

In die „Sammlung von Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“ sollen Arbeiten aufgenommen werden, die Einzelgegenstände aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie in monographischer Weise behandeln. Jede Arbeit bildet ein in sich abgeschlossenes Ganzes.

Das Bedürfnis ergab sich einerseits aus der Tatsache, daß die Redaktion der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie wiederholt genötigt war, Arbeiten zurückzuweisen nur aus dem Grunde, weil sie nach Umfang oder Art der Darstellung nicht mehr in den Rahmen einer Zeitschrift paßten. Wenn diese Arbeiten der Zeitschrift überhaupt angeboten wurden, so beweist der Umstand andererseits, daß für viele Autoren ein Bedürfnis vorliegt, solche Monographien nicht ganz isoliert erscheinen zu lassen. Es stimmt das mit der buchhändlerischen Erfahrung, daß die Verbreitung von Monographien durch die Aufnahme in eine Sammlung eine größere wird.

Die Sammlung wird den Abonnenten der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“ zu einem um ca. 20% ermäßigten Vorzugspreise geliefert.

Angebote und Manuskriptsendungen sind an einen der Herausgeber, Professor Dr. A. Alzheimer, Breslau, Auenstraße 42 oder Professor Dr. M. Lewandowsky, Berlin W 62, Lutherstraße 21 erbeten.

Die Honorierung der Monographien erfolgt nach bestimmten, zwischen Herausgebern und Verlag genau festgelegten Grundsätzen und variiert nur je nach Höhe der Auflage.

Abbildungen und Tafeln werden in entgegenkommender Weise ohne irgendwelche Unkosten für die Herren Autoren wiedergegeben.

---

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND  
PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON

**A. ALZHEIMER-MÜNCHEN** UND **M. LEWANDOWSKY-BERLIN**

HEFT 9

---

**SELBSTBEWUSSTSEIN**  
UND  
**PERSÖNLICHKEITSBEWUSSTSEIN**

**EINE PSYCHOPATHOLOGISCHE STUDIE**

VON

**DR. PAUL SCHILDER**

ASSISTENT AN DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK  
DER UNIVERSITÄT LEIPZIG



**BERLIN**

VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1914

ISBN 978-3-642-47280-0      ISBN 978-3-642-47702-7 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-642-47702-7

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen,  
vorbehalten.

Copyright 1914 by Julius Springer in Berlin.  
Softcover reprint of the hardcover 1st edition 1914

MEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER  
HERRN GEHEIMRAT PROFESSOR DR. G. ANTON  
IN DANKBARKEIT ZUGEEIGNET



## Einleitung.

# Ich, Selbstbewußtsein und Persönlichkeit.

### I.

Wenn wir unbefangen festzustellen versuchen, was wir als das Ich eines anderen bezeichnen und was wir zu seiner Persönlichkeit rechnen, so ergibt sich etwa folgendes: Jener andere präsentiert mir zunächst eine Persönlichkeit aus einem bestimmten Volksstamme und aus einer bestimmten sozialen Schichte. Aber ich bin mir stets bewußt, daß die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Nationalität, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesellschaftsklasse einen Träger voraussetzen. Jener Träger bleibt immer der gleiche; wenn ich auch etwa erfahren sollte, daß ich mich in der Zuordnung zu einer bestimmten Nation geirrt habe, oder wenn es sich auch ereignen sollte, daß er durch Schicksalschläge aus seiner sozialen Position verdrängt wird. Wir wundern uns nicht, wenn der Held der Tragödie aller äußeren Ehren beraubt, versichert, noch sei er, er selbst und wir werden uns dabei bewußt, daß all dieses nur Hülle und Schale gewesen ist. In viel innigerer Weise scheint uns der andere durch seinen Körper repräsentiert zu sein und wenn wir uns auch nicht verhehlen, daß Kind und Greis nur geringe Ähnlichkeit besitzen, suchen wir doch die Züge des einen im Antlitz des anderen wiederzuerkennen und erwarten im Grunde doch ein und dasselbe wieder zu finden. Auch die Wissenschaft stützt diese Annahme einer besonderen Eigenart des individuellen Organismus. Überpflanzungen von Organen gelingen dann am sichersten, wenn das Organ innerhalb desselben Organismus überpflanzt wird. Gleichwohl denken wir an anderes, wenn wir von Ich und Persönlichkeit sprechen. Wir denken an ein eigenartiges psychisches Geschehen und sogar innerhalb des Psychischen pflegen wir noch zwischen Charakter und Erfahrung zu sondern. Die Denkweise des praktischen Lebens ist in dieser Hinsicht durchaus konsequent. Wir pflegen es als Beleidigung aufzufassen, wenn der Versuch gemacht wird, unsere Persönlichkeit als einfache Summe des Gelernten und Erlebten darzustellen. Die Denkweise des praktischen Lebens fordert also etwas als Grundlage der Persönlichkeit, das nicht erfahren und nicht gelernt ist.

Auch die Beobachtung des eigenen Innenlebens ergibt, wenigstens dann, wenn wir uns mit den Augen der anderen, das heißt, vom Standpunkte des sozialen Lebens aus betrachten, keine Notwendigkeit von diesem Standpunkt abzugehen. Die Schwierigkeiten beginnen erst in jenen Momenten, wo wir uns

rein betrachtend in das eigene Innenleben versenken. Es muß in der Tat zugegeben werden, daß dann ein Icherlebnis zu mangeln scheint und auch die Konstanz und Einheitlichkeit des Ich erscheint nicht immer gewahrt.

Es ist ein Problem von großer Bedeutung, ob in der Tat das Icherlebnis jenen Momenten fehlt und ob die tiefere Betrachtung nötigt, den oben skizzierten Standpunkt des täglichen Lebens zu verlassen.

Man würde zunächst versuchen, die entwicklungsgeschichtliche Methodik zur Klärung der Frage heranzuziehen. Wer sich mit Tierpsychologie beschäftigt hat, wird zugeben, daß hier Möglichkeiten zu einer genetischen Erklärung des Ichbegriffs und des Ichproblems nicht ohne weiteres gegeben sind. Vielmehr reflektiert sich in den entsprechenden Anschauungen auf diesem Gebiete nur das, was auf anderem Wege über das Problem ermittelt wurde<sup>1)</sup>.

Aussichtsreicher erscheint eine Untersuchung, die sich auf völkerpsychologische Methodik<sup>2)</sup> stützt. Es liegt in der Tat ein Aufsatz von Flügel vor, doch ist die Behandlung der Frage eine durchaus schematische und führt nicht weiter. In den Quellschriften findet man manches einschlägige, doch ist die Deutung keineswegs leicht zu geben. Eine Deutung des wertvollen empirischen Materiales scheint vielmehr nur dann möglich zu sein, wenn wir an es herantreten mit einer Methodik, welche uns erlaubt, zu sichten und zu ordnen.

Auch die Kinderpsychologie ist nicht geeignet, hier klärend zu wirken. Bestehen doch selbst Kontroversen darüber, in welcher Weise das Wort Ich zum ersten Mal auftaucht. Ja es scheint, daß sich hierüber keine allgemeinen Regeln aufstellen lassen (vgl. Meumann und Gheorgoff, C. u. W. Stern). Einzelne Tatsachen aus diesem Gebiete sind für unser Problem natürlich interessant und bedeutungsvoll. So z. B., wenn W. Stern angibt, daß Kinder die Photographien der Personen ihrer Umgebung außerordentlich früh erkennen. Doch wird man auch diese Tatsachen erst dann sinngemäß verwerten können, wenn auf anderem Wege die Grundlagen für eine Behandlung des Problems gewonnen sind.

Unser Weg ist der, daß wir uns zunächst im Groben phänomenologisch zu orientieren versuchen und dann die gewonnenen Kriterien verwenden zu einer Durchforschung empirischen Materiales aus einem anderen Gebiete: der Psychopathologie.

Wir meinen die Phänomenologie, wie sie Husserl entwickelt hat, als eine Normwissenschaft des Seelischen, die im reinen Erschauen gegeben ist. Wenn ich die Welt des Wirklichen nicht mehr beachte und den Blick richte nach den Sphären, welche das Gebiet des reinen „cogito“ darstellen, dann treibe ich Phänomenologie. „Individuelles Sein jeder Art ist, ganz allgemein gesprochen zufällig. Es ist so, es könnte seinem Wesen nach anders sein. Mögen auch bestimmte Naturgesetze gelten, vermöge deren, wenn die und die realen Umstände faktisch sind, die und die bestimmten Folgen faktisch sein müssen: solche Gesetze drücken doch nur faktische Regelungen aus, die selbst ganz anders lauten könnten und die schon voraussetzen als zum Wesen von Gegenständen möglicher Erfahrung von vornherein gehörig, daß dergleichen von ihnen geregelte Gegenstände an sich selbst betrachtet zufällig sind. Aber der

<sup>1)</sup> Vgl. z. B. bei Ribot.

<sup>2)</sup> Zu vgl. Wundt: Völkerpsychologie.

Sinn dieser Zufälligkeit, die da Tatsächlichkeit heißt, begrenzt sich darin, daß sie korrelativ bezogen ist auf eine Notwendigkeit, die nicht den bloßen faktischen Bestand einer geltenden Regel besagt, sondern den Charakter der Wesensnotwendigkeit und damit auch Beziehung auf Wesensallgemeinheit hat.“ Diese Welt der Wesenseinheiten erschließt sich, wenn ich die reale Welt mit einer neutralisierenden Klammer versehe, sie weder bejahe noch verneine, sondern ihr individuelles Dasein dahingestellt sein lasse. Es verbleibt dann eine Erlebnis-sphäre des reinen Bewußtseins, in der ich das Wesen der Wahrnehmungserlebnisse erschauen kann, in der ich mir das Wesen der Wahrnehmung (etwa einer Wahrnehmung des Baumes) vergegenwärtigen kann.

Und eben auf jene Wesensanschauung zielt die Phänomenologie, sie hat nichts zu tun mit dem realen empirischen Erleben der Psychologie (vgl. im Gegensatz hierzu Messer). Daß die Phänomenologie Husserls keine gereinigte deskriptive Psychologie ist — eine Mißdeutung, welche einzelne Äußerungen der ersten Auflage der logischen Untersuchungen allerdings nahelegten —, betone ich hier schon deshalb, weil Jaspers diesen Begriff der Phänomenologie den Psychopathologen vermittelt hat (freilich ohne direkte Beziehung auf Husserl zu nehmen). Hier verweise ich nur noch darauf, daß diese Methodik ihren heuristischen Wert bereits erwiesen hat. Die denkpsychologischen Untersuchungen der Külpeschen Schule knüpfen an die Ideengänge Husserls an (insbesondere Bühler). Gerade diese Forschungen sind aber von einer kaum abzuschätzenden Bedeutung für die Psychopathologie. Das wird auch von Pick in seinem Buche über Agrammatismus nachdrücklich hervorgehoben.

Ich bin überzeugt, daß das psychopathologische Material sich auch in der Sprache der Assoziationspsychologie darstellen läßt. Ich glaube aber, daß eine widerspruchsfreiere Ordnung mittelst der hier verwerteten phänomenologischen und psychologischen Untersuchungen möglich ist. Ich hoffe das im weiteren Verlauf der Arbeit zeigen zu können.

## II.

Wir untersuchen zunächst, ob und in welcher Weise in der Wahrnehmung ein Ich enthalten ist.

Der einfachste Fall von Wahrnehmung ist die Wahrnehmung eines einfachen Sinnensinhalts, einer Farbe oder eines Tones. Nach Hume und Mach gibt es eine Empfindung, ohne daß ein Ich da ist, welches empfindet. Mit Lipps lehne ich eine Perzeption an sich ab und vermeine: „Das Wort Perzeption ist der kurze Ausdruck dafür, daß „ich“ etwas perzipiere. D. h. das Wort wird sinnlos einerseits, wenn ich das Etwas wegnehme, das perzipiert wird. Und es wird ebenso sinnlos, wenn ich das Perzipieren wegnehme. Es wird aber endlich nicht minder sinnlos, wenn ich das perzipierende Ich in Gedanken weglassse. Aber dies eben tut man. Dann hat man sachlich nichts mehr. Nur das Wort „Perzeption“ ist gerettet.“ Wir stehen aber in Wirklichkeit nicht einfachen Sinneseindrücken gegenüber, sondern Gegenständen. Selbst wenn ich „Rot“ sehe, ist das Erlebnis nicht etwa, daß ich die Empfindung rot habe, sondern ich sehe einen roten Gegenstand. Ich sehe durch die Fülle der Abstufung der Empfindung hindurch ein einfaches unverändertes Rot.

Wir wollen eine einfache Dingwahrnehmung zu analysieren versuchen.

Wenn ich meinen Blick auf einen Tisch richte, so sehe ich unmittelbar vor mir eben diesen Gegenstand. Die Beleuchtung mag, während ich den Tisch beachte, einem fortwährenden Wechsel unterliegen, ich sehe doch den gleichen Tisch. Die Änderungen der Empfindungen, die sich vollziehen, während ich den Tisch beachte, werden überhaupt nicht wahrgenommen<sup>1)</sup>. Zwar sind meine Augen niemals ruhig, sie schwanken ständig, auch wende ich den Kopf hin und her. Aber alle diese unendlich zahlreichen Abstufungen, welche die Empfindungen hierdurch erfahren, ändern nichts daran, daß ich den Tisch als gleichen vor mir sehe. Ich kann auch näher an den Tisch herantreten, kann ihn betasten, ihn von einer anderen Seite ansehen, es bleibt der gleiche Tisch. Wir sagen, hier liegt ein auf einen Gegenstand gerichteter Akt vor und unter-Akterlebnissen verstehen wir eben solche, in denen uns „Inhalte“ gegenständlich werden. Von jedem Gegenstand ergibt sich eine unendliche Fülle derartiger Abschattungen. Habe ich aber eine derartige Wahrnehmung des Tisches vollzogen, so kann ich nun meine Aufmerksamkeit auf dieses oder jenes Merkmal des Gegenstandes richten, etwa auf eine seltsame Verzierung des Tisches oder die auffallende Form der Platte. Ich kann an dem Tische eine Fülle von einzelnen Besonderheiten und Merkmalen sehen. Aber indem ich jedes einzelne dieser Merkmale beachte, wird es mir gegenständlich und ich vollziehe einen Akt. In jedem dieser Akte lebt nun das Ich. Ist nun, so kann man fragen, in dieser Wahrnehmung des Dinges Tisch mit seinen vielen Merkmalen nicht schon ein vielfaches Icherlebnis enthalten? Aber schließlich fasse ich alle die Akte, welche auf einzelne Merkmale gerichtet waren, zusammen in die Wahrnehmung des so und so bestimmten Tisches und diese Wahrnehmung des so und nicht anders gearteten Tisches ist für mich nur ein unteilbares Erlebnis in dem wieder ein unteilbares Ich lebt. Das Gesamterlebnis ist schließlich mit den Worten beschrieben: Ich nehme den Tisch wahr. Von einer Vielheit der Icherlebnisse kann dabei nicht die Rede sein. Der Gegenstand Tisch wird schließlich in einem einheitlichen Akte gemeint.

Aber ich meine den Tisch nicht als isoliertes, sondern er hebt sich von einem mehr oder minder deutlich gegebenen Hintergrunde ab und gerade dieses Abgehobensein des Tisches von allem übrigen ist mit gemeint, wenn ich sage, ich nehme den Tisch wahr. Die Wahrnehmung hebt also einen bestimmten Gegenstand aus allen übrigen heraus und ich bin in dem Akte, der den Tisch in seiner Umgebung erfaßt, darin. Es ändert nichts an der Sachlage, wenn eine Vielheit von Gegenständen so herausgehoben wird, wenn ich etwa einen Tisch und einen Stuhl in einem Erlebnis herausnehme. Sie bilden gegenüber dem Gestaltlosen, aus dem sie hervorgehoben wurden, eine neue Einheit, die sich durch die Art, wie sie erlebt wird, charakterisiert. Ebenso wie die Vereinheitlichung im Akte der Wahrnehmung sich über räumliche Grenzen hinwegsetzt, setzt sie sich auch über zeitliche hinweg. Es gibt ein einheitliches Erleben eines Buches, auch wenn dieses im Verlauf mehrerer Tage durchgelesen wird. Es gibt ein einheitliches Erleben von Musikstücken. Es wird die Eroika gleichsam mit einem Blicke überschaut. Auch hier muß von Vereinheitlichung gesprochen werden, und in diesem einen Blick ist eben das Ich darinnen, es lebt

<sup>1)</sup> Die Empfindungen und die sie „auffassenden“ oder apperzipierenden Akte werden hierbei erlebt, aber sie erscheinen nicht gegenständlich, sie werden nicht gesehen, gehört, mit irgend einem Sinne wahrgenommen (Husserl).

in diesem aktmäßigen Erfassen und wir beschrieben Icherlebnisse, als wir von den verschiedenen Arten des Wahrnehmens sprachen. Nicht bloß das Erlebnis des Vordergrundes ist ein Icherlebnis, sondern das Erlebnis des Hintergrundes trägt als wesentliches Merkmal in sich, daß auch der Hintergrund von einem Ich erlebt wird und daß alles so gegebene jederzeit zu einem vollen Erleben des Ich werden kann. Und eben dieses eigenartige Erleben verschmilzt wieder mit dem Erfassen des Gegenstandes, der im Vordergrunde steht.

Es ist zu fragen, wie denn dieses: ich nehme wahr, gedacht werden muß. Ob das Ich, von dem ich spreche, nicht gedacht werden kann und gedacht werden muß als eine Summe alles dessen, was überhaupt jemals erlebt wurde, eine Summe der anderen Wahrnehmungen, Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und Strebungen. Diese Bündeltheorie des Ich lehne ich schon deshalb ab, weil jedes dieser Erlebnisse einen Ichbestandteil bereits in sich enthält. Ich meine also nicht, daß das Ich als Subjekt zum Objekt hinzugedacht werden muß, weil ein Objekt ohne Subjekt nicht denkmöglich ist, sondern ich meine, daß ich ein Ich konstatieren kann, wenn ich mir das: ich nehme wahr vor mein inneres Auge hinstelle und mir rein vergegenwärtige. Mit jeder Perzeption ist, so meine ich, ein Ich untrennbar gegeben. Ich komme also zu der Anschauung, daß das Ich keinen denknöthigen Beziehungspunkt, sondern ein unmittelbar gegebenes Erlebnis darstellt.

Sofort taucht die weitere Frage auf, in welcher Weise denn das Icherlebnis in dem Wahrnehmungsakt gegeben ist. Man könnte es suchen im Inhalt, also in den Empfindungen, die durch den Akt gesehen und gegenständlich gemacht werden. Aber diese Annahme haben wir ja bereits abgelehnt, denn sonst müßten wir ja zu der Anschauung kommen, daß es auch Empfindungen geben kann, welche nicht Empfindungen eines Ichs sind. Das haben wir aber bereits abgelehnt.

Wir finden vielmehr das Ich im Akte enthalten. Es liegt nicht in der Materie <sup>1)</sup> des Aktes. Es ist ohne weiteres klar, daß keine Modifikation des Icherlebens dann eintritt, wenn ich das eine Mal wahrnehme: ein gleichseitiges Dreieck und das andere Mal: ein gleichwinkeliges Dreieck.

Das Ich wird aber auch dadurch nicht verändert, daß ich den Gegenstand das eine Mal als einen wirklichen und das andere Mal als einen phantasierten meine. Es hat also auch mit der Qualität des Aktes nichts zu tun.

Es ist eben dasjenige, welches in nicht näher beschreibbarer Weise gesetzmäßig den Akterlebnissen verbunden ist. Während jedoch Materie und Qualität der Akte eines Individuums so außerordentlich variieren können, ist der Ichcharakter aller dieser einförmig derselbe. Er wird ständig erlebt und haftet an jedem Erlebnis. Inwieweit auch er Modifikationen zugänglich ist, ist ja das Thema aller unserer Ausführungen. Es wird sich nun ergeben, daß dieses einförmige und konstante Ich gleichsam den Widerschein der Akte über sich

---

<sup>1)</sup> Husserl unterscheidet Qualität und Materie des Aktes, wobei unter Materie das Gegenständliche, welches der Akt meint und die Weise, in welcher der Gegenstand gemeint ist, verstanden wird. Ich kann z. B. sagen: ein gleichseitiges Dreieck und ich kann auch sagen: ein gleichwinkeliges Dreieck und meine in beiden Fällen den gleichen Gegenstand. Gleichwohl ist er auf verschiedene Weise gemeint.

Unter Qualität des Aktes wird verstanden die gegenständliche Setzung in den verschiedenen Arten des Urteilens, Wünschens, Wahrnehmens und Vorstellens.

gebreitet hat, die von ihm ausstrahlen. Wir sprechen im folgenden vom Selbst, wenn wir eben diese eigenartigen Tingierungen des Ich je nach den Akten, die von ihm ausstrahlen, meinen.

Scharf getrennt werden muß von dem schlichten Erleben des Ich das Wissen von diesem Erleben. Und hier muß ich denjenigen Recht geben, welche behaupten, daß das Subjekt nicht sein eigenes Objekt sein könne. Wenn ich vom Icherleben weiß, ist das Ich in dem Akte des Wissens wieder enthalten und nicht in dem früheren Icherlebnis. Zweifellos liegt in dem Momente, wo ich sage, ich weiß, daß ich wahrnehme, das Icherlebnis im Wissen und nicht im Wahrnehmen. Es scheint also dann nicht einmal eine besondere Vereinheitlichung des Wissens und des Wahrnehmens notwendig zu sein. Wir trennen also Selbstbewußtsein vom Icherlebnis. Dieses ist im Aktvollzuge bereits gegeben.

Wir haben eine wichtige Gruppe neuer Erlebnisse zu berücksichtigen. Ich kann den Akt des Wahrnehmens vollziehen in der Art, daß sich das Erlebnis des Hintergrundes, dem des eigentlichen Sehens rückhaltlos fügt. Es kann aber dieser Hintergrund derart beschaffen sein, daß außer dem Tisch, den ich aktuell wahrnehme, noch anderes begehrt in voller Gegenständlichkeit aufmerksam gefaßt zu werden. Dieses Erlebnis wird sich auch bemerkbar machen in dem Akte des Erfassens des Tisches. Ich werde gleichsam nur mit halber Seele, mit halber Aufmerksamkeit bei der Erfassung des Tisches sein. Jetzt ist es so, daß in dem Erlebnis des Hintergrundes etwas enthalten ist, welches zum Vordergrund hindrängt. Alles das wird von dem Ich wieder in einem Blicke gesehen. Der Vordergrund, der Hintergrund und das Vordringen des Hintergrundes. Gleichwohl haben wir zwei verschieden gerichtete Tendenzen (das Wort im allgemeinsten Sinne genommen) vor uns und diese Tendenzen werden in dem Akte der Wahrnehmung des Tisches nicht vereinheitlicht. Wir sprechen in diesem Falle von einer mangelnden Vereinheitlichung der aktuellen Tendenzen. Wir betonen, daß wir hiermit anderes meinen als die Einheitlichkeit der Wahrnehmung und wir wollen im folgenden Vereinheitlichung schlechthin und Vereinheitlichung aktueller Tendenzen auseinanderhalten. Wir haben also festgestellt, daß eine eigenartige Abänderung des Erlebens dann eintritt, wenn verschiedene aktuelle Tendenzen des Wahrnehmens vorhanden sind, die nicht vereinheitlicht werden.

Aber die nicht berücksichtigte zweite Tendenz kann in sehr verschiedener Art in das Erleben eingehen. Sie kann gleichsam ausdrücklich in dem Vordergrundserlebnis mit erlebt werden. Sie wird gleichsam als Widerspruch mit erlebt und die Wahrnehmung ist eine widersprochene. Der eigenartige Aktcharakter dieses widersprochenen Erlebens ist das Erlebnis der Unechtheit. Es ist jedoch neben diesem Erleben dieser Lösung des Konfliktes der aktuellen Tendenzen noch eine zweite möglich. Es kann die aktuelle Tendenz, welche erlebt wird, als Hintergrundserlebnis einfach neben die andere hingestellt werden, d. h. es wird in diesem Falle gar nicht zu einem Widerspruch kommen, sondern die nicht zur Wirkung gekommene Tendenz ist einfach vorhanden und beeinträchtigt die Art des Erfassens des Gegenstandes im Vordergrund nur insoweit, als in dem Vordergrundserlebnis nicht jene volle Aktivität vorhanden ist, die ihm normaler Weise zukommen würde. Es wäre in diesem Falle gleichsam nur eine Zersplitterung des Erlebens vorhanden. Es wird die Wahrnehmung, welche das Hervortreten aus dem Hintergrund fordert, vernachlässigt.

Es könnte scheinen, daß wir mit diesen Ausführungen Hypothesen aufstellen. Angestrebt ist jedoch eine reine Tatsachendarstellung zu geben, es wurden zwei Arten Erlebens beschrieben: 1. jene eigenartige Färbung des Akterlebens, wenn aktuelle Tendenzen anderer Art widersprechen und 2. jene, wenn ich so sagen darf, relative Unverändertheit des Erlebens, wenn anders gerichtete aktuelle Tendenzen zwar vorhanden sind, aber nicht ausdrücklich in das Erleben einbezogen werden <sup>1)</sup>. Wir müssen also sagen, eine Vereinheitlichung im strengsten Sinne findet in beiden Fällen nicht statt, sie wird gleichsam angebahnt in dem ersten Falle, sie wird nicht einmal versucht in dem zweiten.

Wir sprachen wieder nur von einer Vereinheitlichung der Tendenzen. Jene Zusammenfassung im weitesten Sinne, daß die Erlebnisse sowohl des direkt gefaßten Gegenstandes als auch die der nur im Faßbereich des Ich gelegenen Gegenstände in ein Erlebnis zusammengefaßt werden, jene findet freilich statt. Es ist eben die Zusammenfassung in der Einheit des Ich.

Es ist im vorangehenden eine Vereinfachung im Interesse der Darstellung insofern vorgenommen worden, als wir als Hintergrund des Wahrnehmungsgegenstandes nur Wahrnehmungsgegenstände annahmen. Wir müssen scharf betonen, daß dieser Hintergrund nicht bloß durch Gegenstände möglicher Wahrnehmung gebildet wird, sondern daß dieser Hintergrund auch Gefühle, Strebungen, Gedanken und Vorstellungen umfaßt. Die Widersprochenheit einer Wahrnehmung kann auch ausgehen von einem Gefühl, von einer Vorstellung etc. Alle diese Modifikationen des Icherlebens ändern nichts daran, daß es ein Icherleben ist. Wir haben nur verschiedene Seiten und Möglichkeiten desselben beschrieben. Wir haben gleichzeitig gezeigt, in welcher Weise die Einheitlichkeit des Icherlebens in allen diesen Fällen gewahrt ist und haben die besondere Art dieser Einheitlichkeit beschrieben.

Unsere Erwägungen führten zu einer reinlichen Scheidung von Icherlebnis und Selbstbewußtsein. Wir fügen hinzu: Selbstverständlich können die verschiedenen Arten des Icherlebens in einem neuen Akte gefaßt werden. Das Individuum kann wissen, daß es in unechter Weise, in widersprochener Weise wahrnimmt. Es kann auch wissen, daß es nicht mit der vollen ihm zu Gebote stehenden Kraft (dieser Ausdruck ist bildlich) wahrnimmt. Es wird dann das Individuum sagen können, ich bin verändert und zwar mit einem guten Sinn. Wir werden jedoch diesen Ausdruck dahin korrigieren, daß wir sagen, neuartige Icherlebnisse sind vorhanden, diese aber sind gleichwohl wieder Erlebnisse, welche dem gleichen Ich zugehören. Und wir werden sagen, daß das Selbstbewußtsein des Individuums Veränderungen erlitten hat. Das Ich selbst bleibt uns unverändert und konstant. Denn wir haben im vorangehenden gezeigt, daß jedem Erleben ein Ichmoment innewohnt, eine Behauptung, die sinnlos wäre, wenn wir unter Ich etwas verstünden, was dem ständigen Wechsel unterworfen ist. Dieses Ich ist uns etwas, was keine Veränderungen eingeht. Wir behaupten also nicht bloß, daß das Icherlebnis ein spezifisches sei, sondern auch, daß dieses spezifische Erleben ein konstantes und unveränderliches ist. Es ist eben: Ich.

---

<sup>1)</sup> Meines Erachtens finden sich auch in diesem Falle qualitative Abänderungen des Vordergrunderlebens, nur in geringerem Grade.

## III.

Sehr ähnliche Erwägungen, wie sie sich uns im vorangehenden betreffs der Wahrnehmung aufdrängten, lassen sich für die Gefühle und Gemütsbewegungen anstellen. Ein Gefühl, ohne ein Ich das fühlt, ist, wie ich mit Lipps hervorheben muß, nicht denkbar. Es erscheint uns jedoch notwendig, zunächst noch mit einigen Worten auf die Gegenständlichkeit der Gefühle einzugehen. Nach Lipps, dem sich Oesterreich anschließt, stehen die Gefühle dem Ich nicht gegenständlich gegenüber, sondern sind Ichzuständlichkeiten. Das bekannte Beispiel von Lipps ist, man könne nicht sagen, man sei farbig oder sauer, wenn man Farbe oder Sauerkeit empfinde, man sage aber mit gutem Rechte: ich bin lustig, erfreut, traurig etc. Demgegenüber ist folgendes zu bemerken. Betrachten wir irgend etwas Rotes, so knüpft sich an das Rot irgend ein Gefühl und dieses lokalisieren wir, eben dort, wo wir das Rot sehen, d. h. wir stellen das Gefühl gleichsam vor uns hin, ebenso wie wir auch sonst Gegenstände vor uns hinstellen. Das gleiche gilt von den Annehmlichkeiten und Unannehmlichkeiten der Geschmacks- und Geruchseindrücke. Wir stellen auch diese vor uns, d. h. es sind Gegenständlichkeiten und nicht Zuständlichkeiten. Ich lokalisiere die Angst, die ich fühle, in der Herzgegend oder im Kopfe. Sie ist für mich irgendwo in meinem Körper. Auch die Unlust am Zahnschmerz, den ich empfinde, steht mir gegenüber. Es gibt also phänomenologisch einen sehr guten Sinn, wenn Stumpf von Gefühlsempfindungen spricht. Wir betonen also, daß Gegenständliches jedenfalls vorliegt. Die Analyse von Geiger, welcher seinen Versuchspersonen Farben und Landschaften vorlegte, spricht im gleichen Sinne. In allen diesen Fällen tritt mir das Gefühl gegenüber.

Eine scheinbare Ausnahme bieten die Stimmungen. Aber man hat sich von der Sprache irre führen lassen. Die Stimmung ist nicht etwa ein stets vorhandener Ärger, sondern es ist die ärgerliche Stimmung darin gegeben, daß der Ärger durch Gegenstände besonders leicht ausgelöst wird. Der Ärgerliche ärgert sich über Vorstellungen und Gedanken, welche diesen Affekt sonst nicht bei ihm ausgelöst hätten. Es sind ihm diese Gedanken und Vorstellungen ärgerlich. Ich sehe also in dem Ausdruck ich bin ärgerlich nicht die Tatsache, daß tatsächlich ein gegenstandsloser Ärger besteht, sondern die Sachlage ist die, daß eine besondere Disposition der Auslösung des Ärgers vorhanden ist. Und dieser Ärger haftet gleichsam an den Dingen, er hängt an ihnen. Oder noch besser es besteht die Tendenz den Ärger an die Erlebnisse zu binden. Mit andern Worten auch bei der ärgerlichen Stimmung bleibt der Ärger an den Gegenstand gebunden, und ist Teil desselben. Die gleichen Erwägungen gelten für die traurige und heitere Stimmung.

Wir haben gezeigt, daß die Gefühle gegenständlich Faßbares enthalten, in dem gleichen Sinn, wie in den Empfindungen gegenständlich Faßbares enthalten ist. Gleichwohl wäre es falsch zu leugnen, daß die Gefühle auch Ichzuständlichkeiten sind. Das lustbetonte Ereignis, in dessen Aufbau die Gefühlsempfindung Lust mit einbezogen ist, ist eben noch dadurch charakterisiert, daß ich mich demselben lustvoll zuwende. Es liegt also auch in der Zuwendung selbst etwas gefühlsmäßiges, es ist eben eine fühlende Zuwendung. Es ist also eine Intention auf das Erlebnis selbst vorhanden und auf diese baut sich eine Intention auf die Wohlgefälligkeit des Ereignisses. Diese zweite Intention hat



aber den Aktcharakter des Fühlens, ich meine eben die Lust an dem Gegenstande anders, als ich den Gegenstand selbst meine. Nun haben wir immer wieder die engen Beziehungen zwischen Ich und intentionalem Meinen betont. Da wir das Fühlen auch als besondere Form des aktmäßigen Erfassens erkannt haben, so muß sich auch das Ich in diesem aktmäßigen Erfassen in besonderer Weise aussprechen.

Wir verdeutlichen unsere Auffassung in folgender Weise. Wenn ich einen Gegenstand wahrnehme und ihn als wirklichen meine, so bietet die Empfindung das Material zu der Wahrnehmung. Ärgere ich mich über den Gegenstand, so kommt zu der Empfindungsmasse noch ein sinnliches Gefühl hinzu. Gleichzeitig ist die Intentionalität, welche auf das Ereignis gerichtet ist, eine andere geworden. Wir unterscheiden also an Gefühlen einen sinnlichen und einen aktmäßigen Bestandteil.

Man könnte nun denken, es läge in dem Falle des lustvollen Rot, oder der traurigen Landschaft nur der sinnliche Bestandteil des Gefühles vor. Es ist jedoch in diesem sinnlichen Bestandteil die Forderung enthalten, intentional gefaßt zu werden und zwar mit der ihm entsprechenden Intentionalität. Zu mindest liegt also in derartigen Erlebnissen der Keim, die Tendenz einer lustvollen oder traurigen Zuwendung. Ich komme darauf noch im folgenden zurück.

Wir haben hinzuzufügen, daß sich die Gültigkeit dessen, was wir oben für die Wahrnehmung ausgeführt haben, auch auf das Gefühl erstrecken muß. Denn auch das Gefühl ist ja Inhalt, das erst durch den Akt seine spezifische Beseelung enthält. Es schließt sich also an die große Fülle der Wahrnehmungsakte die Summe der Gefühlsakte. Das Ich, das in den Gefühlsakten lebt, ist aber durchaus identisch mit dem Ichmomente der Wahrnehmung. Wenn sich nun in der Freude über etwas, die gegenständliche Erfassung des Wirklichen und die Freude an diesem Sachverhalt in enger Bindung zu einem neuen Erleben zusammenfassen, so ist ebenso wie dieses Erlebnis selbst das Ich, welches darin enthalten ist, ein durchaus einheitliches. Freilich ist diese Einheitlichkeit eine andere als wenn ich Tisch und Stuhl in einem inneren Blicke überschaue. Man kann sagen, daß auch die Einheit des Icherlebens in beiden Fällen eine verschiedene ist und deshalb mußte auch auf diese Erlebnisarten an dieser Stelle verwiesen werden.

Und jetzt können wir hinzufügen, daß die Ausführungen über aktuelle Tendenzen und über ihre Vereinheitlichung auch für das Gefühlsleben Gültigkeit besitzen. Und ich glaube sogar, daß wir die beiden Fälle des Widerspruchs und des Nebeneinanderstehens der aktuellen Tendenzen noch klarer herausheben können als es bei der Wahrnehmung möglich war. Ich kann mich über einen Gegenstand gleichzeitig freuen und ärgern. Freude und Ärger können gleichsam nebeneinander stehen, ohne sich gegenseitig zu berühren (es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß wir uns nicht darum kümmern, ob eine strenge Gleichzeitigkeit vorhanden ist. Wir haben schon oben hervorgehoben, inwieweit für Akterlebnisse Zeitmaßstäbe Gültigkeit haben.) Die Ichstrahlen, welche getrennt zu Freude und zu Ärger ziehen, werden nicht vereinheitlicht. Sie werden allerdings zusammengefaßt in einem Ich, welches der Gesamtsituation gegenübersteht. Wiewohl also eine Vereinheitlichung nicht eintritt, kann doch nicht von einer Vielheit der Icherlebnisse gesprochen werden.

Das Gesamterlebnis wird nun ein ganz anderes sein, wenn der Ärger zu der

Freude gleichsam in Beziehung gesetzt wird. Wenn ich einesteils den Ärger nicht voll erlebe, weil ihm von der gleichzeitigen Freude widersprochen wird und wenn ich die Freude nicht voll erlebe, weil sie von dem gleichzeitigen Ärger Widerspruch erfährt. Es ist eine neue Bindung dieser aktuellen Tendenzen erfolgt, es hat eine Durchdringung stattgefunden, die jedoch nicht zu einer vollkommenen Synthese geführt hat. Es liegt also eine neue Zusammenfassung besonderer Art vor. Von einer vollkommenen Synthese, von einer vollkommenen Vereinheitlichung müßte dann gesprochen werden, wenn ich mich dazu durchringe, etwa den Ärger gleichsam in die Freude mit aufzunehmen, gleichsam eine Freude zu erleben, die den Ärger besiegt hat oder umgekehrt einen Ärger zu erleben, der die Freude besiegt hat. In diesem Ärger und in dieser Freude sind die entgegenstehenden Gefühle gleichsam in ihrer vollen Wertigkeit enthalten, es sind Gefühlserlebnisse, welche die aktuellen Tendenzen des Individuums zu einer vollen Synthese bringen. In dem Falle des Widerspruchs dagegen kann jedoch von einer vollkommenen Synthese nicht gesprochen werden. Das sind jene Fälle, in welchen nach dem Ausdrucke von Haas den Gefühlen aus tieferer Schichte widersprochen wird. Es sind das die unechten Gefühle. Wir haben ergänzend hinzuzufügen, daß der Widerspruch auch repräsentiert werden kann durch andersartige Erlebnisse. Wieder haben wir in den gegebenen Beschreibungen Icherlebnisse beschrieben und wir halten gerade jene verschiedenen Arten der Zusammenfassung für außerordentlich wichtig zur reinen Beschreibung der Icherlebnisse.

Eine Freude, ein Ärger kann nun auf sehr verschiedene Art gegeben sein, auch wenn ein Widerspruch nicht vorhanden ist. Das Gefühl kann sich abheben von einem indifferenten Hintergrunde. Dieser Gefühlshintergrund kann aber in dem Erleben einen breiten Raum einnehmen oder er kann zurücktreten gegenüber dem eben erlebten Gefühl. In dem ersten Falle werden wir von einer flachen, in dem anderen von einer tiefen Freude sprechen. Die tiefe Freude verlöscht ihren Hintergrund. Man kann bildlich sagen, daß ein gewisses Maß psychischer Aktivität vorhanden ist und daß sich dieses zwischen Hintergrund und Vordergrund verteile. Wenn ich mich über Geringfügiges freue, so erlebe ich diese Freude auf dem Hintergrunde der banalen Wünsche des Tages und diese fügen sich nicht etwa der Freude, sie sind neben ihr. Aber sie widersprechen ihr auch nicht. Sie sind gar nicht ausdrückliches Erlebnis, sie fordern auch nicht erlebt zu werden, aber sie sind doch eben da. Die tiefe Freude, so sagte ich, verlöscht diesen Hintergrund. Es sind dann neben der Freude keine anders gerichteten Tendenzen, es sind die Möglichkeiten zu einem anderen Erleben als zu einem freudigen verringert. Immer aber wird die Situation schließlich als ganzes in einem vereinheitlichenden Akte umspannt. Dieser vereinheitlichende Akt enthält also auch den Widerspruch aus der tiefen Schichte, falls ein solcher vorhanden ist. Oder er enthält den ungeklärten Hintergrund, neben dem Akte, der sich von diesem abhebt. Bei der engen Beziehung, welche nach Husserl zwischen dem intentionalen Meinen und der Aufmerksamkeit bestehen, bedeutet das nichts anderes, als daß die aufmerksame Erfassung der Gesamtsituation etwas Einheitliches darstellt. Wir sehen also, daß schließlich die Einheit des Ich in einer jeweils gegebenen Situation auf das strengste gewahrt bleibt, sei es, daß die Gesamtsituation aus gleichgerichteten oder aus nicht gleichgerichteten Tendenzen besteht.

Eine neue Komplikation kann daraus entstehen, daß die Art, wie ich der Situation gegenüberstehe, Gegenstand eines neuen Meinens werden kann. Aber gerade diese an sich komplizierteren Fälle bieten für eine Lehre, welche die Einheit des Ichs verteidigt, keine Schwierigkeiten. Das Ich ist eben jetzt in dem neuen gegenständlichen Meinen enthalten.

#### IV.

Wir wenden uns jetzt den Gebieten des Denkens und Wollens zu und werden hier auf sehr ähnliche Probleme stoßen wie bei der Betrachtung des Wahrnehmens und Fühlens. Ich knüpfe hierbei vorwiegend an die Untersuchung von Lipps über Fühlen, Wollen und Denken an. Nach Lipps wird im Entschlusse Grund und Gegengrund zu einer neuen Einheit vereinheitlicht. In dem vollzogenen Entschlusse und in dem vollzogenen Denkkakt sind widerstreitende Aktrichtungen, widerstreitende Tendenzen zu einer neuen Einheit zusammengeschlossen. Es wäre aber auch denkbar, daß ich Grund und Gegengrund ständig gegeneinander abwäge, das endliche Fazit überhaupt nicht ziehe, daß also ein ständiges Widerstreiten stattfindet. So z. B., wenn ich vor einer Denkentscheidung zu einem Resultat nicht kommen kann, weil ich Grund und Gegengrund zu vereinheitlichen nicht imstande bin. Ich kann mich dieser Unabgeschlossenheit gegenüber verschieden verhalten. Entweder bleibt mir der Widerstreit dauernd aktuell und es drängt sich bald diese, bald jene Tendenz auf, oder ich kann sie schließlich dahin vereinheitlichen, daß ich das Urteil als ein zweifelhaftes bezeichne.

Eine neue Möglichkeit ist jedoch die, daß ich mich zwar für einen Satz etwa  $a = b$  entscheide, daß jedoch gleichwohl in mir noch Tendenzen vorhanden sind, welche besagen oder zu dem Urteil drängen,  $a$  ist nicht gleich  $b$ . In diesem Falle wird die Entscheidung für mich nicht diejenige Befriedigung bringen, die sie gebracht hätte, wenn ich die Gegenteilstendenz hätte vereinheitlichen können, so daß ich hätte sagen können: Trotzdem manches dagegen zu sprechen scheint, ist  $a$  gleich  $b$ . Erst wenn ich diese Vereinheitlichung geleistet habe, fälle ich ein Urteil, das für mich evident ist. Unter Evidenz verstehe ich also die Vereinheitlichung aller aktuell gegebener Tendenzen. Nun ist phänomenologisch und psychologisch die Art der Evidenz außerordentlich verschieden. Ich kann z. B. das Urteil fällen, zweimal zwei ist vier, ein Urteil, das zweifellos als evident bezeichnet werden muß. Dieses evidente Urteil ist jedoch ein Urteil, das den Hintergrund, wenn ich so sagen darf, nicht in sich aufnimmt, sondern ihn bestehen läßt. Wenn ich das evidente Urteil zweimal zwei ist vier fälle, so können in mir als Hintergrund des Bewußtseins noch die ganze Reihe der Tagesinteressen vorhanden sein. Es wird mich also auch das Vollziehen dieses evidenten Urteiles nicht befriedigen, weil sich dieser Akt von einer überwiegenden Menge anders gerichteter Tendenzen abhebt. Es kann jedoch ein mathematischer Beweis mich ganz in Anspruch nehmen. Gelingt mir dieser, so ist die Erledigung mit einem ganz anderen Gefühl der Erleichterung verbunden. Schließlich wird es Denktätigkeiten geben, welche gleichsam in einem einzigen Akte nicht bloß das Gegenwärtige und Vergangene, sondern vielleicht auch das Zukünftige in sich zusammenfassen. Sie schmelzen in einem einzigen Akte sämtliche möglichen Tendenzen der Persönlichkeit zusammen. So wenigstens wird gewissen intentionalen Erlebnissen gegenüber das Urteil, dessen lauten, der sie erlebte und

das Urteil dessen, der sie nicht erlebte, wenn sie sich das Erlebnis rein vergegenwärtigen. Freilich versagt diesen Erlebnissen gegenüber die Scheidung: Wahrnehmen, Wollen, Fühlen etc.; es ist alles das darinnen irgendwie gegeben. In jeder höheren Denkleistung sind Willensanstrengungen enthalten, in jedem Willensentschluß Denkleistungen. Und in beide weben sich mannigfaltige Gefühlserlebnisse ein. Sollten jene letzten Vereinheitlichungen nicht in der Ekstase verwirklicht sein?

Unser Weg zwingt uns also zu einem Eingehen auf die Frage der Evidenz. Husserl hat geschieden zwischen einer Evidenz im laxen und einer Evidenz im strengen Sinne. Die Evidenz im strengen Sinne läßt nach ihm keine Grade zu, sie muß auch als allgemein gültig bezeichnet werden. Nach Husserl ist es evident, daß dasjenige, was für A evident ist, auch für jeden anderen evident sein muß. Oesterreich beruft sich demgegenüber auf die alltägliche Erfahrung, in denen der gleiche Sachverhalt von dem einen Autor als evident, von dem anderen Autor als evident unrichtig bezeichnet wird. Er lehnt die Fassung Husserls betreffs der strengen Evidenz ab. Hierzu ist zu bemerken: Es muß Husserl unbedingt zugestanden werden, daß sein Begriff der Evidenz für die phänomenologische Sphäre Geltung hat. Klammert man, wie dies Husserl tut, die reale Welt ein, verbleibt man in der Sphäre der reinen Wesenheiten, des reinen Denkens, so wird ein anderer Begriff von Evidenz allerdings widersinnig. Es ist damit nämlich ausgesprochen, daß das reine Denken keine unbedingte Geltungskraft hat. Es ist damit ausgesprochen, daß die Gesetze des logischen Denkens nicht an sich Geltung haben. Eine derartige Annahme widerspricht jedoch den Voraussetzungen der phänomenologischen Forschungsmethode. Allerdings muß noch eine Ergänzung hinzugefügt werden, nämlich, daß die äußere und innere Wahrnehmung keinen Vorzug in bezug auf den Erkenntniswert vor einander haben. Es muß also angenommen werden, daß auch auf dem Gebiete der inneren Wahrnehmung Täuschungen und Irrtümer möglich sind. Denn nur so ist der von Oesterreich herangezogene, wirklich alltägliche Sachverhalt einer Erklärung zugänglich.

Täuschen wir uns nicht darüber, daß die hier berührte Problemsphäre eine ungeheure Ausdehnung besitzt. Sie umfaßt auch die Frage nach dem Wesen und der Bedeutung der Halluzination. Der Halluzinant fällt das vollkommen evidente Urteil: „Das ist ein Tisch, das ist die Stimme des N., es wird gerufen, es wird elektrisiert. Gleichzeitig vollzieht der Gesunde das evidente Urteil „dort ist kein Tisch, es wird nicht gerufen, es wird nicht elektrisiert.“ Nun muß weiter hervorgehoben werden, daß die gleichen Tatbestände, die uns hier auf dem Gebiete der Sinneswahrnehmung begegnen, anzutreffen sind auf dem Gebiete der Urteile. Der Paranoiker fällt das Urteil, dieser Zusammenhang ist ein evidenter, wenn der Gesunde diese Evidenz nicht erlebt. Ich komme also zu dem Resultat, daß entweder die Halluzination phänomenologisch nicht identisch ist mit der Wahrnehmung, oder, daß es eine strenge Evidenz im Sinne Husserls überhaupt nicht gibt. Ich kann auf eine Darlegung der Schwierigkeiten, die sich aus der ersten Annahme ergeben, nicht näher eingehen und möchte als eigenen Standpunkt folgendes fixieren: Wir selbst betrachten die Phänomenologie an dieser Stelle als heuristisches Prinzip und diskutieren nicht näher ihre Bedeutung für die Erkenntnistheorie. Den heuristischen Wert hat die Methode bereits erwiesen. Wir müssen also sagen in phänomenologischem

Sinn muß es eine strenge Evidenz im Husserlschen Sinne geben. Etwas anderes ist jedoch die Frage, ob diese strenge Evidenz im Erleben des Einzelnen, d. h. psychologisch ausreichende Kriterien besitzt. Mit Oesterreich muß ich das mit Rücksicht auf das früher ausgeführte strikte verneinen. Oesterreich hat bereits eine Reihe von Fällen aus dem Alltagsleben ausgeführt, in denen zwischen blinden und evidenten Urteilen Übergänge bestehen. Die Kasuistik, die ich folgen lasse, wird zeigen, daß in der Tat für einzelne Individuen Unfähigkeit besteht, überhaupt klar einzusehen. Sie haben bei richtigen Denkresultaten keine eindeutigen Evidenzerlebnisse.

Es ist nun unsere Aufgabe festzustellen, was denn das Evidenzerlebnis im psychologischen Sinne ist. Zunächst muß gesagt werden, es ist das Evidenzerlebnis, ein Erlebnis, welches den Noesen im Husserlschen Sinne zugehört. Es ist eine besondere Weise des Akterlebens. Es ist nach Husserl in Parallele zu setzen dem klaren Sehen, es ist ein Einsehen auf Grund eines geklärten Sachverhaltshintergrundes. Aber der evidente Akt im strengen Sinne vereinigt alle möglichen auf Grund des Sachverhaltes denkbaren wahren Urteile in sich. Er ist eine Synthese sämtlicher möglicher Urteilstendenzen, welche durch einen bestimmten Sachverhalt hervorgerufen werden. Ein derartiges absolutes Evidenzbewußtsein ist psychologisch nur ausnahmsweise realisiert. Die Evidenzen, die wir in verschiedenen Individuen antreffen, sind nur in Annäherungen überwiegend häufig Evidenzen im laxen Sinne. Es kann nun psychologisch ein Urteil sämtliche aktuell gegebenen Tendenzen des Individuums in sich vereinen, soweit sie auf Grund eines bestimmten Sachverhalts gegeben sind. Es vereinigt dann alle Urteile, die dem Individuum auf Grund eines bestimmten Sachverhaltshintergrundes eben möglich sind. Wir sprechen dann von einer vollkommenen subjektiven Evidenz. Diese treffen wir an sowohl im Wahrnehmungsurteil des Gesunden, wie auch im Wahrnehmungsurteil des Halluzinanten. Wir treffen es an im Urteil des Denkers sowie auch im Urteil des Paranoikers. Evidenz ist dann ein rein subjektives Phänomen, ein rein psychologisches Phänomen, dessen Erkenntniswert zunächst überhaupt nicht zur Diskussion steht. Es ergibt sich aber sofort, daß im Urteil nicht alle möglichen Tendenzen vereinigt sein müssen, es könnte etwa nur die überwiegende Mehrzahl sein. Wir werden also Grade der Evidenz im psychologischen Sinne zugeben müssen.

Rein psychologisch faßbar ist ferner der Unterschied im Erlebnis je nach der Fülle der aktuellen Tendenzen, die in einem gegebenen Momente vorhanden sind. Es können alle möglichen Tendenzen des Individuums gegeben sein. Wir werden dann den höchsten Grad der für das Individuum möglichen Synthesen vor uns haben. Die Evidenz wird eine besondere Fülle besitzen.

Schließlich muß auch noch folgendes berücksichtigt werden. Wir sprachen bisher immer von den aktuellen Tendenzen, die sich auf das Urteil selbst bezogen und ließen die Tendenzen, welche sich auf die übrigen Urteile bezogen, außerhalb unserer Betrachtung. Ich kann zum Beispiel in vollkommen evidenter Weise das Urteil vollziehen  $2 \times 2 = 4$ . Dieses Urteil kann ich zwar vollkommen evident vollziehen, aber daneben ist noch Platz für eine Summe anderer Urteilstendenzen. Es ist für das psychologische Phänomen zweifellos von ausschlaggebender Bedeutung, welchen Anteil des Gesamtlebens das Einzelurteil für sich in Anspruch nimmt. Auf alle diese Momente muß bei einer psychologischen Betrachtung des Evidenzerlebnisses Rücksicht genommen werden. Ich brauche

nicht hervorzuheben, daß alle hier beschriebenen Erlebnisse Icherlebnisse in des Wortes engster Bedeutung sind.

Schließlich aber darf bei einer psychologischen Betrachtung die Wichtigkeit des Affektlebens nicht vernachlässigt werden. Für den psychologischen Charakter der Evidenz ist die Erwünschtheit oder Unerwünschtheit der Evidenz von allergrößter Bedeutung. Allerdings fällt der hier hervorgehobene Gesichtspunkt unter den allgemeineren, den wir oben besprachen, es ist ein besonderes wichtiger Spezialfall der Frage nach dem Verhältnis der im evidenten Akte vereinheitlichten Tendenzen im Verhältnis zu denjenigen, welche überhaupt in keiner sachlichen Beziehung zur Evidenz stehen. Es sei gleich hier hervorgehoben, daß die reichsten Evidenzerlebnisse nur dann denkbar sind, wenn auch die Gefühlsakte mit in den evidenten Akt einbezogen werden.

Es läßt sich über die Zweckmäßigkeit streiten, die hier beschriebenen psychologischen Phänomene sämtlich unter den Begriff der Evidenz zu vereinigen. Hebt man jedoch scharf hervor, was gemeint ist, so können kaum Unzuträglichkeiten aus der weiten Fassung des Begriffes entstehen. Es scheinen mir auch alle hier beschriebenen Phänomene im Sprachgebrauch vielfach als evidente bezeichnet zu werden. Die hier getroffenen Einteilungen werden sich uns für die Ordnung des pathologischen Materials als wertvoll erweisen.

Ja uns scheint diese Vereinlichung im Evidenzerlebnis so wesentlich zu sein, daß wir eben jene Erlebnisformen auch dann als evidente bezeichnen wollen, wenn wir von Fühlen und Wollen sprechen. Wieder kann man über die Zweckmäßigkeit einer derartigen Terminologie verschiedener Meinung sein. Uns kommt es darauf an, ein wesentliches Erlebnis zu charakterisieren, das dem Wahrnehmen, dem Fühlen, Wollen und Urteilen gemeinsam ist. Und hiebei sei noch betont, daß die Evidenz, der Einklang nicht bloß in jenem Akte zu suchen ist, welcher die Vorstellungsgrundlage des Wollens und Fühlens bildet, sondern im Akte des Fühlens und Wollens selbst.

## V.

Das, was wir über die äußere Willenshandlung zu sagen haben, gedenken wir in der Weise vorzubringen, daß wir den Automatismusbegriff der französischen Autoren einer Kritik unterziehen. Er spielt in den psychologisch gerichteten Untersuchungen von Janet, Dugas und anderen eine große Rolle. Die französischen Autoren sprechen vielfach davon, die automatische Handlung gehe nicht vom Ich aus, sondern spiele sich abseits vom Ichbewußtsein ab.

Im alltäglichen Leben sprechen wir dann von einem Tun und Handeln als von einem automatischen, wenn wir durch wiederholte Übung dazu gelangt sind, es ohne besonders auf sie gerichtete Aufmerksamkeit durchzuführen. Wir sprechen insbesondere von automatischem Handeln, bei den oft geübten Tätigkeiten des alltäglichen Lebens. So sage ich z. B.: ich habe das rein automatisch geschrieben, wenn es sich um Dinge handelt, die ich oft in gleicher oder ähnlicher Weise erledigte.

Versuchen wir nun in die Phänomenologie eines derartigen Handelns einzudringen, so kann zunächst gesagt werden, daß der Willensentschluß bei wiederholter Übung der gleichen Handlung ein weniger energischer sein kann, ohne daß hierdurch das Erreichen des Zieles beeinträchtigt würde. Wir verstehen

unter Willensentschluß die direkt und unmittelbar erlebte Willensanstrengung. Ach hat den Ausdruck determinierende Tendenz geprägt. Es umfaßt dieser Begriff zweierlei: Erstens das Erlebnis selbst, durch welches die Folge der weiteren Erlebnisse eingeleitet wird und zweitens die tatsächlichen Abänderungen des Geschehens im Sinne der Determination. Es sagt also der ursprüngliche Begriff auch etwas über den Ablauf im psychischen Geschehen aus. Wir gebrauchen, um klarer zu sein, für das unmittelbare Erlebnis den Ausdruck Willensanstrengung.

Die wiederholte Übung hat noch einen weiteren Einfluß auf das Erleben während des Durchführens der Tätigkeit. Während die neue Handlung ein fortwährendes Achten auf den Gegenstand, ein stetiges Achten auf die Teilmomente der Ausführung fordert, ist das bei der geübten nicht mehr der Fall. Bei der geübten Handlung muß die Willensanstrengung nicht immer wieder erneuert werden, sondern es genügt ein für allemal der erstmalige Willensentscheid, um die Handlung im Gange zu erhalten. Gleichwohl bleibt die ablaufende Handlung im Ichfelde. Sie wird zwar nicht im direkt gerichteten Ichstrahl durchgeführt, aber sie ist im Felde der Möglichkeit direkt durch das Ich erfaßt zu werden. Mit anderen Worten, auch die automatische Handlung tritt in keinem Punkte ihres Verlaufes aus dem Ich heraus. Ich bin es, der automatisch handelt, ebenso wie ich es bin, der in voller Zuwendung zum Gegenstande tätig ist. Es muß wieder darauf verwiesen werden, daß hier ganz Ähnliches vorliegt wie auf dem Gebiete des Denkens. Auch das wiederholt Gedachte, auch die banalen Gedankengänge des täglichen Berufslebens sind nicht die eines anderen.

Westphal hat auf dem Gebiete des Erfassens und Wahrnehmens gezeigt, daß es verschiedene Bewußtseinsstufen gibt, von dem einfachen Gegenwärtighaben eines Inhalts bis zu dem ausdrücklichen Konstatieren desselben. Ich werde im folgenden noch eingehend darlegen, daß auch das einfache Haben eines Inhalts bereits gleichbedeutend ist mit: Ich habe diesen Inhalt. Die gleichen Gesetzmäßigkeiten, die uns in diesem Gebiete des Seelenlebens begegnen, treffen wir auch in dem Gebiete der äußeren Willenshandlung an. Das was Westphal für das Wahrnehmen erörtert hat, ist jedoch etwas anderes als die gewohnheitsmäßige, automatisch gewordene Wahrnehmung. Aber es kann die Stufenleiter, die von Westphal in aufsteigender Reihenfolge dargestellt wurde, auch in absteigender Folge aufgezeichnet werden. Die konstatierte Wahrnehmung wird durch die häufige Wiederholung, oder sie kann es wenigstens werden, zu einfach gegenwärtigen. Freilich kann diese jederzeit wieder ausdrücklich konstatiert werden. In der Tat wird von der französischen Literatur von Automatismus auch dann gesprochen, wenn überhaupt eine Konstatierung niemals stattgefunden hat. Und dieser Begriff wird auf Wahrnehmung, Fühlen und Denken übertragen. Nun läßt sich schon gegen die zuletzt angeführte Erweiterung des Automatismusbegriffes das Bedenken erheben, daß eine Identität beider Erlebnisse nicht erwiesen ist, immerhin muß zugestanden werden, daß die Erlebnisse verwandt sind.

Völlig unberechtigt ist jedoch die Anwendung des Automatismusbegriffes in zwei neuen Sphären.

Auch die Erlebnisse der Depersonalisierten werden als automatisch bezeichnet, trotzdem der Tatbestand ein völlig anderer ist.

Schließlich glaube ich nicht, daß es berechtigt ist, die in komplizierter Weise abgesperrten Bewußtseinserlebnisse der Hysterischen wiederum als automatisch zu bezeichnen.

Es ergibt sich also, daß der Begriff des Automatismus genauer präzisiert werden muß. Er umfaßt in der jetzt üblichen Fassung eine Reihe heterogener Erlebnisse. Aber für alle Arten derselben läßt sich erweisen, daß es die Erlebnisse eines bestimmten Ichs sind.

Versuchen wir wenigstens im groben ein Schema des Handelns nach den angeführten Gesichtspunkten zu entwerfen, so muß gesagt werden: In jeder komplizierten Leistung (und im gewissen Sinne sind alle unsere Leistungen kompliziert) finden sich neben den ausdrücklichen (konstatierten) Willenshandlungen eine Fülle nicht ausdrücklich gewollter Teilhandlungen. Ein sicheres und erfolgreiches Handeln wird dann erst möglich, wenn ich nicht jeden Teil des Gesamtentschlusses noch einmal gesondert wollen muß. Das ist einleuchtend für alle mechanischen Verrichtungen. Aber es gilt für alle. Wir setzen den Fall, daß es mir schwer falle, mich morgens aus dem Bette zu erheben und mich anzukleiden. Es wird aber dann der einmalige Entschluß genügen, all das zu Ende zu führen, was ich wollte. Ich werde nicht für jedes einzelne Kleidungsstück eine neue Willensanstrengung notwendig haben. Ich bin im Vorteil gegenüber demjenigen, der für jedes einzelne erst den Entschluß faßt, es anzuziehen. Gleichwohl ist in meiner Gesamthandlung mehr automatisches darin gewesen, als in der Handlung des anderen. Von Hamletnaturen sprechen wir nicht bei solchen, denen die Tat aus einem einmal gefaßten Entschlusse „automatisch“ folgt, sondern bei solchen, welche einer stets erneuten ausdrücklichen Willensanstrengung bedürfen, um das Gewollte durchzuführen. Gerade diese stets ausdrücklich Wollenden werden wir als willensschwach bezeichnen. Und jetzt erst können wir sagen: Ich will eben etwas und handle danach, das ist eine Einheit, ein einziger Willensakt. Und diesen kann ich wieder ungeteilt wollen, oder ich kann ihn in Widerspruch zu anderen Tendenzen wollen. Ich will nicht wiederholen, was ich früher ausführte. Wir dürfen direkt, das was wir über die Gefühle und Wahrnehmungen sagten, auf die Willensakte übertragen. Starkes Wollen und schwaches Wollen sind also Gegensätze, die wir in den Erlebnissen antreffen, das starke Wollen ist ein Wollen, welches mit geringer Willensanstrengung zum Ziele führt, das schwache Wollen ist das Wollen, welches zum Erreichen eines bestimmten Zweckes immer neue Willensanstrengungen erfordert. Von automatischem Denken und Handeln sprechen wir dann, wenn zufolge von Übung eine geringe Willensanstrengung zur Verwirklichung des Gewollten führt. Es hat also Verwandtschaft zum starken Wollen, von dem es sich dadurch unterscheidet, daß es nur nach Übung zum Ziele führt. Starkes Wollen und schwaches Wollen können in gleicher Weise widersprochen und unwidersprochen sein, wobei wieder zwischen einem ausdrücklichen und einem nicht ausdrücklichen Widerspruch zu scheiden ist. All das gilt auch von dem automatischen Handeln und Denken, man vergewärtige sich doch nur, daß schließlich jede geübte Handlung nichts anderes ist als eine automatische Handlung. Auch eine Alltagsleistung kann ich mit vollem Interesse durchführen. Nun muß allerdings zugestanden werden, daß die automatische Handlung an und für sich eine Tendenz in sich führt, anders gerichtete Gedanken neben sich bestehen zu lassen. Ich möchte sagen sie ver-



leitet zu Gedankenreihen, welche ihr selbst ausdrücklich oder nicht ausdrücklich widersprechen. Gerade diese Eigentümlichkeit des automatischen Erlebens hat zu den vielen Verwickelungen des Automatismusbegriffes Anlaß gegeben. Auch hier zeigt die Betrachtung in der phänomenologischen Sphäre, daß die deskriptiv-psychologischen Erlebnisse in ihrem Sinn klarer hervorgehoben werden können, wenn sie in das Phänomenologische verfolgt werden. Jedenfalls haben unsere Betrachtungen ergeben, daß auch die automatischen Handlungen eines Ichs sind und daß es Handlungen, die den Ichcharakter nicht tragen, überhaupt nicht gibt.

## VI.

Man wird der bisherigen Darstellung zum Vorwurfe machen können, sie sei nur eine dürftige Umrißzeichnung, welche die reicheren Formen der Persönlichkeit nicht berücksichtige. Gerade diese aber meinen wir im täglichen Leben mit dem Begriff des Ich. Wir sprachen zwar davon, daß das Icherlebnis eine eigenartige Konstanz habe, welche mit der Konstanz, die wir im Anorganischen sehen, nichts zu tun hätte. Wir verwiesen auf eine Einheit, an der sich eigenartige Besonderheiten aufweisen ließen. Aber wir haben noch nicht betont, daß dieses Ich ein individuelles Ich ist, ein individuell eigenartig bestimmtes Ich. Ich erlebe immer wieder mich als einen so und so gearteten, wobei auf die Artung nur hingewiesen werden kann, während sie sich einer detaillierten Beschreibung ebenso entzieht, wie eine bestimmte Nuance von Rot. Auch die anderen sehe ich immer wieder nur als bestimmte Individuen. Diese Individualität ist aber nicht in den zufälligen Ereignissen und Erlebnissen gegeben, die uns zustoßen, sondern sie offenbart sich nur in der konkreten Folge dieses Erlebens. Es wird in ihm für die Selbstbeobachtung und für die Fremdbeobachtung sichtbar. Die besondere Eigenart des Sachverhalts liegt eben darin, daß das Ich und die Individualität erlebt werden und zunächst nicht erscheinen. Und so ergibt sich wieder der Gegensatz zwischen individuellem Erleben und Wissen von der Individualität entsprechend dem Gegensatz zwischen Selbstbewußtsein und Icherlebnis, und daher rührt es auch, daß ich in der Selbstbeobachtung mich über die konkrete Folge des Erlebens und damit über die Erscheinung meines Ichs und über meine Persönlichkeit täuschen kann.

Wir sagten, daß die Individualität, die Persönlichkeit erkennbar wird in der konkreten Folge der Erlebnisse. Es gibt nun gleichsam repräsentative Erlebnisse der Persönlichkeit, an denen sowohl das Ich selbst und auch die anderen die Stellung des Individuums zur Welt der Gegenstände ablesen können. Es äußern sich in diesen repräsentativen Erlebnissen alle Tendenzen, mit welchen ein bestimmtes Individuum den Gegenständen gegenüber treten kann. Unter Gegenständen verstehen wir hier aber alles, was im Akte gemeint wird, nicht bloß die Dinge, sondern auch die Phantasiegegenstände und die Begriffsgegenstände. Freilich ist es kein direkt erschaubares Erlebnis, daß dieser oder jener Akt meine ganze Persönlichkeit enthält und umspannt. Aber wenn wir auf das aus einem schöpferischen Wurf hervorgegangene Werk des Dichters blicken, so liegt in ihm eben die volle Individualität dessen, der es gemacht hat. Oder schärfer: Es ist das Wesen gewisser Lebensäußerungen, daß in ihnen eine volle Individualität erscheint. Wir sehen es als Wesensnotwendigkeit an, daß es Akte gibt, welche in diesem Sinne die Möglichkeiten der Individualität zu-

sammenfassen. In welcher Weise das geschieht, das wird leichter faßlich, wenn wir uns das vergegenwärtigen, was über den Denkscheid gesagt wurde. Fortwährend begegnen wir diesen Vereinheitlichungen in unserem Denken und Handeln. Freilich muß man sich von der Vorstellung frei machen, diese Vereinheitlichung falle zusammen mit dem Begriff der psychischen Anstrengung und sei irgendwie die Wirkung einer „Kraft“. Es werden hiermit nur bestimmte „Phänomene“ des Seelenlebens verstanden. Es ist wichtig, sich stets gegenwärtig zu halten, daß der Entschluß, obwohl er eine Fülle von Strebungen und Tendenzen in sich enthält, schließlich eben doch schlicht und einfach, ein Entschluß ist. Es ist ein Ganzes, das nicht aus den Teilen besteht, die es zusammensetzen. Überall dort, wo wir von Vereinheitlichung und Synthese sprechen, möge man sich des hier Gesagten erinnern.

In der Folge der tatsächlichen Ereignisse im Leben des einzelnen nimmt aber eine Gruppe eine besondere Stellung ein. Es ist das diejenige Erlebnis-sphäre, welche sich auf den eigenen Körper bezieht. Auch er ist nur Gegenstand und steht mir gegenüber. Aber in der Handlung, in der Bewegung, richtet sich der wollende Akt unmittelbar auf eine Änderung in diesem Gegenstandsbereich. Und mein Wollen empfängt eben erst durch den Körper die Möglichkeit einer Richtung auf Gegenstände. Das äußere Wollen empfängt also erst durch den Körper seinen Sinn. Dazu kommt, daß uns aus dem Körper jene zahlreichen und wichtigen Empfindungen zuströmen, des Hungerns, des Dürstens etc., die es als Wesenscharakter an sich tragen, eben meine Empfindungen zu sein und nur mir zugänglich zu sein. Schließlich ist es der Körper, durch den ich eine Wirkung der Dinge auf mich erlebe. Verliere ich das Augenlicht, so entschwindet mir zwar nicht die Dingwelt, aber sie wird mir unerfaßbar, soweit sie mir im Sehen gegenständlich wird. Diese Abhängigkeit ist mir auch als eigene Erfahrung gegeben, wenn ich die Augen schließe. Es läßt sich dieses auf das Sehen gerichtete Erwägen leicht detaillieren und auf die übrigen Sinne ausdehnen.

So ergibt sich ohne weiteres, daß der Körper in besonderer Weise zum Ich gehört und es wird begreiflich, daß in der täglichen Rede in Kürze häufig statt Körper Ich gesagt wird. Das Wort meint aber dann etwas vollkommen anderes, als wenn vom Ich im strengen Sinne gesprochen wird. Der Körper ist ein Ding, das zu dem Ich in besonderen Wesensbeziehungen steht. Es ist nicht möglich, diese auch nur annähernd zu verstehen, bevor nicht erörtert wurde, auf welche Weise wir von anderen Individualitäten Kenntnis erlangen.

## VII.

Wir legen uns also die Frage vor, in welcher Weise uns das Seelenleben des anderen gegeben ist, und wir fragen, worauf sich die Meinung gründet, uns stünden andere Iche, andere Persönlichkeiten gegenüber. Wenn ich einem anderen gegenüberstehe, der mir zorn erfüllt droht, so habe ich mich zu fragen, ob ich den Zorn des anderen wahrnehmen kann in seiner Gebärde, ebenso, wie ich die Gebärde selbst wahrnehme, oder ob der Zorn zunächst von mir selbst in irgendeiner Form erlebt werden muß, damit ich zur Wahrnehmung des Zornes meines Gegners komme. Lipps spricht von einem inneren Nacherleben des Zornes, das er als einen nicht weiter zurückführbaren Instinkt ansieht. Aber

dagegen spricht mit hinreichender Deutlichkeit das Erlebnis selbst, in dem nicht anderes enthalten ist als ein Zorn, der nicht mein Zorn ist, ein fremder Zorn, der mit einer Gebärde nicht bloß verbunden, sondern auch durch sie ausgedrückt ist. Und weiterhin ist es Inhalt des Erlebens, daß diese zornige Gebärde einem anderen Ich angehört.

Der Zorn des anderen steht also in der Gebärde des anderen gegenständlich vor mir. Und wenn ich mich dieser Gebärde zuwende, so trägt diese Zuwendung nichts von dem Aktcharakter des Fühlens, wie ich ihn antreffe, wenn ich mich eigenen Gefühlserlebnissen zuwende, sondern sie trägt ausgesprochen den Aktcharakter der Wahrnehmung. Von vornherein steht mir also der fremde Zorn anders gegenüber als der eigene, eben als fremder. Den eigenen erfasse ich in einem Gefühlsakte, den fremden in einem Wahrnehmungsakte. Man wende nicht ein, daß schließlich der wahrgenommene Zorn doch schließlich mein Zorn sein müsse. Es ist ebenso mein Zorn, wie die Empfindung „Rot“ meine Empfindung ist. Gleichwohl ist das Rote nichts, was mir zugehört, sondern es steht vor mir und ebenso steht der fremde Zorn vor mir. Es mag genetisch richtig sein zu sagen, daß der Zorn zunächst als eigener erlebt werden müsse und sich durch Assoziation und Reproduktion an die Gebärde knüpfe. Im Erlebnis selbst ist nichts mehr hiervon enthalten. Oder es mag genetisch richtig sein, daß ich das fremde Gefühl instinktiv nacherlebe und mitmache. Aber auch hiervon ist nichts im Erlebnis. Das Erlebnis zeigt nur den fremden Zorn und nicht den eigenen.

Aber gesetzt auch, wir empfänden im einzelnen Erlebnis der Wahrnehmung fremden Zornes zunächst eine instinktive Regung, den Zorn als eigenen zu erleben (und in gewissen Erlebnissen ist das zweifellos der Fall), so ist in dieser gegebenen Tendenz des eigenen gefühlsmäßigen Erlebens nichts gegeben, das mit dem Wesen der Wahrnehmung fremden Zornes zu tun hätte. An diesem Verhältnis würde auch nichts geändert werden, wenn sich empirisch ergeben sollte, daß diese instinktive eigene Regung mit jeder Wahrnehmung fremden Fühlens einhergeht.

Ich kann auch in dieser Tendenz des eigenen Erlebens des Zornes mitgehen, ich kann, wenn mein Freund zornig von dem Unrecht erzählt, das ihm widerfuhr, mit ihm zornig werden. Aber dieser eigene Zorn ist etwas Neues, das neben dem Fremden steht. Es ist wesensmäßig different von dem mir gegebenen fremden Zorne.

Gegenüber dem in Kunstwerk dargestellten Zorn kann ich mich genau so verhalten. Ich nehme ihn wahr und erlebe vielleicht auch eine Tendenz des eigenen Miterlebens. Diese ist aber wesensverschieden vom fremden Zorne.

Aber ich sehe in dem anderen nicht bloß den Zorn, sondern ein Ich, das zürnt und nicht bloß irgendein Ich, sondern ein individuell bestimmtes, eine Persönlichkeit. Vor mir steht etwas, nicht bloß eine Gebärde, sondern ein körperliches Ganzes, eine menschliche Gestalt. Über das Sinnlich-Gegebene hinaus ist noch ein Unsinnliches gegeben, eben jene Beziehung zu einem anderen Ich. Im Erlebnis wird, so ist zu sagen, der Leib des anderen direkt beseelter Leib und es läßt sich wieder von Assoziation, Reproduktion und instinktivem Miterleben nichts ausweisen. Vor mir steht der Fremde als beseeltes Wesen mit Willen, Affekten und Leidenschaften. Ja der Gegenstand „Leib des anderen“ erhält erst seinen Sinn darin, daß es der Leib eines Du ist.

Hier drängen sich genetische Gesichtspunkte fast zwingend vor und es drängt sich die Frage auf, wie wir dazu kommen, jenes nicht Sinnliche, die Mannigfaltigkeit fremder Tendenzen, unmittelbar im Erlebnis darin zu haben. Es ist in ansprechender Weise von Prandtl durchgeführt worden, daß für eine solche genetische Konstruktion Assoziation und Reproduktion ausreichen und daß nicht Nachahmungsinstinkte im Lippsschen Sinne herangezogen werden müssen.

### VIII.

Daß es nicht das vor mir stehende Gefühl allein ist, welches das Du für mich erweckt, geht daraus hervor, daß mir auch Gefühle gegenüberstehen, die der unbelebten Natur angehören. Wir müssen zurückgreifen auf das, was wir früher sagten. Wir leugneten für die Fremdwahrnehmung einen wesensmäßigen Zusammenhang mit einer Tendenz das fremde Gefühl mitzuerleben. Anders ist jedoch die Sachlage, wenn ich ein Rot vor mir habe, das angenehm ist oder eine Landschaft, die traurig ist. Wie die Empfindung eine Tendenz in sich enthält als Ding wahrgenommen zu werden, so fordert das Angenehme des Rot als angenehm gefühlt zu werden, so fordert die Trauer der Landschaft als Trauer erlebt zu werden. Hier ist also mit dem Gefühl wesensmäßig eine Tendenz des entsprechenden Erlebnis gegeben. Freilich kann ich die Traurigkeit einer Landschaft erfassen, ohne diese Traurigkeit als meine eigene zu deuten. Sie kann mich vielmehr geradezu zum erhöhten Bewußtsein kommen lassen, daß ich nicht traurig bin. Ich kann dieser Traurigkeit der Landschaft die eigene Freudigkeit entgegensetzen. Diese kann neben ihr stehen bleiben oder die Traurigkeit kann meiner Heiterkeit widersprechen. Ich kann auch das eine Gefühl in das andere restlos hineinnehmen. Aber immer muß ich mich der Trauer der Landschaft trauernd zuwenden, mag auch die Zuwendung nur der unmerkliche erste Antrieb zu einer Zuwendung sein.

Es sind also alle jenen Komplikationen denkbar, welche wir auch bei der Erörterung des Gefühlslebens fanden. Es muß das auch geradezu gefordert werden, denn wir haben ja bereits im vorangehenden darauf verwiesen, daß in jedem Gefühlserleben ein direkter sinnlicher Faktor enthalten ist. Die Traurigkeit der Landschaft ist ein Gefühl, genau so, wie die Ärgerlichkeit einer Vorstellung ein Gefühl ist.

Ich kann meine Aufmerksamkeit sowohl auf die Landschaft selbst, ich kann sie aber auch auf die Traurigkeit der Landschaft richten. In dem vielstrahlenden Erlebnis ist dann eben ein Strahl besonders charakterisiert. Schließlich kann ich unter Umständen die Einstellung darauf richten, daß die Landschaft nicht nur traurig ist, sondern daß sie mich auch traurig stimmt. Die beiden ersten Fälle sind vergleichbar damit, daß ich an einem Tische die Form besonders beachte. In dem letzten Falle kommt etwas Neues hinzu. Vom Erleben weg richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, daß ich (durch die Landschaft) traurig bin.

