

Zur Psychopathologie und Persönlichkeitsstruktur der „primären Thalamusschwäche“

ADELHEID CZERNIK

Abteilung Psychiatrie der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen
(Vorstand: Prof. Dr. med. W. Klages)

Eingegangen am 24. April 1972

Psychopathology and Structure of Personality in Primary Dysfunction of the Thalamus

Summary. Observing 6 cases—one of them described in detail—we tried to distinguish the clinical picture and the structure of personality in the so called primary dysfunction of the thalamus (“primäre Thalamusschwäche”). Also we could observe different developments of cases beginning with primarily sensitive personalities—as we could find described in modern literature—ending with cases of a more critical type. This precise description seemed necessary for an easier defining of differential diagnosis and prognosis.

There were indications that this dysfunction is localized in the thalamus which is connected with parietal and diencephalic areas, and that there could be a bypassing and reversible alteration of the thalamic stimulus threshold. For example, there could be a decrease of the thalamic stimulus threshold and therefore an increase of thalamic influence on the cortex, which could be an indication of given structures. These indications became apparent not only from comparing psychopathology but also from observing alterations of vegetative functions, of drive, mimic, and the ability of spatial imagination. The latter areas should become clearer with further experimental investigations.

Key words: Thalamus — Psychopathology — Structure of Personality — Differential Diagnosis — Borderline Syndrome — Schizophrenia.

Zusammenfassung. Anhand von Beobachtungen an 6 Fällen — von denen einer ausführlich mitgeteilt wird — sollte versucht werden, die Persönlichkeitsstruktur und Phänomenologie der sog. „primären Thalamusschwäche“ mit ihren unterschiedlichen Verlaufsformen — angefangen bei Normvarianten primär sensibler Menschen, wie sie auch in der modernen Literatur ihren Niederschlag gefunden haben, über Zustandsbilder bis zu krisenhaften und prozeßhaften Verlaufstypen — herauszuarbeiten, was uns besonders hinsichtlich der differentialdiagnostischen Abgrenzung und der damit zusammenhängenden prognostischen Überlegungen wünschenswert und notwendig erschien.

Hinweise für die hypothetisch funktionell-lokalisatorische Verankerung im Thalamus mit seinen corticalen vor allem parietalen und diencephalen Verbindungen im Sinne einer vorübergehenden reversiblen Änderung der thalamischen Reizschwelle, z.B. im Sinne einer Herabsetzung und damit gegebener erhöhter thalamischer Durchlässigkeit für die Großhirnrinde als Ausdruck einer konstitutionellen Eigenart ergaben sich nicht nur mit Hilfe der vergleichenden Psycho-

pathologie, sondern auch hinsichtlich der beobachteten vegetativen Alterationen, der Antriebsstörung, der Mimik und Störungen der räumlichen Vorstellungsfähigkeit, wobei diese letztgenannten Bereiche jedoch durch vorgesehene weitere experimentelle Untersuchungen noch genauerer Abklärung bedürfen.

Schlüsselwörter: Thalamus — Psychopathologie — Persönlichkeitsstruktur — Differentialdiagnose — Borderline-Syndrom — Schizophrenie.

I. Vorbemerkungen zur Fragestellung

Wenn W. Klages (1958) forderte, „in noch stärkerem Maße als bisher psychopathologische und entwicklungs-hirnanatomische Grundgegebenheiten“ zu korrelieren und „vergleichende Untersuchungen zur psychopathologischen Symptomatologie lokalisierbarer Hirnschädigungen und endogener Psychosen“ durchzuführen, so scheint es uns in Fortführung dieses Ansatzes auch erlaubt, diese Anregung auf ein Gebiet zu übertragen, das nicht die endogenen Psychosen, sondern zunächst noch den normal-neurosenpsychologischen Bereich betrifft.

Gemeint sind hier Krankheitsbilder, wie wir sie in den letzten Jahren vor allen Dingen bei hochsensiblen jugendlichen Patienten beobachten konnten, die uns in ihrer klinischen Psychopathologie immer wieder an die Symptomatologie des Thalamus erinnerten, deren grundlegende Kenntnis wir von neuroanatomischer, neurophysiologischer und neurochirurgischer Seite sowie unter klinisch neurologischer und psychopathologischer Sicht vor allem Hassler; Hassler u. Riechert; Hoff; Pötzl und der Wiener Schule; Bente u. W. Klages; Lehmann-Faciis; Leonhard; Simma; v. Stockert; G.E. Stoerring u.a. verdanken. Vergleichende Untersuchungen zur Psychopathologie hirnorganisch bedingter und z.T. gesicherter Thalamusaffektionen mit Schizophrenien wurden dann vor allem durch W. Klages, gestützt auf Mayer-Gross und G.E. Stoerring, durchgeführt: sowohl für Körpermüßempfindungen und Depersonalisationsphänomene als auch für Geruchshalluzinationen — hypothetisch zusammengefaßt als „Thalamische Trias“ — konnte einerseits das Vergleichbare, andererseits das Differierende bei den obengenannten Krankheitsbildern herausgearbeitet und das „Anspringen thalamischer Mechanismen“ im Sinne eines „Überschwelligwerden eines bestimmten hirnphysiologischen Musters“ bei manchen Schizophrenien, insbesondere im Vorfeld der Psychose, wahrscheinlich gemacht werden (1954, 1959, 1965, 1968, 1969).

Andererseits sind aber die obengenannten Symptome auch einzeln oder in Kombination bei anderen nicht neurologischen oder schizophrenen Krankheitsbildern — erwähnt seien hier nur die experimentellen Psychosen, Depressionen, Porphyrie, Kausalgie — her bekannt, ja, es handelt sich hier um Erlebnisse, wie sie auch außerhalb des pathologischen Bereiches noch im normalpsychologischen, z.B. bei primär hochsensiblen

gesunden Menschen bzw. im Übergangsbereichen wie Einschlaferlebnissen bzw. Schlafentzug, autogen. Training, nach körperlicher Erschöpfung usw. angesiedelt und zu finden sind (vgl. W. Klages, 1963).

Es kommt uns also darauf an, aufgrund der Kenntnis der physiologischen, pathophysiologischen und psychopathologischen Leistungen des Thalamus und seiner corticalen und diencephalen Verbindungen und in Analogie hierzu mit Hilfe der vergleichenden klinischen Psychopathologie einen Persönlichkeitstyp zu beschreiben, der sich durch eine erhöhte thalamische Empfindlichkeit bzw. eine „erniedrigte thalamische Erregbarkeitsschwelle und dementsprechend fein reagierende sensible Afferenzen“ (W. Klages, 1963, 1965) und ausgeprägte vegetativ-diencephale Labilität auszuzeichnen scheint und noch im normal- bzw. neurosen-psychologischen Bereich anzusiedeln ist, wofür sich im besonderen auch in der modernen Literatur viele Hinweise finden lassen. Die genaue Charakterisierung und Kenntnis dieses „Thalamustyps“ (W. Klages) scheint uns vor allem im Hinblick auf differentialdiagnostische Fragestellungen und damit gegebene prognostische Überlegungen wünschenswert und sinnvoll.

