

Aus der Nervenklinik des Bürgerhospitals der Stadt Stuttgart
(Direktor: Prof. Dr. K. HAUG)

Heautoskopie bei traumatischer Psychose.* Zugleich ein Beitrag zur Phänomenologie der Heautoskopie

Von
HELMUT HEINTEL

(Eingegangen am 15. Februar 1965)

Traumatische Psychosen können wie alle körperlich begründbaren Psychosen im Sinne K. SCHNEIDERS²⁷ ein psychopathologisches Bild von bunter Mannigfaltigkeit bieten. Bisweilen sind sie aber auch von besonderer Symptomarmut; während solche Verlaufsformen anfänglich nur durch flache Euphorie gekennzeichnet zu sein brauchen, taucht später — wenn sie schon nahezu abgeklungen sind — gelegentlich ein Syndrom von Depersonalisations-Erlebnissen auf. Nach HAUG¹⁰ verstehen wir unter den Depersonalisations-Erlebnissen einschließlich der ihnen verwandten Erscheinungen ichbezogene Entfremdungserlebnisse, wobei das Individuum das Bewußtsein, oft genug auch nur das Gefühl hat, gegenüber früher verändert zu sein oder sich verändert zu haben und diesen meist als unangenehm empfundenen Zustand selbst beobachtet.

Mit den Depersonalisations-Erlebnissen wesensverwandt^{21b} («une variété de dépersonnalisation»^{29b} oder „Steigerung“¹³ von ihnen) ist das Erlebnis des „Trugbildes der eigenen Gestalt“^{21b}, ein seltenes Phänomen, das MENNINGER-LERCHENTHAL als *Heautoskopie*^{21a} (H.) bezeichnet hat, und über welches wir ihm grundlegende Darstellungen verdanken^{21a-d}. Das führende Merkmal der H. ist das „Sich-selbst-sehen als subjektiv erlebter Tatbestand“, wobei die Individuen angeben, „daß sie das Gefühl gehabt hätten, sie seien aus sich herausgetreten“^{21b}. LEISCHNER¹³, der sich 1961 umfassend mit den „autoskopischen Halluzinationen“ auseinandergesetzt hat, hebt die Vielfältigkeit der H. sowohl nach Ätiologie als auch Phänomenologie hervor. H. ist nämlich bei Alzheimerscher Krankheit³, als Ausnahmezustand³¹, bei Depression¹⁷, nach Elektroschock¹¹, bei Epilepsie^{8,11,17,21c,26}, Gesunden^{17,21a,b}, Hunger²², Infektionskrankheit¹¹, Intoxikation²⁵, Funktionsstörung des Labyrinths²⁸, tuberkulöser Meningitis¹¹, Schizophrenie^{17,20,21b}, Hirntumor^{2,4,13,18,24}, cerebral-vasculärer Erkrankung^{16,24} und Hirnverletzung^{4,18,23,26} beobachtet worden.

* Herrn Prof. Dr. K. HAUG zum 60. Geburtstag gewidmet.

Eine Mitteilung über H. nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma hingegen ist uns nicht bekannt. Das „Truggebilde der eigenen Gestalt“ kann größer oder kleiner sein als die eigene Gestalt; manchmal werden mehrere gleiche Truggebilde, aber auch in verschiedenen Größen und Lebensaltern und nicht immer nur in natürlichen Positionen gesehen.

Gemeinsames Merkmal aller bislang mitgeteilten Fälle von H. ist die Empfindung des Heautoskopien, als ob etwas aus dem Körper herausgetreten sei^{21c}. Wir berichten im folgenden über einen Fall von polyoper H. (im Rahmen von Depersonalisations-Erlebnissen) in der Phase des Ausklingens einer traumatischen Psychose nach schwerer Hirnkontusion, der sich in diesem Merkmal wesentlich von allen bisherigen Fällen unterscheidet, worüber abschließend diskutiert wird.

Kasuistik

M. H., 35 Jahre, ledig, Sekretärin. Aufgenommen 12. 10. 1961 (Aufn. Nr. 11 360). Entlassen 12. 5. 1962.

Familienanamnese. Keine Nervenkrankheiten bekannt.