Wieder eine völlig neue Erlebnismodifikation tritt auf, wenn ich in der Trauer der Landschaft völlig aufgehe, wenn ich mich in sie versenke, so daß durch dieses eine Gefühl alle übrigen Tendenzen absorbiert werden. Ich weiß dann nichts von meinem Ich, bin vollständig in der Landschaft und in ihren Gefühlen darinnen. Es ist das aber einer der Fälle der Selbstvergessenheit dem Objekt gegenüber. Vielleicht wird eine irrige Selbstbeobachtung dieses

Erlebens sagen, in jenem Momente war ich und die Landschaft, oder ich und die Stimmung der Landschaft vollkommen eins. Wir müßten demgegenüber betonen, daß der Tatbestand ein anderer ist. Wenn ich meine Einheit mit der Natur erlebe, so fehlt das formulierte Bewußtsein, daß ich es bin, der all dieses erlebt. Das Ichmoment ist nur im Erleben selbst. Es wird nicht erlebt, daß ich mit der Natur eine Einheit bilde, daß ich mit ihr verschmelze, sondern ich erlebe die Natur. Das ist alles. Und in diesem vielstrahligen Erlebnis kann ich mich wieder auf den Gegenstand selbst, die Natur, oder auf seine Stimmung besonders richten.

Anders wird die Problemstellung (Geiger hat das vermenget), wenn ich mich frage, ob ich die Traurigkeit in die Landschaft getragen habe, oder ob die Traurigkeit aus der Landschaft in mich einströmte. Es mag sein, daß hier geringe deskriptive Differenzen existieren, daß sie in dem einen Falle das Gefühl in die Landschaft verwoben, in dem anderen über sie hingegossen ist, im wesentlichen ist diese Fragestellung eine genetische. Im genetischen Sinne könnte man von Einfühlung im engeren Sinne dann sprechen, wenn ich die Traurigkeit in die Landschaft hineingetragen habe.

## IX.

Alles bisher Gesagte bezog sich nur auf die Gegenstände, die in der Zeit ruhend sind. Wir können es leicht erweitern auf psychische Verläufe. Das Charakteristische des organischen Lebens ist ja die stetige Änderung in der Zeit. Eine Persönlichkeit kann ich nur dann verstehen, wenn ich mir ihr ganzes Handeln aus ihrem Leben heraus vergegenwärtige, wenn ich gleichsam die Handlung mit erlebe. Aber wenn ich mir das Handeln einer historischen Persönlichkeit vor Augen stelle, so erlebe ich die Gefühle und das Handeln dieser Person unmittelbar in einer anderen Sphäre des Daseins. Wir lassen wieder den selbstverständlichen psychophysisch-genetischen Standpunkt außer acht, daß es doch wieder meine Gefühle und Strebungen sind, die ich erlebe. Wenn ich also vom Nacherleben sprach, so ist das so zu verstehen, daß ich diese Ereignisse sofort in einer eigenartigen Modifikation erlebe, nämlich eben als fremde Erlebnisse.

Aber ich kann das Erleben eines anderen, wenn ich es mir vorgestellt habe (wenn ich es vorstellend nacherlebt habe), nachahmend spielen. Ich kann mir auf der Schaubühne oder im täglichen Leben eine Rolle zurechtlegen, die ich handelnd durchführe. Freilich ist das nachfühlende Vorstellen die Vorbedingung, auf Grund deren ich nun die Persönlichkeit der Vorstellung in der Realität spiele. Aber die Handlung wird dann direkt in der Absicht zu spielen, eben als gespielte ausgeführt. Und ich stehe diesen auf Grund von gespielten Willensentschlüssen vollzogenen Handlungen genau so gegenüber, wie andersartigen Willenshandlungen meiner selbst. Im ganzen Erleben wird sich ausdrücken, daß das Erleben eben mein Spiel ist.

Ich kann mich aber in den ursprünglich gespielten Charakter derart einleben, daß mir das Spiel zur vollen Wirklichkeit wird und ich kann als Schauspieler Richard III. spielend, Icherlebnisse vollziehen, die mir wirkliche und nicht gespielte Erlebnisse sind. Der phänomenale Sachverhalt ist dann vollkommen identisch mit dem Sachverhalt jedes anderen Icherlebnisses. Ich

täusche mich nur über die konkrete Folge meiner eigenen Erlebnisse. Ich beurteile mich als Persönlichkeit falsch. Die Frage, wie es denn zu einer so weitgehenden Täuschung über die eigene Persönlichkeit kommen kann, ist eine rein psychologische. Sie hängt in inniger Weise mit der Frage nach der Wirklichkeit determinierender Tendenzen zusammen.

## X.

Und hier können wir unsere Gedanken weiter führen. In der Art, in welcher wir zur Einsicht über unsere eigene Persönlichkeit kommen, liegt wieder eine Fülle neuer Probleme. Es handelt sich nicht mehr um die im Vergleich hierzu immerhin noch einfachen Strukturen, die wir im vorangehenden besprachen. Wir stehen komplizierteren Verwicklungen gegenüber.

Der normale Weg ist derjenige, daß wir uns zunächst um die Persönlichkeit des anderen kümmern, der uns gegenübersteht. Wir sehen in ihm ein kompliziertes, aber doch einheitliches System von Strebungen und Eigenschaften, dem wir in gewisser Hinsicht Gegenstandscharakter zuschreiben, eine Einstellung, welche schon durch das tägliche Leben geboten wird. Dieses System von Strebungen erscheint uns irgendwie an den Körper gebunden. Wir erleben die Willensakte und Strebungen des anderen als zusammengehörig und in keiner Weise trennbar. Von jenem anderen erleben wir aber zunächst nur das, was er uns als soziale Persönlichkeit gibt und bietet und von dem anderen wendet sich der Blick auf das eigene Können, auf die eigene Tätigkeit und eigene Leistung, soweit sie sich im sozialen Leben ausdrücken. Daß die Zuwendung zu der eigenen Persönlichkeit in diesem Sinne etwas Sekundäres ist, geht schon daraus hervor, daß das *Γνώθι σεαυτόν* erst als Forderung aufgestellt werden muß. Nur in diesem beschränkten Sinne können wir die Behauptung Schellers billigen, die Selbstbeobachtung sei eine sekundäre Attitude gegenüber der Fremdbeobachtung. In der Tat lesen wir unsere soziale Persönlichkeit zusammen aus dem, was wir in dem anderen als unser Bild sehen. Wir sehen uns dann mit den Augen der anderen.

Es muß jedoch immer wieder scharf betont werden, daß all dieses nur entfernte Beziehungen zu dem hat, was wir als Icherlebnis bezeichneten. Ja es umfaßt auch nicht einmal annähernd das, was als Persönlichkeitserlebnis bezeichnet werden muß. Es ist ein kleiner, eng begrenzter Ausschnitt, der so gesehen wird. Das Persönlichkeitserleben selbst ist unendlich viel reicher als sein Ausdruck im sozialen Leben. Und jenes reiche Persönlichkeitserlebnis kann in reiner Wahrnehmung von mir erschaut werden. Hier aber stoßen Fremdbeobachtung und Selbstbeobachtung auf die gleiche prinzipielle Schwierigkeit: aus der Einstellung des täglichen Lebens herauszukommen und diejenigen Persönlichkeitswerte zu entdecken, welche im Alltagsleben der Sozietät nicht von unmittelbarem Belang sind. Die Forderung des *Γνώθι σεαυτόν* ist also einseitig.

Höhere Werte als das Erkennen der Persönlichkeit vermittelt, sind aber im Erleben der vollen Persönlichkeit gegeben. Ich glaube, darauf verweist das, was ich im folgenden mitteile.

## I. Kapitel.

### Die Depersonalisation.

Bevor wir an die Verarbeitung unseres klinischen Materiales gehen, seien einige Vorbemerkungen gestattet. Es soll das hier Gesammelte keine Kuriositätensammlung darstellen. Es handelt sich, um das Resultat einer sorgsam Sichtung eines nicht allzu reichlichen Materiales<sup>1)</sup> (etwa 1900 klinische und 800 poliklinische Aufnahmen), das in 2 Jahren die hiesige Klinik passierte. Dabei konnten in ganz strenger Weise nur die Patienten der eigenen Abteilung nach Störungen des Selbstbewußtseins durchforscht werden, doch sind mir in liebenswürdiger Weise von meinen Kollegen alle jene Fälle zugewiesen worden, die manifeste Störungen in dieser Richtung zeigten. Es ist die Absicht dieser Untersuchungen, darauf aufmerksam zu machen, daß Störungen des Selbstbewußtseins und Persönlichkeitsbewußtseins auch klinisch-symptomatologisch Bedeutung beanspruchen dürfen. Ich bin mir sehr wohl bewußt, das Thema auch nicht annähernd erschöpft zu haben. Es konnten zunächst nur einzelne Kapitel herausgegriffen werden, da ich prinzipiell Gebiete nicht behandelt habe, bezüglich derer mir eigenes Material nicht zu Gebote stand. So fehlen hier auch systematische Angaben über die übrigens gut bekannten Erscheinungen des doppelten Bewußtseins. Auch in anderen Teilen der Arbeit wird man Vollständigkeit vermissen. Es sind eben Studien und keine systematische Darstellung.

Einen besonders breiten Raum nimmt die Analyse der Depersonalisation ein. Das bedarf einer besonderen Entschuldigung, weil gerade sie in letzter Zeit vielfach Gegenstand ausführlicher Arbeiten gewesen ist. Ich vermisste jedoch in diesen Arbeiten vieles, was ich für wichtig halte und insbesondere weist die einschlägige Arbeit Oesterreichs, die sehr bekannt geworden ist, eine Reihe von Irrtümern auf, deren Aufklärung mir nötig erschien. Das Problem der Depersonalisation ist nicht nur psychologisch, sondern auch klinisch von großem Interesse. Ich habe versucht, an diesem Beispiel eine möglichst vollständige Analyse eines psychopathologischen Phänomens zu geben. Es waren also auch methodische Absichten, die mich zu einer breiten Behandlung des Themas veranlaßten.

Ich gebe zunächst drei Krankengeschichten wieder.

---

<sup>1)</sup> Ich bin Herrn Geheimrat Flechsig für die Überlassung des Materials und für das Interesse, das er an meiner Arbeit genommen hat, sehr zu Dank verpflichtet.

### Drei Krankengeschichten.

Fall 1. Gottfried M., Student, geboren 1891. Familienanamnese belanglos, Großeltern, Eltern, ein Bruder und eine Schwester gesund. Ein Cousin soll geistig nicht ganz intakt sein. Die Vorgeschichte ohne Besonderheiten. Er ist Zwillingkind, der andere starb. Er war zunächst schwächlich, entwickelte sich aber dann gut und machte die üblichen Kinderkrankheiten durch. Im 16. Jahre schwere Influenza. Ein Jahr vor der Aufnahme zwei Nasenoperationen. Vor einem halben Jahre Stirnhöhleenerung. Er hat das Gymnasium zur normalen Zeit beendet, war immer ein guter Schüler und wird von seinen Eltern als still und zurückgezogen bezeichnet. Er kam zum ersten Male in die Klinik am 20. VII. 1912. Er klagte damals, daß er in der letzten Zeit nicht habe arbeiten können. Er führt es darauf zurück, daß er sexuell nicht ganz rein gelebt habe. Er sei seit dem 14. Lebensjahre sexuell erregt, hätte entsprechende Gedanken, er gibt an onaniert zu haben. Er bezeichnet damit Erektionen und Pollutionen. Fürchtet, es würde eine Rückenmarks- oder Hirnkrankheit daraus. Manchmal habe er direkt das Gefühl, daß sich das Gehirn zersetze. In der Folgezeit klagte er, das Gehirn sinke ein; er würde verrückt. Er bittet, man möchte doch seinem Vater nicht gleich die ganze Wahrheit sagen. Er verlangt seinen Vater noch einmal zu sehen. Zuspruch ist vollkommen wirkungslos, er bringt kurz danach die gleichen Klagen und Beschwerden vor. Er beschäftigt sich nicht in der Klinik; sitzt den ganzen Tag beschäftigungslos da; liegt auf dem Sofa. Traurige Haltung und Mimik. In seinem ganzen Wesen energielos; schlaff und weichlich. Am 22. VII. wird er von seinem Vater nach Hause abgeholt. Die körperliche Untersuchung war im wesentlichen vollständig negativ geblieben. Vom Degenerationszeichen nur: angewachsene Ohrschläpchen; gespaltenes Zäpfchen. Im übrigen die inneren Organe und das Nervensystem intakt. Insbesondere sind die Sinnesorgane und die taktile Sensibilität ungestört. Keine Anzeichen einer Störung der Viszeralempfindungen.

Am 30. VII. wird er von seinem Vater wieder in die Klinik gebracht. Der Vater gibt folgendes an: G. freute sich zunächst sehr, daß er nach Hause kam. Plötzlich sagte er nachts, man möge ihn fortschaffen, bevor er wahnsinnig sei. Die Mutter solle es nicht mit ansehen müssen. Er klagte ständig über Sensationen im Kopf. Beschäftigte sich nicht. Lag niedergeschlagen im Liegestuhl. Wollte ins Sanatorium oder nach Leipzig, damit er dort beaufsichtigt würde. Er jammerte auch: es blitze vor den Augen und die Wolken kämen herein. Zeitweise kam Zittern und er weinte, Manchmal war er wie abwesend. In der Nacht, vor der Aufnahme in die Klinik machte er einen Selbstmordversuch. Schlag sich mit einem eisernen Ofenhaken gegen den Kopf, so daß es blutete.

Die Beobachtungen in der Klinik sind folgende:

30. VII. Depressive Haltung und depressiver Ausdruck. Er sei jetzt ganz verrückt geworden; merke, wie es immer mehr und mehr schwinde. Die ganze Zirkulation sei verändert; Kopf und Hals seien anders. Das Gehirn sei eingesunken. Er sei dem Irrsinn nahe. Er ist leicht gehemmt; liegt ruhig im Bett. Somatischer Befund unverändert. Am Hinterkopf drei unbedeutende Schrammen.

31. VII. Stark gehemmt. Gibt keine Antworten.

1. VIII. Er spüre einen elektrischen Strom, der vom Kopf zum Rücken ginge. Das sei der Ausdruck der geschwächten Willenskraft. Er fühle genau, daß er unheilbar geisteskrank werde und daß heute oder morgen der Irrsinn ausbrechen werde. Er hätte keine Gefühle mehr, die ganze Seele fehle.

(Können Sie noch traurig sein?)

„Nein. Sie können auch durch den Galvanisationsapparat feststellen, daß die ganzen Willensströme sich verändert haben.“

(Ist Ihr Wesen anders?)

„Das ganze Gehirn ist anders geworden; weil ich merke, daß die früheren Zentren durch den Willensstrom auseinander gerissen sind.“

(Ist Ihr Charakter verändert?)

„Ich bin ganz anders“ (etwas zögernd).

(Inwiefern denn?)

„Ich bin nicht mehr der frühere.“



(Haben Sie Ihre Eltern noch gerne?)

„Die lieben guten Eltern!“ (Traurig.) Dann: „Natürlich.“ Der Wille sei krank. „Weil ich nicht mehr den Willen in der Gewalt habe, sondern weil der Wille mich treibt.“ Er spricht leise, langsam, traurig. Er bittet irgend wohin gebracht zu werden, wo er nichts anrichten könne. „Ich merke ja, daß ich vollständig durch diese elektrischen Willenssachen wahnsinnig werde.“

Abends spontan: Er sei ein ganz anderer Mensch geworden; er habe keine Gefühle mehr. Aus dem Körper habe sich alles in den Kopf gezogen und dort finde ständig eine Willensgewitterbildung statt. Er fühle keine Liebe und keinen Haß mehr; er könnte alle Menschen totschiessen, ohne etwas zu fühlen. „Und das wird auch eintreten, wenn die übermächtige Willensgewitterbildung in meinem Kopfe eintritt.“

(Ist das Ihr Wille, der im Kopf gebildet wird?)

„Es sind furchtbare elektrische Willensströme, denen ich nicht mehr gebieten kann.“

(Haben Sie das Gefühl des Zwanges?)

„Ja, sogar eines ganz furchtbaren Zwanges.“

(Wozu werden Sie gezwungen?)

„Das wird sich ergeben, wenn dieser elektrische Dynamo mich vollständig zu etwas treibt.“

„Es wäre doch furchtbar, wenn Sie erlebten, daß ich mich gegen andere vergehe!“

(Das wäre doch dann gar nicht Ihr eigener Wille, und Sie könnten nichts dafür!)

„Das kann ich nicht mehr denken, der Dynamo summt weiter.“

Das Zureden nütze nichts, es seien eben organische Störungen der Zirkulation, gegen die er gar nichts Seelisches tun könne. „Die Sache entstand so, daß ich allmählich fühlte, daß sich der Wille auflöste, aus dem vorigen Zentrum heraustrat und so elektrisch weiter summt und ich merkte ganz deutlich, was es um den Willen ist. Ich sah richtig, wie tatsächlich der Wille dasjenige ist, das das eigentliche Zentrum ist.“

2. VIII. Liegt stumpf mit leerem Gesichtsausdruck auf dem Sofa. Die frühere Willensstätigkeit sei durch die jetzige weggerissen. „Es dreht sich mit rasender Geschwindigkeit in mir.“ „So daß ich die jetzige Willensstätigkeit als die vollständig richtige empfinde.“ „Der ganze Motor geht mit einer rasenden Gewalt. Den jetzigen Willen habe ich nicht in der Gewalt, sondern er regiert mich.“ Er könne nicht denken, da sich alles dreht. „Eiskalt weht es mich an, an Händen und Füßen.“

(Fühlen Sie Liebe und Haß?)

„Gar nichts mehr da.“

„Die Menschen sehe ich nunmehr als Holzpuppen an.“

(Spüren Sie den Kummer?)

„Nein.“

(Überhaupt nichts?)

„Nein.“

(Welcher Wille ist in Ihnen?)

(Sinnt nach.)

(Ihr eigener?)

„Nein, nein.“

(Ein fremder?)

„Ja.“

(Wessen Wille ist das?)

„Das ist mein früherer Wille, den ich nicht mehr in der Gewalt habe, sondern mich herumtreibt.“ Es ist der irrsinnige Wille. Bittet, man möge ihn genau untersuchen. „Alles ist ganz anders geworden. Der Moment kommt nahe, wo ich durch diesen Willen wahnsinnig werde.“ „Jetzt ist es wieder der eigene Wille, weil ich nicht mehr das frühere Gehirn habe.“

„Ganz nebelhaft, weiß ich, wo ich bin.“ „Wenn auch das schwindet, werde ich in einer ungeheueren elektrischen Macht zu irrsinnigen Sachen getrieben.“

(Ist Ihr Charakter verändert?)

„Vollständig, aber ganz anders.“ (überzeugt).

(Warum?)

„Weil ich niemanden mehr lieb habe, Seele habe ich gar nicht mehr. Das was ich spreche, sind die letzten Worte.“

(Welcher Wille ist in Ihnen?)

„Das, was man als bösen Geist bezeichnet.“

(Wo blieb der frühere Wille?)

„Der ist weg.“

„Der jetzige Wille sitzt nicht mehr im Gehirn, sondern geht wie ein gewaltiger elektrischer Strom durch den ganzen Menschen.“

„Ich bin direkt umgestülpt.“

„Ich bin richtig leicht geworden, ich kann richtig fliegen.“ (Hebt matt die Arme und läßt sie der Schwere entsprechend niederfallen.)

3.—5. VIII. Ist im wesentlichen nicht verändert. Äußerte aber, er hoffe doch wieder gesund zu werden. Überhaupt ist er nach einem Besuche des Vaters heiterer. Meint, er möchte dem Vater gerne das Unglück mit dem Sohne ersparen.

„Ich würde mich freuen, wenn es bloß ein trauriges Gefühl wäre.“ „Es ist immer noch . . . Dynamomaschine, treibt alles ins Gehirn hinauf.“ „Das ist nicht zeitweise, sondern immer und wird immer schlimmer.“

(Haben Sie Ihren eigenen Willen?)

„Das ist eben das Furchtbare, daß ich keinen eigenen Willen habe.“

(Sie gehen, essen doch, dazu gehört ja Wille!)

„Das ist das letzte bißchen.“

(Haben Sie Gefühle, Liebe und Haß?)

„Gar nichts mehr, als wenn einem alles in den Kopf gerutscht wäre, die ganze Seele.“ (Dann ist es doch da!)

„Nein, seelische Empfindungen habe ich gar nicht mehr, das können Sie doch in Experimenten feststellen.“

„Es ist nur Schein, wenn ich so ruhig dasitze, da scheint es nur als wenn ich apathisch wäre.“

„Ich fühle direkt und habe eine leise Empfindung, als wenn sich der Geist und das Gefühl immer herumdrehen.“ Er habe diese Dinge zunächst verheimlicht.

(Wer spricht, wenn Sie mit mir sprechen?)

„Das bin ich nicht mehr.“

(Wer spricht denn?)

„Das ist ein ganz anderer Mensch.“

(Also doch derselbe, der krank geworden ist!)

„Es ist ein geistig und seelisch ganz Kranker.“

(Also doch derselbe!) (Schüttelt leise den Kopf.)

„Schmerzen habe ich gar nicht, sondern nur immer das Drehen von einer mächtigen Dynamomaschine in meinem Kopf.“ „Das ist eben der kranke Wille.“

(Spüren Sie Hunger und Appetit?)

„Auch gar nichts mehr!“

(Merken Sie Stuhldrang und Füllung der Blase?)

„Das habe ich auch nicht mehr in der Gewalt.“

(Spüren Sie Ihre Glieder?)

„Nein gar nicht . . . das ist alles wie . . . ich kann es Ihnen auch nicht beschreiben.“

Als er mit einer Nadel gestochen wird, gibt er an, er fühle gar nichts. Es ergibt jedoch eine Sensibilitätsprüfung, die sofort angestellt wird, daß er spitz und stumpf richtig unterscheidet. Man muß allerdings sehr in ihn dringen, wenn man Antworten erhalten will. Er hat Tendenz zu sagen, er fühle gar nichts mehr.

10. VIII. Liegt den ganzen Tag stumpf mit leerem Gesichtsausdruck auf dem Sofa. Ist getröstet, wenn man mit ihm spricht. Es sei ihm, als wenn es jede Minute schlechter würde. Er habe das Gefühl, der Geist ströme aus. Ein richtiges Gefühl sei es nicht. „Ich kann nicht sagen, woran ich es merke, es ist, wie wenn man ein Gefäß hätte und es ausströmt.“ „Woran ich das merke, kann ich nicht sagen.“ „Die ganze Seele und das ganze Streben gleitet weg.“

(Ist das Ihr eigener Wille?)

„Es ist etwas Fremdes.“

Dann: „Es ist der frühere Wille, den ich nicht beherrschen kann und der mich beherrscht.“

(Haben Sie Ihre Eltern gerne?)

„Das kann ich auch nicht mehr; mir ist alles direkt abgeschnitten . . . die Empfindung. Schlafen kann ich daher auch nie; es zuckt immer weiter in meinem Kopfe.“

(Sind Sie der gleiche?)

„Ich bin ein ganz anderer.“

Er fühlt, daß er dem Zustand des Irrsinns nahe ist. „Wenn ich hier vom Irrsinn überfallen werde, dann zertrümmere ich alles und schlage alles tot.“ „Weil ich von einer ganz übermächtigen Gewalt regiert werde.“

(Welche Gewalt ist das?)

„Das ist eben dieser Wille.“

„Jetzt habe ich das Gefühl, wie wenn ich nur aus einem hohlen Kopf bestünde, in dem ein Dynamo summt.“

(Spüren Sie Ihren Körper wie sonst?)

„Nein.“

(Wie denn?)

„Es ist alles abgehackt.“

(Spüren Sie das?)

„Ja.“ (Nickt mit dem Kopfe.)

Wenn er nicht spreche, so sei das nur der weiter fortschreitende Wahnsinn.

(Was spüren Sie am Körper?)

„Gar nichts.“

(Sie sagten doch, daß alles abgehackt sei.)

„Es ist nur alles leer.“ Macht Bewegungen mit den Armen. „Überhaupt keine Verbindung mit dem Gehirn mehr, das Gehirn ist verstopft.“ Das was er erzähle, seien die letzten Gedankenkräfte. Er spüre, daß er sich nicht retten könne. Er sei jetzt in stande, alles totzuschlagen und sich völlig irrsinnig zu gebären.

(Erinnern Sie sich an Ihre Vergangenheit?)

„Nein, gar nicht.“

Er habe noch ein kleines bißchen Vernunft, mit dem er spreche; das andere sei durch Dynamoströme hinaufgetrieben und zerrissen. „Das sind richtige elektrische Erscheinungen!“

(Woher wissen Sie das?)

„Weil ich es sehe und fühle.“

Habe schon das Vorgefühl eines Anfalls gehabt. Er spürt das Summen des Dynamos an den Ohren.

(Fühlen Sie wirklich nichts?)

„Nein, gar nichts mehr.“ (Traurig.) Die Angehörigen täten ihm leid; das sei aber nur so ein Denken.

Als er gefragt wird, wann Goethe gelebt hat (er ist Germanist), wird sein Gesicht traurig, und er sagt fragend: „Goethe?“

(Wer war das?)

„Dichter.“

(Wann lebte er?)

„1759 bis 1830.“

(Wann lebte Schiller?)

„1759 bis 1805.“

„Ich kann nicht mehr denken, es zieht sich alles aus dem Rückenmark raus und dreht sich rum.“ Im Kopfe spürt er ein elektrisches Zucken wie Blitze. „Es ist direkter Wille.“

(Ist das Ihr Wille?)

„Der frühere Wille hat sich verschoben, indem er mich jetzt regiert. Es ist so wie eine fremde Gewalt.“

(Aber es ist doch Ihr Wille?)

„Ich kann dem gebieten.“ (Sinnend.) „Wenn der Dynamo summt, so denke ich an nichts. Der Dynamo zieht alles aus den Beinen herauf. Das ist immer so.“

(Wie erklären Sie sich das?)

„Das ist eben eine ganz schwere entstehende Geisteskrankheit.“

Man sehe schon das Weiße in der Pupille des Auges.

(Ist Ihr Selbst noch das gleiche?)  
 „Nein (traurig), weil alles ganz anders geworden ist.“  
 (Trachten und Fühlen?)  
 „Das habe ich nicht mehr.“  
 (Empfinden Sie noch Schmerz?)  
 „Nein, es ist nur das letzte bißchen, das ich denken kann.“  
 Bei Wiederholung der Frage: „Das kann ich gar nicht mehr.“  
 (Freuen Sie sich, wenn der Vater kommt?)  
 „Ich kann mich nicht mehr freuen.“ Spontan: „Ich möchte so gerne das alles wieder zurück haben, aber es geht nicht.“ „Das Ausströmen ist nicht zeitweise, sondern stets.“  
 (Haben Sie ein Ich?)  
 „Jetzt nicht mehr.“  
 (Ist ein fremder Wille in Ihnen?)  
 „Das kann ich nicht mehr sagen.“  
 (Können Sie noch etwas wollen?)  
 „Nein gar nicht.“  
 (Aber eine Persönlichkeit ist doch noch in Ihnen?)  
 „Nein.“  
 (Was sind Sie?)  
 „Das kann ich nicht sagen.“  
 Er schmecke auch nicht mehr richtig.  
 (Merken Sie, was Sie essen?)  
 „So ganz undeutlich.“  
 (Schmecken Sie den Schinken?)  
 „Nur wenn ich darauf achte.“  
 (Ist er gut?)  
 „Die Empfindung habe ich nicht mehr.“ „Ich habe nur die Empfindung des Ausströmens, wie wenn der Geist immer mehr ausströmt.“  
 (Was ist mit dem Dynamo?)  
 „Das ist immer noch so, nur noch stärker.“  
 (Sie hören doch, wenn ich mit Ihnen spreche?)  
 „Ja.“  
 (Sehen Sie das Fenster?)  
 „Ja, es verknüpft sich aber gar nichts dabei.“  
 (Spüren Sie Hunger und Durst?)  
 „Nein.“  
 (Spüren Sie die Blasenfüllung?)  
 „Nein.“  
 (Sie müssen das doch merken, Sie halten sich doch rein?)  
 „Ganz leicht, ein wenig noch.“  
 (Könnten Sie denn weiter essen, wenn Sie satt sind?)  
 „Das weiß ich nicht.“  
 (Haben Sie das Gefühl der Sättigung?)  
 „Nein.“  
 (Könnten Sie den ganzen Tag fort essen?)  
 „Das glaube ich nicht.“  
 (Merken Sie, wenn Sie etwas gegessen haben?)  
 „Die Empfindung habe ich gar nicht mehr.“  
 (Hören Sie jetzt anders als früher?)  
 „Das kann ich nicht sagen.“  
 (Riechen Sie?)  
 „Nein, nur ein kleines bißchen.“ „Das Gefühl des Angenehmen habe ich überhaupt nicht mehr.“ „Ich kann gar nicht auf etwas achten.“ „Ich habe überhaupt keine seelischen Funktionen mehr.“  
 (Sie sehen und hören doch?)  
 „Nein seelische meine ich.“  
 (Ist die Empfindung des Körpers anders geworden?)  
 „Die habe ich nicht mehr, nur so wie wenn etwas von den Beinen in den Kopf ströme.“

11. VIII. „Ich fühle wie ich allmählich zu einer Holzpuppe werde und von einem fremden Willen regiert werde.“

12. VIII. „Mir wärs am liebsten, wenn man mich bald in eine Anstalt fortschaffte.“

Als er an diesem Tag eine Karte von seinem kleinen Bruder erhielt, zeigte er deutliche Zeichen der Freude und Rührung. Auf die Frage, ob er sich darüber gefreut hätte, antwortete er: „Das kann ich nicht mehr!“

(Aber Sie waren doch sichtlich gerührt, Sie atmeten doch tief, sprachen mit gerührter Stimme?)

„Nein.“

Die passiv erhobene Hand sinkt schlaff, wie leblos, abwärts.

„Ich fühle doch, wie es täglich schlimmer wird mit mir (mit sehr traurigem, weinerlichen Tonfall). Ich kann nicht mehr ruhig daliegen, das Gefühl der Erquickung fehlt. Das Gefühl des Schlafes fehlt vollständig, ich merke nur, wie die Gewalt immer stärker wird.“

(Bei Ihrem Sprechen merke ich doch den Tonfall der Trauer!)

„Das ist nicht Trauer, das ist die Sprache eines, der halb wahnsinnig wird. Seelische Empfindung habe ich überhaupt nicht mehr, weinen kann ich überhaupt nicht. Bei mir ist es nicht Hypochondrie . . . es ist wirklich Irrsinn. Ich würde mir diese Gedanken aus dem Kopf schlagen, wenn ich könnte. Denken kann ich nicht mehr. Ich kann nicht mehr lachen.“

(Ich werde Ihnen die Geschichte von der Strubelpepi erzählen!) (Beginnt herzlich zu lachen.) „Das ist das Lachen eines Verrückten, da ist gar keine seelische Empfindung dabei.“

(Waren Sie fröhlich, als Sie lachten?)

„So etwas gibt es gar nicht bei mir, ich merke, wie das Seelische völlig verschwunden ist, ich könnte alles machen, ohne eine Empfindung dabei zu haben. Das, was mich so vollständig umändert, ich kann es gar nicht beschreiben, der furchtbare Strom.“ „In den Bewegungen bin ich völlig umgewandelt.“

(Stellen Sie sich Ihren Vater vor, können Sie das?)

„Nein.“

(Ist er groß oder klein?) (Schüttelt den Kopf.)

(Sie erkennen Ihren Vater doch wieder?)

„Ich habe gar keine Empfindungen mehr.“

(Sie erkennen mich doch auch wieder?)

„Ja, aber es ist keine Ideenverbindung dabei, weil alles im Gehirn sich so . . . .“

Am gleichen Tage werden einige Assoziationsversuche mit ihm angestellt. Als Instruktion wird ihm gegeben, er solle möglichst rasch das antworten, was ihm bei den Reizworten einfällt. Er meint hinzu: „Ja, Einfälle habe ich gar nicht mehr.“

(Sonne.)

„Gar nichts, es geht nicht mehr!“

(Ist die Sonne grün?)

„Die Sonne?!“

(Können Nachtwächter fliegen?) (Er lacht lebhaft dabei.)

(Haben Sie etwas Vergnügen gespürt?)

„Nein.“

(Sie müssen doch den Unsinn erkannt haben!)

„Das ist ganz eigentümlich, es ist auch nicht so . . . .“

(Sehen Sie das Fenster?)

„Ja.“

(Sehen Sie es wie früher oder anders?)

„Anders!“

(Inwiefern?)

„Das weiß ich nicht.“ Bei Wiederholung der Frage: „Bevor ich krank war, da hatte ich Ideenverbindung und Gemüt.“

(Was hat das mit dem Fenster zu tun?)

„Da hatte ich doch Vorstellung.“

(Sehen Sie das Grün der Bäume?)

„Ja.“

(Sehen Sie es wie früher?) (Zögernd.)

„Ja, das kann ich nicht sagen, weil ich ein anderer Mensch bin.“

(Wo waren Sie, als Sie aus der Klinik entlassen worden waren?)

„In Loschwitz.“

(Wie sah es dort aus?)

„Das hat auf mich gar keinen Eindruck gemacht, auf mich macht überhaupt nichts Eindruck. Es ist wie umgestülpt.“

Die Krankheit müsse daher kommen, daß er sexuell frühreif gewesen sei. Er sei ein Zwilling, sei stets schwächlich gewesen. Das Zwillingskind sei totgeboren worden. Er habe die üblichen Kinderkrankheiten durchgemacht (Masern usw.). Vom 16. oder 17. Lebensjahr an habe er sich völlig rein gehalten, in den früheren Jahren habe er sich Vorwürfe zu machen. Jetzt denke jeder, daß er furchtbar ausschweifend gelebt habe.

(Womit haben Sie sich in den ersten Semestern beschäftigt?)

„Ich habe bei B. H. und K. gehört.“

(Was denn?)

„Bei K. Literaturgeschichte, bei B. das Nibelungenlied oder was es war.“ (Schüttelt leise den Kopf.) Seitdem diese Geschichte gekommen ist, ist alles wie umgestülpt . . . ich habe gar nicht den Zusammenhang mit dem früheren Leben! Ich kann auch nicht abschätzen, was gut und böse ist . . . und furchtbar usw.“

Es gelingt jetzt nach längerem Zureden, ihn dazu zu bringen, bei Assoziationsversuch zu antworten. Die Antworten erfolgen jedoch stark verlangsamt.

Gelb . . . . .	Blume
Schlange . . . . .	giftig
Sonne . . . . .	Gold
Mond . . . . .	golden
Fenster . . . . .	viereckig
Tisch . . . . .	vier Beine
Sterne . . . . .	funkelnd
Schwarz . . . . .	weiß
Grün . . . . .	Wiese
Morgen . . . . .	

„So auftauchen tut gar nichts, das ist es eben.“

(Wie haben Sie denn die früheren Worte gefunden?)

„Ich habe keine Empfindung und Vorstellung bei den Worten.“

(Was geschah denn, als Sie sagten Fenster . . . viereckig?)

„Ich weiß nicht.“

(Was dachten Sie bei Sterne . . . funkeln?)

„Gar nichts.“

(Haben Sie sich denn gar nichts dabei vorgestellt?)

„Nein.“

Sonne . . . . . Wiederholt mehrfach, daß sich gar nichts daran knüpft.

(Drängen sich keine Vorstellungen auf?)

„Nein.“

(Referent läßt einen Gegenstand fallen, hörten Sie das?)

„Ja, aber eine direkte Klangempfindung habe ich nicht dabei.“

(Wie meinen Sie das?)

„Das hat doch sonst . . . laut oder leise die Nerven erschütter.“

„Das Gefühl als ob ich Nerven und Körper hätte, habe ich überhaupt nicht. Ich fühle auch wie der Strom selbst im Gehirn organische Zerstörungen bewirkt!“

Auf Aufforderung beschreibt er seinen kleinen Bruder: Klein, blaue Augen, goldenes Haar . . . (beginnt zu weinen, Zeichen lebhafter Rührung).

(Sie weinten, fühlten Sie nichts?)

„Nein, ich habe überhaupt keine Seele mehr. Ich habe richtig gespürt, wie die allmählich wegschwand.“

Er bezeichnet eine Reihe von Gegenständen prompt. (Das wissen Sie doch noch?)

„Das sind noch so einige . . .“

„Das ist mir auch so furchtbar, mit Ihnen kann ich auch nicht die Seele austauschen, ich möchte mit Ihnen lieb sein, aber ich kann das nicht mehr.“ (Weint.)

(Sie weinen doch jetzt wieder, spürten Sie nichts dabei?)

„Nein.“

„Ich bin kein Mensch mehr, ich habe keine Seele mehr.“

Als ihm mittags eine überhaupt stark gesalzene Suppe vorgestellt wird, ißt er sie, ohne eine Miene zu verziehen. Sagt gar nichts. Als er gefragt wird, sagt er, er hätte gar nichts dabei gefühlt.

Aus dieser Zeit stammen auch einige schriftliche Äußerungen des Patienten, die er sich auf Postkarten notiert hat. „Bringt mich, bitte, bitte in eine Irrenanstalt, Coswig glaube ich, ist das beste. Meine Krankheit ist unheilbar. Wenn Ihr wüßtet, was das heißt, irrsinnig zu werden und nicht mehr denken zu können, getrieben zu werden, ohne jemals Ruhe zu finden!

Was hat der Arzt gesagt?“

Eine andere Karte lautet: „Meine armen, armen Eltern! O, was war das für eine fürchterliche Qual, 6 Wochen lang das Ausströmen der Seele und des Geistes zu empfinden; wie man nicht mehr zu seinen Mitmenschen lieb sein kann, wie früher. Mit großer Deutlichkeit vor Augen zu sehen, das Schicksal eines Irren. Daß ich Euch nun so furchtbar zur Last falle, unserer Familie Schande bringe. O hätte ich in der Jugend rein gelebt, wie wollte ich in der Studentenzeit hohen Idealen nachstreben. Da war es zu spät. Denk an Euren Gotti zurück, wie er früher war, der jetzige ist nur ein Zerrbild davon. Wie wollte ich Euch Liebe erweisen, wenn ich gesund zurückkehrte. Aber nun ist alles zu spät. Nach mathematischen Gesetzen. Meine armen Eltern. Unbewußte Sünden meiner Jugend rächen sich jetzt mit unheilbarer Geisteskrankheit. Ich wollte, ich hätte mich damals im Garten getötet. Nun ist es aber doch furchtbar, daß Ihr diesen Schlag wohl nie überleben werdet.“

Er schreibt folgenden Brief nach Hause:

„Lieber guter Vater!

Kannst Du nicht in den nächsten Tagen möglichst bald wieder einmal zu mir kommen. Sieh bitte doch zu, daß Du es ermöglichen kannst, mein lieber guter Vater! Ihr Lieben, das liebe gute Muttchen, die liebe Schwester, das liebe Büblein seid vielmals begrüßt!“

Er klagt in dieser Zeit ständig, er könne nicht schlafen, während es objektiv festgestellt ist, daß er die Nächte im ruhigen Schlafe verbringt.

13. VIII. „Ich bin ganz verändert und irrsinnig, der Motor wird immer ärger.“

(Ist Wille in Ihnen?)

„Nein.“

(Ist die Außenwelt verändert?)

„Alles ganz anders.“

(Inwiefern?)

„Ich merke nur immer, daß sich das immer schneller im Kopfe dreht . . . die Bewegungen . . . vollständig irrsinnig, apathischer Gesichtsausdruck!“

(Sie sehen doch?)

„Ja, ich kann aber gar nichts dabei denken.“

15. VIII. Traurige Haltung und Miene. „Mir geht es schlecht, weil ich jeden Moment ein anderer Mensch werde, ich habe jetzt überhaupt kein Gefühl mehr!“

„Das geht unter keinen Umständen, daß meine Eltern einen irrsinnigen Sohn haben. Ich fühle genau, wie ich zu allem fähig bin, daß eine furchtbare Macht über mich kommt.“

(Wille?)

„Ich habe keinen mehr.“

Es ist dabei auffällig, daß er in den Gesten und Tonfall der Stimme auffallend energisch ist.

„Es ist der Moment herangekommen, wo ich überhaupt nichts Seelisches habe, ich kann den Eltern nichts Liebes mehr erweisen.“ Wolle Selbstmord begehen. „Ich merke es an meiner Veränderung, daß es immer schlechter wird.“ Er sei seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden.

(Woran merken Sie das?)

„Daß ich keine Seele habe.“

(Was ändert sich?)

„Das weiß ich nicht.“

(Woran merken Sie die Veränderung?)

„Das weiß ich auch nicht. Seit 20 Tagen gestaltet der elektrische Strom meinen Körper anders.“

„Es ist keine Empfindung mehr, solche Fähigkeiten, daß ich etwas empfinde, habe ich nicht mehr.“

„Ich kann nie mehr ruhen, es kreist immer weiter.“

(Sehen Sie nicht?)

„Ich starre nur immer gerade aus.“

In der Tat ist er nicht zum Fixieren von Objekten zu bringen.

23. VIII. Im Anschluß an einen Besuch der Mutter ist er merklich freier, fragt, ob er in zwei oder drei Wochen wieder gesund werde.

24. VIII. Er fühle sich viel wohler, spüre nur noch einen Druck im Hinterkopf. Er spricht mit freier Stimme, Haltung und Mimik nicht mehr gebunden.

(Haben Sie seelische Gefühle?)

„Ach ja.“

(Empfinden Sie Freude, Trauer und Schmerz?)

„Ja.“

(Sind Sie anders als zu der Zeit, da Sie keine Gefühle hatten?)

„Ich fühle mich ein bißchen freier. Mir kommt es vor, als sei ich so wie früher, als ich Student war.“

(Was war in der jüngst vergangenen Zeit?)

„Da lag ich nur da und habe herumgestarrt.“

(Waren Sie derselbe Mensch?)

„Als Student hatte ich mich ja noch gefühlt.“

(War ein fremder Wille in Ihnen?)

„Ich glaube es war nur Einbildung.“

(Spürten Sie wie der Geist ausströmte?)

„Das war vielleicht bloß . . . (stockt!)“

(Wie würden Sie es jetzt bezeichnen?)

„Ein Ziehen.“

(Schmeckt das Essen?)

„Das Essen schmeckt mir jetzt wieder.“

(Und früher?)

„Das weiß ich auch nicht, was das war.“

(Wie würden Sie den früheren Zustand bezeichnen?)

„Vollständige Apathie.“

(Hatten Sie Gefühle?)

„Ich erinnere mich gar nicht an die Zeit.“ „Ich weiß nicht mehr, wie ich damals war. Da habe ich viel Unsinn gequatscht.“ (Lacht.) „Ich habe mir damals Geisteskrankheit eingebildet.“

(Was haben Sie als elektrischen Strom bezeichnet?)

„So eine Art Druckgefühl.“

Während seines Stirnhöhlenkatarrhs habe er auch bisweilen die Empfindung gehabt.

„Ich bin ja jetzt auch noch nicht geistig so rege.“

(Warum?)

„Weil ich mich noch nicht für alles interessieren kann. Ich habe einen dumpfen Druck im Kopf.“ Er fühle, daß er jetzt besser schlafe. Die Äußerung vom 1. VIII., daß man die veränderte Willenstätigkeit durch den Galvanisationsapparat feststellen solle, erklärt er damit, daß er mit einem Kollegen über das psychogalvanische Phänomen gesprochen habe. Daß ihm sein Wille verändert vorgekommen sei, wisse er auch nicht mehr so. „Es war immer das dumpfe Druckgefühl im Kopf und da habe ich mir eingebildet, daß es Geisteskrankheit würde.“ Er lacht über seine Äußerungen, bezeichnet sie als Unsinn. Die ganze Erinnerung sei verschwommen. Er wisse nicht, wie er dazu kam, zu behaupten, er sei ein anderer Mensch und habe keine Gefühle mehr. Doch seien ihm seine Klagen nicht fremd. Er könne jetzt nicht mit Bestimmtheit sagen, ob er in diesem Zustand wirklich gefühllos gewesen sei. „Ich denke mir das jetzt so, daß ich immer nur diese Empfindung im Kopfe hatte und gegen die Außenwelt wie abgeschlossen und apathisch war.“ Er erinnert sich an das Tatsächliche der Äußerungen. Die Gefühle ließen sich in der Erinnerung schlecht zurückrufen.



25. VIII. Klagt über Druck am Kopfe. Es sei hinter den Augen, wie wenn er einen seelenlosen Blick hätte. Vermutet doch einen Zusammenhang seiner Erkrankung mit seinem Geschlechtsleben. Er leugnet, daß während der Krankheitszeit geschlechtliche Vorstellungen bestanden. Nach Zögern gibt er zu, seine Schwester und Mutter in sexuelle Phantasien einbezogen zu haben. Er gibt das erst dann zu, als ihm gesagt wird, daß dies in der Pubertätszeit kein seltenes Vorkommnis sei. Seit zwei Jahren sei er rein.

(Hatten Sie wirklich das Gefühl der Veränderung?)

„Ja, es kam mir so vor.“

(Worauf bezog sich diese Veränderung?)

„Das kann ich nicht sagen . . . ein ganz eigentümlicher Zustand.“

(Wie kam die Besserung?)

„Das kann ich auch nicht genau sagen.“ „Es war mir so im Kopfe, ein bißchen anders.“

Er erkennt fast alle Äußerungen aus seiner Krankheitszeit (die mit ihm durchgegangen werden) wieder. Über den Seelenzustand, aus denen sie hervorgingen, kann er keine Auskunft geben. Er erinnert sich an den Assoziationsversuch, weiß anzugeben:

Grün . . . . . Wiese.

(War das mit Schwierigkeiten verknüpft?)

„Wie meinen Sie . . . . das Denken?“

„Es war komisch, ich kann nicht mehr beschreiben, wie es war.“

Über den Brief vom 12. VIII. meint er, es sei ihm plötzlich die Sehnsucht gekommen, diese sei aber rasch wieder geschwunden (er hatte das aber früher in Abrede gestellt). Er kann noch nicht sagen, ob er das Gefühl gehabt hatte, der Körper sei leichter. „Da habe ich vielleicht die Empfindung gehabt.“

30. VIII. Nachts zeitweise unruhig, sagte: „Es wäre doch am besten, wenn man tot wäre.“

Er wird allmählich wieder depressiver, der Gesichtsausdruck ist traurig. „Es ist alles umgekehrt bei mir, recht irrsinnig.“ Spüre ein Ziehen im Kopfe, „Das benimmt mir den Verstand.“

(Fühlen Sie seelisch?)

„Ich bin apathisch.“

(Können Sie sich freuen?)

„Ach ja, natürlich.“

4. IX. Klagt über Druck im Kopfe, sonst fühle er sich ganz gut. Er gibt zögernd an, seelische Gefühle seien da.

(Abgeschwächt?)

„Das weiß ich auch nicht so.“ Das Denken sei nicht ganz scharf. Er rechnet jedoch leidlich, braucht allerdings zu Aufgaben wie  $9 \times 63$  ziemlich lange Zeit, macht auch gelegentlich Fehler. Von Dichtern der Sturm- und Drangzeit weiß er keine zu nennen. Von Romantikern nennt er Eichendorff, Platen, Schlegel, Tieck, Schleiermacher. Er wünscht nach Hause zu kommen.

28. IX. Sprach in der letzten Zeit viel von „Rembrandt als Erzieher“. Es wird da vom heimlichen Kaiser gesprochen. Sein Lehrer hätte von dem Buche gesagt, es sei gefährlich. Er solle lieber nicht darin lesen. Der Verfasser des Buches, sagt der Kranke, sei daran zugrunde gegangen. Er erschloß sich. Er wollte alles ergründen. Er proklamierte den heimlichen Kaiser. Der Name M. (der Name des Patienten) wird direkt genannt. „Aber ich bin es nicht (lächelnd). Es fiel mir nur so auf.“ Vor kurzem habe er in der Universitätsbuchhandlung ein Buch gesehen, betitelt „M. der Große — eine Kaiserbiographie der Zukunft“. Vielleicht handle es sich um seinen Onkel, der habe bisher nichts gemacht. „Da (in dem Buche) steht auch die geheimnisvolle Stelle: Vielleicht erschlägt der Bauer doch noch den Professor. Der Deutsche Michel ist ein Bauer. Das ist eigentümlich, ich habe Photographien von meinen Vorfahren gesehen, die Bauern sind.“ „Der heimliche Kaiser ist schon da, wie könnte sonst ein Buch über ihn erscheinen, es ist erst 1911 erschienen.“ „Es kam mir so ganz merkwürdig vor.“ „Die Stelle in ‚Rembrandt als Erzieher‘, die vom Genie handelt, hat großen Einfluß auf mich gehabt. Es hieß ‚Das Genie ist beständige Konzentration‘.“ Zur wissenschaftlichen Bedeutung sei eine Art Intuition nötig. „Wer vorwärts blickt, wird vorwärts gezogen.“ So hieß es in dem Buche. „Das habe ich versucht, das hat auf mich direkt schädliche Nachwirkungen gehabt.“

Er wurde dann aus der Klinik entlassen und kam nach Hause. War aber anfänglich noch teilnahmslos. Im Januar 1913 fing er an sich wieder etwas zu beschäftigen und hörte einige Vorlesungen an der Technischen Hochschule in D. Im nächsten Semester nahm er sein Studium in Leipzig wieder auf. Im Juli 1913 aß er zwar gut, schlief gut. Aber er ist noch nicht der Alte. „Ich vermisse bei ihm namentlich noch Initiative und Energie.“ (Bericht des Vaters.)

#### Zusammenfassung:

Es handelt sich um einen 21jährigen Studenten, der sich normal entwickelt hat und eine etwa der Norm entsprechende Begabung zeigte. Er erkrankt zunächst unter dem Bilde schwerer Neurasthenie. Es ist bereits auffällig, daß im Vordergrund Selbstbeschuldigungen sexueller Art stehen. Auch ist er gegen Zuspruch nicht empfänglich. Aus diesem neurasthenischen Zustande heraus entwickelt sich akut ein psychotisches Zustandsbild. Er klagt über völlige Veränderung seiner Person, über durchgreifende Veränderung seiner Willens-tätigkeit, über Unfähigkeit zu fühlen und die Außenwelt zu erfassen. Auch in seinen intellektuellen Funktionen und in seinem Erinnerungsvermögen fühlt er sich schwer beeinträchtigt. Dieses Bild, das im wesentlichen als das der Depersonalisation bezeichnet werden kann, erhält eigenartige Züge dadurch, daß er seinen Willen durch elektrische Ströme vernichtet und ersetzt glaubt. Auch kehren während dieses Zustandes Selbstvorwürfe sexueller Art wieder. Nach mehrwöchentlicher Dauer schwindet die Depersonalisation in unmittelbarem Anschluß an einen Besuch der Mutter. Die Erinnerung an den Zustand ist nur eine summarische. Allmählich entwickelt sich eine weitere psychotische Phase, in der Beziehungsideen dominieren. Er entdeckt in einem Buche Andeutungen einer Mission seiner selbst und seiner Familie.

#### Epikrise:

Geben wir zunächst einen genaueren Überblick über den Zustand auf der Höhe der Depersonalisationsattacke:

1. Veränderungen der Wahrnehmung. Diese erstrecken sich auf sämtliche Sinnesgebiete. Optisch: Er gibt an, das Fenster zu sehen, sieht es aber anders als früher, weil er vor seiner Erkrankung Ideenverbindung und Gemüt hatte. Er kann nicht sagen, ob er das Grün der Bäume in gleicher Weise, wie früher, wahrnimmt, weil er ein anderer Mensch ist. Als er gefragt wird, gibt er zu, einen Gegenstand fallen gehört zu haben, aber eine direkte Klangempfindung habe er nicht dabei gehabt. Über Geschmack und Geruch macht er ähnliche Angaben. Eine versalzene Suppe nimmt er, ohne daß es Eindruck auf ihn macht. Auch die Hautempfindungen sind seiner Ansicht nach verändert. Doch ergibt die eindringende Untersuchung, daß er wahrnimmt, wie wohl er angibt, weder spitz noch stumpf zu fühlen. Auch sonst ergibt die objektive Untersuchung der Sinnesorgane keine Störungen. Es scheint mir, daß der Patient seine Eindrücke im wesentlichen richtig analysiert, wenn er sagt: „Es verknüpfe sich nichts mit den Eindrücken.“ Jedenfalls zeigen die Empfindungen im engeren Sinne keine Störungen.

Sehr zahlreich sind die Klagen über Veränderung am eigenen Körper. Der Kopf sei wie hohl, der Körper sei leicht geworden, das Gehirn sei wie verstopft, er sei in den Bewegungen völlig umgewandelt, er sei so leicht, wie wenn

er fliegen könne. Das Gefühl, als ob er Nerven und Körper hätte, fehle. Er wisse nicht, ob er gegessen habe, habe keinen Hunger und keinen Appetit, die Gefühle der Sättigung fehlten, er spüre die Blasenfüllung nicht, habe den Stuhl-  
drang nicht in seiner Gewalt. Bei der Beurteilung dieser Störungen ist zu berücksichtigen, daß ataktische Erscheinungen nicht vorhanden waren (also keine Störung der Lageempfindung) und daß andernteils die Blasen- und Mastdarmfunktionen nicht gestört waren. Man wird also (was später noch eingehender zu begründen sein wird) annehmen dürfen, daß die Coenästhesie im engeren Sinne gleichfalls nicht gestört war, daß es sich vielmehr um eine Störung der Wahrnehmung und Verarbeitung dieser Empfindungen gehandelt hat.

2. Die Gefühle. Schon am 1. VIII. beteuert der Patient, er hätte keine Gefühle und die ganze Seele fehle. Diese Klagen kommen immer wieder. Er gibt zwar an, die Angehörigen täten ihm leid, das sei aber nur so ein Denken. Er könne sich weder richtig freuen, noch könne er richtig traurig sein. Im auffallenden Gegensatz zu diesen ständig betonten Angaben steht, daß äußere Zeichen der Gemütsbewegung und des Affekts bei dem Patienten stets vorhanden waren. Wenn er klagte, zeigte er Mimik und Haltung der Trauer, sprach er von seinen Eltern oder von seinem Bruder, so wurde seine Stimme gerührt, ja er brach sogar bisweilen in Tränen aus. Andernteils war es leicht, ihn zum herzlichen Lachen zu bringen. Beachtenswert ist auch, daß die mitgeteilten Aufzeichnungen und Briefe durchaus gefühlvoll, ja geradezu sentimental gehalten sind. Will man diesen Widerspruch deuten, so muß daran erinnert werden, daß wir auch bei den Gemeinempfindungen anzunehmen gezwungen waren, daß die Angaben des Kranken nicht ohne weiteres den wirklichen Sachverhalt wiedergeben. Man wird also annehmen müssen, daß der Patient tatsächlich Gefühle hatte. Weshalb er diese Gefühle nicht als die seinen anerkennt, hoffe ich im weiteren Verlaufe der Ausführungen zeigen zu können.

3. Vorstellungen und Erinnerungen. Auch hier äußert der Patient Klagen. Er gibt z. B. an, er könne sich nicht an Loschwitz entsinnen, könne nicht die Gestalt seines Vaters beschreiben. Doch zeigen gelegentliche Äußerungen, daß sinnlich lebhaftere Vorstellungen vorhanden sind, so z. B. wenn er seinen kleinen Bruder beschreibt. Auch gelegentliche Prüfung des Gedächtnisses ergibt, daß dieses wenigstens im groben erhalten ist. Leider sind exakte Merkfähigkeitsprüfungen nicht angestellt worden. Das Wiedererkennen von Personen und von Gegenständen erwies sich als ungestört. Es ergibt sich also, daß gröbere Störungen im Rohmaterial der Vorstellung und Erinnerung nicht vorhanden waren.

4. Intellektuelle Funktionen. Zweifellos bestehen Denkstörungen im engeren Sinn, wenn sie auch nicht so weitgehend sind, wie es von dem Kranken dargestellt wird. Es fehlt die Spontaneität des Denkens. Die Gedanken richten sich nicht auf die Außenwelt und verarbeiten die Eindrücke dieser nicht oder nur unvollständig. Der Kranke ist im wesentlichen nur mit seinem eigenen Ich beschäftigt und beobachtet im wesentlichen nur dessen Zustände. Ob in den vielen Stunden des Tages, wo der Kranke regungslos und ohne Initiative dasaß, überhaupt Denkarbeit geleistet wurde, muß dahingestellt bleiben. Der Patient klagt selbst darüber, daß ihm Ideenverbindung und Gemüt fehle. Er selbst gibt an, nicht mehr denken zu können. Charakteristische Ergebnisse

bietet der Assoziationsversuch. Die Antworten erfolgen verlangsamt, doch sind die Assoziationen nicht minderwertig. Eine genauere Beschreibung der Vorgänge während des Assoziierens ist von ihm nicht zu erhalten. Bemerkenswert ist, daß sich in seinen Briefen und in den Gesprächen die Fähigkeit zeigt, Gedankengänge, die auf seine Krankheit Bezug haben, mit Konsequenz durchzudenken.

5. Wille und Persönlichkeit. Es ist die hauptsächlichste Klage des Patienten, daß er in seiner gesamten Persönlichkeit auf das schwerste verändert sei. Er glaubt sich dem Irrsinn nahe, er fühlt sich wie umgestülpt, er fühlt sich zu einer Holzpuppe werden, die von einem fremden Willen regiert wird. Er habe überhaupt nichts Seelisches mehr. Aufs engste verbunden mit diesen Klagen sind Klagen über die Zerstörung seines Willens. Er begreife jetzt erst richtig, wie tatsächlich der Wille dasjenige sei, was als eigentliches Zentrum angesehen werden müsse. Er fühlte, wie sich der Wille allmählich auflöste und ersetzt werde durch furchtbare elektrische Willensströme, die er nicht mehr regieren könne. Diese Klagen kommen mit geringen Variationen immer wieder. Sehr bemerkenswert ist, daß er gegen das Ende der Depersonalisationsphase angibt, er sei seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden. Bei der Beurteilung der Willensstörungen wird man sich vor Augen halten müssen, daß auch zum Sprechen und zu den Verrichtungen des täglichen Lebens Willensanspannung erforderlich ist. Ich konstatierte ferner, daß beim Sprechen der Tonfall außerordentlich energisch erschien. Also auch hier wird man an den Äußerungen des Kranken Kritik üben müssen. Unberührt von dieser bleibt zunächst nur die Klage der Veränderung der Persönlichkeit. Ich halte in der Tat für richtig, daß M. während der Krise auf das Schwerste in seiner Gesamtpersönlichkeit verändert war. Die weitere theoretische Deutung dieser Veränderung wird im folgenden gegeben werden.

6. Die Erinnerung an die Krise. Sie ist auffallend dürftig. Der Patient hat für sie nur die Ausdrücke, es sei komisch gewesen. Er gibt an, sich den Gefühlszustand nicht zurückrufen zu können. An tatsächliche Ereignisse, die während der Krise vorgefallen sind, erinnert er sich jedoch gut. Er erkennt auch die Äußerungen wieder, die er auf der Höhe der Erkrankung getan hat. Es ist nicht auszuschließen, daß diese Dürftigkeit der Angaben mit dadurch bedingt ist, daß auch nach der Krise noch eine psychische Affektion vorhanden war. Es schließt sich hier die Frage an, ob nicht gewisse Elemente der Depersonalisationskrise auf den Grundprozeß (den wir noch näher charakterisieren werden) zurückzuführen sind. Ich glaube jedoch nicht, daß wir das Recht haben, die Theorien des Kranken über elektrische Ströme in seinem Körper ohne weiteres als Wahnideen zu bezeichnen. Es könnte immerhin nur ein, wenn auch nicht glücklicher Versuch sein, eigenartige psychische Begebenheiten zu beschreiben.

---

Kürzer können wir uns bezüglich der der Depersonalisation folgenden Periode fassen. Der Patient liest eigenartige Beziehungen zu sich selbst aus Büchern heraus und durch seine Äußerungen leuchtet der Glaube einer besonderen persönlichen Berufung seiner und seiner Familie durch. Die Diagnose einer Schizophrenie unterliegt wohl keinem Zweifel.

Wir kommen zu der Frage, ob wir psychogene Momente für die Entstehung der Krankheit oder des Zustandsbildes mit heranziehen können. Hier ist nur zu erwähnen, daß die Inzestphantasien, die der Kranke zugab, im Sinne Freudscher Mechanismen gedeutet werden könnten. Wieweit diese Annahme Berechtigung hat, sei erst im späteren eingehender erörtert.

Fall 2. Johanna H., geboren 1881, zum ersten Male aufgenommen am 24. VII. 1908, Tochter eines Arztes. Es wurden folgende Angaben gemacht: Sie stammt aus gesunder Familie, nur die Mutter und die Schwester der Mutter gelten als etwas nervös. Sie ist das einzige Kind. Sie hat sich normal entwickelt. Mit 14 Jahren zum ersten Mal menstruiert, die Periode zunächst regelmäßig, dann unregelmäßig. Sie zeigte gute Intelligenz. Im Charakter war sie nicht egoistisch, hatte stets wenig Initiative und auch keine Freude an der Arbeit. Sie hatte keine besonderen Interessen, begann vieles, ohne es richtig fortzusetzen. Sie liebte die Einsamkeit. Mit 24 Jahren verheiratete sie sich (2 Jahre vor der Aufnahme). Zwei Monate nach der Verheiratung hat sie eine Fehlgeburt durchgemacht. Die gegenwärtige Erkrankung begann etwa 3 Monate nach einer (normalen) Geburt. Die Patientin war bereits längere Zeit zu Hause behandelt worden, war auch in einem Sanatorium. Wiederholt traten kürzere Remissionen auf. Sie wird der Klinik mit der Angabe zugeführt, sie habe Suicidideen geäußert. Die körperliche Untersuchung ergab einen vollkommen negativen Befund. Insbesondere waren die sensorischen und sensibeln Funktionen ungestört. Die Patientin gab an, ihre Mutter sei sehr nervös, sie sei früher blutarm, aber sonst gesund gewesen. Am 12. XI. hätte sie eine Geburt durchgemacht, die bis auf eine künstliche Entfernung der Nachgeburt glatt verlaufen sei. Das Kind lebe. Sie habe es nicht selbst gestillt. Im Wochenbett habe sie in der Haut des ganzen Körpers Schmerzen verspürt, im Februar Influenza. Da sei dann ein „fürchterlicher Umschlag“ gekommen. Zunächst habe sie versucht, das Drückende zu überwältigen, jetzt wache sie jeden Morgen mit dem Gedanken auf: „Ach, wie traurig.“ „Ich dachte das nicht selbst, es kam.“ Seither fühle sie sich gedrückt. Sie glaubt nie wieder gesund werden zu können. Sie könne sich nicht zurecht finden. Alles ist seither bei ihr ganz anders, was es ist, weiß sie nicht, sie könne sich nicht zurecht finden und Zurückliegendes nicht übersehen. Ihr Selbstgefühl sei verändert. „Das ist eben die Krankheit.“ Sie könne die Größe ihres Unglücks nicht recht bemerken, sie sei auch früher an großen Ereignissen immer achtlos vorbeigegangen. Sie weiß, daß sie aus ihrem Leiden nicht herauskommen kann. Sie klagt über Schmerzen in der Brust und in allen Gliedern. Sie sei vollständig benommen, habe kein Interesse, sei gleichgültig. Wenn ihr Mann fortging, habe sie ihm früher stets nachgeweint, das möchte sie wieder haben.

In den folgenden Wochen ist sie dauernd mißgestimmt (mit geringen Tagesschwankungen), grübelt ständig über ihren Zustand, hält ihn für aussichtslos, weil er in ihrem Charakter begründet sei. Es sei gleichgültig, ob ihr Zustand besser sei oder nicht, denn sie werde eine Besserung nicht merken können. Es war auffallend, daß ihre Reflexionen etwas Selbstgefälliges an sich hatten. Bei einem Besuch ihrer Angehörigen zeigte sie keinerlei Interesse für häusliche Verhältnisse, fragt nicht nach Mann und Kind.

Am 4. X. ist sie morgens leicht euphorisch, abends ist sie jedoch wieder weinerlich.

Am 6. X. freut sie sich über den Besuch ihres Mannes, mit dem sie eine Ausfahrt unternimmt. Am 8. X. ist die Stimmung wieder etwas gedrückter, macht sich Vorwürfe, ihren Angehörigen ihre Liebe und Aufmerksamkeit nicht entgelten zu können. In der folgenden Zeit schlägt die depressive Stimmung häufig in Euphorie um, sie bringt die erstere mit Kopfdruck in Zusammenhang. Schließlich ist die heitere Stimmung fast dauernd, sie ist zu Scherzen aufgelegt. Lächelt verlegen, als ihr die früheren Äußerungen vorgelegt werden. Bis Anfang November 1908 treten noch leichte Schwankungen auf, sie wird schließlich nach Hause entlassen.

Kurz nach ihrer Entlassung stellt sie sich dem behandelnden Arzte nochmals vor, sie bietet ein ausgesprochen hypomanisches Zustandsbild und erscheint auffallend heiter.

1909 ein zweiter Partus. Es kamen Gedanken, die sie niederschreiben mußte, sie schrieb alles auf, was sie Schönes gesehen hatte. Hat ganze Kartons voll Zettel, die sie damals geschrieben hat. Sie war heiter gestimmt, jedenfalls ein bißchen aufgeregt, nahm körperlich zu, hatte glänzende Augen, kümmerte sich um ihre Wirtschaft. Nach 1—1½ Jahren magerte sie wieder ab (in der III. Gravidität). Hatte einen eigenartigen Geschmack

im Munde und konnte nicht essen. Geburt am 10. VIII. 12. Hatte Mastitis. Nach dem Partus ist sie wieder gebessert. Im Herbst 1912 in Meran. Dort trat Schwächegefühl in der Herzgegend auf, sie fing wieder an zu grübeln, machte sich Vorwürfe, nicht für ihre Kinder gesorgt zu haben. Es habe ihr stets manches in ihrem Gefühlsleben gefehlt; sie kam, da der Zustand sich nicht besserte, am 8. XII. in die hiesige Klinik.

Sie klagt über Sensationen und über das Gefühl, der Augapfel sei verändert und die Pupille sei kleiner, gleichzeitig ist es ihr, als ob sich alles drehte. Sei dadurch geschädigt worden, daß ein Arzt ihr zu viel Pulver gegeben habe. Sie klagt sich an seit jeher egoistisch gewesen zu sein.

18. II. Mein Brom wirke „erleuchtend“ auf sie, ihre Pflegerin sei ihr als Todesengel erschienen.

16. I. 13. Wechselnde Stimmung, keine eigentliche Depression. Fürchtet hypnotisiert zu sein, fürchtet, ihr Mann sei gestorben. Dieser sei herzkrank, er leide an Herzerweiterung.

22. I. Glaubt, daß ihr Mann nicht mehr lebt.

In der Folgezeit wird die Wahnvorstellung korrigiert, sie ist deprimiert, äußert Suicidideen und es tritt allmählich das Zustandsbild ein, das im folgenden beschrieben wird.

14. III. Sie ist vollkommen klar, ruhig und geordnet. Der Tonfall der Stimme ist indifferent, apathisch, müde. Die gleiche Stimmung drückt sich in der Haltung und Mimik aus. Doch wird sie im Verlauf des Gesprächs eifriger, begleitet das Gesprochene mit adäquater Gestik und Mimik. Ihr jetziger Zustand sei ein ganz anderer, als der frühere. Damals hätte sie im Spiegel gesehen, wie etwas über sie kam und das sei ihr dann zehn Monate hinten nach gegangen. „Aber es war ganz anders. Ich sagte immer, ich werde nicht wieder gesund. Damals lag es nicht im Kopf und jetzt liegt es im Kopf.“ Sie fühlt sich verändert gegenüber der Zwischenzeit, in der sie gesund war. „Ich weiß, daß kein Mensch mich versteht.“ Es bliebe ihr nur die Wahl zwischen lebenslänglicher Anstalt und Selbstmord. Das Denken sei schlechter geworden. Sie rechnet aber auf Aufforderung vollkommen prompt. Sie klagt auch: „Wenn man mir etwas erzählt, so kann ich es mir nicht zusammenreimen.“ „Ich kann es nicht so vergegenwärtigen.“ Als ihr hierauf ein Zeitungsartikel vorgelesen wird, kann sie ihn nur zum Teil wiedergeben. Sie könne es sich nicht zusammenreimen, trotzdem sie den Wunsch dazu habe. Die Auffassung lasse nach. „Ich weiß zum Beispiel, ich sehe, daß ich gehe und fühle, daß ich nicht gehe.“ „Dann höre ich Stimmen und Geräusche hier hinter dem Ohr und dann kann ich auf die dümmste Sache wieder aufmerksam hinhorchen. Bisweilen wisse sie nicht, wo sie sei. „Ich bin bloß betäubt. Ich sage auch mit der größten Ruhe, daß ich lebenslänglich krank bin, aber das rührt mich nicht.“ „Ich kann auch über die gleichgültigste Sache sprechen, wiewohl ich weiß, daß ich verloren bin.“ Während sie dies erzählt, wird die Miene depressiv, die Augen füllen sich mit Tränen. „Auch kann ich lachen und gleichgültige Sachen sprechen mit dem Bewußtsein, daß ich verloren bin. Manchmal möchte ich lachen, aber hier ist alles Stein. Wenn ich lachen will, so kann ich es entweder nicht oder es kommt ein ganz idiotenhaftes Gesicht hervor.“

(Sind Sie freudig, wenn Sie lachen, traurig, wenn Sie weinen?)

„Nein, wie kann man freudig sein, wenn man weiß, daß man verloren ist.“

Sie sei aber auch nicht traurig. Sie empfinde jetzt mit besonderer Tiefe, wie gut es sein müsse, wenn man gesund ist. Sie sei jetzt in Wesen und Manieren verändert. Früher sei sie zu ihrer Umgebung freundlicher gewesen. Sie mache sich jetzt auch nichts daraus, wenn sie schlechte Manieren zeige, sich z. B. mit dem Tischtuche die Nase abzuwischen. Sie könnte jetzt auch keinen Haushalt bewältigen, weil sie nicht denken kann. „Die Ärzte wissen nicht, was mir fehlt. Ich bin nicht deprimiert.“

Das Essen schmecke ihr nicht so wie früher, es sei ihr gleich, sie könne acht Tage ohne Essen bleiben. Es liege alles am Kopf, sie werde gesund werden, wenn es gelänge, ihr einen anderen aufzusetzen. Sie gibt zu, den Geschmack zu bemerken, sie weiß aber nicht, ob es gut oder schlecht ist. Durst empfindet sie. „Ich lebe auch so, daß ich gar nicht aufpasse, ob es draußen warm oder kalt ist. Ich gucke auch nie nach dem Wetter.“ Sie gibt an, Berührungen zu spüren. Rechts sei die Empfindung deutlicher. Die ganze linke Seite sei verändert. Der linke Fuß und der linke Arm seien schwächer. Am linken Arm bestünden eigenartige ringförmig angeordnete Sensationen. Das Herz ziehe sich sehr oft zusammen. Eine sofort angestellte Sensibilitätsprüfung ergibt, daß spitz und stumpf im Gesamtbereich des Körpers prompt unterschieden werden.

Plötzlich beginnt sie bei einem nichtigen Anlaß heftig zu lachen. Sie macht den Eindruck einer maßlos vergnügten Person. Das Lachen geht unmittelbar in Weinen über. „Es ist keine gute Laune, es ist nicht natürlich.“ Der Wechsel zwischen Lachen und Weinen besteht einige Zeit fort.

Sie sehe im wesentlichen noch so gut wie früher, die Farben nehme sie wahr, aber sie könne sich für die Farben, die ihr früher gefallen hatten, nicht mehr so begeistern. Das Hören sei gut, Musik habe schon früher nicht auf sie gewirkt. „Auf mich wirkt bewußt überhaupt nichts. Jetzt weiß ich auch nicht, warum ich gelacht und geweint habe.“

„Ich weiß überhaupt nicht, wie man sich müde fühlt.“ „Man sagt immer, ich sei deprimiert, ich empfinde jetzt alles viel tiefer, wie früher.“ Ihre Krankheit sei eigentümlich. Sie finde sich manchmal in ihrer Umgebung nicht zurecht. „Ich weiß nicht, daß ich im Zimmer bin.“ Sie klagt auch über Visionen. Nachdem ihr Referent vorgestellt war, sah sie ihn vor sich, einen Brief mit blauem Kouvert haltend und dieses aufreißend. Sie wußte, daß es eine Täuschung war. Das Bild war nicht so, daß man es hätte mit der Hand fassen können. Dergleichen käme ihr oft vor. „Es läßt mich kalt, aber ich muß mir alles im Geiste vorstellen, wie es hätte sein können, wenn ich gesund wäre. Auch wenn die Angehörigen kommen und mir etwas erzählen, so muß ich mir alles im Geist vorstellen und bespreche alles mit mir selbst. Ich will keine Angehörigen sehen.“ Die kleine Erzählung, die ihr vorgelesen wurde, sei sofort ihrem Gesichtskreise entschwunden. „Wenn ich sage, ich wollte mich töten, denkt man, das quälte mich, es ist aber gar nicht wahr.“ Sie könne sich nicht so geben, wie es ihr innerlich sei. Sie könne lachen mit dem Gedanken, daß sie sich umbringen werde. Sie erörtert eingehend, welches denn ihre Krankheit sei. Einfache Nervenschwäche wäre es nicht. Von der Hoffnungslosigkeit ihres Zustandes ist sie überzeugt.

Sie gibt noch eine detaillierte Schilderung von einer Autofahrt, die sie am Vortage gemacht hat.

Ein Assoziationsversuch ergibt prompte und normale Resultate.

15. III. Meint sie könne ihre Wirtschaft doch zu Hause führen, aber nur von hier aus dirigierend, wenn niemand dabei sei.

Abends ist sie in ausgelassener Weise heiter und vergnügt. Singt, pfeift, tanzt. Meint aber diese Lustigkeit sei nicht natürlich. Sie war mit ihren Verwandten im Auto ausgewesen.

24. IV. bis 30. IV. Starke Stimmungsschwankungen. Häufig leicht euphorisch. Dann wieder: Sie habe ihren Leichenzug fahren sehen.

Bei einer eingehenderen Untersuchung im gesellschaftlichen Benehmen vollkommen korrekt. Sie macht nur einen etwas müden und schlaffen Eindruck. Die Mimik ist heiter, sie lacht viel in etwas übertriebener Art. Sie meint, ihre Lustigkeit sei unnatürlich, kein Mensch verstünde ihre Krankheit. „Ich denke manchmal daran, was denn da nur mag mit dem Gehirn und den Nerven passiert sein.“ (Lachen.) „Ich weiß, daß ich irgendwo im Wasser oder Feuer enden werde, auch das geht mich sehr wenig an.“ Meint, sie habe mit ihrer Mutter gezankt. „Ich habe sie ausgezankt, weil sie mich in die Welt gesetzt hat.“ Zunächst Lachen, dann plötzlich Ausdruck der Trauer. „Ich empfinde jetzt mehr, wie gut ich es haben könnte und wie ich alles verloren habe.“ Beteuert, daß das nicht etwa Wahnideen seien. Sie hat Neigung, spontan zu erzählen und ein ausgesprochenes Mitteilungsbedürfnis. Wiederholt, die Krankheit sei jetzt anders als das letzte Mal. „Ich bin überhaupt ein verkehrter Mensch, es ist schon immer so gewesen.“ Als sie gefragt wird, ob ihr die Erinnerung an ihre Hochzeit Freude bereite, lacht sie bitter: „Jetzt? Ich weiß nicht mal, was Freude ist. Ich muß überhaupt seit Kindheit krank gewesen sein, ich habe alles so hingenommen, ich habe für nichts wirkliches Interesse gehabt.“ Aus dem Theater habe sie niemals tiefere Eindrücke mitgenommen. Mit Romanen habe sie nicht mitleben können. Sie erzählt etwas langsam, pointiert zeitweise sehr scharf, wählt die Ausdrücke.

17. V. Macht den Eindruck einer Person, die gute Laune hat. Als sie aufgefordert wird (zwecks experimenteller Untersuchung), sich ein freudiges Ereignis vorzustellen, sagt sie: „Ich fühle ja doch überhaupt nichts.“ (Lacht dabei.)

18. V. Gibt eine bis ins Detail zutreffende Schilderung der Untersuchungen vom Vortage. Meint noch-dazu, für mich kann nichts lustig sein. „Ich merke selbst, daß es keine direkte Trauer oder Freude ist, ich kann das nicht so von mir geben, die letzte Zeit lache ich und sage, wenn eine Frau die feste Absicht hat, sich umzubringen, so ist Lachen doch ganz unnatürlich. Ich will nicht sagen, daß mich diese Idee belästigt. Ich kann auch über

andere Sachen sprechen.“ Sie wählt ihre Worte außerordentlich sorgfältig, sie scheint bestrebt, ein genaues Bild ihres Zustandes zu entwerfen. Ihr Erinnerungsvermögen sei vollkommen intakt. Die gestrige Situation könne sie sich auch bildmäÙig genau vorstellen. „Manchmal kommt mir sogar vor, daß sie (die Erinnerungsbilder) deutlicher sind.“ Die Wahnideen ihrer Mitpatientinnen erkenne sie als solche. „Ich kann lachend sagen, ich denke nicht an die Zukunft, das ist doch nicht normal.“ Ihre Phantasietätigkeit hätte gelitten. Spontan: „Ich bin wie ein Automat.“ Hält nach wie vor ihren Zustand für einen einzigartigen besonderen. Sei fest entschlossen, sich das Leben zu nehmen, um nicht lebenslang in einer Anstalt zu sitzen. Manche würden ja von den Irrenärzten vorzeitig entlassen. Die übrigen Menschen halte sie für glücklich. Die hätten ihre Behaglichkeit, ihre Bequemlichkeit . . . könne es nicht recht sagen. Leid und Freud der anderen berührten sie nicht, es sei ihr auch gleichgültig, daß ihr Mann hunderttausend Mark verloren hätte. Der Todesfall ihres Vaters (das war vor ihrer neuerlichen Erkrankung) hat nicht nachhaltig auf sie gewirkt, nach vier bis fünf Tagen habe sie es vergessen. Die übrigen Menschen kämen ihr jetzt glücklich vor. Vor einigen Jahren habe sie geglaubt, sie würde den Verstand verlieren und hatte Angst davor. „Trotzdem mich momentan nichts quält . . . ich kann nicht sagen, wie das ist.“

30. V. Ist zeitweise leicht euphorisch, lacht, interessiert sich für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Dann wieder verstimmt. Nimmt eine Glühbirne mit sich ins Bett. Droht mit Suicid.

