwerden zu haben. 1934 und 1950 hatte sie schon depressive Zustände, die mehrere Wochen dauerten und mit körperlichen Beschwerden und „Erschlaffungszuständen“ einhergingen.

1956 erkrankte sie wieder und kam Ende des Jahres in die hiesige Klinik. Sie klagte über eine innere Schwäche, Gefühllosigkeit, fürchtete, sterben zu müssen, und weinte häufig. Eine Fülle von Klagen bezog sich auf den Körper: Überall ist ein Kribbeln, das Herz krampft sich zusammen, der Hals bläht sich auf, es ist, als ob ein Knoten drin wäre, eine furchtbare Schwere ist im ganzen Körper, der Kopf ist benommen, es ist, als ob etwas zerrissen wäre, als ob eine innere „Zersetzungs-krankheit“ vorläge. Ja der ganze Körper ist wie abgestorben, wie gefühllos, die

Muskeln fallen ab; es besteht eine Erschlaffung des Fleisches, überhaupt ein Erschlaffungsgefühl vom Kopf bis zur Zehe.

Unter einer Elektroschockbehandlung besserte sich der Zustand nur vorübergehend. Die Pat. ging trotzdem 6 Wochen nach der Aufnahme nach Hause, kam aber schon nach 8 Tagen wieder und klagte verstärkt über ihren Körper. Die Beine schmerzen, auch der Rücken, die Fersen, die Knie, die Hüftgelenke, der ganze Körper; neben der Wirbelsäule ist ein Gefühl, als ob sich etwas verkrallte; die Adern sind, als ob sie Eis enthielten; der Körper brennt, im re. Unterbauch ist eine Hitze, im After ein Brennen, im Gehirn eine Unruhe, als ob Eiter drin wäre, die Ohren sind wie geschwollen, die Zunge ist kalt; im ganzen Körper sind komische Gefühle, beim Gehen ist es, als ob Sand unter den Sohlen wäre. Das Herz setzt zeitweise aus, der Darm arbeitet nicht mehr, der Kopf ist wie hohl, die Glieder sind kraftlos, die Muskeln bilden sich zurück, das Schlucken ist wie gelähmt. Sie kann auch nichts mehr wahrnehmen, Hören und Sehen sind „wie unterirdisch“. Sie kann heiß und kalt nicht mehr unterscheiden und kann nicht mehr richtig tasten; wenn sie angefaßt wird, merkt sie das nur im Unterbewußtsein.

Die Pat. war diesmal noch tiefer depressiv als bei der 1. Aufnahme. Sie glaubte, nicht mehr lebend aus der Klinik herauszukommen und äußerte dazu, vielleicht habe sie auch gar nicht mehr das Recht zu leben, weil sie den Haushalt vernachlässigt habe. Unter einer erneuten Elektroschockbehandlung besserte sie sich diesmal nachhaltig. Sie konnte ein halbes Jahr nach der Wiederaufnahme in unauffälligem Zustand entlassen werden. Eine Nachfrage ergab, daß es ihr zu Hause weiter gut geht. Sie hat ihren Beruf wieder aufgenommen.

Es handelt sich hier um eine typische hypochondrische Depression, die bisher 3 Phasen durchmachte. In der letzten Phase konnten wir sie beobachten, während sie eine Fülle von körperlichen Beschwerden bot und dazu viele Entfremdungserscheinungen, teils der Art, daß Organe des Körpers nicht mehr richtig zu arbeiten schienen, teils der Art, daß das Wahrnehmen gestört war. Die Patientin bezeichnete das Sehen und Hören „wie unterirdisch“ und erlebte das Tasten „wie im Unterbewußtsein“.

Die Verbindung der körperlichen Mißempfindungen mit den Entfremdungserscheinungen im Körperlichen und im Wahrnehmen ist charakteristisch. Es handelt sich also nicht um ein zufälliges Zusammenreffen, vielmehr gehören beide Erscheinungen sicher innerlich zueinander. Wie man sich den Zusammenhang genauer denken soll, diese Frage ist schwer zu beantworten. Man darf annehmen, daß bei der hypochondrischen Depression eine besondere Gefühlsschicht erkrankt ist, eben die Schicht der Körperfühlsphäre. Die krankhaften Mißempfindungen, die entstehen, haben den Empfindungscharakter mit den Erlebnissen aus den Sinneseindrücken gemeinsam, während Gefühle, die aus dem Triebgeschehen oder aus dem Instinktgeschehen heraus entstehen oder höherer seelischer Art sind, nicht mehr aus Empfindungen zu verstehen sind. Es besteht demnach eine Verwandtschaft zwischen den normalen Empfindungen und den krankhaften Körperempfindungen. Wenn man vielfach eher eine Gegensätzlichkeit vermutet, so liegt es daran, daß man im Körperlichen nicht an abnorme Empfindungen

denkt, sondern an das Triebgeschehen, das allerdings mit Empfindungen aus den Sinnesindrücken nichts zu tun hat. Dagegen sind die Körperempfindungen und die Sinnesempfindungen vielleicht der gleichen Gefühlsschicht zugeordnet. Dann wäre verständlich, daß sie häufig gleichzeitig gestört sind, jedoch noch nicht, daß, wie man nach den Schilderungen der Kranken annehmen muß, der Vermehrung an Körperempfindungen ein Mangel in den normalen Empfindungen parallel geht. Es entsteht sichtlich eine Verschiebung vom normalen Wahrnehmen zu einem pathologischen Wahrnehmen hin. Die eigenartigen Mißempfindungen, die von den Kranken vorgebracht werden, die man nicht nachfühlen kann, scheinen einer Empfindungswelt zu entstammen, die dem gesunden Menschen verschlossen ist. Vielleicht tritt eine phylogenetisch ältere Innenwelt herrschend ins Bewußtsein, während die phylogenetisch jüngere Wahrnehmungswelt zurückgedrängt wird. Genauer möchte ich diese theoretische Fragestellung aber nicht verfolgen — ich komme an anderer Stelle darauf zurück —, sondern die Entfremdung klinisch weiter ins Auge fassen. Bei der folgenden Kranken stand die Veränderung der Wahrnehmungswelt so sehr im Vordergrund, daß man die körperlichen Mißempfindungen geradezu übersehen konnte.

Eva Lut, geb. 1933, war von Natur etwas still, sie nahm ihre Aufgaben ernst, war immer pflichtbewußt und ordentlich. Sie gleicht ihrem *Vater*, der ebenfalls eine ernste Lebensauffassung hat, ja fast etwas gedrückt erscheint und unter der Krankheit seiner Tochter sehr leidet. Psychisch krank war er aber nie. Die Pat. lernte in der Schule gut und machte anschließend eine landwirtschaftliche Berufsschule durch. Sie wäre dann gerne Lehrerin geworden, traute es sich aber doch nicht recht zu und wurde Helferin in einem Kindergarten. Ihre 1. Krankheitsphase machte sie von August 1954 bis April 1955 in einer Nervenklinik durch, wo man eine Schizophrenie annahm. In ihrer 2. Phase war sie von September 1956 bis Mai 1957 in der Erfurter Klinik, die ich damals leitete. Sie bot beide Male ganz das gleiche Bild, so daß ich es zusammenfassend beschreiben kann. Sie glaubte anfangs, körperlich krank zu sein, vielleicht eine Schwindsucht zu haben und daran zu sterben. Später traten weniger Befürchtungen als Mißempfindungen hervor: Ein Druck im Leib, ein tolles Klopfen des Herzens, eine Schwere in den Armen und in den Gliedern, Schmerzen von der Wirbelsäule zum Bauch herunter, ein Druck im Nacken, eine Unruhe im Darm, Schmerzen in den Knien, ein „gelähmtes Gefühl“ im ganzen Körper, überhaupt komische Gefühle überall im Körper, besonders vom Kopf zum Leib herunter.