Eigene Anamnese. Niemals ernstlich krank gewesen.

Entwicklung. Normale Zweitgeburt. Mit 10 Monaten laufen und sprechen gelernt. 4 Jahre Volks-, 4 Jahre Mittel- und 1 Jahr Handelsschulbesuch. Überdurchschnittlich intelligente, ehrgeizige Schülerin; verschlossen und menschenscheu, leicht verstimmbar und zur Rechthaberei neigend. Nach dem Krieg 3 Jahre als Hilfslehrkraft im Schuldienst. Seit 1950 Alleinsekretärin in einer Importfirma.

Jetzige Erkrankung. Am Morgen des 31. 8. 1961, als Beifahrerin im PKW des Bruders sitzend, während der Fahrt zur Arbeitsstelle auf einen plötzlich haltenden LKW aufgefahren. 20 min später Aufnahme in einer chirurgischen Klinik.

*Befund**. Tiefe Bewußtlosigkeit. Schockzustand. Monokelhämatom re. Blutung aus dem li. Nasenloch. Triangelförmige Riß-Quetsch-Wunde am Kinn. Multiple Prellungen und Schürfungen. Während der Untersuchung und Wundversorgung mehrere große Krampfanfälle. Isokorie. Tonus der Extremitäten schlaff. Babinski'sches Zeichen bds. positiv.

Schädelleeraufnahmen. Kein sicherer Hinweis auf Fraktur.

Verlauf. 31. 8. nachmittags. Starke motorische Unruhe. Keine Krampfanfälle mehr.

3. 9. Brillenhämatom. Unruhig und noch bewußtlos. Läßt unter sich. Lumbalpunktion: blutiger Liquor (traumatische Subarachnoidalblutung). Danach schlägt die Pat. erstmals die Augen auf. Parenterale Ernährung.

7. 9. Neurologisches Konsil. Unruhig und noch deutlich bewußtseinsgetrübt. Spricht nicht mit ihren Angehörigen. Nickt oder schüttelt mit dem Kopf. Alle Extremitäten spontan bewegt. Reagiert seitengleich auf Schmerzreize mit Abwehrbewegungen. Tonus der Extremitäten nicht erhöht. Eigenreflexe der Beine seiten-gleich gesteigert, Babinski'sches Zeichen bds. positiv.

12. 9. Heftige Abwehr gegen intravenöse Injektionen, betet dabei laut.

21. 9. Nachlassen der motorischen Unruhe. Spricht ab und zu spontan ohne logischen Zusammenhang.

* Wir danken Herrn Chefarzt Dr. W. MÜCKELEY, Ärztlicher Direktor der Chirurgischen Klinik Furtbachkrankenhaus der Stadt Stuttgart, für die freundliche Erlaubnis zur Verwendung der daselbst erhobenen Aufnahmebefunde und der Verlaufsbeobachtungen.

26. 9. Klagt nicht über Beschwerden. Gibt teilweise vernünftige Antworten. Läppisch-heiteres Verhalten. Läßt noch unter sich.

30. 9. Spricht viel, wälzt Probleme, hochtrabende Diktion. Streichelt jeden liebevoll.

5. 10. Die Pat. muß wegen unaufhörlichen Redeflusses nachts isoliert werden. Bettrein.

10. 10. Zweites neurologisches Konsil. Noch leicht bewußtseinsgetrübt. Affekt-labil, distanzlos, maniriert. Wortfindungsstörungen. Neurologisch sonst unverändert.

12. 10. Spricht seit gestern plötzlich nicht mehr, reagiert aber sinngemäß. *Verlegung in die hiesige Nervenklinik.*

Befund. Die Pat. ist ansprechbar, begreift die an sie gerichteten Fragen, spricht aber nicht, sondern äußert sich nur mit Zeichensprache. Anosmie. Horizontaler Blickrichtungsnystagmus. Keine Stauungspapillen. Tonus und Motilität der Extremitäten regelrecht, grobe Kraft der Beine reduziert, Eigenreflexe seitengleich gesteigert, unerschöpflicher Fußclonus bds., Rossolimosches Zeichen bds. positiv, Babinskisches Zeichen li. positiv.