II. Kasuistik

Den vorliegenden Untersuchungen liegen insgesamt 6 ausführliche Krankengeschichten von Patientinnen, die z.T. über mehrere Jahre beobachtet werden konnten, zugrunde. Als Modellfall sei eine Krankengeschichte an den Anfang gestellt¹:

Fall A.B., geb. 1939, verh., kf m. Angestellte. Frau A.B. wuchs in einem allzu behüteten Elternhaus mit ihrer um ein paar Jahre älteren Schwester, der sie sich von klein auf unterlegen fühlte und ihr gegenüber Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle entwickelte, auf. Von jener körperlich schwach und zart, wurde sie vor allem im Vergleich zu ihrer robusteren, burschikosen und durchsetzungsfähigen Schwester immer als „kleine Jüngste“ mit besonderer Zuwendung und Mitleid bedacht. Pat. sei stets verschlossen, zurückhaltend, eigenbrödlerisch, eigenwillig und einzelsängerisch gewesen. Sei nach ihren eigenen Angaben lange „Kind“ gewesen, habe nicht erwachsen werden wollen, um keine Verantwortung übernehmen zu müssen, da ihr bis dahin von ihren Eltern alles leicht gemacht und abgenommen worden sei. Nach 4jähriger Volksschulzeit und 6jährigem Gymnasialbesuch (Abschluß: Mittlere Reife) sowie 1 Jahr Internat im Ausland, um Fremdsprachen zu erlernen, und 1 Jahr Höherer Handelsschule, machte Pat. auf Wunsch des Vaters eine kaufmännische Lehre durch und arbeitete anschließend als Angestellte in einer wissenschaftlichen Bibliothek. Mit dieser vom Vater inspirierten beruflichen Ausbildung war Pat. nicht zufrieden. Statt dessen träumte sie eher von einem Architekturstudium. Bei ihrer Bürotätigkeit kam sie sich „mickerig und mittelmäßig“ vor. Diese Tätigkeit genügte ihren Anforderungen, die sie an sich selbst stellte, nicht und ließ sie unausgefüllt. In ihrer Freizeit gab sie sich ganz ihren Hobbys: Keramik, Graphik, Töpferei, Kunstgewerbe usw. hin. Auch in

1 Die übrigen Krankengeschichten (Fälle: Z.E., L.K., P.I., K.E., F.C.) können aus Platzgründen nicht in ähnlich ausführlicher Weise hier mitgeteilt werden. Sie stehen aber auf Anfrage beim Verfasser jederzeit zur Verfügung.

anderen Lebensbereichen — z. B. im religiösen Leben (strenge religiöse Erziehung) — erlebte sie ständig das Gefühl, unter dem von ihr eigentlich Geforderten und in idealisierender Sicht Angestrebten zu bleiben. Sie wurde äußerst gewissenhaft, skrupulös, übergenau, pedantisch, ordnungsliebend mit übersteigerter zwanghafter Komponente. Nach dem Tod des Vaters (Lebercirrhose) und der Heirat der Schwester (1953) mit Weggang aus dem elterlichen Hause, schloß sich Pat. noch intensiver und enger als schon zuvor an ihre Mutter an. Einerseits erlebte sie diese Bindung zwar als einengend und belastend, andererseits gelang es ihr nicht, sich von ihr zu lösen und eigene Entscheidungen — auch bezüglich der Partnerwahl — zu treffen. Ihre Beziehungen zum anderen Geschlecht zeichneten sich durch instinktunsichere, z. T. schwärmerisch illusionäre und unrealistische Verhaltensweisen aus. Nachdem sie von einem Orientalen ein Kind erwartete, heiratete sie ihn 28-jährig im Hinblick auf Konventionen der Familie und ihrer Mutter zuliebe, — die ihrem späteren Schwiegersohn im übrigen als Ausländer ablehnend gegenüberstand —, während sie gleichzeitig ein schon vor ihrer Ehe bestehendes außereheliches Verhältnis mit einem anderen Mann fortführte. Von nun an erlebte sich Pat. ständig im Zwiespalt zwischen Mutter und Ehemann, ohne es fertigzubringen, sich konsequent für einen zu entscheiden.

Kurz nach der Geburt ihres Sohnes (1967) wurde Frau A. B. erstmals psychisch so auffällig, daß eine stationäre Behandlung notwendig wurde. Plötzlich verspürte sie ein schreckliches Angstgefühl und starkes Herzschlagen. Hatte das Gefühl, „als fielen Körper und Geist auseinander, so wie der Tod. Nachher war alles neblig im Kopf. Es war, als wenn ich mich aufgelöst hätte, als wenn sich der Geist vom Körper löse“. Neben ausgeprägter vegetativer Symptomatik wie Schwindel, Tachykardie, Beklemmungsgefühl in der Herzgegend, Appetit- und Gewichtsreduktion, Diarrhoe, Erbrechen, Schwitzen usw. bestanden auch in der weiteren Zeit das schon erwähnte Angstgefühl, eine depressive Stimmungslage sowie eine Vielzahl körperlicher Beschwerden, Körpermäßempfindungen, Depersonalisationsphänomene und akustische Hypersensibilität: Im Kopf habe sie ein eigenartiges Gefühl der Leere und des Nebels, die sie völlig umhüllen. Alles sei völlig verkrampft (gelegentlich psychogene Blickkrämpfe). Klage über merkwürdig stechende Schmerzen in der linken Brustseite und wiederum über das Gefühl, „völlig auseinanderzufallen“, „auf Wolken zu gehen“, „zu schweben“, „sich aufzulösen“, „als wenn alles aus mir herausgelaufen wäre“. Männerstimmen und Glockengeläute, die von draußen hereinkommen, klangen noch stundenlang in ihren Ohren nach. Fühlte sich dauernd verändert, so, als ob sie alles viel bewußter und viel intensiver erlebe. Die Depressionen seien „wie Hitze, die aus mir herausstieg“, „etwas Heißes, das aus mir heraus wollte und mir unentwegt Angst machte, so daß ich mir das Leben nehmen wollte“.

Diagnostisch wurde zunächst an das Vorliegen einer atypischen Psychose gedacht. Es wurde eine ES-Behandlung durchgeführt. Die weitere stationäre Verhaltensbeobachtung ließ dann jedoch die Diagnose in „neurotische Entwicklung bei Psychopathie“ abändern. Nach der dortigen Entlassung nahm Frau A. B. sehr schnell wieder ihre Arbeit auf. Der Ehemann war beruflich stets in einer anderen Stadt beschäftigt, während Pat. zusammen mit ihrem Kind von der Mutter versorgt wurde, in deren Haushalt sie weiter lebte. 1970, kurz vor dem Tod der krebskranken Mutter im Zusammenhang mit entsprechenden hierdurch ausgelösten chronischen Belastungssituationen, kam es dann zur erneuten stationären Aufnahme im hiesigen Krankenhaus: Sie klagte über einen „Wirbel im Kopf“ und einen „Auflösungszustand mit dem Gefühl des Gestorbenseins“. Beim Einschlafen habe sie das Gefühl, „ein Skelet zu sein und nur noch aus Nervensträngen zu bestehen“ — so wie ein „Strichmännchen“, wie sie es später als Eigenbildnis zeichnete.

Im übrigen habe sie ziehende Schmerzen im Hals und das Gefühl, als ob der Kopf ganz schief stehe. Ihr Hals sei auf der einen Seite länger und ausgezogener, so daß sie ihren Kopf schief halten müsse. Auch ihr Gesicht sei in einer Hälfte verschoben und verzogen, ganz starr und steif. Sie müsse mit den Augen immer in eine bestimmte Richtung schauen und sehe gelegentlich Doppelbilder. Sie habe häufig das Gefühl, ihr rechter Arm werde ganz schwer. Er gehöre ihr dann gar nicht mehr, sei wie abgestorben. Sie könne nichts mehr mit ihm anfangen. Sie habe einfach nicht mehr das richtige Gefühl für und mit ihm. Besonders nachts quäle sie ein „peinigendes Kribbeln und Kitzeln im gesamten Körper“, vor allem in der Herzgegend aber auch im Rumpf und den Extremitäten so intensiv und unangenehm, daß sie nachts davon aufwache und herumlaufen müsse.

Auch objektiv bot die leptosom-asthenische, sehr viel jünger aussehende Pat. bei der Aufnahme das Bild eines extrapyramidal-motorischen Syndroms, ohne daß ein entsprechender Grund hierfür gefunden werden konnte: Fast maskenhaftes Gesicht mit verstärkter Talgsekretion, ausdrucksstarre Mimik und Gestik, angedeutete Schiehalsstellung, Schluckbeschwerden, Verkrampfungsgefühl, angewinkelte Arme ohne Mitbewegung, kleinschrittiger Gang, Akathisie, gelegentliche „Blickkrämpfe“. Neurologischerseits bis auf ein auffallend gesteigertes beiderseitiges Reflexverhalten mit verbreiterten reflexogenen Zonen, vermehrter Schweißsekretion, stark positivem Dermographismus keine pathologischen Befunde. EEG, Röntgenaufnahmen des Schädels und Thorax, EKG sowie ophthalmologische Untersuchung und laborklinische Abklärung ohne krankhafte Befunde.

