

Denkstörung und Gefühlsentfremdung bei der cyclothymen Depression

J. GLATZEL

Nervenklinik der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität Bonn
(Direktor: Prof. Dr. H. J. WEITBRECHT)

Eingegangen am 15. Oktober 1967

Verglichen mit der umfangreichen Literatur, die den Denkstörungen bei der Schizophrenie gewidmet wurde, ist die Anzahl der Untersuchungen gering, die sich mit den Störungen des Denkens im Rahmen des manisch-depressiven Krankseins befassen. Den großen Arbeiten über Denkstörungen von BERNINGER, BERZE, KRONFELD, GRUHLE, C. SCHNEIDER, BÜRGER, MAYER-GROSS — um nur einige der wichtigsten zu nennen — liegen durchweg Beobachtungen an schizophrenen Patienten zugrunde.

Die Gründe für diese Tatsache wollen wir nicht erörtern. Zum Teil jedoch liegen sie sicherlich in dem vorwiegend subjektiven Charakter der cyclothymen Denkstörungen, der es bedingt, daß sie häufig nur dem Kranken als eine Erschwerung des Vollzugs bestimmter Denkoperationen bewußt werden, ohne sich bereits in einer dem Gesprächspartner auffallenden Formalstörung zu manifestieren.

Die cyclothyme Denkstörung findet sich jedoch in der Regel im Symptomenkatalog jedes manisch-depressiven Krankseins erwähnt.

In jüngster Zeit hat sich JACOB mit „Grübelzuständen und Denkstörungen bei endogener Depression“ beschäftigt. Ihm geht es in seiner Arbeit um das Phänomen der Grübelzustände bei der cyclothymen Depression und um ihre Stellung in der Psychosesymptomatik. Die Erörterung der formalen Kriterien des gestörten Denkens bei der Cyclothymie tritt dabei naturgemäß in den Hintergrund.

Gliedert man die Symptomatik der Cyclothymie nach den Leitsymptomen im Sinne K. SCHNEIDERS und WEITBRECHTS, so wird die Denkstörung gewöhnlich im Zusammenhang mit der Hemmung abgehandelt. Lange Zeit galt diese als das zentrale Symptom des manisch-depressiven Krankseins, mit dem Wandel in der Beurteilung des diagnostischen Gewichtes dieses „Grundsymptoms“ änderte sich auch der Stellenwert der Denkstörung in der Symptomatologie.

WEYGANDT sah in der Hemmung das Achsensymptom des manisch-depressiven Krankseins und schloß sich damit der Ansicht KRAEPELINS und WERNICKES an. HEILBRONNER wandte sich gegen eine solche, wie er meinte, Überbewertung der Hemmung und betonte, es dürfe die Diagnose einer Melancholie nicht von dem Symptom der Hemmung abhängig gemacht werden. PILCZ wiederum hielt sie in Verbindung mit der traurig-ängstlichen Verstimmung für ein „Elementarsymptom“ und betonte, erst ihr Nachweis rechtfertige die Diagnose.

WERNICKE beschrieb die affektive Melancholie neben der depressiven als eigenständigen Krankheitstyp und nannte als Kardinalsymptom die „intra-

psychische Afunktion“ und „intrapsychische Akinese“. Der zirkulären Verlaufform — dem Prototyp des manisch-depressiven Irreseins in der Systematik KRAEPELINS —, ist nach dessen Ansicht gerade die Entwicklung einer „ausgeprägten Hemmung auf dem Gebiete des Denkens und Wollens eigenständlich“.

Ausführlich hat sich dann LANGE zu dem Problem der depressiven Hemmung geäußert. Sie erstrecke sich nicht nur auf Bewegungen und Handlungen, über das gesamte geistige Leben sei ein Schleier gezogen. K. SCHNEIDER sah die Hemmung bei der Cyclothymie im „Grundzustand begründet“ und hielt die Erregung für sekundär.

Etwas anders setzte dann später WEITBRECHT die Akzente. Unter den Leitsymptomen der Cyclothymie komme die Hauptbedeutung den Affekten der Traurigkeit und der Heiterkeit zu. Sie besitzen Vorrang gegenüber der damit oft kombinierten psychomotorischen Hemmung oder Erregung. Die besondere Art der durch die vitale Grundstörung gesetzten und vital gefärbten schwermütigen Verstimmung sei von größerem Schweregewicht als die „unspezifische“ Hemmung. Auf die Bedeutung der Hemmung für das psychopathologische Erscheinungsbild, insbesondere einiger Sonderformen der Cyclothymie, wiesen in jüngster Zeit HUTTER, LEONHARD und PETRILOWITSCH hin.

Besonders ausführlich hat sich LANGE mit der cyclothymen Denkstörung beschäftigt, die auch er im Zusammenhang mit der Hemmung bespricht. In den leichtesten Fällen werde nur eine gewisse Mühseligkeit der Denkabläufe verspürt, der Kranke habe nicht nur weniger Vorstellungen in der Zeiteinheit, diese seien auch blasser und von geringerer sinnlicher Deutlichkeit. „Die Gedanken kommen nicht vom Fleck.“ Wir zitieren die folgenden Sätze wörtlich, weil sie manche Gesichtspunkte deutlich werden lassen, auf die wir später noch zurückkommen werden.