2. VI. Erzählt, es sei ihr vollkommen klar, daß ihr Zustand hoffnungslos sei.

10. VI. Dauernd in guter Stimmung, erzählt von häuslichen Verhältnissen.

15. VI. Sie könne keine einzelnen Gedanken fassen, es wäre ein wirres Durcheinander. Die Idee des Suicids sei kein Zwangsgedanke, sondern sei logisch begründet. Wie ein Vorsatz, zu verreisen, manchmal nicht gedacht würde, aber doch bestehe, so sei es mit diesem Gedanken. In der ersten Krankheit hätte sie noch Hoffnung gehabt, gesund zu werden. Jetzt beschäftigte sie sich trotz der Schwere ihres Zustandes nur mit den anderen. Das sei doch unnatürlich.

17. VI. Äußert, sie hätte bei einer Autofahrt volle Freude empfunden.

3. VII. „Ich behaupte immer, es ist irgendein unvermuteter Grund vorhanden, den hier die Ärzte nicht kennen.“ „Alles, was gefragt wird, paßt eigentlich nicht auf mich. Unruhig-ruhig, davon ist bei mir überhaupt keine Rede. Bisweilen änderte sich ihr Sehen. Das liege jedoch an der Auffassung. „Das hatte ich bisweilen schon im gesunden Zustand . . . ich sah, wie das Mädchen den Tisch deckte . . . da ging etwas vor an den Augen und ich sah alle Vorgänge deutlicher.“ In gesunden Tagen habe sie sich manchmal gesagt: „Ach du bist ja verheiratet und hast Kinder.“ Oder: „Ach du bist ja in einer Welt und da sind Leute.“ Bei der Autofahrt von neulich sei es nicht die richtige Freude gewesen. „Meine Krankheit beruht nicht auf Freude oder Traurigkeit.“ Sie erinnere sich gut an frühere Ereignisse, habe ein gutes Personengedächtnis.“ Ich kann aber vergessen, was gestern war.“ Als ihr die Instrumente gezeigt, welche beim psychogalvanischen Versuch benutzt wurden, erkennt sie sie sofort wieder. Meint, es sei nur deshalb, weil vor kurzem davon gesprochen worden sei.

Kein Déjà vu. Im Gegenteil, das Bekannte ist ihr fremd. „Mein eigener Mann ist mir fremd.“ Trotzdem sie das Gegenteil weiß. Ihre Kleider kommen ihr nicht fremd vor. „Ich sehe doch, daß sie dieselben sind.“ Ungefähre Zeitschätzung sei jetzt möglich. Als es ihr besonders schlecht ging, habe sie nicht nach der Zeit gefragt.

„Mein Verstand ist sehr klar, ich selbst finde mich aber in mir nicht zurecht. Ich wüÙte nicht, wie das sein würde, wenn ich wieder gesund bin. Ich merke, daß ich nicht richtig bin . . . gestern war ich sehr mit meiner Krankheit beschäftigt und es kamen mir die Tränen in die Augen. Zugleich konnte ich auch meine Hand zum Scherz schlagen und mich in dem Spiegel sehen. Das ist doch nicht richtig.“ Sie fühlt sich gegen früher doch sehr verändert. „Von Stimmung ist keine Rede.“ In angenehme Situationen könne sie sich in der Erinnerung nicht versetzen. Auch in früheren Zeiten war es ihr unmöglich, sich zu zerstreuen, wenn sie etwas hatte. Sie fühlt sich zu Hause, wie nicht dazu gehörig, auch wenn sie ihre Kinder sieht. Eine richtige Freude habe sie nie durchgemacht, sie sei eine kalte Natur. Die Nacht vor ihrer Hochzeit habe sie gegen ihre Erwartung ruhig geschlafen, ohne innere Bewegung sei sie aus dem Elternhaus gegangen. Wenn sie früher einmal gesagt hätte, sie könne erst jetzt empfinden, wie gut sie es früher gehabt hätte, so



sei das offenbar weniger Vorstellung als Verstand gewesen. „Ich frage viel, um zu fragen, nicht damit mir jemand Antwort gibt. Ich sehe hin, um zu sehen, aber nicht wegen des Gegenstandes.“ Ich sprach mit einer Pflegerin von der Sängerin U. und dahinter hats mich gepupft. „Ich spreche automatisch, aber ich denke nichts anderes dabei.“ Sie wisse nicht, ob sie Mitgefühl empfinden könne. Sie ärgere sich besonders über diejenigen, die ihr sagen, daß sie gesund wird, sie habe sich gefreut über eine Pflegerin, die sagte, es würde nichts aus ihr. Würde ihr Mann vor ihr hundert Frauen abküssen, sie würde keine Eifersucht empfinden können.

Sie äußert eine große Anzahl hypochondrisch gefärbter Klagen: Die Krankheit stecke in den Augen und in der Stirne, es sei wie ein Zusammendrücken. In den Schläfen habe sie Kopfschmerzen. Die Verdauung habe sich geändert. Am Herzen habe sie ein Schwächegefühl. Auf der einen Seite spüre sie bisweilen Brennen.

Ihr Verhalten ist ähnlich wie bei den vorangehenden Untersuchungen. Zunächst etwas matt, blasiert, folgt späterhin der Unterhaltung mit regem Interesse, hat offenbar Freude am Sprechen, wählt sorgsam die Ausdrücke. Zum Teil kleine Spitzen im Ton gesellschaftlicher Plauderei. So bezieht sich die Äußerung, sie ärgere sich über diejenigen, welche ihr ankündeten, sie würde gesund, darauf, daß ihr der Arzt kurz vorher eine entsprechende Versicherung gegeben hatte. Oder sie sagt: „Meine Krankheit muß doch eine Ursache haben. Warum sind sie denn nicht verändert, sondern ich.“

14. VII. Schreibt auf Aufforderung einen Bericht über ihre Krankheit (s. i. f.).

1. VIII. Ähnliches Verhalten, wie bei früheren Unterredungen. Eine Änderung ist nicht eingetreten. „Es ist nur ein fortwährender Wechsel der Krankheit in sich selbst.“ „Ich bin ganz verändert.“ In den Zwischenräumen zwischen der ersten und zweiten Erkrankung tauchten schon immer, wenn auch rasch vorübergehend, solche Gedanken auf: „Es wird eine Zeit kommen, wo du dauernd kopfverdreht sein wirst.“ „Mein ganzes Tun und Treiben ist nicht richtig.“ Es sei alles durcheinander.

Schon als 10jähriges Kind habe sie bisweilen nicht atmen können. Sie habe auch nie richtig geweint. Glockenläuten habe sie stets eigentümlich gestimmt.

Die erste Erkrankung begann plötzlich, es war etwas hinter ihr.

Auch die zweite stellte sich plötzlich ein, sie ging gesund von zu Hause fort und kam krank zurück. Sie konnte nicht weiter wegen des Herzens. Die folgende Nacht war schlecht. Sie fühlte immer nach dem Puls. Dann trat der jetzige Zustand ein. Sie hat niemals Überlegungen gehabt, alles war eingelernt.

Gefühl und alles, was daraus fließt, habe ihr immer gefehlt.

Sie ist überzeugt nicht wieder gesund zu werden.

Am 5. VIII. kommt sie in das Sanatorium Dr. Wardas (dem ich für die Überlassung der Krankengeschichte zu Dank verpflichtet bin). Dasselbst trat am 2. IX. ein Lach-Schreianfall auf, der sich dann noch mehrfach wiederholte. Am 4. IX. wurde eine Aphonie von eintägiger Dauer beobachtet. Am 21. X. hat sie einen Schreianfall, nach dem sie überall Blut sieht, sie sieht auch eine Frau mit Heiligenschein und einem Kind. Zeitweise exaltiert, lacht, spricht von Selbstironie. Am 31. X. ist sie erregter. Behauptet den Arzt nicht zu kennen. Anfangs Januar 1914 ist aber der Zustand etwa der gleiche wie zur Zeit der Entlassung aus der Klinik.

#### Bericht über ihre Krankheit.

Vor allen Dingen will ich betonen, daß mir von Natur aus das Gefühl der Liebe, zu wem es auch sei, zu Angehörigen, nicht mit auf die Welt gegeben worden ist. Ich wußte immer bloß, daß ich zu den Meinigen gehöre. Sogar die vielgepriesene Mutterliebe ging mir ab — Kinder waren bei mir nur ein Spielzeug —, aber nicht, weil ich so schlecht war, sondern, weil mir es eben nicht gegeben war, zu ermassen und zu fassen, was ein Kind heißt. Ich hörte bloß immer von anderen: „das Kind, das Kind,“ ich selbst hatte kein Verständnis dafür. Mir konnten Menschen höchstens sympathisch sein, aber deswegen suchte ich die auch nicht öfters auf, als die anderen. Außerdem habe ich nie das Gefühl der Sorge gehabt, nicht weil ich Optimistin war, oder keine Sorgen hatte, sondern weil ich auch kein Verständnis dafür hatte, nie an die Zukunft sorgend dachte, nie, wenn etwas war, mir das Leben schwer machte, weil ich nicht erfassen konnte, was entstehen kann, und nicht wie die Optimisten es machen — immer das Beste annahm. Ich dachte überhaupt nicht so und nicht anders und — wenn ich mal sagte, es könne so oder so werden,

## Die Depersonalisation.

so waren es mehr Worte, die ich von anderen hörte, oder mit dem Verstand erfaßte Worte, als — daß ich mich hereinversetzte mit wirklichem Gefühl. Vor 4 Jahren wurde ich krank — es kam ein unbestimmtes Etwas, als ich vor dem Spiegel stand, auf mich herunter, und ging mir an der rechten Seite zehn Monate lang nach. Trotzdem mich das Gefühl die ganzen zehn Monate nicht einen Augenblick verließ, merkte ich instinktiv, daß ich wieder gesund werde, machte Pläne für die Zukunft etc., gab Herrn Doktor Antworten, so wie es mir innerlich diktierte, andererseits aber behauptete ich wieder, ich werde nicht gesund, aber ich wußte nicht während der Krankheit, daß ich schon merke, daß ich wieder krank werde. Eine innere Stimme hat mir, für mich selbst unbewußt, eingegeben: „Das ist ein Anfang gewesen — du wirst auch noch mal krank werden.“ Und wie ich gesund wurde, dachte ich: „Du bist ja gesund geworden, und hast immer behauptet, du wirst es nicht.“ Aber, wie ich jetzt sehe, habe ich, ohne es zu merken, das Richtige gesehen. Betonen muß ich, daß mich während der Krankheit dieser Gedanke gar nicht bedrückt hat — es waren nur Worte, aber gequält hat mich die Krankheit selbst. Noch schärfer muß ich betonen, daß ich in jener Krankheit so richtig war und mich auch nach außen hin gab, wie ich war etc. Dann wurde ich von dem, was mir nachging, befreit. (Ich verlangte während der Krankheit gar nicht nach Hause, weil ich merkte, daß eine Zeit kommen wird, wo ich schon geholt werde und, daß der Aufenthalt in der Klinik für mich gut ist.) Ein Jahr nach meiner Genesung wurde ich sehr stark (18 Pfund zugenommen), nach einer Entbindung. — Vor — während — nach der Entbindung fiel es mir nie ein, du könntest wieder krank werden, wo doch sicher ein anderer an meiner Stelle sich Gedanken gemacht hätte. Also bin von Natur nie Hypochonder gewesen, im Gegenteil, bin immer wochenlang mit Halsschmerzen herumgelaufen etc., wo andere alles mögliche getan haben, hatte ich gar keine Geduld dazu. 1½ Jahr nach der ersten Krankheit kamen Gedanken, was sich so in meiner Umgebung abspielte etc., das mußte ich niederschreiben, das waren so Vorgänge in meiner Umgebung — in Gesellschaften, in Unterhaltungen etc., ich konnte sein, was ich wollte, das habe ich gedacht und gab mir sogar selbst Mühe alles zu behalten und wenn es sogar im Theater war, dann habe ich, zu Hause angekommen, alles aufgeschrieben. Mich hat das aber durchaus nicht unangenehm berührt, im Gegenteil, ich habe mir die Vorstellungen noch selbst mit eingepägt. Wenn ich in die Stadt besorgen ging, so nahm ich sogar Papier und Bleistift mit, da es immer viel einzuschreiben gab, ja nichts zu vergessen. Trotzdem ich immer mit Mann und Kinder zusammen war, fiel es mir plötzlich manchmal ein: „Ach du bist ja verheiratet, hast zwei Kinder etc.“, oder: „Du lebst ja auf einer Welt, auf der sind Menschen usw.“ Ich hatte auch eine Natur, die sich über nichts aufregte und manchmal wurde mir gesagt: „Ihre Ruhe möchte ich haben.“ Manchmal wurde mir gesagt, ich hätte es doch so gut auf der Welt, das merke ich selbst gar nicht. Aber ich schätzte mich nie unglücklich, eben immer gleichmäßig. Ich habe nie viel Ansprüche gemacht, war nie begierig, was zu sehen, zu verreisen usw. Wenn ich verreist war, hatte ich nie Sehnsucht nach Hause, überall war's recht und, wenn ich zu Hause war, war's mir auch wieder recht. Bloß ein einziges Mal — ¼ Jahr vor meiner jetzigen Erkrankung, als ich von der Reise kam, fand ich meine Wohnung so schön, wie noch nie, auch auf der Reise habe ich Handarbeiten gemacht, was ich nie in meinem ganzen Leben getan habe, hatte mir überhaupt vorgenommen anders zu leben, also so zu leben, wie andere Menschen, ich muß doch innerlich unbewußt gemerkt haben, daß ich anders war wie andere Menschen, wenn vielleicht auch nicht das, aber in mir selbst ist es aufgedämmert, du mußt ein bißchen Geselligkeit suchen (was ich immer früher nicht wollte, wenn mein Mann es wollte) und so verschiedenes, was ich früher nicht machte und wollte, war mir zur Richtigkeit aufgedämmert. Ungefähr ein Jahr vor meiner Erkrankung floh mich der Nachmittagschlaf, nachts schlief ich sehr gut, dann kamen Gedanken: „Du wirst mal dauernd kopfverdreht sein, du kommst noch mal nach Dösen, genieße deine paar Jahre, legst dich heute Abend zufrieden nieder, wirst morgen zufrieden erwachen, wenn ich mich sprechen hörte: „da ist deine Stimme vorläufig noch eine glückliche Stimme usw.“ Das waren aber nicht dauernde Gedanken — die kamen und in der Minute gingen sie wieder immer nur ein einziges Mal, ich habe auch nicht darüber nachgedacht, weil ich, wie gesagt, nicht das Gefühl, sich zu sorgen habe. Diese Gedanken kamen mir so, wie ich z. B. nachts was träumte und am Tage traf's ein, so waren diese Gedanken Vorboten der Krankheit, aber nicht Schwarzseherei, sondern Richtigkeit. Ich hatte immer angenommen, daß zum Kopfverdrehtsein bei mir eine Ursache sein muß und da dachte ich immer an ein eigenes Herzleiden (kein anderes Leiden, weil man daran plötzlich sterben kann, — auf Unglücksfälle hatte ich gesagt,

ach, die geschehen nicht). Wie ich jetzt sehe, hatte ich bloß Ursachen erfunden und die Wirklichkeit ist auch ohne Ursache gekommen, ich verspürte aber die Anlage dazu, was mir eben durch Gedanken diktiert wurde, die ich schon vorher angab. Hier wird als Ursache der Tod meines Vaters angenommen, aber das ist falsch, denn schon vor seinem Tode habe ich 31 Pfd. abgenommen und in vier bis fünf Tagen seinen Tod vergessen. Und darum fing die jetzige Krankheit so an: „Mein Herz, ich kann nicht weitergehen, mein Mann ist krank,“ (weil der Arzt ihm tatsächlich gesagt hatte, er hätte ein Nikotinherz und es könnte zur Arterienverkalkung führen), „und mein Mann und Mutter sind gestorben.“ Und als die Beiden kamen, da dachte ich, ach das waren ja nur Worte, in Wahrheit tröstet es dich nicht, daß sie leben, deine Krankheit ist wo anders, dann kam's: „Ich sterbe.“ Also ich habe gemerkt, daß das Leben vorbei ist für immer, und mit dieser Krankheit für mich eine neue Epoche beginnt. Wie es mir jetzt ist, kann ich unmöglich erklären und sagen, jedenfalls ist es nicht Hoffnungslosigkeit, wie bei allen Kranken, die mich zu meinen Aussagen treibt, sondern habe vom ersten Augenblick gesehen, daß nichts wird und seitdem hat sich auch nichts an meiner festen Überzeugung geändert. Trotzdem ich Herrn Doktor gesagt habe oder sage, es geht gut, denn ich weiß, ich sage nie der inneren Stimme gemäß, die hat noch nicht auf eine Viertelminute ja gesagt. Es ist so etwas überhaupt, daß, wenn die Krankheit heilbar gewesen wäre, könnte ich im Leben nicht wissen, daß ich gesund bin. So verdreht ist die Krankheit. Ich komme manchmal nicht zum Bewußtsein, währenddessen ist sie aber auch da, trotzdem man meinen sollte, was einem nicht zum Bewußtsein kommt, das fühlt und weiß er nicht. Aber es kam mir auch nicht zum Bewußtsein, daß ich verheiratet bin und trotzdem wußte ich es doch.

Mit Energie hat meine Krankheit nichts zu tun, ich weiß nicht, habe ich welche oder nicht, aber jedenfalls ist es so eine widernatürliche Krankheit, daß die Ärzte es nicht gelernt haben.

Die übrigen Teile der Selbstschilderung bieten kein allgemeineres Interesse.

#### Zusammenfassung:

Es handelt sich um eine offenbar psychopathisch veranlagte Persönlichkeit, welche zum ersten Mal im Anschluß an das Wochenbett unter depressiven Erscheinungen erkrankt. Im Vordergrund stehen Klagen über Veränderung des Selbstgefühls. Auch sind damals schon Klagen über Gefühlsabstumpfung vorhanden. Sie ist von der Gewißheit beherrscht, nicht wieder gesund zu werden. Die Besserung geht in der Weise vonstatten, daß sich zunächst kurze Zeiten heiterer Stimmung einschieben. Kurz nach der Entlassung bietet sie den Eindruck einer Hypomanie. Nach einer mehrjährigen Pause folgt eine neuerliche Attacke, die sie 1912 wieder in die Klinik führt. In allen wesentlichen Zügen ist sie eine Kopie der vorangehenden. Es bestehen Klagen über Veränderungen des Selbstbewußtseins, über Gefühlsabschwächung. Wieder gibt sie an, die Gewißheit zu haben, nicht gesund zu werden. Die Depression wird von Phasen heiterer Stimmung durchbrochen. Doch wird diese Heiterkeit als eine unnatürliche bezeichnet. Zurzeit dauert der Zustand mit geringen Schwankungen fort.

#### Epikrise:

Auch hier wollen wir zunächst versuchen, eine kurze Skizze des Zustandsbildes zu geben.

1. Veränderung der Wahrnehmung. Sie klagt nur wenig über Veränderungen der Wahrnehmungsfähigkeit. Sie ist sich im wesentlichen bewußt, daß die leichten Änderungen der Wahrnehmung auf eine Veränderung ihrer eigenen Persönlichkeit beruhen. Wenn man mit ihr spreche, höre sie es bisweilen abnorm laut. Auch ihr Sehen kommt ihr bisweilen deutlicher vor. Sie

beklagt sich darüber, daß das deutlich Wahrgenommene keinen Eindruck auf sie macht. Ähnliche Angaben macht sie über Geruchs- und Geschmacksreize. Ihren Körper fühlt sie verändert, wenn sie gehe, wisse sie, daß sie gehe und fühle, daß sie nicht gehe. Rechts spüre sie taktile Reize weniger deutlich. An die Fülle hypochondrischer Klagen sei erinnert. Der Charakter der Störungen im Verein mit den völlig negativen objektiven Befund läßt uns zu dem Schlusse kommen, daß auch hier Störungen der Empfindungen nicht vorhanden sind. Auch Störungen der Coenästhesie im engeren Sinne sind nicht anzunehmen.

2. Die Gefühle. Es ist eine der wesentlichsten Klagen der Patientin, daß nichts auf sie Eindruck mache. Sie fühle sich weder zur Freude, noch zur Trauer fähig. Diesen Gefühlsangel beteuert sie immer wieder. Charakteristisch sind Äußerungen wie folgende: „Ich weiß, daß ich irgendwo im Wasser oder Feuer enden werde, aber das geht mich sehr wenig an.“ Es besteht zwischen diesen Äußerungen der Patientin und ihrer lebhaften beweglichen, durchaus adäquaten Mimik und Gestik ein durchgreifender Gegensatz. Auch hier ist man zu der Annahme gedrängt, daß ein wirklicher Gefühlsangel nicht vorliegt. Sehr eigenartig und beachtenswert sind die Angaben der Patientin über diejenigen Zeiten, in denen sie lustig erscheint. Sie beteuert immer ihre Lustigkeit sei eine unrichtige, unnatürliche, und das Lachen sei kein echtes. Retrospektiv breitet sich für sie die Gefühlslosigkeit über ihr ganzes früheres Leben aus. Sie gibt an, immer eine oberflächliche Natur gewesen zu sein, der die Fähigkeit zu tieferem Fühlen stets gefehlt hätte. Es muß anerkannt werden, daß hier Angaben der Mutter zum Teil Bestätigung bringen. Doch erscheint die ganze Schilderung im Sinne der Krankheit übertrieben.

3. Vorstellungen und Erinnerungen. Hier sind zunächst Angaben darüber zu verzeichnen, daß die Intensität und Lebhaftigkeit der Vorstellungen zugenommen hätte. Es scheinen in der Tat derartige Steigerungen bei ihr vorhanden zu sein. Dafür sprechen die am 14. III. angegebenen Pseudohalluzinationen. Hingegen fühlt sie sich anscheinend mit Recht in ihrer freien Phantasietätigkeit behindert. Vorstellungsgefühle gibt sie bei einzelnen Unterredungen an. So, wenn sie angibt, sie könne jetzt erst fühlen (die Patientin sagt empfinden), wie gut sie es früher gehabt hätte. Bei einer späteren Unterredung gibt sie jedoch an, es sei kein Vorstellen, sondern nur ein Denken gewesen.

Die objektiven Prüfungen des Erinnerungsvermögens ergaben keine Störungen. Auch das Wiedererkennen von bekannten und unbekanntem Gegenständen erwies sich als ungestört. Daß sie bei der Wiedergabe eines Zeitungsberichtes einmal versagte, beruht wohl darauf, daß innere Anteilnahme nicht vorhanden war. Sie selbst gibt Ähnliches am 3. VII. an.

4. Intellektuelle Funktionen. Elementare Störungen des Denkens ließen sich weder beim Gespräch noch beim Assoziationsversuch nachweisen. Allerdings klagt die Patientin darüber, sie könne sich vieles nicht zusammenreimen und finde sich in ihrer Umgebung nicht zurecht. Doch wurden objektiv Orientierungsstörungen nicht nachgewiesen. Richtig ist jedoch, daß die Denkrichtung eine krankhafte ist. Sie richtet sich so gut wie ausschließlich auf den eigenen körperlichen und seelischen Zustand. Dieses Durchsuchen des eigenen Innern und die stete Betonung der besonderen Eigenart ihrer Erkrankung drückt der ganzen Erkrankung einen schwer zu beschreibenden Schein des Unechten

und Gemachten auf. Auch hier hoffen wir durch die Analyse im folgenden Klärung bringen zu können. Eine besondere Rolle im Seelenleben der Kranken spielt die Bewußtheit, nicht wieder gesund zu werden. Es handelt sich hier um ein wichtiges selbständiges Krankheitssymptom. Es ist bemerkenswert, daß die Kranke angibt, die unmittelbare Evidenz dieser Bewußtheit zu erleben. Ähnlich scheint der Vorsatz, sich zu töten psychisch repräsentiert zu sein.

5. Wille und Persönlichkeit. Tendenz sich zu beschäftigen besteht auch bei dieser Patientin nicht. Sie ist absorbiert von der Selbstbeobachtung. Sie bezeichnet sich selbst als unfähig zu energischer Willensspannung. Ihr Sprechen bezeichnet sie als automatisch. Die Wendung, sie sei ein Automat, kommt überhaupt häufig wieder (sie ist ihr nicht in irgendeiner Weise suggeriert worden). In ihrer Gesamtpersönlichkeit fühlt sie sich außerordentlich verändert. Selbst in jenen Zeiten, wo sich ihr ganzes Leben als unbelebt und gefühllos darstellt, spricht sie noch von einer wesentlichen Veränderung durch die Erkrankung. Sie gibt an, sie finde sich nicht in sich selbst zurecht. Im wesentlichen steht im Vordergrund die Klage über Automatismus, während das Selbst nur verändert, nicht aufgelöst erscheint. Gleichwohl kann an einer Zuteilung des Falles zur Depersonalisation nicht gezweifelt werden.

---

Bezüglich der Klinik des Falles ist hervorzuheben, daß sich der Zustand bei einer psychopathischen Persönlichkeit entwickelt hat. Die beiden Attacken wiederholen sich beinahe mit photographischer Treue. In beiden Attacken ist der gelegentliche Wechsel zu auffallender Heiterkeit bemerkenswert. Allerdings wird wenigstens bei den jetzigem Zustand die Heiterkeit nicht als echte anerkannt. Trotzdem halte ich es nicht für berechtigt, den Fall dem manisch-depressiven Irresein zuzuzählen. Darüber wird im folgenden noch zu sprechen sein. Für eine Dementia praecox fehlen Anhaltspunkte. Ich halte den Fall für eine Psychasthenie im Sinne Janets. Einzelne Symptome lassen an Hysterie denken. Doch glaube ich, daß sie nicht hinreichen, um die Diagnose Hysterie zu ermöglichen.

Kurz vor Abschluß der Arbeit erfahre ich, daß Kraepelin bei der Patientin die Diagnose Dementia praecox gestellt hat. Ich glaube nicht, daß diese Diagnose zutreffend ist.

Fall 3. R. S., 29 Jahre (geb. 1884), Student der Medizin. Aus belasteter Familie. Die Großeltern väterlicherseits intakt, von den Eltern mütterlicherseits nichts näheres bekannt. Der Vater feinfühlig, etwas mehr nach der Gefühlsseite hin entwickelt, schriftstellerisch sehr befähigt, etwas wenig praktisch. Er spricht von seinem Vater so, daß man Achtung und Liebe heraushört. Gleichwohl kritisiert er manches in harter Weise. Sein Vater sei unzuverlässig etc. Ein Bruder, der um 3 Jahre jünger ist, hat sehr ähnliche Zustände gehabt wie der Patient selbst. Ein Stiefbruder aus der zweiten Ehe des Vaters stammend, 18 Jahre alt, ist seelisch intakt. Die Mutter soll schwer hysterisch sein. Die Ehe wurde etwa 1895 geschieden. Drei Geschwister des Vaters starben im jugendlichen Alter.

Er kommt in die Sprechstunde, wie er sagt, in völlig gebrochenem Zustand und gibt hier die folgenden Angaben, die in geordneter und gekürzter Form, aber fast stets mit den Worten des Patienten wiedergegeben sind. War die Darstellung des Patienten nicht klar, wurde stets versucht, näheren Einblick zu erhalten. Die redigierte Krankengeschichte wurde mit dem Patienten wiederholt durchgesprochen. Die Angaben des Patienten sind auf ihre Glaubwürdigkeit sorgfältig geprüft worden. Er spricht fließend, gewandt, stockt nur zeitweise und greift sich nachdenklich an die Stirne. Es ist eine schwächliche,

unscheinbare Persönlichkeit von etwas schlaffer Haltung und korrekten Umgangsformen. Die folgenden Angaben sind in einer größeren Reihe von Gesprächen gemacht worden.

Aus seiner Kindheitsentwicklung ist wenig Auffallendes zu berichten.

Er ist von den Eltern einsam gehalten worden und hatte wenig Spielgenossen. Er erinnert sich, mehrfach Szenen zwischen seinen Eltern miterlebt zu haben. Er erinnert sich, sexuelle Regungen empfunden zu haben, wenn er als 6—7jähriger von der Mutter oder von der Erzieherin ins Bett genommen wurde. Mit  $7\frac{1}{2}$  Jahren kam er in die Schule. Die Lehrer waren zufrieden. Mit dem Eintritt in die Sexta fielen seine Leistungen ab, doch hat er das Gymnasium absolviert, ohne eine Klasse wiederholen zu müssen. Er war vom Vater in eine andere Stadt gegeben worden, offenbar wegen häuslicher Verhältnisse (im 12 Jahre).

Als er nach dem Gymnasium nach W. kam, war seine Phantasie intakt. Er wurde von einem anderen verführt, der ihn zu mutuellem Onanie verleitete. Auch in der Folgezeit onanierte er.

In der Tanzstundenzeit interessierte er sich völlig platonisch für eine Konfektioneuse. Das Mädchen war, wie er meint, seiner nicht wert. Seine Neigung war eine rein geistige. Es blieb bei Mondscheinspaziergängen und Küssen. Einer seiner Tanzstundenkollegen machte ihm über das junge Mädchen Andeutungen sexueller Art und kündigte an, er werde mit dem Mädchen geschlechtlich verkehren. Unser Patient wurde so erregt, daß er drohte, daß er den anderen niederstechen wolle.

In der Tanzstunde imponierte ihm die Tochter seines Rektors. Er merkte damals schon, daß er anders dachte und unerfahrener war als seine Kollegen.

Die erste tiefere sexuelle Regung empfand er in dem ersten Semester seiner Studentenzeit. Er studierte der Familientradition folgend Jura. Er kam nach Greifswald. Sein Studium interessierte ihn nicht, er lernte Reiten und lernte bei dem Ausflug in die Umgebung Greifswalds ein Mädchen kennen, mit dem sich in der üblichen Weise eine Bekanntschaft anspann. Ein Versuch zum Geschlechtsverkehr mißglückte aber vollständig und wurde nicht wiederholt. Die Sache lief aber weiter.

Er hat sein ganzes Verhalten den Frauen gegenüber stets als Lücke in seinem Leben empfunden. Er ist der Ansicht, daß er alles mehr von der geistigen Seite auffaßte als die anderen.

Er war in Greifswald ein Semester (Sommer 1903). Er kam von dort auf ein Gut seines Vaters. Der Abschied war ihm schmerzlich, doch kam er schnell darüber hinweg. Er deutet das als einen Mangel an tiefem Empfinden.

Im Oktober 1903 begann er sein Militärdienstjahr abzudienen. Er kam mit dem Reiten nicht richtig vorwärts. Er hatte nie das Gefühl der Sicherheit auf dem Pferde, wurde beim Traben hin und her geworfen, „es war, wie soll ich sagen, kein Ausgleich zwischen dem obern und untern Menschen.“ Alles andere ging gut, so z. B. erzielte er beim Schießen gute Resultate. Er wußte auch, daß er klar und logisch denken konnte. Er brachte es aber nicht weiter als bis zum Gefreiten.

Im Herbst 1904 zog er nach L. Er begann daselbst ein Verhältnis mit einer Konfektioneuse. Das Mädchen beherrschte ihn vollkommen. Er war sehr eifersüchtig. Er war in seinen Gefühlen und Gefühlsäußerungen überströmend und überschwänglich. Weihnachten 1904 kam er nach Hause, erkrankte (er hatte von dem Mädchen eine schwere Gonorrhoe akquiriert) und mußte sich in ein Krankenhaus aufnehmen lassen. Hier gewann er allmählich Interesse für Medizin. Er kam dann nochmals nach L. In diese Zeit fallen einige poetische Versuche, die auch zum Teil den Weg an die Öffentlichkeit fanden. Es waren kleine Stimmungsgedichte und auch satirische Gedichte; insbesondere nahm er den Frauen gegenüber aus einem Gefühl der Schwäche heraus eine satirische Stellung ein. Mittlerweile hatten sich die materiellen Verhältnisse seines Vaters verschlechtert. Das Gut mußte verkauft werden. Er hatte große Kosten verursacht. Er hatte unterdessen mit seinem Vater vereinbart, zur Medizin umzusatteln und kam 1905 in die Kaiser Wilhelms-Akademie. Es kam ihm alles etwas komisch vor, nüchtern und kasernenmäßig. Im Seziersaal glaubte er den Anblick der Leichen nicht ertragen zu können. Doch zog ihn jetzt das Reale an, während er früher mehr in der Phantasie gelebt hatte.

Schließlich präparierte er sogar mit großem Eifer und war in gehobener Stimmung, wenn er ein gutes Präparat gemacht hatte. „Den realen Geist der Wissenschaft,“ meint er jetzt resigniert lächelnd, „habe ich damals noch nicht erfaßt.“ Es ging ihm damals

häufig so, daß er nicht antworten konnte, wenn er gefragt wurde, auch wenn er die Sache gelernt hatte. In Berlin lernte er an der Akademie einen Kollegen kennen, der ihm wegen seiner kühlen Gelassenheit und Sicherheit sehr imponierte. Er hatte etwas Unnahbares und hatte ein selbstbewußtes sicheres Auftreten. Er nahm sich vor, sich nach diesem zu bilden. Während er selbst sich durch das großstädtische Leben hatte fesseln lassen, ging jener andere durch das großstädtische Leben und Treiben hindurch, ohne daß es ihm imponierte. Jener andere war auch im Verkehr viel sicherer und wenn er in ein Lokal trat, richteten sich die Blicke der Frauen auf ihn, während er selbst nicht beachtet wurde. Er hatte das Gefühl, daß er den weiblichen Wesen gegenüber versagte. Er hatte den Eindruck, daß er versagte, weil er zu sehr wünschte. Sein Freund hatte auch ein Verhältnis mit einem eigenartigen jungen Mädchen, einer unscheinbaren Choristin. Er selbst versuchte, an das Mädchen näher heranzutreten, es gelang ihm jedoch nicht, sie lachte ihn aus.

Während er nun bestrebt war, sich nach jenem zu bilden, richtete sich der Sinn, der früher nach außen gerichtet war, im Denkprozeß nach innen. Plötzlich, innerhalb von ein bis zwei Tagen kam eine Apathie über ihn. Es fiel ihm schwer, aufzustehen. Die Umgebung reizte ihn nicht mehr. „Ich sah wohl alles, die Umgebung, die Bäume, es war alles dasselbe, aber das Interesse war nur ein Verstandesinteresse. Ich war nicht mehr mit Herz und Sinn bei der Sache.“ Nur Gewitter regten ihn etwas an. Auf die Frage nach der Fähigkeit, Freude und Trauer zu empfinden, sagt er: „Die Affekte waren zweifellos herabgesetzt, es ließ mich alles viel gleichgültiger. Das Teilnehmen an freudigen Ereignissen war kein richtiges Mitempfinden, wenigstens nicht mehr so frei wie früher.“ Der ganze Zustand war unangenehm und mit Angst verbunden. (Wie was das Denken und Vorstellen?) „Ich war sehr erstaunt, ich konnte besser arbeiten als sonst, die geistigen Arbeiten gingen besser vonstatten, das rein verstandesmäßige trat in den Vordergrund.“ Es war aber noch eine geistige Verbindung mit seiner Familie vorhanden. Er formulierte sich aber das Ganze so, daß sein Freund gleichsam sein geistiger Vater sei.

Er hatte stets Neigung gehabt, sich selbst zu beobachten. Eine besondere Steigerung dieser Selbstbeobachtung trat nicht auf. Aber „man muß sich doch Rechenschaft ablegen, wenn sich ein so sonderbarer Zustand zeigt.“ Irgendwelche besondere Momente kann er für die Auslösung des Zustandes nicht verantwortlich machen.

(Wie fühlten Sie ihren eigenen Körper?)

„Ich hatte manchmal das Gefühl, schräg zu gehen . . . . ich hatte das Gefühl, ohne Bewußtsein zu gehen.“ „Sowie ich in meine gewohnte Umgebung kam, fühlte ich mich sicherer, unter Menschen ängstigte ich mich.“

(War die Welt fremdartig?)

„Jedes Ding sah genau so aus wie früher . . . . aber ich selbst fühlte, daß ich es mit anderen Augen betrachtete.“

Dieser Zustand hatte sich im Sommer 1907 eingestellt. Gleichwohl begann er sein Examen und machte auch eine Reihe von Prüfungen mit gutem Erfolg. „Wenn ich beim Examen saß, so war alles da, nur ich allein war nicht vorhanden, nur ich nicht. Das Gefühl des eigenen Ich war herabgesetzt.“ Er glaubt, daß die anderen seinen Zustand merkten.

Im Juni 1907 starb seine Großmutter stiefmütterlicherseits. Die Dame stand ihm relativ fern. „Wie ich nun nach D. fuhr, war es mir, als ob ich gar nicht auf der Erde wäre. Es geschah alles um mich herum, es war als wenn ich in Wolken ging. Das ganze Begräbnis ging an mir vorüber, der Pfarrer gab mir die Hand . . . . es war alles herabgesetzt . . . . eine allgemeine Teilnahmslosigkeit.“

Der Zustand blieb der gleiche, nachdem er nach Berlin zurückgekehrt war. Seit dieser Zeit ist sein sinnliches Interesse herabgesetzt, das geistige richtete sich auf Abstraktes. Mathematik und Physik kamen ihm näher. Wenn der Zwang an ihn herankam, konnte er arbeiten. Seine früheren Gedichte kamen ihm wegen ihres Gefühlsausdruckes jetzt kindlich vor. Auch in dieser Zeit hatte er Musik sehr gerne, er versuchte sein Gefühl musikalisch auszubilden (Geige), doch gelang ihm dies nicht ohne weiteres. Musik nahm ihn innerlich sehr gefangen und er folgte Konzerten mit großem Interesse.

Zu Ostern 1907 bekam er Nachricht, daß man ihn krankheitshalber von der Akademie entlasse. Er war darüber nicht sehr böse, da ihm das studentische Treiben etwas naiv vorgekommen war. Es bestand eine gewisse Scheidung zwischen ihm und den übrigen, nur an diesen einen Kollegen hatte er sich angeschlossen. Er war Ostern zu Hause gewesen, der Zustand war in der gewohnten Umgegend ein besserer geworden, er war zwar

nicht im richtigen Kontakt mit der Umgebung, aber der Zustand war nicht mehr unangenehm. Das Interesse wurde lebhafter. Er hatte noch zwei Teilprüfungen des Examens nachzuholen und zog deshalb nochmals nach Berlin zu seinem Freunde, der wegen Krankheit gleichfalls die Akademie verlassen hatte. Er absolvierte dann auch seine Prüfungen.

Seit diesem Zustand im Jahre 1907 war er in eine ideale Welt versetzt. Gleichzeitig fühlte er sich aber auch über seine Umgebung erhaben und wurde nicht mehr zu sehr von ihr gefangen genommen. Die Außenwelt belästigte ihn nicht mehr so wie früher. In seinem Studium kam er in bezug auf das Reale etwas außer Konnex. Aus Büchern konnte er jedoch lernen und das Gedächtnis war sehr gut. Im Sommersemester 1908 mußte er mit dem Studium aussetzen, da sein Vater die Kosten nicht bestreiten konnte. In dieser Zeit kamen ihm Brüder und Verwandte etwas naiv vor. In ihren Wünschen kamen sie ihm zu unbeherrscht vor.

Im Oktober 1908 kam er nach K. Das ganze Leben und Treiben im Hafen machte einen starken Eindruck auf ihn. Dadurch wurde der Sinn etwas nach außen gerichtet. Er fühlte sich jedoch doch nicht recht lebenskräftig und führte sein „Scheinleben“ für sich weiter. Dabei war ihm innerlich wohl. (Er hätte damals wohl den Ausdruck Scheinleben nicht gebraucht.) Im ganzen war er doch eindrucksfähiger geworden.

Ende Januar 1909 luetische Infektion. Er war sehr deprimiert. Er verwandte es relativ rasch. Der Gedanke hat ihn später nur wenig beschäftigt. Er hat von sekundären Erscheinungen nur Roseola und Mundpapeln gehabt. Zur Zeit der Untersuchung war der Wassermann stark positiv. Es ist erwähnenswert, daß er die ganze Sache als sehr nebensächlich behandelt.

Eine Stelle in einem Sanatorium, die er im Sommer 1909 auf Wunsch des Vaters antrat, konnte er ausfüllen. Er mußte nun aus äußeren Gründen wieder ein Semester aussetzen. Er verbrachte dieses zu Hause bei seinem Vater und mußte sich an der Abfassung patriotischer Kolportageliteratur beteiligen. Trotz mancher Konflikte mit seiner Stiefmutter fühlte er sich leidlich wohl und er hatte das Gefühl, daß er von seiner inneren Heiterkeit an andere abgeben konnte. Die Natureindrücke erfreuten ihn damals sehr. Er war aber doch mehr nach innen gekehrt als vor 1907. In dieser Zeit besuchte er seinen Bruder, der in Ch. eine Stelle innehatte, die ihn nicht befriedigte. Als er nun den Bruder apathisch und niedergedrückt, gleichsam ohne Impuls antraf, war es plötzlich, als ob sich sein innerer Mensch veränderte. Er kam in einen deprimierten Zustand. Es fehlte plötzlich die Energie. Die Phantasietätigkeit war herabgesetzt. In diesem Zustande fuhr er nach L., um sein Studium wieder aufzunehmen. Als er in L. durch die Straßen ging, hatte er das Gefühl, wie wenn er vom Himmel auf die Erde gefallen wäre. Es war sehr peinlich, er wußte nicht aus noch ein, er war wie verwirrt. Seine Schrift war anders geworden, undeutlicher. Allmählich fand er sich doch wieder zurecht, insbesondere wurde er durch seinen Berliner Bekannten, der ihm aus J. nach L. folgte, wieder etwas mehr ins reale Leben geführt. Er besuchte Kollegs, doch nahm ihm das Gefühl der Insuffizienz die rechte Freude an der Arbeit.

Im Sommer 1910 nahm er wieder Stellung an. Sein Freund starb an einer Lungenkrankung. Es berührte ihn das auffallend wenig. Er war, als er diese Stellung innehatte, überhaupt wie geistesabwesend. Er war trotzdem in der Lage, klar denken zu können, wenn er nicht unter dem Eindruck von Affekten stand. Traten diese aber ein, dann richtete sich alles nach innen, „dann war ich aus der wirklichen Welt wie ausgeschieden“. Auf Frage fügt er hinzu, unter Affekten verstünde er innere Spannungsempfindungen und eine Art ihm peinlichen inneren Kraftgefühls. Wenn er onanierte, war es besser.

Schließlich lebte er sich ein und als er im November 1910 nach L. zurückfuhr, war es ihm, als ob etwas herabsänke. Er war, als ob die Augen geöffnet wurden, als ob alles ganz klar würde, als ob ich wieder ins reale Leben zurückkommen würde. In L. erschien alles anders, „ich war doch ein anderer geworden.“ Im Sanatorium war er sich wie die Personifikation des Nichts vorgekommen. Er hatte damals viel über tiefe Probleme geübelt. „Damals existierte ich und existierte ich quasi nicht.“ Jetzt trat er wieder ins reale Leben zurück und er faßte auch den Plan, seine Erlebnisse dichterisch zu fassen. Es sollte der Gegensatz zwischen realem und idealem Leben dargestellt werden. Allerdings fühlte er auch in L. Schwere in den Gliedern. Auch waren ständig Schwankungen in seinem Zustand vorhanden. Es war ihm alles seltsam klar, er hatte auch den Eindruck, fremde Personen sehr gut verstehen zu können. So erging es ihm, als er eine Schrift über Napoleon



las. Er dachte damals immer, es sei ihm gelungen, den Willen über das Triebleben zu setzen. Er war damals von Lustempfindungen erfüllt und fühlte sich abgeklärt. Wenn er jedoch in dem nun folgenden Semester im Kolleg saß, so war ihm zwar alles sehr plausibel, aber es war die Kraft des Willens nicht vorhanden. Es kam nicht zu einem regelmäßigen Kollegbesuch. Er fühlte sich auch bedrückt, weil er Schulden zu zahlen hatte und nicht zahlen konnte. Auf Drängen seines Hauswirts ging er doch ins Kolleg, insbesondere als ihm dieser in grober Weise beschimpft hatte, und ihm vorgeworfen hatte, daß er nicht arbeiten wolle. Er glaubt, daß sein Vater den Wirt veranlaßt hatte. Schließlich trat aber wieder eine tiefe Depression auf, die auch dann nicht schwand, als durch ein größeres Darlehen seine pekuniäre Situation geregelt wurde. Auch schenkte ihm damals sein Vater, der sich für ihn verbürgt hatte, seiner Ansicht nach zu wenig Vertrauen in der Verwaltung des entliehenen Geldes. Es kam zu einem Zustand von Apathie und Interesselosigkeit.

Im August 1911 trat eine schwere Krise auf, in der er das Gefühl seiner Persönlichkeit verlor. Es war das unabweisliche Bewußtsein in ihm, er habe seine Persönlichkeit verloren. Es war ein wesenloses Dasein. Es ging jedoch dieser Zustand rasch vorüber und er fühlte sich wieder wohler. Er beschäftigte sich jetzt aber doch nur mit schöner Literatur, weil er sich zu anderer Beschäftigung zu ermüdet fühlte. Gleichwohl hatte er das Gefühl innerer Harmonie und war im Besitze seiner Persönlichkeit. Sein Bekanntenkreis in dieser Zeit setzte sich fast ausschließlich aus jungen Leuten zusammen, die einer etwas tieferen sozialen Schicht als er selbst angehörten. Er nahm nun wieder eine Sanatoriumsstelle in Th. an. Nachdem der Zustand überwunden war, war es ihm gewesen, als ob seine Seele eine Haut abgeworfen hätte. Er fühlte sich innerlich wieder harmonisch und er konnte jetzt seinen Gefühlen auf dem Klavier einen adäquaten Ausdruck geben. Im Sanatorium interessierte er sich für seine Beschäftigung sehr. Als aber von einem der dortigen Ärzte eine Patientin, welche anscheinend ähnliche Erscheinungen wie er hatte, als *Dementia praecox* bezeichnet wurde, „sank das Barometer seiner Seele auf Null.“ Er fühlte sich innerlich vollständig erledigt, er hatte das Gefühl: jetzt ist wieder etwas mit dir passiert. Es trat eine tiefe Verstimmung ein. Als er wieder nach Hause fuhr, war es, als ob alle Erlebnisse spurlos an ihm vorüberglitten, wiewohl auch jetzt noch die Erinnerung an diese Zeit in allen Details ihm gegenwärtig ist. Es trat Unfähigkeit zu Freude und Trauer ein. Er merkte das wieder an seiner veränderten Stellung zu der Natur, die ihn umgab. Es war alles Interesse für diese vollständig verschwunden. Immer war innerlich der Gedanke vorhanden, er litte an *Dementia praecox*.

In L. wurde es nicht besser, nur nach dem Essen war der Lebensmut etwas größer. Es trat Schlaflosigkeit und Angst auf, so daß er wieder nach Hause fahren mußte. Die Krise wurde gehoben, als ihm sein Bruder am Weihnachtsabend zusprach. Kaum war er jedoch wieder in Leipzig, als er wieder vollständig in eine Depression versank. Er geriet durch mangelhafte pekuniäre Unterstützung von seiten seines Vaters <sup>1)</sup> in die größte Notlage. Er bekam von einem Sanitätsrat, an den er sich wandte, 50 Mk., brachte aber davon 40 Mk. am gleichen Abend durch. Kam dann ins Krankenhaus. Als er entlassen wurde, war er wieder vollkommen mittellos. Er lebte wieder wie in einem permanenten Dämmerzustand. Es gelang ihm jedoch, eine neue Unterstützung zu erhalten und es verlief die Zeit bis zum Dezember 1912 ohne besondere Zwischenfälle. Er war jedoch noch immer in der gleichen Weise gestört wie in der Zeit, als er aus D. zurückkam. Er war den Eindrücken der Außenwelt nicht gewachsen. Am wohlsten war es ihm, wenn er allein essen konnte. Die Furcht vor der *Dementia praecox* bestand in wechselndem Maße fort. Mit seinen Wohnungen war er nie recht zufrieden. Er fühlte sich bald in dieser, bald in jener Richtung beeinträchtigt. Er hat auch Bemerkungen gehört, die auf ihn paßten. Dinge, die er über andere gesagt hatte, die hörte er wieder, wenn er in Lokale ging. Einer seiner Wirte sagte ihm: „Auch Sie glauben wohl, Sie werden beobachtet.“ Schon zu Weihnachten 1911 fühlte er sich von Leuten, die in Automobilen saßen, beobachtet. Ein Mann warf einen Handwagen um, wohl damit er wieder in die Realität zurückgerufen werden sollte. „Ich habe genug Verstand, um diese Ideen neutralisieren zu können.“

In dieser Weise ging es etwa bis zum Dezember 1912. Damals trat eine neue Verschärfung des Zustandes ein. Wenn er durch die Straßen der Stadt ging, kam ihm die

<sup>1)</sup> Er haftet sehr an diesem Punkt: „So kann ein Vater doch nicht handeln?“

Außenwelt nicht zum Bewußtsein, er war wie im Rausche. Er fühlte sich nicht mehr so wie vorher. Das Gehirn war wie gehemmt. Der Zustand zeigte Schwankungen oft in einem Tage, doch blieb der Grundzug der Störung der gleiche. Die letzte Verschlimmerung trat auf, als er mit einem Kollegen über Paranoia sprach und als dieser die Paranoia als eine zu völliger Verblödung führende Krankheit bezeichnete. Wieder sank das Barometer seiner Seele auf Null. Diese Verschlechterung seines Zustandes führte ihn zu einer neuerlichen Untersuchung in die Klinik.

Schon während er seine Geschichte erzählt, fügt er Bemerkungen über seinen jetzigen Zustand ein. Er sei jetzt wieder wie außerhalb des realen Lebens. „Es ist seltsam, es ist, wie wenn ich nur halb existierte.“ Oder als er in detaillierter Weise seine Erinnerungen erzählt, sagt er: Es ließe ihn das alles gleichgültig . . . . es sei jetzt seine Reaktionsfähigkeit aufs äußerste herabgesetzt . . . . oder „ich erzähle momentan alles nur aus dem Verstande heraus, das Bewußtsein ist ziemlich . . . es ist nicht die richtige kraftvolle Erinnerung.“ Gleichwohl erzählt er alles durchaus nicht in gleichgültigem Tone, sondern Tonfall und Mimik folgen durchaus dem Sinn der Rede. Es sind Affekte und Gefühle aus der Art des Ausdrucks ohne weiteres erschließbar. Seine Mimik ist geradezu belebt, seine ganze Grundstimmung erscheint resigniert und schmerzlich. Er gibt über seinen jetzigen Zustand an, er existiere im halben Zustand, er sei deprimiert.

Das Hauptsächlichste sei eine fast völlige Herabsetzung der Willenstätigkeit. Er müsse sich gehen lassen. Es sei schon Zwang, daß er zum Arzt gekommen. Er braucht zu allem eine größere Anstrengung. „Wenn ich in das Kolleg gehen soll, so fällt mir das sehr schwer.“ „Die Konzentrationsfähigkeit ist herabgesetzt. Ich kann mich jedoch konzentrieren, wenn es verlangt wird . . . der Not gehorchend, nicht dem eignen Triebe. Ich kann wohl Leistungen vollbringen, ich tue es aber nicht aus freien Stücken. Der Impuls ist vollständig herabgesetzt.“ Er wacht jetzt sehr zeitig auf. „Meine Glieder sind gefesselt, es ist eine körperliche Lethargie. Wenn ich aufstehen müßte, dann würde es gehen.“ Wenn er sich aufraffe, dann ginge es. Er könne sich nicht lange bei der Arbeit halten. Er brauche sogar zum Essen eine verstandesmäßige Nötigung. Er fühlt sich wohler, wenn er den kritischen Punkt überwunden und sich bezwungen hat . . . . „An und für sich existiere ich in einem willenlosen Zustand. Er besteht seit 1911. Es ist ein Zustand, wo ich keinen Willen habe und doch einen Willen habe. Ich bin nicht mehr so im Besitze meines Willens wie früher.“ Er glaubt, daß sein Zustand seit 1911 eine neuerliche Verschlechterung erfahren hat. Er hat den Willen noch mehr verloren. In seiner neuen Wohnung habe er sich nicht zur Tätigkeit aufraffen können. „Wenn ich es tun müßte, so würde ich es gewissermaßen mechanisch tun.“ Dieser Zustand unterliegt Schwankungen. Es hängt von den Affekten ab, ob sein Nervensystem vollkommen reaktionslos ist. „Der Impuls tritt langsam wieder hervor, wenn ich durch Verstandesregung den Willen wieder einsetze.“

Seine Stimmung ist herabgesetzt. Er sei zu tieferen Gemütsregungen nicht fähig. „Es ist ein schmerzliches Gefühl, daß ich reaktionslos bin, zu einer richtig tiefen Trauer bin ich nicht fähig.“ Er bezeichnet sich als stupefactus.

Seine Sinnesempfindungen seien herabgesetzt. Die Geruchempfindung fehle beinahe. Es ist während des Zustandes, als ob die Ohren zugestopft wären. Das Sehen sei nicht gestört, doch scheine ihm sein Zimmer bald größer, bald kleiner zu sein und er schätzt Distanzen schlechter als früher. Bald erscheine ihm das Völkerschlachtdenkmal als wichtig, bald wieder nicht. Die sinnliche Welt sei für ihn schwächer geworden. Seit 1907 habe er das Gefühl, sich in den Arm kneipen zu müssen, um sich selbst zu fühlen, wie ein Mensch, der sich fragt, ob er träume oder wache. Er hat jetzt das Gefühl, „bewußtlos“ zu sein. Die Zeitschätzung und die Empfindungen aus dem Körper erscheinen ihm ungestört.

Die Fähigkeit des Vorstellens bezeichnet er als herabgesetzt. Die Vorstellungen sind schwach. Insbesondere auch die Erinnerungsvorstellungen. Wenn man kräftig fühlt, hat man kraftvolle Vorstellungen . . . . es sind jetzt matte Erinnerungsbilder. Als er sich auf Aufforderung einen Baum vorstellt, sagt er: „Ich stelle mir den Baum genau so vor, wie früher, nur im allgemeinen nicht so lebhaft.“ Farbe und Form stelle er doch in gleicher Weise vor wie früher. Als er studierte, fügte er hinzu, habe ihm ein von der Sonne beschienener Park einen starken Eindruck gemacht. Heute sage ihm das nichts mehr (siehe auch im folgenden).

Über sein Denken gibt er an: „Wenn ich aufwache, gehen die Gedanken zügellos. Der Ablauf der Gedanken ist dabei kein zu rascher. Die Gedanken drängen sich mir auf

und nicht ich beherrsche die Gedanken.“ Er könne sich nur schwer konzentrieren, an eine bestimmte Sache zu denken. Es erforderte das lebhafteste Anstrengung.

Assoziationsversuche, die mit ihm angestellt werden, ergeben durchaus normale Resultate. Ich gebe nur einige Stichproben wieder.

Tisch . . . . .	Teich 1 2/5"
Schlange . . . . .	Tier 1 2/5"
Wald . . . . .	Baum 1 3/5"
Sonne . . . . .	Mond 1 1/5"
Rot . . . . .	Gelb 1 2/5"

Bemerkenswert sind einige Assoziationsversuche, welche nach der freien Methode Koffkas angestellt wurden. Auf das Reizwort Puppe wird nach 7 Sekunden mit ja geantwortet und folgende Schilderung der auftauchenden Vorstellungen gegeben: Es war eine angekleidete Puppe, so wie sie in Schaufenstern stehen, mit blonden Haaren und farbigem Kleid. Er sei eigentlich eine ganze Menge wie in einem Schaufenster eines Puppenladens. Er sah das Bild in einer der natürlichen entsprechenden Größe vor sich.

Wald . . . Ja 4" Es war ein Nadelwald. Er sah die einzelnen Stämme der Bäume. Er stand vor dem Wald.

Schach . . Brett 1 4/5" Er hatte im gleichen Moment das Schachbrett in Farben vor sich.

Trotz dieser detaillierten Vorstellungsbilder hatte er den Eindruck, als ob die Vorstellung blässer sei.

Sein Selbstgefühl sei zeitweise so stark herabgesetzt, daß das Ichgefühl nicht vorhanden sei. Dieser Zustand könne sehr hohe Grade erreichen. Auch wenn das Ichgefühl gesunken ist, ist die Verstandestätigkeit vorhanden. „Es ist, wie wenn der eine Teil meines Menschen nicht so stark vorhanden ist. Das Verstandesich ist in der gleichen Weise vorhanden wie früher. Die Gedanken . . . . . es ist doch wie eine geistige Schwäche. Die Lebensbefähigung ist herabgesetzt. Ich existiere in zwei Welten zugleich . . . In der Seele ist kein innerer Halt. 1911 war ich noch ein ganzer Mensch.“

Die anderen Menschen erscheinen ihm während seines Zustandes unverändert. Er ist ihnen gegenüber objektiver geworden und läßt sich nicht mehr von den Gefühlen der Sympathie und Antipathie leiten.

Er klagt über körperliche Mattigkeit und über ein Gefühl, als ob sein Gehirn gehemmt sei. Im übrigen keine körperlichen Klagen. Keine Zwangsvorstellungen.

Er gibt nur an, schon als Kind leicht errötet zu sein und an Errötungsfurcht gelitten zu haben.

Die körperliche Untersuchung, insbesondere auch die Untersuchung der Sensibilität und der Sinnesorgane ergibt nichts Anormales.

Er selbst beurteilt seinen Zustand folgendermaßen. „Wenn ich aus diesem Zustand heraus will, so darf ich mich nicht zwingen. Es muß von selbst sein, sonst komme ich nicht zu mir selbst. Ich muß mich der Mutlosigkeit überlassen, bis sich meine Seele wieder aufrichtet und bis sich das Körperliche wieder regt.“

Charakteristisch ist für den Patienten die Art, wie er auf einen Konflikt mit seiner Wirtin reagiert. Er kommt sehr erregt, früher als zur besprochenen Zeit zu dem Referenten und klagt, er sei völlig fertig. Er schildert erregt den schlechten Charakter seiner Wirtin und ist völlig fassungslos darüber, daß diese ihm Egoismus vorgeworfen hatte. Er klagt über das hysterische Gesänge der Wirtin, sie singe mit falschem Gefühl.

Vor kurzem glaubte er, daß Löcher in seine Wohnungswand gebohrt wurden. Als er durch den Tunnel ging, kamen Kinder mit gellendem Geschrei, er bezog das auf sich, er glaubte, daß sie seinetwegen geschickt wurden. „Das ist selbstverständlich Unsinn.“

Sein Urteil über die ihm nahestehenden Personen ist im allgemeinen lieblos. So spricht er über den Freund, den er verloren hat, in kühler und etwas herabsetzender Art.

Sein Mitteilungsbedürfnis ist ein sehr lebhaftes. Man hat den Eindruck, daß es ihm eine große Erleichterung ist, von sich und seinen Zuständen sprechen zu können. Er bestätigt das auch selbst. Die Darstellung seines Lebens, die er gibt, ist ungemein reich an Details. Es muß hervorgehoben werden, daß diese (hier nicht erwähnten) sich auf ganz belanglose äußere Erlebnisse beziehen, welche ihm offenbar innerlich stark in Anspruch

genommen haben. So erzählt er mit Vorliebe von den Studentenwohnungen, die er bewohnt hat, von den Wirtinnen, bei denen er wohnte etc.

Eine Neigung, philosophische Schlußfolgerungen aus seinen Erlebnissen zu ziehen, leuchtet durch seine ganze Darstellung hindurch. Insbesondere beschäftigt ihn der Gegensatz zwischen Realem und Innenleben. Er habe sich in Berlin völlig dem Idealen zugewendet und das sei dann immer weiter vorgeschritten. (Nur 1910 sei er mit der Außenwelt in Kontakt getreten.)

Ich kann mir nicht versagen, an dieser Stelle noch ausführlich ein Erlebnis unseres Patienten wiederzugeben. Zur Zeit des Erlebens befand er sich im ausgesprochenen Zustand der Depersonalisation. Er hatte ursprünglich die Absicht gehabt in den Weihnachtsferien 1913 nach Hause zu fahren hatte aber von zu Hause einen abschlägigen Brief erhalten, weil die häuslichen Verhältnisse zu ungünstig seien. Er dachte, der Brief sei gut überlegt und es hätte aus seinem eigenen Brief herausgelesen werden können, daß er nicht gerne nach Hause kommt (alle sind zu Hause zerquält). Trotzdem konnte er sich nicht entscheiden, ob er fahren sollte oder nicht. Es war ein völliger Entschlußmangel. Er glaubte sich beobachtet und meinte, daß man auch von der Klinik aus Leute ausschickte, welche ihn kontrollieren sollten. Es trat jetzt dieses Gefühl, beobachtet zu werden, das gelegentlich schon seit 2 Jahren in ihm auftauchte, wieder stärker hervor. Er hatte mehrfach wegen einer Kellnerin in einem Lokal verkehrt. Das Mädchen machte sehr starken Eindruck auf ihn, weil sie der direkte Gegensatz zu ihm war. Es kam ein leidenschaftlicher Rausch über ihn. (Aus seiner ganzen Erzählung merkt man, daß er durch das Erlebnis sehr stark in Anspruch genommen ist. Gleichzeitig wieder das Bedürfnis auffällig, sich rückhaltlos auszusprechen.) Am ersten Abend war er noch im Besitze seiner Willenskraft und wußte, was er wollte. Dann aber verlor er wieder den Willen und in diesem Moment war auch das Interesse für das Mädchen verschwunden. Er schildert dann breit die Erlebnisse in dem Lokal, jedes Detail stark betonend, insbesondere auch das Verhalten eines anderen Kavaliere des Mädchens. Gleichzeitig fühlte er sich beobachtet und glaubte von den Leuten an den Nebentischen Anspielungen zu hören. Z. B. „Er muß sich mehr zurückhalten, er muß sich beherrschen können.“ Er hatte das Gefühl, daß man ihn von dem Mädchen abbringen wollte. Er konnte sich nicht erklären warum. Auch das Mädchen sagte: „Hier sitzt ein Kriminalkommissär“ und er hörte von Pfefferminztee sprechen (den er zu Hause vielfach getrunken hatte). Im Gespräch gibt er sehr rasch zu, daß all dies wohl verfehlte Deutung sei. Es ist immer wieder auffallend, mit welchem lebhaftem Affekt er auf derartige belanglose Erlebnisse reagiert<sup>1)</sup>.

#### Zusammenfassung:

Es handelt sich um einen 29jährigen Studenten, der eine der Norm entsprechende Begabung zeigt, der aber seit der Kindheit eine Reihe auffälliger Züge bietet, wie aus seinen glaubhaften Angaben hervorgeht. Deutlicher treten diese in der ersten Zeit seines Studentenlebens hervor. Bemerkenswert ist sein Gefühl der inneren Schwäche und Unselbständigkeit, aus dem heraus zum ersten Mal in einem Alter von 23 Jahren sich ein als Depersonalisation zu bezeichnendes Krankheitsbild entwickelt. Es ist schon dadurch als Depersonalisation gekennzeichnet, daß die Unlustaffekte (Angst und Gefühl der Peinlichkeit) sich nachweisen lassen. Vielleicht tritt die Peinlichkeit des Zustandes weniger hervor als in ähnlichen Fällen. Dem entspricht, daß der Patient sich in besonderer Weise zu geistiger Arbeit befähigt fühlt. Es ist eine Abkehr von der Wirklichkeit des täglichen Lebens und eine Zuwendung zu dem geistigen Leben. Dieser Zustand verliert nach kurzer Zeit alles Peinliche (seit Ostern 1907), es bleibt nur eine gewisse Abkehr vom realen Leben bei erhaltener Fähigkeit sich zu interessieren. In dieser Form dauert er etwa zwei Jahre hindurch an. An

<sup>1)</sup> Zur Zeit der Korrektur Mai 1914 sind die Beziehungsideen völlig geschwunden. Die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins außerordentlich ausgesprochen.

scheinend sind gewisse Schwankungen doch vorhanden und es kommt zeitweise doch der Eindruck, daß es ein Scheinleben ist. 1909 tritt eine Krise ein insofern, als jetzt wieder das ausgesprochene Bild der Depersonalisation eintritt. Es ist schwere „Teilnahmslosigkeit“ mit Unlustgefühlen im Vordergrunde des Zustandsbildes. Dieser Zustand dauert mit zwei Unterbrechungen (im November 1910 und im August 1911), wenn auch mit Schwankungen, bis zu dem heutigen Tage an. Das Zustandsbild des Jahres 1910 ist gekennzeichnet durch eine erneute Zuwendung zum Leben, die mit hochgradigen Lustgefühlen verbunden ist. Das des Jahres 1911 wird als wiedererlangte innere Harmonie beschrieben. In der übrigen Zeit beschreibt der Patient zwar Schwankungen, die ich jedoch nicht als wesentlich ansehen kann. Es handelt sich nur um quantitative Differenzen in der Schwere des Zustandsbildes.

#### Epikrise:

Eine Aufzählung der vorhandenen Einzelsymptome kann in diesem Falle deshalb unterlassen werden, weil die Krankengeschichte bereits die einzelnen Störungen zusammenfaßt.

Die Störungen der Wahrnehmung betreffen wieder sämtliche Sinnesgebiete und ziehen das Rohmaterial der Empfindungen nicht in Mitleidenschaft. Das ergibt die objektive Untersuchung und auch die Angaben des Patienten selbst gehen nach der gleichen Richtung. Bemerkenswert sind die Schwankungen des Größeneindrucks der Objekte. Sein Zimmer erscheint ihm bald größer und bald kleiner. Der Kranke faßt dahin zusammen, daß die sinnliche Welt für ihn schwächer geworden sei.

Auch dieser Patient klagt über Apathie, mangelhafte Reaktionsfähigkeit auf dem Gefühlsgebiete, über die Unfähigkeit, Freude und Trauer zu empfinden. Diesen Angaben widerspricht auf das entschiedenste Mimik, Haltung und Sprechart des Patienten. Er ist in keiner Weise in dem Ausdruck der Gefühle gebunden oder gehemmt. Auch seine eigenen Angaben enthalten eine Reihe von Widersprüchen. Er ist in der Zeit, wo er angibt, gefühllos zu sein, für Musik empfänglich. Am auffallendsten ist jedoch das, was ich selbst beobachten konnte, die Reaktion auf den Streit mit seiner Wirtin. Er ist lebhaft verärgert, sehr unmutig und reagiert viel lebhafter affektiv, als es der Sache nach angebracht wäre. Nach allem scheint es mir fraglos, daß es sich nicht bloß um einen Menschen handelt, der fähig ist, Gefühle zu empfinden, sondern daß dieser Mensch auch besonders leicht zu Gefühlen und Affekten tiefgreifender Art gebracht werden kann. Ich verweise nur auf die Episode mit der Kellnerin.

Die objektive Schärfe des Gedächtnisses geht aus seinen ganzen Darstellungen hervor. Er hat sie übrigens mehrfach in der gleichen Art und Weise wiedergegeben mit stets übereinstimmenden Details. Er erinnert sich an jedes einzelne Wort des Referenten. Er klagt auch nur darüber, daß ihm das Gedächtnis nicht mehr in der früheren Fülle und Kraft zu Gebote stehe. Das gleiche gibt er über seine Vorstellungen an. Hier können wir uns auf exakte Untersuchungen berufen. Sie haben uns ergeben, daß der Patient ein sinnlich lebhaftes Vorstellungsvermögen besitzt. Aber auch hier klagt er darüber, daß die Vorstellungen nicht die richtige Kraft besäßen. Die gleichen Angaben macht er über die mit den Vorstellungen verbundenen Gefühle.

Erheblichere Denkstörungen sind bei unserem Patienten jedenfalls nicht vorhanden. Er bewegt sich selbst in komplizierteren Gedankengängen. Er ist imstande, dem Gange einer akademischen Vorlesung zu folgen. Bemerkenswert ist, daß ihm die Einstellung der Aufmerksamkeit Schwierigkeiten bereitet. Er klagt über mangelhafte Konzentrationsfähigkeit. Daß er gelegentlich das Gefühl hat, seine Gedanken nicht zu beherrschen, sondern von ihnen beherrscht zu werden, sei erwähnt.

Die gleichen Klagen begegnen uns auf dem Gebiete der Willenstätigkeit. Er ist wie ohne Bewußtsein, handelt nur mechanisch. Er klagt seinen Willen zu den geringsten Handlungen anspannen zu müssen. Besonders instruktiv ist die Angabe des Patienten, er könne wohl den Willen anspannen, es fehle jedoch der Impuls. Es brauchte stets einer intellektuellen Willensanspannung. Auch die Angaben über das Selbstgefühl sind bei unserem Patienten besonders klar. Er ist sich bewußt, daß ein Teil seines Ich stets intakt bleibt. „Ich existiere und ich existiere nicht“, ist seine Äußerung.

Auch die in der Krise erlebten Ereignisse sind ihm voll gegenwärtig. Ja man hat den Eindruck, daß auch eine sehr lebhaft gefühlte Erinnerung besteht.

Die Diagnose des Falles ist wohl auf Psychasthenie zu stellen. Nichts spricht bindend für eine Defektpsychose und andernteils ist auch kein Anhaltspunkt für einen Zustand manisch-depressiven Irreseins. Es handelt sich um eine Psychasthenie im Sinne Janet's. Die Erkrankung erwächst auf dem Boden der Konstitution. Aus dem Verlaufe sind die Schwankungen besonders hervorzuheben. Die paranoiden Züge sind eine Besonderheit dieses Falles. Es taucht doch die Möglichkeit einer Schizophrenie auf.

Uns ist dieser Fall besonders deshalb wichtig, weil verständliche Zusammenhänge sich besonders klar darbieten. Die Neurose ist verständlich als die Abwehrreaktion eines, der die volle Wirklichkeit nicht verträgt. Es ist eine mißglückte Flucht aus der Wirklichkeit in das rein geistige Leben.

### **Deskriptiv-psychologische Analyse der Depersonalisation.**

Zunächst eine kurze Definition dessen, was wir als Depersonalisation bezeichnen. Ich verstehe darunter einen Zustand, in dem das Individuum sich gegenüber dem früheren Sein durchgreifend verändert fühlt. Diese Veränderung erstreckt sich sowohl auf das Ich, als auch auf die Außenwelt und führt dazu, daß das Individuum sich als Persönlichkeit nicht anerkennt. Seine Handlungen erscheinen ihm automatisch. Es beobachtet als Zuschauer sein Handeln und Tun. Die Außenwelt erscheint fremd und neu und hat ihren Realitätscharakter verloren <sup>1)</sup>.

Ich setze in Form einer These hierher, in welcher Weise dieser Zustand psychologisch zu umschreiben ist: Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. Es setzt somit die Depersonalisation eine bestimmte Summe erhaltener Fähigkeiten voraus. Die Veränderung des Selbst ist nicht die Folge der Veränderung irgend einer

<sup>1)</sup> Vergleiche die Definitionen von Kraepelin und Heymans.

Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Gefühle, der Erinnerungen und Denkvorgänge (wenn es überhaupt erlaubt ist, derartig zu sondern), sondern rührt daher, daß das zentrale Ich in seine Erlebnisse nicht mehr in der früheren Weise eingeht. Das Selbst erscheint entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entspringt. Es genügt nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken, dem Bewußtseinsstrom immanent sind, ja es genügt auch nicht, daß sie vom zentralen Ich erfaßt werden; es müssen vielmehr in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuelle Tendenzen des Ich vereinheitlicht unwidersprochen enthalten sein.

### Die Gefühle und die Gemütsbewegungen.

Es erscheint notwendig, auf zwei Arbeiten näher einzugehen, welche für die Gefühlspsychologie wichtig sind. Haas macht aufmerksam auf den Unterschied zwischen den echten und unechten Gefühlen. Echtheit und Unechtheit seien nicht auf Qualitäten der Gefühle (etwa Dauer und Intensität) zurückzuführen. Das unechte Gefühl entstehe nur im Widerspruch zum echten. Und dieses zeigt seinen Rechtsanspruch dadurch an, daß es aus einer größeren Tiefe des Ich hervorbricht. Mit Äußerlichkeit und Innerlichkeit der Gefühle hat Echtheit und Unechtheit nichts zu tun. Auch Aufrichtigkeit und Unaufrichtigkeit sind etwas davon verschiedenes. Das was in der tieferen Schicht vorhanden, macht erst das Gefühl zu einem echten oder unechten.

Pfänder berichtet allgemein von echt und unecht Psychischem. Er zeigt, daß das unecht Psychische sich nicht beschränkt auf die Gefühle. Der gleiche Unterschied sei auch im Bezug auf Gesinnungen (die er von den Gefühlen trennt) zu machen. Es gebe auch unechtes Genießen, unechtes Streben und Wollen, unechte Willensentschlüsse und Willenshandlungen, unechtes Denken, unechtes Glauben, unechtes Sicherinnern.

Halten wir das wesentlichste Resultat dieser Untersuchungen fest: Alles Seelische ist in zwei Schichten gegeben, in einer echten und in einer unechten. Das echt Psychische entspricht der Grundrichtung des Ich.

Ich beginne jetzt mit einem Versuch der Analyse der Gefühle und Gemütsbewegungen bei der Depersonalisation. Er wird deswegen dem übrigen vorangestellt, weil eine Reihe von Autoren einer Störung der Gefühle und Gemütsbewegungen die wesentlichste Rolle im Zustandsbilde zuschreibt<sup>1)</sup>. Sie sehen hier den Kernpunkt des Problems. Unsere Kranken klagen in gleicher Weise über den Mangel an elementaren Gefühlen, wie über den Mangel an Gemütsbewegung. Sie leugnen, an Optischem, Akustischem Freude zu empfinden. Gottfried (Fall 1) und Johanna (Fall 2) klagen, sie spürten den Geschmack der Speisen, empfänden aber nicht Vergnügen oder Unlust dabei. Gottfried erklärt: „Das Gefühl des Angenehmen habe ich überhaupt nicht mehr.“ Johanna meint, sie sehe wohl die Farben, könnte sich jedoch an schönen Farben nicht erfreuen. Gottfried gibt an, Freude, Liebe, Haß und Trauer nicht mehr zu empfinden. „Ich würde mich freuen, wenn es bloß ein trauriges Gefühl

<sup>1)</sup> Über Depersonalisation existiert bereits eine Reihe von zusammenfassenden Arbeiten: Oesterreich, Hesnard, Dugas und Moutier, gleichwohl habe ich es für richtig gehalten, auch das Tatsachenmaterial zu unterbreiten, auf das sich meine Analysen stützen. (Vgl. den Anhang.)

wäre.“ Er könnte alle Menschen totschiagen, ohne etwas zu fühlen. Er beklagt sich, daß er zu seinen Mitmenschen nicht mehr lieb sein kann, wie früher. Auch Johanna empfindet schmerzlich, daß sie gegenüber ihrer Umgebung nicht das Richtige empfindet. Auch in Krankengeschichten der anderen Autoren kann man, wie sich aus dem Anhang ergibt, derartige Äußerungen sehr zahlreich antreffen. Einer der Kranken Oesterreichs Ti. gibt direkt an, es fehlten alle Gefühlsstöne<sup>1)</sup>. Ein anderer spricht von völliger Gefühlsstumpfheit. Dugas spricht von Apathie. Prau vermißt, daß er inneren Anteil an seinen Arbeiten und Handlungen nehme. Es läßt ihn alles gleichgültig. Mein Fall R. S. (Fall 3) spricht von äußerster Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit. Neben den Klagen über quantitative Veränderungen finden sich auch solche über qualitative. Johanna gibt zeitweise zu, lustig zu sein, aber sie versichert, daß es nicht die richtige Lustigkeit sei. Die Lustigkeit sei nicht natürlich. Die qualitative Abänderung erscheint ihr so beträchtlich, daß sie meint, alles, was gefragt würde, passe eigentlich nicht auf sie. R. S. sagt: es sei nicht die richtige tiefe Trauer, die er fühle. Auch Ka. spricht davon, sein Ärger hätte etwas Fremdartiges, etwas Äußerliches, oder auch, daß die Leidenschaften blasser, die Gefühle dumpfer seien. Böttigers Fall I gibt an, die Gemütsbewegungen seien blaß und farblos. Es fehle die „tiefe“ Freude. Besonders schön sind die Ausführungen Janets.