In psychischer Hinsicht war die Pat. im übrigen bewußtseinsklar, in allen Anteilen voll orientiert, fast übermäßig zugewandt und kontaktbereit. Affektiv herrschte eine ängstliche, subdepressive, mutlose Stimmung vor. Formaler Gedankenablauf ungestört, während sich inhaltlich vor allem die oben genannten Körpermäßigempfindungen, Levitationsphänomene, Körperschemastörungen und somato- und autopsychische Depersonalisationerscheinungen nachweisen ließen. Im übrigen bestanden neben den schon oben geschilderten Zeichen einer vegetativen Übererregbarkeit eine ausgeprägte Hypotonie, häufige Tachykardien, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, häufige Diarrhoeen im Wechsel mit Obstipation und Miktionsbeschwerden, Änderung der bevorzugten Geschmacksrichtung zur Süßapetenz, vermehrtes Durstgefühl. Gynäkologisch o. B.

Die Symptomatik bildete sich unter psychotherapeutischer Führung in Verbindung mit gering dosierter Tranquillizergabe allmählich zurück, so daß Frau A. B. nach 4 wöchiger stationärer Behandlung wieder entlassungsfähig war.

Diagnose: Neurotische Entwicklung einer asthenischen, schizothymen, infantil-retardierten, instinktunsicheren Persönlichkeit mit hysterischen Zügen bei Ambivalenzhaltung dem Ehemann gegenüber und starker ungelöster Mutterbindung.

Zunächst bestand Pat. erneute Belastungssituationen wie den Tod der Mutter und die damit gegenseitige Notwendigkeit des entschlossenen Handelns und Selbstständigwerdens recht gut. $\frac{3}{4}$ Jahr später wurde jedoch eine erneute stationäre Aufnahme mit ähnlicher Symptomatik wie früher notwendig. Jetzt standen jedoch vor allem die vegetativen Beschwerden und ein herzphobisches Syndrom im Vordergrund: Eine „Todesangst, ihr Herz könne plötzlich stehenbleiben“. Um ihren Brustkorb fühle sie ein ca. 20 cm breites, dickes Band, das sie lastend einschnüre und bedrücke. Nach wie vor habe sie das Gefühl, „ganz leicht zu werden, sich aufzulösen und zu sterben“. Sie sehe auch häufig nur alles noch wie mit einem Schleier und Nebel umgeben, höre alle Stimmen wie von fern. Wenn sie das Gefühl habe, zu schweben, dann seien auch „Arme und Hände ganz seltsam gewesen, ganz leicht“. Sie habe sie angefaßt, sie schienen ihr nicht mehr zu gehören, sie waren wie „leblos und tot“.

An der diagnostischen Zuordnung änderte sich nichts. Therapeutisch wurde zusätzlich eine unterschwellige Insulinbehandlung — auch des extrem reduzierten körperlichen Zustandes wegen — durchgeführt. Da eine genügende Nachreifung noch nicht zu verzeichnen ist, scheint die Prognose hinsichtlich erneuter Dekompensationen in akuten oder chronischen Belastungssituationen nicht allzu günstig.

III. Zusammenfassende Betrachtung der Kasuistik

a) Gemeinsames prämorbid Persönlichkeitssbild

Wenn wir versuchen, das charakteristische gemeinsame prämorbid Persönlichkeitssbild, wie es sich aus Alter, Konstitution, Kindheits- und Jugendentwicklung, Umweltgerüst, beruflich-sozialem Werdegang usw. ergibt, zu zeichnen, so kommen wir zu folgenden Feststellungen:

Es handelt sich (hier vorläufig noch ausschließlich) um weibliche Patienten im 3. Lebensjahrzehnt (Erstmanifestationsalter zwischen 18. und 28. Lebensjahr). Eine relevante hereditäre Belastung bezüglich Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis war nur in einem Fall (P.I.) nachzuweisen. Zusätzlich wurde noch bei jeweils einem Elternteil (P.I., K.E.) eine Neigung zu depressiven Verstimmungszuständen mit z.T. appellativen Suicidversuchen angegeben, ohne daß jedoch auf das Vorliegen einer endogenen Depression geschlossen werden konnte. Einem einheitlichen konstitutionsbiologischen Typus ließen sich die Patienten nicht zuordnen. Im Hinblick auf die Sexualkonstitution waren jedoch fast durchgehend *deutliche Retardierungszeichen* aufzufinden; eine Ausnahme bildete Patientin P.I.; bei L.K. fielen psychophysische Maskulinismen auf. Bis auf P.I. wurden sämtliche Patienten gynäkologisch, bestehender Beschwerden wegen (Cyclusunregelmäßigkeiten, Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, verstärkter Fluor), untersucht. 2 mal (A.B., F.C.) wurde ein hypoplastischer Uterus getastet, organpathologische Befunde nicht diagnostiziert. 3 Patienten waren verheiratet, 3 ledig. Diesen schon körpermorphologisch konstitutionsbiologisch nachzuweisenden Retardierungsstigmen bzw. Varianten der Sexualkonstitution entsprachen — wie nach den Untersuchungen E. Kretschmers nicht anders zu erwarten — deutliche psychische Retardierungszeichen, die noch genauer darzulegen sein werden.

Versucht man, das Vergleichbare des *Familien-* und *Umweltgerüstes* zu zeichnen, so fällt bei den weiblichen Patienten zunächst fast durchgehend ein besseres und intensiveres Verhältnis zum häufig autoritären Vater auf. Jedoch nach dessen meist frühem Tod zeigt sich eine vermehrte Hinwendung zur Mutter: entweder in Form einer überkompen-satorischen extremen Mutterbindung persistierender Art oder auffallender Ambivalenz ihr gegenüber, ohne sich ihrem mitprägenden Einfluß entziehen zu können. Die selbst- und entscheidungsunsichereren, intellektuell normal-überdurchschnittlich begabten und differenzierten Patienten

mit auffallend guter Verbalisationsfähigkeit², Produktivität und Einfallsreichtum genossen eine strenge, häufig „asexuelle“ und (überkompenatorisch) religiöse Erziehung, deren Linien sie selbst z.T. später noch intensiver ausszogen. *Selbst* sehr ehrgeizig mit starkem Perfektionsdrang, anankastischen Zügen und überhöhter Geltungsbedürftigkeit, stellt für sie vor allem der berufliche und leistungsmäßige Bereich das Compensationsfeld für ihre Mißerfolge im Bereich zwischenmenschlicher Kontaktnahme — vor allem auch der Partnerwahl — dar. Sie bleiben jedoch hinter den erstrebten und anvisierten hohen Idealen und Forderungen sowohl an sich selbst als auch an ihre Umgebung infolge unrealistischer Einschätzung ihrer Fähigkeiten und situativer Möglichkeiten zurück, so daß es nicht wundert, daß letztlich alle das angestrebte Ziel im beruflich-sozialen Bereich nicht erreichen und sich hier eine ständige Quelle immer wieder neuer Unzufriedenheit auftut. Ihre nachweisbaren realitätsfernen Erlebnisweisen mit der Tendenz, konkreten Entscheidungen und schwierigen Situationen auszuweichen und sich in ihre Symptome oder autistische Tagträumereien zu flüchten, dürften wohl durch ihre reiche Phantasietätigkeit und Kreativität mit Zugang zu künstlerischen Bereichen und eigener künstlerischer Produktivität, in die sie sich z.T. flüchten, mitbedingt sein. Allein 2 der 6 Patienten (P.I., F.C.) sind jahrelang von einem „Phantasiegefährten“ begleitet worden. Die Tendenz zur Personifizierung von Dingen und Identifizierung, dem Rollenspiel — mit besonderer Bevorzugung der Rolle des Kindes oder des Clowns — und dem Versuch, die „Phantasiewelt“ auf die Realität zu transponieren und beide miteinander zur Deckung zu bringen, um letztlich keine Verantwortung übernehmen zu müssen — als Zeichen ihrer infantilen Erlebnisweisen mit Angst vor dem Erwachsenwerden und der Übernahme der entsprechenden Rolle — zeichnet die hochsensiblen Patienten mit geringer Ichstärke und großem Abhängigkeitsbedürfnis fast durchgehend aus. So bezeichnet Frl. P.I. charakteristischerweise die „Welt da draußen“ als „zu grausam“ für sich selbst und erlebt sie mit entsprechendem Zumutungscharakter. Die soziale Kontaktfähigkeit der primärpersönlich eher einzelgängerischen, verschlossenen, zurückhaltenden Patienten mit z.T. starken von jeher bestehenden Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühlen erscheint eingeschränkt. Diese starke soziale Introversion wird teilweise später ganz bewußt gelebt — sich bewußt von der „Masse der anderen“, den „Eingeborenen“, wie Frl. P.I. sie nennt, abhebend —, ergibt sich aber wohl zum anderen Teil auch aus ihrer höheren Empfindsamkeit und Sensibili-