„Die Kranken klagen, daß sie der Predigt, daß sie Vorträgen nicht mehr folgen können, daß sie im Kolleg nicht mitkommen und immer wieder auf Nebensächliches oder Peinigendes abgleiten, daß sie unverhältnismäßig lange zu ihren Aufgaben brauchen. Bei Künstlern wird die Vorstellungslässe besonders peinlich erlebt. Die Produktion erlischt. In schweren Fällen wird jede Lektüre beiseite geschoben, einfache Unterhaltungen erscheinen dem Kranken verwickelt, sie können den allgemeinen Gesprächen nicht mehr folgen. Jede geistige Tätigkeit stellt ihnen unüberwindbare Aufgaben. Sie laufen gedanklich leer oder registrieren zufällig einzelne Eindrücke, Nichtigkeiten, die plötzlich einmal eindringliche Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. Manche in ihren höheren Willensfunktionen gehemmte Melancholiker können sogar sehr ablenkbar sein. In den schwersten Graden von Denkhemmung wird dem Leidenden auch der übersichtliche Zusammenhang zu einem Rätsel, er findet sich nicht mehr zurecht, schließlich kommt es zu einer tiefen Ratlosigkeit, der bei geringerer Ausprägung der motorischen und sprachlichen Hemmung mitunter lebendiger Ausdruck verliehen wird.“

Daß LANGE in diesen, wie wir meinen, durchaus heterogenen Aspekten gestörten Denkens, durchweg einen Ausdruck der krankheitsbedingten Hemmung sieht, möchten wir in seinem Bekenntnis zur Denktheorie der Würzburger Schule um KÜLPE begründet sehen. Er versteht Denken ähnlich wie z. B. BERINGER, BERZE u. GRUHLE vor allem als Lösen von Aufgaben, die Aufgabewirkung ist richtunggebendes

Agens des Denkprozesses, indem sie die Einstellung und alle Denkabläufe determiniert. Es ist der Verlust der determinierenden Tendenz, die verminderte Spannweite des intentionalen Bogens, wie BERNINGER es bei seinen schizophrenen Patienten beschrieb, die den Kranken in jeder geistigen Tätigkeit eine unüberwindbare Aufgabe sehen läßt, die ihm jeden übersichtlichen Zusammenhang zu einem „Rätsel“ werden läßt, mit dem Resultat, daß er „sich nicht mehr zurecht“ findet.

Sicherlich läßt sich eine Reihe formaler Charakteristica im Denken cyclothym Depressiver selbst dann, wenn man die Denkstörung stets aus dem Leitsymptom der Hemmung ableitet, nicht nur im Sinne LANGES interpretieren, auch mit den Begriffen der Assoziationspsychologie können manche Wesenszüge dem Verständnis näher gebracht werden. Hierauf im einzelnen hinzuweisen, erübrigts sich. Entscheidend ist für beide Ansätze, daß die Denkstörung auf die depressive Hemmung bezogen wird.

Es sind jedoch unter diesem Aspekt offenbar nicht alle diejenigen Erlebnisweisen zu fassen, die für viele der Kranken von dem Begriff der Denkstörung gedeckt werden.

Wir berichten zunächst von einer eigenen Beobachtung. Es handelt sich um eine 41jährige Patientin, die seit längerem wegen einer cyclothymen Depression in unserer Behandlung steht. Es handelt sich um einen Fall, wie er ähnlich jedem klinisch tätigen Psychiater täglich begegnet.

Kasuistik

Die Vorgeschichte der heute 41jährigen Patientin ist bis zum 38./39. Lebensjahr weitgehend unauffällig.

In diesem Alter entwickelte sich im Anschluß an einen kleinen operativen Eingriff eine zunehmende Verstimmung, die auch nach Abklingen der postoperativen Beschwerden eigengesetzlich als cyclothyme Depression weiterlief. Anfangs stand die traurige Verstimmung im Vordergrunde des Beschwerdebildes, die Patientin meinte, in den ersten Monaten bzw. im ersten Jahr der Erkrankung sei sie depressiv gewesen. Später sei die Verstimmung langsam zurückgetreten, die Kranke selber lehnte es in dieser Zeit ab, die bestehende Beeinträchtigung des Wohlbefindens als Ausdruck einer Depression zu betrachten.

Wenig später bemerkte sie ein „langsam Abstumpfen des Gefühls, ein Absterben der Empfindungen“. Sie habe nicht mehr traurig sein können, ein Gefühl der Leere habe sich statt dessen eingestellt.

„Ich war nicht mehr ganz Mensch.“ „Ich war gefühllos, nicht dabei, teilnahmslos.“ „Ich merkte, daß ich keine Lust mehr hatte, kein Gefühl der Arbeit, der Sinn der Arbeit war mir verloren, ich war vollkommen gefühllos, war teilnahmslos, konnte keinem Gespräch folgen, war gar nicht mehr dabei, das Gefühl war plötzlich weg, ich war kein Mensch. Ich wußte nicht zwischen Gut und Böse zu unterscheiden, das hat mich beunruhigt, ich war zu keiner Gefühlsregung fähig, hatte keine Beziehung zu Eltern, Mann und Kindern. Es war mir alles fremd, ich hatte keinen Geschmack mehr, keinen Geruch.“ „Ich hatte kein menschliches Gefühl mehr.“ „Ich hatte kein Zugehörigkeitsgefühl, das direkte persönliche Gefühl, etwas zu besitzen, hatte ich nicht. Ich konnte mich nicht freuen.“

Die Patientin berichtete in diesem Zusammenhang, während dieser Zeit sei sie zur Beerdigung eines sehr nahen Verwandten nach Süddeutschland gereist. Während der gesamten mehrstündigen Bahnfahrt sei sie ständig von der Sorge gequält worden, es werde ihr nicht gelingen, bei der Beerdigung die erforderlichen Zeichen der Trauer zu zeigen. An sich habe sie zwar ein sehr enges Verhältnis zu dem Verstorbenen gehabt, es sei ihr jedoch nicht möglich gewesen, Trauer zu empfinden bei seinem Tode. Der Gedanke, als einzige nicht weinen zu können, als einzige mit unbeteiligtem Gesicht am Grabe zu stehen, habe sie während der Reise furchtbar gequält.