Viel eindringlicher wurde in vielen Gesprächen, die ich zusammenfasse, über die Entfremdungen geklagt. Die Gefühlsnerven vom Leib zum Kopf sind zerstört. Die Stimmung ist trübe, aber ich weiß es gar nicht richtig, die Stimmung geht ja vom Körper aus. Es ist, als wäre innerlich alles schon tot. Es ist ein schrecklicher Zustand so herumlaufen zu müssen. Wie eine Holzpuppe komme ich mir vor. Die Glieder sind so steif. Ich kann gar nicht mehr recht laufen, als ob meine Arme und Beine gar nicht mehr mein eigen wären. Ich kann den re. und li. Arm nicht mehr unterscheiden. Die ganze Umgebung ist weit abgerückt von mir. Ich weiß gar nicht mehr recht, daß die Welt draußen existiert. Ich sehe und höre zwar noch, aber nicht richtig. Das Sehen und Hören ist sehr weit weg, ich sehe und empfinde im Zimmer nicht wie früher, ich kann nicht sagen, ob es kalt im Zimmer ist oder nicht. Wenn

es Dezember ist, sage ich mir, daß es kalt ist, aber ich spüre es nicht. Ich kann keine Freude, kein Leid, keine Kälte, keine Hitze, keine Schmerzen und kein körperliches Unwohlsein mehr empfinden. Wenn der Arzt Blut abgenommen hat, war es mir, als ob er in die Luft gestochen hätte. Wenn man mich kneift, spüre ich es, aber doch nicht so wie früher. Als meine Schwester da war, das hat sich angehört wie ein Telefon, wie ein Echo. Es ist mir, als ob ich gar nicht mehr ich selbst wäre und als ob Sie weit weg säßen. Wenn jemand zu mir spricht, ist das ganz fern, ich kann es gar nicht wahrnehmen. Ich merke oft auch gar nicht, ob die Leute lachen oder weinen. Alle Empfindungen und Gedanken spielen sich im Hintergrund ab. In meinem Denken fehlen alle Begriffe. Es ist ganz still in mir, ich kann nichts mehr begreifen. Ich kann nicht erfassen, was in mir und um mich vorgeht. Wenn ich schreibe, weiß ich gar nicht, ob ich wirklich schreibe. Das Gedächtnis schwindet, ich kann mir meine Geschwister nicht mehr richtig vorstellen, alles ist leiser, alles ist dämmerig, ist wie versunken. Nah und fern bedeutet für mich keinen Unterschied, alles ist verschwommen, auch die Zeiteinteilung. Ob jetzt 1 Std herum ist oder nicht, das kann ich nicht mehr beurteilen. Ich kann mir auch nicht mehr richtig vorstellen, was ich gelesen habe. Ich kann mir von den Dingen gar keine Vorstellung mehr machen. Was ich eben erlebt habe, das ist gleich darauf nicht mehr richtig da. Es ist eine entsetzliche Leere.

Gelegentlich kommen auch Bemerkungen derart, daß sie nicht mehr richtig fühlen könne. Früher soll sie einmal geäußert haben, das Mitgefühl zu ihren Angehörigen sei nicht mehr vorhanden. Auch bei uns in der Klinik tauchten gelegentlich Bemerkungen ähnlicher Art auf, aber immer im Zusammenhang mit ihrer Entfremdung der Wahrnehmungswelt. Sie sagte etwa, sie könne keine Freude und kein Leid mehr empfinden und fügte gleich hinzu, auch keine Kälte, keine Hitze, keinen Schmerz. Oder sie bestätigte einmal auf ausdrückliches Befragen, daß sie zu ihrer Mutter auch kein richtiges Gefühl mehr habe, fügte aber gleich hinzu, sie könne ja gar nicht mehr richtig sehen und könne sich ihre Mutter gar nicht mehr vorstellen. Wenn man sie eindeutig auf einen Mangel höherer seelischer Gefühle festlegen wollte, dann lehnte sie immer mit Bestimmtheit ab. Die Fähigkeit, Freud und Leid, vor allem aber das letztere, zu empfinden, sei nicht verlorengegangen. Auch ihre Willenskraft und Energie habe sie noch.

Die Pat. wurde nach ihrer 2. Phase ebenso wie nach ihrer ersten geheilt entlassen. Sie war freundlich, zugänglich, dankbar, in ihrer Gesamthaltung etwas schüchtern, aber immer gefühlswarm und natürlich. Wir erhoben jetzt eine Katamnese und erfuhren folgendes: Sie fühlte sich zu Hause wieder wohl und ging 2 Jahre lang ihrer Arbeit nach. Sie berichtet auch von einem schönen Urlaub, den sie gehabt hat. Dagegen jetzt im Juli 1959 fühlte sie sich nicht mehr so wohl wie früher und glaubt auch schon wieder zu spüren, daß die Dinge ihr fremder werden.

Neben körperlichen Mißempfindungen bestanden bei dieser Patientin in ausgesprochenstem Maße Entfremdungserscheinungen, die sich auf den Körper bezogen und auf die Wahrnehmungswelt. In eindringlichen Worten klagte die Patientin vor allem immer wieder darüber, daß sie nicht mehr richtig wahrnehmen könne. Die Entfremdung im Bereich der

höheren Gefühle fehlte dagegen. Es liegt wieder das vor, was ich unter der hypochondrischen Form der Entfremdung verstehe.

Eine sehr eindrucksvolle Kranke mit einer Entfremdung hypochondrischer Art hat FOERSTER¹ aus der Klinik WERNICKES mitgeteilt und von einer Afunktion der Somatopsychie gesprochen. Obwohl auch seine Patientin ganz vorwiegend über Entfremdungen der Wahrnehmungswelt klagte, erkannte FOERSTER die Beziehung zum Körperempfinden. Da das Leiden hier schon mit 16 Jahren begann, könnte man daran denken, daß es sich um eine psychopathische Form der hypochondrischen Entfremdung handelte, zumal die Krankheit später chronisch zu werden schien. Es wird aber eindeutig berichtet, daß die Entfremdungserscheinungen viele Jahre lang nur periodisch kamen, einige Zeit bestanden und dann wieder vorübergingen. Vielleicht war die Psychose bei Abschluß der Beobachtung auch eben im Abklingen, da nach 3jähriger Dauer von einer Besserung die Rede ist. FOERSTER hat sich die Mühe gemacht, die einzelnen Sinnesgebiete, auf denen die Patientin einen Mangel des Wahrnehmens angab, auf ihre Leistungsfähigkeit zu untersuchen. Er fand völlig normale Funktionen im Wahrnehmen und konnte auch in der Fähigkeit, Erlebnisse vorstellungsmäßig zu reproduzieren, keine Störung nachweisen. Unter den Fällen von MEYER zeigt der Fall 10, Herbert Sch., eine hypochondrische Form von Entfremdung. MEYER lehnt allerdings das Vorliegen einer endogenen Depression, die er diskutiert, ab. Ich möchte bei der Schwere der Krankheit und ihrem periodischen Verlauf doch eine hypochondrische Depression endogener Entstehung vermuten.