Die Kranken fühlen in der Tat sehr häufig eine merkwürdige Unzufriedenheit mit ihren Emotionen . . . . . es scheint ihnen, daß sie enden, bevor sie vollständig geworden sind und sich umsetzen in eine andere geistige Tätigkeit, Zwangsgedanken, Tics und Angstzustände. „Ich kann nicht mit einer Emotion und einem Gefühl nicht zu Ende kommen, darüber mache ich mir die Gedanken.“ „Es scheint mir, daß ich meine Kinder nicht wieder sehen werde, alles läßt mich indifferent und kalt . . . . . ich wollte, ich könnte verzweifeln, schreien vor Schmerz. Ich weiß, daß ich unglücklich sein müßte, aber ich komme nicht dazu. Ich fühle weder Freude noch Schmerz. Es gibt eine hohe Schranke, die mich sogar hindert, Schmerz zu fühlen . . . . .“ „Früher war ich furchtsam, sagt Gay, und sie hätten mich nicht in diesen mit Skeletten angefüllten Saal führen können (das Museum der Salpetrière). Jetzt macht mir das gar nichts und ich bin nicht einmal erschrocken, alles ist mir gleichgültig.“ Claire macht folgende Bemerkungen: „Die Gemütsbewegungen machen Halt, entwickeln sich nicht, verlieren sich und kommen nicht bis zu mir. Etwas, was mich erschrecken müßte, läßt mich ruhig, ich habe keine Furcht mehr, ich bin zu ruhig. Gleichwohl fühle ich Freude und Leid, aber abgeschwächt. Es ist sehr selten, daß ich lachen kann, ich lächle, aber ich kann nicht aus vollem Herzen lachen. Freud und Leid bleibt mir ferne, schwebt in der Luft und es macht mich untröstlich, daß ich kein Herz habe . . . ich möchte gerne Kummer haben können: so vollkommen ruhig zu sein, das ist das Entsetzliche . . .“ Ich war erstaunt, ein tiefes Gefühl der Langeweile auch bei solchen Kranken anzutreffen, welche sich hinreichend beschäftigten. Das kommt daher, daß die Beschäftigung und die Arbeit ihnen nicht die Empfindung gaben, die ihnen zukommt und die Freude, die ihr folgt.“

Auch die Arbeiten der anderen Autoren erwähnen Ähnliches.

Es muß jedoch vermerkt werden, daß bei einer Reihe von Patienten sehr lebhaft gefühlte Verzeigungen sind. So in einem Falle Janets. Auch Ti. empfindet zu einer Zeit, wo er angibt, nicht zu fühlen, einen lebhaften Ärger bei belanglosen Dingen. Anderes ist ihm „sympathisch“. Auch in einigen Fällen Krishabers wird von erhöhter Reizbarkeit (bei sonstiger Gefühls- hemmung) gesprochen. Johanna gibt an, sie empfände Ärger, wenn man ihr

<sup>1)</sup> Oesterreichs Patienten, auf deren Angaben ich noch wiederholt zurückkomme, sind als Ti., Prau und Ka. bezeichnet.



sagte, sie würde wieder gesund. Man sehe sich doch auch die Krankengeschichte meines Patienten R. S. an.

Ein besonderes Interesse verdient das Verhalten anderen Menschen gegenüber. Gottfried spricht davon, er könnte sie erschlagen, wie Holzpuppen. Er fühlt also seinen Gefühlsmangel in die anderen ein. Johanna gibt jedoch an, sie hielte die anderen Menschen für glücklich. Das Verhalten Gottfrieds scheint das seltenere zu sein. Entsprechende Angaben finden sich in der Kasuistik bei Heymans, Geißler, Oesterreich und Ball. Ka. sah einmal zwei bis drei Minuten lang die Menschen um sich herum als Maschinen. Balls Kranker spricht von Dingen, wenn er die Personen seiner Umgebung meint. R. S. gibt an, er fühle sich allen Menschen gegenüber objektiver und ließe sich nicht von Sympathie und Antipathie leiten.

Über die Phantasiegefühle werde ich noch bei Besprechung der Erinnerung und des Gedächtnisses näher berichten. Im allgemeinen scheint das Verhalten derselben ein wechselndes zu sein.

Fragen wir uns nun, wie es mit dem äußeren Ausdruck der Gefühle bestellt ist, so bemerken wir mit Erstaunen, daß den Patienten der Ausdruck der Lust und Unlust, der Freude und der Trauer voll zu Gebote steht. Gottfried erschien zwar bisweilen apathisch, vorherrschend drückte sich jedoch in Miene und Haltung tiefe Trauer aus. Er war leicht zum Weinen zu bringen, auch drückte seine Stimme der Rede folgend Sehnsucht, Liebe, Trauer aus. Auch in Briefen äußert sich eher ein gewisser Gefühlsüberschwang. Ähnliches findet sich bei Johanna, welche im Gespräche scharf pointiert und interessiert erscheint. Beide Kranke lachten, wenn man mit Komischem an sie herantrat. Bei R. S. konnte ich in Mimik und Haltung nichts Auffälliges nachweisen.

Auch dieses Verhalten findet Bestätigung in den meisten Fällen der Literatur, die daraufhin näher beobachtet sind. Bernard-Leroy konstatiert, daß die Kranke ihre Kinder zärtlich umarmt. D'Allonnes schildert sehr ausführlich, wie Alexandrine sämtliche äußere Zeichen der Gemütsbewegungen bietet zu einer Zeit, wo sie behauptet, eine Gemütsbewegung nicht zu fühlen. Er hat Atem und Pulsveränderungen konstatieren können, als sie die Freude eines Besuches von seiten ihres Sohnes hatte. Ka. konstatiert selbst diese Differenz zwischen Fühlen und seinen Ausdrucksbewegungen, ebenso Ti. Löwy erwähnt, daß die Kranke in ihren gleichgültigen Zuständen ein lebhaftes Interesse für ihren Zustand im Benehmen an den Tag legt.

Soweit die Tatsachen bezüglich der Gefühle und Gemütsbewegungen bei der Depersonalisation. Nun zur Deutung.

Wir gehen von der einfachen Beobachtung aus, daß Gottfried auf die Frage, ob man ihm die Geschichte von der Strubelpipi erzählen solle, lebhaft zu lachen beginnt. Er selbst sagt, er spüre dabei kein Vergnügen. Man könnte annehmen, er habe tatsächlich dabei kein Vergnügen gespürt, was ja in der Tat den Anschauungen von d'Allonnes und Oesterreich entsprechen würde. (Die meisten anderen Autoren haben sich über diesen Punkt nicht direkt ausgesprochen.) Es erhebt sich sofort die Frage, weshalb denn der Patient gelacht hat. Sie ist zu beantworten, wenn man den Ansichten von Lange und James entsprechend annimmt, das Komische rufe ohne Vermittlung von Gefühlen das Lachen hervor. Dann bleibt aber vollkommen unerklärlich, warum der Kranke nichts fühlen sollte. Denn die hierzu allein notwendigen Bedingungen (nach der

Ansicht jener Autoren) sind ja erfüllt. Es kann also, wenn man Gefühlsmangel annimmt, die Theorie von Lange und James nicht als ausreichend zur Erklärung der Tatsachen angesehen werden. Diesen Schluß haben in der Tat sowohl d'Allonnes als auch Oesterreich gezogen.

Nimmt man jedoch mit d'Allonnes an, daß die Viszeralempfindungen, welche das Gefühl konstituieren, fehlen, oder mit Oesterreich, daß das Gefühl fehlt, so ist es höchst eigenartig, daß die Viszeralempfindungen und das Gefühl so vollständig überflüssig sein sollen, wenn es gilt, eine Ausdrucksbewegung hervorzurufen.

Gegen die Theorie der Viszeralempfindungen erheben sich noch eine weitere Reihe von Einwänden, die ich noch später besprechen werde. Hier sei nur noch darauf verwiesen, daß Atem- und Pulsreaktionen vorhanden sind. D'Allonnes hat ferner die Sensibilität der inneren Organe durch kalte Emläufe zu prüfen versucht. Er hat dabei Angaben erhalten, die vollkommen denen Normaler entsprachen (vgl. hierzu Weber, Meumann, Becher), hat sie aber fälschlich auf ein Fehlen der Sensibilität der inneren Organe bezogen.

Viszeralempfindungen und Gefühle würden sich dann als ziemlich überflüssige Bestandteile im Seelenleben erweisen. Hier muß nochmals daran erinnert werden, daß das Sprechen dieser Kranken Leidenschaften und Gefühle zum Ausdruck bringt. Auch für diese Erscheinungen wären dann Gefühle nicht notwendig. Ein Patient Krishabers schreibt ausgezeichnete Artikel, die Patienten Oesterreichs verfassen lange Selbstschilderungen, machen Doktorarbeiten etc. Mein Patient R. S. besteht in der ersten Attacke sein Hochschulexamen. Überhaupt sind die Patienten vielfach im Leben draußen möglich. Die Patienten Böttigers, Balls, Hirts machen ihre Büroarbeiten. Akzeptiert man also die Anschauungen Oesterreichs, so sinken die Gefühle zu psychischen Epiphänomenen (wenn ich so sagen darf) herab. Die Konsequenz hat Oesterreich nicht genügend berücksichtigt. Er hat sich damit helfen wollen, daß in einer Reihe von Fällen ausschließlich die Aktivitätsgefühle gehemmt seien. Doch muß gesagt werden, daß in allen genannten Fällen die Störungen des Gefühlslebens nach den Angaben der Patienten selbst nicht verschieden sind von den Gefühlsstörungen anderer Depersonalisationsfälle. Andernteils ist es, falls man überhaupt Aktivitätsgefühle annimmt, schwer zu fassen, daß sie bei allen diesen Leistungen keine Rolle spielen sollen. Ich glaube jedenfalls nicht, daß eine Gefühlstheorie, welche derartige Annahmen in sich schließt, viele Anhänger finden wird. Wenn sich also ergibt, daß eine nicht akzeptable Gefühlstheorie notwendig ist, um die Behauptung bei der Depersonalisation fehlten die Gefühle, aufrecht zu erhalten, so wird man diese Behauptung doch wohl fallen lassen müssen. Ausdrucksbewegungen sind in allen Fällen, die daraufhin genauer untersucht wurden, erhalten gewesen, man findet entsprechende Angaben bei Oesterreich, Heilbronner, Juliusburger, Bernard-Leroy, Hirt, Försterling. Bernard-Leroy hat auch den entsprechenden Schluß gezogen, nämlich den, daß die Gefühle bei der Depersonalisation erhalten sind. Jedenfalls ist gerade der Mangel an objektiver Hemmung für die Depersonalisation so charakteristisch, daß man Fälle mit solcher ihr überhaupt nicht zuteilen kann (darüber später).

Meumann scheint allerdings eine Gefühlstheorie, wie wir sie aus der Annahme des Fehlens der Gefühle bei der Depersonalisation ableiteten, nicht zu

scheuen. Er hebt bei der Besprechung des d'Allonnesschen Falles hervor, wieviel vom Seelenleben in unveränderter Weise auch ohne Gefühle vonstatten geht. Ich hoffe aber, daß die Argumente, die ich im folgenden vorbringe, ausreichen, um die Ansicht vom Fehlen der Gefühle zu widerlegen.

Es spricht gegen einen völligen Gefühlsmangel bei der Depersonalisation, daß in jenen Fällen, wo die begründete Annahme besteht, daß Gefühle ausgefallen sind (bestimmte Fälle von Paralyse und Dementia praecox), auch die Ausdrucksbewegungen schwere Einbuße erlitten haben. Ausdrucksbewegungen ohne entsprechenden Affekt sind in der Neuropathologie bekannt: Zwangslachen und Zwangsweinen. Doch folgt hier die Ausdrucksbewegung niemals in derartig präziser Weise den Wendungen der Rede, wie dies bei der Depersonalisation der Fall ist. Es sind übrigens meines Wissens exakte Untersuchungen über die Psychologie dieser Zustände noch ausständig. Ich selbst habe, seitdem ich auf dieses Problem achte, durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Dr. Zaloziecki Gelegenheit gehabt, einen Fall amyotrophischer Lateralsklerose genauer zu explorieren.

Der Patient, dessen Intelligenz nicht gelitten hatte, beschrieb, daß das Lachen auch gegen seinen Willen komme. Insbesondere dann, wenn ein andersartiger Affekt vorhanden sei. So mußte er häufig lachen, wenn er seine Jungen auszanken sollte. Wenn er dann lacht, wird er auch freudig, so daß er dann überhaupt nicht mehr weiter zanken konnte. Außerdem ist er sehr leicht zum Lachen zu bringen. Jedenfalls war also in diesem Fall während des Lachens der entsprechende Affekt vorhanden.

Auch bei der Hysterie scheint es gelegentlich zu Affektausdruck zu kommen, ohne daß der Affekt wirklich vorhanden ist. Meines Erachtens ist aber selbst in dem Fall, daß ein Affekt naturwahr gespielt wird, ein entsprechender Affekt in irgendeiner Form (wir werden das später noch vertiefen) vorhanden.

Zu all dem kommt hinzu, wie später noch zu erörtern sein wird, daß die Angaben der Kranken über andersartige Defekte im wesentlichen nicht objektiv begründet sind. Nun stehen uns für die Untersuchung der Sinnesorgane, des Denkens und des Gedächtnisses eine Reihe von objektiven Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Für den Nachweis der Gefühle haben wir nur die Ausdrucksbewegungen und die Atem- und Pulsveränderungen. Beide objektive Kriterien des Bestehens von Gefühlen sind im Falle der Depersonalisation gegeben. Es schließt sich also die Beweiskette, daß bei der Depersonalisation ein wirklicher Gefühlsmangel nicht besteht.

Es ist uns nach allem nicht auffallend, wenn es Fälle gibt, in denen von Gefühlsmangel nicht berichtet wird oder wo sogar von einer Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit gesprochen wird. (Oesterreich meint freilich, daß die erhöhte Reizbarkeit im Gemüthsleben dem psychologischen (physiologischen) Gesetz entspreche, daß eine gehemmte psychische Funktion sehr leicht eine abnorm intensive Erregung erfahre, wenn sie überhaupt erregt werden könne.) Es rücken dann sämtliche Tatsachen, die über angeblichen Gefühlsmangel erhoben wurden, in die gleiche Reihe mit den Angaben der Patienten, daß ihre Gefühle nicht richtig und nicht natürlich seien.

Es ist nun zu fragen, wie kommt es, daß die Kranken, wiewohl sie fühlen, behaupten, daß sie nicht fühlen. Wie kommt es, daß die Kranken nach dem Ausdrucke Janets mit ihren Gefühlen unzufrieden sind. Eine Antwort auf

diese Frage können wir nur bei jenen Autoren erwarten, welche nicht annehmen, daß die Gefühle vollständig geschwunden sind. Löwy gibt an, es seien die Aktionsgefühle herabgesetzt. Es fehlt also nach Löwy nicht das Gefühl selbst, sondern das Gefühl, das mit der psychischen Tätigkeit des Fühlens verbunden ist: wie er sich ausdrückt, „das Fühlgefühl.“ Es ist anzuerkennen, daß gegenüber den Ausführungen Oesterreichs ein Fortschritt gegeben ist, insofern, als anerkannt wird, daß Gefühle da sind<sup>1)</sup>. Nicht genügend begründet erscheint mir der positive Teil der Deutung. Die Aktionsgefühle in dem Sinne Löwys scheinen mir ad hoc konstruiert zu sein. Wenn ich wahrnehme, so vollziehe ich einen intentionalen Akt, aber ich fühle nicht etwa ein Wahrnehmungsgefühl. Allerdings leuchtet bei Löwy die Anschauung durch, daß von dem Ich Akte ausstrahlen. Doch ist dies nirgends deutlich ausgesprochen. Und sind nun neben diesen Akten noch spezifische Aktgefühle vorhanden? Diese Annahme scheint mir eben willkürlich zu sein. Aus unseren bisherigen Ausführungen geht schon hervor, daß die Gefühle gleichfalls als Inhalte anzusehen sind, die in Akten gegenständlich erfaßt werden. Und ich knüpfe an die zu Beginn dieser Ausführungen erwähnten Arbeiten an und frage, welches Erleben bedingt, daß einmal ein Gefühl echt, das andere Mal als unecht erlebt wird. Hier sei verwiesen auf Ausführungen von Husserl über Evidenz. Husserl setzt sie in Wesensbeziehungen zum gewöhnlichen Selien. Die Evidenz bestehe in einem Sich-zur-klaren-Gegebenheit-bringen. Die Oberschicht des gleichen Aussagens ist im Falle der Nichtevidenz auf Grund eines ganz verworrenen und ungliederten Sachverhaltsbewußtseins gegeben, im Falle der Evidenz auf Grund einer klar einsehenden Sachverhaltsintuition. Es gibt nun meines Erachtens auch eine Evidenz der Gefühle, ein evidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines klar eingesehenen (gefühlten) Gefühlshintergrundes<sup>2)</sup>. Ein nicht evidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines verworrenen oder sich widersprechenden Gefühlssachverhaltes. Das echte Gefühl scheint mir nun nichts anderes zu sein als das evidente, im Einklang aller Tendenzen vollzogene Gefühl, das Gefühl, das der Grundrichtung des Ich entsprechend vollzogen wird. Die Gefühlsstörung der Depersonalisierten ist nun darin gegeben, daß das Individuum keine evidenten, im Einklang mit dem Gefühlshintergrunde stehenden Gefühle vollzieht. Es entsteht dann ausschließlich ein nicht aus der Tiefe des Ich kommendes Gefühl<sup>3)</sup>, ein unechtes Gefühl. Es gibt zweifellos Grade dieser Unechtheit, Grade der Nichtevidenz der Gefühle. Hierin findet die Verschiedenheit der Angaben der Patienten ihre Erklärung. Die einen erkennen die Gefühle

---

<sup>1)</sup> Es ist mir unverständlich, daß Oesterreich in seinem letzten Buche die Deutung Löwys für dessen Fall akzeptiert und gleichzeitig seine eigene Deutung vom Mangel der Gefühle in der Depersonalisation aufrecht erhalten kann. Denn diejenigen Momente, die Löwy zum Aufgeben der Annahme Oesterreichs trieben, sind in allen daraufhin untersuchten Fällen nachweisbar.

<sup>2)</sup> Es werden hierunter alle jene Tendenzen verstanden, welche zu dem aktuellen Gefühl Beziehung haben.

<sup>3)</sup> Dieser Ausdruck ist bildlich zu nehmen. Zur Erläuterung sei hinzugefügt: Wenn ich Grund und Gegengrund gegeneinander abgewogen habe, und den Entschluß fasse, so vereinheitlichen sich in diesem Entschlusse beide Tendenzen und ich drücke das so aus: Trotz des Gegengrundes treffe ich diese Entschließung. Nicht vereinheitlicht und nicht aus der Tiefe kommend, ist Entschluß, wenn ich mich entschließe und trotzdem immer wieder der Gedanke kommt, ich hätte mich im Sinne des Gegenteils entscheiden sollen.

nicht als natürlich und richtig an, die anderen leugnen überhaupt ihre Gefühle. Das Charakteristische der Depersonalisation scheint mir darin gegeben zu sein, daß diese Unechtheit der Gefühle zum Gegenstand eines neuerlichen Aktes gemacht wird.

Es sind vielleicht zwei verschiedene Möglichkeiten tatsächlich verwirklicht: Es wird wahrgenommen, daß das Fühlen unecht ist oder es wird wahrgenommen, daß das Ich unecht fühlt. Es würde sich in diesen beiden Fällen um eine verschiedene Beachtung der Momente des Erlebens handeln. (Zu dieser Fragestellung ist Geiger zu vergleichen.) In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle scheint die erste Möglichkeit realisiert zu sein. Es muß hervorgehoben werden, daß die Lebhaftigkeit, „die Intensität“ des Gefühles nicht dafür maßgebend ist, ob es echt oder unecht ist. Es gibt unter den Depersonalisierten auch solche, welche eine abnorme Reizbarkeit zeigen (Fälle von Janet und Krishaber, auch mein Fall R. S. gehört in diese Gruppe).

Es ist anzunehmen, daß der auf das eigene Gefühlsleben gerichtete Akt bei den Depersonalisierten kein einheitlich vollzogener ist. Man kann introspektive Psychologie treiben, ohne depersonalisiert zu sein. Für die Depersonalisation ist charakteristisch, daß die Tendenz der Beobachtung mit der Gefühls-tendenz ringt. Man könnte sagen, während des Fühlens will der Depersonalisierte beobachten und während des Beobachtens will er voll erleben.

Dieser Gesamtzustand unechter psychischer Gegebenheiten wird von dem Individuum gefühlsmäßig beantwortet. Auch diesem Gefühl fehlt die Innerlichkeit in Tiefe, wie die Aussagen der Kranken zu beweisen scheinen. Sie sprechen davon, daß es nicht einmal Apathie sei, was sie fühlten. Es muß das ausdrücklich betont werden, denn Dugas<sup>1)</sup> und Moutier haben verkannt, daß dieser Zustand ungemein quälend ist. Die Patienten bieten das Bild tiefster Niedergeschlagenheit und die Aussage der Kranken von d'Allonnes: Es wäre besser zu sterben als so zu sein, entspricht durchaus dem Seelenzustand dieser Kranken. Es erscheint zunächst fraglich, ob man Fälle, die den Zustand nicht bejammern, der Depersonalisation zuzählen soll. Die Angaben von Dugas über seinen Fall M., der den Zustand nicht unangenehm empfunden haben soll, sind sehr fragmentarisch (vgl. jedoch unsere Ausführungen auf S. 94). Jedenfalls ist es nicht erklärlich, daß so viele dieser Kranken mehr oder minder ernst gemeinte Selbstmordversuche machen, wenn der Zustand ihnen wirklich vollkommen gleichgültig wäre<sup>2)</sup>. Ich gestehe, daß die hier gegebene Darstellung des Gemütszustandes in der Depersonalisation unendlich viel komplizierter ist, als die Darstellung der anderen Autoren. Es ist jedoch ein Einblick in die geistige Struktur der Depersonalisierten nur auf diesem Wege möglich.

Es erscheint als Frage von großer Wichtigkeit, ob die Unechtheit des Gefühles das Rohmaterial der Gefühle abändert. Wir sprachen im vorangehenden davon, daß das Rohmaterial der Gefühle intakt sei. Es muß zugegeben

---

<sup>1)</sup> Dugas hat in seinem letzten Artikel diesen Standpunkt zum Teil auch wieder aufgegeben (vgl. auch noch S. 94).

<sup>2)</sup> Der Fall Amiels, den Dugas und Moutier so vielfach bei ihren Erörterungen über Depersonalisation herangezogen haben, ist gar kein Depersonalisierter im strengen Sinne; das hat Oesterreich bereits erkannt, wir kommen darauf im nächsten Kapitel noch zurück.

werden, daß der Ausdruck kein ganz korrekter ist. Die folgenden Zeilen stellen den Versuch dar, das Gemeinte zur einwandfreieren Darstellung zu bringen. Auch hier ist zunächst auf phänomenologische Untersuchungen Husserls hinzuweisen. In der Sphäre, die verbleibt, wenn die Welt des Realen mit einer Klammer versehen würde, in dieser Sphäre scheiden sich nach Husserl Noesis und Noema. Unter Noema versteht Husserl das Wahrgenommene als solches, das Erinnernte als solches, das Geurteilte, das Gefühlte als solches. Bei Husserl zielen diese Begriffe nicht auf psychische Realitäten, sondern es handelt sich um Wesensbegriffe in der Sphäre des reinen Denkens, des reinen cogito. Von dem Wahrgenommenen als solchen ist in dem reinen Wesenserlebnis scharf zu scheiden das Wahrnehmen. Dieses Wahrnehmen, dieses Fühlen etc. bezeichnet Husserl als Noese. In der Sphäre der psychischen Realitäten, also auf psychologischem Gebiet ist dieser Unterschied gleichfalls vorhanden. Es ist zu unterscheiden zwischen Fühlen und Gefühl. Das Gefühl schlechthin habe ich im vorangehenden als Rohmaterial des Gefühles bezeichnet. Nun besteht auf psychologischem Gebiete gleichfalls die Tatsache zu Recht, daß Gefühlsrohmaterial und Gefühlsakt, in phänomenologischer Sphäre Gefühlsnoema und Gefühlsnoese, einen, wenn auch nicht strengen Parallelismus untereinander aufweisen. Der einstrahlende Akt durchgeistigt und belebt das Rohmaterial. Das Wahrgenommene als solches ist ein anderes, wenn es das eine Mal in evidenter, das andere Mal in nicht evidenter Noese gefaßt und erlebt wird. Wir haben nun im vorangehenden gezeigt, daß wir die Abänderung der Gefühle bei der Depersonalisation erfassen als eine Abänderung auf dem Gebiete der aktmäßigen Tätigkeit. Wir zeigten, daß es zweierlei Arten des Fühlens gibt, 1. das Fühlen, welches aus einem einheitlichen Gefühlhintergrunde hervorbricht und gleichsam sämtliches aktuell gegebenes Fühlen in sich vereinigt und 2. ein Fühlen, bei welchem diese Vereinheitlichung nicht möglich ist, weil eben ein geklärter Gefühlshintergrund nicht vorhanden ist. Wir unterschieden demnach Grade der Nichtevidenz der Gefühle je nach der Gekklärtheit der vorhandenen aktuellen Tendenzen. Es muß nun hervorgehoben werden, daß eben das Rohmaterial des Gefühles gleichfalls das Unechte, das Nichtevidente, in sich aufnimmt. Es ist also die Rede von der Intaktheit des Rohmaterials nicht im strengen Sinne richtig. Es sind eben die psychischen Elemente nicht aufzufassen wie die Bausteine eines Baukastens. Im Fluß und in der Veränderung des psychischen Lebens ändert sich das Element. Eine Auffassung, die deswegen auf Schwierigkeiten stößt, weil sie sich nicht ohne weiteres in das Physiologische übersetzen läßt. Nichtsdestoweniger scheinen mir gerade die Tatsachen, die im vorangehenden besprochen wurden, eine befriedigende Erklärung nur dann zuzulassen, wenn man den Unterschied von Noesis und Noema auch auf psychologischem Gebiete gelten läßt. Im folgenden wird noch gezeigt werden, daß ähnliche Erwägungen auch auf den anderen Teilgebieten des Seelischen angestellt werden können, und wir nehmen an dieser Stelle bereits vorweg, daß ein wahrgenommenes Rot (also nicht die Empfindung!) einmal ein evidentes Rot sein kann und das andere Mal ein nicht evidentes, und daß dieser Unterschied auch, wenn ich so sagen darf, den Stoff des Rots verändert. Diese ganze Problemsphäre wird uns noch wiederholt beschäftigen. Jedenfalls — das hat Köhler kürzlich sehr treffend ausgeführt — ist auch die Annahme, daß der Konstanz der Reize entsprechend eine Konstanz der Empfindungen besteht, eine hypothetische und vorläufige.

Kommt nun einem derartigen psychischen Gebilde im psychischen Geschehen die gleiche Bedeutung zu wie dem evident gefühlten Gefühl? Es muß eine Darstellung dieser Verhältnisse deswegen unvollständig bleiben, weil ja die Gemütsbewegungen auf das engste angeschlossen sind an Wahrnehmungen, Willensakte und Vorstellungen. Wir stehen bei der Depersonalisation einem nicht bloß in einem einzelnen Element veränderten Seelenleben gegenüber. Der Depersonalisierte vollzieht auch im allgemeinen keine evidenten Wahrnehmungen und Gedanken.

Andernteils muß wieder darauf verwiesen werden, daß einzelne Kranke sich im Leben behaupten. Es verweist das darauf, daß die Nichtevidenz den seelischen Ablauf nicht wesentlich beeinflussen muß. Man kann auch nicht sagen, daß es gerade die leichten Fälle sind, welche sich in ihrer Berufswelt zurechtfinden. Die Fälle Balls, Böttigers, Hirts, mein Fall R. S. klagen außerordentlich lebhaft über ihre Gefühle. Andernteils muß berücksichtigt werden, daß die Unechtheit des seelischen Lebens und der Gefühle im besonderen keineswegs immer vorhanden ist. Jedenfalls sind im Krankheitsbild die ständigen Schwankungen besonders zu betonen, die schon Krishaber hervorgehoben hat, die aber von denen, die sich mit der Psychologie dieser Zustände beschäftigt haben, zu wenig berücksichtigt worden sind. In der Ablenkung vollziehen diese Individuen Synthesen. Man kann das in jedem einzelnen Falle konstatieren. Am überzeugendsten sind die Beobachtungen Janets. Das Individuum kann sich in eine Tätigkeit versenken, wenn es nicht mit seinem inneren Blicke auf die Tätigkeit gerichtet ist. Das dürfte z. B. bei dem Patienten Böttigers der Fall sein, der angibt, es ginge besser, wenn er viel zu arbeiten habe. Man sieht, wie schwierig es ist, sich auch nur im groben den Tatbestand zu vergegenwärtigen. Wenn die Kranken Janets darüber klagen, ihre Emotionen erreichten nicht ihr natürliches Ende und gelangten nicht bis zum Ziel, so wird man nach dem Gesagten nicht ohne weiteres sagen können, daß es die Unechtheit des Gefühles ist, welche den abnormen Verlauf verursacht.

Ich möchte die Ausführungen über die Gefühle nicht schließen, ohne zu notieren, wie nahe die hier vertretenen Anschauungen den Anschauungen Janets kommen, der als wesentliche Ursache einen Mangel geistiger Synthese angibt. Doch glaube ich, daß Janet bezüglich der Gefühle insofern nicht ganz richtig gesehen hat, als er den Angaben der Patienten, sie seien apathisch, zu viel Glauben geschenkt hat.

Fassen wir das über die Gefühle Ermittelte kurz zusammen.

1. Die Mehrzahl der depersonalisierten Kranken klagt über Mangel oder Abschwächung der Gefühle und Gemütsbewegungen. Daneben kommen auch Klagen über qualitative Abänderungen desselben. In einzelnen Fällen klagen die Patienten nicht über Abschwächung der Gefühle, ja es wird sogar von Übererregbarkeit gesprochen.
2. Die Ausdrucksbewegungen der Gefühle sind in ausgedehntem Maße vorhanden.
3. Es ist anzunehmen, daß die Kranken auch dann Gefühle und Gemütsbewegungen haben, wenn sie dieselben strikte leugnen.
4. Die Kranken erkennen die Gefühle deswegen nicht als ihre eigenen an, weil sie in nicht evidenter Weise vollzogen werden. Diese Nichtevidenz wird in einem neuen Akte wahrgenommen.

5. Die vergebliche Anstrengung, zur Echtheit der Gefühle zu gelangen, wird von den Kranken als quälend empfunden. Es wird der Gesamtzustand unechten Erlebens gefühlsmäßig beantwortet.

Wir bauten unsere Analyse auf die Anschauung auf, daß auch die Gefühle in Akten gegenständlich erfaßt werden. Wir fanden einen Gegensatz zwischen Gefühlen, welche auf Grund eines geklärten Sachverhalts vollzogen werden, echte oder evidente Gefühle, und zwischen Gefühlen, welchen aus anderen Schichten widersprochen wird, nicht evidente oder unechte Gefühle. Über die reale Wirkung unechter Gefühle konnten wir entscheidende Auskünfte nicht erlangen.

### Die Wahrnehmungen.

Die Darstellung der Störungen der Wahrnehmung bei der Depersonalisation stößt auf geringere Schwierigkeiten als die der Gefühlstheorie. Hierzu ist noch eine Vorbemerkung notwendig. Im wesentlichen ist es den Patienten stets klar, daß nicht die Dinge ihrer Umgebung verändert sind, sondern, daß die Art, wie sie die Gegenstände wahrnehmen, eine Störung erlitten hat. Sie sind auch nicht darüber im Zweifel, daß es nicht an den Empfindungsinhalten liegt, daß sie die Dinge anders wahrnehmen, sondern an der Art, wie sie selbst die Dinge erfassen. Schon daraus geht hervor, daß der Sinnesinhalt dem Individuum in irgendeiner Form gegeben sein muß. Das soll im folgenden noch näher ausgeführt werden.

Ausführlicher seien zunächst die Angaben der Kranken über Störungen der optischen Wahrnehmung wiedergegeben. Schon deshalb, weil wir gerade an diesem Beispiel im folgenden den Versuch unternehmen werden, ein hirnphysiologisches Verständnis der Depersonalisation anzubahnen. Schon die Kranken Krishabers klagen über Nebel vor den Augen, andere sprechen von einem Schleier, oder, wie ein Kranker Oesterreichs, von einer Haut, die über sie gezogen sei. Oder aber sie sprechen von einer Mauer, die zwischen ihnen und den Gegenständen errichtet sei. Frau spricht von einem fremdartigen gespenstigen Eindruck der Dinge. Zahlreiche ähnliche Angaben machen die Depersonalisierten Janets. Es ist so, wie wenn die Dinge zum ersten Mal gesehen würden. Die Kranken Löwenfelds finden die Straßen sonderbar verändert, andere Kranke, wie z. B. der von Hirt sehen alles nur wie eine Vision, die Kranke von Deny und Camus spricht von Phantomen. Aber die Kranken sagen präzise, es ist wie eine Vision oder es ist wie ein Phantom. Meist drückt sich in den Angaben der Kranken das Wissen, daß die Gegenstände unverändert sind, noch deutlicher aus. Gottfried gibt an, die Dinge machten deshalb keinen Eindruck, weil Ideenverbindung und Gemüt fehle. Ti. klagt, daß die Alpenpflanzen keinen Eindruck auf ihn machten. Am schönsten ist die Angabe des Kranken von Hirt, der sagt, „obwohl ich sehe, ist es als ob ich blind wäre“, und die eines Kranken Krishabers, „es war wie eine dunkle Atmosphäre um mich her, trotzdem sah ich sehr gut, daß heller Tag war . . . es war wie ein schlechter Leiter, der mich von der Außenwelt abschloß.“ Von hier zu den Angaben der Kranken Försters, sie sehe überhaupt nichts mehr, ist nur ein Schritt. Die wesentliche Differenz liegt wohl nicht im ursprünglichen seelischen Erlebnis, sondern in der Beurteilung des Zustandes. Auch die Kranke Försters sieht eben doch. Nach allem erscheint es nicht auffallend, daß die objektive



Untersuchung bei diesen Kranken im wesentlichen negativ ausfällt. Gesichtsfeld und Sehschärfe erweisen sich als intakt (Janet, Bernard-Leroy, Förster, Pick, Löwy, Deny und Camus, Försterling, eigene Fälle und andere).

Besonders merkwürdig ist, daß in mehreren Fällen verzeichnet wird, die Gegenstände würden flach gesehen (Krishaber, Janet). Böttigers zweiter Fall gibt an, daß in den Zeiten, wo es ihm besser geht, es so sei, als wenn er alles, was er sonst wie im Bilde gesehen habe, nun durch ein Stereoskop betrachte. Hier scheint ein hübscher Beweis jener Theorien des Tiefensehens gegeben, welche „Aufmerksamkeitseinflüssen“ eine beträchtliche Rolle zuweisen (Jänsch). In mehreren Fällen wird angegeben, daß die Kranken die Gegenstände kleiner sahen (Krishaber, Janet, Heilbronner). Eine Angabe, die um so interessanter ist, als auch für die Vorstellungen gelegentlich ähnliche Angaben gemacht werden (Heilbronner, Pick). Die Patienten Krishabers und Janets klagen über Doppelsehen. Hier macht die Angabe Janets stutzig, daß eine seiner Patientinnen bei der exakten Prüfung zugeben mußte, einfach zu sehen. Es ist hier zu erinnern, daß Bernard-Leroy gezeigt hat, daß auch bei der Fausse reconnaissance die Gegenstände entfernter und kleiner erscheinen. Eine Erklärung dieser eigenartigen Tatsachen müßte, wie vorweg genommen sei, daran anschließen, daß Raumwahrnehmung und Größenschätzung Aufmerksamkeitseinflüssen unterworfen sind. Leider sind die bisherigen Beobachtungen dieser interessanten Phänomene nicht so ausführlich mitgeteilt, daß man mit Sicherheit schließen könnte, die Patienten hätten die Gegenstände wirklich flach und klein gesehen. Ein definitives Urteil ist demnach derzeit noch nicht möglich. Berücksichtigt man die Angabe des einen Patienten von Hesnard, daß ihm Gegenstände unendlich weit entfernt scheinen, trotzdem er ihre wirkliche Distanz genau erkenne, so wird man sehr zur Vorsicht gemahnt. Andernteils ist aber auch hier die Erklärung möglich, daß die Einstellung vom Wahrnehmungsakte weg die richtige Auffassung ermöglicht. Wir verweisen wieder auf die häufigen Schwankungen des Zustandes.

Es ist bemerkenswert, daß bei einem Teil der Patienten die Wahrnehmung des Optischen quantitativ gesteigert erscheint. So sieht der Patient von Dugas jedes Detail, wenn er einen Wald sieht, und meine Patientin Johanna gibt an, bisweilen mit außerordentlicher Klarheit zu sehen. Beide Angaben wird man nicht beziehen dürfen auf eine Abänderung der Empfindungsinhalte, sondern auf eine besondere Erfassung derselben. Insbesondere in dem Falle von Dugas kommen noch eine Reihe von komplizierten Fragen hinzu, welche nicht ohne weiteres beantwortet werden können. Immerhin glaube ich, daß in beiden Fällen eine abnorme Klarheit des Sehens zustande gekommen ist.

Etwas kürzer kann ich mich über die Erscheinungen auf anderen Sinnesgebieten fassen, da die Angaben im Prinzip denen entsprechen, welche über den Gesichtssinn gemacht werden. Wir schicken voraus: „Objektive“ Störungen finden sich auf keinem Sinnesgebiete.

Gottfried gibt an, nicht „seelisch“ zu hören, wiewohl er zugeben muß, die Worte zu verstehen. Die Patientin Johanna gibt an, bei der Musik nichts zu empfinden. Eine andere Patientin ist es nicht selbst, die hört. Ein Kranker Hirts sagt, was ich höre, ist wie eine Täuschung. Eine Patientin Böttigers hört die Stimme der mit ihr Sprechenden wie aus weiter Ferne und dumpf.

Auch das Ohrenklingen, das sie bekommt, ist nicht hell wie früher, sondern tief und dumpf. Eine andere Patientin des gleichen Autors erschrickt nicht mehr, wenn etwas zur Erde fällt. Wieder einem anderen Patienten sind die Stimmen der anderen undeutlich, dumpf und taub. Eine Kranke Juliusburgers: Sie höre sprechen und höre doch nichts. Sämtliche Kranken, die darüber Angaben gemacht haben, berichten davon, daß ihre eigene Stimme in sonderbarer Weise anders geworden sei. Gelegentlich kommen auch auf akustischem Gebiet Angaben über Überempfindlichkeit vor. Ein Kranker Krishabers glaubt den Lärm der Stadt nicht ertragen zu können. Johanna gibt an, sie müsse ihre Mutter bitten, nicht so zu schreien. Auch ein Kranker von Dugas hört das Gesprochene während der Krankheit lauter als sonst.

Auch auf dem Gebiet des Tastsinns ist ähnliches zu verzeichnen. Dem Kranken von Hirt ist es, wenn er eine Holzplatte betastet, als wenn er nicht wirklich fühlte. Die Kranke von d'Allonnes spürt keine innere Reaktion auf Temperaturreize. Ähnliches bei dem Fall 2 Böttigers. Schmerzreize wirken nicht mehr auf das Individuum. Es ist sehr fraglich, ob die Meinung berechtigt ist, daß in dem Falle von d'Allonnes wirklich eine Anästhesie gegen Schmerzreize besteht, wie der Autor annimmt, vielmehr ist es durchaus wahrscheinlich, daß die „Analgesien“ ebenso zu werten sind, wie die Blindheit der Patienten.

Sehr ähnlich sind wiederum die Klagen über Änderungen der Geruchs- und Geschmacksempfindungen. So z. B. die Angaben Gottfrieds. Dieser ißt auch ohne weiteres eine außerordentlich stark versalzene Suppe. Der Fall 3 Böttigers klagt darüber, daß sie selbstgekochte Speisen nicht kontrollieren kann. Sie schmeckt dieselben schwach und fade.

All das verdichtet sich bei den Patienten zu der Angabe, sie lebten wie im Traum, die in fast allen Krankengeschichten wiederkehrt (Janet, Pick, Böttiger etc.). Die ganze Umgebung ist angstvoll, alles ist merkwürdig, unnatürlich, unbegreiflich. Die Dinge sind so, wie wenn man sie lange Zeit nicht gesehen hätte. Sie klagen, sie fänden sich nicht zurecht, so z. B. Johanna. Gottfried sagt: „Ganz nebelhaft weiß ich, wo ich bin.“ Bei Taine-Krishaber heißt es, es sei, wie wenn ein Schleier über den Gegenständen läge. Ähnliche Klagen bei Janet. Die Dinge rücken in die Ferne. Die Welt erscheint als ungeheure Halluzination. Eine Patientin Janets sieht den Triumphbogen und meint, es sei eine Kopie des eigentlichen irdischen, die auf irgendeinem Planeten gemacht worden sei. Ähnliche Angaben, zum Teil unter den gleichen Redewendungen macht ein Patient Krishabers. Diese Fremdheits- und Neuheitsgefühle treten in gleicher Weise bei bekannten Dingen auf. Bei einzelnen Patienten steigert sie sich, bei neuen, bei anderen bei den altgewohnten Eindrücken.

Schon bei den mitgeteilten Äußerungen ist auffallend, daß die Störungen ausgesprochener werden, je mehr die betreffenden Wahrnehmungen zum eigenen Körper gerechnet werden. Sie sehen alle ihr Gesicht im Spiegel verändert, starr und verzerrt. Ihre eigene Stimme hören sie verändert und sonderbar, sie erschauern bei dem Klang derselben. Sie sind es nicht selbst, die sprechen. Gottfried erscheinen seine Bewegungen abgehackt, der Körper sei wie tot, er hat das Gefühl, daß in einem leeren Kopfe ein Dynamo sauste. Der Körper erscheint den Kranken zu leicht. Es ist ihnen, als ob sie fliegen könnten. Eine Kranke Löwys sagt wieder: „Ich fühlte ihn (den Körper) nicht für mich, sondern für ihn selbst.“ Das Gehirn ist den Kranken wie tot. Es ist nicht

nötig, einzelne Angaben zu machen, denn die Angaben der Kranken der verschiedensten Länder, Stände und Altersklassen decken sich vollkommen. Die Kranken suchen im Bett ihre Glieder (Förster, Deny und Camus, Bernard-Leroy). Ein Kranker Picks klagt, seine Augen seien wie zwei Löcher, durch die er schaue. Es muß erwähnt werden, daß die objektive Prüfung der Tiefensensibilität stets normale Resultate gibt, bei keinem einzigen der Kranken finden sich Störungen der Lageempfindung, bei keinem findet sich Ataxie.

In die gleiche Gruppe von Störungen gehört, daß die Kranken angeben, Harn- und Stuhldrang nicht mehr zu empfinden. Dabei sind sie jedoch kontinent und es finden sich keine objektiven Zeichen der Störung dieser Organe. Wenn d'Allonnes diese für erwiesen hält, so muß seine Angabe als irrtümlich erklärt werden. Durch kalte Einläufe kann die Sensibilität der inneren Organe nicht geprüft werden. Vielmehr spricht das Fehlen der sicheren objektiven Zeichen der Störung, der Blasen- und Mastdarmstörung entschieden dafür, daß auch hier das Rohmaterial nicht angetastet ist. Es sei hervorgehoben, daß unser Patient R. S. über Störungen auf dem Gebiete der Körpersensibilität überhaupt nicht klagt (wiewohl er eigens hiernach gefragt wurde).

Den höchsten Grad der Störung erreichen die Kranken, wenn sie angeben, sie fühlten sich wie tot, wie leblos, seien nur Schatten. Allerdings spielt gerade bei diesen Klagen sehr wesentlich die Störung des Denkens und Fühlens mit. Wir kommen auf diesen Punkt noch im folgenden zurück.

Der Tatbestand ist also im wesentlichen der, daß die Kranken auf sämtlichen Sinnesgebieten schwerwiegende Klagen äußern und daß gleichwohl mit unseren heutigen Methoden eine objektive Störung nicht nachweisbar ist. Ebenso klagen die Kranken über sämtliche Wahrnehmungen, die aus ihren eigenen Körper stammen, ohne daß sich objektiv eine Störung des Empfindungsmateriales nachweisen ließe. Während jedoch die Kranken die Außenwelt nur als seltsam, fremdartig bezeichnen, finden sie sich selbst in viel weit gehenderem Maße verändert und es wird die Existenz der Körperwahrnehmungen gelehnet. Nur ein Gebiet zeigt häufig, wie wir seit Krishaber wissen, objektive Störungen: Die räumliche Orientierung. Wir kommen darauf zurück.

Wir legen uns zunächst die Frage vor, weshalb die Kranken die Außenwelt fremdartig und verändert wahrnehmen, wenn das Rohmaterial der Empfindungen keine faßbare Störung erlitten hat. Bevor ich mich dieser Frage zuwende, sei kurz eine Selbstbeobachtung mitgeteilt. Es handelt sich um die Auffassung musikalischer Eindrücke.

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

was ich gehört habe. Ich habe keine detaillierte Erinnerung an die jetzige Meistersingerouvertüre. Es ist wesentlich: Die Unfähigkeit, in der Sache zu leben und mitzugehen. Ich sehe und höre alles ganz deutlich, aber es ist nichts. Ich kann meine Aufmerksamkeit zuwenden, aber ich muß sie zuwenden, sie ist nicht dahin gerichtet.

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

Vergegenwärtigen wir uns den Tatbestand, so liegt vor: Eine mangelhafte Versenkung des Individuums in den Gegenstand. Er entgleitet ständig dem geistigen Griff. Die Anstrengung, ihn immer wieder zu fassen, wirkt quälend und gerade diese Insuffizienz bewirkt, daß die Aufmerksamkeit vom Gegenstande weg auf das Erleben selbst hinwandert. Es ist nicht möglich, eine eindeutige Folge zu konstruieren. Man kann nicht ohne weiteres sagen, die Mangelhaftigkeit des Erfassens ist primär, die Selbstbeobachtung sekundär oder umgekehrt. Psychisch verständlich ist sowohl das eine als auch das andere. Jedenfalls sind derartige Erlebnisse lehrreich. Sie zeigen, daß das Individuum den wahrnehmenden Akt in voller Einheitlichkeit von innen heraus vollziehen muß. Sicher ist beim Erfassen eines komplizierten Musikstückes eine weit größere Fülle von Einzelmomenten im Erlebnis vereinheitlicht als beim Hören eines einzelnen Tones oder beim Sehen eines Gegenstandes. Aber im Grunde ist meines Erachtens das Anhören der Meistersinger-Ouvertüre ein Erlebnis, das gleichzusetzen ist der Wahrnehmung eines Baumes oder irgendeines Gegenstandes. In allen diesen Fällen kommt eine nicht evidente unechte Wahrnehmung zustande, wenn die Tendenz, sich dem Gegenstande zuzuwenden, einen Widerspruch erfährt durch irgendeine anders gerichtete Tendenz.

Dies scheint mir tatsächlich der psychische Tatbestand bei der Depersonalisation zu sein. Auch bei dieser die Mangelhaftigkeit der Wahrnehmung, die nach Vervollständigung drängt. Auch bei dieser die Selbstbeobachtung. Man muß nun wieder sagen, auch für die Depersonalisation kann nicht eine eindeutige Folge der einzelnen Erlebnisse konstruiert werden.

Wir haben immer von Widersprohenheit der Wahrnehmungstendenz gesprochen. Wir haben zu fragen, was widerspricht denn eigentlich. Ein Widerspruch ist jedenfalls gegeben in der Tendenz zur Beobachtung des Wahrnehmungsaktes. Freilich ist auch denkbar, daß der Widerspruch ursprünglich anders repräsentiert war, z. B. in meinem Falle durch die Gedanken an einige banale Alltagserlebnisse. Man muß diese beiden Möglichkeiten sich stets vor Augen halten. Die Selbstbeobachtung, die hinzutritt, verstärkt aber zweifellos die Unechtheit des Erlebens. Wir werden bei der genetisch-psychologischen Erklärung auf diese Dinge noch zurückkommen müssen. Jedenfalls ist es dem nacherlebenden Verständnis leichter faßbar, daß nicht irgendwie plötzlich Selbstbeobachtung einsetzt, sondern, daß irgendein tieferer Affekt die Zuwendung aus voller Persönlichkeit hindert und sekundär erst Selbstbeobachtung hervorruft, die ihrerseits einen neuen Widerspruch gegen die Versenkung in die Dingwelt darstellt.

Zwei Punkte möchte ich noch besonders hervorheben. Es ist durchaus Ich, der die Musik hörte und nicht etwa irgendein Unpersönliches. Ich bin es

nur nicht ganz. (Es ist auch etwas anderes als die automatische Handlung des Alltagslebens.)

Man kann auch nicht sagen, daß die Persönlichkeit in dem Sinne, wie wir sie oben charakterisiert haben, in diesem Erleben nicht darin sei, sie ist da, aber wieder nicht vollständig. Wenn also Dugas und Moutier davon sprechen, es fehle der Persönlichkeitskoeffizient, so kann ich das auch nicht für richtig halten.

Man kann auch den Zustand nicht mit Unaufmerksamkeit schlechthin bezeichnen. Ich wende mich ja dem Gegenstand ständig zu und setze fortwährend determinierende Tendenzen im Sinne des Erfassens. Ja, es gelingt auch immer wieder, Stücke des Gegenstandes in den geistigen Griff, in das Aufmerksamkeitsfeld zu bekommen. Nur bleibt der Gegenstand nicht im geistigen Griff, weil der Griff ein unechter ist und die Anstrengung des Fassens muß erneuert werden. Also die Willensanstrengung zur Aufmerksamkeit ist geradezu eine gesteigerte und andernteils ist diese immer wieder von teilweisen Erfolgen begleitet. Und nun können wir sagen, der Tatbestand ist ein vollständig anderer als bei der hysterischen Anästhesie. Bei dieser werden tatsächlich gewisse Erlebnisse nicht beachtet oder es wird von dem Beachteten der Blick abgewendet. Hier jedoch richtet sich der Wille starr auf die Wahrnehmung des Objektes.

Wir können jetzt eine synthetische Darstellung der Störung der Wahrnehmung bei der Depersonalisation geben. Trotz der Willensanstrengung ist die Wahrnehmung eine unbefriedigende und dieses Unbefriedigende fesselt die Zuwendung und verhindert ein weiteres Fortschreiten der Wahrnehmung. Es ist zweierlei nachweisbar: Die Unvollständigkeit des Erlebens und die ständige Richtung des inneren Blicks auf diese Unvollkommenheit. Gelingt durch Überumpelung eine Durchbrechung dieses Circulus vitiosus, so nehmen die Patienten sehr gut wahr und leben in Wahrnehmungsobjekten, die sie nicht erfassen können, wenn sie sich direkt auf das Erlebnis richten. Denn diese direkte Richtung auf das Erleben erzeugt bei ihnen sofort eine Einstellung vom Objekt weg auf die Tätigkeit und diese Einstellung stellt eine Tendenz dar, welche der Wahrnehmung widerspricht. Man versteht derartig unvollständigen quälenden Erlebnissen gegenüber, daß die Kranken sagen, sie hätten überhaupt nichts wahrgenommen. Bildlich könnte ich auch sagen, es sei als ob ich die Meistersinger-Ouvertüre nicht gehört hätte, und wenn ich ein Musikstück, das ich nicht kenne, in ähnlicher Verfassung höre, so kann ich nicht behaupten, dasselbe kennen gelernt zu haben.

Nun kommt ein neues hinzu: Wir haben ausgeführt, daß mit der Änderung des beseelenden Aktes eine Änderung im Noema, also in diesem Falle des Wahrgenommenen als solchen einhergeht. Aber ebenso, wie ich dann, wenn ich einen Gegenstand aus dem Hintergrunde in den geistigen Griff bekomme, sehr wohl weiß, daß dieser Gegenstand der gleiche ist, wie der, der früher außerhalb meines Griffes war, wiewohl er jetzt klarer und distinkter erscheint (wenn er aufmerksam gesehen wird), so weiß der Depersonalisierte von der Identität des Wahrgenommenen. Gleichwohl ist ihm das Wahrgenommene als solches verändert, weil sein Erfassen ein anderes, ein unechtes wurde. An seiner früheren Wahrnehmung gemessen wird also der Gegenstand jetzt anders erscheinen trotz des Wissens um die Identität der Gegenstände. Der Kranke wird die Gegenstände als fremd oder neu bezeichnen oder besser er wird sagen, die Dinge sind,

als ob sie fremd oder neu seien. Und dieses Erleben wird sich ihm immer wiederholen, da er die Unvollkommenheit der Wahrnehmung immer von neuem als Qual empfindet und in zwangsmäßiger Selbstbeobachtung an seinem früheren Erleben mißt. Hierzu kommen die beträchtlichen Schwankungen, die zum Wesen der Depersonalisation gehören (kein Depersonalisierter vollzieht ausschließlich unechte Akte). Es ist zu fordern, daß bei der Rückkehr zu normalem Erfassen neuerdings Fremdheitserlebnisse auftreten. Hier finden sich Belege in einem Falle Böttigers. Nicht so ausgesprochen bei unserem Patienten R. S.

Selbstverständlich steht das Aktgeschehen der Wahrnehmung im seelischen Leben nicht isoliert. Es knüpfen sich durchaus andere Gefühlsreaktionen an unvollständige und widersprochene Wahrnehmungsakte als an vollständige und unwidersprochene. Bedeutet doch der unvollständige Wahrnehmungsakt ein stetiges Mißlingen.

Auch der Ablauf der Assoziationen, des Denkens wird durch derartige Erlebnismodifikationen mit ihrer ständigen abnormen Einstellung auf das eigene Erleben auf das Schwerste beeinträchtigt werden. Das alles sind deskriptiv nachweisbare Dinge.

Man muß sich gegenwärtig halten, daß jedoch diese abnormen Einstellungsvorgänge in verschiedener Richtung tätig sein können. In einzelnen Fällen wird von abnormen lebhaften Wahrnehmungen berichtet. Hier wird man sagen müsse, die Aufmerksamkeit wird von dem Gegenstande gefesselt. Man sieht sofort, daß auch diese Fesselung der Aufmerksamkeit gegen die Tendenz des Individuums sich durchsetzen kann.

Der Depersonalisierte nimmt also die Gegenstände wahr, er erkennt sie und erkennt sie auch wieder, aber Wahrnehmung, Erkennen und Wiedererkennen befriedigen ihn nicht. Die Aufmerksamkeitsphänomene sind hiervon bis zu einem gewissen Grade unabhängig. Der häufigere Fall ist, daß die Aufmerksamkeit nicht an dem Gegenstand haftet, der seltenere, daß sie von ihm gefesselt wird. Auch die aufmerksame Erfassung ist aber eine unbefriedigende. Das Gesagte läßt sich ohne weiteres auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers ausdehnen.

Ich habe oben bereits ausgeführt, daß eine objektive Störung im Gebiete der Gemeinempfindungen nicht nachweisbar ist. Im Gegenteil, es sprechen alle Kriterien, die uns zur Verfügung stehen, für das Erhaltenbleiben der Empfindungen im engeren Sinne. Ich kann auf das hindeuten, was ich für das Erhaltenbleiben der Empfindungen als beweisend ansah. Auch hier muß berücksichtigt werden, daß dort, wo eine wirklich objektive Kontrolle möglich ist, bei den Sinnesempfindungen, sich die Angaben der Kranken nicht im wörtlichen Sinne als richtig erweisen. Ich halte also die Annahme von Revault d'Allonnes für unrichtig. Ich betone das um so schärfer, weil die psychologische Literatur die Angaben Revault d'Allonnes bereits vielfach übernommen hat (insbesondere Meumann und Becher). Unsere positive Deutung bewegt sich in gleicher Richtung wie die Deutung der Klagen über die Abänderungen der Sinnesempfindungen. Es ist kein Anlaß vorhanden, die Beweisführung zu wiederholen.

Nun eine kurze Kritik der Anschauungen anderer Autoren. Diejenigen Theorien, welche die Entfremdung der Wahrnehmungswelt auf ein Fehlen oder eine Herabsetzung der Gefühle (Oesterreich und Hirt u. a.) und auf das

Fehlen oder die Herabsetzung der Gemeinempfindungen beziehen wollen (Revault d'Allonnes, Ribot), erledigen sich nach den bisherigen Ausführungen von selbst. Ich kann eben weder das Fehlen der Gefühle, noch das Fehlen der Gemeinempfindungen anerkennen. Eine Herabsetzung der Gefühle und Gemeinempfindungen ist gleichfalls nicht nachgewiesen. Freilich haben wir eine Änderung des Gefühlslebens konstatiert und ich glaube auch, daß diese in dem Gesamteindruck „alles sei fremd“ eine gewisse Rolle spielen wird. Entscheidend ist sie nicht.

Förster, Juliusburger und auch Heilbronner sprechen von einer mangelhaften Beachtung der Organgefühle (jedenfalls von einer Affektion der Somatopsychie im Sinne Wernickes). Diese Theorie ist meiner Ansicht nach nicht durch deskriptive Ergebnisse hinreichend gestützt. Ähnlich ist die myopsychische Theorie (Storch) zu bewerten.

Bergson hat an eine Störung der sensorisch-motorischen Beziehungen im Organismus gedacht, welche durch eine Art psychischen Schwindels die Beziehung der zentralen seelischen Faktoren zur Wirklichkeit schädigte. Es ist das eine Anschauung, die unserer insofern verwandt ist, als auch wir die Beziehungen des zentralen Ichs zur Außenwelt als verändert annehmen. Doch glaube ich nicht, daß im Erlebnis sich auch nur irgendwie eine Lockerung der sensorisch-motorischen Mechanismen nachweisen läßt.

Löwy spricht von einem Fehlen des Wahrnehmungsgeföhles. Wie ich schon im vorangehenden ausführte, kann ich spezifische Aktgeföhle nicht konstatieren. Hiermit fällt auch die Annahme Löwys. Sie enthält einen richtigen Grundgedanken, auf den ich noch zurückkomme.

Ein Fehlen des Bekanntheitsgeföhles kann, wie schon Oesterreich gegen Pick <sup>1)</sup>, Bernard-Leroy erwähnt, nicht angenommen werden, weil ja die Patienten die Gegenstände tatsächlich wiedererkennen. Niemals sagen sie, die Gegenstände sind fremd, sondern es heißt immer nur, es sei, als ob die Gegenstände fremd seien. Es würde das Bekanntheitsgeföhle, wenn man die Annahmen jener Autoren akzeptiert, zu einem belanglosen Epiphänomen werden, was wohl den Anschauungen jener Autoren nicht entsprechen würde. Es verzichtet diese Erklärung auch auf ein tieferes Eindringen, da sie ein Geföhle setzt, ohne zu erklären, wie es zustande kommt. Es muß überhaupt die Frage aufgeworfen werden, wie weit es berechtigt ist, in Geföhlen so komplizierte logische Wissensinhalte zu geben, wie das in diesen Theorien geschieht. Wenn ich von einem Geföhle des Wiedererkennens spreche, so sagt das, daß dieses Geföhle das Wissen, schon einmal gesehen zu haben, in sich irgendwie enthält. Nun gibt es Grade der Gewißheit und Klarheit des Wiedererkennens, auch das müßte in dem Geföhle enthalten sein. Noch komplizierter wird die Sachlage, wenn wie bei unseren Patienten, ein Fremdheitsgeföhle auftritt trotz des Wissens, daß der Gegenstand bekannt ist. Bleibt das Bekanntheitsgeföhle aus, so muß gefragt werden, weshalb trotzdem gewußt wird, daß der Gegenstand bekannt ist. Ich glaube, daß die Geföhle der Bekanntheit höchstens einen Wegweiser für spätere logische Operationen darstellen. Sie machen gleichsam aufmerksam. Die Sachlage wird dadurch so kompliziert, daß, wie wir seit den Untersuchungen Messers wissen, Gedanken gleichsam als Keime vorhanden sein können. Eine weitere

---

<sup>1)</sup> Pick hat daneben allerdings auch andere Gesichtspunkte hervorgehoben.

Schwierigkeit bereitet die Abgrenzung von den Gestaltqualitäten. Wir sind des Eingehens auf diese schwierigen Fragen enthoben, weil bei der Depersonalisation weder ein Fehlen des Bekanntheitsgeföhles, noch das Auftreten eines Fremdheitsgeföhles wirklich beobachtet ist. Sie sind theoretisch postuliert.

Ein schwächeres Sichandrängen von Assoziation (Heymans) kann man allerdings bei Depersonalisierten beobachten. Es gehört aber nicht zum Wesen der Sache. Vor allem müßte, — falls hier wirklich etwas für die Erkrankung Wesentliches vorliegt — erwartet werden, daß die Gegenstände nicht nur fremdartig scheinen, sondern auch fremd sind <sup>1)</sup>.

Auf die Anschauungen von Dugas und Moutier brauche ich nicht mehr eingehender zurückzukommen. Ich kann nicht finden, daß den Erlebnissen der Depersonalisierten der Persönlichkeitskoeffizient fehlt.

Janet spricht von einem Nachlaß der geistigen Synthese, von einem Nachlaß der geistigen Spannung (ähnlich auch Hesnard). Gerade zu diesem Resultate sind wir auf Grund unserer Erwägungen gelangt. Janet spricht zwar auch von Geföhlen der Unvollständigkeit (*sentiments d'incomplétude*) und zählt hierzu das Gefühl der Unvollständigkeit der Sinneswahrnehmungen und die Fremdheitsgeföhle. Aber er ist sich der komplizierten Grundlage dieser Geföhle sehr wohl bewußt und begnügt sich nicht, dort einfach ein Gefühl zu setzen, wo sich Schwierigkeiten der Deutung ergeben. Janet scheint bereits den Ausdruck: Gefühl hier nur als Verlegenheitsausdruck aufzufassen. Wir haben hier versucht, diese Analysen zu vertiefen und zu präzisieren.

Es erübrigt noch kurz auf jene Theorien zu sprechen zu kommen, welche von einer Veränderung der Wahrnehmung sprechen. Es ist im vorangehenden ausführlich gezeigt worden, daß das Rohmaterial der Empfindungen unverändert erhalten ist. Freilich ist nach unseren Begriffen die Wahrnehmung der Dinge doch gestört, und es ergibt sich hier für uns doch eine gewisse Berührung zu den sensualistischen Theorien von Taine, Krishaber, Ribot <sup>2)</sup> und Störriug. Insbesondere ergeben sich Berührungspunkte zu der Anschauung von Störriug, der von einer veränderten Wahrnehmungsfähigkeit spricht. Ich komme auf diese Dinge zurück, wenn ich über die Hirnphysiologie der Depersonalisation spreche.

Fasse ich die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so läßt sich sagen:

1. In der Mehrzahl der Fälle von Depersonalisation wird über Veränderung der Wahrnehmung auf allen Sinnesgebieten geklagt. Meist werden die Eindrücke als fremdartig und neu bezeichnet, wobei den Kranken bewußt bleibt, daß die Veränderungen in ihnen selbst ihren Ursprung haben. In den ausgesprochensten Fällen geben die Patienten an, nicht wahrnehmen zu können. In vereinzeltten Fällen wird über zu große Deutlichkeit der Sinneseindrücke geklagt.
2. Im allgemeinen sind die Klagen der Patienten über Veränderungen der Gemeinempfindungen besonders lebhaft.

---

<sup>1)</sup> Die Angaben von Lipps, die Oesterreich anführt, beziehen sich nicht direkt auf die Depersonalisation.

<sup>2)</sup> Ältere Auffassung, s. o.



3. Die objektive Untersuchung läßt erkennen, daß das Empfindungsmaterial im engen Sinne keine Störung erlitten hat. Auch dafür, daß die Gemeinempfindungen gestört sind, ergeben sich keine Anhaltspunkte.
4. Die Abänderung der Wahrnehmung kommt dadurch zustande, daß die Patienten die Fähigkeit verloren haben, sich den Eindrücken voll hinzugeben oder besser die Eindrücke ungeteilt zu erfassen.
5. Es ist wahrscheinlich, daß die geänderte Gesamtverfassung des Individuums Teilursache des Eindrucks der Fremdheit und Neuheit der Gegenstände ist.
6. Auch die Unmöglichkeit, evidente Wahrnehmungen zu vollziehen, wird als quälend empfunden.

Für die Lehre von der Wahrnehmung ergibt sich als wesentliches Resultat, daß es notwendig ist, in einer Wahrnehmung voll und ganz darin zu sein, damit sie als echt empfunden wird. Aber auch die unechten Wahrnehmungen gehen vom Ich aus und sind ichhafter Natur, sie sind nicht unpersönlich, sondern die Persönlichkeit ist nur zum Teil in ihnen.

#### Anhang.

Eine Reihe von Erscheinungen hat in unserer Darstellung noch keine genügende Berücksichtigung gefunden. Zunächst die körperlichen Sensationen, die fast bei allen unseren Patienten anzutreffen sind. Krishaber hat bereits auf die Sensationen hingewiesen, über welche die Patienten klagen; es sind Ohrensausen, Gefühl des Würgens, Blasenspringen im Kopfe, Erscheinungen von seiten des Herzens (übrigens auch schon Billod).

Man kann, wenn man die Kasuistik durchsieht, alle möglichen Sensationen antreffen, sehr viele beziehen sich auf das Gehirn. Hesnard hat eine Fülle derartiger Bemerkungen zusammengestellt. Das theoretische Interesse, das diese Erscheinungen bieten, ist nicht so groß, daß ich Details anführte. Eine Erklärung ist unmöglich, man käme über haltlose Vermutungen nicht hinaus. Jedenfalls ergeben sich Übergänge zur Coenésthopathie. In dem Falle Billods ist sogar wegen eines Schmerzes in der Scheitelgegend die Trepanation durchgeführt worden.

Bei einer Reihe von Patienten wird auch über Pseudohalluzinationen und Halluzinationen berichtet, man lese die Krankengeschichte unserer Patientin Johanna daraufhin durch. Es sind wohl vorwiegend pseudohalluzinatorische Erlebnisse, über die sie berichtet, so z. B. wenn sie erzählt, daß sie nach einem Gespräch mit dem Referenten diesen später vor sich stehen sah. In dem Falle von Löwy wird über Halluzinationen berichtet, eine größere Bedeutung im Krankheitsbilde kommt diesen Erscheinungen wohl nicht zu, in der Mehrzahl der Fälle ist nichts davon berichtet. Ein Fall von Seglas ist deswegen bemerkenswert, weil die entsprechenden Erlebnisse sich zwanglos als Übertreibungen der hypnagogen Halluzinationen des Normalen darstellen.

Größere Bedeutung haben die Störungen des Schlafes; mein Patient Gottfried behauptet, er könne nicht schlafen. Eine Angabe, welche durch die Beobachtung nicht bestätigt wird. Eine Erklärung liegt wohl darin, daß er angibt, das Gefühl der Erquickung und des Schlafes fehle, in den übrigen Fällen habe ich nichts Entsprechendes gefunden. Janet hat die Schlafstörungen der

Psychasthenischen eingehend beschrieben, auch eine seiner Patientinnen hat morgens den Eindruck, nicht geschlafen zu haben. Hesnard hat in Anlehnung an Regis und Damelon eine Reihe von hierher gehörigen Angaben gemacht. Regis hat bereits darauf verwiesen, daß sich die Depersonalisation in den Schlaf hinein fortsetzen kann, eine seiner Patientinnen schläft nur mit dem Hinterkopf, nicht mit dem Vorderkopf. Der Körper ruht aus, nicht die Gedanken. Ähnliches berichtet Oesterreich. Auch ein Fall von Hesnard selbst ist zum Vergleich heranzuziehen. Krishaber verzeichnet bei seinem Patienten Cauchemar (auch Löwy).

Auch hier glaube ich auf eine eingehende Analyse verzichten zu können; bezüglich der Verdoppelungserscheinungen im Schläfe müßte sie auf die gleichen Mechanismen verweisen, wie sie bei der Analyse des Wachzustandes aufgezeigt wurden. Die Analyse der übrigen Störungen würde uns von unserem Thema zu weit abführen.

Schließlich noch zwei wichtige Punkte: Die Patienten klagen über räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen.

Es ist im vorangehenden versucht worden, die Möglichkeit elementarer Raumsinnstörungen zu erweisen. Bei der Mehrzahl der beobachteten Fälle mit Orientierungsstörungen sind jedoch die Störungen anders begründet. Zweifellos handelt es sich darum, daß zufolge abnormer Einstellungen zur Orientierung wesentliche Teilstücke nicht zum Bewußtsein gelangen (Fälle von Krishaber). Heveroch hat hier wie überall die Angaben der Patienten reproduziert, ohne eine tiefere Analyse zu versuchen.

Viel schwieriger sind die Störungen des Zeitsinns zu deuten. Zunächst sei darauf verwiesen, daß nach der Untersuchung von d'Allonnes objektive Störungen des Zeitsinns nicht vorhanden sind. Aber eine verhältnismäßig große Anzahl von Patienten klagt über Störungen des Zeitbewußtseins. Ein Fall Krishabers ist sich bewußt, von seinem früheren Leben sehr weit entfernt zu sein, einer der Depersonalisierten Janets gibt an, das Wort Zeit hätte für sie überhaupt den Sinn verloren. Eine Psychasthenische Janets klagt, es scheine ihr, daß es keine Zeit gäbe. Die Patientin Löwys gibt an, ihre Gedanken so zu denken, als ob sie Gedanken aus der Vergangenheit denke. Auch Heverochs Patientin ist alles wie längst vergangen. In die gleiche Kategorie gehört wohl, daß unsere Patienten bisweilen in ausgeprägter Weise das Symptom der „fausse reconnaissance“ darbieten. Dieses zeigt auch, wie noch zu erwähnen sein wird, psychologische Beziehungen zu dem Depersonalisationsphänomen.

Eine wirkliche Erklärung der Phänomene scheint mir bei der Schwierigkeit aller Probleme, die mit dem Zeitbegriff zusammenhängen, derzeit noch nicht möglich, es seien nur folgende Punkte hervorgehoben. Die Beziehungen der Erlebnisfülle, des Aufgehens im Erleben zur Zeit sind bekannt. Sind wir in einer Sache voll darin, leben wir ganz in ihr, so entschwindet uns vollkommen der objektive Maßstab für die verflossene Zeit. Die Zeit vergeht uns im Fluge. Alles ist gleichsam Gegenwart. Nach dem treffenden Ausdruck Janets beruht die Störung bei Psychasthenischen darauf, daß sie keine Gegenwart haben. Sie leben nicht vollkommen in dem, was sie erleben, freilich ist dieser Ausdruck Janets nur ein bildlicher. Das gegenwärtige Leben unterscheidet sich von dem vergangenen nicht nur dadurch, daß wir in ihm voller leben, sondern es ist eben auch, und das läßt sich nicht weiter analysieren, eben das gegenwärtige Erleben.

Wenn also die Patientin Löwys angibt, sie denke ihre Gedanken, als ob sie vergangene Gedanken dächte, so besagt das nur, daß sie ihre gegenwärtigen Gedanken nicht mit jener ungeteilten Erlebnisfülle erlebt, wie es den aktuellen Gedanken zukommen würde. In der Tat ist mir kein Fall bekannt, in dem die Patienten Gegenwart und Vergangenheit wirklich verwechselt hätten. Freilich sind hiermit nur die primitivsten Behelfe zu einer künftigen Lösung des Problems gegeben. Eine Analyse des *déjà vu* versuche ich hier überhaupt nicht und verweise auf die Arbeiten von Janet, Bergson, Rosenberg, Dugas, Dromard und Albés, Grasset, Bernard-Leroy, Fischer etc.

### Die Vorstellungen und Erinnerungen.

In der Mehrzahl der einschlägigen Fälle wird über mangelhaftes Vorstellungsvermögen geklagt. So gibt Gottfried an, er könne sich seinen Vater nicht vorstellen. Er könne auch keine Auskunft geben, wie es in L. aussehe. Er negiert entschieden, sich seinen Bruder vorstellen zu können, gibt aber eine so lebendige und plastische Schilderung desselben, daß mir die Annahme gesichert erscheint, daß bildliches Vorstellungsvermögen vorhanden war. Er gibt auch an, beim Assoziationsversuch nicht die entsprechenden Vorstellungen zu haben. Noch stärker im Vordergrund sind ähnliche Störungen bei der Kranken Försters. Sie jammert, sie könne sich nichts mehr vorstellen, wiewohl sie optische Erinnerungsbilder genau schildert. „Nein, Herr Doktor, ich habe nicht die geringste Vorstellung, keinen Schimmer davon oder höchstens einen ganz schwachen Schimmer. Ich weiß ja doch wie es früher war, da hatte ich es doch in Gedanken, wie etwas aussieht, jetzt aber ist es, als ob reine nichts wäre. Ich kann mir nicht einmal vorstellen, wie ich selbst aussehe, wie mein Mann und meine Kinder, wie sie aussehen.“ „Vorstellen, wie etwas klingt, kann ich mir auch gar nicht, wie die menschliche Stimme klingt, wie Ihre Stimme klingt. Auch kann ich mir den Klang von der Stimmgabel gar nicht mehr vorstellen.“ Gleichwohl ist sie imstande, sich bestimmte musikalische Töne für mehrere Tage genau zu merken.

Derartige Beobachtungen sind deswegen außerordentlich wichtig, weil, wie wir noch später hören werden, ähnliche Klagen in zwei Fällen von sogenannter Seelenblindheit (in bezug auf Optisches) wiederkehren. Man müßte fast die gesamte Kasuistik wiederholen, wenn man alle jene Autoren anführen wollte, die über die Klagen von Blässe und Schattenhaftigkeit der Vorstellungen berichten. Nur die Angabe meines Patienten Max (Fall 10) sei erwähnt, der angibt, sein Erinnern sei nur ein Denken. Als wesentlich muß ich auch hier hervorheben, daß das bildmäßige Erinnern bei unseren Kranken trotz ihrer gegenteiligen Angaben vorhanden ist. Besonders eindeutig sind die Resultate bei meinem Patienten R. S. Hier läßt sich ein lebhaftes optisches Vorstellungsvermögen im Versuche direkt nachweisen. Er selbst kann beschreiben, daß es nur die Kraft der Vorstellung ist, die Veränderungen aufweist, ohne daß der Inhalt im engeren Sinne sich geändert hätte. Manchmal wird über Kleinheit der Vorstellungen geklagt (Heilbronner, Pick). Man muß berücksichtigen, daß die Vorstellungsbilder des Normalen sehr häufig kleiner sind als die Wirklichkeit (vgl. z. B. G. E. Müller, Martin). Es ist wieder nur eine Störung des Sich-hinein-versetzens.

Es sei hier gleich angeführt, daß Störungen des Wiedererkennens in keinem der Fälle objektiv nachgewiesen werden konnten. Es ist bereits oben das Wichtigste der Angaben über den Eindruck der Fremdartigkeit und Neuartigkeit wiedergegeben. Besonders vermerkt seien nur noch die genauen Angaben Försters über optisches und akustisches Wiedererkennen. Die Patientin wußte noch nach mehreren Wochen die Reihenfolge von Gegenständen, die ihr gezeigt wurden. Ähnliches konstatierte er auch auf akustischem Gebiet. Mein Patient Gottfried erkannte seine Angehörigen und den Referenten, ohne irgendwelche Schwierigkeiten. Auch bei R. S. fanden sich keine Störungen des Wiedererkennens. Das Wiedererkennen erstreckt sich sowohl auf fremde, als auch auf altbekannte Gegenstände. Auch Gegenstände, welche den Fremdheitseindruck hervorgerufen hatten, werden wiedererkannt.

Das Gedächtnismaterial läßt sich bei unseren Kranken nur schwer exakt prüfen. Jedenfalls war es bei Gottfried nicht so leicht verfügbar, wie in gesunden Tagen. Aber er konnte doch stets im groben über seine Vergangenheit Auskunft geben, so daß die Annahme schwerer Störungen nicht gerechtfertigt erscheint. R. S. hat sogar ein Gedächtnis von außerordentlicher Schärfe, noch nach Wochen erinnert er sich unwesentlicher Details der Gespräche. Eine Kranke Juliusburgers lernt in ihrer Krankheitszeit Gedichte auswendig und sagt sie wieder her. Eine Kranke Böttigers klagt allerdings darüber, sie müßte sich beim Einkauf alles notieren und vergesse trotzdem noch vieles. Bei meiner Patientin Johanna versagte das Gedächtnis, als sie einen kleinen Zeitungsausschnitt wieder erzählen sollte, der ihr vorgelesen worden war.

Die objektive Erinnerung an die Vorgänge zur Zeit der Depersonalisationskrise ist bei allen Patienten eine sehr genaue. Mein Patient Gottfried erkannte, nachdem die Depersonalisation geschwunden war, alle seine Äußerungen, als die seinen wieder und er konnte auch die Ereignisse reproduzieren. Der Kranke von Dugas konnte eine Szene aus seiner Depersonalisationszeit in allen ihren Details beschreiben.

Dugas, Dugas und Moutier haben sich um die Abgrenzung dieser Gedächtnisstörungen bemüht. Sie stellen die Gedächtnisstörungen der Depersonalisierten den anderen Formen der Gedächtnisstörung gegenüber.

Sie scheiden Gedächtnisfehler aus Mangel, oder das Vergessen und Gedächtnisfehler durch Übertreibung, oder trügerisches und lügenhaftes Gedächtnis. Das Vergessen trennt sich wieder in ein materielles und in ein formelles, je nachdem, ob es den Inhalt des Gedächtnisses betrifft, oder die Form. Unter Form verstehen sie das Wiedererkennen der Erinnerungen als solche durch das Ich und das Wiedererkennen der Erinnerungen als eigener.

Die Gedächtnisstörungen der Depersonalisation rechnen sie zu den formalen Störungen. Es sei die Zuteilung der Erinnerungen zum Ich und zur Persönlichkeit gestört. Die Depersonalisierten teilten sich ihre Erinnerungen nicht zu, weil sie ihnen passiv gegenüberständen und ihr Gehen und Kommen nicht beeinflussen könnten. Die Autoren sprechen unter diesen Umständen von Automatismus des psychischen Lebens.