13. 10. Am Nachmittag spricht die Pat. wieder und berichtet, daß sie in den letzten Tagen wohl alles wahrgenommen, aber eine Hemmung gehabt habe zu sprechen. „Ich sah, auch wenn ich die Augen schloß, in mir selbst (Die Pat. kann dies nicht näher definieren; im Kopf? im Oberkörper? Ref.) lauter unbewegte, verkleinerte Spiegelbilder von mir selbst. Ich sah meinen Kopf und bekleideten Oberkörper (Brustbild) gleichsam wie ohne Farbe in verschiedenen Größen wie in mehreren Spiegeln in mir selbst (polypoe H.). Außerdem hatte ich das Gefühl, die Augen hätten keinen Platz mehr im Kopf, und die Arme und Hände seien verändert in ihrer Art und Form (somatopsychische Depersonalisation nach HAUG¹⁰). Auch die Umgebung erschien mir verändert (allopsychische Depersonalisation nach HAUG¹⁰). Und Sie selbst kamen mir ganz anders vor als gewöhnlich, ungefähr wie ein Ungeheuer (Makropsie). Auch alles andere war anders als sonst, ich will daher die Augen schließen.“

17. 10. *Elektrencephalogramm* (11943/61). Allgemein pathologisch abgeflachtes EEG mit nur wenigen Gruppen kleiner Alphawellen, wie es im Rückbildungsstadium einer traumatischen Psychose zu finden ist. Herdbefund temporal und temporobasal li. mit Deltafocus. Keine Krampfpotentiale.

30. 10. Bis auf spärliche Erinnerungsinseln Amnesie für die Zeit vom Wegfahren von zu Hause vor dem Unfall bis vor wenigen Tagen. Die Pat. ist jetzt psychisch geordnet und allseits orientiert, jedoch noch redselig bei gespreizter Diktion (traumatische Psychose abgeklungen).

20. 1. 1962. Innerhalb der letzten 4 Wochen etappenweise *psychodiagnostische Untersuchung* (Dipl. Psych. K. SCHNEIDER). Hierbei ergeben sich deutliche Hinweise auf einen pathologischen Teilabbau der Intelligenz. Dafür sprechen im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest die Leistungen auf Schwachsinnsniveau bei Prüfung der assoziativen Beweglichkeit des Denkens und der Fähigkeit zum synthetischen Denken bei gleichzeitig sicheren Anzeichen für eine mindestens durchschnittliche Anlageintelligenz, welche durch diese Störungen beeinträchtigt ist (IQ = 85). Außerdem zeigt der Rorschächtbefund ein organisches Psychosyndrom (herabgesetztes Deutungsbewußtsein, Formschärfe Prozent 50, Konfabulationen, Perseverationen, Unklarheit des Erfassungsmodus, Wortfindungsstörungen und labile Farbwerte).

5. 2. *Ophthalmologisch* (Augenklinik des Katharinenhospitals der Stadt Stuttgart). Leichte Sehnervenatrophie bds. Unvollständige *homonyme rechtsseitige*

Hemianopsie mit Einengung der re. Gesichtsfeldaußengrenzen um 20° für I/3 am Goldmann-Perimeter, weniger Einengung für stärkere Reizmarken.

7. 2. *Elektrencephalogramm* (12439/62). Unregelmäßiges EEG vom Alphatyp. Kein Herdbefund. Keine Krampfpotentiale. Im Vergleich mit der Ableitung vom 17. 10. 1961 ist der Alpharhythmus heute besser ausgeprägt, und der Herdbefund hat sich zurückgebildet, wie es dem Verlauf nach einer traumatischen Psychose entspricht.

11. 5. Eigenreflexe der Beine noch leicht seitengleich gesteigert, Rossolimosches Zeichen bds. positiv, Babinskisches Zeichen li. positiv, Gangbild unauffällig. Psychisch geordnet, rasch gereizt, amnestischer Symptomenkomplex abgeklungen.

12. 5. Entlassung nach Hause.