Sehr bald nach diesem Ereignis habe sie erstmals bemerkt, daß ihr „Gedächtnis“ nachgelassen habe. Eigentlich sei es weniger das Gedächtnis gewesen, als vielmehr der Verstand.

„Der Verstand geht nicht mehr so schnell. Ich fasse langsamer auf, begreife einen Zusammenhang schwerer. Versuche ich, mich in ein Thema hineinzudenken, so entgleitet mir jeder Gedanke rasch. Ich finde keinerlei Zugang, kein rechtes Interesse. Mit Konzentrationsstörungen ist das nicht richtig beschrieben. Ich meine, es handelt sich um eine zu geringe Anteilnahme an den Dingen, daher röhrt es, daß mir bei dem Versuch, ein Thema zu durchdenken, der Faden entgleitet. Ich vergesse es nicht, ich glaube mich auch konzentrieren zu können, es fehlt mir aber die Bereitschaft und das Interesse.“

„Ich versuche, mich in Situationen hineinzudenken, was mir nur schwer gelingt. Das Denken strengt mich an.“ „Bei Unterhaltungen fühle ich mich hilflos, ich gehe ihnen am liebsten aus dem Wege.“

Als besonders erschreckend sei ihr aufgefallen, daß sie beispielsweise einen zusammenhängenden Text nicht erfasse. „Ich kann mir ja kein Urteil darüber bilden.“ „Das ist doch ein Nichterfassen.“

Die Patientin erzählte, den Vortrag eines befreundeten Wissenschaftlers gehört zu haben, wobei sie das Thema durchaus interessiert habe. Es sei ihr aber nicht gelungen, den Ausführungen zu folgen, den durchgehenden roten Faden zu entdecken. Als ihr Mann sie später gebeten habe, ihr den Inhalt des Gehörten kurz zu referieren, sei ihr das nicht möglich gewesen, sie habe nicht einmal in wenigen Sätzen sagen können, worum es sich gehandelt habe. Das habe auf der einen Seite sicherlich daran gelegen, daß es ihr schwergefallen sei, dem Redefluß zu folgen, „ich war einfach zu langsam, ich bin im Verständnis immer einige Sätze nachgehinkt“. Aber auch dort, wo sie gemeint habe, den Sachverhalt zu erfassen, habe sie nicht gemerkt, „worauf der Mann hinauswollte“.

Ähnlich sei es ihr bei Theaterstücken oder bei der Lektüre eines Buches ergangen. Sie habe z. B. bei Theaterstücken einfach nicht mehr erfaßt, worum es gehe, habe die Bedeutung der jeweiligen Szene nicht erkannt, habe keine Beziehung zu der vorhergehenden herstellen können. Auf diese Weise habe sie dem Stück völlig verständnislos gegenüber gestanden.

„Nicht nur schwierige Zusammenhänge habe ich nicht mehr gesehen, die einzelnen Beobachtungen und Sätze standen ohne Beziehung nebeneinander. Bei einem Kriminalfilm empfand ich keine Spannung. Die Andeutungen in einer Szene, die dann der folgenden einen bestimmten Sinn und damit eine Spannung gaben, entgingen mir. Die Handlung kam mir nicht mehr nahe, es lief alles an mir vorbei. Ich habe es aufgefaßt, aber es berührte mich nicht.“

Zweifellos läßt sich eine Reihe von Klagen unserer Patientin als Ausdruck einer „gewissen Mühseligkeit der Denkabläufe“ (LANGE) deuten und damit einer depressiven Hemmung zuordnen.

Manche Angaben sind jedoch kaum allein aus einem depressiven Gehemmtsein abzuleiten.

Unsere Patientin klagte, sie habe bemerkt, daß ihr Gedächtnis nachlässe. „Der Verstand geht nicht mehr so schnell. Ich fasse langsamer auf, begreife einen Zusammenhang schwerer. Versuche ich, mich in ein Thema hineinzudenken, so entgleitet mir jeder Gedanke rasch, ich finde keinerlei Zugang, kein rechtes Interesse.“ Es sei ihr aufgefallen, daß sie zusammenhängende Texte nicht erfasse. „Ich kann mir ja kein Urteil darüber bilden.“ „Nicht nur schwierige Zusammenhänge habe ich nicht mehr gesehen, die einzelnen Beobachtungen und Sätze standen ohne Beziehung nebeneinander.“

An diesen Äußerungen interessiert uns auf der einen Seite die geklagte Vergeßlichkeit, auf der anderen die Angabe, sie erfasse den Sinn einer Lektüre oder eines Filmes nicht mehr. Ähnliche Formulierungen finden sich auch in LANGES Beschreibung depressiven Denkens.

Im Zusammenhang mit der Untersuchung der Denkstörung eines besonderen Typus endogener juveniler Asthenien (GLATZEL u. HUBER) hatten wir uns darum bemüht, mit den Begriffen der Gestaltpsychologie den Erlebnischarakter dessen zu fassen, was die Kranken als „Konzentrationsstörungen“ beschreiben (GLATZEL). Wir konnten zeigen, wie der ungeordnete Zug der Gedanken keine Orientierung erfährt, wie die Gliederung des grundmäßig Bewußtsten in Thema und thematisches Feld fehlt und damit die Konturierung der Figur gegen den Grund. In Analogie zu ähnlichen Erscheinungen im Bereich der Wahrnehmungspsychologie (MATUSSEK) hatten wir von einer fehlenden bzw. verminderten Physiognomierung des Bewußtseinsfeldes gesprochen. Auch jene Störungen des Denkens, die wir bei unserer Kranken fanden, beruhen augenscheinlich auf dieser Grundlage.