Sie haben bereits in einem ihrer Fälle verzeichnet, daß trotzdem bestimmte Situationen vergessen werden. Ihr Patient M. hatte vergessen, in welcher Weise er von einem Zug in den anderen übergestiegen war. Krishaber verzeichnet die Schwächung des lokalen Gedächtnisses geradezu als konstant. Dugas und

Moutier denken daran, daß in dem Fall ihres Patienten M. schon die Perception selbst eine ungenügende war. Ohne hier eine detaillierte Kritik der Anschauungen von Dugas und Moutier zu geben, stelle ich das Ergebnis meiner eigenen Analyse hierher. Ich glaube, diese wird mit hinreichender Deutlichkeit zeigen, daß von einem Automatismus der Erinnerung bei unseren Patienten nirgends gesprochen werden kann.

Auch unecht Wahrgenommenes kann gedächtnismäßig behalten werden. Man wird in der Depersonalisation bezüglich der Reproduktionsfähigkeit zweierlei unterscheiden müssen. Gestört ist erstens die Aufnahme des Gedächtnismaterials. Auch diese Störung ist nicht konstant, sondern tritt nur dann ein, wenn eine abnorme Einstellung der Aufmerksamkeit besteht (die meines Erachtens beim unechten Wahrnehmen nicht immer vorhanden ist). Selbst wenn während des Aufnehmens eine abnorme Einstellung besteht (etwa auf das eigene Ich und seine Funktion), wird ein Erfassen im Sinne einer Nebenaufgabe (vgl. hierzu Westphal) möglich sein. Westphal hat darauf hingewiesen, daß wir von einem Buche nicht bloß das behalten, was wir für den speziellen Zweck notwendig haben. In der Tat sprechen die oben angeführten Resultate über die Erinnerungsfähigkeit nach Ablauf der Depersonalisation mit Entschiedenheit für diese Auffassung. Auch Janet hebt in einem ähnlichen Zusammenhange hervor, daß die Patienten sogar nach Zwangsvorstellungskrisen Erinnerungen an das während der Krise Erlebte haben. Gewiß ist jedoch durch die abnorme Einstellung die Möglichkeit gegeben, daß manches überhaupt unbemerkt bleibt oder auf einer zu geringen Bewußtseinsstufe aufgenommen wird, als daß es reproduziert werden könnte. Es muß jedoch nochmals auf die Wichtigkeit der abnormen Einstellung verwiesen werden. Die Unechtheit meines Erlebens reicht meines Erachtens nicht aus, um etwaige Lücken des Gedächtnisses zu erklären. Das Behalten im Gedächtnis ist überhaupt nicht abhängig von der Widersprochenheit oder Unwidersprochenheit, soweit durch diese nicht abnorme Einstellungen bedingt sind. Sehr ähnliche Erwägungen müssen angestellt werden betreffs der Wiedergabe des vorhandenen Gedächtnismaterials. Janet macht darauf aufmerksam, daß die Wiedergabe dann am besten erfolgt, wenn das Individuum nicht aufmerksam auf die Wiedergabe eingestellt ist. Es erklärt sich wohl auch so, daß Johanna die kleine Zeitungsnotiz nur unvollständig wiedergeben kann.

Taucht dem Patienten das Gedächtnismaterial auf und gibt er es wieder, so wird es ihm wieder nicht vergönnt sein, voll in ihm zu leben. Er wird ihm eben so gegenüberstehen, wie der Wahrnehmung. Wieder taucht die wichtige Frage auf, ob Vorstellungsmaterial, das voll erlebt wird, identisch ist mit dem Vorstellungsmaterial, das zu einem unvollständigen Erleben dient. Wir haben es schon erwähnt, daß es nur eine Arbeitshypothese ist, wenn das sinnliche Material dem Reiz entsprechend konstant gedacht wird (vgl. Köhler). Und wir müssen gleich hier hervorheben, daß durch Hirnläsion die Fähigkeit des Einlebens ins Vorstellungsmaterial gestört werden kann, ohne daß andersartige Änderungen des Sinnesmaterials eintreten. Es ist also vorteilhaft, sich der Grenzen der erwähnten Hypothese stets bewußt zu bleiben.

Ich halte es für sicher, daß die freie Phantasietätigkeit, das freie Zuströmen von Phantasievorstellungen, in der Depersonalisation gemindert ist. Doch ist

es bei der bekannten Neigung der Kranken, ihre psychischen Tätigkeiten nicht anzuerkennen, schwierig, darüber ein einigermaßen klares Bild zu bekommen.

Jedenfalls spricht das äußere Verhalten Gottfrieds dafür, daß ihm spontan nicht sehr viel an Phantasievorstellungen zufließt. Auch Johanna, die zugibt, sich Unbekanntes vorstellen zu können, meint, sie könnte sich ihre Kleider nicht mehr mit Phantasie zusammenstellen. Ähnliche Angaben macht R. S. Wir kommen auf diese wichtigen Fragen noch bei der Besprechung des Gedankenablaufs der Kranken zurück. Hier sei nur vermerkt, daß die Einstellung der Kranken auf ihr eigenes Innenleben den Zufluß anderer Vorstellungen hemmend beeinflussen muß. Wir wissen aus Experimenten Messers, wie sehr unbewußte Einstellungen den Ablauf der Assoziationen beeinflussen. Doch ist eine Diskussion dieser Frage ohne Berücksichtigung der Denkvorgänge nicht möglich.

Wie verhalten sich die Phantasiegefühle bei der Depersonalisation? Gottfried gibt ja an, bei Vorstellungen nichts zu empfinden. Johanna meint einmal, sie könnte sich jetzt erst lebhaft klar machen, wie glücklich sie früher war. Ihre Angabe, daß es doch nur ein Denken gewesen sei, läßt erkennen, daß sie die Angabe ursprünglich in einem anderen Sinne gemeint hat. Ti., der angibt, gefühlstumpf zu sein, erregt sich bei der Vorstellung, daß er ins Arbeitshaus gesteckt werden sollte. Ähnliche Angaben macht auch Ka., der sich willkürlich Situationen vorstellt und sich, wie er sagt, aufs äußerste erbittert. Die Patientin von Touche erregt sich nur an Situationen aus der Vergangenheit, während sie gegenüber der Gegenwart gefühllos ist. Man könnte denken, diese Angaben für einen Unterschied zwischen vorgestellten Gefühlen und anderen Gefühlen zu verwerten. Ich glaube nicht, daß diese Annahme berechtigt wäre. Denn Ti. gibt ja auch an, sich über Tatsächliches zu ärgern (zu einer Zeit, wo er behauptet, keine Gefühle zu haben), andernteils sind die Angaben der Patienten derartig, daß es berechtigt erscheint, von aktuellem Ärger zu sprechen. Jedenfalls können also die entsprechenden Beobachtungen nicht als Stütze für spezifische Vorstellungsgefühle verwertet werden. Ich halte jedoch diese Annahme aus hier nicht näher zu erörternden Gründen für richtig <sup>1)</sup>. Wir haben uns noch die Frage vorzulegen, welches denn die Erinnerungen an die Gefühlszustände in der Krise nach Ablauf derselben sind. Hier liegen nur Angaben von Dugas vor, der angibt, M. könnte sich zwar die Situationen der Depersonalisationszeit ins Gedächtnis zurückrufen, nicht aber seinen Gefühlszustand. Dementsprechend sind auch die Angaben unseres Patienten Gottfried über den Geisteszustand während der Krise außerordentlich dürftig. Er meint nur, es sei sonderbar gewesen. Es muß fraglich erscheinen, ob die Patienten während diesen Schilderungen eigenartige Phantasiegefühle empfinden oder ob sie überhaupt ausbleiben. R. S. ist allerdings sehr lebhaft bemüht, seinen Gefühlszustand während der Krisen zu beschreiben, und man hat den Eindruck, daß ihm vieles tatsächlich irgendwie in aktueller Weise gegeben ist.

Wir glauben hiermit die wesentlichsten Tatsachen, das Gedächtnis und das Wiedererkennen der Kranken betreffend, wiedergegeben zu haben. Wir verzichten darauf, uns eingehend mit den Anschauungen der anderen Autoren über diese Dinge auseinanderzusetzen. Ich komme aus ähnlichen Gründen,

<sup>1)</sup> Vgl. hierzu Meinong und Saxinger.

wie dies bei der Besprechung der Theorie der Wahrnehmung durchgeführt wurde, zur Ablehnung des Automatismus im Sinne von Dugas. Auch muß ich die Annahme Oesterreichs von der ausschließlichen Bedeutung der Gefühle als unzureichend bezeichnen. Ein Vorstellungsgefühl im Sinne Löwys erkenne ich gleichfalls nicht an. Die Abänderung der Vorstellungen, resp. die Unzufriedenheit der Patienten mit ihren Vorstellungen leite ich wieder ab von der Unfähigkeit, durchaus einheitliche Akte zu vollziehen. Es muß hier nochmals betont werden, daß selbst für die schwersten Zustände die Annahme des Schwindens von Vorstellungen nicht gerechtfertigt erscheint. Die Unzufriedenheit der Kranken mit ihren Leistungen des Gedächtnisses rührt aus der gleichen Quelle. Sind objektive Gedächtnisstörungen vorhanden, so sind diese auf Störungen der Einstellung zu beziehen. Das mit Aufmerksamkeit Erfasste wird auch im Zustande der Depersonalisation im Gedächtnis behalten. Die mangelhafte Verfügbarkeit des alten Gedächtnisbesitzes, sowie den mangelhaften Zufluß von Vorstellungen (und Gedanken) führe ich auf eine abnorme Einstellung des Denkens zurück, wie dies schon ausgeführt wurde. Die Schwierigkeit der psychologischen Erklärung liegt hier nicht so sehr darin, die Klagen der Kranken zu begreifen, sondern darin, sich klar zu machen, auf welche Weise die sicher objektiven Störungen des Seelenlebens zu verstehen sind. Es ist nicht so schwierig, sich zu erklären, weshalb die einzelne Vorstellung den Patienten blaß und ungenügend erscheint, sondern schwierig ist die Erklärung der Tatsache, daß dem Patienten nur wenige Vorstellungen zuströmen. Ebenso ist es nicht schwierig, zu begreifen, weshalb die Patienten mit den objektiven Leistungen ihres Gedächtnisses unzufrieden sind. Schwierig ist nur die Deutung, warum vieles tatsächlich dem Gedächtnis der Kranken entschwindet. Diese Probleme werden ihre Klärung erst dann finden können, wenn wir uns vergegenwärtigt haben, in welcher Weise das Denken, die Aufmerksamkeit und der Wille dieser Patienten gestört sind. Fasse ich zusammen, so ergibt sich:

1. Die Mehrzahl der Patienten klagt über Unfähigkeit, sinnlich lebhaftere Vorstellungen zu haben. Diese Klagen erstrecken sich auf Optisches und Akustisches. Fast immer wird über Blässe und Verschwommenheit der Vorstellungsbilder geklagt.
2. Da die Patienten exakte detaillierte Schilderungen vom Gesehenen und Gehörten zu geben imstande sind, auch dann, wenn sie angeben, nicht vorstellen zu können, so muß angenommen werden, daß es niemals zu einem wirklichen Verlust der Vorstellungsbilder kommt.
3. Das Wiedererkennen der Kranken läßt keinerlei Störungen erkennen. Die Klagen der Patienten können durch objektive Untersuchung widerlegt werden.
4. Der Gedächtnisbesitz scheint den Kranken nicht in vollkommener Weise zur Verfügung zu stehen. Ebenso läßt die objektive Untersuchung als wahrscheinlich erscheinen, daß das Zuströmen der Vorstellungen und die spontane Produktion von Vorstellungen gehemmt sind.
5. Die Merkfähigkeit der Kranken läßt sich objektiv als intakt erweisen trotz der gegenteiligen Klagen der Patienten. Nur ausnahmsweise kann über gewisse Situationen nicht berichtet werden. Es ist dann an komplizierende Einstellungsstörungen zu denken.

6. Die Erinnerung an Vorgänge, die während der Krise erlebt wurden, ist nach Abschluß der Krise eine gute.
7. Ein Teil der Patienten macht Angaben, welche darauf schließen lassen, daß die Phantasiegefühle nicht als verändert empfunden werden, wenn die eigentlichen Gefühle verschwunden scheinen. Andere machen entgegengesetzte Angaben. Der Gefühlszustand der Depersonalisation kann nach der Krise meist nicht vorgestellt werden.
8. Die Störungen in den Vorstellungen sind zu beziehen auf die Unfähigkeit, evident vorzustellen. Auch eine Reihe der Klagen über Störungen des Gedächtnisses und des Wiedererkennens hat die gleiche Grundlage.
9. Die objektiv nachweisbaren Störungen, insbesondere die Verminderung des Auftauchens an Vorstellungsmaterial ist auf abnorme psychische Determination zu beziehen.

Die Ergebnisse für die Psychologie wären folgende: Auch auf Vorstellungen und Erinnerungen bezieht sich der Gegensatz von evidentem und nicht evidentem Vollziehen. Doch ist die Art des Vollzuges für die objektive Leistung nicht relevant, so lange nicht hierdurch die determinierenden Tendenzen abgeändert werden. Die Abänderung dieser ruft schwerste Störungen im psychischen Ablauf hervor.

### **Das Denken und die Gedanken.**

Fast alle Patienten klagen über Störungen des Denkens. Diese Klagen sind außerordentlich mannigfaltig. Gottfried gibt an, sein Gehirn sei wie verstopft. Er könne nicht denken, er habe keine Einfälle. In der Tat sind die Resultate seines Denkens ungenügend. Er antwortet außerordentlich verlangsamt beim Assoziationsversuch, wenn auch die Assoziationen nach den kurzen Proben, die erhältlich waren, nichts Auffallendes bieten. Es muß konstatiert werden, daß seine Denkrichtung eine abnorme ist. Er geht in der Betrachtung des eigenen Innenlebens auf. Es verdient jedoch sofort angemerkt zu werden, daß er nicht direkt nach dem Denken befragt Denkleistungen aufweist, die nicht allzu minderwertig sind. Er vermag einen Brief zu disponieren und eine im wesentlichen zutreffende Schilderung seiner Jugend zu geben. Derartige Resultate kommen jedoch nur zutage, wenn er abgelenkt ist und nicht an das Denken denkt. Besonders instruktiv in dieser Hinsicht ist der Assoziationsversuch bei unserem Patienten Max (Fall 10). Er versagt bei diesen einfachen Versuchen vollkommen, verspürt quälend das Ausbleiben der Gedanken, während er kurz darauf Kompliziertes gut darzustellen imstande ist. Ein Patient Janets (Ver.) gibt an, nicht denken zu können, wiewohl er den Inhalt eines gelesenen Buches referieren kann. Auch die Krankengeschichten Oesterreichs enthalten Klagen über entsprechende Störungen. Ti. kann keinen Gedanken zu Ende denken, wie er sagt, und weiß, daß er tatsächlich oft gar nichts denkt. Er verberge seine geistige Leere durch Zitieren. Er könne mit Fremden nichts Rechtes sprechen, er gibt aber Unterricht, hört Kollegs und liest psychiatrische Lehrbücher. Frau hat, wiewohl er seine Dissertation fertig bringt, nie das Gefühl, etwas Vernünftiges geleistet zu haben. „Was dasteht, ist ohne mein geistiges Zutun entstanden.“ Er muß sich die Bedeutung der Worte erst im Geiste zusammentragen. Er arbeitet, nimmt aber keinen inneren Anteil an der



Arbeit. Gleichwohl besteht er das Staatsexamen. Ka. klagt über Gedankenmangel. Die Assoziationen fehlten, die Gedanken seien belastet und gehemmt. Zu gleicher Zeit liest er aber wissenschaftliche Bücher. Es fiel nur schwer, darüber nachzudenken. Dann klagt er wieder, die wissenschaftlichen Gedanken fehlten. Von den meisten Patienten hört man, sie hätten keine Gedanken, z. B. von einer Kranken Juliusburgers. Ein Patient Picks meint, der Gedanke sei wie oberflächlich und habe nicht die richtige Farbe. Das Denken sei vom Sprechen wie abgetrennt. Ähnliche Angaben findet man auch bei Förster, Deny und Camus, Löwy, Böttiger.

Zu einer neuen Gruppe von Störungen führen folgende Angaben eines Falles von Juliusburger. „Die Gedanken sind von mir losgetrennt.“ Sie ist gleichgültig gegen ihre Gedanken. „Es geht im Kopfe wie von selber, als wenn mir die Kraft fehlt zu denken.“ Mein Patient R. S. sagt: „Wenn ich aufwache, gehen die Gedanken zügellos. Der Ablauf der Gedanken ist dabei kein zu rascher. Die Gedanken drängen sich mir auf und nicht ich beherrsche die Gedanken.“ Er könne sich nur schwer konzentrieren und könne nur mit Anstrengung an eine bestimmte Sache denken. Besonders schön sind die Angaben zweier Patienten von Hesnard. Der eine gibt an, es überkämen ihn ungeordnete Gedanken, die sich ohne sein Zutun aneinanderreichten. Es ist eine innere Ideenflucht. Das Beispiel ist im Anhang ausführlich wiedergegeben. Ein anderer Patient dieses Autors sagt: „Alles ist verwischt . . . ich denke an einen Haufen lächerlicher Dinge und ich bin da, um sie vorbeiziehen zu lassen. Eine andere Patientin spricht: „Ich denke zu viel, das ungewollte Denken erschöpft mich.“ Verwandte Angaben macht der Patient K. Oesterreichs.

Man wird von diesen Erscheinungen streng die Phasen sondern müssen, in denen die Patienten eine Verdoppelung ihrer Fähigkeiten erleben. (Der Oberst Krishabers.) Hierher müssen auch noch Angaben gezählt werden, wie die meines Kranken R. S. der zeitweise alles besonders klar sah, und wie die des Patienten Böttigers, dem die Welt zeitweise unbeschreiblich schön erschien, wiewohl sich beide Angaben nicht auf Denkvorgänge im engeren Sinn beziehen. In dem Falle Böttigers und in einem Falle Oesterreichs leiten diese Erscheinungen die Erkrankung ein.

Bevor ich einen Erklärungsversuch gebe, sei in Kürze der Ablauf des normalen Denkens skizziert.

Bin ich keiner geistigen Arbeit zugewendet und überlasse ich mich den Eindrücken des Zufalls, so strömen mir Gedanken, Vorstellungen und Erinnerungen zu auf Grund von assoziativen und reproduktiven Tendenzen. Auch die Vorgänge meiner Umgebung werde ich zum Teil aufnehmen und auch an diesen wird sich seelisches Geschehen anknüpfen. Aber bereits in ungebundenem Vorstellungsverlauf machen sich ordnende Tendenzen geltend. Mein Denken springt nicht sinnlos von einem Gegenstand zum anderen, sondern ordnet sich nach bestimmten Gesichtspunkten. Es sind eben ständig latente Einstellungen vorhanden, die einesteils den Zufluß von Assoziationen und Reproduktionen regeln, andernteils auch das Denken im Sinn einer Aufgabe regulieren. Diese latenten Einstellungen sondern auch unter den Gegenständen der Wahrnehmung. So werde ich auch auf einem Spaziergang vieles von dem denken, was im Blickpunkt meines Interesses gelegen ist, und ich werde meine aktuellen Interessen

immer wieder und wieder durchdenken, ohne daß ich sagen könnte, ich hätte mich absichtlich auf eine bestimmte Sache gerichtet. Vielleicht wird mein Blick auf dieses oder jenes Detail des Straßenbildes fallen, doch wird der Gedankengang nur dann eine Abänderung erfahren, wenn mein Interesse an dem Gegenstand, den ich bemerke, ausreichend ist, um die Einstellung abzuändern.

Soll eine ersprießliche Arbeitsleistung zustande kommen, so wird der nach bestimmten Zielen gerichtete Denkverlauf auch nicht wesentlich anders verlaufen dürfen. Ich werde zwar einmal die determinierende Tendenz setzen, ein bestimmtes Problem zu lösen, aber der ganze Vorgang entwickelt sich nun gleichsam von selbst, gleichsam mechanisch aus diesem Entschlusse heraus und ich bin dabei ein passiver Zuschauer. Von selbst wird es zu einer Gliederung, zu einer Strukturformel des Denkens, zu einem Denkplan kommen. Es wird sich der Denkablauf nach dieser nicht ausdrücklich gewollten Denkstruktur regeln. Liepmann hat von Obervorstellungen gesprochen. Freilich ist mit dem Momente, in dem das Ziel auftaucht, nicht auch die Realisierung vorstellungsmäßig gegeben, es besteht nur die allgemeine Tendenz zur Lösung der Aufgabe hin. Aber Liepmann hat nur in diesem Sinne von einer Obervorstellung gesprochen. Auch umfaßt sein Vorstellungsbegriff, das was von der Külpeschen Schule als Gedanken bezeichnet wird, in sich. Wir werden allerdings den neueren Fortschritten der Denkpsychologie entsprechend gerade diese gedanklichen Beziehungen als wesentlich hervorheben müssen und werden, um Mißverständnisse zu vermeiden, von Denkschluß und von determinierenden Tendenzen (A c h) sprechen. (Dieser Ausdruck ist der Bezeichnung Aufgabe (W a t t) vorzuziehen, vgl. hierzu A c h. Wie wir schon oben hervorgehoben haben, gebrauchen wir den Ausdruck determinierende Tendenz nur im dynamischen Sinne und sprechen von Denk- oder Willensanstrengung, wenn wir das deskriptive Erlebnis meinen.) Während des Denkens findet nun ein fortwährender Umsatz potentiellen Wissens in aktuelles statt. Gedanken entwickeln sich aus keimhaften Andeutungen, einfach Gegenwärtiges rückt in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Schließlich werden aber nur diejenigen Wahrnehmungen, Vorstellungen und Gedanken zur vollen Beachtung kommen, die in der Richtung der Determination liegen, wofern eben ein bestimmt gerichtetes Denken sich verwirklichen soll. Sonst wird sich der ganze Ablauf immer mehr der freien Denkbetätigung nähern.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, sei folgendes hervorgehoben. Wir sagten, das Denken entwickle sich wie mechanisch aus der determinierenden Tendenz. Hier ist aber nur auf die deskriptive Tatsache verwiesen, daß nicht bei jedem Teilakt des Denkens die Denkanstrengung erneuert wird. Es ist nicht etwa unter dem mechanischen Denken ein ichloses oder nur gegenwärtiges Denken gemeint. Im Gegenteil, es muß gesagt werden, auch während des Verlaufes des Denkens finden fortwährend neue Denkakte des Individuums statt. Sie haben nur nicht jenen deskriptiven Charakter, welcher der ursprünglichen Willenssetzung zukam. Ist das Problem neu und schwierig, so wird allerdings die Denkanstrengung an vielen Punkten des Denkverlaufs erneuert werden müssen.

Die Ergebnisse für die Pathologie liegen auf der Hand. Es kann bei sonst normalen Denkbedingungen der Sinneseindruck eine besonders starke aufmerksamkeitsbindende Valenz besitzen. Wir werden dann von einer erhöhten

Ablenkbarkeit sprechen, wenn diese Valenz den Denkablauf bestimmt. (Unter Aufmerksamkeit wird hier wie überall nur das deskriptive Erlebnis der größeren „Deutlichkeit“ verstanden, sonst spreche ich von Tendenzen. Etwas Ähnliches scheint W. Specht zu meinen, wenn er ausführt, die Aufmerksamkeit stelle keinen aktiven Faktor im Seelenleben dar.)

Es kann der Zustrom des reproduktiven oder assoziativen Materials vermehrt oder vermindert sein. Aber es wird von entscheidendem Einfluß sein, in welcher Weise die determinierende Tendenz diesem Material gegenübersteht. Erst dann wird ein Abspringen vom ursprünglichen Gedankengang erfolgen, wenn die determinierende Tendenz gegenüber der Fülle des eindringenden Materiales versagt. In dem anderen Falle werden wir nur von einem vollen und reichen Denken sprechen.

Es kann aber auch die determinierende Kraft eine Schädigung erfahren: assoziative, reproduktive und Wahrnehmungstendenzen werden das Übergewicht erhalten. Und hier wird sich noch eine Fülle besonderer Probleme dadurch ergeben, daß die Wirkung der determinierenden Tendenz eine doppelte ist. Sie regelt den Zufluß der Vorstellungen und Gedanken <sup>1)</sup> und sie wählt aus unter dem Zugeströmten. Es muß sich also, wenn die Voraussetzungen richtig sind, eine große Anzahl verschiedener Denkstörungen nachweisen lassen. In der Tat kennen wir bereits erhöhte Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke, Ideenflucht und ideenflüchtige Denkhemmung (Goldstein, Schröder).

Aber es gibt noch Denkstörungen, welche in einer ganz anderen Richtung liegen; eben die Denkstörungen der Depersonalisierten.

Wir gehen von jenen Fällen aus, in denen eine objektive Schädigung der Denkleistungen nicht nachgewiesen werden kann. Ich wähle die Äußerungen meines Patienten R. S. „Die Gedanken drängen sich mir auf und nicht ich beherrsche die Gedanken“, und andernteils seine Angaben, er könne sich nur schwer konzentrieren, an eine bestimmte Sache zu denken. Es ist also wieder der Sachverhalt, den wir beim Wahrnehmen, Vorstellen, Fühlen antrafen, auch das Denken kommt nicht aus dem vollen Einklang der Tendenzen. Es ist ein Widerspruch da, eine Tendenz des Hintergrundes, welche gegen das Vordergrunderlebnis protestiert. Wir werden uns nicht wundern, wenn andere Patienten sagen, sie hätten keine Gedanken, oder die Gedanken hätten nicht die richtige Farbe. Wir kennen gleichwertige Äußerungen aus anderen Gebieten des Seelischen. Ein neues Moment kommt jedoch dadurch hinzu, daß das Denken sich deskriptiv als ein aktiver Vorgang darstellt. Ich erlebe beim Denken eine willkürliche Tätigkeit, ich setze Denk- und Willensanstrengungen zu einem bestimmten Ziel hin und weiß davon und von dem tatsächlichen Erfolge dieser Anstrengung, wenn ich mir das Erleben vergegenwärtige. Wahrnehmen, Vorstellen, Erinnern und Fühlen drängen sich jedoch im Erlebnis dem Individuum auf. Nun ist der Depersonalisierte in dieser Willensanstrengung nicht voll enthalten, auch sie ist eine unechte und widersprochene. Das Erlebnis der Aktivität wird ihm also nicht in seiner Fülle gegeben sein, auch wenn die Determination eine ausreichende Wirkungskraft hatte. So sagt Frau., die Dissertation sei ohne sein Zutun entstanden, der Oberst Krishabers wundert sich, daß

---

<sup>1)</sup> Daß ganze Strukturformen und Gedankenkomplexe zufließen, wird hier nicht weiter berücksichtigt.

seine Arbeiten Beifall finden und fühlt sich zu einer Zeit schwer gestört, als er Journalartikel schrieb, die für besser erklärt wurden, als die vor der Erkrankung geschriebenen. Es muß gesagt werden, daß die Möglichkeit, ausreichende Denkleistungen zu vollziehen, in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen gewahrt bleibt. Auch der Kranke von Ball und der von Hirt bleiben beruflich tätig. Es sind das gerade Fälle, welche sehr ausgeprägt über Gefühlshemmungen klagen. Meines Erachtens geht daraus mit Sicherheit hervor, daß diejenige Gefühlsstörung, die für die Depersonalisation charakteristisch ist, für das Denken im wesentlichen nicht störend ist. Wenn Oesterreich gerade diese Fälle absondern will, so erscheint das durchaus unberechtigt und beweist eben wieder nur, daß der Deutungsversuch Oesterreichs ein verfehelter ist. Weil die Kranken mit ihrer Willensanstrengung nicht völlig einig sind, verleugnen sie diese und sprechen von einem automatischen und mechanischen Denkablauf.

Wir erwähnten, daß auch in dem frei ablaufenden Spiel der Gedanken latente Einstellungen wirksam sind. Wir haben hinzuzufügen, daß rudimentäre Willensakte und Willensanstrengungen auch hier erlebt werden. In dem Erlebnis selbst ist es enthalten, daß ich jederzeit willkürlich die Richtung des Denkablaufes ändern kann. Auch diese potentiellen Willensakte erfahren bei dem Depersonalisierten einen Widerspruch. Ferner, wenn sich der Normale dem Spiel seiner Gedanken überläßt und sich seinen Phantasievorstellungen zuwendet, so folgt das Fortleiten von einem Punkt zum anderen der jeweiligen Richtung des Interesses. Er ist ganz darin. Dem Depersonalisierten ist es wieder versagt, dieses Darinsein zu erleben. Er wird auch dem freien Spiel der Gedanken gegenüber sich unfrei fühlen, auch hier wird er von automatischer und mechanischer Denkleistung sprechen. Ich habe die Angaben der Kranken zu deuten versucht. Es ergibt sich aber sofort, daß von einem Automatismus im Sinn des Alltags gar nicht die Rede sein kann. Die automatische Handlung ist, das habe ich ja wiederholt ausgeführt, eine Handlung, in der nur verhältnismäßig wenig Teilakte zur vollen Gegebenheit kommen. Nun unterscheidet sich die Handlung des Depersonalisierten in einem ganz anderen Sinne von der des Normalen. Die Gegebenheitsstufe ist in den hier besprochenen Fällen die gleiche, es ist nur eine formale Änderung eingetreten, indem sich eben der Widerspruch geltend machte.

Zweifellos bestehen keine eindeutigen Zuordnungen zwischen der Unechtheit der Determination (bewußter oder latenter) und ihrer Wirkungsfähigkeit. Es ist aber zumindest verständlich, daß eine unechte Determination eine geringere dynamische Kraft haben kann. Jedenfalls ist es erwiesen, daß eine solche dynamische Einbuße der Determination in einer Reihe von Fällen tatsächlich vorhanden ist. Leicht verständlich: Der Oberst Krishabers denkt während der ganzen Zeit seiner Erkrankung unausgesetzt an seine Krankheit, Patienten Janets und Regis denken stets mehrere Gedanken auf einmal. Wir haben nun oben hervorgehoben, daß der Zufluß von Vorstellungen und Gedanken durch die Determination geregelt wird. Mit der Schwächung der Determination wird eine Störung im Sinne der Ideenflucht resultieren. Das zeigen auch die beiden Fälle von Hesnard, die wir anführten, sehr schön. Freilich ist die Ideenflucht besonderer Art, das Individuum ist in ihr nicht voll darin. Die Ideenflucht widerstrebt ihm und wird peinlich empfunden. Französische Autoren haben dieses Symptom als *mentisme* bezeichnet. Eine zu schwache

determinierende Kraft versagt hier gegenüber assoziativen und reproduktiven Tendenzen und das Individuum widersetzt sich innerlich dem Assoziierten und Reproduzierten. Man sieht sofort, daß eine innerliche Verwandtschaft zu Zwangsgedanken hier hervortritt. Das Symptom selbst ist von einer außerordentlich weiten Verbreitung. Wir finden es bei der Melancholie (vgl. z. B. Stransky), bei Neurosen aller Art, in Ermüdungs- und Erschöpfungszuständen, bei bestimmten Formen der Schizophrenie. Es hat noch ein sehr entscheidendes Kriterium gegenüber der echten Ideenflucht. Das Ich steht ihm bis zu einem gewissen Grade objektiv gegenüber.

Man wird als unwesentliche Abart dieses Geschehens bezeichnen dürfen, wenn diese „Ideenflucht“ keinen richtigen Fortschritt hat und zu dem Gegenstand immer wieder zurückkehrt. Wir sehen hierin eine Eigenschaft des unabhangeschlossenen Denkens. Die interessanten Beziehungen zu Zwangsercheinungen kann ich an dieser Stelle nicht weiter verfolgen.

Aber das Individuum kann die geringe Wirksamkeit seines ursprünglichen Willens dadurch zu paralysieren versuchen, daß es die Tendenz ständig erneuert. Während also bei den Willensstarken die Teilakte auf einer niederen Stufe des Willens bleiben, werden sie bei den Willensschwachen ausdrücklich und bewußt gewollt. Die Willensanstrengung wird also dort zur Erreichung des Zieles eine größere sein müssen, wo die dynamische Kraft des Willens eine schwache ist. Es wird dann ohne weiteres klar, weshalb wir von so vielen Depersonalisierten hören, das Denken bereite ihnen eine besondere Anstrengung. Der Widerspruch zu der Klage, das Denken ginge von selbst, ist also nur ein scheinbarer.

Wir können noch folgendes hinzufügen: Es bestehen Beziehungen zwischen der Kraft des Willens und der Beachtung, die sich auf das Wollen als Akt richtet. Es ist als Tatsache anzusehen, daß es eine Schwächung der Dynamik des Willens bedeutet, wenn ich nicht dem Resultate des Willens, sondern der Ausführung des Willens zugewendet bin. Pick hat das für die Willenshandlung mit Recht besonders betont <sup>1)</sup>.

Und jetzt können wir uns endlich jenen Fällen zuwenden, in denen ein Manko der Denkleistungen gewiß ist. Wir haben schon im vorangehenden darauf verwiesen, daß die reale Denkleistung dann geändert werden wird, wenn in der Determination Änderungen eintreten. Nun besteht bei den schweren Fällen eine ständige Einstellung vom Erlebnis weg auf die eigene Tätigkeit. Ein Patient Oesterreichs betont, er achte mehr auf das Lesen als auf das Gelesene. Daß diese Erklärung richtig ist, geht daraus hervor, daß die Denkleistungen der Kranken sich dann verbessern, wenn sie dazu gebracht werden können, sich selbst vergessend in den Gegenstand sich zu vertiefen. Janet hat das bei seinen Kranken konstatiert. Ich verweise nochmals auf den Assoziationsversuch bei meinem Patienten Max. Auch hier ist die Leistung besser, wenn sie nicht direkt beachtet wird. Die aufmerksame Lektüre der anderen Krankengeschichten läßt ohne weiteres den gleichen Mechanismus erkennen. Dem Kranken von Böttiger geht es besser, wenn er viel zu tun hat. Nach den Ausführungen über die Wirkung der determinierenden Tendenz ist es klar, daß eine ungenügende determinierende Tendenz in bezug auf ein gefordertes Resultat auch das Auftauchen von Vorstellungen und Gedanken, welche zu dem Bereich der

---

<sup>1)</sup> Wiener klinische Rundschau 1907.

geforderten Leistung gehören, hemmen wird. Wir konstatierten, daß in unseren Fällen die determinierende Tendenz sich auf die Beachtung der eigenen Erlebnisse richtet. Dementsprechend sagt der Oberst Krishabers, daß ihm alles, was sich auf seine Krankheit bezog, in allen Details gegenwärtig war.

Wir wenden uns zu der Frage, ob denn die Denkstörung, um deren Beschreibung wir uns bemüht haben, Beziehungen hat zu der Denkstörung, welche wir bei der objektiven Hemmung in der melancholischen Depression antreffen. Ich glaube: Diese objektive Hemmung enthält eine völlig neue Komponente. Ich komme darauf noch später zurück. Diese Auffassung ist darin begründet, daß selbst schlecht ansprechbare Depersonalisierte mitteilbar werden, wenn von ihrem eigenen Leiden gesprochen wird. Man findet kaum so viele Selbstschilderungen in der Literatur, als gerade von unseren Kranken. Die Hemmungen unserer Kranken können stets durchbrochen werden. Auch Gottfried, gewiß ein außerordentlich schwerer Fall, bleibt innerhalb dieser allgemeinen Regel. Das ist etwas ganz anderes als die objektive Hemmung der melancholischen Stuporfälle. Es werden noch Fälle mitgeteilt werden, welche zeigen, daß selbst ausgesprochene objektive Hemmungen der Melancholischen häufig überhaupt nicht zur Selbstbeobachtung kommen. Aber selbst wenn dies geschieht, so wird der Defekt eben nur konstatiert. Das ist etwas ganz anderes als wenn ein Kranker, bei dem sich objektiv eine ungestörte Denkfähigkeit nachweisen läßt, klagt, er könne überhaupt nicht mehr denken. Ich komme also zu dem Resultat, daß die subjektive Denkhemmung nicht als ein geringerer Grad oder eine Vorstufe der objektiven angesehen werden darf.

Vielleicht werden unsere Ausführungen deutlicher, wenn wir uns der Betrachtung von Denkelementen (wenn dieser Ausdruck überhaupt angewendet werden darf) zuwenden. Unter Bewußtheiten versteht Ach unanschaulich gegebenes Wissen. Wir gehen hier nicht auf die Streitfrage ein, ob nicht doch irgendein inadäquates Vorstellungsmaterial vorhanden ist (vgl. hierzu G. E. Müller), sondern halten nur daran fest, daß es sich jedenfalls um eigenartige und gut charakterisierte Bewußtseinslebnisse handelt. Unsere Patientin Johanna gibt an, sie wüßte bestimmt, sie würde nicht wieder gesund und ähnliche Angaben über entsprechende Bewußtseinsinhalte finden sich in einer großen Anzahl der Krankengeschichten. Es wäre das ein unanschaulich gegebenes Bewußtseins Erlebnis, das für die Patientin den Charakter der Evidenz trägt. Hier sei sofort eine Bemerkung Solliers über die „Zweifler“ eingefügt: Sie sind nur bezüglich dessen sicher, was sie nicht sicher wissen können. Sind sie es wirklich? Johanna bittet in der Zeit, wo sie behauptet, es sei sicher, sie würde nicht wieder gesund, man möge sie mit Röntgenstrahlen durchleuchten. Sie scheint sich also doch etwas davon zu versprechen. Es ist mir gewiß, daß die Kranken die Evidenz, von der sie sprechen, nicht erleben. Das ist eben das Eigenartige im Seelenleben dieser Kranken, daß sie nirgends zu festen Ergebnissen gelangen können. Immer erheben sich Widersprüche. Das ist aber wieder etwas, das unsere Kranken in die nächste Nähe der Kranken mit Zwangsercheinungen stellt. Man hat gesagt, dieses Erlebnis sei wesensverschieden vom Zweifel. Ich muß sagen, es gibt mehrere Arten, den Zweifel zu erleben. Solange ich ihn wirklich erlebe, haben wir auch immer eine Tendenz zur Bejahung, die sich vordrängt und Widerspruch findet von einer Tendenz zur Verneinung. Und dieser Widerspruch setzt sich über den immer wieder gesetzten

Willensentscheid hinaus fort. Das aktuelle Erlebnis des Zweifels ist gar nicht mehr vorhanden, wenn ich die Sachlage als eine zweifelhafte bezeichne. Das ist ein einfaches Urteil, ein einheitlicher Akt, in dem Sinne, daß in ihm einander widerstrebende Tendenzen nicht mehr vorhanden sind (vgl. hierzu im Gegensatz die Ausführungen von Jaspers). Also auch an den Bewußtheiten läßt sich zeigen, daß die Kranken evidente Denkerlebnisse nicht haben.

Wir haben schon jene Zustände erwähnt, in denen eine Verdoppelung der Fähigkeiten erlebt wird. Diese Phasen fallen aus dem Rahmen der übrigen Zustände vollkommen heraus, sie stellen das gerade Gegenteil hierzu dar: Es sind geglückte Synthesen der Tendenzen, Überwindungen des inneren Widerspruchs. Sie werden noch eingehend behandelt werden.

Nun anhangsweise einige Bemerkungen über die Lokalisation des Denkens bei unseren Kranken. Normalerweise lokalisieren wir unser Denken unter dem Einfluß von Spannungsempfindungen im Kopfe. Daß diese Zuteilungen an und für sich keine sehr festen sind, lehrt ein Blick in die völkerpsychologische Literatur. Man wird finden, daß das Denken sehr vielfach anderweitig im Körper lokalisiert wurde. Man versteht, daß die Depersonalisierten, welche viel substantiellere Eindrücke aus ihrem Körper nicht anerkennen, diese an sich undeutlichen Empfindungen nicht einschätzen werden. So gibt ein großer Teil der Kranken an (z. B. bei Pick und Juliusburger), die Gedanken schwebten im Raume und seien nicht im Kopfe. Mein Patient Max<sup>1)</sup> gibt an, er könne seine Gedanken nicht richtig nach vorne bringen; weil ihn das taube Gefühl am Kopfe daran hinderte. Ich habe diese Erklärung der Lokalisationsstörungen des Denkens, die sich mir zunächst darbot, immer für unbefriedigend und unvollständig gehalten. Erst nachdem ich einige hierher gehörige Versuche angestellt hatte, ist mir der Zusammenhang klarer geworden. Es sind noch zwei weitere Momente zu berücksichtigen.

Wenn mein Patient Max<sup>1)</sup> klagt, er brächte die Vorstellungen und Gedanken nicht von hinten nach vorne, so liegt dieser Klage die Tatsache zugrunde, daß in der Tat, wie ich aus eigenen Versuchen weiß, Vorstellungsbilder, die ich nicht vor mich hinstelle, sondern die hinter mir bleiben, unklarer und undeutlicher zu sein pflegen. Es ist anzunehmen, daß umgekehrt der Eindruck der Unklarheit eine Lokalisation des Gedankens oder der Vorstellung nach hinten bedingt.

Am wichtigsten sind jedoch für diese Frage die Experimente, die in dem Kapitel über Autoskopie mitgeteilt werden. Diese zeigen, daß es möglich ist, durch die Einstellung auf den eigenen Körper eigenartige Lokalisationsstörungen des Denkens hervorzurufen. Die Lokalisation des „geistigen Auges“ ist bei den einzelnen Versuchspersonen eine verschiedene. Es kann im Körper hin und her wandern, es kann auch von außen beachten. Ist es im Körper, so hat die Versuchsperson den Eindruck, der Körper sei hohl.

Es kann selbstverständlich nicht mit Bestimmtheit behauptet werden, daß der zuletzt angeführte Mechanismus den Störungen zugrunde liegt. Es ist ja eine entsprechende Einstellung nicht für alle Fälle mit Sicherheit zu erweisen, jedenfalls ist aber der Mechanismus ein wesensgleicher und ich glaube, daß sich

---

<sup>1)</sup> Fall 10.

durch eine entsprechend angelegte ausgedehntere Versuchsreihe die Details der bei der Depersonalisation nachgewiesenen Störungen erklären lassen werden.

Fasse ich die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so ergibt sich:

1. Bei fast allen Kranken finden sich Klagen über Störungen des Denkens. Meist wird über Mangel an Einfällen, Blässe der Ideen und Unfähigkeit zur Konzentration geklagt. Sehr viele Patienten bezeichnen ihre Gedanken nicht als ihre eigenen, ihr Denken als automatisch. In einem kleinen Teil der Fälle wird über die Zügellosigkeit des Gedankenablaufs geklagt. Schließlich finden sich Angaben über Phasen von erhöhter Denkfähigkeit.
2. Die objektive Untersuchung ergibt bei einer Reihe von Kranken keine Störungen irgendwelcher Art. Bei anderen muß tatsächlich eine Verarmung des Denkens angenommen werden und die Denkleistungen sind herabgesetzte. Die Angabe der inneren Ideenflucht muß als zutreffende Beschreibung angesehen werden.
3. Gelegentlich werden Angaben über evidente Bewußtheiten gemacht. Auch diese Evidenz läßt sich jedoch als eine unechte erweisen.
4. Die Erklärung der subjektiven Störungen ist darin gegeben, daß das Denken der Kranken ein widersprochenes ist. Weil sie ihre Denkanstrengungen nicht anerkennen, erscheint ihnen ihr Denken automatisch.
5. Die Unechtheit des Denkens im Verein mit der durch sie hervorgerufenen Tendenz zur Selbstbeobachtung ist imstande, die determinierende Tendenz abzuschwächen. Diese Abschwächung der determinierenden Tendenz kann sich in einem erhöhten Zudrang von Vorstellungsmaterial äußern. Überwiegt die Einstellung auf das eigene Erleben, so kann eine Verarmung des Denkens und des zuströmenden Vorstellungsmaterials resultieren. Soll ein bestimmtes Denkziel erreicht werden, so wird in beiden Fällen eine erhöhte Willensanstrengung notwendig sein.

Auch hier zeigt sich die Notwendigkeit einer Unterscheidung echten und unechten Aktgeschehens. Eine wirkliche Erklärung pathologischer Denkvorgänge ist hier wie überall nur bei eingehender Berücksichtigung der modernen Denkpsychologie möglich. Insbesondere ist die Lehre von der determinierenden Tendenz für die Pathologie von einer außerordentlichen Wichtigkeit. Andernteils ist gerade das pathologische Material ein ausgezeichnete Prüfstein für die Richtigkeit dieser psychologischen Anschauungen.

### **Das Wollen.**

Gottfried schuldigt als Ursache seiner Erkrankung direkt Willensstörungen an: Der Wille löst sich auf, tritt heraus und wird durch fremde, elektrische Willensströme ersetzt. Der kranke Wille regiert, er hat ihn nicht in der Gewalt, es ist ein irrsinniger Wille. Es ist ihm, wie wenn das ganze Streben weggleitet. Er vergleicht sich mit einer Holzpuppe. Johanna bezeichnet ihr Tun und Handeln, wie viele derartige Patienten, als automatisch. Die Klage über Automatismus im Handeln ist überhaupt bei unseren Patienten gewöhnlich. Sie kommt fast in allen Fällen in mehr oder minder ausgeprägtem Maße vor. Ka. gibt an, es fehlten die Zweckvorstellungen nicht, doch fände das Handeln ohne



Willensregungen statt. Auch der Oberst Krishabers klagt über erlahmende Energie. Auch die Kranken Janets äußern entsprechendes.

Fast in allen Fällen ist die objektive Untersuchung zu den Angaben der Patienten im Widerspruch. Selbst die sonst schwer Betroffenen beschäftigen sich. Die Patientin Bernard-Leroys näht, hilft bei der Krankenpflege. Ähnliches ist noch vielfach bei anderen Patienten verzeichnet. Es sei noch verwiesen auf die Angaben, die wir oben über eine Reihe von Patienten gemacht haben, die sich im Alltagsleben behaupten konnten. Wir können überhaupt im wesentlichen auf unsere Ausführungen über die Denkvorgänge verweisen.

Hervorgehoben sei noch, daß eine Reihe von Patienten, sich selbst überlassen, tatsächlich stumpf, apathisch, stuporös erscheint. Gottfried sitzt den ganzen Tag ohne Beschäftigung da, auch Johanna hat wenig Neigung zu einer solchen. Von Stuporformen anderer Art sind jedoch die hier vorliegenden scharf zu trennen. Das Wort des englischen Oberst von Krishaber gilt für alle derartigen Fälle. Sie finden ihre Energie wieder, wenn es sich um ihre Gesundheit handelt. Sind sie zu Beginn des Gespräches meist etwas kühl und nicht ganz leicht zugänglich, so löst sich das außerordentlich rasch, wenn von der Krankheit gesprochen wird. Insbesondere Johanna wird lebendig und spricht ausgiebig, ja sogar mit sorgfältiger Ausarbeitung des Formalen. Es scheidet dieses Verhalten die Kranken scharf von Kranken mit typischen melancholischem Stupor oder mit katatonem Stupor. Hier liegen Hemmungen vor, die man auf bestimmte Art jederzeit leicht brechen kann. Ich gehe hier auf die Erklärung der Zustände deshalb nicht näher ein, weil ich das über die Denkvorgänge Gesagte im wesentlichen wiederholen müßte. Die objektiven Störungen des Handelns sind Störungen der Einstellung. Es ist hier nicht zu entscheiden, ob und welche Beziehungen zu der Abulie der Psychasthenischen bestehen, resp. ob nicht ein schwach ausgebildetes Willensvermögen, eine geringe dynamische Kraft gewisser Einstellungen in der Konstitution dieser Kranken gelegen ist. Die tatsächlichen Unterlagen reichen für die Entscheidung dieser Fragen nicht aus. Auf die krankhafte Einstellung auf das eigene Leiden ist das Versagen des Willens gegenüber den Anforderungen der realen Außenwelt in einer Reihe von Fällen zurückführbar. Daß die Krankheit im Vordergrund des Interesses der Kranken steht, lehrt ein Blick auf die Krankengeschichten. Ich möchte an dieser Stelle nicht verfehlen, darauf zu verweisen, daß alle Kranken ausnahmslos auch Klagen über körperliche Beschwerden vorbringen. Am klarsten tritt das in den Krankengeschichten Krishabers hervor, der diesen Klagen besondere Beachtung schenkte. Aber selbst die ausführlicheren Krankengeschichten jener Autoren, deren Interesse anders gerichtet war (Oesterreich), verzeichnen diese Klagen. Die Patienten selbst schätzen sie durchaus nicht gering ein. Auch hierin kann eine Stütze der Annahme gesehen werden, daß die Patienten in besonderem Maße, auf sich selbst eingestellt sind.

Fasse ich das Wesentliche über die Willensstörungen zusammen, so ergibt sich:

1. Sämtliche Kranken klagen mehr oder weniger über den Nachlaß des Willens. Sie bezeichnen ihre Tätigkeit und ihr Handeln als automatisch und mechanisch.
2. In einer Reihe von Fällen führt die Willensstörung zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung der Funktionen des täglichen Lebens. Eine Reihe

von Patienten erscheint vollkommen energielos und ist unbrauchbar zu einer geregelten Beschäftigung.

3. Die Willenshemmung kann sich bis zu Zuständen steigern, die einen stuporösen Eindruck machen. Dieser Stupor ist dadurch charakterisiert, daß er in bestimmter Weise leicht durchbrochen werden kann.
4. Die Klagen über Automatismus entspringen daraus, daß das Individuum in seinen Willensakten nicht ungeteilt enthalten ist.
5. Die objektiven Störungen beruhen zum großen Teil auf einer Störung der Einstellung. Ob die dynamische Kraft des Wollens in einer Reihe von Fällen nicht der Anlage nach abnorm schwach ist, muß dahin gestellt bleiben.

Auch hier ergibt sich, daß das Wollen in zweierlei Weise vom Individuum ausgehen kann: In echter und in unechter. Auch das unechte Wollen ist für das Individuum unangenehm. Inwieweit die unechten Gefühle auf das Wollen von Einfluß sind, entzieht sich hier der Erörterung. Es ist immerhin denkbar, daß die Motivation durch sie und durch das unechte Denken bereits gestört ist.

### **Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein <sup>1)</sup>.**

Veränderungen im Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein sind dasjenige Symptom, welches uns zur zusammenfassenden Betrachtung dieser Störungen geführt hat. Sie kommen in verschiedener Ausprägung vor. Wir beginnen mit der mildesten.

Bei einzelnen Patienten findet sich nur die Angabe, sie seien verändert. So gibt Ti. an, es sei ein anderer als der gewöhnliche Zustand, als ob er alles beobachte und nichts empfinde. Johanna fühlt sich gleichsam vollkommen verändert, sie finde sich nicht mehr in sich selbst zurecht, sie sei ein verkehrter Mensch. Prau sagt, es fehle das Bewußtsein des eigenen Ich. Gottfried gibt an, er sei im Charakter vollkommen verändert, „Ich bin vollkommen umgestülpt.“ Er habe gar keinen Zusammenhang mit seinem früheren Leben. Schließlich steigert sich der Zustand dahin, daß er sagt „Ich bin kein Mensch mehr, ich habe keine Seele mehr.“ Bemerkt muß werden, daß die Kranken das Gefühl haben, daß es sich um einen stets wechselnden Zustand handle. Gottfried sagt, es ist seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden. Eine ähnliche Angabe macht Ka., der berichtet, er habe mindestens zweihundert verschiedene Grade des Selbstbewußtseins erlebt.

Steigern sich die Erscheinungen, so treten Angaben, wie sie Gottfried vortrug, in den Vordergrund. So berichtet Ka., daß alles Ichgefühl fehlte. Er glaubt, daß das Ichbewußtsein sich parallel und gleichsinnig mit den Gefühlen gewandelt habe. Der Patient Balls gibt an, die Persönlichkeit sei absolut und vollständig verschwunden. „Es scheint mir als wenn das Ding, welches existiert, in nichts an das erinnert, was auf mein altes Ich Bezug hat.“ Wie tot sein, ist überhaupt ein Ausdruck, den unsere Patienten häufig gebrauchen. Ein Patient Krishabers meint, es sei, wie wenn er nicht existierte. Ich bin nicht mehr, es ist alles aus, sagt eine Kranke Försters.

<sup>1)</sup> Über die Begriffe Störung des Selbstbewußtseins und Störung des Persönlichkeitsbewußtseins siehe auch Beginn des III. Kapitels.

Besonders häufig sind Angaben, welche sich auf eine Verdoppelung der Persönlichkeit beziehen. Sehr eingehend sind die Angaben Oesterreichs. Sein Patient Ka. notiert:

„Starke Spaltung der Persönlichkeit, die Aufmerksamkeit richtet sich immer mehr nach innen. Die eine Gedankenreihe, die sich mit mir beschäftigte, trat immer mehr in den Vordergrund, meine eigentliche normale Persönlichkeit rückte ständig weiter zurück und trat endlich nur noch für Momente hervor.

Es gingen zwei Assoziationsketten durcheinander, die eine gehört zu mir, die andere war mechanisch dazwischen.

Bei zu wenig Arbeit entstand automatisch Selbstbeobachtung, wobei wieder Verdoppelung des Ich entstand.“

Schon Krishaber hatte ähnliche Beobachtungen mitgeteilt. Einer seiner Kranken klagt darüber, er sei in ein beobachtendes und in ein ausführendes Ich geteilt. Eine andere Patientin sagt: „Es wohnte in mir ein neues Wesen, und mein zweiter Teil, das ehemalige Wesen, nahm keinen Anteil an dem neuen. Oft habe ich mir gesagt, daß mir die Schmerzen dieses neuen Wesens gleichgültig seien.“ Klare Angaben macht auch die Patientin Geißlers. Sie dachte an ihr Ich, wie an ein fremdes Wesen. Ein zweites Ich sah auf die Handlungen des ersten, wie auf die eines fremden Wesens. Leider sind die Angaben einer Patientin Juliusburgers nicht ganz eindeutig. Auch hier wird zwischen zwei Ichs unterschieden „eins sitzt im Kopfe, eins sitzt hier . . . . das eine beobachtet immer alles und hört alles, ist nicht so persönlich, ist wie eine dritte Person, das andere will selber leben, möchte raus aus mir, sitzt hier unten in der Brust. Das eine Ich hat keine Gedanken, hört bloß, nimmt nur auf was es von anderen hört, das andere drängt so rauf, will leben . . . Die beiden Ich kommen mir im Charakter so verschieden vor. Das Beobachtende im Kopf kommt mir so hochmütig vor.“ Auch in dem Fall Wernickes fehlen Angaben über Verdoppelungserscheinungen nicht. „Immer ist mir zu Mute als sei ich aus mehreren Menschen zusammengesetzt, von denen keiner der rechte Ich selbst sei.“ Auch bei Janet finden sich reichlich Angaben über Verdoppelungserscheinungen. Die Hauptangaben stammen allerdings von psychasthenischen Patienten, welche keine ausgesprochenen Depersonalisationserscheinungen zeigen. Schließlich sei noch die Angabe Praus erwähnt, der davon spricht, daß mehrere Personen in ihm nur durch Gedächtnisbrücken verbunden seien. Hesnarde Patienten sprechen besonders häufig von derartigen Eindrücken. Auch bei Seglas finden sich Angaben.

Man kann zu einem großen Teil der hier erwähnten Störungen des Selbstbewußtseins, Störungen der „Einfühlungsvorgänge“ entsprechender Art nachweisen. In den geringen Graden erscheinen die Leute der Umgebung wie Figuren eines Traumes (Krishaber), wie Phantome (Deny und Camus), wie Marionetten (Hesnard). Der Kranke Balls bezeichnet seine Umgebung als Sachen (choses), Gottfried spricht von seiner Umgebung auch als von Holzpuppen. Bei Johanna fehlen jedoch entsprechende Erscheinungen, andere Menschen kommen ihr glücklich vor. In sehr vielen Krankengeschichten finden sich keine genaueren Angaben.

Nun zur Analyse. Die Kranken haben ein gutes Recht zu sagen, sie seien verändert. Alle unsere Ausführungen haben ja gezeigt, daß ihre ganze Existenz eine schwerwiegende Störung erfahren hat. Sie nehmen anders wahr, denken

anders, fühlen und wollen anders als früher. Ihr ganzes Leben trägt den gleichen Charakter der Widersprochenheit und Unechtheit. Dieser Aktcharakter ist etwas letztes und nicht näher beschreibbares. Wir konnten aber auch im Hintergrunde des Akterlebens nicht vereinheitlichte Strebungen und Tendenzen nachweisen. Wir fanden hier die ständige Tendenz der Selbstbeobachtung, häufig aber auch andere der Grundrichtung widersprechende Gedanken und Willensrichtungen. Freilich mußte der Tendenz zur Selbstbeobachtung eine besondere Rolle zugeschrieben werden, denn sie fixiert ja die Halbheit, Unechtheit und Widersprochenheit des Erlebens. Allerdings glaube ich nicht, daß der Widerspruch ursprünglich in der gleichen Form gegeben war. Ich muß hier auf das Kapitel von der genetischen Psychologie der Depersonalisation verweisen. Also: Die Angabe der Kranken, ihr Innenleben sei völlig verändert und umgestülpt, beruht auf richtigen Beobachtungen.

Freilich werden wir sagen müssen, daß ein Ich da sein muß, welches den jetzigen Zustand an dem früheren mißt. Wenn der Kranke Balls sich als Sache bezeichnet, so muß er seinen eigenen Zustand irgendwie wahrnehmen und mit seinem früheren Dasein vergleichen. Wenn man also die Trennung von I und ME im Sinne von James vornimmt, so muß gesagt werden, bei der Depersonalisation ist das ME und nicht das I verändert. Das ist auch die Annahme von James. Auch Oesterreich vertritt jetzt einen ähnlichen Standpunkt, indem er zwischen Ich und Selbst scheidet und die Veränderungen in das Selbst verlegt.

Wir fügen hinzu: Das Ich ändert sich nicht, wenn das Erleben Widerspruch erfährt. Es ist das gleiche Ich, das echtes und unechtes erlebt, und ebenso wie ich das echte Erleben vor mich hinstellen kann, kann ich mir auch das unechte vergegenwärtigen. Der Ausdruck, ich habe mich geändert, ist dann nur ein ungenauer Bericht über Tatsächliches. Korrekt müßte gesagt werden, ich werde mir anders gearteter Erlebnisse bewußt. Es sind ja eben die Einzelerlebnisse des Ich, das selbst unverändert blieb, andere geworden. Der Depersonalisierte wird sich bewußt, daß seine Akte dem Charakter der Widersprochenheit zeigen, er weiß, daß sein Selbst sich geändert hat und wird sich damit auch bewußt, daß in der konkreten Folge seiner Erlebnisse das Ich anders erscheint. Man könnte zunächst sagen, es handelt sich um Störungen des Selbst und der Persönlichkeit, die registriert werden. Freilich werden sie nicht exakt und „objektiv“ registriert. Es ist ja der Gesamtzustand des Individuums derartig, daß ein völlig adäquates Urteil noch weniger möglich sein wird als bei den Normalen. Wir sprechen infolgedessen auch ohne Bedenken von Störungen des Selbstbewußtseins (vgl. hierzu meinen Wiener Vortrag<sup>1)</sup>).

Stellt sich nämlich der Depersonalisierte sein unvollkommenes Erleben vor Augen, faßt er es in einem neuen Akt auf, wird in diesem neuen Akt eben jene Mangelhaftigkeit des Persönlichkeitsausdruckes im Erleben erfaßt, so kann dieses Erleben gleichsam verleugnet werden und als Unpersönliches und Automatisches bezeichnet werden. Aber jenes Ich, das den Akt als solchen beachtet, ist genau das gleiche Ich, welches es immer war und auch in dem schon vollzogenen Akte, der beobachtet und beurteilt wird, war zu der Zeit als er erlebt wurde das Ich darin, und es war auch nicht der Akt irgend eines Unpersönlichen oder irgend einer anderen Persönlichkeit. Im Grunde handelt es sich nur um eine

<sup>1)</sup> Auf die einschlägigen Fragestellungen verweist auch Ziegler.

Verselbständigung der einzelnen Wahrnehmungsakte, wenn man davon spricht, ein zweites Ich betrachte die eigenen Wahrnehmungen, wie die eines Fremden. Im wesentlichen liegt genau der gleiche Fall vor, wie wenn ich sage oder erfasse: Ich weiß, daß ich wahrnehme. In dem einen und in dem andern Fall ist es absurd zu sagen, das Ich sei verdoppelt.

Aber sofort ergibt sich die Frage, wenn in der Depersonalisation tatsächlich ein ähnlicher Sachverhalt vorliegt, warum fühlen wir uns denn nicht immer dann depersonalisiert, wenn wir uns selbst beobachten?

Haben wir doch auch hervorgehoben, welche wichtige Rolle die Selbstbeobachtung in der Depersonalisation spielt. Aber der Psychologe stellt das Erlebte vor sich hin und während er beobachtet, hat er nicht die Tendenz zu erleben. Deswegen ist es auch wichtig bei der Instruktion zu psychologischen Versuchen zunächst nicht zu beobachten und sich erst den perservierenden Inhalt vor Augen zu stellen (vgl. hierzu Ach.). Auch darf, während ich beobachte, nicht das Erlebnis selbst die Aktualität fordern. Wenn wir trauern werden wir meist keine entsprechenden Analysen zu geben imstande sein.

Und nun müssen wir nochmals scharf hervorheben, daß das Nichtvoll-eingehen in das Erlebnis bei der Depersonalisation eine bestimmte eigenartige Färbung besitzt, eben die Widersprochenheit. Man könnte ja sonst sagen, schon beim normalen Denken, Arbeiten und Handeln bleibt sehr vieles auf einer sehr geringen Bewußtseinstufe, um mich des Ausdrucks von Westphals zu bedienen, stehen. Wir haben sehr vieles im Bewußtsein, ohne es zu beachten und wenn wir es beachten, so müssen wir es nicht noch ausdrücklich konstatieren. Wenn wir denken, so strahlen wirklich zusammenfassende Akte nur nach wenigen Punkten hinaus, wir haben nur wenig wirklich im geistigen Griff. Alles das, was wir nicht im Griff haben, wird schließlich, so könnte man sagen, auch nicht in Akten erfaßt, in denen das Individuum ungeteilt lebt. Wir müßten also nach dieser Beweisführung bei jeder Denkaufgabe einigermaßen komplizierterer Struktur in den Zustand der Depersonalisation geraten. Damit wäre aber die entwickelte Auffassung ad absurdum geführt. Dieser Einwand führt uns darauf, daß unser Denken nicht etwa eine Zusammensetzung und Aneinanderreihung von einzelnen Teilakten ist, sondern daß es sich um komplizierte psychische Strukturen handelt. Ebenso wie es für das Handeln Bewegungsformeln gibt, so gibt es für jede geistige Tätigkeit Strukturformeln mit weitgehenden konstruktiven Überordnungen und Unterordnungen. In dem Willen, ein bestimmtes Problem zu lösen, in der Entwicklung eines bestimmten Gedankens, ist bereits enthalten, daß vieles nur auf der Stufe des Gegenwärtighabens bleibt, daß nur diese und jene Bewußtheit ausdrücklich konstatiert wird. Daß ich nur diesen und jenen Punkt des Denkvorganges wirklich im Griff habe. Es ist bereits gegeben, daß nur dieser und jener Gedanke aus seinem Keim voll entwickelt wird. Diese Strukturformel des Denkens muß einheitlich vollzogen werden, damit ein Akt aus voller Persönlichkeit vorliegt. Wenn ich einen mathematischen Beweis vollziehe, so werde ich mir nicht jeden Teilsatz voll zur Gegebenheit bringen dürfen und können. Aber wenn mir der Satz wirklich evident werden soll, so darf ich nicht neben der Strukturformel des Satzes den Gedanken vollziehen, was ich zum Mittagessen essen werde. Es darf dem Interesse an der Lösung des Problems nicht aus tieferen Schichten ein Widerspruch irgendwelcher Art entgegenkommen, sei es, daß dieser durch ein Gefühl, sei es, daß er durch einen

Gedanken repräsentiert werde. In gleicher Weise steht vor uns die Forderung, Wahrnehmungen, Gefühle und Handlungen in dieser Weise widerspruchlos zu vollziehen. Sind diese Bedingungen nicht gegeben, so kommen eben echte Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken und Handlungen nicht zum Vollzuge. Hier sei daran erinnert, daß die vorübergehenden Depersonalisationszustände beim Normalen nach Heymans dann eintreten, wenn das Individuum Unterhaltungen folgt, die ihm gleichgültig sind.

Und hier kann ich ein eigenes Erlebnis zum Beweis anführen.

Als ich vormittags eifrig mit Arbeit beschäftigt bin, kommt mein Patient X. zu mir, für den mein persönliches Interesse erschöpft ist, den ich aber aus bestimmten Gründen doch anhören muß. Er erzählt mir Dinge, die er mir schon oft in gleicher Weise erzählt hat. Ich antworte ihm, plötzlich höre ich meine Stimme wie die eines anderen, und habe nicht den Eindruck, selbst zu sprechen, wiewohl ich ziemlich Kompliziertes leicht und sinngemäß beantworte. Es ist alles in eine etwas andere Sphäre gerückt. Seine Worte stören mich und klingen mir etwas laut ins Ohr. Er selbst kommt mir etwas sonderbar und fremdartig vor, etwas starr und seltsam. Bald erscheint er mir etwas größer, bald etwas kleiner, meist auch etwas innerlich ferner gerückt. Die übrigen Gegenstände des Raumes gehen nicht gleichartige Veränderungen ein. Mein Körper erscheint mir nicht verändert (ich fasse absichtlich nach meiner Hand) nur habe ich das Gefühl, daß meine Miene etwas starr sei. Die ganze Situation ist nicht gerade angenehm, insbesondere dann, als ich ohne Erfolg den Zustand zu beendigen versuche. Gesamtgefühl des Unwillens und Ärgers. Zu sonstigen Gefühlen gibt die Situation keinen Anlaß.

Während der ganzen Beobachtungszeit entschwindet mir durchaus nicht das Bewußtsein, daß ich es bin, der hört und spricht, wiewohl ein eigenartiges „Als ob ich es nicht wäre“, vorhanden ist.

Das Erlebnis zeigt deutlich die Entstehungsbedingung: Die innere Abwendung von der Situation. Sie bietet im übrigen das charakteristische Bild der Depersonalisationsattacke (die Dauer betrug etwa 10 Min.). Ich habe meinen bisherigen Ausführungen nichts hinzuzufügen. Das eigene Erlebnis bestätigt mir die Richtigkeit der vorangegangenen Analysen.

Es ist leicht verständlich, auch das Erleben der fremden Erlebnisse erleidet den gleichen Widerspruch, wie das der eigenen. Wir sehen zwar das Wahrnehmen beseelter fremder Iche als eine besondere Erlebnismodifikation an. Aber der Widerspruch erstreckt sich auch häufig auf diese Erlebnissphäre.

Wir haben ausgeführt, daß es die Unechtheit des Erlebens ist, welche zu dem Urteil führt, ich bin verändert. Dagegen kann man noch anführen. Zweifellos gibt es unechte Erlebnisse, ohne daß derjenige, der sie erlebt, selbst wenn er zum Bewußtsein der Unechtheit kommt, sich depersonalisiert fühlt. Es muß eben die Unechtheit des Erlebens breitere Erlebnissphären betreffen. Es muß für das betrachtende Individuum das unecht Erlebte den wesentlichen Teil seines Erlebnisses darstellen. Man erkennt, daß gelegentlich eine Gruppe seelischen Erlebens echt bleiben kann und daß sich das Individuum trotzdem als in seiner Persönlichkeit verändert bezeichnen kann.

Und nun eine letzte Beobachtung, die zeigen soll, wie sehr man Schematisierungen in diesen Dingen vermeiden muß. Es gibt Depersonalisationserleb-

nisse, in denen der Widerspruch und die Unechtheit des Erlebens sehr eigenartig charakterisiert sind. Ich führe zunächst eine Selbstbeobachtung an.

In leicht berauschem Zustand (nach reichlichem Weingenuß) überkommt mich ein eigenartiges Gefühl. Die Umgebung erscheint (innerlich) fern gerückt und von einem anderen, der nicht vollständig Ich ist, wahrgenommen, und ich selbst beobachte die Wahrnehmungen dieses anderen. Die eigene Stimme und die Stimme dessen, der mit mir spricht ist mir fremd. Der Gang ist verändert und ungewohnt. Ich komme mir leicht und schwebend vor (soweit ich weiß, waren objektive Störungen nicht vorhanden). Die Gefühle sind vollkommen erhalten, nur gleichsam ferngerückt und von mir beobachtet. Wenn ich spreche und gehe, so beobachte ich mein Sprechen und Gehen. Ich gebe dann (sachgemäß) eine Auskunft und beobachte mich dabei. Die Gedanken scheinen mir nicht gehemmt. Der Gesamtzustand ist nicht unangenehm. (Über ähnliche Erscheinungen nach Haschischgenuß berichtet Moreau de Tours.)

Man kann hier nicht ohne weiteres von einem Widerspruch der Tendenzen reden. Die Tendenzen des Erlebens und die des Beobachtens durchkreuzen sich allerdings. Auch hier sind die Tendenzen nicht vereinheitlicht. Aber dieser Mangel erscheint eben nicht als solcher im Erlebnis. Er fügt ihm nur einen eigenartigen Schauer hinzu, der etwas Angenehmes hat. Es wird auch die Gedankentätigkeit nicht als gehemmt empfunden, wiewohl sie offenbar zum Teil entfremdet ist. Vielleicht spielt eine selbständige Beeinflussung des Fühlens durch den Alkohol eine Rolle. Es scheint, daß die Widersprochenheit des Erlebens ein Unlustgefühl abgibt, welches das angenehme Gefühl der Berauschtigkeit eigenartig färbt und steigert.

Man kann damit vergleichen, daß die Patientin Löwys angenehme Zustände hat, die darin bestehen, daß sie von ihrem Körper nichts weiß, daß er ihr entfremdet ist, während ihr Denken ein freies ist.

Schließlich wird noch zu erwähnen sein, daß im Beginn der Depersonalisationsattacke, das peinigende und quälende Fühlen doch wenigstens zurücktreten kann.

In den zuletzt erwähnten Fällen ist es die Freude über die Besiegung der Wirklichkeit, die das Erlebnis färbt. In der Falle der Intoxikation ändert diese selbst den Gefühlston der Situation.

Und jetzt können wir mit gutem Rechte unsere Erklärung der Depersonalisation wiederholen. Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. Es setzt somit die Depersonalisation eine bestimmte Summe erhaltener Fähigkeiten voraus. Die Veränderung des Selbst ist nicht die Folge der Veränderung irgend einer Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Erinnerungen und Denkvorgänge (wenn es überhaupt erlaubt ist, derartig zu sondern) sondern rührt daher, daß das zentrale Ich in das Selbst nicht mehr in der früheren Weise eingeht. Das Selbst erscheint entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entspricht. Es genügt nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken dem Bewußtseinstrome immanent sind, ja es genügt auch nicht, daß sie vom zentralen Ich erfaßt werden, es müssen vielmehr in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuelle Tendenzen des Ichs unwidersprochen, vereinheitlicht enthalten sein, wenn ein

befriedigendes volles Erleben zustande kommen soll. Das Erleben des Depersonalisierten ist ein widersprochenes nicht vereinheitlichtes. Und eben diese Uneinheitlichkeit und Widersprochenheit nimmt das Ich wahr.

1. Fassen wir zusammen: Ein Teil unserer Patienten gibt an in ihrem Selbst- und Persönlichkeitserlebnis vollkommen verändert zu sein. Diese Störung steigert sich bis zu den Äußerungen, es ist als existiere ich nicht. Es wird vereinzelt berichtet, daß sehr viele Arten des Persönlichkeitsbewußtseins abwechseln. In einer Reihe von Fällen wird über eigenartige Verdoppelungserlebnisse berichtet. Meistens ist es so, daß das Ich sich von einem andern Ich beachtet fühlt.
2. Die Beschreibungen der Kranken enthalten zweifellos Richtiges, sie wollen im wesentlichen die Widersprochenheit ihres Erlebens ausdrücken. Freilich ist diese Beschreibung häufig nicht vollkommen adäquat, das hängt mit dem Gesamtzustand der inneren Uneinigkeit zusammen.
3. Die Verdoppelungserlebnisse sind keine Verdoppelungen des Ich, sondern beruhen darauf, daß das Ich den Ablauf seiner Gedanken und Willensakte beachtet. Die Tendenz des Beachtens und die Tendenz des Erlebens widersprechen einander.
4. Die scheinbare Spaltung des Ich wird in einigen Fällen unterstützt durch eigenartige Fehllokalisationen des Denkens. Diese konnten experimentell auf Störungen der Einstellung zurückgeführt werden (s. S. 87).
5. Die Persönlichkeiten der anderen erscheinen dem Depersonalisierten häufig gleichsinnig mit der seinen verändert. Diese Tatsache erklärt sich dadurch, daß sich auch gegen das Erleben des fremden Gefühls und der fremden Strebungen der gleiche innere Widerspruch erhebt.

Diese Untersuchungen haben uns Bedingungen gezeigt, die erfüllt werden müssen, wenn ein volles Persönlichkeitserlebnis zustande kommen soll.

### **Kritik fremder Theorien der Depersonalisation.**

Ich beginne mit einer Besprechung der Anschauungen Oesterreichs. Dieser hat in ausgedehnter Weise die Theorie entwickelt, die Depersonalisation sei eine Folge von Herabsetzungen und Hemmungen der Gefühle. Die Gefühle sind nach ihm in der Depersonalisation herabgesetzt oder sie fehlen vollkommen. Hier ist zunächst zu erwähnen, daß es eine Reihe von Fällen gibt, in denen die Kranken nicht über ihre Gefühle klagen. Es sind das die Fälle von Krishaber, Janet, Geißler, Seglas und Hesnard. Dugas und Moutier haben zwar diese Angabe angezweifelt. Während der vollständigen Krise sei stets die Affektivität gestört. Dieser Einspruch ist aber nicht berechtigt, denn der Fall Hesnards zeigt sehr schwere Störungen in anderer Hinsicht.

Eine Schwierigkeit für eine Theorie, welche die Depersonalisation von Gefühlen ableiten will, bieten auch jene Fälle, in denen nur die Gegenwart depersonalisiert ist (Touche), während die Vergangenheit voll erlebt wird, und weiter jene Fälle, in denen nur die Vergangenheit depersonalisiert ist, während das Leben in der Gegenwart keine Einbuße erlitten hat. Man wird sich nur schwer zu der Annahme entschließen können, daß es eine Scheidung gibt von Gefühlen, welche sich auf die Gegenwart beziehen und von Gefühlen, welche die Vergangenheit zum Gegenstand haben.



Der wichtigste Einwand ist jedoch der, daß sich nachweisen läßt, daß die Gefühle auch in den Fällen vorhanden sind, in denen über Gefühlsmangel geklagt wird. Ich verweise auf meine vorangehenden Auseinandersetzungen. Schließlich ist zu erwähnen, daß Patienten, welche über Gefühlshemmungen klagen, sich in ihrer Persönlichkeit häufig nicht in entsprechender Weise verändert finden. Jedenfalls ist es (wie unsere Ausführungen bezüglich der Melancholie noch zeigen werden) häufig, daß Gefühlshemmungen angegeben werden, ohne daß eine Veränderung der Außenwelt nachzuweisen ist.

Oesterreich hatte in seiner ersten Arbeit das Ich anscheinend im wesentlichen als Ergebnis der Gefühle aufgefaßt. Es können wenigstens die Schlußsätze seiner Arbeit kaum anders aufgefaßt werden. „Gleichartig ist das Ergebnis der Hemmung des Gefühlslebens auch für das innere Sein der Person. Sie fühlt sich in ihrem Selbst, ihrer Persönlichkeit verändert, fremd, ja sie erscheint sich als ein anderer oder verliert jedes Ichbewußtsein und wird zu einer toten Maschine. Es ist eine Existenz mit Bewußtsein, aber ohne Selbstbewußtsein, denn die Empfindungen des eigenen Körpers wie der Außenwelt und die Vorstellungen allein, ergeben noch kein Ich, kein Selbst, kein Persönlichkeitsbewußtsein.“ Oesterreich hat zwar erkannt, daß das Ich nicht als die Summe aktueller Prozesse aufgefaßt werden darf und hat seine Auffassung in seinem Buche entsprechend revidiert. Gleichwohl enthält auch die dort gegebene Darstellung jene Unzuträglichkeiten, die sich aus einer Gefühlstheorie der Depersonalisation ergeben. Er nimmt jetzt einen Gesamtzustand an, in dem ein qualitativ Neues hervorgetreten sei, eine Zuständlichkeit des Subjekts, die gleichwohl keine Gefühlszuständlichkeit sei und sich auch in eine andere Gruppe psychischer Phänomene nicht einordnen lasse. Es sei derjenige Zustand, in dem das Ich sich befinde, wenn seine normalen Gefühle und Funktionen aufhörten. Gleichwohl wird bei Oesterreich das Selbstbewußtsein als Apperzeption bezeichnet. Da nun der Depersonalisierte über Veränderungen des Selbstbewußtseins klagt, muß er also doch wohl apperzipieren. Nun vergleiche man hierzu noch, daß Frau eine gute Dissertation schreibt und Balls Kranker im Berufsleben tätig ist. All das ergibt, daß die Theorien Oesterreichs unmöglich richtig sein können.

Es ist also weder eine Herabsetzung der Gefühle noch ein vollständiges Verschwinden derselben als Ursache der Depersonalisation anzusehen. Hirts Anschauung deckt sich fast vollständig mit der Oesterreichs<sup>1)</sup>.