Epikrise. Eine 32jährige Sekretärin erlitt bei einem Autounfall eine schwere Hirnkontusion mit Schädelbasisbruch, wobei es unmittelbar nach der Gewaltseinwirkung auf den Schädel zu tiefer Bewußtlosigkeit und mehreren großen Krampfanfällen kam. Im Anschluß an die initiale mehrtägige Bewußtlosigkeit entwickelte sich eine zwei Monate dauernde traumatische Psychose. Erst in der Phase des Ausklingens dieser Psychose trat ein flüchtiges Syndrom von Depersonalisations-Erlebnissen gemeinsam mit heautoskopischen Halluzinationen auf, wobei die Pat. ihr Brustbild in sich selbst spiegelbildlich vervielfältigt in verschiedenen Größen sah und sich mutistisch verhielt. Bei Entlassung aus der Klinik 8 Monate nach dem Unfall fanden sich eine leichte Sehnenvenatrophie bds., eine unvollständige *homonyme rechtsseitige Hemianopsie*, die nur die äußeren Teile des Gesichtsfeldes bis etwa 20° betraf, eine Wesensveränderung und ein Intelligenzabbau.

Diskussion

Der Zeitpunkt des Auftretens angstgetönter Depersonalisations-Erlebnisse gemeinsam mit mikropischer und polyoper heautoskopischer (h.) *Spiegelhalluzination* («hallucination spéculaire» nach FÉRÉ⁷) in der Phase des Ausklingens der traumatischen Psychose unseres Falles ist nicht ungewöhnlich, denn es ist bekannt, daß die Phasen des Eintauchens in oder Auftauchens aus einer Psychose Prädilektionstermine für das Entstehen von Entfremdungserlebnissen sind, zu denen die h. Phänomene gerechnet werden können.

Die Beobachtungen von h. Erlebnissen bei umschriebenen cerebralen Läsionen wie Hirntumoren und -verletzungen haben immer wieder die Frage nach der lokaldiagnostischen Bedeutung dieser optischen Halluzination aufgeworfen. Man hat aber erkennen müssen, daß sie unspezifisch ist und sowohl bei Gesunden als auch bei den verschiedensten Noxen auftritt, daß nämlich andere Noxen als Hirntumoren oder -verletzungen ähnliche Truggebilde und gleiche Schädigungen gleicher Lokalisation bei verschiedenen Kranken verschiedene Formen von H. hervorrufen können. Es gilt für die H., was MATSSEK¹⁹ für die Halluzinationen im allgemeinen feststellte: die H. ist weder etwas Einheitliches, noch gibt es heutzutage irgendeine Ursache, die man als die Ursache für die H. ansprechen kann. Im übrigen wäre unser Fall auch nur ein bescheidener Beitrag zur hirnlokalisatorischen Frage der H., denn wir konnten nur einzelne kontusionelle Läsionen grob festlegen: nämlich eine oder

mehrere Läsionen im Hirnstamm (initiale mehrtägige Bewußtlosigkeit und horizontaler Blickrichtungsnystagmus) und eine Läsion im Bereich der linken Hemisphäre (die homonyme rechtsseitige Hemianopsie in Verbindung mit dem linksseitigen temporalen und temporobasalen Herdbefund im EEG sprachen für diese Läsion, die die *linke Sehstrahlung* miteinbezogen haben mußte). Man wird mit GOLDSTEIN⁹ die umschriebene Läsion als auslösenden Faktor des Phänomens in Beziehung setzen müssen zu der psychopathologischen Allgemeinreaktion des Gehirns, die nicht nur vom Ort des Krankheitsprozesses, sondern auch von der eidetischen Reaktionsfähigkeit des Gehirns und schließlich auch von der durch die Herabsetzung der Bewußtseinsklarheit bedingten Wahrnehmungs- und Urteilsschwäche abhängen wird. Wir meinen in Fortführung eines Gedankens von HAUG¹⁰, der eine „Depersonalisations-Fähigkeit“ der Depersonalisierten annahm, daß bei der von GOLDSTEIN⁹ konzipierten eidetischen Reaktionsfähigkeit des Gehirns auch an eine H.-Fähigkeit der Heautoskopen gedacht werden kann. Diese wäre in Analogie zur Wesensverwandtschaft von Depersonalisations-Erlebnissen und H. der „Depersonalisations-Fähigkeit“ eng verwandt vorzustellen; sie könnte möglicherweise, wie in unserem Fall, ebenfalls vorwiegend bei ausgereiften Menschen (Beobachtungen von H. bei Kindern sind nicht bekannt) von seelischer Differenziertheit und introvertiertem, gefühlssstarkem Erleben zu beobachten sein, die zu Selbstbeobachtung und Selbstunsicherheit neigen.