Indem wir nun im Sinne WEITBRECHTS annehmen, daß die Denkstörung des cyclothym Depressiven, „im Grunde genommen nur ein Symptom und keine elementare Störung ist“, versuchen wir, in der Analyse noch einen Schritt weiter zu gehen.

Wir beziehen uns auf Gedanken ZUCKERS, der in seinen funktionsanalytischen Untersuchungen schizophrener Denkstörungen die zur aktiven Formung der Figur auf das Material des Hintergrundes gerichtete Tendenz (entsprechend der Physiognomierung des Bewußtseinsfeldes) als die erste oder Materialtendenz bezeichnete, und fragen, wie es bei der cyclothymen Depression zu einer Störung jener ersten Tendenz kommen kann. Dabei gehen wir wieder von den Angaben unserer Kranken aus.

Es ist eine geläufige Beobachtung, vor allem der Psychopathologie schizophrener Psychosen, daß ein Denkablauf auch bei formaler Folgerichtigkeit und Konsequenz in den einzelnen Schritten von einer eigen-

tümlichen Unverbindlichkeit sein kann, daß er auch bei völliger Klarheit und Stimmigkeit merkwürdig steril und „unwesentlich“ erscheinen kann. Ihm fehlt der emotionale Hintergrund, in den er eingebettet ist und der ihm erst die Resonanz beim Gegenüber gibt. Vor allem SEXAUER hat auf die „Hintergrundlosigkeit“ eines solchen Denkens aufmerksam gemacht, eines Denkens, dem jener emotionale Hof fehlt, von dem es gemeinhin „sphärenartig umrandet“ ist.

Man kann diesen Sachverhalt auch in der folgenden Weise umschreiben: Aus dem Gesamt des grundmäßig Bewußten, das zunächst als unkonturierter Hintergrund gegeben ist, sei es als latent vorhandenes Gewußtes, sei es als im Bereich der Wahrnehmungswelt Gegebenes, wird ein Gedanke herausgehoben, der dann als Thema das umgebende thematische Feld orientiert und zu ihm in die charakteristische wechselseitige Thema-Feldbeziehung tritt. Die Entwicklung bzw. Konturierung eines Gedankens entspringt einer einheitlichen, auf einen Sachverhalt gerichteten Intention. Dieser Prozeß verläuft über eine Zwischenstufe, für die SCHILDER das Wort „Vorstellung“ benutzt. Die Vorstellungen sind flüchtig, leicht unterdrückbar und vor allem modifizierbar. Jene Modifizierung, so meint SCHILDER, geschehe unter der Wirkung des jeweils deminierenden Affektes. Dabei trifft das Wort Stimmung das hier Gemeinte besser als der Begriff Affekt, wenn man unter Stimmung die gleichmäßig diffuse Gesamtlage der Gefühlszustände über einen längeren Zeitraum versteht. Man muß SCHILDERS assoziationspsychologischen Ansatz berücksichtigen, um seine Neigung zu verstehen, die Bedeutung des Katathymen in jedem Denkakt verabsolutierend überzubewerten.

Aus der Vielzahl der auftauchenden Vorstellungen, die für SCHILDER in Thema und Bedeutungsgehalt durch die jeweilige Stimmung determiniert sind und ständigen Abwandlungen unterliegen, formt sich unter der vorherrschenden determinierenden Tendenz als einem zur Sachlichkeit gerichteten Drang der Gedanke. Dieser bleibt, wird also als Resultat festgehalten und bildet das Thema. Indem mit Einsetzen thematischer Modifikationen (GURWITSCH) ein Einzelaspekt als neues Thema abgespalten wird, der „Rest“ dem Hintergrund eingegliedert und dessen Bestandteil wird, entsteht unter der Herrschaft einer dominierenden determinierenden Tendenz eine Gedankenkette.

Sicherlich kann die Formulierung SCHILDERS die Bildung des Gedankens für den Einzelfall zutreffend beschreiben, wenn er meint, der Gedanke entwickle sich aus der Vorstufe der eng mit der Grundstimmung verbundenen Vorstellung, d. h., das kognitive Denken erwachse aus Vorstufen, die noch durchaus vom Emotionalen beherrscht seien. Daß diese Auffassung jedoch nicht generell gültig ist, hat nicht zuletzt der gestaltpsychologische Ansatz gelehrt.

Wir sagten, daß wir die Denkstörungen unserer Patientin auf eine Störung der Funktion der ersten Tendenz, der Materialtendenz im Sinne ZUCKERS meinen zurückführen zu können. Um das Wesen dieser Funktionsstörung, die nun offenbar auch Beziehungen zur Emotionalität erkennen läßt, näher zu kennzeichnen, greifen wir noch einmal auf die mitgeteilte Krankheitsgeschichte zurück. Die Patientin klagte über eine allgemeine „Empfindungslosigkeit“. Sie bemerkte ein „langes Abstumpfen, Absterben des Gefühls“. Sie habe nicht mehr traurig sein können, ein Gefühl der Leere habe sich eingestellt.