2 Alle Patienten (Ausnahme L.K.) wurden — häufig mehrmals — psychologisch durchuntersucht. Zur Anwendung kamen: IST, MMPI, TAT, Rorschach. Für die Durchführung und Auswertung sei Herrn Dipl.-Psych. E. Steinmeyer herzlich gedankt.

tät, die ihnen Zugang und Aufgeschlossenheit für Erlebnisweisen verschaffen, die aus dem sie sonst umgebenden sozialen Rahmen herausfallen.

Zusammengefaßt handelt es sich also um intelligente, gut differenzierte, psychophysisch infantil-retardierte, instinkt-, selbst- und entscheidungsunsichere Persönlichkeiten mit geringer Ichstärke und eingeschränkter sozialer Kontaktfähigkeit bei introvertiertem Erlebnistyp mit hysterischen und psychasthenischen Persönlichkeitszügen. Hervorzuheben sind Produktivität, Einfallsreichtum und Phantasie, wobei der originelle Gedankengang und die kreativen Fähigkeiten jedoch z.T. bizarr und wenig realitätsbezogen mit hochgeschraubten idealisierten Zielvorstellungen — ohne entsprechendes Durchhaltevermögen und kritischer Einsicht in die situative Gegebenheit und Möglichkeit verbunden mit dem Streben nach dem Außergewöhnlichen und Besonderen — wirken und realitätsflüchtige Tendenzen der hochsensiblen und empfindsamen Persönlichkeiten — einerseits in ihre Phantasiewelt und eigene künstlerische Produktivität, andererseits in ihre Symptomatik — zu unterstützen scheinen.

b) Auffächerung der Symptomatik

Körperliche Befunde. Nennenswerte pathologische Befunde ließen sich weder bei den körperlichen, neurologischen, röntgenologischen, elektro-encephalographischen noch laborklinischen Untersuchungen nachweisen. Bei 2 Patienten (Z.E., F.C.) wurde der *klinischen* Symptomatik wegen zum Ausschluß eines Thalamustumors oder einer coenästhetischen Schizophrenie eine pneumoencephalographische Untersuchung durchgeführt. In beiden Fällen stellten sich die Hirnkammern gehörig dar ohne einen Hinweis für hirnpathologische Veränderungen insbesondere im Bereich der Mittelhirnstrukturen. Auffallend waren allerdings die Hinweise für eine *vegetative Labilität* und gelegentliche *Dysregulationen*. Sie reichten von Schlafstörungen, ausgeprägter Müdigkeit, Blutdruckschwankungen, z.T. extremer Hypotonie, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Tachykardien, Appetitlosigkeit, Gewichtsreduktion, Erbrechen, vermehrtem Durstgefühl, Änderung der bevorzugten Geschmacksrichtung, Obstipation, Diarrhoe, Miktionsbeschwerden, vermehrtem Schwitzen, feuchten Händen, Erröten, verstärkter Talgsekretion, gesteigertem Dermographismus, Chvostek und Reflexverhalten bei verbreiterten reflexogenen Zonen bis zu vegetativen Zeichen im gynäkologischen Bereich wie ausgeprägten Cyclusunregelmäßigkeiten, starken dysmenorrhoeischen Beschwerden, vermehrtem Fluor und spastischer Pelipathia vegetativa.

Im psychischen Bereich imponierten neben einem diffusen ungerichteten Angstgefühl, einem meist depressiv-lustlosen, gedrückt-

resignierenden Stimmungshintergrund mit gelegentlichen Suicidgedanken, eine „dissozierte“ Antriebsstörung: während die Psychomotorik allgemein vermindert und verlangsamt erschien — immer wieder ist die Rede von starrer Körperhaltung, maskenhaftem Gesichtsausdruck, monotoner, wenig modulierter Stimme, ausdrucksloser Gestik usw. — fiel im assoziativen Bereich vor allem auch bei den psychologischen Untersuchungen eher eine Antriebssteigerung auf. Redefluß und Sprech'antrieb waren verstärkt, Produktivität und Einfallsreichtum groß, jedoch die genaue und scharfe Auffassungsgabe vermindert. Qualitativ fielen ein gutes Abstraktionsvermögen und eine gute Zergliederungsfähigkeit im Flächenbereich (nicht jedoch im räumlichen Vorstellungsvermögen) auf. Beim Problemlösen wurden die Aufgaben erst allmählich befolgt, so daß ein verlangsamtes Einführungstempo resultierte. Die Leistungskurve der Konzentration wichen bei zunehmender Belastung einer unkontrollierten fehlerhaften Arbeitsweise (E. Steinmeyer). Im sensorischen Antriebsbereich waren sowohl Intensitätsminderung als auch Intensitäts erhöhung für Sinneseindrücke zu belegen. So wurde berichtet: „alles erscheine weit weg, wie halbtot“ (Z.E.); „sehe alles nur noch wie mit einem Schleier und Nebel umgeben, höre alle Stimmen nur noch von fern“ (A.B.); „fühle nichts mehr wirklich, könne nichts mehr richtig fühlen“ (L.K., K.E.); „lebe in einer Scheinwelt“ (P.I., K.E.); „alle Sinne seien wie abgestellt, rieche zwar, aber ohne eine Beziehung zum Gerochenen herstellen zu können, der Eindruck dringe nicht durch. Jeder gefühlsmäßige Eindruck von draußen sei wie abgeschaltet“ (P.I.), während bei der Patientin Z.E. die Intensität der Sinnesleistungen für olfaktorische und gustatorische und bei Patientin A.B. für akustische und taktile Reize erhöht war. Die vorherrschende allgemeine Initiative losigkeit und Antriebsverminderung bis zur Apathie, — die im Fall L.K. dazu führte, daß sich Patientin ein ganzes Jahr lang ins Bett flüchtete und nicht wieder aufstand —, wurden jedoch gelegentlich unterbrochen durch die Neigung zu impulsiven Handlungen wie plötzlichem Weglaufen, Suicidversuchen oder ungesteuerten aggressiven Ausbrüchen.