Wenngleich bei unserer Patientin eine Hemianopsie nachgewiesen worden war, trat die H. nicht, wie dies gelegentlich beobachtet wird^{8,17}, im hemianopischen Gesichtsfeld auf, sondern invers, d. h. in ihrem eigenen Körper. Hemianopische Halluzinationen sind in der Regel zunächst Elementarhalluzinationen (Photismen), aus denen sich die gestalteten Halluzinationen erst entwickeln. ENGERTH u. HOFF⁵ vermuteten, daß Erregungen des Vestibularapparates oder der Stellreflexe das Sehen im hemianopischen Gesichtsfeld beeinflussen. Es scheine, daß durch Zerstörung des Calcarinabereiches solche Reize nicht im funktionellen Zentrum der Sehsphäre zum richtigen Sehen verarbeitet und so nicht abreagiert werden könnten und dadurch in die Halluzination einbezogen würden. Die Kleinheit und Vielzahl der h. Spiegelhalluzination unserer Patientin erinnern an den historischen Begriff der «hallucinations micropsiques» und an die «hallucinations lilliputtiennes» von LEROY¹⁴, ohne mit ihnen identisch zu sein. Diese pittoresken optischen Halluzinationen erscheinen nicht nur fremdartig durch die Winzigkeit ihrer Dimensionen («grands comme le pouce») im Gegensatz zu dem Hintergrund natürlicher Größe, vor dem sie auftauchen, sondern sie sind auch bewegt, farbig und im allgemeinen multipel. LHERMITTE¹⁵ lokalisierte den Ursprung dieser Halluzinationen in den Thalamus und die Hirn-

schenkelhaube und nannte sie «hallucinose d'origine pédonculaire». Daß in unserem Fall polyope spiegelbildliche Mikropsie des eigenen Brustbilds gleichzeitig neben Makropsie der Umwelt („ungefähr wie ein Ungeheuer“) auftrat, kann von uns nur registriert, nicht erklärt werden.

Wir hatten als wesentliches Merkmal *aller* bislang mitgeteilten Fälle von H. „das Gefühl des Heautoskopien, aus sich herausgetreten zu sein“^{21c} erwähnt; entsprechend interpretierte auch JASPER¹² die H., „daß der Mensch seinen Leib in der Außenwelt als einen zweiten wahrnimmt“. In diesem Merkmal unterscheidet sich unser Fall grundsätzlich von den anderen Beobachtungen, denn unsere Patientin sah ihren Kopf und unbewegten Oberkörper (Brustbild) in verschiedenen Größen und verkleinert wie in mehreren Spiegeln *in sich selbst*. Auch MENNINGER-LERCENTHAL^{21e} ist ein ähnlicher Fall wie der unsere aus der Literatur nicht bekannt. Bei Hysterikerinnen sind Fälle von «autoscopie interne» beschrieben worden, bei toxischen Bewußtseinstrübungen durch Halluzinogene kann es zum Durchsichtigwerden des eigenen Körpers und im Meskalinrausch zum „Innensehen“ kommen; aber weder war unsere Patientin hysterisch noch toxisch bewußtseinstrübt. BERICHTER¹ berichtete in seiner Monographie „Der Meskalinrausch“ über einen Probanden (Versuch 22^b, Arzt), der nach Meskalin (Dos. 0,25) empfand: „Jetzt achte ich auf meinen Mund, sehe ihn sich öffnen und schließen, wie wenn ich ihn von innen sehen würde; es ist wie ein Bild, ich sehe, wie er beim Sprechen sich formt, ganz deutlich das Öffnen und Schließen des Mundes, die Linie zwischen den Lippen in der Bildöffnung zu einer Wölbung.“ Französische Autoren, vor allem SOLLIER^{29a}, beschrieben früher eingehend und wiederholt das Phänomen der «autoscopie interne», das ausschließlich bei suggestiblen Hysterikerinnen vorkam, die in der Lage waren, sich ihre inneren Organe in ihrer oberflächlichen Beschaffenheit, Form und Größe zu vergegenwärtigen. Während jedoch in den zitierten Beispielen des „Innensehens“ im Meskalinrausch und der „Organschau“ der Hysterikerinnen die Körperhohlräume wie von innen betrachtet werden konnten, lag bei unserer Patientin, im Gegensatz zu den klassischen Fällen von H., eine Projektion des Truggebildes der äußeren Gestalt in den Körper vor. Es fehlte also, wie dies MENNINGER-LERCENTHAL^{21b,c} für die Diagnose der H. postulierte, das Gefühl des „Aus-sich-herausgetreten-seins“; wie auch im Fall der Epileptikerin von TEA GENNER⁸, die deshalb von „partieller H.“ sprach.