„Ich war gefühllos, nicht dabei, teilnahmslos.“ „Ich merkte, daß ich keine Lust mehr hatte, kein Gefühl der Arbeit, der Sinn der Arbeit war mir verloren gegangen. Ich war vollkommen gefühllos, war teilnahmslos, konnte keinem Gespräch folgen, war gar nicht mehr dabei, das Gefühl war plötzlich weg, ich war kein Mensch.“ „Ich war zu keiner Gefühlsregung mehr fähig, keine Beziehung zu Eltern, Mann und Kindern, es war mir alles fremd.“ „Ich hatte kein menschliches Gefühl.“ „Ich hatte kein Zugehörigkeitsgefühl, das direkte persönliche Gefühl, etwas zu besitzen, hatte ich nicht. Ich konnte mich nicht freuen.“

Diese Krankheitserscheinungen werden gemeinhin den Entfremdungs erlebnissen zugerechnet. Auf einige der damit zusammenhängende Probleme müssen wir kurz eingehen, weil wir meinen, von hier aus einen Zugang zum Verständnis der Störungen des Denkens unserer Kranken zu gewinnen.

Nach der Einführung des Begriffes durch JANET und der ersten ausführlichen Beschreibung des Phänomens durch KRISHABER wurde die sogenannte Depersonalisation zunächst als eigenständiges Krankheitsbild gedeutet (KRISHABER; JANET; JULIUSBURGER; GIESE; MORGENSTERN; SCHAEFER).

Gegen diese Auffassung wandten sich KRAEPELIN und WILMANNS, die dieses Syndrom dem manisch-depressiven Kranksein zuordneten. Besonders präzise formulierte HEILBRONNER diese Ansicht, indem er sich gegen JULIUSBURGERS Pseudomelancholie wandte: „Mir erscheint es hier wahrscheinlicher, daß diese Symptome ganz essentiell der eigentlichen Melancholie zugehören.“ SCHILDER ging noch einen Schritt weiter und meinte, in jeder Depression stecke ein Stück Depersonalisation, auch LANGE fand das „Depersonalisationssyndrom“ wenigstens in Andeutungen „in jeder endogenen Melancholie“. Von verschiedenen Autoren wurden dann die Entfremdungserlebnisse auch im Verlaufe schizophrener Psychosen beschrieben (BERZE; KRONFELD; MAYER-GROSS und andere). Eine gelegentlich unscharfe begriffliche Abgrenzung gegen Störungen des Ich-Erlebens veranlaßte in jüngerer Zeit MEYER, davor zu warnen, die Depersonalisationsphänomene generell der Schizophrenie zuzurechnen. Heute wissen wir, daß die Entfremdungserlebnisse sich ebenso auf dem Boden einer psychopathischen Persönlichkeit

entwickeln können wie auch bei den endogenen und symptomatischen Psychosen.

„Die Depersonalisation ist eine durch verschiedene Faktoren auslösbar präformierte Reaktionsweise des Zentralnervensystems“ (MAYER-GROSS). Auf ihre besondere Häufigkeit im Verlaufe der Cyclothymie hat jüngst v. DITFURTH noch einmal hingewiesen, PETRILOWITSCH beschrieb vor einigen Jahren die „Entfremdungsdepression“.

Im vorliegenden Zusammenhang beschäftigt uns nur ein Aspekt der Entfremdungserlebnisse. Unterteilt man sie nach ihrem Bezug, so kann sich die Entfremdung einmal als „Ich-Entfremdung“ im eigentlichen Sinne auf die Psyche beziehen („autopsychische Depersonalisation“ im Sinne WERNICKES). Bei der „somatopsychischen Depersonalisation“, einem Sonderfall der Störungen des Körperschemas im Sinne SCHILDERS bezieht sich die Entfremdung auf die Körperlichkeit. Die dritte Form schließlich, die „allopsychische Depersonalisation“ entspricht der „Derealisation“ MAYER-GROSS, d. h. der Entfremdung der Wahrnehmungswelt.

Sicherlich haftet diesem Einteilungsprinzip etwas Willkürliches an, die einzelnen Formen greifen ineinander. Legt man jedoch die Terminologie WERNICKES zugrunde, so ist die Mehrzahl der Klagen unserer Patientin am ehesten der autopsychischen Depersonalisation, der sogenannten Ich-Entfremdung zuzuordnen.

Das Wesen dieser „Ich-Entfremdung“ wollen wir zunächst näher beschreiben, weil wir hier eine Möglichkeit sehen für das Verständnis der Störung der Funktion der ersten Tendenz, auf die wir die als Denkstörung erlebte verminderte Physiognomierung des Bewußtseinsfeldes bezogen.

Als formale Kriterien des Ich-Bewußtseins beschreibt JASPERN erstens das Ich-Bewußtsein im Gegensatz zu außen und anderem, zweitens das Tätigkeitsgefühl (Aktivitätsbewußtsein), drittens das Bewußtsein der Identität im Zeitverlauf und viertens das Bewußtsein der Einfachheit im Augenblick.

Das Erlebnis der Entfremdung hat offenbar Beziehung zu dem, was JASPERN das Tätigkeitsgefühl nennt. Dem entspricht z. B. auch die Beobachtung BERZES, daß sich die „Bewußtseinshypotonie der Dementia praecox“ in einer Herabsetzung des Persönlichkeitsbewußtseins ausdrücke, die bis zur „völligen Depersonalisation . . .“ führen könne. HAUG nannte als Grundstörung der Entfremdungserlebnisse ein Schwanken der vitalen Energie, PETRILOWITSCH eine Antriebsstörung.