Alle endogenen Depressionen kommen in verdünnter Form vor, so daß man oft nicht mehr von einer Krankheit, sondern nur noch von einer Temperamenteigenart sprechen kann. Seit KRETSCHMER kennt man diese Übergänge von der Krankheit zum Temperament sehr gut. Auch im Anschluß an akute Krankheitsphasen bleiben solche Dauerhaltungen manchmal bestehen. In besonderem Maße fand ich³ sie bei den „reinen“ Formen. Sicher gibt es Menschen, die zum Depressiven und zugleich zum Hypochondrischen neigen. Sie erwecken den Verdacht der endogenen Krankheit in einer temperamentsmäßigen Verdünnung. Gelegentlich kommen bei solchen chronisch hypochondrischen Zuständen auch deutliche Entfremdungen hinzu. Ich führe einen charakteristischen Fall an

Manfred Derd, geb. 1936, ist von Natur aus etwas weich, es kommen ihm gelegentlich aus geringem Anlaß die Tränen. Außerdem ist er empfindlich und gleich gekränkt. Er hält sich lieber für sich allein, trieb aber früher gern Sport, besonders Fußball. Das Lernen fiel ihm leicht. Er war der beste Schüler seiner Klasse und schrieb besonders gern Aufsätze. Der Lehrer meinte, er habe alle Fähigkeiten, sei jedoch zu flüchtig. Tatsächlich fiel er später, als er für eine Bürotätigkeit die Prüfung machen wollte, wegen 20 Flüchtigkeitsfehlern durch. Er lernte dann Elektriker und führte die Ausbildung fristgemäß zu Ende. Mit 21 Jahren heiratete er, weil das Mädchen von ihm gravide geworden war. Er hatte an sich gewisse Bedenken, wollte

sich aber anständig verhalten. Er lebt mit seiner Frau jetzt gut, doch hat sie andere Interessen als er.

Als er 14 Jahre alt war, hatte er nach einer Erkältung zum ersten Mal eigenartige Beschwerden. Es waren keine eigentlichen Schmerzen, aber es war alles wie abgespannt. Nach geringer Anstrengung kam es ihm vor, als ob etwas abgestorben und taub wäre. Die Hände waren tot. „Ich merkte gar nicht mehr, wenn ich sie in die Tasche steckte, sie waren so taub.“ Er fühlte sich 4 Monate krank und kam seitdem nie mehr ganz von seinen Beschwerden los. Vor allem traten sie bei jeder kleinen Erkältung wieder auf. Es war ein Ziehen, das den ganzen Körper entlangging, so ein komisches Gefühl, er spürte immer so eine Schlaptheit und Mattigkeit. Seiner Mutter gegenüber äußerte er schon vor Jahren, er werde wohl nie mehr gesund. 1958 hatte er wieder einmal nach einer Erkältung vermehrte Beschwerden. Er bekam jetzt Angst, die Sache werde ein schlimmes Ende nehmen. Er meldete sich krank und war schon fast ein halbes Jahr krank geschrieben, als er in unsere Klinik kam. Hier klagte er: Es geht etwas wie ein Strom durch den Körper, von den Fingern bis zu den Zehen. In der Magengegend ist ein Zucken und Stechen. Das Herz klopft, die Wirbelsäule schmerzt, im Kopf ist ein Pochen und ein Klopfen, vor den Augen tritt Flimmern auf, besonders beim Radfahren, auch ein Pfeifen und Summen ist gelegentlich im Kopf. Er kann nicht mehr richtig hören, die Dinge kommen wie aus der Ferne, obwohl er den Inhalt gut versteht. Das Sehen ist auch nicht mehr richtig. Er kommt sich am ganzen Körper verändert vor: „Ja ich fühle mich, als ob ich auf der Welt herumlaufen würde wie nebenbei, als wenn ich aus Holz wäre“. Alles sei steif und wie taub. „Sehen Sie, wenn ich hier an den Stuhl greife, dann merke ich wohl, daß das der Stuhl ist, aber das ist anders als früher, so, als wenn das jetzt ein ganz anderes Ding wäre.“

Derd war nicht deutlich depressiv, aber doch immer ernst. Er lächelte kaum einmal bei vielen Gesprächen, die man mit ihm führte. Bei Besprechung seiner Beschwerden kam er mehrmals dem Weinen nahe. Auch seine Empfindlichkeit, die ihm von jeher eigen war, trat hervor. Als er z. B. versehentlich zweimal nach dem Gleichen gefragt wurde, fühlte er sich geprüft und war gekränkt darüber. Unter unserer psychotherapeutischen Betreuung, die vor allem in einer konsequenten Ablenkung von den Beschwerden bestand, konnten wir den Pat. schon nach 14 tägiger Behandlung nach Hause und in seine frühere Arbeitsstelle entlassen. Er kommt nun verabredungsgemäß alle paar Wochen bei uns vorbei, bringt immer die eine oder andere hypochondrische Klage vor, läßt sich aber beruhigen und fühlt sich nicht mehr krank. Er arbeitet zur Zeit nicht nur beruflich, sondern baut sich nebenbei ein Häuschen auf. Seine eigenartig ernste Art, in der man ihn kaum einmal zum Lachen bringen konnte, behielt er bei.

Bei diesem Patienten verbinden sich hypochondrische Beschwerden und Entfremdungserscheinungen mit einer auffällig ernsten Stimmungslage. Ich glaube, daß hier eine hypochondrische Depression in Temperamentsbreite vorliegt, bei der durch eine persönliche Bereitschaft die Entfremdungen zum Hypochondrischen hinzutreten.

Ich möchte damit nicht sagen, daß die meisten oder auch nur viele hypochondrischen Psychopathen so aufzufassen wären. Meist handelt es sich bei den Kranken, die chronisch über hypochondrische Beschwerden klagen, um abnorme Entwicklungen, die von Krankheitsbefürchtungen ihren Ausgang nahmen und keine depressive Grundstimmung zur Voraussetzung haben. Auch wenn es unter den Befürchtungen zu Beschwerden kommt, die denen in der endogenen Depression sehr ähnlich sind,

braucht man doch keine innere Verwandtschaft anzunehmen. Es gibt sichtlich Menschen, bei denen seelische Spannungen leicht ins Körperliche gehen und Beschwerden erzeugen. Zweifellos gehört dazu eine besondere Disposition, aber diese kann durchaus anderer Art sein als die Disposition im Rahmen der endogenen hypochondrischen Depression. Bei den Entwicklungen ohne depressive Stimmungslage sah ich bisher noch keine Verbindung mit Entfremdungserscheinungen. Die Patienten sind vielmehr immer ganz auf ihre Beschwerden festgelegt, hinter denen ihrer Meinung nach die schwere Krankheit steht. Bei Derd ergab sich kein Anhalt für solch eine Entwicklung. Die Bereitschaft zum Hypochondrischen trat bei ihm ohne Abhängigkeit von äußeren Erlebnissen und ohne tiefere Krankheitsbefürchtungen hervor. Sie blieb auch bestehen, als sich der Patient unter unserer Behandlung wieder gesund und voll leistungsfähig fühlte. Es ist bemerkenswert, daß die Entfremdung bei dem Patienten in der Pubertät begann und in dieser Zeit schon ihren ersten Höhepunkt hatte. Darauf komme ich zurück.

II. Entfremdung im Sinne der Teilnahmsarmut

Die „teilnahmsarme“ Depression, wie ich sie nannte³, zeigt in ihrem Bild nichts Hypochondrisches. Auch die Wahrnehmungswelt wird von der Entfremdung nicht berührt. Dagegen geben diese Kranken an, daß sie die Fähigkeit, Freud und Leid zu empfinden, verloren hätten. Sichtlich sind in beiden Formen von Entfremdung völlig verschiedene Gefühlsschichten betroffen. Eine Überschneidung scheint nur im Bereich der Vorstellungen zu bestehen, denn hier wie dort können die Patienten darüber klagen, sie vermöchten sich nichts mehr vorzustellen. Die Beziehung ist aber wahrscheinlich auch hier nur äußerlich. Die Vorstellungen leiten sich von den Wahrnehmungen ab und können daher mit ihnen leiden. Andererseits sind sie nicht nur mit den Gefühlen verbunden, die aus den Sinneseindrücken stammen, sondern auch die höheren Gefühle werden von Vorstellungen getragen. Wenn bei beiden Formen von Entfremdung über einen Mangel im Bereich der Vorstellungen geklagt wird, so läuft die Beziehung sicher zu diesen verschiedenen Gefühlskomponenten der Vorstellungen, wenn man das auch im Gespräch mit den Kranken nicht so deutlich feststellen kann.