## II.

Daß diejenigen Theorien, welche eine Störung der Gemeinempfindungen als Ursache der Depersonalisation betrachten, in engster Verwandtschaft mit den Gefühlstheorien derselben stehen, geht schon daraus hervor, daß die meisten dieser Autoren Gemeinempfindungen und Gefühle gleichsetzen. (Ribot, James, Förster, Deny und Camus, d'Allonnes, Heilbronner, Juliusburger.) Gegen diese Theorien erhebt sich zunächst das Bedenken, daß eine Störung der Gemeinempfindungen niemals nachgewiesen wurde (die Beweise d'Allonnes sind keine solchen). Im übrigen erheben sich die gleichen Bedenken

<sup>1)</sup> Auch James soll in „The will to believe“, ein Buch, das mir nicht zugänglich war, die Gefühlstheorie vertreten.

die gegen eine Gefühlstheorie erhoben wurden. Ich gehe auf die verschiedenen Variationen dieser somatopsychischen Theorien nicht näher ein. Es wird bald von einer Afunktion, bald von einer Hypofunktion gesprochen, bald von einer ungenügenden Beachtung der entsprechenden Sinneseindrücke.

Sollier bezieht diese Störungen auf Abänderungen der zerebralen Coenästhesie. Abgesehen davon, daß uns die Theorien Solliers auch sonst schlecht begründet erscheinen, treffen gegen diese Theorie alle jene Einwendungen zu, die wir oben formuliert haben.

Ich teile noch in aller Kürze zwei Krankengeschichten mit, welche zeigen sollen, daß auch schwere Störungen der Gemeinempfindungen keine Störungen hervorrufen müssen, welche denen der Depersonalisation entsprechen.

Fall 4. Anna L., geb. 1887. Familienanamnese belanglos, war früher aufgeregt und jähzornig. Sie ist seit 14 Jahren verheiratet. Drei Kinder sind am Leben, ein Kind starb  $\frac{1}{2}$  Jahr alt. Das jüngste Kind ist zur Zeit der Aufnahme (23. V. 1913) 11 Wochen alt. Seit der letzten Schwangerschaft äußerte sie neurasthenisch-hypochondrische Beschwerden. Die Geburt war schmerzlos, sie wollte gleich nachher aufstehen und arbeiten. Sie ist schon seit langem schlaflos. Es sei alles vertrocknet im Leibe. Sie äußerte auch Suizidgedanken.

Sie äußerte nun in der Klinik folgende Klagen und Beschwerden bei völliger Luzidität und guter örtlicher und zeitlicher Orientierung. Seit Beginn der Schwangerschaft sei sie leidend. Sie habe jetzt gar kein Gefühl (meint damit offenbar Empfindungen), sie spüre es nicht, wenn sie sich verbrenne. Ob sie nackt gehe oder in Kleidern, spüre sie nicht. Ebenso sei es mit warm und kalt. „Wenn ich gehe, fühle ich gar nicht, daß ich Beine habe.“ Sie spüre nicht, wenn schönes Wetter sei. Hören, Sehen, Riechen und Schmecken seien ungestört. Die Geburt sei vollständig ohne Schmerzen von statten gegangen (auf Frage, sie freute sich richtig über das Kind). Der ganze Vorgang war komisch.

„Ich könnte immer essen und trinken.“ Sie spüre nicht den Druck der gefüllten Blase, der Stuhlgang sei schlecht (aber sie empfindet den Stuhl drang). Der Geschlechtsakt lasse sie kalt.

Sie schlafe überhaupt nicht. Trotzdem bekäme sie keine Kopfschmerzen. Sie schwitze nicht, alles sei trocken. „Ich bin eigentlich gar nicht traurig, alles ist ohne Interesse. Auch die Freude ist weg.“ Wie sie ihren Zustand nennen soll, weiß sie nicht. Sie könne sich nicht mehr ärgern, es sei wie verwelkt. Können nicht bei Witzen lachen. Früher hätte sie richtig „geschmettert und gesungen“, jetzt fühle sie nichts mehr. Sie empfindet nichts, wenn sie Zither spielen hört, wo es doch früher so schön war (unter dem Ausdruck des Seelenvollen).

Sie hat den Mann noch gerne und auch die Kinder; sie würde sich auch kränken, wenn etwas passierte, sie könnte aber nicht weinen; sie würde ihren Mann auch gerne sehen. Sie kann sich auch freudige Ereignisse vorstellen.

Gedächtnis und Sprache seien in Ordnung. Sie fühlt sich auch in ihrem Wesen durchaus nicht verändert gegen früher, sie sei völlig die gleiche geblieben.

Es ist zu bemerken, daß die objektiven Zeichen der Affekterregbarkeit bei ihr vorhanden sind.

Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindung an der gesamten Körperoberfläche. Im übrigen fehlen Konjunktival- und Würgreflexe.

Der weitere Verlauf ergibt nichts wesentliches, nur treten noch eine Reihe von hypochondrischen Klagen auf. Die Därme seien wie zusammengeschnürt, wie ausgetrocknet. Sie könne nicht gähnen, es lange dazu nicht in den Schläfen.

Zeichen von Hemmung sind niemals vorhanden gewesen, sie bringt alle ihre Beschwerden und Klagen fließend in etwas weinerlichem Tone vor.

Aus äußeren Gründen habe ich selbst die Patientin leider nur einmal untersuchen können, so daß die Untersuchung des Falles in mehrfacher Hinsicht unvollständig ist. Wir stoßen bereits bei der Diagnose auf Schwierigkeiten. Die Differentialdiagnose zwischen Psychasthenie und Hysterie ist nicht mit

Sicherheit zu führen. Doch halte ich, mit Rücksicht auf die Störungen der Schmerzempfindlichkeit, die Diagnose Hysterie für die wahrscheinlichere. Uns interessiert, daß die Patientin ihre Organempfindungen ebenso strikte negiert, wie die Patienten mit Depersonalisation. Es ist uns gleichgültig, ob die Organempfindungen nicht bemerkt (exakter: bemerkt und vernachlässigt) werden, wie dies als typisch hysterisch angesehen werden müßte, oder ob sie nur mangelhaft bemerkt werden. Jedenfalls sind Organempfindungsstörungen vorhanden, welche an Schwere, zu mindest denen gleich kommen, die in den Fällen von Revault d'Allonnes und Oesterreich verzeichnet sind. Gleichwohl fehlen Veränderungen des Persönlichkeitsbewußtseins vollkommen, und die Herabsetzung der Gefühle erreicht gleichfalls nicht den Grad, wie in dem Falle des erstgenannten Autors.

Man muß sich hier übrigens folgendes vor Augen halten. Die Patientin bezeichnet den Schmerzsinne gleichfalls als Fühlen. Sie selbst charakterisiert ihren Gesamtzustand als Mangel an Gefühl. Das alles verweist darauf, daß das Denken der Patientin unter dem einheitlichen Gedanken steht, nicht zu fühlen. Man kann also keineswegs ohne weiteres die Defekte der Gefühle auf die Störungen der inneren Sensibilität beziehen. Es scheinen hier sehr ähnliche Verhältnisse vorzuliegen, wie sie bei den Hypnoseversuchen Solliers (vgl. hierzu Stumpf) vorgelegen haben. Meines Erachtens handelt es sich nicht um eine Verknüpfung der Störungen untereinander, sondern beide stehen unter dem Einfluss der Idee nicht fühlen zu können. Daß die Patientin einen Grund hat, nicht mehr fühlen und sich nicht mehr ärgern zu wollen, sei noch erwähnt: Sie gibt an, sich mit dem Manne vielfach gezankt zu haben, da er ihr untreu war. Ihr Gefühlsbegriff ist der vulgäre. Dies sowie ihre geringe Intelligenz lassen verstehen, daß das ganze Krankheitsbild, ich möchte sagen, schlecht komponiert ist.

Nun ein andersartiger Fall von Beeinträchtigung der Coenästhesie. Es sind halluzinatorisch bedingte Sensationen von weitgehendsten Veränderungen im eigenen Körper. Keine Spur von einer Abänderung der Gefühle und des Persönlichkeitsbewußtseins.

Fall 5. August E., geboren 1852, in die Klinik aufgenommen 1910. Er war zur Polizei gegangen, um sich zu beschweren, daß durch ihn gesprochen werde, gleichwie, wenn er eine Endstation einer drahtlosen Telegraphie wäre.

Man wüßte alles, was er tue und die Leute wären aus Deli mit ihm gekommen seit seiner Abreise von dort 1910. Seither keine wesentliche Änderung des Zustandes (nur geringe Schwankungen der Intensität). Er ist stets geordnet, orientiert und besonnen; er fühlt eine Fülle von Organbeeinflussungen, es gehe ständig ein Strom durch ihn hindurch, durch den Strom werden Stimmen erzeugt, die im Magen sitzen. Diese Stimmen sagen ihm laut, was er denkt, sie können alles eruieren und suchen die physiologische Funktion des Magens, der Muskeln, zu ergründen. Sie sprechen aber auch gemeine Dinge über ihn und sein Geschlechtsleben (mit gedämpfter Stimme, wie durchs Telephon, sprechen sie); es wird ihm auch zu Versuchszwecken der Darm zugeschnürt, ebenso auch der Magen. Seit etwa einem Jahr lebt er ohne Herz, dieses ist von den Leuten ausgeschaltet worden. Die Stimme und der Kehlkopf und die Zunge werden jetzt wieder gemacht, auch an der Blase ist etwas geändert worden. Sein Körper ist zeitweise unendlich schwer, dann wieder leicht, der Bauch ist wie aufgeschnitten, die Hand manchmal kleiner.

All das wird auf elektromagnetischem Wege erzeugt, auf diesem Wege entstehen auch die Stimmen, die ihm von diesen Veränderungen berichten. Die Stimmen sprechen in verschiedenen Sprachen, die Leute, die all dies machen, sind über ihm. Trotz dieser schweren, somatischen Halluzinationen hat der Patient niemals auch nur die geringste

Veränderung seines Persönlichkeitsbewußtseins gezeigt, er verneint auch auf ausdrückliche Fragen, daß er selbst in seinem Wesen sich wesentlich geändert hätte, es sei nur der Körper. Die Leute wollten ihn künstlich aufregen, aber das gelänge ihnen nicht.

### III.

Gegen Theorien, welche ein Entfremdungsgefühl annehmen (Bernard-Leroy und Pick) habe ich mich ja bei der Besprechung der Wahrnehmungsstörungen bereits ausführlich gewendet. Ich möchte das Gesagte nicht wiederholen.

### IV.

Eine besondere Beachtung verdient die Theorie, welche Löwy aufgestellt hat. Er nimmt spezifische Wahrnehmungs-, Denk- und Willensgefühle an, die mit dem Akt der Tätigkeit als solchen verbunden sind, dementsprechend spricht er auch von einem Fühlgefühl. Nun habe ich bereits erwähnt, daß diese Wahrnehmungs- und Willensgefühle, ebenso wie die anderen Aktivitätsgefühle, nur theoretisch postuliert, aber nicht wirklich nachgewiesen sind. Damit wäre diese Anschauung als unbegründet bezeichnet. Ich glaube jedoch, daß in ihr ein richtiger Kern enthalten ist. Das möchte ich hier etwas weiter ausführen, weil es uns auch so möglich sein wird, zu erkennen, inwieweit in den anderen Gefühlstheorien der Depersonalisation etwas Richtiges enthalten ist.

Wir knüpfen an unsere Ausführungen über Noesis und Noema. Wir hoben hervor, daß die Art, wie ich einen Gegenstand meine, für den gemeinten Gegenstand als solchen von Belang ist. Ein aufmerksam erfaßter Gegenstand weist parallel den Änderungen, welche der erfassende Akt erfuhr, in seinem noematischen Bestand gleichfalls Veränderungen auf. Dieser wichtige Parallelismus zwischen Noema und Noese ist von uns bereit in der Besprechung des Gefühlslebens der Depersonalisierten hervorgehoben worden. In unserer Einleitung ist jedoch hervorgehoben worden, daß ein ähnlicher, eigenartiger Parallelismus zwischen dem sinnlichen Gefühlsbestandteil und der Zuwendung zu ihm besteht. Wir führten aus, daß das Lustbetontsein des Gegenstandes gleichsam eine lustvolle Zuwendung fordert. Wir müssen also sagen, die Änderungen im Noema entsprechend der Änderung der Noese, haben in dem Parallelismus von Gefühl und Gefühlszuwendung ein gewisses Gegenbild. Wir verstehen so, weshalb die Änderungen im Noema, welche parallel zu der Widersprochenheit des ausführenden Aktes erfolgen, eine gewisse innere Verwandtschaft mit gefühlsmäßigen Veränderungen zeigen. Es ist also parallel mit dem psychischen Akte das aktmäßig Erfasste in seiner inneren Struktur verändert. Freilich ist das nicht irgend ein Gefühl, das sich zu dem Akt hinzuaddiert. Jene Theory von Löwy hindert an der Einsicht, daß die Zuwendung im Akte selbst schon eine veränderte ist.

### V.

Die ersten Untersucher der Krankheit nahmen eine Abänderung des Sinnesmaterials an. (Krishaber, Taine, Ribot, Dilthey, Herzen). Ich glaube, man würde diesen Beobachtern bereits Unrecht tun, wenn man annehmen würde, daß sie nicht auch an eine Störung der Wahrnehmung gedacht haben. Und nun muß mit aller Schärfe hervorgehoben werden, daß ja eine Störung der Wahrnehmungsfähigkeit, wie das auch Störing erkannt hat, tatsächlich besteht.

(Freilich können wir sie nicht als konstituierend für die übrigen Störungen denken.) Auf die Fruchtbarkeit einer derartigen Betrachtungsweise hat insbesondere Pick verwiesen. Ich komme darauf noch eingehend zurück. Auch Majano scheint ähnliche Anschauungen zu vertreten. Hier muß auch Bergson erwähnt werden. Er nimmt eine Störung der sensomotorischen Relationen des Organismus an, welche zu einer Lösung des Kontakts, des reinen Ich mit der Realität führe. Man würde diesen Anschauungen nicht gerecht werden, wenn man sich nicht gegenwärtig hält, daß nach Bergson in jeder Wahrnehmung bereits ein motorischer Faktor enthalten ist und dieser Faktor allein durch Hirnläsion angegriffen werden kann. Wenn wir also die Anschauung Bergsons in unsere gewöhnliche Nomenklatur übertragen, so heißt das, daß das reine Ich (die reine Erinnerung) sich nicht in der früheren Weise der Eindrücke aus der Außenwelt bemächtigen kann. Diese Anschauung scheint mir aber sehr viel Richtiges zu enthalten.

Storchs myopsychische Theorie hat mit dieser Anschauung nur eine oberflächliche Ähnlichkeit. Sie kann wohl eher den Coenästhesietheorien angereiht werden. Hier wird im Grunde wieder nur der Defekt der Wahrnehmungen dadurch erklärt, daß eine bestimmte Gruppe assoziierter Elemente ausfällt.

## VI.

Eine Störung der Assoziationen ist keinesfalls als Ursache der Depersonalisation anzuschuldigen. Heymans dachte an eine zu geringe Wirksamkeit der Vorstellungen, die sich als Entfremdung geltend mache. Wenn aber die sich andrängenden Assoziationen zu schwach sind, müßte man erwarten, daß der Gegenstand nicht bloß fremd erscheint, sondern fremd ist. Das ist jedoch bei der Depersonalisation nicht der Fall. Wenn Heymanns von einer Schwäche der psychischen Energie spricht, so glaube ich allerdings, daß hierin etwas Richtiges gelegen ist.

Paulhan spricht von einem Überwiegen der Kontrastassoziationen, die eine Verminderung des Willens hervorrufe. Hierin scheint mir nur richtig zu sein, daß sich Widersprüche im seelischen Leben der Depersonalisierten tatsächlich ergeben.

## VII.

Ich komme zu jenen Theorien, welche auf einen zentraleren Faktor rekurrieren. Die wichtigsten dieser Theorien sind die von Dugas und Moutier, Hesnard und Janet.

Dugas und Moutier sprechen meines Erachtens mit Unrecht von einer Apathie der Kranken. Aber sie führen noch einen neuen Faktor ein, sie meinen nämlich, daß die Eindrücke jeder Art, die Erinnerungen, die gegenwärtigen Erlebnisse und auch die Projekte für die Zukunft ihren persönlichen Charakter verlieren. Sie werden erlebt, aber ohne affektive Qualität, und sie bringen für denjenigen, der sie erlebt, weder Schmerz noch Freude. Infolgedessen werden sie von ihm nicht als die seinen anerkannt und er kennt sie nicht mehr. Hier ist aber zu sagen, es ist nicht richtig, daß die Erlebnisse deswegen nicht anerkannt werden, weil sie keinen Gefühlston haben. Dugas und Moutier finden, daß die Assimilation an das persönliche Ich gestört ist. Es fehle der Persönlichkeitskoeffizient, jene persönliche Synthese, in denen die Verbindung zwischen dem

Empfundenen und dem Subjekt, das sie empfindet, hergestellt wird. Unseres Erachtens ist aber die Frage gerade die, wodurch denn dieser „Persönlichkeitskoeffizient“ gegeben werde. Die Autoren haben sich hierüber nicht eindeutig ausgesprochen. Manche ihrer Äußerungen legen nahe, daß ihnen es nicht bloß die Gefühle sind, so bezeichnen sie am Schlusse ihrer Ausführungen die Depersonalisation als *désordre diffus de l'activité mentale avec inémotivité prédominante*. Eine nähere Bestimmung jedoch fehlt durchaus. Manche Stellen weisen darauf hin, sie seien der Ansicht, das Erleben der Depersonalisierten spiele sich abseits des Ichbewußtseins ab, eine Anschauung, die ich für unrichtig halten muß. Anderenteils heißt es am Schlusse ihres Buches, die Depersonalisation sei keine Störung der Persönlichkeit, sondern nur die Qualität der psychischen Zustände habe sich geändert.

Die ganze Darstellung erleidet meines Erachtens durch die häufige Heranziehung des Begriffes des Automatismus eine Einbuße.

Nach Dugas und Moutier haben die Patienten die instinktive Fähigkeit behalten zu Handeln, können aber ihre Handlungen nicht willkürlich durchführen. („Ils se sentent diminués ayant gardé le pouvoir instinctif, mais perdu le pouvoir volontaire d'agir et de penser.“) Dann wären die Depersonalisierten sehr beneidenswert, sie gehörten dann zu jenen glücklichen Menschen, die Überlegungen nicht brauchen, um das Richtige zu treffen. Dann heißt es wieder im ähnlichen Sinne, während der Krisis sei der Wille vernichtet und der Automatismus allein spiele. Hierzu ist im Gegensatz, das an anderer Stelle (Seite 203) gesagt wird, daß die Depersonalisation keinen neuen Automatismus bedinge, sondern nur eine neue Form darstelle, in der die Beziehung des Individuums zur menschlichen Maschine zu Bewußtsein kommt.

Schließlich ist es nach allen diesen Ausführungen verständlich, daß die Autoren eine Brücke von den subjektiven zu den objektiven Störungen nicht finden. So heißt es Seite 217, die intellektuellen Fähigkeiten der Depersonalisierten seien intakt und wenn Aproxie und Abulie einträten, hinge diese nicht von der Depersonalisation im eigentlichen Sinne, sondern von der Asthenie ab, die ja schließlich auch die Depersonalisation hervorgebracht hätte. Ich kann demgegenüber nur auf meine eigene Darstellung verweisen.

Dugas hatte in seiner ersten Mitteilung in dem Automatismus noch stärker betont als in der zuletzt erwähnten Studie.

Grasset hat gleichfalls davon gesprochen, der unbewußte Automatismus würde in der Depersonalisation der Kranken bewußt, daher rührten die Störungen. Ich kann mich auch nicht mit dieser Fassung einverstanden erklären, wiewohl sie zweifellos Richtiges enthält. Ich würde es so formulieren, daß die Kranken häufiger bewußte Denk- und Willensanstrengungen setzen müssen, um zu einem bestimmten Ziele zu gelangen. Doch gilt das, wie im vorangehenden nachgelesen werden möge, nicht für alle Fälle.

Janet hat meiner Ansicht mit Recht hervorgehoben, daß die Verminderung der geistigen Synthese, die Verminderung der Systematisierung, der Einheit der im Bewußtseinsfelde vereinigten Elemente für das Verständnis der Depersonalisation herangezogen werden müssen. Das Gefühl des Automatismus, des Beherrschtseins, der unfreiwilligen Handlung rührt nach ihm daher, daß die Handlung nicht mit der ganzen Person verknüpft wird. Wir selbst haben deskriptiv darauf verwiesen, daß der Erlebnishintergrund der Depersonalisierten

einen Protest gegenüber der jeweiligen Wahrnehmung oder Betätigung enthält. Und dieser Widerspruch färbte das Wahrnehmen und die Betätigung. Auch wir haben ausgeführt, daß die Kranken diese Abänderung ihres gesamten Lebens in einem neuen Akte wahrnehmen und ihr jetziges Dasein den früheren gegenüberstellen. Man vergleiche hierzu den folgenden Passus aus Janet.

„Die dritte Tatsache, die eine große Rolle spielt, wenn nicht in der Konstitution, so doch wenigstens in dem Ausdruck der Unvollständigkeitsgefühle, ist die Erinnerung an den geistigen Zustand vor der Krankheit oder den geistigen Zustand, der von Zeit zu Zeit dank der nach aufwärts sich wendenden Oszillation der nervösen Spannung wieder auftritt. Die Kranken vergleichen unwillkürlich ihren gegenwärtigen Zustand mit dem einstigen. Aus diesem Grunde nennen viele sich verändert und behaupten, daß sie eine andere Person geworden sind . . . . es scheint mir, daß sie nicht ganz Unrecht haben, denn es ist sicher, daß sie nicht mehr das sind, was sie waren . . . . .“

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

Gegen diese Darstellung habe ich nur einzuwenden, daß das Wesentliche der Depersonalisation, wie der folgende Abschnitt zeigen wird, nicht die Unfähigkeit zur Anpassung an die Wirklichkeit ist, sondern die Unfähigkeit, Gegenstände, sei es nun, daß diese Wirklichkeit oder nur phantasiert sind, voll zu fassen.

Hesnards Anschauungen berühren sich weitgehend mit denen Janets. Auch er begeht den Irrtum, den wir in den vorangehenden Zeilen herausgestellt haben. Er nimmt eine Insuffizienz der Perzeption an, die nur dadurch zustandekomme, daß die gegenwärtige Persönlichkeit zu vollen Synthesen nicht fähig ist. Er verkennt, daß die Unfähigkeit der Depersonalisierten sich auch auf ihre Phantasien erstreckt. Auch er spricht davon, daß Automatismus bei den Patienten vorhanden ist. Als Grundlage nimmt er eine Asthenie an, die sich in Amnesien, Aproxie, Abulie und Affektstörungen äußere. Auch er verkennt, daß die Denkstörungen noch in einer viel engeren Beziehung zur Krankheit stehen. Sie sind nicht bloß die (hypothetische) Ursache der Depersonalisation. Es ist nicht richtig, daß die Depersonalisierten vor der Depersonalisation Abulie, Aproxie etc. zeigen. Und selbst, wenn dies der Fall ist, die Erscheinungen werden stets mit dem Eintritt der Depersonalisation schwerere. Auf die genetische Psychologie der Depersonalisation komme ich übrigens noch mehrfach zurück.

Es bleibt noch anzuerkennen, daß Geißler richtig hervorgehoben hat, daß die Depersonalisation im wesentlichen dann zustande kommt, wenn wir uns mit einer Sache beschäftigen, während der Wunsch besteht, sich einer anderen zuzuwenden. In wie weitgehendem Maße dies richtig ist, haben ja die früheren Ausführungen gezeigt.

Löwenfeld und Kutzinski sprechen von Apperzeptionsstörungen. Löwenfeld mißt der Angst noch eine besondere Bedeutung zu. Uns erscheint der Begriff der Apperzeption ein zu allgemeiner und ungeklärter zu sein. Würden wir uns der Wundtschen Terminologie bedienen, würden wir allerdings von Apperzeption sprechen; wir haben uns aber bemüht, diese Störungen näher zu charakterisieren. Daß der Widerspruch gelegentlich durch Angst repräsentiert wird, scheint mir eine richtige Beobachtung zu sein.

Schließlich noch einige Worte über Heveroch. Dieser Autor kommt dazu, eine besondere Funktion anzunehmen, die er als Ichtum bezeichnet. Seine Ausführungen sind vielfach dadurch mangelhaft, daß er das eigenartige „als ob“ der Depersonalisierten verkennt und die Aussagen der Kranken zu wörtlich nimmt, im übrigen berühren sich seine Ausführungen weitgehend mit denen von Hesnard und Janet. Von einer besonderen Funktion des Ichturns zu sprechen, halte ich für nutzlos und verweise auf meine vorangegangenen Ausführungen.

#### VIII.

Ich präzisiere also meine eigene Anschauung nochmals dahin.

Bei der Depersonalisation sind die Wahrnehmungen, die Gefühle, die Erinnerungen, die Willensakte und die Denkleistungen widersprochen. Die Widersprochenheit oder Unechtheit eines Aktes ist ein deskriptiver Charakter des Aktes selbst. Es lassen sich jedoch weiterhin stets deskriptiv im Hintergrunde des Erlebens der Depersonalisierten die widersprechenden Tendenzen aufweisen.

In den klassischen Fällen der Depersonalisation erstreckt sich die Widersprochenheit auf das gesamte Erleben. Es läßt sich jedoch zeigen, daß eine weitgehende Selbständigkeit in den einzelnen Erlebnissphären besteht. Es können sowohl die Gefühle als auch die Wahrnehmungen gesondert Widerspruch erfahren. Bezüglich des isolierten Widerspruchs gegenüber Willens- und Denkvorgängen stehen beweisende Beobachtungen aus, doch ist zweifellos, daß sich derartige früher oder später wird aufweisen lassen (vgl. übrigens auch Fall 7). Die Erinnerungen können isoliert widersprochen sein, auch kann eine scharfe Scheidung in bezug auf die Widersprochenheit der Gegenwart und der Vergangenheit bestehen.

Es wäre also falsch, die Widersprochenheit irgend einer Gruppe psychischer Elemente als Ursache der Widersprochenheit anderer anzusehen.

Das Erleben wird von dem Individuum nicht anerkannt, weil es eben widersprochen ist. Das Individuum vergleicht es mit seinem früheren Erleben und bezeichnet sich je nach der Extensität der Widersprochenheit und je nach der Schwere der Widersprochenheit als mehr oder minderschwer in seiner Persönlichkeit gestört. Die Angaben über die Verdoppelung der Persönlichkeit beruhen darauf, daß während der Selbstbeobachtung das Erleben mit der Tendenz zum aktuellen Erleben behaftet ist.



Der abnorme Seelenzustand begünstigt abnorme Einstellungen des Denkens, welche objektive Störungen auf dem Gebiete des Gedächtnisses, der Intellektualität und des Handelns hervorrufen.

### Fonction du réel und Autismus.

Janet hat in überaus feinen Darlegungen versucht, auf Grund eines ähnlichen Krankenmaterials eine Hierarchie des Seelischen aufzustellen. Die höchststehende Funktion des Seelischen ist für ihn die „fonction du réel“. Er findet einen Realitätskoeffizienten in allen seelischen Leistungen, den höchsten in jenen, wo eine kräftige, soziale und physische Wirkung ausgeübt wird. Er findet ihn aber auch in der Wahrnehmung, in der einheitlichen Erfassung der Persönlichkeit. Die gewohnheitsmäßige Handlung, die Handlung ohne Bewußtsein der Einheitlichkeit und inneren Freiheit birgt ihn nicht. Er fehlt dem mechanischen Gedächtnis der Träumerei. Ist es wirklich berechtigt derartig zu gruppieren? Der Depersonalisierte Oberst Krishabers, der Kranke Balls, wirken im realen Leben und in der Sozietät. Gleichwohl fehlt ihnen das, was Janet als die fonction du réel bezeichnet (ähnliche Einwände bei Sollier). Der phantastische Lügner, der Wahnbeherrschte haben aber die fonction du réel ebenso wie der tatenlose Träumer, der voll in seinen Phantasien lebt. Also die Wirklichkeitsfunktion im Sinne des Alltags ist es gar nicht, die das Wesen unserer Erkrankung ausmacht und die „fonction du réel“ hat nichts mit dem Leben in der Wirklichkeit zu tun. Also was ist das für eine Funktion, die gestört ist, was ist eigentlich die fonction du réel? Unsere Analysen sind in dieser Hinsicht eindeutig. Das Ich geht nicht voll auf in den von ihm vollzogenen Akten. Es ist die Funktion der inneren Einheit der Persönlichkeit, die verloren gegangen ist, die Akte, die vom Ich ausgehen, enthalten nicht das ganze Ich, oder anders ausgedrückt: Das Individuum geht nicht voll auf in der Wahrnehmung, im Denken, im Urteilen, im Erinnern und Vorstellen. Wir stoßen auf die paradoxe Tatsache, daß wir um so mehr Ich selbst sind, je rückhaltloser wir uns den Gegenständen zuwenden und in ihnen aufgehen. Wir sind dann am meisten Ich, wenn wir dem Ich und seinen Handlungen unsere Aufmerksamkeit nicht zuwenden. Das erste Zeichen der Depersonalisation ist quälender Selbstbeobachtungszwang. Die Depersonalisation lehrt uns, daß ich Gedanken auf zweifache Art denken kann: Ich kann in den Gedanken aufgehen unter dem Gefühl des Glückes der inneren Einheit oder ich kann sie leichthin und nebenher denken, ihnen innerlich nur halb zugewendet. Wir betonen nochmals: Die Depersonalisierten leiden unter der Unfähigkeit sich der Außenwelt hinzugeben, leiden unter dem Zwang nicht ihr, sondern den eigenen Akten zugewendet zu sein, sie leiden aber auch unter der Unfähigkeit in der eigenen Gedankenwelt zu leben. Sie leiden darunter, nicht den Gegenständen im Sinn von Twardowski, Lipps, Meinong, Husserl zugewendet zu sein, in diesem Sinne, Gegenstände wirklich und einheitlich zu erfassen, ist die fonction du réel.

Wir werden uns klar machen müssen, daß die Störungen die Janet als Verlust des Sinns für die Wirklichkeit bezeichnet, nichts zu tun haben mit dem, was Bleuler und die Schweizer Schule als Autismus bezeichnen. Bleuler selbst ist sich über diesen Unterschied nicht klar geworden, er hält nur den Begriff Sinn für die Wirklichkeit für zu weit. Es handelt sich um Störungen, welche

überhaupt nichts miteinander zu tun haben. Das autistische Denken im Sinne Bleulers besteht darin, daß der Kranke in einer Welt für sich lebt und den Kontakt mit der Außenwelt fast vollkommen verloren hat. Bleuler bezeichnet diese Loslösung von der Wirklichkeit im Verein mit dem Überwiegen des Binnenlebens als Autismus. Hier liegt seiner Ansicht nach ein Denken vor, das von affektiven Bedürfnissen regiert wird. Es ist sofort zu sagen, auch der autistisch denkende Kranke ist in seinem autistischen Denken enthalten. Er hat also den einheitlichen Vollzug der Akte. Hier können Äußerungen Freuds erwähnt werden, welcher das paranoische System als einen Heilungsversuch und als eine Abwehrreaktion bezeichnet. Er hat wohl die gleichen deskriptiven Tatbestände im Auge.

Freilich ist es denkbar, daß sich der Kranke dem autistischen Denken im Sinne Bleulers nicht voll zuwendet, weil das reale Denken dem autistischen Denken aus tieferer Schichte widerspricht. Derartige Kranke hätten dann die *fonction du réel* im Janetschen Sinne gegenüber dem autistischen Denken verloren. Ich glaube, daß hiermit der Nachweis erbracht ist, daß das autistische Denken mit den uns interessierenden Störungen nichts zu tun hat.

Andernteils muß hervorgehoben werden, daß der Depersonalisierte durchaus den Gesetzen des logischen Denkens folgt, daß er die strengen Bedingungen des richtigen Denkens erfüllt.

Bleuler selbst hat diejenigen Fälle vermerkt, wo das autistische mit dem realen Denken in Widerspruch gerät und er vermerkt, daß diese Patienten sich beklagten, die Wirklichkeit sehe anders aus als früher; die Dinge und Personen seien nicht mehr das, als was sie bezeichnet würden, seien anders, fremd und hätten keine Beziehungen zu den Patienten. Er führt folgende Äußerung einer Patientin an: sie „hat angefangen sich in ein ganz anderes Leben hineinzudenken; wenn sie dann verglich, war alles anders; auch der Geliebte ist gar nicht so wie sie sich ihn vorstellt.“ In der Tat ist meines Erachtens die Deutung, die Bleuler diesen Fremdheitseindrücken gibt, gerechtfertigt. Auch ich glaube, daß ein Widerspruch aus einer anderen Schichte des Denkens an derartigen Erscheinungen Schuld trägt. Jung hat derartige Erscheinungen als erster bei der *Dementia praecox* verzeichnet.

Es hat sich also ergeben, daß die Schizophrenen den Gebilden ihres Wahnes gegenüber, den Wirklichkeitssinn im Sinne von Janet besitzen können. Es verweist das darauf, daß die bisher gegebenen Einsichten noch nicht das volle Icherlebnis umschreiben, daß durch sie noch nicht umgrenzt wird, was Bergson mit der wahrhaft freien Handlung meint, mit der Handlung, die aus der reinen Dauer stammt. Wir konnten bisher nur einer jenen Bedingungen aufweisen, welche die freie Handlung ausschließen. Wir werden im folgenden zeigen, daß für das Zustandekommen der freien Handlung, der repräsentativen Handlung der Persönlichkeit, nicht bloß die Vereinheitlichung der aktuell gegebenen Tendenzen notwendig ist, sondern daß sämtliche mögliche Tendenzen des Individuums vereinheitlicht sein müssen. Das erklärt auch die geringe Werthöhe des Erlebens einzelner Sinneseindrücke, von denen der aus der Ohnmacht erwachende gefesselt wird. Es ist die Zahl der aktuellen Tendenzen, die vereinheitlicht wird, eine äußerst geringe im Verhältnis zu der Zahl der in diesem Individuum möglichen Tendenzen. Die wahrhaft freie Handlung im Sinne Bergsons ist also auch in diesen Fällen des einheitlichen Aktvollzuges nicht erreicht. Ob die

Zuwendung zu den Gebilden des Wahnes ihr entspricht, kann an dieser Stelle nicht erörtert werden. Aber wir greifen voraus: Wir werden es später noch ausführen, daß hochwertige Synthesen anscheinend nur dann dauernd gelichtet werden, wenn das Individuum mit der Wirklichkeit in stetem Kontakt lebt.

### Psychologische Differentialdiagnose der Depersonalisation.

Es liegen über die Differentialdiagnose der Depersonalisation eine Reihe von Äußerungen französischer Autoren vor. Doch haben weder Dugas und Moutier noch Hesnard genügend beachtet, daß die psychologische Differenz noch nichts besagt über die klinische Verwandtschaft. Klinische und psychologische Gesichtspunkte müssen vollständig getrennt werden. Das wird auch aus unseren späteren Ausführungen noch hinreichend deutlich hervorgehen. Es soll noch erörtert werden, unter welchen Kautelen man berechtigt ist, psychologische Kriterien zur Abgrenzung von Krankheitsbildern heranzuziehen. Im Sinne Wernickes möchte ich schon jetzt hervorheben, daß dem gleichen psychologischen Mechanismus Symptome zugrunde liegen können, welche wesensverschiedenen Erkrankungen angehören. Das hier Gesagte soll nur vor Mißverständnissen schützen, welche diese rein psychologische Abgrenzung treffen könnten.

Die prinzipielle Differenz gegenüber hysterischen Störungen ist darin gegeben, daß bei der Hysterie<sup>1)</sup> reale Krankheitserscheinungen produziert werden. Während der Depersonalisierte sagt: Wiewohl ich sehe, ist es mir als ob ich blind sei, sind beim Hysterischen tatsächlich Sehstörungen vorhanden. Die gleiche prinzipielle Differenz findet sich bei den Störungen auf anderen Sinnesgebieten. Es ist klar, daß man verschiedene Mechanismen für beide Störungen anzunehmen hat. Der gleiche Gegensatz findet sich auch auf den Gebieten der Vorstellungen und der Erinnerungen. Während der Hysterische Erinnerungsdefekte hat (auf deren Natur wir hier nicht einzugehen brauchen) sind solche beim Depersonalisierten nicht nachweisbar oder sie lassen sich wenigstens durch ganz bestimmte Störungen der Einstellung erklären. Auch die Störung des Gefühlslebens zeigt die gleichen Differenzen. Zur Gefühlslosigkeit der Hysterischen verhält sich die Gefühlslosigkeit der Depersonalisierten, so wie die Störung des Sehens, welche dem „Als ob ich blind wäre“ zugrunde liegt, zu der hysterischen Amaurose. Die gleiche Differenz wiederum auf dem Gebiet des Persönlichkeitsbewußtseins. Bei der Hysterie erfolgt tatsächlich die Umwandlung einer „Persönlichkeit“ in eine andere (auch hier verzichten wir zunächst auf eine genauere Analyse), der Depersonalisierte klagt, es sei, als ob er sich verändert habe, es sei, wie wenn er nicht existierte. Wichtiger als diese groben Unterscheidungen ist die Frage, wie wir Aussagen zu bewerten haben, die mit denen der Depersonalisation übereinstimmen, wenn daneben wirkliche Störungen der Sensibilität vorhanden sind. Ich gebe zunächst eine Beobachtung von Pronier wieder (die sich bei Sollier findet<sup>2)</sup>).

---

<sup>1)</sup> Hysterie wird zunächst als Bezeichnung für einen Symptomenkomplex gebraucht, den wir in einigen Punkten skizzieren. Wenn wir von einer Krankheit Hysterie sprechen, machen wir das besonders kenntlich, die Existenz einer derartigen Krankheit ist strittig.

<sup>2)</sup> *Le mécanisme des émotions*. Leider war mir die Vorrede Janets zu dem Buche von Jastrow, die sich mit der Differentialdiagnose psychasthenischer und hysterischer Symptome beschäftigt, nicht zugänglich.

Ein 44-jähriger, hereditär belastet, seit der Kindheit neuropathisch. Mit 22 Jahren im Anschluß an lebhaften Kummer Konvulsionen, gefolgt von Erregungen und Delir. Mit 25 Jahren unmerkliche Veränderung der Charakters, zunehmende Schwäche der Beine mit heftigen Zitteranfällen bei der geringsten Aufregung. Verschlechterung während der nachfolgenden zehn Jahre. Mit 35 Jahren Aufnahme in das Hospital, wo man außer der allgemeinen Schwäche Intentionstremor und Sprachstörungen konstatiert. Mit 41 Jahren anästhetische Stellen an der Vorderseite der Schenkel, dann Ausdehnung der Anästhesie, die allmählich den gesamten Körper betrifft, und zwar für alle Qualitäten gleichmäßig. Schließlich erfolgt eine völlige Lähmung des Bewegungsapparates. Die Kraft ist stark vermindert; Gehen ist fast unmöglich, die Mimik ist ausdruckslos, die Sprache ist langsam und gestört. Die Berührungsempfindlichkeit ist vollständig vernichtet, ebenso wie die Druckempfindlichkeit. Der Wärmesinn ist verschwunden. Die Analgesie ist vollständig. Die Schleimhäute der Bindehaut, der Zunge, des Pharynx etc. sind vollkommen unempfindlich gegenüber allen Reizen. Der Magen, das Rektum sind in gleicher Weise unempfindlich, die Muskelempfindung ist vollständig erloschen. Das Gefühl des Hungers und der Sättigung ist geschwunden. Das Bedürfnis des Wasserlassens und der Defäkation wird nicht gefühlt, der Kranke ist unrein. Der Gesichtssinn ist geschwächt, das Gehör ist fast normal, Geruch und Geschmack sind geschwunden. Die Haut und Sehnenreflexe sind geschwunden. Nach den Untersuchungen Solliers ist auch der Atemapparat und das Herz anästhetisch. „Ich weiß, sagt er, daß ich ein Herz habe, aber ich fühle es nicht schlagen, wenige Momente ausgenommen und dann nur schwach.“ Wenn ein Ereignis kommt, das ihn aufregen sollte, so fühlt er es nicht, er fühlt auch nicht seinen Atem und er weiß nicht ob er einen tiefen oder flachen Atemzug macht. „Ich fühle mich nicht lebend.“ In der ersten Zeit seiner Erkrankung überkam es ihn öfters, daß er glaubte tot zu sein. Er weiß nicht, ob er schläft oder ob er wacht. Bald schläft er einen schweren Schlaf, bald schläft er überhaupt nicht. Ich habe keinen Schlaf, wie alle Welt, und wenn ich erwacht bin faßt mich die Idee, daß ein Unglück über mich gekommen ist und ich habe Angst.“ Er denkt zeitweise an nichts. Wenn er an etwas denkt, so ist es seine Wirtschaft oder der Krieg von 1870, den er mitgemacht hat. Die Leute, die er gehen und kommen sieht, sind ihm vollkommen gleichgültig. Er legt sich keine Rechenschaft darüber ab, was sie tun. Bisweilen, sagt er, sehen sie wie unnatürliche Menschen aus, wie mechanische Menschen. Diese Störungen in der Wahrnehmung der Außenwelt durch den Gesichtssinn sind auch für das Gehör vorhanden. „Ich höre nicht mehr in der gleichen Weise, man könnte sagen, daß dies in meinem Ohre halt, aber daß es nicht in meinen Kopf eintritt, es bleibt nicht lange daselbst.“ Seine Aproxie ist vollständig und er ist unfähig, sich für irgend etwas zu interessieren.

Nichts macht ihm Vergnügen. Ich bin unempfindlich gegenüber allem, nichts interessiert mich, ich liebe niemanden und habe auch gegen niemanden Abscheu. Er weiß nicht einmal, ob es ihm Vergnügen machen würde, gesund zu werden und die Versicherung, die ihm gegeben wird, daß das möglich ist, ruft keine Reaktionen bei ihm hervor, weder Überraschung noch Zweifel. Das einzige, was ihn ein wenig zu erregen scheint, ist der Besuch seiner Frau. Wenn sie in den Saal kommt, „das gibt mir einen Stoß im Magen, aber sobald ich sie sehe, möchte ich, daß sie wieder fort ist.“ Häufig hat er Furcht, daß seine Tochter gestorben sei. „Wäre sie tot, ich glaube nicht, daß ich sie überlebte. Gleichwohl würde es mir nichts ausmachen, wenn ich sie nicht wieder sehen würde.“

Die Vorstellungen sind verschwunden und er kann sich seine Frau nicht mehr vorstellen, wenn sie fortgegangen ist. Die Schwäche der Vorstellungen ruft bei ihm einen Zustand der Unsicherheit hervor. „Ich bin niemals sicher irgend einer Sache.“ Nichts überrascht ihn, nichts wundert ihn. Dieser Zustand von Apathie, von Indifferenz, von extremer, vielleicht vollständiger Unerregbarkeit, ist allmählich gekommen und entwickelte sich parallel zur Anästhesie.

Dieser Fall zeigt die weitgehendsten Parallelen zu den Fällen der Depersonalisation. Aber die gesamte Störung liegt, wenn ich so sagen darf, in einem anderen geistigen Niveau; dort, wo unsere Kranken darüber klagen, sie seien nicht erregbar, ist dieser Kranke nicht erregbar, dort wo sie klagen, sie könnten nicht vorstellen, kann dieser nicht vorstellen. Hier besteht tatsächlich affektive

Indifferenz, über welche die Depersonalisierten nur klagen<sup>1)</sup>. Es stellt dieser Fall in geradezu klassischer Weise das hysterische Pendant zur Depersonalisation dar. Und es erhebt sich sofort die Frage, ob es nicht doch psychologische Übergänge zwischen beiden Formen gibt. Man kann sich ja in der Tat vielfach des Eindruckes nicht erwehren, daß die hysterische Störung ein höherer Grad der uns hier interessierenden sei. Wir erinnern, daß die Kranke Försters zeitweise angibt, sie sehe überhaupt nichts, daß d'Allonnes glaubt, in seinem Fall tatsächlich Sensibilitätsstörungen gefunden zu haben. Andernteils könnte man daran erinnern, daß auch die hysterischen Sensibilitätsstörungen gelegentlich dadurch überwunden werden können, daß man in die Kranken dringt, oder daß man ihre Aufmerksamkeit ablenkt. Die theoretische Möglichkeit von Berührungspunkten ist also gegeben.

Andernteils versagen auch diese schematischen Unterscheidungen gegenüber den hypochondrischen Beschwerden der Depersonalisierten. Man findet schon unter den Fällen Krishabers solche, welche zweifellos klinisch als Hysterien angesprochen werden müssen. Auch bei meiner Patientin Johanna finden sich eine Reihe hysterischer Zeichen: Wein- und Lachkrämpfe, Pseudohalluzinationen von Blut.

Schließlich bringt das Buch von Sollier eine Fülle von hierhergehörigem Materiale über Störungen, welche als Widersprochenheit des Erlebens angesehen werden müssen. In einem späteren Kapitel wird eine Reihe derselben wiedergegeben. Aber der Fall, den wir jetzt wiedergaben, ist in dieser Hinsicht am lehrreichsten.

Der Kranke, der gut hört, berichtet über das Gehörte, es dringe nicht in den Kopf ein (die Störungen des Gesichtsinnes sind ähnlich). Man wird nicht leugnen können, daß diese Störung den von uns beschriebenen entspricht. Der Gesamtzustand widerstrebt dem vollen Erleben auch auf einem einzelnen Sinnesgebiete.

Hier liegt der Fall vor, daß die hysterischen Störungen auf die nicht direkt betroffenen Sinnesgebiete sehr beeinträchtigend wirken. Es liegt hier ein Mechanismus vor, welcher dem beim Psychasthenischen und Depersonalisierten im wesentlichen entspricht. Ob nicht auch Klagen, wie die des Wietotseins und Angaben, wie die, daß die Menschen als Maschinen erschienen, bei den Kranken Solliers in dieser Weise als sekundär entstanden zu denken sind, muß dahingestellt bleiben. Man muß jedenfalls im Auge behalten, daß die Verdrängung auf einem seelischen Gebiete, die Widersprochenheit in anderen nach sich ziehen kann. Und im Einzelfalle wird es nicht leicht sein, festzustellen, welche Störung der Äußerung: ich bin wie tot, zugrunde liegt (vgl. Kapitel II).

Jedenfalls verweise ich auf diese komplizierten Zusammenhänge, welche geeignet sind, eindringlich vor Schematisierungen zu warnen. Es sei nochmals betont, daß die voranstehenden Ausführungen nichts zu tun haben mit der Frage nach der klinischen Beziehung psychasthenischer und hysterischer Zustände zueinander.

---

<sup>1)</sup> Man lese jedoch unsere Ausführungen zur Psychologie der Hysterie in den letzten Teilen des dritten Kapitels nach. Dieses Nicht-Vorhandensein des Vorstellungsvermögens etc. zeigt nämlich eine bestimmte Eigenart.

Die zweite Frage ist diejenige, ob psychologische Beziehungen zwischen den Gefühlshemmungen der Melancholischen<sup>1)</sup> und der Psychasthenischen bestehen. Es wird aus den vorangehenden Ausführungen bereits klar geworden sein, daß das Symptomenkomplex der Depersonalisation im wesentlichen der von den Autoren als Kardinalsymptom der Melancholie bezeichneten subjektiven Hemmung entspricht. Die Analyse der „Gefühlshemmung“ bei Melancholischen ergibt keine wesentlichen Anhaltspunkte dafür, daß eine Differenz gegenüber der psychasthenischen „Gefühlsstörung“ vorhanden ist. Ich glaube also, daß bei den Gefühlshemmungen der Melancholischen vielfach der gleiche Mechanismus vorliegt, wie bei der Depersonalisation. Bei einem von mir genauer untersuchten Fall war mir nun folgendes auffällig. Es gelingt sehr leicht, die Depersonalisierten zum Lachen zu bringen. Es gelang mir nicht bei dieser Kranken. Liegt hier nicht doch ein Zeichen dafür vor, daß neben der subjektiven Hemmung noch ein pathologischer Affekt der Traurigkeit besteht? Es würde sich dann nur um eine partielle Identität handeln, eine Entfremdung in bezug auf pathologische traurige Affekte. Es würde dann in diesen Fällen neben dem psychasthenischen Mechanismus, wenn ich so sagen darf, noch ein zweiter, davon vollkommen unabhängiger ablaufen. Doch ist das mir zugängliche Material zu gering, um definitive Entscheidungen treffen zu können. Die Unabhängigkeit der objektiven Hemmung von der subjektiven habe ich bereits hinlänglich eindringlich betont. Ich kann hier noch hinzufügen, daß ich die ausgesprochensten Grade der subjektiven Hemmung in Fällen mir nur geringer oder fehlender objektiver Hemmung gefunden habe. Bringt man hingegen schwer objektiv gehemmte Kranke zum Sprechen, so kommen Versündigungs Ideen zum Vorschein. Ich habe nach diesen Gesichtspunkten 8 Jahrgänge der Frauenaufnahmen der Leipziger Klinik durchgesehen. Das oben Behauptete hat sich bestätigt. Es scheinen also die Symptome subjektiver Hemmung zu denen objektiver, in keinen irgendwie bestimmten Verhältnissen zu stehen. Das mir zu Gebote stehende Material von subjektiver Hemmung mit gleichzeitig vorhandener objektiver Hemmung, macht es mir wahrscheinlich, daß die objektive Hemmung irgendwie mit dem traurigen Affekt in Zusammenhang steht. Doch sind darüber noch Untersuchungen im Gange (vgl. auch das folgende Kapitel II). Auch der pathologische Affekt der Traurigkeit kann also der „subjektiven Hemmung“ unterliegen.

Die im Beginn der Dementia praecox schon von Jung beobachtenden Gefühle der Irrealität und des Traumhaften wird man vielfach direkt mit denen der Depersonalisation identifizieren dürfen. Ein psychologischer Unterschied gegenüber denen der Depersonalisation ist nur insoweit gegeben, als sie häufig nur vereinzelt im Gebiete des Seelischen betreffen. Das Gleiche kann man aber bezüglich der „Sentiments d'incompletude“ der Psychasthenischen sagen. Es sind Teile des Gesamtsymptomenkomplexes der Depersonalisation<sup>2)</sup>.

Ich glaube hiermit im wesentlichen die psychologische Differentialdiagnose der Depersonalisation abgeschlossen zu haben. Über die klinischen Beziehungen orientieren spätere Ausführungen.

<sup>1)</sup> Wir meinen wieder zunächst nur die so bezeichneten Gruppierungen von Symptomen.

<sup>2)</sup> Nach Jung und Bleuler ist ein großer Teil der Psychasthenischen Janets der Dementia praecox-Gruppe zuzuzählen, eine Auffassung, die mir sehr zweifelhaft ist.

## Über die genetisch-psychologische Erklärung der Depersonalisation.

„Wenn wir — so führt Geiger in seinem Referate über die Einfühlung aus — ein Kind nach einem Apfel greifen sehen und sehen, daß es ihm nicht gelingt, den Apfel zu fassen und das Kind beginnt zu weinen, dann verstehen wir nicht nur die beiden isolierten Tatbestände: Das Nach-dem-Apfel-greifen und das Weinen, sondern auch den inneren Zusammenhang dieser Tatbestände, wir verstehen, daß das Kind traurig ist, weil es den Apfel nicht bekommen konnte. Diese Art des Verständnisses baut sich auf, auf einfachere Einfühlungserlebnisse, es ist ein Nacherleben, ein wirkliches seelisches Nachbilden der Erlebnisse des anderen. Dabei bleibt das Bewußtsein erhalten, daß die nachgebildeten seelischen Erlebnisse, die eines anderen sind.“ Auf dieses einführende Verstehen hat außer Geiger noch eine Reihe anderer Autoren hingewiesen, insbesondere Münsterberg, Elsenhans und Simmel (zitiert nach Geiger). Geiger hat bereits scharf darauf verwiesen, daß hier ein methodisches Erkenntnismittel der Psychologie vorliegt. „Wie wir uns selbst durch Selbstbeobachtung erkennen, so erkennen wir die anderen mittelst Einfühlen.“

Jaspers hat in einer Reihe von Arbeiten auf die Wichtigkeit dieses einführenden, nacherlebenden Verstehens hingewiesen und hat sich insbesondere um die Sonderung dieser verständlichen Zusammenhänge von kausalen Zusammenhängen bemüht. Es ist die Unterscheidung verständlicher und kausaler Zusammenhänge für die Psychiatrie zweifellos von methodischer Bedeutung.

Wir behandeln in diesem Kapitel ausschließlich die verständlichen Zusammenhänge in der Depersonalisation. Auf die kausalen wird erst im folgenden eingegangen werden.

Heilbronner hat sich in einer kleinen Studie bemüht zu zeigen, daß das Hauptsymptom der Melancholie die Hemmung sei. Er betont an dieser, wie auch an anderen Stellen, die Unsicherheit der Ableitung psychischer Symptome voneinander. Er bemüht sich an einem Depersonalisationsfall zu zeigen, daß die Hemmung imstande sei, die Verstimmung zu erzeugen. An sich muß zugegeben werden, daß das Bewußtsein nicht in der gleichen Weise tätig sein kann, nicht in der gleichen Weise zu fühlen als Ursache von Depressionen gedacht werden kann. Zwingend ist jedoch die Annahme eines derartigen Zusammenhanges keineswegs. Wenn auch die Möglichkeit derartiger Zusammenhänge zugegeben werden muß; sie scheinen mir nicht verwirklicht zu sein. Ich werde noch Gelegenheit haben zu zeigen, daß auch beträchtliche Grade objektiver Hemmung nicht immer bewußt werden müssen und daß sie, wenn sie konstatiert werden, in richtiger Weise eingeschätzt werden können. Wir haben ja im vorangehenden subjektive und objektive Hemmung prinzipiell geschieden, weil wir bei den extremsten Graden subjektiver Hemmung objektive Hemmung in dem gebräuchlichen Sinn des Wortes vermissen. Wir konnten nicht die eine als den geringeren Grad der anderen ansehen. Es ist zunächst die Aufgabe einer Psychopathologie der Melancholie, die objektive Hemmung einer minutiösen Untersuchung zu unterziehen und ihren Beziehungen zu dem traurigen Affekt und zu den Verurteilungsideen nachzugehen. Ich kann keineswegs anerkennen, daß Hemmung das „Kardinalsymptom“ der Melancholie sei.

Aus dem hier gesichteten Material ergibt sich noch eines mit Bestimmtheit: Die ausgeprägtesten Grade subjektiver Hemmungen sind nicht mit Versündigungsideen vergesellschaftet. Man wird also Versündigungsideen nicht aus subjektiver Hemmung und aus subjektiver Hemmung nicht Versündigungsideen ableiten dürfen, wiewohl ein derartiger Zusammenhang an sich denkbar ist.

Wir können uns kurz fassen bezüglich der genetischen Ableitung der Einzelsymptome der Depersonalisation auseinander. Konstruktionen, welche die Störungen der Gefühle, der Aktionsgefühle, der Bekanntheitsqualitäten, der Willensvorgänge, der Assoziationen, der Wahrnehmungen etc. an die Spitze setzen und aus der Störung des einen psychischen Elements die Gesamtstörung ableiten wollen, mögen verständlich sein. Diese Zusammenhänge sind aber jedenfalls tatsächlich nicht gegeben und interessieren uns infolgedessen nicht weiter.

Wir haben die Möglichkeiten eines einfühlenden Verstehens mit den bisher vorgebrachten durchaus nicht erschöpft. Die verstehende Psychologie, wie sie sich in den letzten Jahrzehnten ausgebildet, hat auf eine Reihe ganz anders gearteter psychischer Zusammenhänge verwiesen. Strümpell und Möbius haben die einzelnen hysterischen Symptome aus bestimmten Vorstellungen abzuleiten versucht. So gibt Möbius an, die hysterischen Sensibilitätsstörungen zeigten in ihrer Ausbreitung jene Grenzen, welche der populären Vorstellung der einzelnen Glieder entspräche, ein unmittelbar einleuchtender verständlicher Zusammenhang (vgl. hierzu Jaspers).

Viel weiter ist Freud in derartigen Deutungen gegangen. Wir setzen das Wesentliche der Lehre als bekannt voraus und wenden uns sofort zu der Frage, inwieweit ähnliche Zusammenhänge in der Depersonalisation eine Rolle spielen.

Hier muß zunächst hervorgehoben werden, daß häufig im Beginn der Depersonalisation ein Affekt steht. Janet führt aus: „Das Gefühl der Depersonalisation, das bei Ver . . . und bei Bei. so deutlich ausgeprägt war, hat bei beiden brüske und im Anschluß an eine Aufregung eingesetzt. Ver. wurde von seinem Lehrherrn bedroht, der in seiner Hand ein Instrument hielt, Bei. hat in einem Journal eine unglücklich endende Liebesgeschichte gelesen, die zum Suizid führte, die ihr mit ihren eigenen Erlebnissen identisch zu sein schien. Wenn bei diesen beiden Kranken das pathologische Gefühl zurücktrat, so ließ es eine neue Erregung wieder stärker hervortreten. „Das macht mir einen Eindruck im Kopfe und danach scheint es mir, ob nicht ich es wäre.“ Besonders instruktiv ist noch der erste Fall, den Krishaber mitgeteilt hat: Die akute Depersonalisationsattacke tritt im unmittelbaren Anschluß an eine heftige Erregung auf und verschwindet allmählich. Die Beispiele ließen sich leicht häufen. Man findet in den angeführten Krankengeschichten ein ausreichendes Material.

So haben auch Dugas und Moutier die Depersonalisation als Flucht aus der Wirklichkeit aufgefaßt, sich auf die gleichen Tatbestände stützend. Auch sie erwähnen, daß die Emotion die Depersonalisation häufig einleitet. Hier möchte ich nur noch hervorheben (was diese Autoren vernachlässigen), daß diese „Flucht“<sup>1)</sup> in die Depersonalisation den Kranken nicht das verschafft, was sie wünschen, denn der eigentliche Zustand der Depersonalisation ist den Kranken, wie man aus jedem Krankenblatt sehen kann, unendlich viel peinlicher

<sup>1)</sup> Man halte sich stets gegenwärtig, daß die hier vorliegenden Willensentschlüsse sehr oft latent bleiben (vgl. auch im folgenden).



als der tiefste Schmerz. Aber es muß diese „Flucht“ näher charakterisiert werden. Sie stellt im Grunde den Versuch einer Überwindung des Erlebnisses dar. Diese wird in der Art versucht, daß sich das Individuum der Welt, den Gedanken und Ideen voll zuwendet. Glückt die vollständige Überwindung der Wirklichkeit, die reine Versenkung in eine Welt, die nicht der Realität des Alltags angehört, so kommt es zu Zuständen, die weit ab von allem Krankhaften liegen, zu Zuständen, welche dem hohen kontemplativen Glück der Denker entsprechen. Das scheint mir zum Teil wenigstens bei Amiel vorgelegen zu haben. Es sind das Zustände, die deskriptiv psychologisch weit von der Depersonalisation entfernt sind. Jede Unechtheit ist geschwunden, das Individuum erlebt in einheitlicher und tiefer Weise seine Erlebnisse außerhalb der alltäglichen Dingwelt, oder besser, außerhalb der realen Konfliktwelt. Es bestärkt uns eben in der Zuversicht, in die Richtigkeit unserer Analysen, daß sie uns zu allgemeinen Resultaten führen, welche sich dem täglichen Leben einfügen. Freilich muß auch hier noch beachtet werden, daß dann das Denken eben doch der Wirklichkeit, wenn auch in einem anderen Sinne zugewendet bleibt und nicht in eine autistische Welt abirrt. Die Freudsche Schule spricht von Sublimierung und verbindet damit die Vorstellung umgewandelter sexueller Triebkräfte. Wir sehen in dieser Verwindung des Konfliktes eine Vereinheitlichung der Tendenzen, vergleichbar der Vereinheitlichung des vollen Entschlusses. Die Flucht aus der Wirklichkeit kann aber auch in eine wirklichkeitsabgewandte Phantasiewelt führen, wie das unser Fall 6 zeigt. Das ist dann eine Flucht im engeren Sinne des Wortes.

Eine detailliertere Deutung läßt die Beobachtung von Löwy zu (der Autor hat diese selbst vorgenommen). In diesem Falle handelt es sich darum, daß die ersten Erscheinungen dadurch determiniert wurden, daß das Mädchen bei dem Selbstmord eines geliebten Lehrers anwesend war. Dieser Lehrer tötete sich deshalb, weil er fürchtete, sich nicht entwickeln zu können. Während der Zeit der Depersonalisationen kommen zwangsmäßig Fragen: „Ob es eine Seele gibt, ob es eine Fortexistenz nach dem Tode gibt etc.“ Drei Monate nachdem der Lehrer gestorben war, fühlte sie sich nur Geist, nur Seele. Ihr Körper bleibt wie eine Leiche, die sie nicht angeht. Während in der ersten Zeit der Zustand angenehm ist, das Selbstgefühl erhalten bleibt, tritt allmählich der Depersonalizationszustand in seiner quälenden Form auf. Ich glaube, daß in diesem Falle der Nachweis geglückt ist, daß die Patientin versucht, durch die Depersonalisation ein bestimmtes Erlebnis zu verwinden — ein Versuch, der eben mißglückt ist.

Der erste Fall von Krishaber weist mir darauf hin, daß es nicht bloß sexuelle Erlebnisse sind, welche die Depersonalisation bedingen.

Auf einen Fall möchte ich noch besonders verweisen. Es ist der von Touche. Hier wurde der Vater der Patientin durch einen Straßenunfall getötet. Im Anschluß daran kann sich die betreffende Person nicht in Gegenwärtiges hinein versetzen, während sie voll in der Vergangenheit erleben kann. Ein ähnliches instruktives Beispiel rührt von Dugas her.

In meinen eigenen Fällen ist es mir nicht immer gelungen, überzeugend Ähnliches nachzuweisen. Gottfried klagt zwar häufig über Sexuelles, spricht auch gelegentlich (nach Fragen) von Inzestgedanken, doch läßt sich nicht erweisen oder wahrscheinlich machen, daß hierin der Symptomenkomplex seinen Ursprung genommen hätte. Auch bei Johanna lassen sich eine Reihe von Momenten nachweisen, die auf eine psychogene verständliche Entstehung

hindeuten. Sie erkrankt unter Herzerscheinungen, nachdem sie in Sorge gewesen ist wegen eines Herzleidens ihres Mannes. Mehr war trotz aller Bemühung nicht mit Sicherheit zu eruieren. Es muß also gesagt werden, daß es nicht in allen Fällen in gleicher Weise gelingt, den Symptomenkomplex psychologisch verständlich zu machen<sup>1)</sup>.

Am überzeugendsten sind die Zusammenhänge in meinem Fall III. Bei R. S. schließt sich die erste Attacke an den bewußt gewordenen Wunsch an, über dem Leben zu stehen, da er sich tatsächlich dem Leben nicht gewachsen fühlte. Alle neueren Verschlimmerungen des Zustandes schließen an äußere Momente an, das eine Mal erschrickt er über das Aussehen seines Bruders, das andere Mal hörte er einen Zustand, der dem seinen ähnelte als *Dementia praecox* bezeichnen. Schließlich ist es als Besonderheit zu bezeichnen: Neben der Depersonalisation finden sich bei unserem Kranken paranoische Bildungen vor, die gleichfalls verständlich erklärt werden können. Wie bereits erwähnt, war er von seinem Vater ungenügend unterstützt worden. Er selbst meint hierzu, er könne sich nicht entschließen, daran zu glauben, daß ein Vater so handeln könne. Und als er bei der Bitte um Unterstützung von einem Geheimrat nur mit einer geringen Summe abgespeist worden war, meint er, er könne nicht glauben, daß man ihn einfach als lästigen Bittsteller angesehen habe. Es müßten doch dem Handeln des Vaters und des Geheimrats tiefere Gründe innewohnen. Die Annahme ist naheliegend, daß er sich diesen Glauben schafft, um seiner inneren Beschämung zu entgehen. Schließlich wird gerade hier aus der Vorgeschichte deutlich, daß Willensschwäche und Unfähigkeit die Wirklichkeit zu bewältigen, zu seinem Charakter gehören.

Bei der Wichtigkeit, welche die Frage nach der Wertigkeit den Freudschen Theorien zukommt, ist es geboten, sich näher klar zu machen, in welcher Weise denn jene halbe Flucht aus der Wirklichkeit sich charakterisiert. Wir haben immer wieder auf die Tatsache des widersprochenen Erlebens verwiesen. Wir müssen sagen, daß als Ausgangserlebnis der Depersonalisation ein Affekt gedacht werden kann (und die Tatsachen scheinen bis zu einem gewissen Grade recht zu geben) der übermächtig ist und das bisherige Leben unerträglich macht. Im allgemeinen sucht der Nervöse sich von vorneherein gegen derartige übermächtige Erlebnis zu sichern. „Es gibt eine Feigheit des Nervösen, die einen tiefbegründeten Selbstschutz bedeutet. Er gerät in Schläffheit und Apathie, wo er Zornesaffekte zu bewältigen hat, er lebt sich in Blasiertheit und Teilnahmslosigkeit hinein, wo die menschliche Mitempfindung ihn aus der Fassung zu bringen droht. Er vermeidet Gedankenkomplexe, die mit starker Gefühlsbetonung einhergehen, er meidet das Aktuelle und lenkt sich ab auf Nebensächlichkeiten“ (Anton). Überrascht ihn aber das Erleben, so sind ihm zwei Möglichkeiten gegeben: Das Erleben zu verwinden oder sich darüber hinwegzutäuschen. Die Depersonalisation stellt den Versuch der Überwindung dar. Es ist bemerkenswert, daß Ti. und R. S. ihre ersten Attacken nicht so schmerzhaft empfinden, und daß Ti. sich mit einem Philosophen vergleicht, der über die Realität erhaben ist. Es ist bemerkenswert, daß eine Patientin Böttigers erst nach einigen Tagen ihren Zustand als schrecklich empfindet.

<sup>1)</sup> Zu vergleichen ist auch die Studie Abrahams, mit der ich mich jedoch an dieser Stelle nicht ausführlicher auseinandersetzen kann.

Es ist mir nicht wahrscheinlich, daß das hypothetische Trauma als Widerspruch ständig vorhanden ist. In den Fällen, die ich selbst beobachtet habe, war der Widerspruch durch die Tendenz der Selbstbeobachtung repräsentiert. Es ist denkbar, daß der Komplex im Sinn der Schweizer Autoren durch sie vertreten wird. Doch wir wollen uns nicht in Hypothesen verlieren. Es muß jedenfalls hervorgehoben werden, daß sich uns, die wir gewiß von einer ganz anderen Grundlage, der Phänomenologie, ausgingen, eine Reihe von Anschauungen ergeben, welche Berührungspunkte haben mit den Theorien von Bleuler und Jung einerseits und Freud<sup>1)</sup> andererseits. Unseres Erachtens ist zu fordern, daß, wofern die Freudschen Lehren etwas Richtiges an sich haben, nicht bloß eine einzige und noch dazu anfechtbare Methode (vgl. hierzu Isserlin) zu ihnen führen darf. Vielleicht zeigen unsere Ausführungen, daß immanente Kritiken (Kronfeld) bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge durchaus nicht angezeigt sind.

Wir fügen jetzt eine Beobachtung an, bei der der psychologische Tatbestand relativ eindeutig ist: Die Depersonalisation (daß es sich um eine solche handelt, geht aus der Krankengeschichte hervor, die aus den Archiven der Klinik stammt)<sup>2)</sup> ist das Resultat einer heimlichen Angst. Aber diese Angst schwindet vollkommen in dem Momente, wo die Erfüllungswahnidee hervortritt, und sie tritt wieder auf als die Erfüllungswahnidee verschwindet (man ziehe übrigens die Ausführungen Löwenfelds und Strohmayers heran, welche der Angst im Symptomenkomplex der Depersonalisation eine wesentliche Bedeutung zuschreiben).

Leider ist die Klinik des Falles nicht so eindeutig. An Hysterie kann gedacht werden, doch ist wohl eine Dementia praecox wahrscheinlicher. Katanestische Erhebungen waren leider erfolglos. Ich erhielt vom Vater nur die Auskunft, die Tochter lebe außerhalb und die Familie wünschte, der Aufenthalt der Tochter in der Klinik möge in Vergessenheit bleiben. Sie ist also doch wohl gesund geworden?

Fall 6. C. E. G., geb. 1875. Familienanamnese belanglos. Die Eltern und ein älterer Bruder sind gesund. Nach den Angaben der Eltern stellt sich die Vorgeschichte folgendermaßen dar.

Sie ist zu normaler Zeit geboren und hat sich normal entwickelt. Von Kindheit auf war sie eigenartig, wollte sich nie von der Mutter trennen, sie schrie, wenn sie nicht bei ihr bleiben konnte. Sie hat fast alle Kinderkrankheiten durchgemacht. Sie hat immer sehr gut gelernt, war lange Jahre Klassenerste. Das letzte Vierteljahr war sie wegen ihrer Krankheit dispensiert. Sie war anhänglich, zärtlich und gutmütig, gleichwohl tyrannisierte sie das ganze Haus, nahm keine Rücksicht, wenn sie irgend etwas haben wollte. Seit einiger Zeit kann sie nichts vom Tode hören, sie kann keinen Leichenwagen sehen, kann nicht am Friedhof vorübergehen. Spricht viel vom Sterben. Auch in früherer Zeit hat sie viel geklagt, ohne ernsthaft krank zu sein und verlangte nach ärztlicher Behandlung. Vor 4 Jahren war sie mit einem Vetter verlobt, doch wurde diese Verlobung von der Mutter des Bräutigams zu hintertreiben versucht. Die Verlobung besteht jetzt noch fort, doch gab es fortwährend heftige Szenen mit den Verwandten des Bräutigams. 3 Wochen vor der Aufnahme verschlimmerte sich der Zustand sehr, sie glaubte sterben zu müssen, fürchtete eine Magenkrankheit und ist sehr erregt. Tut immer das Gegenteil von dem, was von ihr verlangt wird. Zog sich nicht mehr ordentlich an, aß mit den Fingern, trank viel Bier, manchmal schrie sie heftig, dann ging sie wieder schlecht, konnte nicht Eisenbahn fahren.

<sup>1)</sup> Es orientieren über die Lehre die Schriften von Hitschmann, Mittenzwey.

<sup>2)</sup> Herrn Dr. Quensel bin ich zu Dank verpflichtet, daß er mich auf diesen Fall aufmerksam machte.

Über ihren Zustand vor der Aufnahme orientieren wohl am besten ihre Aufzeichnungen, von denen ich eine folgen lasse.

„Wie fing doch mein Leiden an? Sonderbar, so oft ich schon das Verlangen hatte, augenblickliche Eindrücke niederzuschreiben, ich habe es nie vermocht, ohne mir das Vergangene klar zu legen und immer zu wiederholen. — Als ob altes und neues zusammengehörig. — Mit 11—12 Jahren „wie ist mir“. Mit 14—15: „Wer bin ich“. Dann kamen die wahnwitzigsten Vorstellungen, z. B. „Bin ich eine Fensterscheibe, durchsichtig, klar, die Lebens- und Wesenserscheinungen zeigen doch dieselbe Materie. Dann hörten alle sachlichen Vergleiche auf und ich lebte bis zum 19. Jahre ungefähr (nur mit kurzen Ruhepausen) immer nur danach suchend, welches von allen Gefühlen nun mein „Ich“. Und da mischte ich körperliches Empfinden mit geistigen Gefühlen wild durcheinander, bis das Durcheinander eine etwas bestimmtere Färbung annahm in der quälenden Frage „sind wir Geist in unserem Hauptgefühl oder Körper.“ Mein Seelenglaube half mir schnell, diese Frage zu erledigen: Natürlich sind wir Geist, dieser Geist ist unser Wesensgefühl und der Körper ist eben nur eine Begleiterscheinung. . . . . Um diese Zeit lernte ich meinen Bräutigam kennen, wenn auch nicht gleich lieben, so fing dennoch ein neues Leben für mich an und ich fühlte mich verstanden und neu belebt. . . . . Aber es dauerte nicht lange, so wendete sich mein altes Leiden wieder, wenn es auch eine andere Richtung nahm. Bis zur Raserei steigerte sich meine Verzweiflung, die ich nicht in Worte zu fassen vermochte. Wenn ich ruhig, so mußte ich z. B. krampfhaft nachdenken, wie wohl sich meine Eltern, mein Bruder, mein Verlobter im Wesen fühlen mögen und wurde krank und traurig, in der Erkenntnis, daß ein Mensch des anderen Wesensgefühl nie zu verstehen vermag und weinte tagelang. Ich kam nie zu euch, ich muß immer allein sein. . . . . Daraus entstand das Gefühl, daß ich überhaupt nicht zu meiner Umgebung könne. Dann wieder habe ich mich wochenlang bis zum Wahnsinn vor meinem Kopfe gefürchtet, die Vorstellung, lauter Blut um mich herum zu haben, machte mich toll. . . . So ging es bis zum 21. Lebensjahr weiter, ich tat dann Arbeit, soviel ich mußte, nicht haarbreit mehr, raste, tobte, schrie monatelang, war ebenso lange ruhig in mich gekehrt, dann kamen Monate, wo andere Interessen stärker waren als mein kostbares Ichgefühl. Ich verlobte mich, und noch vor dem Tage meiner öffentlichen Verlobung brach mein Wahnsinn im vollen Umfange aus, ich litt maßlos. . . . . Wirklich schien es, als werde es besser mit mir (sie hatte früher die Äußerlichkeiten ihrer Verlobung geschildert). Ich erstarkte körperlich, fing an zu arbeiten. . . . . und teilte vor allen Dingen alle geistige Arbeit mit meinem Verlobten. Ab und zu hatte ich heftige Angstanfälle und hatte bei Anstrengung gegen Abend eine furchtbare Kopfschwäche. . . . . Ich hielt nicht nur mein wahres ewiges Ich für geistig, sondern das geistige Selbst für eine ganze Person, den Körper für ganz nebensächlich. Dann durfte ich auch nie allein sein und nie in mich hineinsinnen. Das ging bis zu Ostern 1898. . . . . Aus dieser Angst entstand die Frage, was ist Seele, woraus ist Geist, dann erkannte oder glaubte deutlich zu erkennen, daß alles von meinem Wesen, das ich für rein geistig gehalten hatte, Materie und Körper ist, daraus entstand der wahn sinnige Schmerz, kein Ich, keine Seele zu haben, dazu eine wahn sinnige Furcht und Angst vor der Fleisch- und Blutmasse meines Körpers, die gräßlichsten Vorstellungen von der Zusammensetzung des Körpers. Und schließlich trafen alle diese Gefühle im Gehirn und faßten sich in der Frage zusammen, ist unser Lebensgefühl geistig oder körperlich?“

Eine Reihe von ähnlichen Schriftstücken bringen die gleichen Gedanken in wenig geänderter Form. Am 21. XI. 1899 wird sie in die Klinik aufgenommen. Die körperliche Untersuchung ergibt, zahlreiche Druckpunkte, im übrigen nichts Auffallendes. Bei der Aufnahme jammert die Patientin fortwährend und verlangt nach ihrer Mutter, wirft sich mehrfach auf die Erde. Sie jammerte die ganze Nacht über Beklemmungen und verlangte bald dieses, bald jenes. Die Verzweiflungsausdrücke sind affektiert und übertrieben, die Orientierung ist eine ausgezeichnete. Am 23. XI. verlangt sie, jammert nach dem Besuch ihrer Mutter, als es ihr abgeschlagen wird, springt sie im Bett empor, „ach Gott, meine Mutter ist gestorben. Ich muß hier im Irrenhaus bleiben!“ Auch der Vater und der Bräutigam seien tot. Sie hat „Nebelbilder“ gesehen. Sie habe alles das gesehen, was sie vorher betrachtet habe. Als sie vom Tode der Mutter spricht, sieht sie Himmelstränen herabfallen, nach denen sie greift. Im Laufe des Tages sagt sie, im Saal seien Todesanzeigen verlesen worden, man sprach von 5 Gräbern. Nachmittags seien ihr Blumen- und Totenkränze erschienen, darinnen ihre Eltern. Sie werde belogen, verrückt gemacht, müsse in Kürze sterben. Im ganzen wird

sie ruhiger und zeigt keinen stärkeren Affekt. Auch in den nächsten Tagen gibt sie an, ihre Mutter zu hören, dieselbe sei hier im Haus, sie raste, weil sie ihre Tochter nicht zu sehen bekomme, man möge sie zu ihrer Mutter lassen, auch wenn diese wild und tierisch sei. Das ganze macht einen spielerischen Eindruck.

Am nächsten Tag jammert sie wieder um ihre Eltern, die gestorben seien.

Am 28. XI. beginnt sie wieder um Hilfe zu schreien, verkennt fast alle Personen oder gibt sich wenigstens den Anschein. Am 29. XI. ist sie einsichtiger, gibt aber an, von vielen Erlebnissen nichts zu wissen. Im nächsten Monat ist sie vollkommen klar, äußert nur zeitweise hypochondrische Ideen und Befürchtungen betreffs der Mutter. Sie klagt über ein Gefühl unangenehmer Leere im Kopf und hat meist gegen Abend starke Angst. Sie beschuldigt sich in einem Briefe nach Hause, sie habe sich mit ihrem Bräutigam vergangen. Man hat aber im ganzen den Eindruck, daß es ihr mit allem wenig ernst ist. Bis zu ihrer Entlassung am 20. II. 1900 tritt eine wesentliche Änderung nicht ein.

Am 6. VIII. 1900 kommt sie freiwillig in die Klinik, klagt über große Unruhe und Angst, sie sehe es vor sich, wie sie tobsüchtig würde. Es treten heftige Angstanfälle auf, der Schlaf ist schlecht. Sie stöhnt, sie müsse sterben, schreibt verzweifelnde Briefe nach Hause, klagt über Schmerzen.