Wir knüpfen an Gedanken SCHNEIDERS an. Er ersetzte den JASPERNSchen Begriff des Tätigkeitsgefühls durch den der Meinhafigkeit. Dabei ist zu beachten, daß dieser Ausdruck im Sprachgebrauch in der Regel zwei verschiedene Sachverhalte meint. Einmal handelt es sich um die

Meinhaftigkeit als Kriterium des Ich-Bewußtseins mit dem dazugehörigen polaren Begriff der Fremdheit. Eine Störung der Meinhaftigkeit in diesem Sinne ist ein schizophrenes Symptom ersten Ranges. Dann aber spricht man auch gelegentlich von einer Störung der Meinhaftigkeit, wenn es lediglich gilt, den Charakter der Ferne, der Verschleierung und der Unwirklichkeit zu kennzeichnen. Nur in diesem Sinne kann Meinhaftigkeit verstanden werden, wenn man ihre Störungen Entfremdungserlebnisse nennt.

Dabei handelt es sich jedoch dann phänomenal um das, was WERNICKE die allopsychische Depersonalisation nennt, um die Entfremdung der Wahrnehmungswelt. Die „Ich-Entfremdung“, um die es uns hier geht, ist demnach nicht den Störungen des Ich-Bewußtseins zuzuordnen, wenn man diesen Begriff an den formalen Kriterien JASPERS und SCHNEIDERS orientiert.

Die Angaben unserer Patientin weisen auf Störungen im Bereich der Emotionalität hin. Die „Ich-Entfremdung“, die „autopsychische Depersonalisation“ meint hier augenscheinlich eine „Gefühlsentfremdung“ im Sinne K. SCHNEIDERS. „Man heißt diese Erscheinung auch ein bloßes „Gefühl“ der Gefühllosigkeit, im Grunde ist es ein Gefühl für Gefühllosigkeit“ (K. SCHNEIDER).

Dieses außerordentlich quälende Erlebnis spielt im Symptomenkatalog der Cyclothymie eine wichtige Rolle (siehe auch SCHULTE). Versteht man im Sinne K. SCHNEIDERS die endogene Depression als eine primäre Depression in der Schicht der Vitalgefühle, so mag dieses Phänomen häufig dadurch zu erklären sein, daß bei einer besonders hochgradigen vitalen Gefühlsstörung die seelischen Gefühle nicht in Erscheinung treten können. Wichtig für unsere Fragestellung ist dabei zunächst, daß diese Klage sich auf die seelischen Gefühle bezieht, bei denen es sich in der Begriffsbestimmung SCHELERS um Ich-Qualitäten handelt und die stets motiviert sind.

Die Gefühlsregungen sind insofern bedeutsam für das seelische Ganze, als sie den Erlebnisbereich und die Erlebnisfähigkeit bestimmen. Eine Beeinträchtigung des Vollzugs der Gefühlsregungen wird notwendig zu einer Minderung der Erlebnisfähigkeit führen. Noch in der rein theoretischen Erfassung eines „neutralen“ Sachverhaltes schwingen Gefühlsregungen mit, und indem ein Inhalt eine Gefühlsregung zum Schwingen bringt, gewinnt er Bedeutsamkeit, Wert oder Unwert. „Wie die Triebe und Strebungen Wertgerichtetheiten sind, so sind die Erlebnisse des Angemutetwerdens (d. h. die Gefühlsregungen) Wertergriffenheiten, ein Vernehmen von Werten bzw. Unwerten“ (LERSCH). Unsere Patientin klagte über eine „allgemeine Gleichgültigkeit“, darüber, daß sie durch das Wahrgenommene nicht angesprochen werde, gleichzeitig registrierte sie äußerst beunruhigt eine Störung des Denkens, die sie

fürchten ließ, „den Verstand zu verlieren“. Jene Denkstörung betrifft offenbar den Modus des Erfassens. Hierin den Ausdruck einer allgemeinen depressiven Hemmung zu sehen, scheint zumindest problematisch, nicht zuletzt deswegen, weil in unserem Falle dieses Symptom keineswegs das führende ist.

Vielmehr besteht nach dem Gesagten offenbar eine enge Beziehung zwischen Denkstörung und Störung der Emotionalität als Erlebnis der Beeinträchtigung des Vollzugs der Gefühlsregungen. Diesen Zusammenhang wollen wir im folgenden deutlich machen.

Zuwendung zu einem Gegenstand, zu einem Erlebnis im Modus des Erfassens bedeutet die Überwindung der zwischen Subjekt und Gegenstand gegebenen Fremdheit, verlangt Aneignung. PFÄNDER hat diesen Vorgang mit dem Begriff der „Einigung“ belegt. Wo diese als Durchdringen von Subjekt und Gegenstand unmöglich wird, muß es zwangsläufig zum Erlebnis der Beziehungslosigkeit, der Fremdheit von Außenwelt und Umgebung kommen. Jene Einigung aber setzt voraus, daß dem wahrgenommenen Objekt Bedeutsamkeit zukommt und daß es als Wert erlebt wird. Insofern sich aber Richtung und Thematik der Strebungen in die gegebene Umwelt hineinerstrecken und diese sich in den „Erlebnissen des Angemutetseins“ (LERSCH), den Gefühlsregungen, widerspiegelt, muß eben deren Ablassung die Erfassung beeinträchtigen.

Analog den Gestalten des Wahrnehmungsfeldes ist auch jeder Denkgegenstand gegliedert und steht in einem Bezugssystem. Er ist umgeben von einem emotionalen Hof, der sein charakteristisches Eigenschaftsrelief bestimmt. Die Vergegenwärtigung eines Gegenstandes, die dessen Bedeutsamkeit zur Voraussetzung hat und die als „Einigung“ im Sinne PFÄNDERS eine wesentliche emotionale Seite besitzt, orientiert sich an jenem Eigenschaftsrelief.