Bekanntlich sind Depressive, die eindringlich über ihre innere Gefühls-erkaltung klagen, nach außen hin nicht gemütsarm, sondern sie bleiben den Menschen, mit denen sie vor der Krankheit verbunden waren, innig zugetan. Wenn Angehörige zu Besuch kommen, begrüßen sie diese mit Teilnahme. Wenn sie von zu Hause erzählt bekommen, hören sie mit Interesse zu, obwohl gerade auch die Klage über Interesselosigkeit besonders häufig ist. Bei einer Kranken, die ich gleich darstelle, trat ein lebhaftes Mitgefühl hervor, als eine Mitpatientin zum Elektroschock

gerufen wurde, obwohl sie gleichzeitig behauptete, sie habe jedes Mitgefühl mit anderen Menschen verloren.

Dieser Widerspruch klärt sich wahrscheinlich in der Weise auf, daß die unmittelbaren Gefühle sich erhalten, dagegen diejenigen gestört sind, die erst durch gedankliche Verarbeitung entstehen. Mitleid mit einer weinenden Frau entsteht unmittelbar, d.h. ohne reflektierende Stellungnahme, und tritt daher auch bei einer teilnahmsarmen Depression hervor. Freude und Traurigkeit dagegen leiten sich nicht unmittelbar aus dem äußeren Erleben ab, sondern erst aus gedanklichen Stellungnahmen. Durch die innere Verarbeitung steigen die menschlichen Gefühle stark an, unmittelbar sind sie oft nur flach. Unter Bezugnahme auf „Entwicklungen zum Selbstmord“ habe ich auf dieses Ansteigen der Gefühle durch ihre Verarbeitung hingewiesen. In dieser Schicht mittelbarer Gefühle scheint bei der Teilnahmsarmut der Mangel zu bestehen. Dadurch wird verständlich, daß die Kranken in unmittelbarem Umgang mit anderen Menschen gefühlswarm reagieren und doch in der reflektierenden Selbstbeobachtung einen Mangel empfinden. Man kann diesen objektiv bis zu einem gewissen Grad doch insofern bestätigen, als die Kranken keine aktive Teilnahme zeigen, sondern die Dinge an sich herankommen lassen. Ohne Anregung von außen zeigen sie wenig Affekt und wenig Initiative, obwohl keine melancholische Hemmung besteht. Ich führe eine periodische teilnahmsarme Depression an.

Hilde Schön, geb. 1915, war in der Schule sehr gut, fleißig, strebsam und ehrgeizig. Sie lernte Verkäuferin und konnte bald eine Lebensmittelfiliale übernehmen. Seit dem 24. Lebensjahr ist sie verheiratet. In ihren gesunden Zeiten hat sie ein ruhiges Temperament. Zwischen dem 20. und dem 41. Lebensjahr machte sie 9 depressive Phasen durch, die meist einige Wochen, manchmal aber auch einige Monate dauerten. Die Pat. war nicht immer in Klinikbehandlung, so daß nur teilweise eine genauere Beschreibung des Zustandsbildes vorliegt.

In der 2. Phase heißt es: Der Verlobte kam jeden Sonntag zu ihr und auch der Chef wollte sie erfreuen, aber sie fühlte sich ganz unberührt, so ganz komisch, als ob sie gar kein Gefühl hätte. „Man weiß gar nicht, was man will, man kann sich zu nichts entschließen und kann nichts empfinden.“ In der 3. Phase wollte sie zu Hause den Gashahn öffnen, denn „im Innern ist doch alles, als ob es tot wäre“. In der Klinik J. äußerte sie dann: „Wenn ich vor etwas stehe und finde mich nicht zurecht, dann denke ich, es ist doch besser, wenn du nicht bist. Man kann sich doch nicht freuen, und alles läßt einen so kalt.“ Sie klagte sehr darüber, daß sie keinen Entschluß mehr fassen könne. In der 4. Phase erklärte sie, wenn sie lese, könne sie es nicht fassen, lustig habe sie schon früher nicht sein können, aber jetzt sei sie innerlich so abgestumpft, als wenn alles tot wäre. Auch jede Energie fehle ihr. Am Abend war es etwas besser als am Morgen. In der 5. u. 6. Phase erfolgte keine Klinikbehandlung. Der Zustand war aber nach den Angaben der Pat. ebenso wie in den vorigen Krankheiten. In der 7. Phase drehte sie den Gashahn auf und äußerte, als man sie rechtzeitig gefunden hatte, sie möchte am liebsten im Bett bleiben und sterben. In der Klinik sagte sie: „Ich kann nicht mehr kochen, flicken, kehren, im Garten arbeiten, ich weiß nicht mehr, wie ich das machen soll.“ Die 8. Phase lief wieder zu Hause ab. In der 9. Phase konnten wir die Pat. in der Erfurter Klinik

selbst beobachten. Sie wurde im Februar 1957 aufgenommen und äusserte unter anderem, sie könne sich nicht konzentrieren, sie wisse nicht mehr, wie man alles machen solle, der Verstand sage ihr nicht mehr wie sie dies und jenes ausführen solle. Sie könne nicht mehr kochen und nicht mehr einkaufen. Organisieren und Planen sei ihr nicht mehr möglich. Sie sei der unbrauchbarste Mensch und schäme sich vor sich selbst. Das Gefühl in ihr sei abgestorben, es sei tot in ihr. Sie habe ihre Mutter gern, es sei aber alles ganz anders in ihr als in gesunden Zeiten. „Ich weiß, daß die Mutter alles für mich tut, aber ich kann das nicht so empfinden, es ist alles fremd in mir, alles so tot, so abgestumpft.“ Sie habe auch kein Interesse mehr. Was die Mutter erzähle, interessiere sie nicht mehr. Sie könne an der Freude und auch am Schmerz der anderen nicht mehr teilnehmen. Manchmal sei es noch wie in normalen Zeiten, da könne sie weinen und traurig sein, aber das sei nur kurz. Als eine Kranke zur Schockbehandlung gerufen wurde, zeigte sie tiefes Mitgefühl. Trotzdem äusserte sie gleich darauf: „Alles ist tot in mir, ich habe kein Gefühl mehr, es läßt mich alles kalt. Die Liebe, alles ist nicht mehr da.“ Sie könne sich auch an den schönen Blumen, am Frühling nicht freuen, sie könne die Blumen wohl bewundern, aber ein innerliches Mitklingen sei nicht vorhanden. Auch das Denken sei so gehemmt: „Ich weiß nicht, was schön und was schlecht ist, im Geschäft wußte ich früher doch, was geschmackvoll ist.“ Handarbeit mache sie widerwillig, sie habe gar keinen Antrieb dazu.

Die Kranke klagte oft sehr eindringlich über die geschilderte Gefühlslosigkeit, erklärte, es sei ein furchtbarer Zustand. Sie sprach dabei lebhaft, ohne Hemmung. Wenn sie von aussen nicht angeregt war, zeigte sie dagegen keinen Antrieb. Sie saß initiativlos herum und konnte sich zu nichts aufraffen, auch nicht zum Schreiben eines Briefes. Sie behauptete, sie habe keine Gedanken mehr für einen Brief. Die Depression dauerte diesmal 5 Monate, dann klang sie rasch ab. Die Pat. konnte im Juli 1957 entlassen werden. Sie zeigte dann wieder ihr normales, etwas stilles Temperament.

Wir haben jetzt eine Katamnese erhoben; die Pat. blieb gesund bis März 1958, dann setzte eine neue Phase ein. Das Denkvermögen war wieder wie „gelähmt“. Im Herbst klang dieser Zustand ab. Die Pat. fühlte sich wieder wohl und nahm ihre Arbeit wieder auf. „Jeder Tag machte mir Freude, ich konnte wieder denken, meine Kunden hatten mich gern.“ Aber jetzt im Juni 1959 folgte wieder eine Depression: „Ich fühle mich wieder wie ein hilfloses Kind.“ Anscheinend ist die Verstimmung diesmal nicht so groß, die Pat. arbeitet weiter und bemüht sich, ihre Verstimmung zu Hause durchzumachen. Es ist jetzt im ganzen die 11. Phase.