Stellen wir uns nun die Wahrnehmungsstörungen näher ein, so imponieren zunächst in jedem mitgeteilten Fall autopsychische Depersonalisationserlebnisse mit Übergängen in Identitätsdiffusion bis zu angedeuteten Identitätsänderungen, Verschwinden der Ichgrenzen, Verdoppelungs- und Spaltungserlebnisse. Immer wieder hört man: „Ich bin tot; ich fühle nichts mehr wirklich; ich bin mir ganz fremd; es ist so, als lebe ich gar nicht richtig. Ich habe das Gefühl, gar nicht ich zu sein“. Daran gekoppelt erscheinen Zweifel an der Identität, Spaltungserlebnisse und das Gefühl des Automatenhaften: „so, als wäre ich 2 Personen in einem; als fielen Körper und Geist auseinander; als ob ich aus mir herausgetreten sei und neben mir stünde und mich von außen beobachtete“

(Z.E.); „Gefühl in Ratio und Emotion“ (P.I.) bzw. „Intellekt und Emotion (L.K.) gespalten“ zu sein; „fühle mich wie eine Maschine ohne Geist“ (P.I.), „eine Marionette, eine Puppe, die von einem Punkt aus gesteuert und gelenkt wird, wodurch alle Bewegungen automatisch und mechanisch erscheinen“ (L.K.). Im Zusammenhang hiermit finden sich häufig somatopsychische (Z.E., A.B., L.K., F.C.) und allopsychische (Z.E., A.B., K.E., F.C.) Depersonalisationsphänomene. Bei den Körperschemastörungen fallen vor allem die Levitationserlebnisse besonders ins Auge, die entweder den gesamten Körper oder nur einzelne Glieder betreffen und fast alle in gleicher Wortwahl geschildert werden, nämlich als Gefühl zu „schweben“ und „ganz leicht“ zu werden (Z.E., A.B., P.I., K.E.). Während diese Phänomene bei klarer Bewußtseinshelligkeit anzutreffen sind, findet sich daneben einmal bei A.B. eine Gravitationserscheinung als Einschlaferlebnis. An weiteren körperschematischen Störungen wird über Vergrößerungen und Verkleinerungen z.T. als Halbseitenstörung berichtet, wobei sich Übergänge zu Körpermißempfindungen andeuten, die im übrigen teilweise in skuriler Art und Weise beschrieben werden, wie „Herzrülpsen“, „Gehirnkitzeln“, „Gefühl, ein Skelet zu sein und nur noch aus Nervensträngen zu bestehen“, „Gefühl, als wenn alles aus ihr herausgelaufen sei“, „Gefühl, links ein Glasauge zu haben“ usw. Besonders wichtig erscheint, daß diese Sensationen ebenso wie die verschiedensten Formen der Depersonalisationserlebnisse nicht mit dem Moment des „Gemachten“ belegt wurden, der kritische Vergleich gegenüber früherem Erleben immer führend blieb, die Patienten z.T. fähig waren, ihre Erlebnisse zu korrigieren, d.h. der vielzitierte Charakter des „als-ob“ durchgehend festgehalten wurde, was ja den subjektiven Leidensdruck nicht tangiert oder gar aufhebt.

Einige Patienten berichteten des weiteren noch über Geruchs- und Geschmacksveränderungen, z.T. halluzinatorischen Charakters, wobei auch hier der Akzent auf der Komponente des Unangenehmen lag. 2 weitere Patienten konnten keinen Bezug zur abgelaufenen Zeit herstellen, ohne daß jedoch echte Zeitluppen- oder Zeitrafferphänomene nachweisbar gewesen wären.

c) Differentialdiagnose und Prognose

Was die *diagnostische Zuordnung* betrifft, so ist zunächst eine starke Unsicherheit bezüglich einer eindeutigen Festlegung vor allem zu Beginn der Erkrankung festzuhalten. Bei unseren jugendlichen Patienten erschienen folgende Diagnosen (zusammengestellt aus den verschiedensten auswärtigen Krankenhäusern): Verdacht auf hebephrene Entwicklung (Z.E.), depressiver Versagenszustand bei psychopathischer Persönlichkeit (Z.E.), paranoide und sensitive Reaktion bei infantil-hysterischer Persönlichkeit (Z.E.), endogene phasische Depression (Z.E.), Verdacht

auf atypische Psychose (A.B.), Psychopathie (A.B.), Verdacht auf Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (P.I., K.E., F.C.), Verdacht auf coenästhetische Schizophrenie (Z.E., F.C.), Verdacht auf Thalamustumor (Z.E., F.C.), d.h. die Skala wies eine Schwankungsbreite vom depressiven bis hin zum schizophrenen Pol einerseits bzw. von der Psychopathie bis zum Tumorverdacht andererseits auf. Ausschlaggebend blieb bei zusammenfassender Betrachtung vor allem unter peinlich genauer Klärung der somatisch neurologischen Seite letztlich die Verlaufsbeobachtung, so daß häufig die endgültige diagnostische Festlegung erst nach einigen stationären Aufenthalt(en) erfolgte.

Es hat den Anschein, als ließen sich verschiedene *Verlaufstypen* heraustranskristallisieren: von der Normvariante bzw. dem mit unterschiedlicher Intensität aktualisierten Zustandsbild (Z.E., A.B., L.K., P.I.) über krisenhafte Verlaufsformen (K.E.), wobei in der psychopathologischen Symptomatik kurzfristig zwar schizophrene Äquivalente nachweisbar erschienen, jedoch eine völlige Remission erreicht wurde bis hin zu angedeutet prozeßhaften Verläufen, in ihrer psychopathologischen Phänomenologie ausschließlich charakterisiert durch die oben geschilderten Wahrnehmungsstörungen (F.C.), wie sie sonst fast nur in den Vorfeldern der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zur Beobachtung gelangen, d.h. bei noch gut erhaltener „depersonalisationsfähiger“ (Haug) Persönlichkeitsstruktur, worauf von den verschiedensten Autoren — auch im Rahmen unserer Untersuchungen zu Identifikationserlebnissen (Czernik, 1967; W. Klages u. Czernik, 1968) — immer wieder hingewiesen wurde, so daß man hier von einem „Steckenbleiben“ im Vorfeld der Psychose (W. Klages) sprechen könnte. Im Zusammenhang hiermit scheint folgende Feststellung nicht uninteressant: je ausgeprägter die Hinweise für hysterische Verhaltensstrukturen nachweisbar waren, um so geringer erschien die mögliche Gefährdung hinsichtlich einer krisenhaften oder prozeßhaften Verlaufsform, so daß die hysterischen Reaktionsformen und Mechanismen als stabilisierende Faktoren bezüglich einer Psychosegefährdung anzusehen sind (Hathaway u. McKinley).

Eng verwandt mit den Fragen der Verlaufsform und der diagnostischen Zuordnung sind die Überlegungen zur *prognostischen Beurteilung*. Gemäß der oben geschilderten Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit ihrer Entscheidungsunlust, realitätsflüchtigen Tendenzen und dem Versuch, der Übernahme von Verantwortung zu entgehen, war die Motivation zur Gesundung auch im Zusammenhang mit dem meist nicht unbeträchtlichen Krankheitsgewinn relativ gering. Die als auslösende Konfliktsituationen anzusehenden Konstellationen — wesentlich miteinander bedingt durch die Persönlichkeitsstruktur der Patienten — wiesen alle einen erheblichen Chronizitätsgrad auf und gingen auch später eher als statische denn als dynamische Momente in die weitere Biographie ein.

Die Tendenz zur Kompromißbereitschaft sowohl auf Seiten der Patienten als auch bei ihren wesentlichen Bezugspersonen war außerordentlich stark, so daß letztlich therapeutisch nur eine gewisse Stabilisierung — bis zur erneuten, gelegentlich voraussehbaren Dekompensation — erreicht werden konnte. Im übrigen wurde versucht, den Patienten die positiven Möglichkeiten ihrer Konstitution bezüglich der erhöhten Sensibilität und intensiveren Erlebnisweisen nahezubringen.