Wir haben bereits auf die Untersuchungen SEXAUERS aus dem Jahre 1936 hingewiesen. Seine Arbeiten sind sicherlich eine wichtige Ergänzung vor allem derjenigen BERINGERS, auf den sich SEXAUSER ausdrücklich bezieht. Er weist auf den engen Zusammenhang zwischen affektiver Verödung und Denkstörung hin. Dort wo das Denken nicht mehr eingebettet sei „in ein Ganzes gefühlsmäßiger Art“ spricht SEXAUSER von der Hintergrundlosigkeit des Denkens, die weniger eine formale Störung als eine Denkstileigenschaft kennzeichne. „Bei der Hintergrundlosigkeit des Denkens ist nichts Emotionales mehr da, das den Gedanken in seiner nackten, im Grunde nichtssagenden Richtigkeit umgibt.“ Zur Mattheit des affektiven Erlebens trete die Unfähigkeit zur Überschau, die Verminderung der Spannweite des intentionalen Bogens.

SEXAUER beschäftigte sich in seinen Untersuchungen lediglich mit den schizophrenen Störungen des Denkens. Die Betrachtung der Denkstörung bei cyclothymen Depressionen mit besonders deutlichen Entfremdungserlebnissen führt zu ganz ähnlichen Beobachtungen.

Unsere Patientin berichtete davon, wie sie einen gescheiten Vortrag hörte, der eine ihr zwar fernliegende, sie aber vom Thema her durchaus interessierende Frage behandelte. Mit Bestürzung habe sie anschließend feststellen müssen, daß sie kaum etwas von dem Gesagten behalten habe, daß sie nicht einmal die Grundgedanken habe wiedergeben können. Sie meinte selber, nicht unaufmerksam gewesen zu sein, habe aber schon während des Vortrages bemerkt, daß sie nicht erfassen konnte, „worauf der Mann hinaus wollte“.

Es ist eine ebenso wichtige wie geläufige Feststellung, daß im Denken und Sprechen stets auch Gegenstände gemeint werden, die ihrer Beschaffenheit nach außerhalb des anschaulich Vergegenwärtigten bleiben. Die Bereitschaft zum denkerischen Einschlagen einer Richtung ist stets auch dann vorhanden, „wenn der Zielpunkt selbst nicht explizit im phänomenalen Feld gegeben ist“ (KÖHLER).

Diese Gerichtetetheit, die die funktionelle Unabgeschlossenheit des phänomenalen Feldes deutlich macht, fehlt dem Denken unserer Kranken. Sie ist ihm als Abzielen auf etwas Bestimmmbares und außerhalb des gegenwärtigen thematischen Feldes wirklich Vorhandenes nicht mitgegeben. Daran aber appelliert der Redner, den unsere Kranke nicht „verstanden“ hat, er induziert und steuert die Gerichtetetheit in seinen Sätzen, die vielfältigen Verweisungen auf Bereiche außerhalb des thematischen Feldes fundieren das Gesagte und sind Voraussetzung des Verständnisses. Die Patientin ist aber nicht in der Lage, die einzelnen Fakten „durch kollektive Auffassung zu in sich festen Komplexen zu vereinen“ (MÜLLER). Es gelingt ihr nicht, die für das Erfassen und Aneignen notwendige Gestaltung des gegebenen Materials.

Jene gestalthafte Durchgliederung des Wahrnehmungs- und Empfindungsfeldes zu „Bedeutsamkeitsganzen“ wird entscheidend von den Strebungen beeinflußt. Strebungen und Gefühlsregungen sind aber insofern aufeinander bezogen, als alles, was in der Umwelt erlebt wird, über die Gefühlsregungen immer in bezug auf die Strebungsthematik erlebt wird. Die Gefühlsregungen geben den Strebungen ihre Richtung, sie haben Beziehung zum Vorgang des Erfassens und Aneignens insofern, als sie die gestalthafte Durchgliederung des Wahrnehmungsfeldes (MATUSSEK) steuern und gleichzeitig die denkerische Gerichtetetheit auf etwas außerhalb des gegenwärtigen thematischen Feldes Gegebenes bestimmen.

So wird das „Abbllassen“ oder gar das vorübergehende „Absterben“ der Gefühlsregungen zu einer subjektiv erlebten Denkstörung führen,

weil es über eine verminderte Physiognomierung des Bewußtseinsfeldes Auffassung und Aneignung eines Sachverhaltes beeinträchtigt.

Darum scheint es uns nicht zufällig, daß die Denkstörung bei unserer Patientin gleichzeitig mit dem quälenden Erlebnis der Gefühlsentfremdung auftrat. Zwischen beiden Phänomenen besteht offenbar ein enger Zusammenhang.

Zusammenfassung

Ausgehend von einer Krankheitsgeschichte wird der Versuch unternommen, Beziehungen zwischen subjektiv erlebter Denkstörung und Gefühlsentfremdung bei der Cyclothymie aufzuzeigen. Die Arbeit knüpft an eine Untersuchung über das Erlebnis der Konzentrationsstörung bei juvenilen asthenischen Versagenssyndromen an. Die Störung in der gestalthaften Durchgliederung des Wahrnehmungsfeldes — Voraussetzung für den Vorgang des Erfassens und Aneignens — wird auf eine verminderte Physiognomierung des Bewußtseinsfeldes bezogen. Insofern die Gefühlsregungen den Strebungen ihre Richtung geben und gleichzeitig die denkerische Gerichtetheit auf etwas außerhalb des gegenwärtigen thematischen Feldes Gegebenes bestimmen, wird deutlich, wie sich eine Störung kognitiven Denkens aus einer Veränderung im Emotionalen ergeben kann.