Hier liegt das charakteristische Bild einer teilnahmsarmen Depression vor mit schwerer Entfremdung im höheren Gefühlsleben. Von einer Änderung des Körpers oder des Wahrnehmens ist nie die Rede. Dagegen wird außer über den unmittelbaren Gefühlsmangel auch darüber geklagt, daß das Denken, Überlegen, Planen gestört sei. Die Patientin meinte damit einerseits ihre subjektive Unfähigkeit des Vorstellungsvermögens, zum anderen spielte sicher auch das begründete Gefühl der Initiativlosigkeit mit herein. Man darf hier nicht an eine melancholische Hemmung denken. Die Kranken sind im Gespräch lebhaft, sie können sogar hastig und unruhig sein, aber sie versinken in eine Antriebslosigkeit, wenn sich niemand mit ihnen beschäftigt. Sie empfinden diesen Mangel an Initiative auch selbst.

Vergleicht man diese Krankengeschichte mit den oben angeführten Krankengeschichten, dann wird man, wie ich glaube, erkennen, daß zwischen der hypochondrischen Entfremdung und dieser Teilnahmsarmut keine innere Beziehung besteht. Wenn die Kranken immer wieder klagen, immer wieder versuchen, dem Außenstehenden ein Bild von ihrem Zustand zu vermitteln, wenn sie immer wieder neue Worte gebrauchen, dann kann es wohl vorkommen, daß ein hypochondrischer und ein teilnahmsarmer Kranker sich einmal ähnlich ausdrücken. Man braucht aber nur einige zusätzliche Fragen zu stellen und es wird sich schnell ergeben, daß man hier und dort ganz verschiedene Beschwerden vor sich hat. Es ist daher sicher ganz unrichtig, wenn man unter dem Begriff der Entfremdung beide Zustände zusammenfaßt und beide zugleich zu klären versucht.

Die teilnahmsarme Depression kommt ähnlich in psychopathischer Breite vor wie die hypochondrische. ÖSTERREICH⁶ hat eindrucksvolle Fälle mitgeteilt. Ich führe einen eigenen an, bei dem ich fast ebenso von einer chronischen teilnahmsarmen Depression sprechen könnte wie von einem teilnahmsarmen depressiven Psychopathen. Da der Patient trotz seiner Beschwerden fast immer in Arbeit blieb, ist wohl die letztere Bezeichnung zutreffend.

Gerhard Kol, geb. 1938, dessen *Vater* ein recht stiller, zurückgezogener Mensch ist, blieb in der Schule einmal sitzen, bekam aber später ein gutes Abgangszeugnis. Anschließend lernte er Tischler, legte 1957 seine Gesellenprüfung ab und blieb immer in der gleichen Arbeitsstelle. Er hilft außerdem seinen Eltern in der Landwirtschaft mit. Als Kind war er lebhaft, konnte unbeschwert mit anderen spielen, war manchmal auch der Anführer. In der späteren Kindheit dagegen war er recht still und mehr für sich. Er hatte kaum Freunde und auch keine Freundin. Seine Arbeit machte er sehr gewissenhaft, er kontrollierte lieber noch mal nach. Er ist auch sehr vorsichtig, etwa wenn er über die Straße geht. In seiner Freizeit verhält er sich meist untätig.

Seit Beginn der Lehre mit 15 Jahren fühlte sich der Pat. häufig schlapp, zugleich hatte er ein starkes Schlafbedürfnis. Unter Verschlimmerung des Zustandes verlor er allmählich alles Interesse. Er fühlte sich immer unlustig. Am liebsten hätte er gar nichts mehr getan. Im Willen fühlte er sich wie gelähmt. Da er onanierte, kam er auf den Gedanken, er habe sich dadurch krank gemacht, und aß von da ab keine Eier mehr, da diese, wie er hörte, aufreizend wirken sollen. Er suchte im Januar 1959 die hiesige Klinik auf und berichtete: „Ich lebe wie im Traum, als wenn ich nicht richtig dabei wäre.“ Er könne am Geschehen der Umwelt innerlich nicht teilnehmen, er habe keine Resonanz dafür, er könne überhaupt nicht mehr fühlen, kein Mitleid aufbringen. Er könne sich auch nicht in die Lage anderer Menschen versetzen. Wenn die Mutter krank würde, so würde ihn das gar nicht berühren, er habe dafür kein Gefühl. „Ich kann nicht mehr mitschwingen, vielleicht kann ich es auch und habe nur kein Bewußtsein mehr dafür.“ Das Leben habe gar keinen Wert für ihn, es sei nur eine Qual, so leben zu müssen. Er könne sich auch nichts mehr vorstellen. „Wenn es dunkel ist, kann ich mir nicht denken, daß es schon einmal hell war“. Er komme geistig nicht mit, es sei alles so fremd. „Ich weiß, wie ich mich verhalten muß, aber ich empfinde im Innern nichts dabei.“ Alles, was er erlebe, hinterlasse keinen Eindruck. „Ich lebe, als ob ich nicht dabei wäre, als ob

ich selber gar nicht vorhanden wäre. Mir ist es, als ob ich gar nicht existierte.“ Er wisse zwar theoretisch, daß er es selbst sei, „aber das Gefühl ist mir abhandengekommen, als wenn ich entrückt wäre“. Die Zeit könne er ebenfalls nicht mehr beurteilen, er habe kein Empfinden dafür, ob er eine Tätigkeit seit einigen Minuten oder seit Stunden ausführe. Zu einer Entscheidung sei er auch nicht mehr fähig, er könne nur noch ausführen, was man ihm auftrage. Er habe keinen Antrieb mehr, die Arbeit sei ihm eine Quälerei. In früheren Jahren sei das alles ganz anders gewesen. Wenn er als Kind den Sonnenuntergang hinter dem Kirchturm gesehen habe, dann sei ihm das eine innere Freude gewesen, ebenso, wenn er am See gestanden habe.

Der Pat. verhielt sich auf der Abteilung immer still und initiativearm. Er unternahm nichts, suchte sich keine Beschäftigung und schloß sich kaum an andere Kranke an. Sein Gesichtsausdruck war depressiv und wenig belebt. Oft äußerte er, das Leben habe für ihn keinen Zweck mehr. Viel nachdrücklicher aber und affektvoller klagte er immer wieder darüber, daß er seine Gefühle verloren habe und auch seine Energie. Es sollte der Versuch mit einer Krampfbehandlung gemacht werden, die Angehörigen konnten sich jedoch nicht dazu entschließen. Der Pat. verließ nach 4 Monaten die Klinik wieder, nachdem er unter der psychotherapeutischen Betreuung ein wenig aufgeschlossener geworden war und nicht mehr so gedrückt erschien. Etwas Wesentliches hatte sich an seinem Zustand nicht geändert.

Dieser junge Mann von 21 Jahren litt seit 6 Jahren an diesem eigenartigen Zustand subjektiver Gefühlsverarmung bei depressiver Grundhaltung. Sein Zustand unterschied sich nur graduell von einer teilnahmsarmen Depression. Die Symptome sind wie dort vorhanden, die subjektive Erkaltung der höheren Gefühle, vor allem des Mitgefühls mit anderen Menschen, und die subjektiv und objektiv vorhandene Verarmung an Initiative. Gleichzeitig erfüllt der Patient die Aufgaben, die man ihm gibt, fleißig und gewissenhaft.