Am 16. VIII. ist sie sehr erregt, läuft jammernd im Zimmer umher, habe keine Luft, müsse sterben, sie wird in den nächsten Tagen zwar etwas ruhiger, erzählt aber auf Befragen von Störungen der Empfindung, der Erinnerung, des Selbstgefühls.

Sie hat oft das Gefühl, als seien die Finger abgestorben. Der Kopf wird weich, fällt zusammen, sie ist schon tot, der Atem geht nicht tief hinein in die Brust, wenn sie etwas berührt, hat sie sonderbare Empfindungen in den Fingerspitzen. Beim Denken hat sie das Gefühl, als ob Geist und Körper getrennt seien. Es ist, als wenn sie in verschiedenen Momenten eine ganz verschiedene Person sei. In fremder Umgebung muß sie sich erst allmählich eingewöhnen, auch Bekannte kommen ihr nach kurzer Trennung ganz fremd vor. Bisweilen sind ihr die Bekannten und die anderen Menschen überhaupt, wie Wesen ganz anderer Art, so daß sie sich selbst vor ihrer Mutter fürchtet.

Am Abend ist sie wieder außerordentlich ängstlich. Sie klagt über Atembeklemmungen. Am 30. VIII. ist sie die Nacht hindurch außerordentlich laut und erregt, schreit um Hilfe, weint, weigert sich Schlafmittel zu nehmen und äußert Suizidabsichten. Am nächsten Morgen erzählt sie, sie sei mit dem Arzt verheiratet. Schreit viel. Sie redet bei der Visite am 31. VIII. den Arzt mit Du an „Verzeihe mir doch“, sucht ihn festzuhalten. Von nun an schreibt sie unaufhörlich Briefe an den Arzt, in der Vorstellung, mit ihm verheiratet und von ihm gravide zu sein. Im übrigen ist sie klar. Beteuert immer, es sei keine Täuschung, daß Dr. Qu. ihr Mann sei, sie könne es beweisen, fühlt sich in anderen Umständen, spricht viel von ihrem Kinde. Schreibt eine Menge Briefe an ihren vermeintlichen Gatten und unterzeichnet mit dessen Namen. Sie deutet Zufälligkeiten im Sinne ihrer Vorstellungen und bringt immer mehr Personen ihrer Umgebung in Beziehung zu ihren Vorstellungen. Die Oberin bezeichnet sie als Mutter des Doktors und nennt sie Frau Geheimrat. Eine Pflegerin bezeichnet sie als Tochter derselben, den Geheimrat bezeichnet sie als Schwiegervater. Ihre Stimmung ist gehoben, singt und lacht, schwelgt im Liebesglück und ist Korrekturversuchen gegenüber unzugänglich. Ihr körperliches Befinden ist auffallend gebessert.

Am 30. IX. verweigert sie die Annahme von Briefen, die auf ihren eigenen Namen lauten. Sie sieht in sämtlichen Pflegerinnen gleichfalls Verwandte, versucht sie zu umarmen und zu küssen und nennt dieselben Du. Sie arbeitet fleißig, ihre Stimmung ist gehoben. Nur einmal vorübergehend ein Weinkrampf. Am 8. X. hält sie noch immer an ihren Vorstellungen fest und zieht immer mehr Personen in ihre krankhaften Vorstellungen ein. Ihre Äußerungen machen einen etwas läppischen Eindruck. Ihre Mutter bezeichnet sie als Mama, gleichzeitig die Oberin als Mutter. Am 12. X. kniet sie nachts vor der Pflegerin nieder und versucht sie zu lieblosen und ruft „wenn zehn sprechen, kann ich doch nichts verstehen“. Sie wird nachts überhaupt unruhig, hört Stimmen, Dr. Qu. habe zu ihr gesprochen und von der Vergangenheit erzählt. Auch habe er verschiedene Anspielungen gemacht „Du bist eine Prinzessin“, der Geheimrat sagte, „harre aus mein Kind“. Jetzt sind auch wieder Schmerzen auf der Brust, Angstgefühl und Herzklopfen gekommen, Beschwerden, die in der letzten Zeit schon verschwunden waren. Das System wird weiter ausgearbeitet, auch nach der Vergangenheit hin. Die Personen der Umgebung werden sämtlich als Verwandte

bezeichnet, der Geheimrat wird als Vater tituliert, trotzdem erkennt sie ihre Eltern an (16. X. 1900). Bis zum 11. November 1900 sind nachts meist Atemnot und Herzbeschwerden vorhanden. Häufig hört sie nachts ihren Mann Dr. Qu. und ihren „kaiserlichen“ Schwiegervater (der Geheimrat) auf sie einsprechen. Sie kann jedoch die Worte nur sehr schwer verstehen. Häufig kommen phantastische Größenideen, sie sei Gräfin, sehr reich. Ihre wahnhaften Vorstellungen konzentrieren sich um ihre Verheiratung. Man hat oft den Eindruck des Gekünstelten und die ganzen Wahnbildungen machen mehr den Eindruck von Phantasiegebilden. Gegen Ende November kommen häufig Äußerungen, welche darauf hindeuten, daß sie ihre Vorstellungen modifiziert. Doch hält sie bis zu ihrer Entlassung daran fest, daß sie Frau Dr. Qu. sei. Nur die Idee der Schwangerschaft hat sie aufgegeben, nachdem nach mehrmonatiger Pause am 5. XII. die Menses wieder eingetreten waren.

Sehr bald kommt sie jedoch wieder in die Klinik (2. I. 1901). Jetzt treten die alten Beschwerden wieder auf, sie beschäftigt sich mit den Wechselbeziehungen zwischen Geist und Körper, sie glaube oft ein Geist zu sein, dann wieder halte sie sich für Fleisch, wie es von den Schlachttieren beim Fleischer hinge. Sie wirft u. a. die Frage auf, ob der Körper dazu da sei, der Seele einen Aufenthaltsort zu gewähren oder ob diese den Körper nur in Bewegung setze. Nachts hört sie wieder Stimmen, die aus den Gängen gekommen seien. (5. I. 1901.) Die Patientin unterzeichnet zwar jetzt mit ihrem richtigen Namen, nichtsdestoweniger hält sie wieder an der Idee der Kohabitation fest. Sie müsse irrsinnig werden, wenn sie sich sagen solle, das sei alles Einbildung gewesen. Sie könne sich ja selbst dann nicht mehr trauen. Der referierende Arzt vermerkt, daß anscheinend eine wirkliche Leidenschaft die Kritik lähme und die Korrektur verhindere. Die Ängstlichkeit und die Atemnot faßt er als einen Ausdruck der Erregung bei spontanen Korrekturversuchen auf. Die Wahnidee blaßt zwar im folgenden immer mehr ab, doch hält sie an der Idee der Kohabitation fest. Je mehr aber die Ideen zurücktreten, desto mehr treten die Ideen, daß sie Geist sei, daß sie sterben müsse, unter heftigen Angstgefühlen und Atemnot auf. Auch bei der Entlassung am 18. II. sind noch Reste vorhanden. Auch sind Stimmen noch da, sie versteht sie aber gar nicht. Die Grübeleien über Seele und Körper stehen im Vordergrund, sie hat unzählige hypochondrische Beschwerden. Die Atemnot und die Beschleunigung der Pulsfrequenz nehmen oft bedrohliche Formen an.

Es handelt sich also um eine Patientin, welche seit ihrem 11. Lebensjahre von metaphysischen Zweifeln geplagt wird, im 21. Lebensjahr kommt es in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Verlobung zu einer akuten Psychose, in der Angstgefühle dominieren. Sie hört die Stimme ihrer Mutter. Sie halluziniert auch optisch. Sie beschuldigt sich, sich mit ihrem Bräutigam vergangen zu haben. Dann tritt der ausgesprochene Symptomenkomplex der Depersonalisation auf, der ungemein quälend ist, er schwindet, als die Patientin zu der Idee gekommen ist, Frau eines Arztes der Klinik zu sein und von ihm gravid sei. Im Anschluß daran entwickelt sie ein ausgesprochenes Wahnsystem (zum Teil unter doppelter Buchführung!). Sie ist ruhig und glücklich. In dem Momente, als die Wahnideen schwinden, trat neuerdings ihr metaphysischer Zweifel, die Angst und die hypochondrischen Beschwerden auf. Sie hält an der Idee der Kohabitation fest, „um nicht irrsinnig zu werden“. Je stärker die Idee abblaßt, desto lebhafter werden ihre Beschwerden.

Fälle dieser Art zeigen, wie viel Richtiges in der Lehre Freuds enthalten ist, daß die Wahnidee einen Heilungsversuch bedeutet.

Wir können also zusammenfassend sagen, daß wir den Symptomenkomplex der Depersonalisation unter dem Gesichtspunkt der Flucht, vor vollem Erleben nachfühlend verstehen können. Es ließ sich aus dem nicht voll verwundenen affektvollen Erlebnis der deskriptive Charakter der Widersprochenheit des Erlebens beim Depersonalisierten verstehen. Bezüglich der inhaltlichen Sphäre der Erlebnisse konnte eine Bevorzugung sexueller Inhalte als Krankheitsursache nicht erwiesen werden. Wir dürfen uns jedoch nicht darüber täuschen, daß das

nacherlebende Versehen, das innerliche Nachbilden der Zusammenhänge nicht zu den gleichen Graden der Evidenz führen kann und in diesem Falle auch nicht führt, wie das kausale Verständnis. Auch erreicht das einführende Nacherleben nicht jene Klarheit der Anschauung, wie sie die deskriptive psychologische Zergliederung bringt.

Auch bin ich mir sehr wohl bewußt, daß hier nur Gesichtspunkte und Andeutungen, aber keine abschließenden Ergebnisse dargeboten werden konnten.

### **Die klinische Bedeutung der Depersonalisation. Ein Beitrag zur Lehre von den Symptomenkomplexen.**

Seit dem Referate Hoches über die Melancholiefrage ist viel die Rede gewesen von Symptomenkomplexen. Soweit ich jedoch die Literatur überblicke, liegt eine eingehendere Studie im Sinne der Hocheschen Ausführungen bisher noch nicht vor. Im folgenden soll ein derartiger Versuch unternommen werden.

Die Ausführungen Hoches gipfeln in folgenden Sätzen: „Die bisherigen großen Krankheitsbilder haben sich, das wird heute kaum jemand im Ernste bestreiten wollen, als zu ausgedehnt erwiesen, um Einheiten darzustellen. Die einzelnen Elementarsymptome wiederum sind zu klein. Ich glaube nun, daß wir weiter kommen werden, wenn wir den Versuch machen würden, Einheiten zweiter Ordnung zu finden, gewisse immer wiederkehrende Symptomenverkuppelungen, die wir sehen lernen werden, wenn die Aufmerksamkeit erst darauf eingestellt sein wird.“ Hoche selbst führt die Hypochondrie, die Neurasthenie, die Hysterie als Beispiele an. Er ist der Ansicht, daß einzelne dieser Syndrome im Seelenleben des Normalen vorgebildet sind.

Es ist nicht meine Absicht, die Lehre von dem Symptomenverkuppelungen historisch darzustellen. Es sei nur hervorgehoben, daß Hoche im wesentlichen auf die Lehren Wernickes zurückgreift. Wernicke baut seine psychiatrische Systematik auf das eingehende Studium von Symptomenkomplexen auf und er hat auch die uns hier interessierende Symptomenverkuppelung treffend beschrieben und analysiert.

Das Unternehmen, die Depersonalisation eingehender klinisch zu studieren, scheint schon deswegen berechtigt, weil in der Literatur eine große Reihe von divergenten Ansichten niedergelegt sind.

Krishaber spricht von einer eigenen Krankheit, die er als Neuropathie cerebrocardiaque bezeichnet. Einen recht nahestehenden Standpunkt nehmen Dugas und Moutier ein, welche den Symptomenkomplex als eine besondere Form im Rahmen degenerativer Zustände auffassen. Janet reiht die uns interessierenden Fälle, zusammen mit den Zwangsercheinungen und einer Reihe anderer Fälle, seiner Psychastheniegruppe ein. Juliusburger, der einige Fälle gesehen hat, spricht von Pseudomelancholie und scheint geneigt, diese als Untergruppe der Dementia praecox zu betrachten. Allerdings diagnostiziert er in einem der Fälle Melancholie. In der ersten Publikation ist von Dementia praecox noch nicht die Rede. Mit Entschiedenheit stellt sich Juliusburger erst in seiner vorletzten Abhandlung auf diesen Standpunkt. Urstein reiht die Fälle rückhaltlos der Dementia praecox an, da er eine intrapsychische Disharmonie bei ihnen zu entdecken glaubt. Heilbronner spricht sich wieder für die Diagnose Melancholie aus, da ihm die sogenannte subjektive Hemmung, die

Diagnose der Melancholie hinreichend zu sichern scheint. Auf die subjektive Hemmung legt ja auch die Jungheidelberger Schule Gewicht und Wilmanns berichtet über eine hierher gehörige Beobachtung, die er dem manisch-depressiven Irresein zuzählt. Eine ähnliche Auffassung leuchtet bei Kahn durch. Hirt entschließt sich zu der gleichen Diagnose. Man sieht, daß eine Einigung nicht erzielt ist.

Es könnte gewagt erscheinen, auf Grund eines relativ spärlichen persönlichen Materials, an diese Frage heran zu treten. Es liegen jedoch in der Literatur eine große Reihe von verstreuten Beobachtungen vor, die sich zum Teil auf eine sehr lange Beobachtungsdauer stützen. Wegen des psychologischen Interesses, das diese Fälle bieten, sind die Krankengeschichten meist mit besonderer Sorgfalt wiedergegeben. Ein großer Teil der Widersprüche rührt daher, daß die Autoren voneinander nicht Kenntnis genommen haben und die Kasuistik nicht genügend berücksichtigt haben. Jedenfalls glaube ich, daß auf Grund des vorliegenden Materials eine ausreichende Beurteilung der klinischen Bedeutung des Zustandsbildes möglich ist, ja, ich hoffe sogar, Tatsachen beibringen zu können, welche für die allgemeinen Fragen der psychiatrischen Systematik von Bedeutung sind.

In dem Anhang sind die vollständiger beschriebenen Fälle aus der Literatur im Auszug angegeben. Ich hoffe, daß mir nichts Wesentliches entgangen ist. Wir benützen als Ausgangspunkt unserer Erwägungen durchaus die Systematik Kraepelins. Im Verlauf der Untersuchungen soll hervorgehoben werden, inwieweit Abweichungen von dieser notwendig erscheinen. Noch eine Vorbemerkung: Es wird selbstverständlich nicht jede unserer diagnostischen Erwägungen in den einzelnen Fällen überzeugend wirken. Man halte sich jedoch die Gesamtheit des Materials vor Augen. Selbst, wenn sich unsere Anschauungen bezüglich dieses oder jenes Falles als unhaltbar erweisen sollten, so wäre damit unsere Gesamtdarstellung noch keineswegs erschüttert.

Der Gang der Untersuchung ist der, daß wir zunächst die funktionellen Psychosen in den Kreis unserer Betrachtung ziehen. (Manisch-depressives Irresein und Neurosen im weitesten Sinne.) Die überwiegende Mehrzahl der Fälle gehört in diese Gruppe.

Ich beginne die Untersuchung mit der Betrachtung der beiden ersten Fälle Böttigers. Es handelt sich um Erkrankungsfälle von außerordentlich langer Dauer. In dem ersten Falle besteht die Störung seit 30 Jahren, in dem anderen seit 20 Jahren. In beiden Fällen hat die Störung plötzlich eingesetzt. Der Patientin kam der Zustand zunächst komisch vor, bei dem zweiten Patienten setzt sie ein mit einer abnormen Lebhaftigkeit des Interesses. Es ist erwähnenswert, daß keine Angaben darüber bestehen, daß die Patienten schon vorher von der Norm abwichen. In einem Fall besteht hereditäre Belastung (Migräne, Nervosität, und eine nicht näher bezeichnete Geistesstörung), in dem anderen besteht keine hereditäre Belastung. Bemerkenswert ist ferner, daß in dem zweiten Falle eigenartige ekstatische Zustände bestehen. In diesem Fall wird auch sonst von Schwankungen des Zustandes berichtet. In dem ersten Falle muß die Patientin, ohne daß sie will, über das Erlebte nachdenken. Wir stoßen sofort auf große Schwierigkeiten, wenn wir eine Klassifikation dieser Zustände versuchen. Das Symptomenbild entspricht ja fast vollkommen dem, was Kraepelin, Wilmanns, Dreyfus als subjektive Hemmung bezeichnen. Andererseits muß ausdrücklich betont werden, daß durch die Untersuchungen Janets erwiesen ist, daß bei



Nervösen sich die wesentlichen der hier vorhandenen Symptome aufzeigen lassen. Janet spricht von Psychasthenie und faßt unter dieser Bezeichnung zusammen die Zwangsercheinungen und diejenigen Symptomenbilder, welche in Deutschland vielfach als konstitutionelle Neurasthenie bezeichnet werden. Es scheint also die symptomatologische Betrachtungsweise zu versagen, wenn auf Grund der Symptomatologie auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe sogenannter funktioneller Geistesstörungen geschlossen werden soll. Wir müssen also versuchen, auf Grund anderweitiger Momente zu einem Urteil zu kommen. Nun muß gesagt werden, daß in beiden Fällen von einem bestimmten psychischen Trauma nicht die Rede ist. Von spezifisch psychasthenischen Erscheinungen ist nur zu vermerken, daß der erste Fall ein sehr lebhaftes Krankheitsgefühl besitzt, und daß eine Andeutung von Zwangsdanken besteht. Beiden Erscheinungen wird man kein zu großes Gewicht beilegen dürfen. Sie finden sich, wie je genügend bekannt, auch bei depressiven Zuständen nicht selten. Wollte man hingegen manisch-depressives Irresein diagnostizieren, so wäre der apoplektiforme Beginn auffällig. Auch sind meines Wissens depressive Attacken von derartiger Dauer kaum beschrieben. Allerdings bliebe die Annahme möglich, daß eine depressive Konstitution erst in einem bestimmten Lebensalter eingesetzt habe. Doch entspricht das ganze Zustandsbild einer derartigen Annahme nicht. Man könnte schließlich die Angaben der Patienten über die lange Dauer des Zustands in Zweifel ziehen und meinen, in einer depressiven Phase stellte sich das vorangehende Leben verändert dar. Damit ist jedoch nicht in Einklang zu bringen, daß im allgemeinen die Patienten dieser Art über das Tatsächliche ihres vorangehenden Lebens stets sehr genau referieren. Es bliebe noch zu erörtern, ob die eigenartigen Zustände, die der zweite Patient beschreibt, in denen ihm die Natur schön vorkommt etwa als interkurrente manische Phasen gedeutet werden können. Diese Annahme erscheint zwar möglich, doch immerhin etwas gezwungen. Auch die Heredität gibt keine bestimmtere Möglichkeit der Beurteilung. Wir müssen also sagen, daß Kriterien, welche uns die Fälle eindeutig zuordnen ließen, nicht vorhanden sind.

Wir müssen uns also zu weiteren Fällen wenden, ob diese eine striktere Deutungsmöglichkeit ergeben.

Wir wenden uns zu jenen Fällen, in denen gleichfalls nur von einer Attacke berichtet ist. Am interessantesten ist uns hier der Fall 1 von Juliusburger. Hier besteht eine Familienanamnese, welche für manisch-depressives Irresein sprechen würde. Nach der Selbstschilderung des Kranken wäre man berechtigt anzunehmen, daß es sich um eine konstitutionell Verstimmete schon vor der Erkrankung gehandelt hat. Die Patientin gibt an, die geringsten Kleinigkeiten hätten einen furchtbaren Eindruck auf sie gemacht, Rügen hätten sie so tief niedergedrückt, daß sie an nichts mehr Freude gehabt hätte. Seit dem Tode ihrer Mutter fehlte ihr der natürliche Frohsinn und sie hätte im Leiden Genuß gefühlt. Allerdings stimmten die Angaben ihres Bruders nicht mit den Angaben der Patientin überein. Dieser gibt an, die Patientin sei lebhaft, heiter und eigensinnig gewesen. Die Erkrankung dauert hier unter Schwankungen etwa 10 Jahre. Es wechselten Besserungen und Rückschläge miteinander ab. Auch in diesem Falle besteht die Möglichkeit einer bestimmten Zuteilung nicht. Allerdings scheint manches für manisch-depressives Irresein zu sprechen. Es ist dies übrigens der einzige Fall, wo manisch-depressive Antezedentien in der Familie

nachweisbar sind. Der Verlaufsform nach könnte man an hartnäckige Psychasthenie denken. Es ist zu erwähnen, daß ein psychisches Trauma den ersten Erscheinungen voranging. Durch die Untersuchungen von Reiß haben wir jedoch von der schematischen Lehre absehen gelernt, daß der Nachweis einer auslösenden Ursache gegen Formen des manisch-depressiven Irreseins sprechen müsse.

Auch eine weitere Reihe von Fällen bringt die erwünschte Aufklärung nicht. Der Fall von Ball zeigt eine 7jährige Krankheitsdauer. Das Einsetzen ist apoplektiform, doch findet nach einigen Jahren noch eine Steigerung statt. Von psychischen Ursachen ist nichts erwähnt. Der Fall Ver.<sup>1)</sup> von Janet zeigt einen apoplektiformen Beginn. Der Patient war als Kind bald eigensinnig, bald willenlos. Die Eltern werden als nervös bezeichnet. Noch instruktiver ist der Fall Bei. des gleichen Autors. Wieder Beginn im unmittelbaren Anschluß an Aufregung. Interessant ist der Verlauf; nach 2 Jahren treten an die Stelle des Symptoms der Depersonalisation ausgesprochene Zwangsercheinungen. In dem Falle Pl. besteht hereditäre Belastung im Sinne neurotischer Disposition. Die Depersonalisation stellt sich im Anschluß an eine Niederkunft ein. In dem vierten Fall Böttigers fehlen Angaben über den Verlauf, so daß man sich eines Urteils überhaupt enthalten muß. Die Ausbeute der Fälle dieser Gruppe ist nur insofern von Belang, als für Ver. ein psychopathischer Charakter wahrscheinlich ist. Am wesentlichsten ist, daß der Zustand von Bei. in Zwangsvorstellungen ausklingt. In der Antezedenz der Patienten finden sich ausschließlich Neurosen. Alle vorhandenen Angaben reichen nicht mit Sicherheit aus, die Frage nach der nosologischen Stellung endgültig zu erklären. Sie scheinen jedoch eher im Sinn von Neurosen zu sprechen.

Der Fall Wernickes verläuft in zwei Attacken, von denen die erste im Anschluß an Überanstrengung auftritt. Schon vor der Erkrankung sind Beschwerden vorhanden, welche Wernicke als hysterisch bezeichnet, die wir jedoch eher als neurasthenisch deuten möchten. Die erste Attacke dauert 4 Jahre, die zweite, die im Anschlusse an das Klimakterium aufgetreten ist, 3 Jahre. Zwangsercheinungen sind angedeutet.

Viel häufiger sind jedoch diejenigen Fälle, wo auf einen kurz dauernden ersten Anfall eine Serie weiterer folgt oder wo sich nach einem kurzen Anfall ein länger dauernder einstellt. In dem Falle Hirts trat das Leiden zunächst nur etwa alle halbe Jahre einmal auf bevor der Zustand chronisch wurde. Die Dauer dieser kurzen Anfälle betrug eine halbe Minute bis eine Minute. Geradezu klassisch ist in dieser Hinsicht der Fall Löwys, in dem angenehme, gleichgültige und unangenehme Zustände zunächst kurz dauernd, allmählich immer länger werdend, auftreten. Dieser Fall ist uns besonders auch deswegen beachtenswert, weil das Zustandsbild durch psychische Momente determiniert erscheint. Beides, die kurzdauernden Anfälle und diese weitgehende Determination der Symptome, läßt weit eher an eine Neurose denken.

Wir wenden uns jetzt wieder jenen Fällen zu, in welchen mehrfache Attacken von längerer Dauer bestehen. Zunächst sei der Fall von Bernard-Leroy, Deny und Camus angeführt. Vom 17.—25. Lebensjahr häufig Migräne. Sie

<sup>1)</sup> Daß der eigentlichen Erkrankung eine „anfallartige Attacke“ voranging, sei vermerkt.

wird als leicht erregbar geschildert. Die erste Krise mit 43 Jahren von einjähriger Dauer. Von neuem beginnt eine in ihrem 45. Lebensjahr, sie ist nach zwei Jahren noch nicht abgeklungen. Auch hier spricht, trotz der Periodizität, der ganze Verlauf eher für eine Neurose, wiewohl sichere Kriterien nicht vorhanden sind. In dem Falle von d'Allonnes entwickelt sich die Krankheit auch in mehreren Schüben. Die erste Krise mit 24 Jahren von sechsmonatlicher Dauer, die zweite tritt in ihrem 32. Lebensjahr auf und dauert zwei Jahre, eine weitere kommt in ihrem 37., noch eine in ihrem 49. Lebensjahre. Sie erkrankt jetzt mit 52 Jahren. Die Symptomatologie und die Familiengeschichte ist nicht auffällig. Sie wird als leicht erregbar und affektiv veranlagt geschildert. In dem dritten Falle Böttigers besteht keine hereditäre Belastung. Mit 17 Jahren hat sie zum erstenmal die Erkrankung, die ohne besondere Veranlassung anfangs selten auftritt, jetzt (im 38. Lebensjahr) alle ein bis zwei Jahre. Die Zustände beginnen allmählich, Zwangsercheinungen sind vorhanden. Auch die Patienten Oesterreichs zeigen einen periodischen Verlauf der Erkrankung. Ti. hat schon im 14. Lebensjahr eine Depersonalisationsattacke. Die schwere Erkrankung tritt im 20. Lebensjahre auf. Auch Frau hat mit 15 Jahren eine Attacke. Einige Jahre später treten neurasthenische Beschwerden auf. Mit 31 Jahren beginnt die jetzige Erkrankung, die etwa 4 Jahre lang dauert. Keine Zwangsercheinungen, nichts von Heredität. Auch in dem Falle Försters, der eine 49jährige Frau betrifft und die erblich nicht belastet ist, tritt die Erkrankung in Attacken auf. Die erste fand im 16. Lebensjahre statt, jedes folgende Jahr wiederholt sich die Störung. Die letzte Attacke bestand nach 3jähriger Dauer noch fort. Zwangsercheinungen waren vorhanden. Die Patientin Dd. Janets stammt aus einer belasteten Familie. Sie hat als Kind Ohnmachten gehabt. Schon bei der ersten Schwangerschaft bestand ein Depersonalisationszustand, der bei der dritten wieder einsetzte. Die 32jährige Pot. hat eine an Zwangszuständen leidende Mutter, sie war immer ernst und leicht beunruhigt. Mit 24 Jahren zum erstenmal psychasthenische Beschwerden. Nach der dritten Geburt im Anschlusse an zweimaliges Erschrecken der Symptomenkomplex der Depersonalisation. Es treten jedoch keine Zwangsvorstellungen auf. Dauer sechs Monate.

Allen hier erwähnten Fällen ist gemeinsam, daß sie in ausgesprochener Weise in Schüben verlaufen. Während in einer Reihe von Fällen Gelegenheitsursachen angegeben werden, ist bei anderen davon nicht die Rede. Bei manchen Fällen werden sie sogar direkt negiert. Die Dauer der einzelnen Schüben ist eine außerordentlich wechselnde. Häufig kommt auch die Störung in der Form von Anfällen kürzester Dauer. Zwangszustände sind in einer Reihe von Fällen angegeben.

Eine besondere Beachtung verdient hier der Fall von Dugas, denn hier treffen die Depersonalisationsattacken zunächst die Erinnerungen, ein Verhalten, das gewiß außerordentlich schwer im Sinne des manisch-depressiven Irreseins gedeutet werden kann, denn eine auf die Erinnerungen beschränkte partielle subjektive Hemmung wird wohl kaum angenommen werden können. Der Patient konnte zunächst nicht an seine Vergangenheit glauben und zwar zunächst 1893 nur an die entferntere Vergangenheit nicht, 1895 und 1896 kommen neue Attacken, die sich aber wieder nur auf die Vergangenheit beziehen. Schließlich kommt es zum voll ausgebildeten Symptomenkomplex. Das, was mir wichtig erscheint ist, daß die Störung ausgesprochen periodisch auftritt, äußere

Veranlassungen nicht nachgewiesen sind, gleichwohl spricht die Symptomatologie gegen einen manisch-depressiven Zustand<sup>1)</sup>.

Es sei jetzt über zwei Fälle von zirkulärer Verlaufsart berichtet. Unsere Patientin Johanna, welche von Hause aus, eine mehr passive Natur ist, und eine nervöse Mutter hat, erkrankt im Anschluß an das Wochenbett an Depersonalisation, mit 27 Jahren. Die Erkrankung klingt in der Art ab, daß nach etwa  $\frac{3}{4}$ jähriger Dauer allmählich Phasen von Euphorie sich einschieben bis die heitere Stimmung schließlich dauernd wird. Nach der Entlassung zeigt sich ein ausgesprochen hypomanisches Zustandsbild. Die neue Erkrankung setzt 3 Jahre später bei ausgesprochenen Motiven plötzlich ein. Auch in ihr finden sich Phasen auffallender Heiterkeit, die sie allerdings nicht als echt bezeichnet. Zwangsercheinungen sind vorhanden. Einen ähnlichen Krankheitsverlauf zeigt die Kranke Försterlings. Allerdings handelt es sich nur um eine einzelne Phase. Die Heilung der Depersonalisation tritt in der Art ein, daß sich immer länger dauernde Phasen von Heiterkeit einschieben. In diesen beiden Fällen scheint der zirkuläre Verlauf entschieden im Sinne des Manisch-Depressiven zu sprechen. Es muß jedoch ausdrücklich betont werden, daß beide Fälle viel Verwandtes zu neurasthenischen Erkrankungen zeigen. Insbesondere scheinen die Phasen der Patientin Johanna durch äußere Ereignisse ausgelöst zu sein<sup>2)</sup>. In den vorangehenden Zeilen sind die Haupttypen in der Verlaufsart geschildert. Weitere Ergänzungen können nach der Kasuistik leicht vorgenommen werden.

Fassen wir das Ermittelte kurz zusammen, so ergibt sich

1. Nur bei einem Falle wird von manisch-depressiven Geistesstörungen in der Antezedenz gesprochen. In den meisten Fällen findet sich, soweit eine Beurteilung möglich, in der Antezedenz Psychasthenie im Sinne Janets.
2. Das Lebensalter der Kranken beim Einsetzen der Attacke ist sehr verschieden. Besonders begünstigt erscheint die Zeit der Entwicklung und bei Frauen die Zeit des Klimakteriums, doch finden sich ähnliche Erkrankungen auch im Kindesalter (Hesnard). Im übrigen wird kein Alter völlig verschont<sup>3)</sup>.
3. Männer und Frauen sind in nicht merklich verschiedenem Grade betroffen.
4. In der Mehrzahl der Fälle findet sich, daß das Individuum auch vor der Erkrankung eigenartig veranlagt war. Häufiger finden sich Angaben im Sinne psychopathischer Konstitutionen. Nur in einem Fall ist die Annahme konstitutioneller Verstimmung nicht auszuschließen.

---

<sup>1)</sup> Doch muß noch einschränkend hinzugefügt werden, daß eine derartige Symptomatologie im Rahmen des Manisch-Depressiven zwar unwahrscheinlich, aber denkbar ist. Der „Verlust des optischen Vorstellungsvermögens“ in den Fällen von Cotard und Lemos ist immerhin etwas Verwandtes.

<sup>2)</sup> Wie erwähnt, ist von anderer Seite Dementia praecox (und auch Hysterie) diagnostiziert worden.

<sup>3)</sup> Ich habe von einer statistischen Bearbeitung wegen der Ungleichartigkeit des Materials abgesehen.

5. Die Dauer der einzelnen Attacken ist meist eine lange, insbesondere dann, wenn es sich um einen einzelnen Anfall handelt. Die längste Dauer beträgt 30 Jahre.
6. Sehr häufig ist ein periodischer Verlauf, während diesem kommen anfallsartige, nur eine halbe Minute dauernde Attacken vor. Doch findet sich auch bei periodischem Verlauf eine Krankheitsdauer von einzelnen Phasen von 3 oder 4 Jahren.
7. Der Verlauf kann auch ein zirkulärer sein. Es sind bisher nur kurze manische Phasen beobachtet.
8. Sehr häufig mischen sich Zwangssymptome<sup>1)</sup> dem Zustandsbilde bei. Klagen über körperliche Beschwerden gehören zur Regel.

Nachdem wir uns so in Grundzügen den Verlauf dieses Symptomenkomplexes klargelegt haben, müssen wir versuchen, endgültig an seine Deutung heranzutreten. Wir fragen zunächst, von der anderen Seite herkommend: Gibt es sonst eindeutige Fälle manisch-depressiven Irreseins, in denen der uns beschäftigende Symptomenkomplex nachweisbar ist. Zunächst kommt der Fall 2 Juliusburgers in Frage, in dem mitgeteilt wird, es seien melancholische Attacken vorausgegangen. Ohne darauf einzugehen, daß in diesem Falle typische Depersonalisation nicht vorliegt, hebe ich nur hervor, daß aus der Krankengeschichte kein Beweis dafür zu entnehmen ist, daß wirklich melancholische Zustände vorausgegangen sind. Wichtiger ist ein Fall von Wilmanns, der zwar auch nur kurz mitgeteilt ist, aus dem mit Sicherheit hervorgeht, daß während des Abklingens einer schweren Psychose unser Symptomenkomplex auftreten kann. Die Kranke hatte mehrere typische Depressionen durchgemacht, bevor sie 1900 in die Heidelberger Klinik kam. Sie bot damals ein katatonisches Zustandsbild, sie war mutacistisch und negativistisch. Zeitweise wurde sie in impulsiver Weise gewalttätig; wenn sie zugänglicher war, gab sie mit gezierter Stimme Antwort, war verschroben und maniert. Sie gebrauchte eigentümliche Ausdrücke „Sprechen sie den Professor tot“ und brachte ohne Affekt phantastische Wahnvorstellungen vor, sei tot, neben ihrem Bett drehe sich die Weltachse, sei mit Elektrizität geladen etc. Unter wechselnden Erscheinungen dauerte der Zustand drei Jahre, dann gewann sie völlige Krankheitseinsicht, aber sie bot jetzt das ausgesprochene Zustandsbild der Depersonalisation. Wilmanns schildert es in kurzen Worten, es fehlt kein wesentliches Symptom. Die Depression wich einer leichten Manie, dann trat völlige Genesung ein. Drei Jahre später trat ein ähnlicher Anfall auf. Wilmanns zählt diesen Fall mit Sicherheit zum manisch-depressiven Irresein. Es muß jedoch gesagt werden, daß an dieser Diagnose doch Zweifel möglich sind. Wilmanns führt als eines seiner Argumente gegen die Diagnose der Dementia praecox an, es sei unwahrscheinlich, daß zwei so grundverschiedene Krankheiten, wie manisch-depressives Irresein und Dementia praecox, das gleiche Zustandsbild bieten könnten. Wie sich aus unseren ganzen Ausführungen ergibt, halten wir diese Anschauung nicht für stichhaltig. Ich möchte übrigens hervorheben, daß ich das ausgesprochene Bild der Depersonalisation keineswegs als besonders häufig bei der Zylothymie ansehen kann,

<sup>1)</sup> Auch wenn man die enge Fassung Bumkes zugrunde legt.

einzelne Symptome finden sich allerdings regelmäßig in den Depressionszuständen. Sie finden sich, wie ich sehr bald belegen werde, ebenfalls bei neurasthenischen Verstimmungen. So z. B. zeigen die in dem Lehrbuch von Kraepelin angeführten Fälle von Zykllothymie nur Teile unseres Symptomenkomplexes. Immerhin scheint auch mir die Möglichkeit vorhanden zu sein, daß der Fall von Wilmanns dem manisch-depressiven Irresein angehört.

Beweisender ist meines Erachtens ein Fall von Masselon, den ich in extenso wiedergebe. Freilich muß Zweifelnden auch hierbei zugestanden werden, daß die nosologische Stellung der klimakterischen depressiven Psychosen trotz des Buches von Dreyfus derzeit keine völlig geklärte ist.

Valentine, 47 Jahre alt, aufgenommen im Jahre 1900. Stets etwas nervös, 1871 depressive Attacke, 1899 Sorgen wegen materieller Dinge, die sie sich zu Herzen nimmt. Sie klagt schon damals, alle Ideen seien verwirrt, alle Erinnerungen fern. Sie wisse nichts und empfinde keinen Kummer über den Tod ihres Mannes. Im Oktober 1899 Suizidideen, 1900 fast geheilt. Im September jedoch bedrückt geängstigt und versucht die Stücke eines Glases, das sie zerbrochen hat, zu verschlucken. Sie glaubt sich in einen Hasen verwandelt und glaubt sich verdammt. Klagt sich an, das Haus verwünscht zu haben. Befürchtungen für ihre Familie. Sie sei nicht mehr Valentine, wisse nicht mehr was sie ist, ist kein menschliches Wesen mehr. Ihr Herz, ihr Magen, ihr Mund, ihre Gesten sind nicht mehr wie früher, sie sei kleiner geworden. Jeden Moment verändere sie sich und diese Veränderung machte sie immer noch schlechter als früher. 1902 tritt ein Stuporzustand ein. Die deliranten Ideen bleiben bestehen, treten aber nur hervor, wenn der Stupor von Angst durchbrochen wird.

Masselon gibt noch eine detailliertere Schilderung des Zustandes, die uns in mehrfacher Hinsicht wertvoll ist. Valentine glaubte vor dem Eintritt des richtigen Delirs, sie sei verändert in ihrem geistigen Leben. Erst dann kamen die Versündigungsideen. Sie sagt 1900: „Ich habe niemals einen klaren Gedanken, ich mühe mich ab sie zu fassen. Ich möchte begreifen, es ist mir das jedoch unmöglich, das Gedächtnis ist verschwunden. Meine Erinnerungen sind weit von mir. Man sagt mir, daß mein Mann voriges Jahr gestorben ist, ich erinnere mich kaum daran. Alles was ich denke ist vage, ich lebe wie im Traume. Ich handle wie ein Automat, ohne mir Rechenschaft abzulegen. Ich fühle weder Freude noch Trauer, ich spreche alle diese Worte aus ohne sie zu begreifen. Ich gebe mir keine Rechenschaft, was eigentlich meine Kinder sind, ich empfinde nichts für meine Kinder.“ Es sei schrecklich zu sein, wie niemand anderer und nicht zu verstehen, was in der Umgebung vorgeht. Erst nachdem eine Reihe derartiger Klagen gekommen, wurden die Ideen, daß der Körper sich in der oben beschriebenen Art und Weise verändert habe, geäußert.

Es ist also zu mindest als wahrscheinlich zu bezeichnen, daß der Symptomenkomplex der Depersonalisation im Rahmen des ausgeprägten manisch-depressiven Irreseins vorkommen kann. Versuchen wir jetzt nachzuweisen, daß sichere Fälle unseres Symptomenkomplexes auf den Boden der nicht affektiv gefärbten Degeneration vorkommen können.

Ich wähle hierzu den Fall von Löwy. Hier kommt zunächst als wesentliches Beweismoment in Frage, daß nachgewiesen werden kann, daß ein bestimmtes psychisches Trauma sich in bestimmte Symptome umsetzt. Es handelt sich ferner um ein Individuum, das sicher und zwar vermutlich gleichartig neurotisch belastet ist. Die Anfälle haben die verschiedenste Dauer, sie dauern bisweilen nur eine halbe Minute. Kurze Attacken bei manisch-depressivem Irreseins sind zwar z. B. in einer Arbeit von Benon beschrieben, aber auch diese dauern mehrere Stunden. (Ich selbst konnte einen analogen Fall kürzlich beobachten.) Auch der Fall von Dugas scheint mir trotz des anscheinend periodischen Verlaufens nur als Neurose deutbar zu sein. Auch Fälle, wie die von Touche, welche in ihrem ganzen Aufbau auf die Neurose verweisen, müssen hier genannt werden. Man halte sich doch auch gegenwärtig, wie sehr die Neurasthenie der

täglichen Praxis sich symptomatologisch der Depersonalisation nähert; einen derartigen Fall gebe ich in Kürze in folgendem wieder.

Fall 7. Bernhard, S., 16 Jahre. Hat früher masturbiert, klagt jetzt über Gedächtnisschwäche. Es kommt jeden Monat regelmäßig wieder, es ist ein Schwächegefühl. Er kann nicht richtig nachdenken, wenn er es will, aber er merkt, daß er richtig denkt, wenn er die Aufmerksamkeit nicht darauf lenkt. Alles sei durcheinander im Kopf, als wäre er leer. Früher war er viel lustiger, jetzt ist er niedergeschlagen. Er habe nicht mehr so viel Mut wie früher. Er hält sich für unzuverlässig. Wenn er an seine Krankheit denke, vergesse er oft Aufträge. Tagelang liegt es ihm wie Schleier vor den Augen. Häufig kommt Schwindel. Den Eindruck des Fremdartigen hat ihn seine Umgebung nie gemacht. Der Zustand wechselt, manchmal hat er mehr Mut zur Arbeit. Die Familienanamnese ist belanglos, insbesondere ist nichts Manisch-Depressives in der Antezedenz nachweisbar.

Schließlich aber heben wir nachdrücklich hervor, daß auch die sog. erworbene Neurasthenie Zustandsbilder zeigen kann, welche unserem Symptomenkomplex entsprechen. Hesnard hat zwei Fälle mitgeteilt (sein Fall 50 und 51) in denen ein Zusammenhang mit einer beginnenden Arteriosklerose zu mindest wahrscheinlich ist. Einen Fall, bei dem mir wahrscheinlich ist, daß er auf den Boden des Alkoholismus erwachsen ist, lasse ich jetzt folgen.

Fall 8. Rudolf H., Kontorist, 39 Jahre. Sucht selbst die Klinik auf. Nach Angabe der Frau ist er häufig betrunken, ist streitsüchtig, aber begabt und arbeitsam. Zwei Kinder sind gesund. Bei der körperlichen Untersuchung ergeben sich Anzeigen für chronischen Alkoholismus. Myokarditis. Er gibt an: „Wenn ich mich abends ins Bett lege, ruht der Körper, aber nicht der Geist. Er sieht vor dem Einschlafen blutige verzerrte Gesichter, Leichen und Verstorbene, z. B. seine alte Mutter genau, so wie sie lebte, jede Falte ihres Gesichts tritt scharf hervor. Weiter sehe ich eine Mauer, einen jeden Stein kann ich deutlich erkennen . . . alle diese Erscheinungen kann ich festhalten, solange ich will.“

Im traumhaften Zustande: „Ich fliege in der Luft herum, über Berge, Täler und Ortschaften, solange es mir beliebt (es ist das ein angenehmes Gefühl) dann sehe ich schöne Landschaften, grüne Wiesen, aber keine Menschen, sondern alles ist ruhig . . . auch lese ich vielmal Zeitungen. Die Buchstaben sehe ich ganz deutlich. Fließend lese ich aus diesen Zeitungen, Artikel und Gedichte, welche aber beim Erwachen meinem Gedächtnisse entschwunden sind. Ich sehe auch lebhaft einen Zug marschierender Soldaten, ich weiß nicht, daß ich selbst dabei bin. Des öfteren werde ich auch von Alptrüben geplagt.“

Er meint dann, ein richtiges Leben sei das überhaupt nicht, das er führe. Er vegetiere nur so. Er freue sich nicht mehr recht. Er bejaht lebhaft eine Frage nach Automatismus. Wenn er einen Brief zu schreiben hatte, so denkt er an etwas ganz anderes. Trotzdem kann er den Brief richtig schreiben. Ebenso ist es beim Lesen einer Zeitung, seine Gedanken sind ganz wo anders. Für Belletristik interessiert er sich lebhaft. Dabei denkt er auch weniger an anderes. Entfremdung der Außenwelt hat er nie bemerkt. Spontan knüpft er daran die Angabe, er habe wiederholt die Gefühle des schon einmal Getanhabens und schon einmal Dortgewesenseins erlebt. Er gibt eine gute Schilderung dieser Zustände. Alle diese Beschwerden bestehen etwa seit einem Jahre, waren früher seltener, sind jetzt häufiger.

Diese Beobachtung ist wiedergegeben deswegen, weil sie banal ist. Gleichwohl enthält sie im Keime die Depersonalisation. Wir haben die Klagen über Gefühlshemmung, Angaben über doppeltes Denken, Angaben über die fausse reconnaissance, über die besondere Lebhaftigkeit von Vorstellungsbildern. Auf die Angabe des Patienten bei einzelnen dieser Bilder habe ihm das Ichbewußtsein gefehlt, komme ich noch zurück. Hier interessiert das Klinische. Es fehlt jeder Anhaltspunkt für manisch-depressive Veranlagung. Niemand wird zögern, derartige Beobachtungen in nächste Verwandtschaft zur Neurasthenie zu stellen. Auch hier liegt meines Erachtens ein erworbener Zustand vor — vielleicht auf Boden des Alkoholismus.

Es geht aus unseren bisherigen Ausführungen hervor, daß zwischen diesen rudimentären und den ausgeprägtesten Fällen, alle möglichen Übergänge bestehen. Gerade auf Grund des Studiums des vorliegenden Symptomenkomplexes drängt sich die Überzeugung auf, daß zwischen den Neurosen im weitesten Sinne unter dem manisch-depressiven Irresein eine bestimmte Grenze nicht gezogen werden kann. Wir müssen also Homburger zustimmen, wenn er die Unmöglichkeit einer scharfen Abgrenzung geradezu als Charakteristikum funktioneller Psychosen bezeichnet. Er stimmt hier mit den Untersuchungen von Reiß zusammen, der zwischen psychogenen und manisch-depressiven Depressionen eine scharfe Grenzlinie nicht sehen konnte<sup>1)</sup>. Es führt das aber zu einer teilweisen Anerkennung der Anschauungen von Hoche und Bumke. Damit ist auch das selbständige Studium eines Symptomenkomplexes gerechtfertigt.

Das Grenzgebiet zwischen affektiven Psychosen in weitestem Sinne und den Neurosen scheint mir ein besonderes Interesse zu bieten. Es entspricht im wesentlichen der Psychasthenie im Sinne von Janet und Raymond<sup>2)</sup>. Man vergegenwärtige sich doch nur, wie viele Punkte der Symptomatologie der Neurasthenie und der Psychasthenie gemeinsam sind: die Zwangsvorstellungen, die hypochondrischen Klagen aller Art, die Schmerzen und die Symptome der Depersonalisation. Diese stellt eine verhältnismäßig gut abgegrenzte Gruppe aus diesem Grenzgebiete dar.

Spricht die Unmöglichkeit, klinische Abgrenzungen zwischen Neurosen und manisch-depressivem Irresein zu schaffen dafür, daß die Krankheiten wesensgleiche sind<sup>3)</sup>? Wir heben sofort hervor, daß wir ja auch einige Fälle anführen konnten, in denen uns die Neurasthenie erworben schien.

Es schwebt uns im Gegensatz zu Hoche als Ziel doch vor, über das Symptomenbild hinaus zu dem Krankheitsprozeß vorzudringen.

Es scheint mir nicht notwendig zu sein, auf die engen Beziehungen zur hypothetischen Krankheit Hysterie eingehender zu verweisen. Sie liegen auf der Hand, auch haben wir sie in den vorangehenden Ausführungen wiederholt gestreift.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, resumieren wir dahin, daß gegenwärtig auf dem Gebiete der funktionellen Psychosen (manisch-depressives Irresein und Neurosen als Repräsentanten) scharfe Scheidewände nicht gezogen werden können. Das Studium von Symptomenkomplexen erscheint als aussichtsreiches. Als fernes Ziel gilt auch hier die Abgrenzung von Krankheitseinheiten, und dieses Ziel wäre ja auch dann erreicht, wenn es sich erweisen sollte, daß die funktionellen Psychosen eine einzige Krankheit darstellen.

Doch drängt sich bei dem Studium von Intoxikationen und leichten organischen Erkrankungen der Gedanke auf, daß verschiedene Krankheiten vorliegen können. Ihre Abgrenzung wird man freilich nicht auf Grund der Psychologie vornehmen können.

<sup>1)</sup> Die Abgrenzung, die Bonhöffer in einem Vortrage gegeben hat, ist sehr schematisch. Das Gleiche gilt von einem Artikel Ballets, beide Arbeiten scheinen zum Teil mehr auf praktische Fragen als auf theoretische gerichtet zu sein.

<sup>2)</sup> Eine gute Übersicht gibt das kleine Büchlein von Raymond.

<sup>3)</sup> Ein lehrreiches Beispiel für die Beziehungen psychopathischer Zustände zum Manisch-Depressiven ist C. F. Meyer (vgl. Heß, Lange, Sadger, Hellpach).



Ich wende mich zunächst zu der wichtigen Frage, ob man unseren Symptomenkomplex ins Normale zurück verfolgen kann. Beobachtungen an mir selbst habe ich bereits erwähnt. Der Alkohol schien eine begünstigende Wirkung zu haben.

Dugas hat in einem Artikel über das *déjà vu* darauf aufmerksam gemacht, daß während dieses Erlebnisses Änderungen und Verdoppelungen des Persönlichkeitsbewußtseins auftreten können. C. drückte sich folgendermaßen aus: „Ich hörte meine Stimme, wie die einer fremden Person, aber zu gleicher Zeit erkannte ich sie als die meine. Ich wußte, daß ich sprach, aber das Ich das sprach, machte den Eindruck eines Ich, das verloren war und plötzlich wieder gefunden war.“ Bernhard-Leroy hat dann in einer Enquete über „*fausse reconnaissance*“ Fragen hinzu gefügt, welche sich auf die Depersonalisation bezogen. Er erhielt Antworten, daß die Realität, wie ein Traum erschiene (ähnliches hatte Kraepelin schon früher angegeben, alles was ihn umgab, schien ihm entfernt, wie mit einem Schleier bedeckt). Andere hatten den Eindruck, die Welt entferne sich von ihnen, sie seien von allem getrennt, wie durch eine unsichtbare Schranke. Eine der Befragten spricht von „*isolement cosmique*“. Die Welt erscheine seltsam, es ist eine Art moralischer Entfernung. Alles erscheint dem Individuum neu, wie wenn es auf einen anderen Planeten gefallen wäre. Wieder anderen erscheinen auch die eigenen Tätigkeiten fremd und ungewohnt. Moreau de Tours hatte unter dem Einfluß von Haschisch den Eindruck, daß er nicht durch seinen eigenen Willen beim Tanzen sich drehe, sondern, daß er wie ein Kinderspielzeug gedreht werde. Gleichwohl tanzte er richtig und sprach auch mit seiner Tänzerin. Eine andere Person hat den Eindruck, daß eine Person handelt, während die andere Person zusieht und die zugehörigen Empfindungen hat. Schließlich kommt auch eine vollständige Depersonalisation zustande, in der dem Individuum Wahrnehmungen, Erinnerungen und Handlungen fremd erscheinen. Wenn ich ermüdet bin, sagt Bn. und ich spreche, komme ich mir selbst wie fremd vor im Denken und im Sprechen. Der Autor hat das mindestens ein dutzendmal erlebt, meist nach leichten Erregungen z. B. beim Gespräch mit Freunden nach einer reichlichen Mahlzeit. Meine Stimme erschien mir, als ob ich sie früher nie gehört hätte, meine Erwägungen, meine Gedanken sind ungewohnt, die Welt ist fern und seltsam, ich komme mir selbst fremd vor und bin mir wie ein Fremder, gerade so, wie wenn ich ein anderer wäre. Heymans<sup>1)</sup> hat die Untersuchungen Leroy's systematisch fortgesetzt. Er hat den Fragebogen, insbesondere Fragen beigefügt, welche sich auf den allgemeinen psychischen Zustand der Personen bezogen. Das für uns wichtige Resultat ist folgendes: „Es gibt einen Menschentypus, bei welchem sowohl die Erscheinungen der Depersonalisation und der *fausse reconnaissance*, wie die Erscheinung des Fremdfindens eines bekannten Wortes merklich häufiger —, und es gibt einen entgegengesetzten Menschentypus, bei welchem alle diese Erscheinungen merklich weniger häufig als im Durchschnitt vorkommen. Jener erstere Typus ist durch stärkere Emotionalität, ungleiche Gemütslage, zeitweiliges zu nichts aufgelegt sein, unregelmäßiges Arbeiten und geringere Beanlagung zum mathematischen Studium, jener zweite durch geringere Emotionalität, gleichmäßige Gemütslage, stets zu etwas aufgelegt sein, regelmäßiges Arbeiten und

<sup>1)</sup> Vgl. übrigens die Bemerkungen Ribots.

geringere Beanlagung zu sprachwissenschaftlichen Studien, gekennzeichnet.“ Die tatsächlichen Angaben hat Heymans noch durch eine zweite Untersuchung gesichert. Er charakterisiert die zur Depersonalisation neigenden Individuen als solche mit geringer psychischer Stabilität. Fischer hat die Angaben von Heymans bestätigen können. Wir glauben also den Boden aufzeigen zu können, auf welchem die genannten Störungen erwachsen. Es ist bemerkenswert, daß die Untersuchungen am normalen im wesentlichen zu den gleichen Annahmen drängen wie diejenigen, welche am pathologischen Material erhoben wurden. Es scheint also für den Fall der Depersonalisation die Annahme Hoches bestätigt, daß im Seelenleben des Normalen bestimmte Symptomenverkuppelungen vorgebildet sind, welche sich beim Kranken zu abnormer Stärke entfalten. Es ist das um so bemerkenswerter, als es sich um ein durchaus kompliziertes Bild handelt.

Noch von einem weiteren Gesichtspunkte aus sind die Enqueten von Heymans für uns von Belang. Sie ermöglichen uns einen Einblick in die Umstände, welche den Eintritt des Symptomenkomplexes begünstigen. Es sind das solche, welche auf eine zeitweilige Herabsetzung der psychischen Energie schließen lassen. Die Phänomene treten meist im Zustande der Ermüdung auf oder zu Zeiten, wo nicht interessante erzwungene Arbeit geleistet wird. Fast stets ist Ermüdung oder Alkoholmißbrauch verzeichnet. Auch die zweite Untersuchung von Heymans kommt zu gleichen Resultaten. Auch diese Bemerkungen sind uns wichtig, denn es sind die gleichen ätiologischen Faktoren, die uns zu mindest in einem Teil unseres pathologischen Materials auffällig sind.

Wir wenden uns nun zu einzelnen mehr speziellen Fragen.

1. Welche Ursache kommt der einzelnen Attacke der Depersonalisation zu? Wir bemühen uns an dieser Stelle darum, nur wirklich kausale Momente zur Erklärung heranzuziehen. Dugas und Moutier haben kausale und Einfühlungsmomente nicht scharf getrennt. Mit Sicherheit kann angenommen werden, daß starke Erregungen kausal für das Eintreten der einzelnen Attacke bestimmend sein können. In der ersten Beobachtung Krishabers ist eine erregte Szene der unmittelbare Anlaß zum Ausbruch der Depersonalisation. Eine ganze Reihe von entsprechenden Beobachtungen verdanken wir Janet. Janet schreibt der Aufregung eine zersetzende Kraft auf den Geist zu. Selbstverständlich greifen hier kausale und verständliche Zusammenhänge eng ineinander und wir verweisen auf das Kapitel in dem die verständlichen Zusammenhänge breiter erörtert sind. Wir wenden uns der Einwirkung erschöpfender Ursachen zu. In dem zweiten Falle Krishabers ist ein besonders anstrengender Dienst vorausgegangen. In dem Fall Wernickes bestand die Notwendigkeit intensiver Beschäftigung unter ungünstigen Umständen. In sehr vielen Fällen Janets ist von Graviditäten und Wochenbetten die Rede. Schließlich spielt das Klimakterium eine gewisse Rolle. Man wird sich also dem Eindrucke nicht verschließen können, daß in einer Reihe von Fällen greifbare Hilfsursachen vorhanden gewesen sind, welche zum Ausbruch der Erkrankung geführt haben. Man müßte dann nach einer Reihe von Autoren zum Beispiel Friedmann derartige Fälle mehr den Neurasthenien zurechnen. Es ist aber meines Erachtens durch die Untersuchungen von Reiß bewiesen, daß auch rein endogene

Zustände im Anschluß an Hilfsursachen auftreten können. Es ist überhaupt die Möglichkeit einer Einschätzung veranlassender Ursachen kaum gegeben. Was eine leichte, was eine schwere gemüthliche Erschütterung ist, wird sich für den Nichtbetheiligten schwer entscheiden lassen. Es scheint mir also für die Abgrenzung von Neurasthenie und manisch-depressivem Irresein das Moment der Auslösbarkeit durch äußere Umstände nicht von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Eine Anschauung, die der Friedmanns widerspricht.

2. Es muß als besonders auffallend bezeichnet werden, wie wenig depersonalisierte Kranke therapeutischen Beeinflussungen zugänglich sind. Auch das Moment therapeutischer Beeinflußbarkeit wird von Friedmann verwertet für die Differential-Diagnose zwischen manisch-depressiv und neurasthenisch. Reiß ist bereits dieser schematischen Auffassung entgegengetreten. Unsere Gruppe ist im allgemeinen therapeutisch sehr wenig beeinflußbar. Das bezieht sich aber gerade auf jene Fälle, welche ihrem ganzen Typus und Verlauf nach, den Neurasthenien nahestehen. So z. B. die Fälle Janets. Ich lehne auch also dieses Kriterium ab.
3. Man könnte nun hoffen, aus einzelnen Symptomen sichere Anhaltspunkte zu gewinnen. Die Häufigkeit der Zwangsvorstellungen in unseren Fällen ist erwähnt worden. Nun haben aber gerade Untersuchungen aus jüngster Zeit wieder mit besonderem Nachdruck<sup>1)</sup> darauf verwiesen, wie häufig Zwangsvorstellungen im Rahmen manisch-depressiven Irreseins sich finden. Heilbronner, Bonhöffer und Stoecker nähern jene Konstitutionen, welche zu Zwangsvorstellungen neigen dem manisch-depressiven Irresein an und verweisen noch besonders auf die Periodizität der Erscheinungen. Jedenfalls ist die Hoffnung, hier ein einfaches Kriterium zu haben, eine trügerische.
4. Es bleibt noch der Begriff der Periodizität zu erörtern. Hoche und Bumke haben darauf verwiesen, wie sehr in jüngster Zeit der Begriff der Periodizität an Schärfe eingebüßt hat. Von Periodizität kann man eigentlich nur dann sprechen, wenn die einzelnen Attacken ohne entsprechenden äußeren Anlaß, aus Gründen, die in der Konstitution des betreffenden liegen, auftreten<sup>2)</sup>. Nun ist aber der Begriff des entsprechenden äußeren Anlasses, wie oben erwähnt, kein geklärter. Beachtet man, wie häufig Krankheiten, für die ein endogener Faktor nur in Form einer gewissen Disposition wahrscheinlich ist, anscheinend periodisch auftreten, z. B. ein Erysipel, so wird man mit der Anwendung des Begriffes Periodizität sehr vorsichtig sein müssen. Und man wird den Begriff des periodischen auf jene Fälle einschränken müssen, in denen die Möglichkeit von äußeren Veranlassungen überhaupt ausgeschlossen werden kann. Ich weiß natürlich auch, daß es Fälle von manisch-depressivem Irresein gibt, die diesen Anforderungen vollkommen entsprechen. Es sind das

<sup>1)</sup> Doch ist auch eine ausgedehnte ältere Literatur vorhanden, die in einer Arbeit von Pfersdorff zum großen Teil erwähnt ist. Vgl. die Arbeiten von Denny und Charpentier und Soukhanoff. Auch eine Arbeit von Marchand ist heranzuziehen.

<sup>2)</sup> Mugdan schlägt sogar noch eine schärfere Formulierung vor, in dem annähernd gleiche Krankheitsbilder und annähernd gleiche Zwischenräume zwischen den einzelnen Phasen gefordert werden.

aber jene klassischen Fälle, welche schon seit langem bekannt sind. Gerade bei denjenigen Fällen, die in neuerer Zeit den echten periodischen auf Grund der Ähnlichkeiten der Zustandsbilder angereicht wurden, scheint mir diese Möglichkeit nicht verwirklicht zu sein. Gehen wir auf unsere eigenen Fälle über, so ist bei Johanna ein äußeres Moment für die erste und die zweite Attacke mit großer Wahrscheinlichkeit nachweisbar. Allerdings wird für eine Reihe von periodischen Fällen äußere Verursachung negiert. Immerhin glaube ich, daß eine aufmerksame Betrachtung unseres Materials zu dem Resultate führen wird, daß Periodizität nur unter ganz besonderen Vorsichtsmaßregeln klassifikatorisch zu verwenden ist, wofern die bisherigen laxen Bestimmungen verwendet werden. Es ist allerdings dringend zu wünschen, daß der (biologische) Begriff der Periodizität wieder eingeengt wird. Der Mugdansche Vorschlag erscheint entschieden sehr brauchbar zu sein.

5. Es bleibt noch zu erörtern übrig, welche Bedeutung den hypomanischen Phasen nach Depressionen zukommt. Hier muß erinnert werden an die eigentümliche Heiterkeit von Rekonvaleszenten und auch an die allgemeine Neigung, nach psychischen Depressionszuständen in eine abnorme Heiterkeit umzuschlagen. Insbesondere Kranke, die von erschöpfenden Einflüssen genesen sind, pflegen nach der Genesung eine besondere Heiterkeit zu zeigen. Also auch dieses Kriterium muß mit Vorsicht verwendet werden. Selbstverständlich soll hier nicht die Bedeutung ausgesprochen manischer Zustandsbilder bestritten werden, sondern es sollte nur die Rede sein von den Hypomanien leichteren Grades, welche in meinem Fall 2 und in dem Falle Försterlings beobachtet wurden. Allerdings ist gerade in dem Wechsel von Depression und gehobener Stimmung eines der sichersten Kriterien des Manisch-Depressiven gegeben und die genannten beiden Fälle sind diejenigen, die zu mindest dem Manisch-Depressiven sehr nahe gestellt werden müssen. Aber es muß wieder darauf verwiesen werden, wie sehr der Wechsel von Traurigkeit und Heiterkeit in den allgemeinen Mechanismen des Seelenlebens begründet ist.

Also auch bei dieser Art der Betrachtung nirgends die Möglichkeit fester Grenzen, nirgends die Möglichkeit bestimmter Kriterien. Es drängt sich also für die Gruppe der funktionellen Psychosen die Anschauung auf, daß es zwar fest umrissene Zustandsbilder, aber keine fest umrissenen Krankheitsbilder gibt. Was im besonderen die Gruppe der Depersonalisation betrifft, so meine ich, daß es sich hier um ein derartiges exakt umschreibbares Zustandsbild handelt. Am weitesten scheint die Veranlagung zur Depersonalisation von der paranoiden Konstitution entfernt zu sein. In dem einen Falle Neigung zur Trübung autosomatopsychischer Funktionen, in dem anderen Neigung, Allopsychisches falsch zu verwerten. Ich muß jedoch sofort einschränkend hinzufügen, daß unser Fall R. S. ausgesprochen paranoide Züge darbietet und ich werde im folgenden noch einen Symptomenkomplex beschreiben, in dem Paranoisches mit Erscheinungen der Depersonalisation eng vergesellschaftet ist.

---

Nachdem wir versucht haben, die Stellung des Symptomenkomplexes im Rahmen funktioneller Psychosen festzulegen, wenden wir uns nun den

organischen Psychosen im weiteren Sinne zu. Diese (spärlichen) Fälle haben deswegen für uns besonderes Interesse, weil sie unseren Versuch einer hirne-physiologischen Deutung der Erscheinungen rechtfertigen<sup>1)</sup>.

In Form einer These sei eine Bemerkung vorausgeschickt. Für mich sind sämtliche Psychosen funktionelle, wenn man funktionell in dem Sinne nimmt, daß Störungen von Verläufen und psychischen Erlebnisformen getroffen werden. Auch die Demenz ist nicht einfach ein Defekt, sondern auch hier liegt ein abgeänderter psychischer Verlauf vor. Fälschlicherweise hat die Demenz zu dem bequemen Gesichtspunkt des Ausfalls bestimmte Elemente im Seelischen geführt. Für uns ist auch die Demenz nur ein veränderter psychischer Ablauf. Ich kann also nicht wie Löwy prinzipiell zwischen Demenzprozessen und „Begleitpsychosen“ scheiden. Dieser Standpunkt scheint mir eine Konzession der Psychologie an die klinische Praxis zu sein. Demenzsymptome sind klassifikatorisch eindeutiger und praktisch verwendbarer.

Ich glaube, daß die Annahme sehr viel für sich hat, der uns beschäftigende Symptomenkomplex komme im Rahmen der Dementia praecox vor. Ich verweise zunächst auf den zweiten Fall Juliusburgers, der über länger als drei Jahre verfolgt wurde. Hier schieben sich in den Komplex der Depersonalisation Phasen ein von Ratlosigkeit und stereotyper Wiederholung von Redewendungen. Besonders beweisend scheint mit ein Brief aus dem Jahre 1902 zu sein, der etwas schwülstig und abschweifend ist. Allerdings fehlen auch hier wirklich schwere Störungen der Intelligenz. Gegen das Ende der Beobachtungszeit macht die logische Denktätigkeit noch Schwierigkeiten. Einen einwandfreien Beweis kann ich allerdings auch in diesem Falle nicht sehen, denn Verbigeneration ist ja auch bei Manisch-Depressiven wiederholt beobachtet. Der Mangel an Initiative und an logischem Denken könnte immerhin als Hemmung gedeutet werden. Allerdings halte ich die Auffassung des Autors für die wahrscheinlichste. Auch Gottfried kann nicht mit völliger Sicherheit als Hebephrener bezeichnet werden. Doch spricht eine überwiegende Wahrscheinlichkeit im Sinn dieser Diagnose. Insbesondere die Ideen einer gewissen Berufung seiner selbst und seiner Familie scheinen mir nach dieser Richtung zu weisen. Insbesondere deshalb, weil ein wirklicher Affekt nach einer bestimmten Richtung bei dem Kranken zu jener Zeit nicht vorhanden war. Gegenwärtig wird von Wahnideen nichts berichtet, doch gilt der Patient noch als apathisch und willenlos. Auf die etwas barocken Ausschmückungen des Symptomenkomplexes der Depersonalisation möchte ich kein sehr großes Gewicht legen<sup>2)</sup>. Ein größeres darauf, daß wenigstens zu Beginn der Erkrankung sich die Klagen des Patienten vorwiegend auf Sexuelles richteten. Ich kann im übrigen auf das Resümee der Krankengeschichte verweisen. Es sind also überwiegende Wahrscheinlichkeitsmomente im Sinne einer Dementia praecox gegeben. Es ergibt

---

<sup>1)</sup> Auch die Grenzlinien zwischen Neurosen, manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox sind nur theoretisch scharf zu ziehen; die klinische Forschung, die Erblichkeitslehre und die Betrachtung der somatischen Symptome haben ergeben, daß jedenfalls mindestens zwei verschiedene Krankheiten vorliegen. Die Entscheidung, auf welcher Basis ein vorliegender Symptomenkomplex entstanden ist, stößt ja bekanntlich oft im einzelnen Falle auf unüberwindliche Schwierigkeiten.

<sup>2)</sup> Vielleicht verweisen sie doch auf eine beträchtlichere Schädigung. Die psychologische Deutung wird hierdurch nicht geändert. Ob hieraus differentialdiagnostisch (in bezug auf die Krankheit) etwa gefolgert werden kann, müssen weitere Untersuchungen zeigen.

sich also doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, daß unser Symptomenkomplex auch den organischen Verblödungsprozessen zukommt<sup>1)</sup>.

Glücklicherweise haben wir jedoch noch stringendere Beweise für das Vorkommen des Symptomenkomplexes auf organischer Basis zur Verfügung. Die Beobachtungen Janets an Epileptikern scheinen mir vollkommen beweisend zu sein. Insbesondere in dem Falle Is. ist einesteils der Symptomenkomplex der Depersonalisation voll ausgebildet, anderenteils erwächst er sicher auf dem Boden der Epilepsie, denn die Störung tritt im unmittelbaren Zusammenhang mit epileptischen Anfällen ein, sie geht dem Anfall voraus und wird durch einen solchen abgeschlossen. Nicht vollkommen ist der Symptomenkomplex in dem Falle Pax. ausgesprochen, es kommen noch eigenartige Verlegungen des eigenen Bewußtseins in andere Personen hinzu. Es muß jedoch gesagt werden, daß Elemente der Depersonalisation, wie dies auch Pick ausgeführt hat, bei Epilepsie nicht selten angetroffen werden. Janet teilt eine Reihe von Fällen mit, in denen bei Epileptikern das Gefühl des Traumhaften und Irrealen vorhanden ist. Einer Patientin scheint alles so tot zu sein, daß sie sich fragt, ob das Weltende da ist. Auch Pick teilt in mehreren Arbeiten Einschlägiges mit, auch Beobachtungen Browns referierend. Ich habe selbst einen Epileptiker beobachtet, der angab, es sei ihm wie wenn er träume. Dieser Zustand war für ihn unangenehm. Genauere Angaben konnte ich nicht von ihm erhalten. Eine weitere Beobachtung lasse ich hier folgen, wiewohl sie nur Einzelzüge des Komplexes enthält.

Fall 9. A. Sch., 28 Jahre. Schwere epileptische Anfälle typischer Art (Bewußtlosigkeit, Zungenbisse, Einnässen) im Anschluß an Unfall. Keine wesentlichen Intelligenzdefekte, aber Verlangsamung des Denkens und Reizbarkeit.

Manchmal überkommen ihn sonderbare Gefühle, er fühlt sich eigenartig, weiß nicht mehr, wer er ist und wo er ist. Gleichzeitig Angst und Unzufriedenheit. Es hämmert im Schädel, es wird ihm schwindlig, es verschwindet dann plötzlich wieder. „Ich kann das nicht beschreiben, ich weiß nicht, was ich sagen soll . . . . . ich möchte manchmal an einfache Sachen denken und kann mir das gar nicht vorstellen. Dann kommen andere Sachen, nach denen ich nicht gefragt habe: das bist du als kleiner Junge gewesen, da sehe ich im Geiste was ich erlebt habe.“

Ich verweise noch auf die beiden später noch mitzuteilenden Fälle von Migräneattacken, in welcher Störungen auftraten, die denen der Depersonalisation zum mindesten verwandt sind.

Schließlich sei erwähnt, daß Löwenfeld hierhergehöriges in einem Fall von Hirntumor beobachtet hat, wenn auch nur im unvollständigen Maße.

Die wichtige Frage, inwieweit dem Symptomenkomplex Ähnliches auf der Basis organischer Herderkrankung vorkommt wird im folgenden noch eingehend behandelt werden. Jedenfalls treffen wir bei gewissen Fällen von sog. Seelenblindheit Angaben, welche auf die Depersonalisation verweisen.

Eine besondere Stellung nimmt ein Fall von Sollier ein. Während eines Zeitraumes von 5 Jahren verspürte der Kranke, ein 28jähriger Professor, eigenartige Sensationen, die allmählich zunahmen. Er klagte, daß seine rechte Schädelhälfte sich vergrößert hätte, insbesondere die rechte Schläfengegend. Der Kranke hatte den Eindruck, die rechte Hirnhälfte sei tot. Er konnte keinen Schlaf finden, er hatte die Empfindung, daß das rechte Gehirn eingedrückt sei. Im rechten Ohre hatte er Ohrensausen. Die rechte Seite denke nicht, die linke wolle

<sup>1)</sup> Es ist mir sehr wohl bewußt, daß von vielen Autoren, eine beträchtlichere Anzahl der hier mitgeteilten Fälle der Dementia praecox zugeteilt werden wird.

schlafen und er sehe nur links. Rechts ist der Druck, die Finsternis. Sein Kopf sei leer, er habe keine Ideenfolge mehr, er sei zu weit vom Leben, er sei unpersönlich, er sehe die Welt nur wie eine photographische Platte und fühle sich außerhalb des Lebens. „Ich kann keine Minute normal leben, die Minuten sind festgenagelt, ich kann aus dem gegenwärtigen Leben nicht heraus.“ Die Sinnesorgane waren rechts übererregbar, im übrigen ergab die objektive Untersuchung eine Größenzunahme des Schädels. Es bestand leichte Lymphozytose im Liquor. Bei der Trepanation fand sich das Scheitelbein verdickt, die Hemisphäre war blutreich. Unmittelbar nach der Operation traten epileptiforme Anfälle und Sprachstörungen auf. Der Kranke starb in einer epileptiformen Krise sechs Tage nach dem Eingriff. Eine Deutung dieser Beobachtung erscheint fast unmöglich zu sein. Man kann daran denken, daß die Verdickung des Schädels eine wesentliche Rolle nicht gespielt hat. Die epileptischen Anfälle und die Sprachstörungen sind wohl Operationsfolgen und als solche nicht verwertbar für die Deutung des Falles. Die Möglichkeit einer Hebephrenie muß im Auge behalten werden. Diese Deutung ist mir die Wahrscheinlichste. Immerhin erscheint der Fall bedeutsam, auch er ermutigt zu einer hirnpfysiologischen Deutung des Symptomenkomplexes.

Im vorangehenden<sup>1)</sup> wurde ausführlich gezeigt, daß ein komplizierter Symptomenkomplex auf sehr verschiedener Basis zustande kommen kann. Wir werden im folgenden noch eingehender erörtern, daß wir einzelne Symptome aus dem Gebiete der Depersonalisation bei den allerverschiedensten Krankheiten antreffen können. Die psychologisch klinische Betrachtung des uns vorliegenden Materials hat uns also gezeigt, daß keines der vorliegenden Symptome für irgend eine Krankheit allein in Anspruch genommen werden kann. Es wäre der Einwand denkbar, daß die Symptome zwar in den verschiedenen Fällen einander ähnlich seien, daß sie aber doch in ihrem Wesen als different angesehen werden müssen. Ich werde diesen Einwand im folgenden noch ausführlicher erörtern, hebe aber bereits hier hervor, daß ich es nicht für zulässig halte, den gleichen psychischen Tatbestand das eine Mal als Hemmung, das andere Mal als Sperrung zu bezeichnen, je nachdem sonstige Gründe zu der Diagnose manisch-depressives Irresein oder Dementia praecox bewegen. Wer Unterschiede annimmt, ist verpflichtet, sie deskriptiv am einzelnen Symptom aufzuzeichnen. Uns ist das in dem vorliegenden Falle nicht gelungen und wir können einen derartigen Unterschied auch nach den Deskriptionen der Literatur nicht ersehen.

Wir wenden uns der allgemeinen Frage zu, inwieweit bestimmte psychopathologische Symptome für die eindeutige Diagnose psychischer Störungen verwertet werden können. Ich hebe sofort hervor, daß der praktische Wert einzelner Symptome für die Diagnose bestimmter Erkrankungen an dieser Stelle nicht untersucht wird. Es handelt sich nur, um die rein theoretische Fragestellung, ob es auf dem Gebiete des Psychischen Symptome gibt, welche nur bei einer Krankheit vorkommen und ob bestimmte Symptome einer Krankheit wesensmäßig zugeordnet sind. Am häufigsten hat man bei denjenigen Krankheiten nach solchen untrüglichen Kriterien gesucht, bei denen der anatomische Befund keine genügende Grundlage zur sicheren Klassifizierung gab. Man hat

---

<sup>1)</sup> Hierzu sind die Arbeiten von Hoche, Bumke, Alzheimer, Cramer, Löwy und Hartmann besonders heranzuziehen.

also diese psychologischen Kriterien vorwiegend zur Abgrenzung der sog. funktionellen Psychosen gegenüber der *Dementia praecox* verwendet resp. (wenn man auch diese zu den funktionellen Psychosen zählen will) für Abgrenzungen innerhalb der funktionellen Psychosen. Nun hätte eine vorurteilsfreie Betrachtung des gesicherten Tatsachenmaterials bereits stutzig machen müssen. Die progressive Paralyse kann jederzeit Bilder hervorbringen, welche denen der *Dementia praecox* und des manisch-depressiven Irreseins genau entsprechen. Schon dieses Beispiel zeigt, mit welchen Schwierigkeiten Versuche, psychologische pathognostische Symptome zu finden, behaftet sind. Schon dieses Beispiel zeigt uns, wie notwendig es ist, zwischen dem Symptomenkomplex und der Krankheit eine prinzipielle Differenz zu machen. Gerade den Depressionen der beginnenden Paralyse gegenüber wird man nicht sagen können, daß sie psychologisch different sind von denen des manisch-depressiven Irreseins. Das gleiche gilt von den katatonen Symptomen bei dieser Erkrankung in ihrem Verhältnis zur Katatonie. Es haben aber einige Autoren, gleichsam um die psychologische Spezifität der psychologischen Symptome zu retten, hier von einer Auslösung einer bestimmten Veranlagung gesprochen, eine Erklärung, die ich nicht als glücklich ansehen kann.

Im Sinne der bisherigen Ausführung ist es gar nicht einzusehen, weshalb denn nicht bei der *Dementia praecox* sog. manisch-depressive Symptome auftreten sollten. Anderenteils halten wir es durchaus nicht für befremdlich, wenn schizophrene Symptome auf Boden von manisch-depressiver Erkrankung vorkommen. Wir würden diesen Erwägungen keinen Wert zusprechen, wenn sie nicht durch die Tatsachen beglaubigt würden. In der Tat scheint es mir ein sicheres Ergebnis der Arbeiten von Wilmanns zu sein, daß sog. katatone Symptome beim manisch-depressiven Irresein vorkommen und ein sicheres Ergebnis der Arbeiten von Urstein, daß im Rahmen der Schizophrenie manisch-depressive Symptome vorkommen. Es ist also die Empirie entschieden gegen den Ausspruch von Wilmanns: es sei unwahrscheinlich, daß bei so grundverschiedenen Krankheiten, wie die genannten, gleiche Symptome vorkommen könnten. Und sie spricht in gleicher Weise gegen die Annahme Ursteins, daß jede „subjektive Hemmung“ schizophren sei.