Die Untersuchung bemüht sich lediglich um das Verständnis der Denkstörung im konkreten Einzelfall, nämlich der cyclothymen Depression mit dem beherrschenden Gefühl für Gefühllosigkeit.

Summary

This essay referring to an investigation of the disturbed capacity of concentrating upon thoughts when "juvenile asthenic failure syndroms" (juvenile asthenische Versagenssyndrome) are existent is based on a case history and tries to demonstrate the relations between the disorder of cognitive thinking experienced subjectively and emotional alienation in cyclothymy. The plastic analysis of the field of perception which represents a prerequisite to the process of conceiving and mentally acquiring is no longer possible, a disorder which the essay characterizes as a correlate of the reduced capacity of the diseased person to give a physiognomy to the sphere of consciousness. It is explained that a disorder of cognitive thinking may be a result of the change in the emotional sphere in as much as the emotions determine the direction of the thoughts towards points which lie outside of the actually given topic circle.

The investigation endeavours only to arrive at an understanding of the disorder of thinking in a concrete individual case, and that is the cyclothyme depression with the dominating sensibility to insensibility.

Literatur

- BERINGER, K.: Beitrag zur Analyse schizophrener Denkstörungen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **93**, 55 (1924).
- Denkstörungen und Sprache bei Schizophrenen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **103**, 185 (1926).
- BERZE, J., u. H. W. GRUHLE: Psychologie der Schizophrenie. Berlin: Springer 1929.
- BÜRGER, H.: Gedankenentzug, Sperrung, Reihung. Zum Problem der schizophrenen Denkstörungen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **11**, 107 (1927).
- GLATZEL, J.: Denkstörungen bei endogenen juvenilen asthenischen Versagenssyndromen. *Nervenarzt* (im Druck).
- , u. G. HUBER: Zur Phänomenologie eines bestimmten Typs endogener juvenil-asthenischer Versagenssyndrome. *Clin. Psychiat.* (im Druck).
- HEILBRONNER, K.: Zur Psychopathologie der Melancholie. *Mscr. Psychiat. Neurol.* **22**, 1 (1907).
- HUTTER, A.: Die Psychopathologie der schwermütigen Psyche und die klinischen Depressions- und Melancholietypen. *Nervenarzt* **12**, 281 (1939).
- JACOB, H.: Grübelzustände und Denkstörungen bei endogener Depression. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **34**, 397 (1966).
- JANET, P., et F. RAYMOND: *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: F. Alcan 1903.
- JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, 6. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953.
- JULIUSBURGER, O.: Über Pseudo-Melancholie. *Mscr. Psychiat. Neurol.* **17**, 72 (1905).
- KÖHLER, W.: Psychologische Probleme. Berlin: Springer 1933.
- KRISHABER, M.: *De la névropathie cérébro-cardiaque*. Paris: F. Alcan 1873.
- KRONFELD, A.: Über schizophrene Veränderungen des Bewußtseins der Aktivität. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **74**, 15 (1922).
- LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In BUMKE: Handbuch der Geisteskrankh., Bd. VI/LL. Berlin: Springer 1928.
- LEONHARD, K.: Drei Formen der Entfremdung im Psychotischen und Psychopathischen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **200**, 66 (1959).
- LERSCHE, PH.: Aufbau der Person, 9. Aufl. München: Joh. Ambr. Barth 1964.
- MATUSSEK, P.: Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung. 1. Mitteilung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **189**, 279 (1952).
- MAYER-GROSS, W.: Die Klinik (der Schizophrenie). In O. BUMKE: Handbuch der Geisteskrankh., Bd. XI. Berlin: Springer 1932.
- MÜLLER, G. E.: Abriß der Psychologie. Göttingen: Zerndt 1924.
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Problematik depressiver Psychosen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 244 (1961).
- PILTZ, A.: Die periodischen Geistesstörungen. Jena: G. Fischer 1901.
- SCHELER, M.: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bern: Franke 1954.
- SCHILDÉR, P.: Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein. Berlin: Springer 1914.
- Über Gedankenentwicklung. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **59**, 250 (1920).
- SCHNEIDER, C.: Über Gedankenentzug und Ratlosigkeit bei Schizophrenen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **78**, 252 (1922).
- Die Psychologie der Schizophrenen. Leipzig: Thieme 1930.

- SCHNEIDER, K.: Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **59**, 281 (1920).
- Pathopsychologische Beiträge zur psychologischen Phänomenologie von Liebe und Mitfühlen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **65**, 109 (1921).
- Notiz über Ichstörungen und Entfremdungen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **17**, 343 (1949).
- Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme 1959.
- SEXAUER, H.: Emotionalität und Denkstörung in der Schizophrenie, ein psychopathologisches Problem. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **156**, 742 (1936).
- WEITBRECHT, H. J.: Zur Typologie depressiver Psychosen, *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 247 (1952).
- Endogene phasische Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **29**, 129 (1961).
- WERNICKE, C.: Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 2. Aufl. Leipzig: Thieme 1906.
- WEYGANDT, W.: Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. *Mscr. Psychiat.* **22**, 289 (1907).
- ZUCKER, K.: Funktionsanalyse in der Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **110**, 405 (1939).

Dr. J. GLATZEL
Universitäts-Nervenklinik
und Poliklinik
53 Bonn-Venusberg