Wenn man ihn als Psychopathen mit Entfremdungserscheinungen dem oben geschilderten Patienten Derr gegenüberstellt, d.h. ebenfalls einem Psychopathen mit Entfremdungserscheinungen, dann erkennt man wieder deutlich, daß hier keine innere Verwandtschaft besteht. Dort ist nie die Rede davon, daß die höheren Gefühle ausfallen, die Gefühle der Freude und Traurigkeit, hier umgekehrt findet man keine Beteiligung des Körpers und des Wahrnehmens. Fragte man allerdings den Patienten direkt, ob sein Körper denn ganz in Ordnung sei, dann konnte er auch einmal eine etwas unbestimmte Antwort geben, etwa: „Ich weiß nicht, es ist alles so fremd, gar nicht wie lebend“. Man konnte annehmen, er meine hier doch eine körperliche Entfremdung, aber wenn man weiter nachfragte, kam er nur immer wieder auf seine Entfremdung in den seelischen Gefühlen zurück.

Beide Kranke haben gemeinsam, daß sie schon in der *Pubertät* erkrankten, vielleicht richtiger gesagt, daß die psychopathische Art seit der Pubertät hervortrat. Eine Entfremdung der einen oder der anderen Form bewußt zu erleben, das setzt wohl eine gewisse geistige Reife voraus.

Das Kind lebt ganz nach außen bezogen, auf den Augenblick eingestellt. Es richtet sich wenig nach innen, reflektiert wenig. Wenn es vielleicht Entfremdungserscheinungen hat, dann nimmt es diese noch nicht bewußt zur Kenntnis, stellt diese nicht denkend einer normalen Erlebnisweise gegenüber. Daher mag das Kind die Neigung zu Entfremdungserscheinungen haben, ohne daß sie nach außen hervortritt. Mit der Pubertät dagegen beginnt der Mensch zu reflektieren, das, was er im wesentlichen bisher passiv aufgenommen hat, innerlich zu verarbeiten. Damit erst erlangt er die Fähigkeit, die Entfremdungserscheinungen bewußt zu erleben und in Gegenüberstellung zu den normalen Erlebnissen darunter zu leiden. Sicher kennt der Psychopath mit Entfremdungserscheinungen das normale Verhalten nicht nur aus der Erinnerung an frühere Zeit; vielleicht unterscheidet er sich gerade dadurch vom Psychotiker, daß die Entfremdung nicht die gesamte Erlebnisweise bestimmt, sondern sich nur immer wieder störend bemerkbar macht. Man braucht daher nicht anzunehmen, daß der Psychopath, der seit der Pubertät Entfremdungserscheinungen hat, doch vorher diese Abnormität nicht gehabt haben kann, weil er sonst seine Vergleiche mit dem Normalen gar nicht anstellen könnte. Die Vergleichsmöglichkeit bleibt ihm sicher in jedem Fall. So glaube ich, daß die Abnormität der Entfremdungserscheinungen nicht in der Pubertät ausbricht, sondern daß sie sich hier nur zum ersten Mal bemerkbar macht. Es geschieht in dieser Zeit oft besonders intensiv, wahrscheinlich deshalb, weil die Neigung zu grübeln und sich reflektierend nach innen zu wenden in der Pubertät besonders groß ist. Bei allem darf man natürlich nicht vergessen, daß die Entfremdungserscheinungen bei beiden geschilderten Formen nicht isoliert sind, sondern auch beim Psychopathen mit einer depressiven Grundhaltung verbunden sind. Sie werden dadurch sicher noch viel belastender empfunden, als bei einer ausgeglichenen Stimmungslage.

Aus der Tatsache, daß sich Entfremdungserscheinungen unter einer reflektierenden Zuwendung verstärken, erklärt sich sicher eine weitere Beobachtung, die man immer wieder gemacht hat, daß sich die psychopathische Neigung zur Entfremdung sehr oft mit einem *zwangsneurotischen* Zug verbindet. Wenn sich der Anankast grübelnd mit seinen Entfremdungserscheinungen beschäftigt, dann treten diese verstärkt ins Bewußtsein, vielleicht werden sie oft erst dadurch wirklich manifest, während ein Mensch, der sich unbefangen den Dingen hingibt und im wesentlichen extravertiert lebt, vielleicht ähnlich wie ein Kind von den Erscheinungen, die bereitliegen, gar keine Notiz nimmt. Auch die Fälle von MEYER zeigen viel Anankastisches; eine übergewissenhafte, übergenaue Wesensart, Zwangsgängste und Zwangsimpulse kehren immer wieder. MEYER betont das, glaubt aber auf der anderen Seite auch gewisse Gegensätze zu sehen und weist darauf hin, daß ein gleichzeitiges

Auftreten ausgeprägter Zwangs- und Depersonalisationssymptome nicht vorkomme. Es ist sicher richtig, daß kein Patient zugleich eine volle Zwangsneurose und eine volle Depersonalisationsneurose hat, aber manchmal stellt die Depersonalisationsneurose selbst die Zwangsneurose dar, d. h. diese kleidet sich in das besondere Bild der Entfremdung. Die Zwangsneurose ist immer auf ein bestimmtes Gebiet beschränkt, ein Zwangsneurotiker hat nicht zugleich Angst vor Plätzen, vor engen Räumen, vor Brücken, vor Schmutz, vor Krebs usw., sondern in der Regel nur Angst vor einem. Die krankhafte Entwicklung führt zur Fixierung in einem Gebiet, während für das andere psychisch keine Möglichkeit anankastischer Zuwendung mehr offen bleibt. So fehlt dem Zwangsneurotiker, der sich seinen Entfremdungserlebnissen zuwendet, sicher ebenfalls die genügende Fähigkeit, noch andere Inhalte zwangsneurotisch zu verarbeiten.

Anscheinend ist die Beziehung zum Anankastischen bei der Teilnahmsarmut größer als bei der hypochondrischen Entfremdung. Im Bereich des Psychotischen schien mir für letztere Form gar keine Beziehung zum Anankastischen zu bestehen³, denn ich fand die Entfremdung in der hypochondrischen Depression bei Frauen häufiger als bei Männern, obwohl letztere mehr zum Reflektieren neigen. Wahrscheinlich ist in der Krankheit die Disposition zu Entfremdungen allein dafür maßgebend, ob sie neben den hypochondrischen Erscheinungen hervortreten odernicht. Es bedarf hier keines zusätzlichen Anstoßes, wie bei der psychopathischen Bereitschaft zur Entfremdung. Andererseits scheint aber bei der Teilnahmsarmut auch im Psychotischen eine Beziehung zum Anankastischen zu bestehen, denn diese Kranken neigen in ihrer Psychose sehr häufig zum Grübeln. Wie sich hier die Zusammenhänge im einzelnen erklären, ist schwer zu sagen. Man darf daran erinnern, daß sich die Störung bei dieser Form von Entfremdung auf Gefühle bezieht, die auch dem höheren Willensantrieb dienen. Entsprechend gehört eine Verarmung an Initiative zu dieser Psychose. Die Willensstörung, die eine Entfaltung nach außen hemmt, könnte gleichzeitig eine Neigung zum Grübeln erzeugen, so daß es sich hier vielleicht gar nicht um einen selbständigen anankastischen Zug handelt. Ähnliches könnte in der Psychopathie vorkommen. Es wäre dann möglich, daß eine gegenseitige Verstärkung eintritt, indem ein anankastischer Wesenszug die Neigung zur Entfremdung stärker nach außen hervortreten läßt, das Gesamtsyndrom der Teilnahmsarmut aber umgekehrt eine anankastische Neigung verstärkt.

Auch bei der 3. Form von Entfremdung, auf die ich jetzt zu sprechen komme, beobachtet man ein verstärktes Hervortreten der Erscheinungen, wenn gleichzeitig eine anankastische Art besteht.