Wir wollen in diesem Zusammenhang nunmehr prüfen, ob uns die klassischen *Vorstellungen über den optischen Raumsinn* im Verständnis unserer Beobachtung weiterhelfen können. TSCHERMAK³⁰ lehrte, daß unsere Gesichtsempfindungen nicht in oder an unserem Körper erschienen, vielmehr zwangsläufig auf Außenobjekte bezogen, selbst gewissermaßen außerhalb des Körpers lokalisiert, und zwar täten sie dies

mit größerer, andersartiger Eindringlichkeit als die Gehör- oder gar Geruchsempfindungen. „Sowohl die allgemeine Exteroqualität als die spezielle Lagequalität ist jeder Gesichtsempfindung . . . ureigentlich und immanent . . .“ Unser Fall gibt Anlaß zu überlegen, ob diese Definition der physiologischen Gesichtsempfindungen auch für die pathophysiologischen Bedingungen einer schweren cerebralen Erkrankung, wie beispielsweise einer „akuten traumatischen Ödempsychose“ im Sinne FAUSTS⁶, gelten muß. Es ist nicht einzusehen, warum in einem seltenen Fall unter besonderen Bedingungen, die wir bei unserer Patientin beschrieben haben, der Leib nicht auch einmal sensorisch-invers als ins Innere des eigenen Körpers projiziert erlebt werden soll. Wenn auch nach TSCHERMAK³⁰ die Gesichtsempfindungen mit größerer Eindringlichkeit als die Gehörempfindungen exteroqualitativ sind, so ist doch in der schizophrenen Psychose auch der nur etwas weniger eindringlich exteroqualitative Gehörsinn invers, und der Patient hört die Stimmen im Inneren seines Körpers lokalisiert: im Kopf, in den Augen, im Brustkorb. Wir wissen allerdings, daß für unseren Fall, was ZUTT³¹ in anderem Zusammenhang positiv formulieren konnte, die Übereinstimmung mit mehreren qualitativ gleichen h. Phänomenen inverser Projektion anderer Beschreibungen im Sinne der objektivierenden Sicherung der Erfahrungsgrundlage fehlt. Wenn man aber berücksichtigt, wie selten H. überhaupt ist, so daß zahlreiche Nervenärzte zeit ihres Lebens ein solches Phänomen nicht beobachten können, erscheint uns dies Argument nicht allzu gravierend, und ein Anfang zu vergleichender Beobachtung ist mit unserer Mitteilung gemacht.