IV. Diskussion

Gemäß der eingangs geschilderten Fragestellung der vergleichenden psychopathologischen Untersuchung zwischen hirnorganisch Kranken und unseren Fällen, die wir hypothetisch als „primäre Thalamusschwäche“ bezeichnen wollen, erscheint die geschilderte Symptomatik mit autopsychischen Depersonalisationserlebnissen mit Übergängen in Identitätsdiffusion bis zu angedeuteten Identitätsänderungen, Verschwimmen der Ichgrenzen, Verdoppelungs- bzw. Spaltungserlebnissen, dem Gefühl des Automatenhaften, somatopsychischen Depersonalisationserscheinungen bzw. Körperschemastörungen, Levitations- und Gravitationserlebnissen, Vergroßerungen und Verkleinerungen, Körpermißempfindungen, allopsychischen Depersonalisationserlebnissen, Geruchs- und Geschmacksveränderungen und Zeiterlebensstörungen nach Kenntnis der grundlegenden Arbeiten von Becker u. Sternbach; Fünfgeld; I. Gloning, Tschabitscher u. Weingarten; Gurewitsch; Hassler (1961); Hoff (1931, 1950); Hoff u. Osler; Hoff u. Pötzl; Huber (1957); Leonhard (1939, 1950); Mayer-Gross u. Steiner; v. Pap; Pötzl (1938, 1942, 1943); Schuster; v. Stockert; G.E. Stoerring (1938); Trostdorf u.a. eine wesentliche Mitbeteiligung des Thalamus und seiner corticalen, vor allem parietalen Beziehungen unbestreitbar deutlich zu machen. Bekanntlich besteht ja nach Hoff die Hauptaufgabe des Thalamus in einer filternden Funktion derart, daß die aus der Peripherie ankommenden Sensationen unterdrückt, umgeformt, vermischt, gefühlsmäßig bewertet und so vorbereitet der Großhirnrinde, die ja die „persönliche Repräsentation unserer Empfindung gewährleistet“ und für die bewußte Lokalisation dieser Empfindungen im Rahmen des Körperschemas verantwortlich ist, zugeleitet werden. Im übrigen bilden Thalamus und Rindenfeld eine Funktionseinheit, so daß klinisch bei Thalamusaffektionen ähnliche Symptome erwartet werden können wie bei Rindenalterationen, weswegen Hassler vom Thalamus als „Differential der Großhirnrinde“ spricht (vgl. auch Pötzl; v. Pap; Schuster; Gurewitsch u.a.).

Unter Zugrundelegung dieser hirnphysiologischen Gegebenheiten einerseits und der geschilderten psychopathologischen Symptomatik, wie sie sowohl bei hirnorganischen Erkrankungen mit Thalamusaffektionen als auch bei unseren Kranken gefunden wurde, andererseits

glauben wir, das mögliche pathophysiologische Substrat am ehesten in einer vorübergehenden Störung des thalamischen Funktionssystems, z.B. im Sinne einer funktionellen Herabsetzung der thalamischen Reizschwelle annehmen zu können, wobei die filternde Funktion des Thalamus hinsichtlich der Großhirnrinde für die aus der Peripherie ankommenen Afferenzen geringer als normalerweise sein würde. Bei einer so angenommenen Erhöhung der thalamischen Durchlässigkeit, die wir als konstitutionelle Eigenart ansehen möchten, ist durchaus an ein reversibles Geschehen bzw. eine Funktionsänderung ohne irgendwelche anatomisch nachweisbare Strukturveränderungen — so ließ sich auch bei den beiden durchgeführten Pneumoencephalographien kein pathologischer Befund erheben — gedacht, wobei sich diese Überlegungen mit Gedankengängen Ewalds, W. Klages' oder Trostdorfs berühren. So sprach z.B. Ewald hypothetisch von den „Menschen mit Basalganglienführung“ vegetativ thalamischer Art mit übermäßiger Empfindlichkeit vor allem im akustischen Bereich, hoher Labilität, geringer Widerstandsfähigkeit und hypochondrischen Tendenzen, wobei die Ähnlichkeit zu dem hier geschilderten Thalamustyp nicht zu übersehen ist. Andererseits hat schon Huber (1957) bei seinen pneumoencephalographischen Untersuchungen zur coenästhetischen Schizophrenie im Zusammenhang mit der Frage zur zentraldiencephalen Genese schizophrener Leibsensationen — gestützt auf die Literatur — darauf hingewiesen, daß zum Auftreten „thalamogener Leibgefühl- und Körperschemastörungen“ weniger „massive Ausfälle, vielmehr eher diskretere Störungen in diencephalen Hirngebieten“ verantwortlich seien bzw. „ein bestimmter Grad von Funktionstüchtigkeit der Sehhügellelemente die Voraussetzung bilde“ und die „feinere histopathologische Beschaffenheit die Entstehung der thalamischen Metamorphaesthesiae beeinflusse“.

In diesem Zusammenhang ist auf ein weiteres Merkmal — gerade auch unter funktionell-lokalisatorischer Betrachtungsweise — einzugehen: immer wieder ist von verschiedenster Seite vor allem von Kleist und G. E. Stoerring auf hysteriforme Verhaltensweisen und Zustandsbilder bei Zwischenhirnkranken hingewiesen worden, so daß sie die Vermutung äußerten, daß gewisse hysterische Reaktionsmechanismen unmittelbar organisch bedingt sein können (vgl. auch Ewald; Fünfgeld; Bente u. W. Klages u.a.). Auch Bonhoeffer hatte schon darauf hingewiesen, wie leicht gerade Thalamuskranke für hysterisch gehalten werden bzw. psychogene Mechanismen vorgetäuscht werden können (nach G. E. Stoerring). Ewald u. Stertz (nach Ewald, 1939) betrachteten die Normvarianten psychopathischer Typen unter dem Aspekt einer anlagemäßigen thalamodiencephalen Übererregbarkeit bzw. einer konstitutionellen Schwäche des Zwischenhirnsystems und G. E. Stoerring (1948) versuchte, einen Typ der „Thalamopathen“ endogener oder exogener Art aus dem Sammelbegriff

der Neuropathen bzw. Neurastheniker abzuspalten. Später hat dann Trostdorf im Zusammenhang mit den vegetativ-thalamischen Erscheinungen bei der Porphyrie auf die pseudohysterischen Verhaltensweisen hingewiesen und sie als organpathologische Krankheitsäußerung in Parallele zur Reizüberempfindlichkeit als einem im Thalamus lokalisierten Krankheitsgeschehen gesetzt, wobei hier allerdings der Thalamus erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen wird.

Auch bei den hier beschriebenen „Thalamustypen“ waren hysterisch anmutende Verhaltensweisen nicht zu übersehen, schienen zeitweise ganz das klinische Bild zu beherrschen und gingen z.T. mit in die differentialdiagnostischen Erwägungen ein. In den Fällen Z.E., A.B., L.K., P.I. lagen die mit dem MMPI erfaßten T-Werte für Hy und Hd zwischen 75 und 90 weit außerhalb der Norm, während bei den krisenhaften bzw. prozeßhaften Verlaufsformen Maximalwerte bis 60 für Hy bzw. Hd erreicht wurden. Wieweit die mit dieser Methode erfaßten hysterischen Reaktionsweisen in Analogie zu den zitierten Thalamuskranken auch hier bei der postulierten zugrundeliegenden „primären Thalamusschwäche“ als organisch bedingt angesehen werden können, bleibt zu diskutieren. Immerhin schienen diese Tendenzen im Hinblick auf eine mögliche Psychosegefährdung eher einen stabilisierenden Effekt zu haben.

Einen weiteren Hinweis für die Verankerung der Symptomatologie der primären Thalamusschwäche im thalamisch-diencephalen Funktionsbereich scheint uns die ausgeprägte, in jedem einzelnen Fall nachweisbare, vegetative Symptomatik zu geben. Hypothalamus und Thalamus stehen nach den Untersuchungen von Hoff (1950) über die Kerne der Mittellinie und dem großzelligen Anteil des dorsomedialen Kerns des Thalamus mit den vorderen und hinteren Kerngruppen des Hypothalamus untereinander in Verbindung, während im efferenten System des Thalamus vegetative Sensationen vom Nucl. ventr. ant. und lat. thal. zum Gyrus cinguli gesendet werden (s. auch Hassler; Hassler u. Riechert; Leonhard, 1939; Monnier; v. Pap; Schaltenbrand). Wir sind daher geneigt, diese vegetative Symptomatik am ehesten als eine zentrale Regulationsschwäche aufzufassen, wenn auch entsprechende Untersuchungen bezüglich der vegetativen Regulationslage z.Z. hierzu von uns noch nicht durchgeführt werden konnten (vgl. auch Engel u. Aring; Huber).