III. Entfremdung aus Bewußtseinssenkung

Diese Form der Entfremdung müßte bei Psychosen eigentlich außerordentlich häufig sein, da mit Absinken des Bewußtseins notwendig alle Erlebnisse an Deutlichkeit verlieren. Trotzdem gehen die Klagen Kranker mit Bewußtseinstrübung nur selten in diese Richtung. Es liegt sicher daran, daß tiefer greifende Symptome in den Vordergrund treten, eine Schwerbesinnlichkeit, Aufmerksamkeitsschwäche, Konzentrationschwäche, Merkstörung. Der Kranke mit Bewußtseinstrübung, dessen Erlebnisse gegenüber dem normalen Zustand an Klarheit eingebüßt haben, nimmt in seiner Schwerbesinnlichkeit dazu nicht mehr Stellung, er zieht keine Vergleiche, er merkt es nicht mehr, daß sein Erleben jetzt voll von „Entfremdungen“ gegenüber früher ist. Man findet es daher nur bei leichter Senkung des Bewußtseins, daß der Mensch nicht nur objektiv weniger klar erlebt, sondern dies auch subjektiv im Sinne der Entfremdung zur Kenntnis nimmt. Ich glaube, daß eine leichte Form von Bewußtseinsveränderung bei *akuten Schizophrenien* häufig ist, die ihre Entfremdungserscheinungen daher wohl auf dieser Grundlage haben. Rein treten sie aber hier kaum einmal hervor, sondern fast immer zugleich mit Beziehungs- und Bedeutungserlebnissen, die bei Schizophrenen charakteristischer sind als die Entfremdungserscheinungen. Weder unter schwerer noch unter leichter Bewußtseinsstörung ist mir im Rahmen der Psychosen ein Fall begegnet, bei dem man in Versuchung kommen konnte, wirklich von einem Entfremdungsbild zu sprechen, d. h. ein Fall, bei dem die Erscheinungen das Bild beherrscht hätten, wie bei der teilnahmsarmen Depression und manchen Fällen hypochondrischer Depression. Ich gehe auf die Entfremdung der Bewußtseinstrübung im Rahmen der exogenen Psychosen, Dämmerzustände und Schizophrenie daher nicht genauer ein, sondern verweise auf HAUG, der Beispiele für diese Krankheitsformen beibringt.

Zur Abgrenzung gegenüber den beiden vorher genannten Formen von Entfremdung ist die psychopathische oder auch normale Entfremdung aus Bewußtseinssenkung wichtiger. In der zunehmenden Ermüdung, in der wir versehentlich vielleicht sogar einzuschlafen drohen, erleben wir häufig ein Verblassen in unserem Erleben. Was wir hören, klingt fern, was wir sehen, erscheint verschwommen, was wir auffassen, verstehen sollen, begreifen wir nur unbestimmt. Wenn man sich trotz der Ermüdung bewegt, vielleicht geht, dann kann es vorkommen, daß man seine Glieder nicht mehr recht empfindet, daß man das Gefühl hat, sie bewegten sich wie losgelöst vom Körper. Auch Gefühlseindrücke können auf diese Weise abgerückt erscheinen, sofern sie nicht genügend erregend wirken und dadurch in ihrem Entstehen den normalen Wachzustand wiederherstellen. Voraussetzung für diese Art von Entfremdung ist es wohl, daß die Bewußtseinslage schwankend ist, so daß immer wieder klare

Zeiten dazwischen kommen, in denen die Stellungnahme zu den Erlebnissen und der Vergleich mit wachen Erlebnissen erfolgt. Wenn man endgültig einschläft, dann verschwimmt unser Erleben, ohne daß man noch eine Entfremdung feststellt.

In den psychopathischen Zuständen kommt es vor, daß die Bewußtseinslage an sich schon schwankend ist. Dann klagen die Patienten über Entfremdungen, die unabhängig von Ermüdungen auftreten, allerdings auch hier bei Müdigkeit meist häufiger werden. Im Gegensatz zu den depressiven Formen von Entfremdung handelt es sich nicht um ein Dauerverhalten, sondern immer nur um kurze Zustände von Entfremdung, die sich unter der sich zuwendenden Aufmerksamkeit meist schon wieder verlieren. Sie können an *Déjà-vu*-Erlebnisse erinnern, ihrem Inhalt nach allerdings mit verkehrten Vorzeichen. Wenn sich die Kranken jedoch ihren Erlebnissen mit Sorge und Unruhe zuwenden, dann bleibt es nicht dabei, daß sie nur gelegentlich einen Zustand einer Entfremdung haben, sondern sie können die Angabe machen, sie hätten die Störung eigentlich immer. Sie sind dann wahrscheinlich mit ihrer Zuwendung auf die normalen Schwankungen des Erlebens eingestellt und beobachten, daß Eindrücke einmal mit voller Deutlichkeit im Bewußtsein stehen, dann wieder verschwommen. Solche Schwankungen hängen mit dem Schwanken der Aufmerksamkeit zusammen. Wenn man etwas nur mit halber Aufmerksamkeit sieht oder hört oder denkt, dann stellt man das Erlebte, wenn man darauf achtet, als undeutlich fest und kann es zugleich als weniger real und irgendwie fremd empfinden. Bei grübelnder und ermüdender Zuwendung zu den Erlebnissen werden die Aufmerksamkeitsschwankungen sicher größer, die Entfremdungen daher deutlicher. Man stößt damit wieder auf den Zusammenhang mit dem Anankastischen, das eine vermehrte Zuwendung zu den Erscheinungen und zugleich ein verstärktes Schwanken der Bewußtseinsklarheit erzeugt. Ich darf eine Patientin anführen, die Entfremdungen aus Bewußtseinsenkung aufwies.

Ingrid Pog, geb. 1940, war immer ein stilles, etwas zaghaftes Kind, das leicht weinte. In der Schule lernte sie etwas schwer, kam aber mit, da sie sehr gewissenhaft war und sich sehr bemühte. Auch in ihrem Beruf war sie besonders pünktlich und ordentlich. Sie ist in der Gaststätte ihres Vaters tätig und hat hier die Kontrolle der Bons.

1955, als sie ein halbes Jahr vor dem Abschluß der Schule stand, fühlte sie sich eine Zeitlang nicht wohl. Sie stand nach ihren Noten nicht schlecht, hatte aber sehr Angst vor der Abschlußprüfung und mußte immer grübeln, wie diese wohl ausgehen werde. Es war ihr nun, als ob sie nicht mehr richtig denken könnte, als ob alles anders wäre, wie wenn ein Ring um ihren Kopf wäre. Sie wurde wegen der Beschwerden von der Prüfung befreit und fühlte sich dann wieder wohl. Im März 1958 lernte sie einen jungen Mann kennen, mit dem sie sich anfreundete, ohne daß es bisher zu intimen Beziehungen kam. Im Juni mußte dieser zu seiner Ausbildung an einen anderen Ort, so daß sie nur noch schriftlich mit ihm in Verbindung sein

konnte. Sie mußte nun oft daran denken, ob er wohl weiter zu ihr halten werde. Sie fühlte sich gleichzeitig gesundheitlich nicht mehr wohl, klagte viel über Kopfschmerzen wie 1955 und kam im Oktober 1958 in unsere Klinik.

Sie erzählte, seit der Freund von ihr fort sei, müsse sie immer grübeln, sich immer mit dem Gedanken beschäftigen, ob er sie vielleicht verlassen werde. Es sei ihr im Innern so leer geworden. Es gehe manchmal ein Schlag durch den Kopf, dann werde es ihr innerlich anders, einmal schwer, einmal leicht, und alles erscheine ihr so fern. Sie höre die Menschen noch sprechen, aber es sei so weit entfernt. Sie könne gleichzeitig nicht mehr richtig denken und habe oft auch kein rechtes inneres Gefühl mehr für ihren Freund. Solche Zustände kommen immer wieder, sie macht sich Sorgen deswegen und ist in Zusammenhang damit allgemein gleichgültiger gegen ihren Freund geworden. Es ist ihr jetzt wichtiger, wieder gesund zu werden, sie hat ihm daher auf seinen letzten Brief noch gar nicht geantwortet. Es kommt auch vor, daß sie plötzlich Angst bekommt, sie werde umfallen oder versehentlich irgendwo hinlaufen. Ihr Kopf werde dabei kalt und wieder rücke alles in die Ferne. Wenn jemand spreche, verstehe sie es nicht, es sei ihr, als ob auch der Inhalt des Gesprochenen weit weg wäre. Sie werde dabei an Zustände erinnert, wo man nicht klar ist. Ein anderes Mal sagt sie, es sei so, „als ob man am Einschlafen wäre“.