Wir meinen abschließend, daß man den Begriff der H. weit fassen und vorwiegend auf das Leitsymptom des „Sich-selbst-sehens“ ausrichten sollte. CONRAD² schlug eine Klassifizierung der H. vor, wobei er ebenfalls eine weite Begriffsfassung des vielfältigen Phänomens anstrebte, die wir für zweckmäßig halten, da sie wissenschaftlich nicht erforderliche Eingrenzungen verhindert. Uns schwebt als Definition der H. das „Sich-selbst-sehen“ vor, wobei das Individuum *in der Regel* das Gefühl hat, als ob es aus sich herausgetreten sei; eine Regel, von der es, wie unser Beispiel lehrt, auch eine Ausnahme geben kann.

Zusammenfassung

Es wird über eine 32jährige Patientin berichtet, die bei einem Autounfall eine schwere Hirnkontusion mit Schädelbasisbruch und restlicher rechtsseitiger Hemianopsie erlitt. Nach initialer mehrtägiger Bewußtlosigkeit entwickelte sich eine zwei Monate dauernde traumatische Psychose. In der Phase des Ausklingens dieser Psychose trat ein flüchtiges Syndrom von Depersonalisations-Erlebnissen in Verbindung mit Heautoskopie auf, wobei die Patientin im Gegensatz zu allen bisher

publizierten Fällen von Heautoskopie ihr Brustbild *in sich selbst* verkleinert und spiegelbildlich vervielfältigt sah. Die heautoskopischen, die pathologisch-anatomischen und die denkbaren pathophysiologischen Voraussetzungen sowie Beziehungen zu phänomenologisch verwandten heautoskopischen Erlebnissen werden diskutiert.

Literatur

- ¹ BERINGER, K.: Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und Entstehungsweise. Berlin: Springer 1927.
- ² CONRAD, K.: Über ein eigenartiges Spiegelphantom. Heautoskopisches Phänomen als Dauerzustand bei Hypophysentumor. *Nervenarzt* **24**, 265—270 (1953).
- ³ CRITCHLEY, M.: The parietal lobes. London: E. Arnold 1953.
- ⁴ DEWHURST, K., and J. PEARSON: Visual hallucinations of the self in organic disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* **18**, 53—57 (1955).
- ⁵ ENGERTH, G., u. H. HOFF: Ein Fall von Halluzinationen im hemianopischen Gesichtsfeld. Beitrag zur Genese der optischen Halluzinationen. *Mscr. Psychiat. Neurol.* **74**, 246—256 (1930).
- ⁶ FAUST, CL.: Die psychischen Störungen nach Hirntraumen: Akute traumatische Psychosen und psychische Spätfolgen nach Hirnverletzungen. In: *Psychiatrie der Gegenwart, klinische Psychiatrie*, Bd. II, S. 552—645 (Hrsg.: H. W. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER). Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- ⁷ FÉRÉ, M. CH.: Note sur les hallucinations autoscopiques ou spéculaires et sur les hallucinations altruistes. *C. R. Soc. Biol. (Paris)* **43**, 451—453 (1891).
- ⁸ GENNER, TEA: Das Sehen des eigenen Spiegelbildes als epileptisches Äquivalent. *Wien. klin. Wschr.* **59**, 656—658 (1947).
- ⁹ GOLDSTEIN, K.: Die Lokalisation in der Großhirnrinde. Nach den Erfahrungen am kranken Menschen. In: *Hdb. der normalen und pathologischen Physiologie*, 10. Bd., spezielle Physiologie des Zentralnervensystems der Wirbeltiere, S. 600—842 (Hrsg.: A. BETHE, G. v. BERGMANN, G. EMBDEN, A. ELLINGER). Berlin: Springer 1927.
- ¹⁰ HAUG, K.: Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. In: *Hdb. der Geisteskrankheiten*, Erg.-Bd., Teil 1, S. 134—204 (Hrsg.: O. BUMKE). Berlin: Springer 1939.
- ¹¹ HECAEN, H., et A. GREEN: Sur l'héautoscopie (a propos de quelques cas récents). *Encéphale* **46**, 581—594 (1957).
- ¹² JASPER, K.: Allgemeine Psychopathologie, 7. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- ¹³ LEISCHNER, A.: Die autoskopischen Halluzinationen (Héautoskopie). *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **29**, 550—585 (1961).
- ¹⁴ LEROY, R.: Le syndrome des hallucinations lilliputiennes. *Monde méd.* **32**, 245—258 (1922).
- ¹⁵ LHERMITTE, J.: Les hallucinations. Clinique et pathophysiologie. Paris: G. Doins 1951.
- ¹⁶ LIPPMAN, C. W.: Hallucinations of physical duality in migraine. *J. nerv. ment. Dis.* **117**, 345—350 (1953).
- ¹⁷ LUKIANOWICZ, N.: Autoscopic phenomena. *Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.)* **80**, 199—220 (1958).
- ¹⁸ LUNN, V.: Om Legemsbevidstheden. Belyst ved nogle Fortyrelser af den normale Oplevsesmaade. (Doktordisp.) København: E. Munksgaard 1948.