Auch im antriebsmäßigen Bereich stehen die exakten experimental-psychologischen Untersuchungen noch aus. Allerdings scheint die oben geschilderte Aufgliederung — mindestens im motorischen und assoziativen Bereich sowie im Vergleich der Leistungskurve — am ehesten der diencephalen Antriebsschwäche nach W. Klages zu entsprechen. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang vor allem im Hinblick auf Patientin A.B. noch einmal auf die Psychomotorik mit dem geschilderten maskenhaften Gesichtsausdruck, monotoner, wenig modulierter Stimme, starrer Körperhaltung, ausdrucksloser Gestik usw. einzugehen, denn schon von G. E. Stoerring, Mayer-Gross u. Steiner ist bei ihren Beobachtungen an

Encephalitiskranken auf das starre, ausdruckslose Gesicht ohne mimische Bewegtheit sowie gelegentliche Convergenzparese hingewiesen worden, während Stertz (nach Ewald) bei der Schilderung des Zwischenhirnsyndroms extrapyramidalmotorische Erscheinungen beobachtete. Seit Nothnagel u. Anton kennt man die Amimik bzw. mimische Facialislähmung als Thalamussymptom, worauf Kleist u. Gonzalo hinwiesen, ebenso wie Leonhard (1950), der das centre médian v. Luys als mimisches Zentrum des Thalamus diskutiert. Auffallend ist in diesem Zusammenhang die erstaunliche photographische Ähnlichkeit des momentanen Ausdrucksgehaltes der Gesichter unserer Patienten, so daß man fast geneigt ist, von einem „Thalamusgesicht“ zu sprechen.

Abschließend sei zu dem Mosaik der per analogiam gefundenen Hinweise, die bei dem hier geschilderten Krankheitstyp auf den Thalamus mit seinen corticalen und diencephalen Verbindungen zu deuten scheinen, noch folgende Beobachtung kurz beleuchtet: bei den testpsychologischen Untersuchungen (E. Steinmeyer) erschien uns besonders interessant, daß die räumliche Vorstellungsfähigkeit im Vergleich bzw. Gegensatz zur flächenhaften Zergliederungsfähigkeit als vermindert bzw. gestört imponierte. Wenn man sich daran erinnert, daß nach Pötzl die normale Funktion des Thalamus ganz wesentlich mit an der Aufrechterhaltung der Persönlichkeit in Raum (und Zeit) beteiligt ist (I. Gloning u. Weingarten; I. Gloning, K. Gloning u. Hoff), so erstaunt es nicht, bei unseren Patienten solcherlei Veränderungen der räumlichen Vorstellungskraft zu finden. Besonders wichtig scheinen uns in diesem Zusammenhang auch die Untersuchungen von Tellenbach zur Räumlichkeit des Melancholischen, die er mit einem ausgezeichneten kasuistischen Material belegt, wo bei er auf einen „Verlust der Dimensionalität, der Plastizität des Räumlichen, seine Verarmung zum flächenhaften Nebeneinander“ hinweist. Auch die „Raumstruktur von oben und unten . . . ist aufgehoben, ja sogar in ein Levitationserleben verkehrt“. Wenn Tellenbach auch in seiner daseinsanalytischen Interpretation dieser Phänomene zu anderen Schlußfolgerungen als den hier intendierten kommt, so stimmen wir mit ihm doch darin überein, daß diese geschilderten Veränderungen der Räumlichkeit möglicherweise den „Symptomen des Wirklichkeitsverlustes“, d. h. also Depersonalisation und Derealisierung — und damit, so möchten wir unter lokalisatorischer, wenn auch vereinfachender Sicht hinzufügen, dem thalamischen Funktionssystem — zuzuordnen sind. Wir glauben daher auch nicht, daß es rein zufällig ist, daß die von Tellenbachs Kranken geschilderten psychopathologischen Phänomene unabhängig von der nosologischen Zuordnung den von unseren Patienten berichteten z. T. fast wortwörtlich vergleichbar erscheinen. Auch J. E. Meyer weist auf die Kopplung des Erlebnisses der Entfremdung des eigenen Körpers mit Störungen des Vorstellungsvermögens und des Raumzeiterlebens hin. Schon Mayer-Gross hatte die (somatopsychische) Depersonalisation als eine durch verschiedene Ursachen in Gang gesetzte präformierte Reaktionsweise des Gehirns aufgefaßt und auf die Ähnlichkeit mit sensorischen Störungen des thalamischen Typs hingewiesen ebenso wie auf die Beziehungen zur Anosognosie und zum Antonschen Symptom.

Es erscheint uns aber notwendig, den hier geschilderten „Thalamustyp“ nicht nur einseitig unter hypothetischem hirnlokalisatorischem Aspekt zu sehen, sondern zusätzlich kurz die Persönlichkeitsstruktur und die sich evtl. daraus ergebende Funktion der Symptomatik einzustellen. Dabei fällt die große Ähnlichkeit mit den in der Literatur vor allem von

Haug; Mayer-Gross; J. E. Meyer; Petriliowitsch u.a. geschilderten Persönlichkeitsmerkmalen der von ihnen beobachteten Patienten mit Entfremdungserlebnissen zu den hier geschilderten Persönlichkeitszügen auf. Gerade aus dieser Persönlichkeitsstruktur heraus mit dem „Mangel an Realitätsbezug“, dem „Verneinen der konkreten Situation“, der „Zielunsicherheit ihres Lebens“ gepaart mit „Geltungsbedürfnis“, „phantastischer Selbsterhöhung“, „hochgestellten Erwartungen“ und „idealistischer Haltung“ (J. E. Meyer) bei der zugrundeliegenden Selbst- und Instinktunsicherheit der meist intelligenten und differenzierten Persönlichkeiten mit teilweise gestörten mitmenschlichen Beziehungen wird es möglich, diese psychopathologischen Phänomene — wenn man will — zu interpretieren als eine „Schutzreaktion gegenüber belastenden oder zu befürchtenden Ereignissen“ (Roth, nach J. E. Meyer), ein „Ausweichen vor der Pflicht zur Entscheidung“, „eine Flucht in die Abgeschiedenheit“ (J. E. Meyer), wobei jedoch gerade von J. E. Meyer darauf hingewiesen wird, daß ein solches finales Verständnis zum vollen Verständnis nicht ausreicht.

Die Struktur und Problematik solcher Persönlichkeitstypen ist andererseits nicht nur unter psychopathologischer Sicht dargestellt worden, sondern fand auch immer wieder Niederschlag im Bereich der modernen Literatur. Genannt sei in diesem Zusammenhang zunächst die Arbeit von Litowitz u. Newman (1967) über die Beziehungen der Borderline-Persönlichkeitsstruktur — auf deren Nähe zu den hier geschilderten Thalamustypen hingewiesen sei — zum absurden Theater, was an Stücken Becketts und Albees näher exemplifiziert wird. W. Klages hat u.a. 1963 in seinem Beitrag zur Thalamussymptomatik in ihrer Bedeutung für das Körperschema auf entsprechende körperschematische Veränderungen in der Malerei, u.a. bei Chagall, Kokoschka, O. Müller, O. Dix usw. und in der Literatur bei Kafka, Trakl und Rilke hingewiesen. Wir möchten an dieser Stelle besonders auf die Prosa der tschechischen Schriftstellerin Věra Linhartová hinweisen, in deren Werk sich neben körperschematischen Störungen, depersonalisorischen und derealisatorischen Erlebnissen, Spaltungs- und Doppelgängermotiven vor allem auch die fließenden Grenzen von Raum und Zeit mit dem Versuch, „Zeit in räumlichen Ausdehnungen und Raum als Kategorie und Funktion der Zeit zu formulieren“ (P. Urban), finden. Die schillernde Grenze zwischen Realität und Unwirklichkeit bzw. die fast realistischere Darstellung ihrer Phantasiewelt ist es auch, was wohl unsere Patienten — als ihnen am Ende der Behandlung Zugang zu ihrer ihnen vorher unbekannten Literatur verschafft wurde — sofortigen Bezug zu ihrer Prosa herstellen und alle spontan und eindeutig beim Lesen ihrer „Geschichten ohne Zusammenhang“ ein Evidenzerlebnis mit der Erzählung „Das Zimmer“ angeben ließ.