Die Pat. war auf der Abteilung anfangs etwas schüchtern und zurückhaltend, sie fand dann aber bald Anschluß und war jetzt freundlich und zugewandt. Eine stille Art behielt sie bei. Auf Befragen meinte sie, daß sie ausreichend schlafe, aber Schwierigkeiten im Einschlafen habe und daß sie oft längere Zeit wach liege und grübele. Sie gab an, auch in der Klinik solche Zustände von Entfremdung zu haben, doch klagte sie bald nicht mehr darüber und wurde 2 Monate nach der Aufnahme wieder entlassen.

Bei dieser Patientin kam es in Konfliktsituationen zu Zuständen von Entfremdung, die mit einem Absinken des Bewußtseins in Zusammenhang standen. Sie selbst sprach von Zuständen, „in denen man nicht ganz klar ist“, und verglich sie auch mit den Erscheinungen des Einschlafens. Das 1. Mal stand sie vor einer Prüfung, das 2. Mal war sie von ihrem Freund getrennt. Sie war von der Befürchtung beunruhigt, ihn zu verlieren. Wahrscheinlich grübelte sie aber darüber hinaus über diese ihre 1. Beziehung zu einem Mann nach, da sie nicht allzu sehr an ihm zu hängen schien. Jedenfalls gaben die Grübeleien hier wie dort den Anlaß für das Auftreten der Zustände von Entfremdung. Wir haben also wieder die Beziehung zum Zwangsneurotischen vor uns. Das Mädchen war auch ihrer Wesensart nach anankastisch, ängstlich, gewissenhaft und sehr ordentlich. Über den Zusammenhang, den ich nannte, hinaus wäre es möglich, daß die Einschlafstörung, unter der die Patientin litt, unter den Grübeleien stärker wurde und damit Ermüdungserscheinungen bedingte. Notwendig ist diese Annahme aber nicht. Vielleicht ist die labile Bewußtseinslage, auf die es ankommt, gar nicht so selten, es wird ihr aber von dem, der sie hat, mit Recht wohl meist keine Bedeutung zugemessen. Man erfährt gelegentlich mehr nebenher von Entfremdungen.

Kürzlich suchte mich eine Patientin, *Helga Sim*, wegen eines Berufskonfliktes auf. Im Laufe des Gesprächs erzählte sie, ohne das für wesentlich zu halten, von Entfremdungserscheinungen. Wenn sie im Kreis ihrer Mitarbeiter sprach, kam es

ihr gelegentlich vor, als rede jemand, der neben ihr stehe und doch sie selbst sei. Manchmal gehe sie über die Straße, als ob sie gar nicht da wäre. Sie befürchte, noch einmal in ein Auto zu laufen. Wenn sie mit Freunden spreche, sei es ihr oft, als ob diese weit in der Ferne wie hinter einer Wand redeten. Im Kino höre sie manchmal nur noch die Worte und fasse nichts mehr von dem auf, was sie höre und sehe. Die Pat. neigte früher zu Tagträumereien, in denen ihr die Umwelt verschwand. Seit sie erwachsen ist, läßt sie sich nicht mehr gehen, wie sie sagt, und erlebt seitdem ähnliche Tagträume nicht mehr.

Sichtlich lag bei dieser Patientin eine Labilität des Bewußtseins vor, die keinen Krankheitswert besaß und auch von der Patientin selbst nicht so gedeutet wurde. Sim hatte kaum psychopathische Züge und war in ihren Berufskonflikt vorwiegend durch äußere Umstände gekommen. Ich glaube nicht, daß solch eine Labilität des Bewußtseins zu einer hysterischen Art Beziehungen hat. Das Hysterische enthält seinem Wesen nach den Wunsch zur Krankheitserscheinung, der bei solchen Patienten völlig fehlen kann. Schon die Tatsache, daß auch bei dieser Art von Entfremdung Anankasten häufig sind, spricht gegen die hysterische Genese der Bewußtseinsenkung, denn diese übergewissenhaften, reflektierenden Menschen neigen gar nicht zum Hysterischen. So würde ich auch einen Fall von MEYER, den dieser als hysterisch anführt, nicht so deuten.

Es handelt sich um den Fall 7, Frau Irene M., die schon als Kind mit offenen Augen träumte und auch später neben ihren Entfremdungen Pseudohalluzinationen hatte. Sicher wies diese Patientin eine labile Bewußtseinslage auf, aber nicht auf hysterischer Basis. Sie hatte ihrer Wesensart nach, wie MEYER ausdrücklich vermerkt, anankastische Züge, dagegen wird nichts Demonstratives, Gespieltes berichtet. Es ist recht interessant, daß bei der Patientin im EEG eine Verlangsamung des α -Rhythmus gefunden wurde, die MEYER mit der Disposition zur Bewußtseinsänderung in Zusammenhang bringen konnte. Von den Kranken MEYERS möchte ich außerdem bei dem Fall 13, Kurt K., ebenfalls einem Tagträumer, Entfremdungserscheinungen auf Grund eines labilen Bewußtseins annehmen.

Zusammenfassung

Es werden 3 Formen von Entfremdungen unterschieden. Bei der *hypochondrischen Depression* und der *hypochondrischen Psychopathie* findet sich gelegentlich eine Entfremdung im Bereich des Körpergefühls und der Wahrnehmungswelt. Bei der *teilnahmsarmen Depression* und bei Psychopathen, die in verdünnter Form das gleiche Bild bieten, tritt eine Entfremdung in höheren seelischen Gefühlen im Sinne einer subjektiven Gefühlsverarmung auf, besonders einer Gefühlsverarmung den Mitmenschen gegenüber. Im Bereich der Vorstellungen werden bei beiden Formen Entfremdungen angegeben. Bei der *teilnahmsarmen Form* ist

gleichzeitig die Initiative herabgesetzt. Schließlich gibt es die Entfremdung auf Grund von *Bewußtseinssenkung*, die alle seelischen Gebiete betrifft und einerseits bei Psychosen mit Bewußtseinstrübung vorkommt, andererseits bei Psychopathen und bei normalen Menschen, die eine Labilität der Bewußtseinslage aufweisen.

Literatur

¹ FOERSTER, O.: Ein Fall von elementarer allgemeiner Somatopsychose. (Afunktion der Somatopsyche). *Msehr. Psychiat. Neurol.* **14**, 189 (1903). — ² HAUG, K.: Die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins. Stuttgart: F. Enke 1936. — Die Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. In Bumkes Hb. d. Geisteskrankh. Erg. Bd. I. Berlin: Springer 1939. — ³ LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie-Verlag 1957. — ⁴ LEONHARD, K.: Psychologische Entwicklung zum Selbstmord. *Z. Psychother. med. Psychol.* **9**, 8 (1959). — ⁵ MEYER, J. E.: Die Entfremdungserlebnisse. Stuttgart: Georg Thieme 1959. — ⁶ OESTERREICH, K.: Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation. *J. Psychol. Neurol. (Lpz.)* **7**, 253 (1906); **8**, 61 (1906/07); **9**, 15 (1907).

Professor Dr. K. LEONHARD,
Universitäts-Nervenklinik Berlin N 4, Schumannstraße 20—21