- ¹⁹ MATUSSEK, P.: Wahrnehmung, Halluzination und Wahn. In: Psychiatrie der Gegenwart, Grundlagen und Methoden der klinischen Psychiatrie, Bd. I/2, Psychopathologie II, S. 23—76 (Hrsg.: H. W. GRUHLÉ, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER). Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- ²⁰ MAYER-GROSS, W.: Psychopathologie und Klinik der Trugwahrnehmungen. In: Hdb. der Geisteskrankheiten, allg. Teil, I. Teil, Pathologie der Wahrnehmung II, S. 427—507 (Hrsg.: O. BUMKE). Berlin: Springer 1928.
- ^{21a} MENNINGER-LERCHENTHAL, E.: Eine Halluzination Goethes. Z. ges. Neurol. Psychiat. **140**, 486—495 (1932).
- ^{21b} — Das Truggebilde der eigenen Gestalt (Heautoskopie, Doppelgänger). Berlin: S. Karger 1935.
- ^{21c} — Der eigene Doppelgänger. Schweiz. Z. Psychol. Beih. 11 (1946).
- ^{21d} — Heautoskopie. Wien. med. Wschr. **111**, 745—756 (1961).
- ^{21e} — persönl. Mitteilung vom 28. 7. 1963.
- ²² MÜLLER, J.: Über die phantastischen Gesichterscheinungen. Coblenz: J. Hölscher 1826.
- ²³ NOUËT, H.: Hallucinations spéculaires et traumatisme crânien. Encéphale **18**, 327—329 (1923).
- ²⁴ PEARSON, J., et K. DEWHURST: Sur deux cas de phénomènes héautoscopiques consécutifs à des lésions organiques. Encéphale **43**, 166—172 (1954).
- ²⁵ ROSENSTEIN, L. M., u. I. G. RAWKIN: Zur Psychopathologie der Gewerbevergiftungen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **122**, 1—22 (1929).
- ²⁶ RUSSELL, W. R., and C. W. M. WHITTY: Studies in traumatic epilepsy. 3. Visual fits. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. **18**, 79—96 (1955).
- ²⁷ SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie, 6. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1962.
- ²⁸ SKWORZOFF, K.: Doppelgänger-Halluzinationen bei Kranken mit Funktionsstörungen des Labyrinths. Z. ges. Neurol. Psychiat. **133**, 762—766 (1931).
- ^{29a} SOLLIER, P.: Les phénomènes d'autoscopie. Paris: F. Alcan 1903.
- ^{29b} — Quelques cas d'autoscopie. J. Psychol. norm. path. **5**, 160—165 (1908).
- ³⁰ TSCHERMAK, A.: Optischer Raumsinn. In: Hdb. der normalen und pathologischen Physiologie, 12. Bd., 2. Hälfte, Receptionsorgane II, S. 834—1094 (Hrsg.: A. BETHE, G. v. BERGMANN, G. EMBDEN, A. ELLINGER). Berlin: Springer 1931.
- ³¹ ZUTT, J.: „Außersichsein“ und „auf sich selbst Zurückblicken“ als Ausnahmestand. (Zur Psychopathologie des Raumlebens.) Nervenarzt **24**, 24—30 (1953).

Dr. Dr. HELMUT HEINTEL,
Nervenklinik des Bürgerhospitals der Stadt Stuttgart,
7 Stuttgart 1, Tunzhoferstraße 14—16