Literatur

- Becker, A. M., Sternbach, I.: Über Zeitsinnstörung bei Thalamusherden. Wien. Z. Nervenheilk. 7, 62 (1953).
- Bente, D., Klages, W.: Zur Psychopathologie des affektiv-dysästhetischen Halbseitensyndroms (Head). Mschr. Psychiat. Neurol. 130, 257 (1955).
- Czernik, A.: Identifikationserlebnisse, ihre Struktur und psychopathologische Zuordnung. Diss., Düsseldorf 1967.
- Engel, G. L., Aring, Ch. D.: Hypothalamic attacks with thalamic lesions. Arch. Psychiat. (Chic.) 54, 37 (1945).

- Ewald, G.: Zur Theorie der Schizophrenie und der Insulinschockbehandlung. Allg. Z. Psychiat. **110**, 153 (1939).
- Vegetatives System und Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **18**, 577 (1950).
- Fünfgeld, E.: Über chronische Encephalitis mit eigenartigen psychischen Störungen. Nervenarzt **9**, 293 (1936).
- Gloning, I., Gloning, K., Hoff, H.: Die Störung von Zeit und Raum in der Hirnpathologie. Wien. Z. Nervenheilk. **10**, 346 (1955).
- Tschabitscher, H., Weingarten, K.: Weiterer Beitrag zu Körperschemastörungen. Wien. Z. Nervenheilk. **12**, 101 (1955).
- Weingarten, K.: Über einen Fall mit taktiler und kinästhetischem Zeitraffer. Wien. Z. Nervenheilk. **8**, 237 (1954).
- Gurewitsch, M.: Über das interparietale Syndrom bei Geisteskrankheiten. Z. ges. Neurol. Psychiat. **140**, 593 (1932).
- Weitere Beiträge zur Lehre vom interparietalen Syndrom bei Geisteskrankheiten. Z. ges. Neurol. Psychiat. **146**, 126 (1933).
- Hassler, R.: Die pathophysiologische Bedeutung des Thalamus für einige psychische Erscheinungen. Ber. Kongr. Neurol. Psychiat., Tübingen 1947. Hrsg.: E. Kretschmer. Tübingen: Alma Mater Verlag 1948.
- Motorische und sensible Effekte umschriebener Reizungen und Ausschaltungen im menschlichen Zwischenhirn. Dtsch. Z. Nervenheilk. **183**, 148 (1961).
- Riechert, T.: Klinische und anatomische Befunde bei stereotaktischen Schmerzoperationen im Thalamus. Arch. Psychiat. Nervenkr. **200**, 93 (1959).
- Hathaway, S. R., McKinley, J. C.: MMPI Saarbrücken Handbuch. Dtsch. bearb.: O. Spreen. Bern: Huber 1963.
- Haug, K.: Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. Hdb. d. Geisteskrankh., Erg.-Bd. I (1939).
- Hoff, H.: Beitrag zur Diagnostik der Thalamusläsion. Mschr. Psychiat. Neurol. **78**, 50 (1931).
- Der Thalamus, seine Anatomie, Physiologie und Pathologie. Wien. Z. Nervenheilk. **3**, 42 (1950).
- Osler, G.: Neurologie auf den Grundlagen der Physiologie. Wien-Bonn: Maudrich 1957.
- Pötzl, O.: Über die zerebrale Vertretung der Mediane von Körperbild und Sehraum. Wien. Z. Nervenheilk. **11**, 12 (1955).
- Huber, H.: Pneumencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1957.
- Klages, W.: Körpermäßempfindungen bei Thalamuskranken und bei Schizophrenen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **192**, 130 (1954).
- Psychiatrische Krankheitsbilder und Hirnentwicklung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **198**, 122 (1958).
- Depersonalisationserscheinungen bei hirnorganisch Kranken und Schizophrenen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **199**, 266 (1959).
- Die Thalamussymptomatik in ihrer Bedeutung für das Körperschema. Fortschr. Med. **81**, 557 (1963).
- Der vegetative Faktor in der Therapie der psychiatrischen Ambulanz. Physik.-Diät. Ther. **6**, Heft 2 (1965).
- Über eine „Thalamische Trias“ in der Symptomatik schizophrener Psychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **206**, 562 (1965).
- Analogien zwischen schizophrener und hirnorganischer Symptomatik. In: Schizophrenie und Zykllothymie, S. 155. Hrsg.: G. Huber. Stuttgart: Thieme 1969.
- Czernik, A.: Identifikationserlebnisse und ihre Vorbedingungen. Psychiat. clin. **1**, 129 (1968).

- Kleist, K., Gonzalo, J.: Über Thalamus- und Subthalamussyndrome und die Störungen einzelner Thalamuskerne. *Mschrr. Psychiat. Neurol.* **99**, 87 (1939).
- Lehmann-Fäcius, H.: Zur Klinik der Thalamus-Syndrome. *Nervenarzt* **19**, 503 (1948).
- Leonhard, K.: Traumatische Thalamusläsion mit Hemianästhesie und schwerer psychischer Veränderung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **109**, 264 (1939).
- Klinik des Thalamus opticus. *Nervenarzt* **21**, 200 (1950).
- Drei Formen von Entfremdung im Psychotischen und Psychopathischen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **200**, 66 (1959).
- Linhartová, V.: Geschichten ohne Zusammenhang. *edition suhrkamp* **141** (1965).
- Haus weit. *edition suhrkamp* **416** (1970).
- Chimäre oder Querschnitt durch die Zwiebel. *Literarisches Colloquium*, Berlin 1970.
- Mehrstimmige Zerstreuung. *Sonderreihe dtv* **97** (1971).
- Litowitz, N. S., Newman, K. M.: Borderline personality and the theatre of the absurd. *Arch. gen. Psychiat.* **16**, 268 (1967).
- Mayer-Gross, W.: On depersonalization. *Brit. J. Psychol.* **15**, 103 (1935).
- Steiner, G.: Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **73**, 283 (1921).
- Meyer, J. E.: Studien zur Depersonalisation. *Mschrr. Psychiat. Neurol.* **132**, 221 (1956).
- Studien zur Depersonalisation. II. *Psychiat. et Neurol. (Basel)* **133**, 63 (1957).
- Entfremdungserlebnisse. Stuttgart: Thieme 1959.
- Depersonalisation und Derealisierung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **31**, 438 (1963).
- Monnier, M.: Physiologie und Pathophysiologie des vegetativen Nervensystems. Bd. I. Stuttgart: Hippokrates 1963.
- Pap, v., Z.: Ein Fall von Thalamus-Syndrom mit Störungen des Körperschemas. *Mschrr. Psychiat. Neurol.* **89**, 336 (1934).
- Pappenheim, E.: Beiträge zum Problem der Entfremdungserlebnisse bei Hirnkranken. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **107**, 599 (1938).
- Petrilowitsch, N.: Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **194**, 289 (1956).
- Pötzl, O.: Über die Beteiligung des Thalamus am Sehakt. *Wien. klin. Wschr.* **51**, 1001 (1938).
- Hirnpathologie der Schwebesensationen. *Wien. klin. Wschr.* **55**, 921 (1942).
- Über Anfälle von Thalamustypus. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **176**, 793 (1943).
- Simma, K.: Die Ergebnisse der Thalamusforschung im letzten Jahrzehnt (1940 bis 1950). *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 51 (1952).
- Schaltenbrand, G.: Thalamus und Schlaf. *Allg. Z. Psychiat.* **125**, 48 (1949).
- Schuster, P.: Beiträge zur Pathologie des Thalamus opticus. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **105**, 358, 550 (1936); **106**, 13, 201 (1937).
- Stockert, v., F. G.: Ein Fall von thalamischer Hörstörung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **187**, 45 (1951).
- Stoerring, G. E.: Zur Psychopathologie des Zwischenhirns (Thalamus und Hypothalamus). *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **107**, 786 (1938).
- Über Thalamus-Blindheit (Primäre Sehzentren). *Ber. Kongr. Neurol. Psychiat.*, Tübingen 1947. Hrsg.: E. Kretschmer. Tübingen: Alma Mater Verlag 1948.
- Tellenbach, H.: Die Räumlichkeit des Melancholischen. *Nervenarzt* **27**, 12, 189 (1956).
- Trostdorf, E.: Vegetativ-thalamische Erscheinungen bei akuter Porphyrie. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **170**, 130 (1953).