In Erinnerung an Anatomisches hat nun insbesondere Löwy versucht in den Endzuständen, welche ja am ehesten dem anatomischen Defekt entsprechen, das Psychologisch-charakteristische aufzudecken. Nun ist ohne weiteres zuzugeben, daß der katatone Endzustand eine Verwechslung mit manisch-depressiven Zuständen nicht zuläßt. Gleichwohl ist es auch er nicht spezifisch. Es gibt epileptische Demenzen, die symptomatologisch den schizophrenen entsprechen. Auch bei der Paralyse kann man entsprechende Bilder antreffen. Schließlich sind Idiotieformen zu erwähnen, welche bei rein symptomatologischer Betrachtung nicht von der Schizophrenie abzutrennen sind. Noch entschiedener muß ich die Angabe von Löwy und Urstein bestreiten, daß dasjenige, was den Endzustand als schizophrenen charakterisiert, stets oder auch nur überwiegend häufig in den ersten Attacken der Schizophrenie anzutreffen sei. Man suche doch bei meinem Kranken Karl O. die Intentionleere! (Löwy). Meiner Ansicht nach werden in allen diesen Betrachtungen psychologische und klinische Gesichtspunkte miteinander konfundiert. Die Suche nach psychologischen Kardinalsymptomen hat auch übersehen lassen, daß der Intensitätsbegriff im Psychi-



schen nicht ohne Einschränkung verwertet werden darf. Die Anfangszustände der Schizophrenie sind nicht gleichsam verdünnte Endzustände der gleichen Krankheit.

Ich will im folgenden versuchen, bezüglich der hauptsächlichsten Anschauungen betreffs spezifischer Symptome der Schizophrenie zu zeigen, daß die Formulierungen ungenügend sind. Stransky hat den Begriff der intrapsychischen Ataxie für die *Dementia praecox* aufgestellt. Das normale Seelenleben sei durch das geregelte Ineinandergreifen der beiden Sphären des Seelischen gewährleistet. Thymopsyche, die Summe der Funktionen affektiver Art und Noopsyche, die Summe der intellektuellen Funktionen arbeiteten in fein abgestumpfter Weise zusammen. Bei der *Dementia praecox* sei eben dieses Zusammenarbeiten gestört. Uns scheinen diese Begriffe, von prinzipiellen psychologischen Erörterungen abgesehen, dem Wunsche einer genauen Beschreibung des psychologischen Tatbestandes nicht zu entsprechen. Es ist sofort zu fragen, wie denn im Sinne der Stranskyschen Definitionen der manisch-depressive Mischzustand zu werten ist, z. B. der manische Stupor. Im Sinn der Definition wäre auch das verspätete Auftreten von Affekten, wie das z. B. Sollier beschreibt gleichfalls als vorübergehende Dissoziation zwischen Noopsychische und Thymopsyche zu bezeichnen. Man beachte doch auch die wechselnde Affektivität der Hysterischen gegenüber den Eindrücken der Außenwelt, wie sie ruhig den Tod ihres Vaters hinnehmen, dann über den Tod ihres Hündchens in lautes Jammern ausbrechen. Schließlich möchte ich noch folgendes vermerken. Der Feigling wird geneigt sein, bei dem der mutig Gefahren entgegen geht, die Dissoziation zu sehen, denn bei jenem ist die Ansprechbarkeit der Affekte der Angst und Furcht entschieden eine verringerte. Es soll nicht geleugnet werden, daß Stransky wichtige Symptome der *Dementia praecox* gesehen und beschrieben hat. Nur kommt es mir darauf an, hervorzuheben, daß nicht der psychologische Mechanismus das Charakteristische ist, sondern seine Verwebung in das klinische Gesamtbild. Stransky selbst hat übrigens die Beziehungen des Symptoms zu anderen Leiden erwähnt. Jedenfalls müssen wir aber hervorheben, daß die intrapsychische Ataxie im Sinne von Stransky für die *Dementia praecox* nicht pathognomisch ist.

Urstein bezeichnet als intrapsychische Ataxie jede Disharmonie im seelischen Leben. Damit ist der Begriff soweit geworden, daß er überhaupt nichts bestimmtes mehr bezeichnet. Man hat Dreyfus mit Recht vorgeworfen, man könne mittelst seiner Kriterien bei jedem Menschen manisch-depressives Irresein diagnostizieren. Ebenso kann Urstein mittelst der seinen bei jedem Menschen eine *Dementia praecox* feststellen. Die Unbrauchbarkeit der Ursteinschen Kriterien geht daraus hervor, daß er schließlich zu dem Resultate kommt die intrapsychische subjektive Hemmung sei nur bei der *Dementia praecox* festzustellen. Wir halten ihm die von uns gesammelte Kasuistik entgegen.

Bleuler hält eine bestimmte Assoziationsstörung für das Zeichen der Schizophrenie. Es würde zu weit führen eine Kritik des ausgezeichneten Buches in dieser Hinsicht zu versuchen. Ich möchte nur hervorheben, daß das Referat von Trenel den Kernpunkt der Frage zu treffen scheint, wenn es Bleuler vorwirft, er verwechsle eine psychologische Charakterisierung mit klinischen Abgrenzungen.

Diese Erörterungen zielen dahin, daß es bei dem gegenwärtigen Stande der Psychiatrie nicht berechtigt erscheint, bestimmte psychologische Mechanismen für bestimmte Krankheiten in Anspruch zu nehmen. Wir haben uns bemüht zu zeigen, daß selbst komplizierte Symptomengruppen die gleiche psychologische Genese haben können und dabei trotzdem verschiedenen Krankheiten zugehören. Wenn wir bei bestimmten Erkrankungen zu einer Diagnose kommen, auf Grund des psychischen Zustandsbildes, so ist es nicht das einzelne Krankheitssymptom, welches die Erkennung der Krankheit ermöglicht, sondern es ist die bestimmte Gruppierung, welche uns auf empirischem Wege zum Ziele führt. Es gibt meines Erachtens Demenzsymptome, die bei bestimmten Krankheiten nicht vorkommen, es gibt aber keine Demenzsymptome, die einer bestimmten Krankheit wesensmäßig zugehören.

Ich glaube also, daß der Satz verallgemeinert werden kann, daß es schlechthin charakteristische psychologische Symptome nicht gibt. Die psychischen Mechanismen können durch verschiedene Erkrankungen in wesensgleicher Weise abgeändert werden.

Man würde jedoch den genannten Forschern nicht gerecht werden, wenn man nicht berücksichtigte, daß auch sie nicht rückhaltslos von pathognomonischen psychologischen Zeichen sprechen (vielleicht mit Ausnahme Ursteins). So betont insbesondere Bleuler die diagnostische Schwelle der psychologischen Symptome und betont auch, daß man bei der *Dementia praecox* nicht darauf rechnen könne, jederzeit ein bestimmtes Symptom anzutreffen.

Trotzdem erschien es mir notwendig, den prinzipiellen Gesichtspunkt schärfer hervorzuheben als das sonst geschieht und glaube mich hierin einig mit Kraepelin, der schreibt. „(Ich) komme mehr und mehr zu der Ansicht, daß man sich grundsätzlich hüten muß, einer einzelnen Krankheitserscheinung kennzeichnende Bedeutung zuzumessen. Nicht einmal soweit auseinanderweichende Zustände, wie die manische, die paralytische und die alkoholische Erregung, lassen sich auf Grund eines einzelnen psychischen Merkmals mit Sicherheit voneinander unterscheiden. Wir müssen uns ja wohl auch vorstellen, daß die Krankheitsursachen überall auf vorgebildete Einrichtungen in unserem Gehirn treffen, deren selbständiges krankhaftes Spiel dann im klinischen Bilde zum Ausdruck gelangt. Alle möglichen Reize werden somit durch ihr Angreifen am gleichen Punkte vielleicht ganz ähnliche psychische Krankheitserscheinungen hervorrufen können. Was aber durch verschiedenartige Krankheitsvorgänge schwerlich jemals in ganz gleicher Weise erzeugt wird, das ist, wie schon oben erwähnt, das klinische Gesamtbild, einschließlich der Entwicklung, des Verlaufs und Ausganges.“ Nur ist eben zu sagen: Auch das, was der letzte Satz dieses Passus besagt — wie ja das auch die Fassung Kraepelins andeutet — ist eine gut begründete Hypothese.

### **Zur pathologischen Physiologie der Depersonalisation.**

In dem vorliegenden Abschnitte werden physiologische und pathologische Analogien zu dem Symptomenkomplex, der uns beschäftigt, beigebracht. Dieser Aufgabe wenden wir uns zu, nachdem wir eine möglichst exakte psychologische Analyse der Erscheinungen gegeben haben. Abschließende Resultate sind der

ganzen Sachlage nach nicht zu erwarten. Doch hoffe ich, daß die vorliegenden Ausführungen doch heuristisch von Wert sein könnten.

Ich beginne mit der Frage, inwieweit es möglich ist, durch periphere Eingriffe Erscheinungen hervorzurufen, welche zu dem Symptomenkomplex der Depersonalisation Beziehung haben. Ich gehe aus von einer jüngst erschienen Arbeit von Fabritius. Dieser hat bei Umschnürungsversuchen (er umschnürte Finger und Hand mit elastischen Binden  $\frac{3}{4}$  Stunden lang an der Basis), Störungen erzielt, welche zu agnostischen Beziehungen haben. So wird ein Kamm zwar als rau und uneben gefühlt, wird aber nicht erkannt. Bei einer Reihe von anderen Gegenständen das gleiche Resultat. Fabritius führt diese Erscheinungen darauf zurück, daß die feinen Details nicht empfunden werden konnten. Er resümiert dahin, daß durch die Umschnürung eines Fingers oder der Hand eine periphere Sensibilitätsstörung hervorgerufen werden kann, bei der das Erkennen von Gegenständen, sowie feiner Details an denselben, trotz vorhandenen Berührungs- und Lagesinns und Vorhandenseins von Temperatur und Schmerzempfindungen, aufgehoben ist. Fabritius hat bereits die Ähnlichkeit zur Seelenblindheit hervorgehoben. Für uns sind besonders eine Reihe von Angaben wesentlich, welche sich auf eigenartige qualitative Veränderungen des Empfindens beziehen. „Alles was man anfaßt, fühlt sich sonderbar filzig an.“ An einer anderen Stelle wird die Empfindung als sehr verschwommen bezeichnet. Eine andere Versuchsperson gibt von den Temperaturempfindungen an, sie seien rein unkörperlich. „Es ist so sonderbar, man fühlt die Kälte und die Wärme, aber es fehlt das Gefühl des Körperlichen.“ Ich lasse es völlig unentschieden, ob die Annahme von Fabritius zu Recht besteht, es lägen zwei verschiedene Arten von Sensibilität vor, von denen die eine dem Erfassen feinsten Strukturen diene. Uns erscheint als das Wichtigste, daß dieses Nichterfassenkönnen des Gegenstandes den Versuchspersonen sonderbar ist und ihn gleichsam vom Objekt entfernt.

Ich habe aus diesem Grunde einige ähnliche Versuche mit kürzerer Umschnürungsdauer angestellt.

Die Angaben waren folgende. Beim Betasten von Gegenständen war es, wie wenn die Konturen nicht richtig wären. Es ist, wie wenn die Hand mit einem Wachstuch überzogen wäre. Sehr interessant war die Angabe bei einem Stichreiz, der mit einem solchen an der nicht abgeschnürten Hand verglichen werden sollte. Die Versuchsperson gab an, „es erschreckt auf der abgeschnürten Seite nicht so sehr.“ Bis zum Nichterkennen der Gegenstände wurde die Abschnürung nicht ausgedehnt. Ich selbst verspürte in der abgeschnürten Hand eine abnorme Leichtigkeit, so etwa, als wenn die Hand im Wasser läge und Auftrieb erfolgte. Der Schmerz war weniger substantiell als unter normalen Verhältnissen. Die Gegenstände waren eigenartig glatt.

Ich glaube nicht, daß die Ähnlichkeit dieser Erscheinungen mit den Angaben Depersonalisierter verkannt werden kann. Ich glaube auch, daß die Erklärung nicht allzu schwierig ist. In beiden Fällen ist das Wesentliche der Erscheinung die Unfähigkeit sich voll einzuleben.

Es war von Wichtigkeit sich umzusehen, ob auf anderen Sinnesgebieten ähnliches vorgefunden wird. Hier ist zu erwähnen, daß Siemerling experimentell einen Zustand hervorrufen konnte, welcher dem der Seelenblindheit ähnlich ist, lediglich durch Herabsetzung der Sehschärfe und durch Monochromansie.

Leider fehlen Angaben darüber, ob an den Gegenständen der Eindruck des Fremdartigen haftete. Man kann folgenden ganz einfachen Versuch machen. Man betrachtet eine wohlbekannte Gegend aus einem Dunkelzimmer heraus, das durch ein farbiges Glas von stark abdunkelnder Kraft abgeschlossen ist. Es erscheint dann die Gegend nicht bloß dunkler, unbestimmter und rotgefärbt, sondern es haftet dem Ganzen ein schwer zu beschreibender Ton von Fremdheit und Sonderbarkeit an. Es ist wie eine Gegend aus dem Märchen. Ich habe diesen einfachen Versuch auch von anderen machen lassen. Sie bestätigten meine Angaben.

Hierher gehören auch die Versuche, die Stratton angestellt hat. Stratton erreichte es durch vorgesetzte Glaslinsen, daß das Bild auf der Retina um  $180^{\circ}$  gedreht erschien. Ein Auge wurde ausgeschaltet, das andere mit dem Apparat versehene Auge wurde mehr als 20 Stunden auf die Wirkungen der Umkehrung für das Sehen geprüft. In der ersten Zeit des Sehens schienen alle diese Bilder, obwohl sie klar und bestimmt waren, nicht wirkliche Dinge zu sein, wie beim normalen Sehen, sondern sie schienen verschoben und als falsche oder illusorische Bilder zwischen dem Beobachter und den Objekten. Mit der Zeit wurden die gesehenen Bilder zu realen Dingen und die Versuchsperson fühlte endlich ihre Füße an den Fußboden stoßen. (Mit Recht nimmt Jaspers an, daß auch das verkehrt gesehene Leibhaftigkeitscharakter hatte.) Das, was uns an diesen Versuchen wichtig ist, ist wieder das, daß die Möglichkeit des Sich-Hineinversetzens in die Umwelt gestört war. Genommen wird hierdurch nicht der Charakter der Leibhaftigkeit, sondern es stellen sich nur eigenartige Töne der Fremdheit ein.

Auch auf das akustische Gebiet lassen sich diese Erwägungen ausdehnen. Ich selbst verfüge über eine Beobachtung, wo ich bei Verschuß der Tuben durch Schnupfen beim Sprechen meiner selbst und meiner Umgebung den Eindruck des Fremdartigen hatte.

Resümieren wir das Bisherige: Auf einer Reihe von Sinnesgebieten lassen sich durch periphere Eingriffe Erscheinungen hervorrufen, welche zu den Erscheinungen der Depersonalisation gewisse Beziehung haben. Sie sind — um uns vor Mißdeutungen zu schützen — nicht identisch. So versichert auch ein Patient von Dugas, die Störung während der Depersonalisation sei anders als die, welche er während eines Tubenkatarrhes empfunden hätte. Es sind Analogien insofern, als das volle Erleben auch hier gestört ist. Aber der prinzipielle Unterschied liegt darin, daß bei den peripheren Eingriffen das Rohmaterial der Sinnesempfindung angegriffen wird, bei der Depersonalisation nicht. Andererseits sind gleichsam die Störungen bei peripherer Läsion passagerer, die sekundäre Störung des Erfassens wird korrigiert. Nur am Anfang erscheinen in den Versuchen Strattons die Gegenstände wie nicht wirklich.

Von einer besonderen Wichtigkeit sind jedoch Reizerscheinungen und Empfindungsabänderungen am Vestibularapparat. Bonnier hat eine Reihe von einschlägigen Beobachtungen mitgeteilt. Bevor ich sie wiedergebe sei noch vermerkt, daß gerade hier Unterscheidungen getroffen werden müssen. Sicher werden vom Vestibularapparate aus eine Reihe wesentlicher Funktionen mitbeeinflusst. Allers führt eine Fülle von Phänomenen auf labyrinthäre Störungen zurück. Wir sind nicht in der Lage zu trennen, inwieweit die von Bonnier beschriebenen Erscheinungen auf Beeinflussung (reflektorisch) anderer

Apparate zu beziehen sind, inwieweit der mächtige Eindruck der Schwindelempfindung auf psychologischem Wege das Hineinversetzen in die Umwelt hindert. Man darf erinnern, wie häufig Krishaber Schwindelerscheinungen bei seinen Fällen konstatierte. Auch Löwy (in „meteorische Unruhebilder“) teilt Ähnliches mit.

Die Fälle Bonniers sind folgende:

Fall 1. Ein Kranker mit labyrinthärem Schwindel zeigt in den Zwischenzeiten Attacken, welche in einer Aufhebung jeder bewußten Lokalisation in den Sinnesgebieten bestanden. Ein Nebel legte sich vor seine Augen, er hatte Ohrgeräusche, bemerkte Berührungen ohne sie zu lokalisieren, er ging ohne zu schwanken, aber er fühlte nicht, daß er ging. Die Töne, die er ausgezeichnet hörte wurden nicht lokalisiert und nach außen verlegt. Der Patient sagte: In den kurzen Momenten der Krise fühle ich weiter, aber nichts ist irgendwo und ich selbst bin auch nirgends.

Da nicht von Schwindelgefühlen berichtet wird, kann hier nur an reflektorische Beeinflussungen gedacht werden.

Fall 2. Ein Kranker mit Menièreschem Schwindel hatte zeitweise leichten Schwindel mit völliger Aufhebung seines Persönlichkeitsbewußtseins. Er wußte ganz genau von dem Schwinden und das Wiederkommen seiner Persönlichkeit.

Fall 3. Eine Frau mit Menièreschem Schwindel, mit Konvulsionen und anscheinendem Bewußtseinsverlust. Gleichwohl kann sie nachher angeben, was sie erlebt hat.

Fall 4. Eine Patientin hat gleichzeitig mit einer Ohrerkrankung Schwindelanfälle, in denen ihre Persönlichkeit aufgehoben ist, in denen sie alles bemerkt, handelt und spricht, aber äußere und innere Wahrnehmungen nicht sich selbst zuteilt.

Fall 5. Eine Kranke mit labyrinthärem Schwindel hat den Eindruck, daß etwas, was sie nicht fühlt, sieht und hört, gegen sie los stürzt. Manche Kranke haben das Gefühl eines Abgrundes vor sich.

Fall 6. Ein Kranker hat gleichzeitig mit Schwindelanfällen den Eindruck, in mehrere Personen geteilt zu sein, in eine, die ihre Stellung nicht verändert hat und in eine zur rechten Seite, die ihn von außen betrachtet. Wenn die beiden Personen verschmelzen, schwindet der Schwindel.

Fall 8. Eine Hysterische mit alter Ohreiterung und vorübergehendem Schwindel gibt an, der Schwindel gebe ihr die Empfindung körperlich nicht zu existieren. Wenn sie sich diesem Gedanken hingeebe, trete die Furcht auf, plötzlich zu sterben.

Fall 9. Ein anderer Kranker verliert bei den geringsten äußeren Anlässen das Bewußtsein seiner eigenen Existenz, er weiß nicht, wie er sich in dem Saale orientiert, wo er ist. Es überkommt ihn Angst ohne Schwindel und er verliert diesen Zustand nur, wenn er den Kopf schüttelt.

Sicher sind diese Beobachtungen, wie schon früher angedeutet, nicht einheitlicher Natur. Vor allem muß an die starke reflektorische Beeinflussung gedacht werden, die der Schwindel auf zahlreiche nervöse Apparate ausübt. Vielleicht kann man auch an vasomotorische Vorgänge denken. Es ergeben sich Übergänge zu den Fällen von Migräneattacken, die ich im folgenden noch mitteilen werde. Anderenteils muß berücksichtigt werden, daß die Unfähigkeit sich in den Raum einzuleben, psychologisch rückwirkt auf andere Funktionen. Es ist schwierig, sich von diesen komplizierten Zusammenhängen ein klares Bild zu machen und zu entscheiden, welcher Faktor in einem gegebenen Fall der entscheidende ist.

Im ganzen muß aber mit Entschiedenheit daran festgehalten werden, daß durch periphere Beeinflussung Zustände geschaffen werden können, die eine mehr als äußerliche Ähnlichkeit mit den Störungen der Depersonalisation besitzen.

Eine größere Ausbeute ist nach dem bisherigen Erwähnten zu erwarten bei mehr zentral sitzenden Störungen. Ich beginne zunächst mit einem Versuch

in der Seelenblindheit, verwandte Elemente aufzuzeigen. Nun muß unseres Erachtens geschieden werden zwischen Fällen von Seelenblindheit, von dem Typus den Lissauer beschreibt (hierher gehören auch die Fälle von F. Müller und Stauffenberg) und den Fällen von Seelenblindheit, wie sie Wilbrand im Auge hat. In dem von Lissauer beschriebenen Krankheitsfall dominiert die Unfähigkeit und zwar eine bestimmt charakterisierte Unfähigkeit, die Objekte zu erkennen. Lissauer konstatiert, daß eine wesentliche Einbuße des optischen Denkens nicht vorhanden ist. Angaben über Fremdheit der Objekte sind im Lissauerschen Falle nicht vorhanden. Auch Fälle dieser Art bieten viel des Interessanten, die Schwankungen des Zustandes, die Ratlosigkeit vor den Objekten. Wir werden diese Tatsachen beachten müssen, denn es führen Brücken von dem Falle Wilbrands, in dem zweifellos anfangs Verkennungen vorhanden waren, zu diesen Fällen.

Ein ganz anderes Interesse bieten die in folgendem mitzuteilenden Fälle. Auf eine Beobachtung Monakows, der von einem Landschaftsmaler berichtet, der durch Hirnerkrankung sein optisches Erinnerungsvermögen eingebüßt hatte, gehe ich nicht ein, weil die Angaben nicht hinreichend sind, um sich ein Bild von der Störung zu machen. Ich wende mich vielmehr den Fällen von Charcot und Wilbrand zu.

Die Beziehungen der Depersonalisation zur Seelenblindheit sind von den meisten Autoren vollständig übersehen worden. Nur Janet und Pick haben sie gestreift. Janet vermutet, der berühmte Fall von Charcot sei ein „scrupuleux“ gewesen, begründet aber seine Anschauung nicht näher. Er dehnt sie auch nicht auf Fälle mit sicher organischem Befunde aus. Pick hat darauf verwiesen, daß die Sehstörungen der Depersonalisierten Wesensbeziehungen zu Herderkrankungen des Gehirns haben. Er hebt hervor, daß viele Patienten über Diplopie, Metamorphopsie, Mikropsie und Orientierungsstörungen klagen. Und Pick verweist noch besonders darauf, daß bei der sog. Seelenblindheit Sehstörungen eigentümlicher Art vorlägen, welche sich mit den bisherigen Methoden nicht meßbar darstellen ließen. Auch auf die Ergebnisse von Studien über Intoxikation wird verwiesen.

Niemand hat jedoch bisher betont, daß die Fälle von Wilbrand und Charcot in ganz wesentlichen Punkten Klagen äußern, welche denen der Depersonalisation entsprechen. Zunächst sei der Fall Charcots in den wesentlichen Punkten referiert.

Herr X., der ausgezeichnetes visuelles Gedächtnis besaß, während das Gedächtnis für Gehörseindrücke schlecht war, erlitt geschäftliche Aufregungen, verlor Appetit und Schlaf. Eines Tages trat vollständige Verwirrung ein und Herr X. befürchtete, weil ihm alles so neu und fremdartig in seiner Umgebung vorkam, den Beginn einer Geisteszerrüttung. Er war nervös und reizbar geworden. Trotzdem er alles deutlich sah, hatte er das optische Gedächtnis für Formen und Farben verloren. Er konnte jedoch seine Geschäfte leidlich führen, indem er sich seines Gedächtnisses in anderer Weise bediente. Jedesmal, wenn er nach Hause zurückkehrt, betrachtet er die Monumente, die Gebäude und Straßen mit demselben Erstaunen, als wenn er sie zum ersten Male sehe. Gleichwohl findet er sich in den Straßen zurecht. Er kann den Hauptplatz einer ihm bekannten Stadt nicht wieder zeichnen. Die Zeichnung eines Minarets ist primitiv. Er beschreibt eine Arkade recht genau, klagt aber, keine bildliche Vorstellung zu haben. Als er einen Baum schlecht gezeichnet hat, sagt er: „Ich weiß nicht, ich weiß gar nicht wie das zustande gekommen ist“. Die Züge der Angehörigen erschienen ihm ungewohnt. Sein eigenes Bild im Spiegel war ihm derart fremd, daß er auf uns zutrat mit der Bitte ihm Platz zu machen. „Meine Frau hat schwarze Haare, ich bin

mir dessen ganz sicher bewußt, ich kann aber in meinem Gedächtnis diese Farben ebenso wenig wiederfinden, wie ich mir eine Vorstellung von ihrer Person machen kann.“ Auch längst Vergangenes kann er sich nicht vorstellen. Seit dieser Zeit versucht X. sich durch akustische Vorstellungen und Bewegungsvorstellungen zu behelfen. Er gibt an, allmählich die Empfindung des inneren Hörens gewonnen zu haben. Er träumt nicht mehr bildlich. Die griechischen Buchstaben erkannte er nicht mehr in der gleichen Weise wie früher. Die objektive Untersuchung ergab eine Myopie von sieben Dioptrien und eine leichte Abschwächung der Farbenempfindung, welche sich gleichmäßig auf alle Farben erstreckte. Besonders wichtig sind aber die eigenen Aufzeichnungen des Kranken. Er betont, daß seine Eindrücke eine völlige Veränderung erfahren haben, trotzdem er im Besitz seines abstrakten Denkvermögens sei. Er staune täglich über die Dinge, die ihm bekannt sein müßten. „In dem Umstande nun, daß meine Empfindungen, oder vielmehr meine Eindrücke etwas Undefinierbares, Fremdes an sich haben, scheint mir der Grund für die vollständige Umwandlung zu liegen, die sich mit meiner Existenz vollzogen hat; und selbstverständlich hat sich auch mein Wesen in merklicher Weise verändert. Früher war ich empfindlich für Eindrücke, leicht enthusiasmiert, und ich besaß eine reiche Phantasie; — jetzt bin ich still, kalt und meine Phantasie kann meine Gedanken nicht mehr weiter tragen.“ „Ich bin viel weniger zugänglich für einen Ärger oder einen Seelenschmerz. Ich habe Ihnen mitgeteilt, daß ich neulich meine Mutter verloren habe, an der ich mit inniger Liebe hing. Ich habe einen viel geringeren Schmerz dabei empfunden, als wenn ich noch das Vermögen besessen hätte, im Geiste die Physiognomie meiner Mutter, die Phasen der Krankheit, welche sie durchgemacht hat, zu sehen, und vor allem, wenn ich mir im Geiste bildlich hätte den äußeren Effekt vorstellen können, welchen dieser frühzeitige Tod bei den Gliedern meiner Familie hervorgerufen hat“<sup>1)</sup>.

Das, was in diesem Falle für Depersonalisation spricht, ist, daß neben den Störungen im optischen Gebiet auch solche im Gemütsleben vorhanden sind. Beide Elemente der Depersonalisation, Fremdheit der Außenwelt und Fremdheit des Ich, sind nachweisbar. Der Kranke spricht von einer vollständigen Umwandlung seiner Existenz. Er bezeichnet sich als still und kalt. Auffallend ist, daß über Störungen auf anderen Sinnesgebieten nichts berichtet ist, daß solche übersehen wurden, erscheint deswegen als unwahrscheinlich, weil auch die eben genannten Allgemeinstörungen nicht als selbständig anerkannt wurden. Trotzdem sind sie der Aufmerksamkeit des Patienten und des Untersuchers nicht entgangen. Daß der Erkrankung Aufregung und Sorge vorhergingen sei noch vermerkt.

Haben wir es nun hier mit einer Allgemeinerkrankung zu tun oder mit einer lokalisierbaren Störung? Bevor wir auf diese Frage eingehen, referieren wir noch kurz den Fall Wilbrands und heben dabei wieder jene Störungen besonders hervor, welche zur Depersonalisation Beziehung haben.

Fräulein G., eine 63jährige, hat stets ein gutes Sehvermögen besessen. Am 8. März 1881 brach die Patientin plötzlich bewußtlos zusammen. Sie lag mehrere Wochen zu Bett, erkannte den Arzt nicht, wurde für blind gehalten, aber sie gibt präzise an, schon damals gesehen zu haben. Beim Verlassen des Bettes kam ein eigentümlicher Zustand von Nichtsehen und doch wieder Sehen können, den sie als Traumzustand bezeichnet. Sie sah nur geradeaus und nach oben, nach links und nach links unten wurde nichts wahrgenommen. Den Hund hielt sie in den ersten Wochen ihrer Rekonvaleszenz für den Arzt und das Dienstmädchen bezeichnete sie als den gedeckten Tisch. Das Ortsgedächtnis für Straßen und Plätze, ja für die eigene Wohnung ist defekt. Bei ihrem ersten Ausgang nach dem Anfall war das Aussehen der Stadt verändert und völlig fremd. „Wenn sie es sagen, daß dies der Jungfernstieg, jenes der neue Wall und hier das Stadthaus ist, dann wird es auch so sein, ich kann es aber nicht wieder erkennen.“ Doch sind die Angaben über jene Zeit mangelhaft. Die auffallende fremdartige Veränderung optischer Eindrücke versetzte die Patientin in

<sup>1)</sup> Unter Benützung der Übersetzung von Wilbrand.

Unruhe. Sie wußte sich am eigenen Orte und doch war ihr derselbe völlig fremd. Sie verließ nie ohne Begleitung ihre Wohnung. Vier Jahre nach dem Anfall 1885 konnte folgender Befund erhoben werden: Sie ist intelligent, gab an, früher eine lebhaft optische Phantasie besessen zu haben. Sie träumt fast gar nicht mehr bildlich. Die objektive Untersuchung der Augen ergab normale Sehschärfe und normalen Farbensinn. Es bestand eine inkomplette homonyme Hemianopsie sowie ein hemianopischer Defekt im unteren Oktanten beider rechten Gesichtshälften. Innerhalb der linken Gesichtshälfte eine Zone, in welcher noch Helligkeit erkannt wurde. Im übrigen keine Störungen der Sehschärfe, Pupillen und Augenbewegungen normal. Sie schreibt fehlerlos, läßt jedoch in Briefen häufig einige Worte aus oder schreibt sie auch doppelt, Verständnis für Gebärden ist vorhanden. Sie klagt über Mangelhaftigkeit ihres bildlichen Vorstellens. Die Eindrücke stünden ihr lebendig, aber nicht bildlich vor der Seele. Bei geschlossenen Augen könne sie sich die Stadt Hamburg vergegenwärtigen. Alles, was sie sieht, hat einen fremden eigenartigen Charakter. Selbst die einzelnen Möbel im Zimmer kommen ihr anders vor. Gleichwohl sieht sie alles vollkommen deutlich. Auch das eigene Zimmer erscheint fremd und eigenartig. Auch im Spiegel sehe sie sich ganz fremd wieder. Sie sehe sich gar nicht ähnlich. Sie befürchtet Geisteskrankheit. Die Physiognomien von Personen hinterlassen keinen bildlichen Eindruck. Sie könne sich jedoch den Klang der Stimme ihrer Besucher vergegenwärtigen. In der ersten Zeit habe sie niemanden beim Eintritt ins Zimmer erkannt, wenn er nicht gesprochen hätte. „Mein Gehör ist geradezu auffallend besser geworden.“ Das Zeitmaß sei ihr stets im Unklaren. „Ich kann mit der Zeit nicht fertig werden, alles zieht sich in die Unendlichkeit hinein. Ein in die Hand gegebener Bleistift erweckt sofort die entsprechende bildliche Vorstellung. Der Anblick der Gegenstände auf dem Tische macht sie verwirrt. Auch der Anblick vieler Menschen macht ihr Angst. Beim Treppabwärtssteigen verwirren sie die vielen Treppenstufen. Es treten auch Zustände von „verkehrtem Denken“ auf. Es beherrscht sie dann die Vorstellung, es sei an Stelle der Schlafstube die Straße und ihre Kommode stände auf dieser. Bisweilen staunte sie fremde Gegenstände auf der Straße an, z. B. einen Fleischerwagen. Beim Suchen nach Gegenständen versagt sie oft. Sie ist reizbar und nervös geworden, es treten explosionsartige Empfindungen im Kopfe auf mit plötzlichen Lichtempfindungen. Allmählich trat noch ein Rückgang im Gesichtsfelddefekt auf. Im April 1885 hört das verkehrte Denken auf, die Gegenstände verlieren allmählich den fremdartigen Charakter. Aber auch jetzt denkt sie noch beim Betrachten eines beliebigen Gegenstandes, „mein Gott, was mag denn dies für ein Ding sein“. Sie findet jetzt ihren Weg, kann auch beschreiben, wie sie gehen soll, gibt jedoch an, sie müsse alle drei Schritte fragen. Ein Gebäude, das sie früher gesehen hatte, kommt ihr jetzt kleiner vor. Auf dem linken Ohre hat sie ein Brausen. Die Empfindung des Blasenplatzes im Kopf ist jetzt viel weniger auffällig. Im September 1885 gibt sie an, nur ein mechanisches Leben zu führen. „Will ich z. B. mich abends zu Bette begeben, dann denke ich, du mußt dir noch dies und jenes zurecht legen und manches in Ordnung bringen. Komme ich dann in mein Schlafzimmer, so bemerke ich mit Erstaunen, daß ich schon alles selbst besorgt hatte. Alles liegt in bester Ordnung auf seinem Platze, es wurde aber mechanisch von mir vollführt und ich wußte nicht, daß diese Arbeit schon getan war.“ Sie kann jetzt auch Gegenstände und Situationen aus Gedichten gegenständlich vorstellen. Zeitweise traten auch Schwindelanfälle ein. In diesem Falle steht uns auch ein Obduktionsbefund zur Verfügung. Es fand sich rechts der Lobus fussiformis tief eingesunken, der Herd erstreckte sich bis zum rechten Hinterhauptslappen. Der Cuneus in seiner Hinterfläche stark reduziert und weich. In der linken Hemisphäre, in der Markstrahlung der zweiten Okzipitalwindung, in der Tiefe der die zweite von der ersten Okzipitalwindung trennenden Furche, eine kleine Höhle, an die sich frontalwärts eine erweichte Zone anschließt. Diese geht weiter nach vorn allmählich in einen frischen Erweichungsherd über, der die zentrale Markmasse der Hemisphäre vollständig zerstört hat.

Wie ist nun dieser Fall zu deuten. Ich führe zunächst jene Erscheinungen an, welche kaum auf die Seelenblindheit als solche bezogen werden können. Das sind die Klagen über Automatismus (welche allerdings erst im späteren Verlauf der Erkrankung geäußert werden) und die Klagen über das verkehrte Denken. Das verkehrte Denken werden wir in präziserer Fassungsweise als Zwangsdenken resp. als Zwangsvorstellung bezeichnen können. Es findet sich schon in der ersten Beobachtungszeit. Schließlich sind zu erwähnen die Klagen



über das Platzen der Blasen im Kopfe, über das Ohrensausen und über die Störung des Zeitsinnes. Schließlich gibt die Patientin an, deutlicher zu hören. Von diesen Klagen ist die über Automatismus uns vollkommen geläufig, sie ist eine der Hauptklagen der Kranken in der Depersonalisation. Das Zwangsdenken könnte auf die Unvollständigkeit des optischen Erkennens bezogen werden. In der Tat hat Förster, welcher an diese Erscheinungen erinnert, eine ähnliche Deutung vorgeschlagen. Die Angabe feiner zu hören, könnte man gleichfalls auf die geringere Wertigkeit des Optischen im Seelenleben beziehen als eine Art Kontrastwirkung. Das Ohrensausen kann jedoch nicht in irgend einer Weise auf den Defekt des Sehens bezogen werden. Erinnern wir uns, wie häufig Krishaber über derartige Störungen bei seinen Patienten berichtet hat.

Wir wollen nun die optischen Störungen, welche die Patientin bot, vergleichen mit denen der Patienten unserer Beobachtung. Es müssen zunächst für die Wertung jene Störungen ausgeschlossen werden, welche auf dem Gesichtsfelddefekt zu beziehen sind. Hierher gehört zunächst das Nichtfindenkönnen bei der Patientin (auch Wilbrand gibt diese Erklärung), vielleicht ist auch ein gewisser Teil der Orientierungsstörungen auf diesen Faktor zurückzuführen. Eine selbständigere Bedeutung haben die Angaben über die Fremdartigkeit, die die Umgebung auf sie macht. Hier aber entsprechen die Angaben der Patientin fast wörtlich denen unserer Kranken. Man sehe daraufhin die beigefügte Kasuistik durch. Auch die Angaben über Angst und Verwirrtheit, durch den ungewohnten Eindruck der Gegenstände, sind uns nichts Fremdes. Krishaber hat bei einem seiner Patienten Ähnliches gesehen. Die Orientierungsstörungen der Kranken sind schwerer als sonst bei Depersonalisierten. Es ist zu erwägen, ob nicht der Gesichtsfelddefekt den Unterschied hervorbringt. Zieht man diesen in Betracht, so wird man nicht zögern, beide Erscheinungen miteinander in Parallele zu setzen, ja sie als identisch zu bezeichnen. Besonders muß uns noch die Frage beschäftigen, ob die Patientin Gegenstände wirklich verkannte. Die ersten dieser Angaben stammen aus der Erinnerung der Kranken. Bedenkt man, daß z. B. die Kranken Janets angaben, sie erkannten überhaupt nichts, so wird man die Behauptung der Patienten nicht ohne weiteres als beweisend ansehen. Allerdings ist die Verwechslung mit anderen Gegenständen auffällig. Wenn die Patientin sagt, sie hätte einen Fleischerwagen angestaunt, so erkennt man schon aus der Schilderung, daß der Fleischerwagen erkannt wurde. Sie verwechselt jedoch auch ihr Dienstmädchen mit einem gedeckten Tisch. Es ist das eine willkommene Bestätigung der organischen Art der Störung, denn das entspricht den Verkennungen in den Fällen von Lissauer, Stauffenberg etc. Im wesentlichen muß gesagt werden, daß die Sehstörungen der Patientin in fast allen Punkten denen der Depersonalisierten entsprechen. Besonders verweise ich noch darauf, daß auch ihr das eigene Spiegelbild zu einer Zeit fremd erscheint, wo sie an anderen keine wesentliche Veränderung bemerkt. Wenn schließlich die Patientin, auch in den späteren Lebensjahren, den Hausbewohnern klagt, sie sehe nichts und doch wieder alles, so rufen wir die Äußerung des Kranken Hirts ins Bewußtsein: „Wiewohl ich sehe, ist es mir, als ob ich blind wäre.“

Die Ähnlichkeit des Charcotschen und des Wilbrandschen Falles mit den Fällen der Depersonalisation ist eine derartig große, daß ich mir die Frage vorgelegt habe, ob es überhaupt berechtigt ist, die beiden Beobachtungen als

organische Herderkrankungen zu deuten. In dem Wilbrandschen Falle ist die Hirnerkrankung durch den klinischen und autoptischen Befund sichergestellt. Nichtsdestoweniger erhebt sich die Frage, ob diejenigen Störungen des Sehens, welche nicht durch den Gesichtsfelddefekt erklärt werden, nicht Störungen sind, welche auf einen rein psychischen Mechanismus zu beziehen sind. Man könnte sich das etwa in der Art denken, daß das Individuum, im Sehen gestört, schließlich nicht mehr voll in sein Sehen eingeht. In der Tat glaube ich, daß dieser psychische Mechanismus vorhanden ist, aber es liegt kein Grund vor, anzunehmen, daß diese psychische Veränderung nicht hirnanatomisch begreifbar ist. Im Gegenteil, ich komme zum Teil auf Grund der vorhin angestellten Erwägungen zu dem Resultate, daß die Unmöglichkeit, Gesehenes zu erfassen, durch Hirnläsion zustande kommen kann.

Hier ist folgendes einzufügen: Wir haben als deskriptiv wesentlich für das Erleben der Depersonalisierten hervorgehoben, daß es nicht nur unvollständig, sondern auch widersprochen ist. Wie kann man denn die Widersprochenheit des Erlebens anatomisch deuten wollen, wird man fragen. Hier liegt eben eine Forderung der Empfindung vor, zum vollen Erlebnis zu werden, welcher nicht Genüge geleistet wird. Die Unvollständigkeit ist keine Unvollständigkeit schlechthin, sondern eine solche, welche, eine Forderung zur Vervollständigung in sich schließt. Man beachte doch, wie die Patienten von dem Typ Lissauers sich benehmen, wenn sie Optisches erfassen sollen. Bei Stauffenberg findet sich eine gute einschlägige Abbildung. Pick hat schon hervorgehoben, daß derartige Kranke im Gegensatz zum kortikal Blinden, ihre Krankheitserscheinungen übertreiben.

Es fragt sich, welche Tragweite man diesem Resultat zuschreiben soll. Das Nächstliegende ist folgendes: Es ist gar nicht aufgedeckt worden, eine Beziehung zwischen Psychischem und seinem Hirnkorrelat. Ebenso wie ich durch Vorsetzen eines roten Glases vor das Auge mir die Umwelt entfremden kann, ebenso ist dem Seelenblinden die Umwelt entfremdet, dadurch, daß die Wahrnehmung eine parästhetische ist. Aber es ist diese Parästhesie durch nichts erwiesen. Im Gegenteil, die Untersuchungen berichten davon, daß eine gröbere Störung im Empfindungsrohmaterial nicht vorlag. Jedenfalls drängen die Tatsachen zu dem Schlusse, daß es Abänderungen des Empfindungsrohmaterials bei zentraler Läsion gibt, welche sich nur darin äußern, daß das Eingehen des Individuums ein unvollständiges und widersprochenes wird. Es sind eben diese Störungen nicht mehr vage Analogien zur Depersonalisation, wie die Störungen nach Eingriffen an der Peripherie, sondern sie entsprechen genau den Erscheinungen, die uns beschäftigen.

Es ist aber auch für diese Auffassung nicht ohne weiteres begreiflich, daß diese Funktion des vollen Erfassens (die fonction du réel) allgemeinere Störungen erfahren hat. Die Kranke Wilbrands geht auch in ihren Handlungen nicht voll auf. Der Kranke Charcots kann sich ebensowenig in seine Gefühle, wie in seine Gesichtsvorstellungen einleben.

Es ist also wünschenswert, noch nach anderen Bestätigungen unserer Auffassung zu suchen und hier greifen wichtige Beobachtungen Schusters ergänzend ein. Schuster hat bei einem Alektischen, der, wie das bei diesen Kranken häufig ist, vereinzelte Symptome der Seelenblindheit zeigte, nachweisen können, daß er nicht zu einem vollen Eindruck des süßen Geschmacks kam,

wiewohl die objektive Untersuchung keinen entsprechenden Defekt erkennen ließ. Der Kranke konnte gar nicht genug Zucker in seinen Kaffee tun, Oesterreich hat bereits in einem ähnlichen Zusammenhange auf diese Beobachtungen verwiesen. Die Tatsache ist um so wichtiger, da nur dieses Sinnesgebiet neben dem Optischen noch beteiligt ist. Mir scheint, jeder Versuch einer Deutung der Erscheinung als psychogener Zutat unmöglich. Auch Schuster sucht nach einer hirnanatomischen Erklärung der Erscheinung. Er führt übrigens noch eine Reihe von Fällen von Alexie an mit Geruchs- und Geschmacksstörungen. Doch sind diese Fälle für unsere Fragen nicht genügend eingehend untersucht. (Berkhan, Thomsen, Müller). Es sei noch besonders darauf verwiesen, daß im Falle Schusters die Erkennung zweidimensionaler Gebilde gestört war. Die Sehstörung würde sich also mehr dem Typus Lissauers nähern. Vielleicht verweist das doch auf eine enge Verwandtschaft beider Typen (die übrigens auch Stauffenberg annimmt). Wir vermerken übrigens noch, daß der Kranke manchmal darüber jammert, daß er nicht gut sehe und alles in einem Dunst sei.

Verweisen wir schließlich nochmals auf jene Fälle von Hirnschädigung, welche den Symptomenkomplex der Depersonalisation mehr oder minder vollständig aufweisen: Es sind die Epilepsie und die Migräne-Attacken. Nach allem muß es als gesichert gelten, daß eine hirnphysiologische Betrachtungsweise hier anwendbar ist, ja wir können sogar eine topische Deutung nicht als unmöglich ansehen.

Der neueste Bearbeiter der Seelenblindheit, Stauffenberg, hält zwar diese nicht für eine schlechthin lokalisierbare Störung, sondern zieht die Diaschisis im Sinne Monakows zur Erklärung mit heran. Es handle sich stets um ein Syndrom, niemals um einen isolierten Ausfall. Die starke Beteiligung höherer psychischer Elemente bei dem Akte des Erkennens machte es unwahrscheinlich, daß man es mit einem sog. Herdsymptom zu tun habe. „Die Seelenblindheit stellt sich dar als eine asemische Störung höherer Art, deren Zustandekommen ein Herd höchstens auslösen kann, wenn jene mannigfachen komplizierten Momente gegeben sind, die wir nur andeuten konnten, deren feineres Wesen uns aber noch völlig unbekannt ist.“

Ich kann mich diesen Ausführungen in weitgehendstem Maße anschließen. Nur bestreite ich, daß bei den Aphasien andere Verhältnisse vorliegen, man vergleiche doch die ausgezeichneten Ausführungen, die Bergson in „Materie und Gedächtnis“ gegeben hat. Schon der Schluß Stauffenbergs, daß neben der groben örtlichen Läsion Momente allgemeiner Natur vorhanden sein müssen, kann nur dann als berechtigt angesehen werden, wenn man sich vergegenwärtigt, daß diese Momente allgemeiner Natur bei jeder Erkrankung der Kortex eine wesentliche Rolle spielen, wenn man von den elementaren Störungen der motorischen Region und der Sinnesflächen absieht.

Stauffenberg macht übrigens keinen prinzipiellen Unterschied zwischen der sog. apperzeptiven und der sog. assoziativen Form der Seelenblindheit. Ich kann hier die Berechtigung dieses Standpunktes nicht diskutieren. Unsere Ausführungen zielen zunächst nur auf die Charcot-Wilbrandsche Form hin. Betreffs der anderen können wir mangels eigenen Materials nichts Entscheidendes beibringen. Ich glaube auch konstatieren zu können, daß bezüglich unserer begrenzten Gruppe fast auf alle jene Fragen Antwort gegeben werden konnte, die Külpe in seinem Referate über Psychologie und Medizin aufgeworfen hat.

Vielleicht wird sich auch hier das Studium funktioneller Erkrankungen (im weitesten Sinne) ebenso bewähren, wie für die Sprachstörungen (Pick, Kleist).

Man verkenne die Absicht dieser Erwägungen nicht. Sie stellen den Versuch dar, von einem eng umgrenzten Gebiete aus die Möglichkeit zu erweisen, daß kompliziert Psychisches elektiv durch Hirnläsion gestört werden kann. Als Endziel schwebt vor, eine Lokalisation neurasthenischer und hysterischer Beschwerden. Freilich wird nicht etwa versucht, Vorstellungen oder bestimmte Fähigkeiten in bestimmte Hirnteile hineinzudenken, sondern mich leitet der Gedanke zerebraler Mechanismen, welche von bestimmten Punkten aus gestört werden können. Und diese Mechanismen denke ich parallellaufend mit psychischen Mechanismen. Ob es sich um die letzten psychischen Parallel-Vorgänge handelt, kommt hier gar nicht in Frage, wie denn überhaupt das Parallelismusprinzip hier nur heuristisch verwertet wird. Unsere Vorstellungsweise hat nichts zu tun mit einer Leib-Seelentheorie des Parallelismus<sup>1)</sup>.

Das wichtige Problem, das uns hier beschäftigt, ist folgendes: Können psychische Krankheitserscheinungen, welche uns verständlich sind, hirnmechanisch gedeutet werden? Kann z. B. eine hysterische Lähmung hirnmechanisch erfaßt werden, wenn ich weiß, daß sie durch den Wunsch zustande gekommen ist, die Hand nicht zu bewegen.

Hier hat man sich die Unterschiede psychologischer und somatischer Kausation scharf vor Augen zu stellen. In unserem eigenen Materiale erkannten wir als das Charakteristische des Depersonalisations-Erlebnisses die Widersprochenheit und fanden es sogar berechtigt, an Komplexwirkungen zu denken. Für enge Gebiete der gleichen Störung forderten wir Hirnläsion, welche das „Vollesichhineinversetzen“ in einen gegebenen Inhalt stört. Wir sind der Ansicht, daß sich beide Betrachtungsweisen ergänzen. Sollte sich nicht für das Gebiet der Hysterie Ähnliches vermuten lassen? Das Buch di Gasperos, welches auf eine Reihe wesentlicher, nicht direkt gewollter Phänomene bei der hysterischen Lähmung hinweist, stellt einen verheißungsvollen Anfang dar.

Von den Vermutungen, welche noch nicht einmal zu Hypothesen ausgebaut werden konnten, wenden wir uns wieder den Tatsachen zu.

Es fragt sich, sind auch auf anderen Sinnesgebieten ähnliche Erscheinungen bekannt. Das muß nun im wesentlichen verneint werden. Es gibt weder auf dem Gebiete des Tastens, noch auf dem des Hören und Riechens entsprechende Tatsachen. So interessant und wichtig die Befunde Antons über Nichtbeachtung einer Körperhälfte sind, sie können deswegen nicht zum Vergleiche herangezogen werden, weil die entsprechenden Fälle beträchtliche Störungen der Sensibilität aufweisen. (Ähnliche Beobachtungen teilt Zingerle mit.) Allerdings kann die Empfindungsstörung, die in dem Falle Zingerles sicher keine vollständige war, allein die Störung nicht erklären, denn die Patienten haben auch die Erinnerung und das Wissen an die betreffende Körperseite eingebüßt. Gleichwohl ist eine Analogisierung mit den Störungen der Depersonalisation nicht möglich. Der Depersonalisierte beachtet seine Störung.

Die Patienten von Rosenberg, bei welchen eine bestimmte Leistung, die Orientierung von rechts und links verloren gegangen ist, zeigen negativistische

<sup>1)</sup> Wer sich hierfür interessiert, sei auf das Buch Bechers verwiesen, vor allem aber auf die Ausführungen Bergsons.

Züge, sie sagen, z. B. nach der linken Hand befragt: „Ich habe keine linke Hand“. Aber auch diese Analogie ist eine oberflächliche und führt sachlich nicht weiter.

Es ergibt sich also die Forderung, nach einschlägigen Störungen systematisch zu suchen<sup>1)</sup>.

Es erübrigt nach Störungen des Handelns zu suchen, welche man unserer Gruppe zuordnen könnte. Es liegt ein sehr interessanter Fall von Goldstein vor, welcher eine Apraktische betrifft (schon Pick hat in diesem Zusammenhang auf ihn verwiesen). An dem betroffenen Arme bestehen Tastlähmung und apraktische Störungen. Sie empfindet den Arm als von ihrer Willenskraft getrennt: „Das sind ja zweierlei Menschen, der Arm und Ich“. Goldstein gibt an, es hätte jedes Willensgefühl für die mit der linken Hand ausgeführten Bewegungen gefehlt. „Es war immer von neuem überraschend, wenn die Patientin auch bei denjenigen Bewegungen, die sie auf Geheiß leidlich richtig machte, erklärte, daß nicht sie sie mache, sondern die Hand, daß es nicht ihr Wille sei, der die Bewegungen leite.“ Diese Beobachtung ist deswegen schwierig zu deuten, weil eine Reihe von Störungen vorliegt.

Die Patientin bezeichnet bereits ihren Arm als nicht zu ihr gehörig. Immerhin könnte daran gedacht werden, daß es sich nicht um eine Tastlähmung, sondern um eine Depersonalisation des Tastens handle. Doch ist diese Vermutung deswegen nicht ohne weiteres aufrecht zu halten, weil schwere objektive Ausfälle der Sensibilität bestehen.

Es fragt sich also, was vorliegt, wenn die Patientin eine intendierte Bewegung wirklich ausführte. Ein Wollen muß jedenfalls vorausgehen, denn sonst würde ja der Arm ruhig bleiben.

Es sind nun folgende Möglichkeiten vorhanden:

Die Patientin wollte und vollzog diesen Akt in unechter Weise. Deshalb bezeichnet sie sich als willenlos in bezug auf den Arm. Oder: sie erkennt auch den richtig vollzogenen Akt nicht an, weil sie Teilakte nicht mehr im Willensfelde hat, weil die Richtigkeit der Ausführung dem Zufall überlassen blieb. Schließlich könnte sie ihn verleugnen, weil er ihr nicht die entsprechenden Empfindungen vermittelte. Eine sichere Entscheidung zwischen diesen Möglichkeiten kann nicht getroffen werden, doch halte ich die erstere für die unwahrscheinlichste und damit ist eine Verwertbarkeit des Falles für die Theorie der Depersonalisation in Frage gestellt.

Das ist alles, was ich an Material betreffs der hirnpfysiologischen Deutung der Depersonalisation zusammentragen konnte. Vielleicht wird ein gründlicheres Literaturstudium noch einiges ergeben, was hierher gehört. Eine Reihe von Fragestellungen für künftige Untersuchungen hat sich ergeben. Die sicheren Resultate sind gering. Es ist das Ziel dieser Ausführungen auf einen Weg zu verweisen, der vielleicht doch einmal zu reicheren Resultaten führen könnte.

---

<sup>1)</sup> Die Erscheinungen der funktionellen Dyschirie, Achirie und Allochirie (Jones) sind den Erscheinungen der Depersonalisation in jeder Hinsicht sehr nahe verwandt.

## II. Kapitel.

# Über Einzelsymptome der Depersonalisation und über der Depersonalisation verwandte Zustände.

### Über Coenästhesiopathie.

Fall 10. Max R., Schlosser. 20 Jahre alt. Der Patient kommt mit der Angabe, er spüre seit 4 Jahren ein eigenartiges Gefühl am Kopfe. Seine Angaben, die er in durchaus geordneter Weise vorbringt und die, soweit sie Tatsächliches betreffen, von der Mutter des Patienten bestätigt werden, seien wiedergegeben. Die Eltern leben und sind gesund. Er ist das einzige Kind. Vor 4 Jahren war die Mutter angeblich nervenschwach. In den Seitenlinien keine Geisteskrankheiten. Der Großvater soll einige Zeit in einer Anstalt gewesen sein. Er hat als Kind Scharlach durchgemacht. („Mein Gedächtnis ist gut, ich erinnere mich an alles.“) Er hatte dann häufig Bindehautentzündung und Drüsenbildung. Er hat sehr gut in der Schule gelernt, war immer einer der ersten. Er hat die Bürgerschule absolviert. (Die Mutter bestätigt seine Schulerfolge, er scheint sich gekränkt zu haben, daß er keine höhere Schule besuchen durfte.) Er kam dann in die Lehre, fühlte sich jedoch in derselben nicht wohl. Der Lehrherr war nicht gut gegen ihn. Vor 4 Jahren (1909) begann im Winter das jetzige Leiden. Er hatte damals eine Ohrenerkrankung und es wurde ihm eine Reihe von Zähnen plombiert. („Vielleicht war es zu viel und ich hätte sie reißen lassen sollen.“) Von diesem Zeitpunkt an ging es los. Er lernte bei einem rohen Menschen und stand unter einem gewissen seelischen Druck. „Ich hatte aber volle Lebensfreude in mir. Es fingen Nervenbeschwerden im Kopf an. Es arbeitete und das Wohlbefinden wurde weniger.“ Er hatte keine Schmerzen. Es nahm zu. „Am Scheitel spürte ich etwas . . . . es wirtschaftete, von da ab konnte ich nicht mehr arbeiten und denken.“ (Zeigt mit dem Finger nach einer Stelle am Scheitel.) Es besserte sich jedoch allmählich. Seit September 1911 arbeitete es ununterbrochen im Kopfe. Er wußte nicht recht was er mache, die Stelle war auch immer heiß. Er dachte, es wäre etwas darin. Diese Beschwerden wechselten etwas. Seit November kann ich nicht mehr denken. „Das ist ein Gefühl, als hätte ich einen Herd.“ „Gedächtnis habe ich, der natürliche Zustand fehlt . . . . daß ich normal denken kann . . . . ich muß das hier oben erst wegdenken, das ist aber doch eine schreckliche Qual. Richtig denken kann ich nicht.“

(Können Sie fühlen?)

„Denken kann ich immer noch einigermaßen richtig, aber das Gefühl ist falsch.“

(Inwiefern?)

„Normalerweise hat man Lebenslust, aber das ist weg, weil es im Hinterkopf entstanden . . . . ich dachte in meinem Kopfe geht etwas vor.“

(Können Sie sich freuen?)

„Nein, das kann ich nicht.“

(Lachen?)

„Das . . . . .“

(Ich werde Ihnen die Geschichte von der Strubelpepi erzählen.

Lacht lebhaft. „Es geht doch das Lachen.“

(Willen?)

„Ei gewiß, soweit es in diesem Zustand möglich ist.“

(Sind Sie sehr verändert?)

„Das eben, mein Ich ist richtig verändert. Der richtige Begriff vom Ich, der fehlt mir.“ „Wenn jemand sagt ich, so habe ich kein richtiges Gefühl und auch wenn ich jemand anders sehe . . . .“

(Sind Sie persönlich verändert?)

„Vollständig, vorher war bloß das Gefühl verändert, jetzt ist auch der Begriff verändert.“

(Ist die Umgebung verändert?)

„Nein.“

(Ist sie genau so wie früher?)

„Nein, wie soll ich die wahrnehmen, wenn das ganz anders geworden ist.“

(Tinte und Feder hier, sehen sie das so wie früher?)

„Der Eindruck bleibt der gleiche, aber wie ich so auffasse . . . .“

Wenn der Zustand sehr arbeite, sei er zerstreut, aber wenn er spazieren gehe, wisse er immer, wo er sei. In der letzten Zeit habe er sich allerdings bisweilen 5 bis 6 mal angezogen. Was ihm bekannt gewesen sei, habe er behalten. Er negiert sowohl abnorme Bekanntheits- als Fremdheitsgefühle.

„Wenn ich etwas denke, so denke ich, die Qual im Kopfe muß weg, dabei muß bloß der Zustand weg, davon kommt das.“

(Haben Sie Ihre Eltern noch so gern wie früher?)

„Ja, Herr Doktor, gern habe ich gar nichts . . . so lang ich nicht gesund bin, hat die ganze Sache keinen Wert.“ Sein Bild im Spiegel hat er nicht verändert befunden. Seinen Körper fühlt er unverändert, neigt nur zu Herzklopfen. Sein Appetit sei gut, er könne leicht schlafen. Auch das Wasserlassen und der Stuhlgang seien vollkommen normal. Über sexuelle Überreizbarkeit hat er nicht zu klagen.

Während er anfangs etwas apathisch und zurückhaltend ist, wird er, während er sein Leiden schildert, allmählich lebhafter. Er ist fest davon überzeugt, daß alles von der Stelle am Kopf ausgeht. „Ich kann scharf denken, wenn der Zustand aufhört.“ Er gibt an in letzter Zeit dauernd das Gefühl zu haben. Es beständen nur geringe Schwankungen. Drängt außerordentlich auf Operation.

6. Juli. Weint, „wenn das heraus ist und es wird wieder schön, dann bin ich der vergnügteste Mensch.“ Er würde mit anderen mitfühlen, wenn es der Zustand zulassen würde. In den folgenden Tagen tritt eine wesentliche Änderung des Zustands nicht ein. Aus einem Bericht vom 14. Juli sei erwähnt: „In meinem Hinterkopf ist etwas entstanden, was mir meine Seele vollständig vernichtet hat. Ich muß bei jedem Gedanken diesen Zustand erst überwinden.“ Er hofft Gesundung durch Operation.

28. Juli. Er macht zeitweise einen sehr vergnügten, lebhaften Eindruck, lacht spontan, geht täglich spazieren, klagt auch über Langeweile, besucht Bekannte, gibt gleichwohl an, es sei nicht besser. Das Gefühl der Freude sei vollkommen weg. Er lache nur unwillkürlich. Er kann sich nichts Spaßhaftes vorstellen. Er kann sich aber auch nichts Trauriges vorstellen. Wenn er verzweifelt sei, könne er sich nicht recht gehen lassen. Er kann sich überhaupt nicht recht gehen lassen. Ich habe nur die krankhafte Bemühung, den Zustand wegzubekommen. Jeder Gedanke ist dadurch beeinflusst. Andere Leute bekommen Kopfschmerzen, können aber weiterdenken. Bei ihm sei das etwas ganz anderes. „Ich kann nicht klar werden, nie, das fehlt mir.“ Wenn es schön würde, würde ihm alles klar werden. „Ich hätte eben dann ein gesundes Ich. Wenn ich etwas von mir sage, so weiß ich gar nicht, was das ist.“

30. Juli. Es wirtschaftete furchtbar im Kopf. Er könne sich nichts vorstellen.

(Stellen Sie sich einen Drachen vor!)

Schweigt lange still, lächelt, meint schließlich, er habe sich ihn nicht klar vorgestellt. „Es gibts nicht her.“ An diesem Tage erscheint er auch äußerlich sehr gedrückter Stimmung. Zeigt nur bisweilen ein verlegenes Lächeln. Sehr eigenartig ist sein Verhalten beim Assoziationsversuch (es sind nur Stichproben widergegeben).

Sonne . . . . . (lächelt, gibt auch nach wiederholtem Drängen keine Antwort).  
 Schlange . . . . . Gift 18".  
 Blume . . . . . ich wüßte nicht, was ich darauf sagen sollte.  
 Schlüssel . . . . . Schloß 3".  
 Gelb . . . . . „Verzeihung, was sagten Sie?“ (stockt).  
 Buch . . . . . „ich denke überhaupt nichts, das quält mich nur.“  
 Grün . . . . . Laub 3".  
 Zimmer . . . . . (es erfolgt überhaupt keine Antwort).

Er meint hierzu, er spüre die Qual, weiter nichts. Es fiel ihm dann kein Wort ein. Darauf aufmerksam gemacht, daß das Antworten doch auch Denkleistungen voraussetze, meint er, das Antworten fiel ihm leichter, es treibe ihn schon der Drang über seinen Zustand aufzuklären, damit er Erleichterung bekomme. „Es ist fortwährend qualvoll“. Es sei nicht wie ein Schmerzgefühl. Sein häufiges Lächeln bezeichnet er als unwillkürlich. Er hat nicht das Empfinden, das ein anderer hat, wenn er lacht. Als er eine Rechenaufgabe ( $9 \times 7$ ) prompt ausrechnet, meint er, darüber brauche er nicht nachzudenken, das mache keine Schwierigkeiten. Die Sachen, die er sich früher eingepägt hätte, könnte er besser beantworten. Es zeigt sich jedoch, daß er auch über Namen und Art der Patienten, mit denen er zusammen ist, Auskunft geben kann. Jeder Gedanke kostet ihm aber, wie er angibt, Mühe. Er könne sich nicht richtige Pläne und Vorsätze machen. Natürlich fühlte er sich vollständig verändert. Das normale Gefühl fehlte eben, er könne sich weder Freude noch Trauer vorstellen, er spüre nur diese Qual, weiter nichts. Wenn das aber zurückginge, dann würden sich auch die geistigen Fähigkeiten wieder herstellen. Die Zeit könne er abschätzen. Das Gedächtnis sei gut, es sei aber kein Vorstellen, sondern nur ein Wissen. Er läßt sich nur mit Mühe dazu bringen, eine Umrißzeichnung des Bahnhofs zu entwerfen.

Auch in den nächsten Wochen tritt eine Änderung nicht ein, er greift sich häufig nach der Stelle auf dem Kopfe und läuft unruhig und verzweifelt hin und her.

Die minutiöse objektive Untersuchung (Sinnesorgane, Schädelröntgengenologie) ergibt keinen pathologischen Befund.

Es handelt sich um einen 20jährigen, der seit 4 Jahren krank ist. Dasjenige Krankheitssymptom, das er selbst in den Vordergrund stellt, ist eine parästhetische Empfindung am Kopfe. Er selbst leidet von dieser Herabsetzung der Fähigkeit des Denkens und Fühlens, sowie auch des Empfindens ab. Ja, er fühlt sich durch dieses Gefühl in seiner Gesamtpersönlichkeit verändert. „In meinem Hinterkopf ist etwas entstanden, was mir meine Seele vollständig vernichtet hat.“ Besonders interessant ist, daß die meisten Störungen, die wir bei der Depersonalisation antrafen, auch hier nachweisbar sind. Insbesondere das Versagen, wenn eine bestimmte Aufgabe gefordert wird (Assoziationsversuch). So findet er angeblich beim Assoziationsversuch überhaupt keine Worte, während er gleichzeitig doch relativ komplizierte Denkleistungen vollführt.

Die klinische Deutung dieses Falles ist wieder eine außerordentlich schwierige. Manisch-depressives Irresein scheint der ganzen Sachlage nach ausgeschlossen werden zu können. Hiergegen muß die Diagnose der *Dementia praecox* sehr ernsthaft erwogen werden. Es fehlen jedoch wirklich sichere Charakteristiker, so daß immerhin noch an einen eigenartig charakterisierten neuropathischen Zustand gedacht werden kann.

Man muß den Fall in die Nähe der von *Drupré* und *Camus*<sup>1)</sup> beschriebenen Fälle stellen. Diese beschreiben als *Cénestopathie* Fälle von eigentümlichen Mißempfindungen, welche den lokalisierten neuropathischen Schmerzen (*Topalgien*) nahe stehen, aber eben keine Schmerzen sind, sondern *Dysästhesien* anderer Art. Es erscheint anderenteils fraglich, ob nicht der erste von den

<sup>1)</sup> Auch *Camus* und *Blondel*.



Autoren mitgeteilte Fall zur *Dementia praecox* zu zählen sei. Es ist bemerkenswert, daß dieser erste Fall ein sicherer *Depersonalisationsfall* ist. Auch diesen Autoren hat sich also die Beziehung dieser sonderbaren Parästhesien zu der *Depersonalisation* aufgedrängt (vgl. Anhang).

Unabhängig von den klinischen Fragestellungen ist die Frage, ob tatsächlich, wie der Patient angibt, die Parästhesie im Kopfbereich psychologisch als Ursache der übrigen Störungen anzusehen ist. Dem rein deskriptiven Bestand nach muß gesagt werden, es liegt vor, eine ständige Mißempfindung, welche fordert, von dem Individuum bemerkt zu werden. Auf der anderen Seite treffen wir eine Reihe von Störungen, welche wir in den vorangehenden Ausführungen als Unfähigkeit der vollen Ichzuwendung charakterisiert haben. Es ist im früheren eingehend ausgeführt worden, daß die entsprechenden Abänderungen der Wahrnehmung und des Gefühles daraus entspringen, daß im Individuum noch anderweitig gerichtete Tendenzen sind. Nun kennen wir bei dem uns hier interessierenden Individuum tatsächlich eine derartige Tendenz. Es ist die der Forderung der Mißempfindung, sie zu beachten. Es scheint mir also die Möglichkeit gegeben, im Sinne des Patienten von der Parästhesie die übrigen Störungen abzuleiten. Durch den Versuch dieser genetisch psychologischen Erklärung ist natürlich die Frage nach der Richtigkeit unserer Beschreibung nicht berührt. Wir würden an dieser festhalten müssen, auch wenn die genetische Erklärung sich als unhaltbar erweisen sollte. Es muß nämlich doch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß die Parästhesie und die übrigen Störungen koordiniert sind. Zu mindest muß es als wahrscheinlich bezeichnet werden, daß diejenige Veranlagung oder Erkrankung, welche die Parästhesie hervorgerufen hat, auch die Fähigkeit des vollen Sichversenkens in die Gegenstände beeinträchtigt.

Es muß übrigens noch die Möglichkeit offen gelassen werden, daß die Gesamtstörungen noch der anderen Art psychologisch genetischer Erklärung zugänglich sind. Nach unseren Erörterungen über den Fall Löwys müssen wir erwägen, ob nicht doch auch in diesem Falle eine Affektgrundlage vorhanden ist. Ich muß jedoch betonen, daß die sorgsame Untersuchung keinen Anhaltspunkt in dieser Richtung ergeben hat. Wäre diese Annahme richtig, so könnte daran gedacht werden, daß die Dysästhesie einen anders gearteten Widerspruch vertritt.

Im Anschluß an diese Beobachtung möchte ich, ganz kurz wenigstens, den Fall eines Schauspielers erwähnen, der sich einen vorstehenden Zahn durch einen anderen hatte ersetzen lassen. Im Anschluß daran ständige Klagen über ein Gefühl schrecklicher Unsicherheit im Munde, das ihn zu einer ständigen Selbstbeobachtung zwingt. Er klagt über Angstgefühle, Schlaflosigkeit und gibt an, die Mundhöhle käme ihm zeitweise zu groß vor. Andere Störungen im Sinne der *Depersonalisation* sind jedoch nicht nachweisbar. Wir werden wieder darauf verwiesen, daß es unbedingt notwendig ist, bei den Statuieren von Zusammenhängen psychischer Vorgänge äußerste Vorsicht walten zu lassen. Wir werden darauf aufmerksam gemacht, daß verschieden gerichtete Tendenzen vorhanden sein können, ohne daß die von uns hervorgehobenen Phänomene eintreten.

Nun ein sicherer Fall von Schizophrenie, in dem Symptome der *Coenästhesiopathie* gleichfalls eine wesentliche Rolle spielen.

Fall 11. Agnes R., geb. 1855. In die Klinik aufgenommen am 29. April 1896. Familienanamnese belanglos, mit 19 Jahren geisteskrank (Angstzustände), mit 24 Jahren dieselbe Störung. War 10 Jahre in der Irrenanstalt, dann entlassen, jetzt seit 3 Wochen krank,

ist ängstlich, hat geäußert, ein Gedanke habe ihr gesagt, sie solle auf einen Baum steigen, hört auch sonst befehlende Stimmen, sie ist in ihrem Verhalten aggressiv.

Bei der Aufnahme körperlicher Befund ohne Besonderheiten, sie ist örtlich und zeitlich orientiert, weiß über ihre Verhältnisse Bescheid. Sie fühlt, wie sich Fäden im Kopfe spannen, zerreißen und über sie weg ins Gesicht und in die Augen fallen. Andere bilden Tropfen, die nach der rechten Seite der Schläfe fallen, im Gehirn zittert es. Sie gibt auch eine entsprechende Selbstschilderung, aus der folgendes bemerkenswert ist. „Wenn jemand spricht und will meinen Sinn dahin lenken, kann ich nicht, da es im Kopfe viel stärker wirtschafft. So ist es auch, wenn ich etwas anderes denken will. Aber ich kann es nicht, ich muß immer auf die innere Bewegung in meinem Kopfe achten. Sogar beim Essen habe ich keine Ruhe, da ist alles wie lose geworden, da komme ich mir leichenartig vor, als würde mir erst die eine Seite vom Gesicht schwinden, dann die andere. Ihre Stimmung ist stark deprimiert und sie hat lebhaftige Angstgefühle.

Am 12. Mai sagt sie, es sei, als wenn sie einen halben Kopf hätte, sie sei auf ewig verloren und vom lieben Gott gestraft, „bitte Herr Doktor, wollen Sie so gut sein, meinen Namen will ich auch nicht haben, ich bin nichts mehr und will auch nichts mehr wissen.“ (Die Auskünfte gibt sie schriftlich). In den nächsten Wochen etwas ruhiger.

Am 11. Juli ist ihr, als ob ihr Gegenstände aus den Augen fielen, dann wieder, als ob ihr die Lampenglocken in die Augen hineingingen. Das Gesicht einer Patientin verzerrt sich ihr: „ohne Augen, wie ein Schneemann“. Am 14. Juli halluziniert sie, „sie machen mich alle schlecht.“ Eine Wärterin habe gesagt, sie werde die Patientin bei der Polizei anzeigen, weil sie immer so faul im Bette läge. Am 17. Juli halluziniert sie stärker und sieht an der Decke den Doktor Martin Luther, Heilige etc. Auch in der nächsten Zeit ist sie unruhig, erregt, inkohärent, halluziniert, greift nach den Fäden in die Luft. Aus allen Winkeln hört sie beschimpfende Stimmen, fürchtet vors Gericht zu kommen, man beeinflusse ihr Gehirn und ihre Zunge so, daß sie nichts ordentlich denken könne, anders spreche als sie wolle. Dr. Martin Luther stecke in dem Schädel, vielleicht auch der Arzt, um sie vollends verrückt zu machen. Dabei besteht die eigenartige Sensation im Kopfe fort. Der Zustand geht in dieser Weise bis November 1911 fort. In diesem Monat sitzt sie den ganzen Tag regungslos auf dem Stuhle, hat einen gehemmten, teilnahmslosen Gesichtsausdruck, spricht mit leiser Stimme, verlangt zu ihrer Schwester, schläft schlecht und muß gefüttert werden. Bis zum März 1897 bleibt ihr Gesichtsausdruck starr, sie spricht nicht. Gegen Ende dieses Monats wird sie etwas freier, ist aber immer noch etwas ratlos, sagt auf alles „ich weiß nicht, was das soll“ oder am 7. Mai „es ist alles so laut, und wenn ich mich herumdrehe ist alles anders (im Flüsterton).“ Sie halluziniert dauernd.

Am 27. Juni äußert sie, die ganzen Menschen sind meinetwegen unglücklich, ich muß tot sein. Alle Menschen schrien, sie hätte auf der Welt keinen Platz mehr. Bis zur Überführung in eine Landesanstalt (22. Juli 1897) ist sie im wesentlichen unverändert, verlangt nach Gift, ist zeitweise sehr erregt.

Aus Briefen von Ende Mai 1895 (verlangt nach Hause und bittet, man möge sie tot machen, klagt über die vielen komischen Empfindungen, die noch kein Mensch durchgemacht habe). „Die Gedanken, ja wenn die nur ihren Lauf ruhig durch den Kopf gingen, es ist aber, wenn ich was denken will, so kommt eine komische Empfindung oder ein drohender Gedanke und zerstört mir das, was ich denken will. In einer Weile kommt er wieder und wenn ich an Orte denken will, wo ich war, so ist die ganze Geisteskraft fort. . . . Ich habe eine ganze Hölle in meinem Kopfe . . . . In meinem Kopfe und meinem Körper existieren nur Zeichen, wenn ich lache oder mich fürchte, so ist alles wie halbseitig. Es ist auch, wie wenn ich in der zweiten Kopfseite anfangen würde.“ (Im weiteren Verlauf des Briefes bittet sie, man möge sie nicht ins Arbeitshaus bringen und meint, man werde schon finden was ihr fehle, wenn man nach ihrem Tode den Kopf öffne.)

Besonders wichtig sind folgende Stellen: „Ich denke, es müssen Teile der Nerven . . . tot sein oder so angestrengt, daß mir nicht die ganze Geisteskraft durch den Sinn geht. Manchmal ist es mir, als wäre alles aus meinem Kopfe ausgegraben, als wäre ein ewiges Dunkel und eine unendliche Tiefe, aus der ich nicht heraus kann und es ist mir, als wenn die Gedanken nicht wiederkommen wollten, wie es früher war. Nur während des Schlafes träume ich, ich sei so, wie ich früher war . . . . Aber so, komme ich mir so komisch vor, daß ich mich vor mir fürchte, mit so einem Kopf soll ich noch unter fremden Leuten sein . . . . nein das halte ich nicht aus . . . . Die komischen Empfindungen sind

immerfort und so verschiedenartig, daß ich sie wohl wahrnehme aber keinen Ausdruck dafür weiß. Es ist mir so, als würde sich die Geistesvorstellung ganz verlieren. Ich meine, das was man getan oder tut, muß man sich doch lebhaft im Geiste vorstellen können. Ich kann das nicht, ich nehme meine ganze Willenskraft zusammen, sogar unter Mithilfe der Körperkraft. Wenn ich an etwas denken will oder schreibe, halte ich die Zähne fest zusammen, um es auch auszuführen. Denn die Spannung bildet ein Gewebe, das sich immer wieder zerteilt . . . . .

Manchen Augenblick ist es, als ob wieder alles gut wäre, aber das ist bloß eine kleine Weile . . . . .“

Auch hier also eine Fülle von Erscheinungen, die in das Depersonalisationsgebiet gehören, mit eigenartigen Sensationen im Kopfe vergesellschaftet.

#### Anhang.

Der Fall<sup>1)</sup>, den ich jetzt mitteile, hat keine direkten Beziehungen zu unserem Thema. Gleichwohl ist eine innere Verwandtschaft vorhanden die uns berechtigt, den Fall hier mitzuteilen.

Fall 12. Die 39jährige Ida H. wird Ende Februar 1914 der hiesigen Poliklinik zugewiesen. Das Leiden begann damit, daß sie sich unwohl fühlte, ohne Rechenschaft geben zu können weshalb. Es fing im August 1913 mit Unruhe an. Bei der Arbeit ging etwas Kaltes über das Gesicht und sie konnte wegen Zerstreuung nicht arbeiten, sie dachte, sie könne nichts weiter verdienen und war traurig und niedergeschlagen. Sie weinte viel; sie merkte, daß es mit ihren Händen nicht richtig war. Es war, wie wenn sie falsch arbeite, wenn sie die Hände ballte, paßten die Finger nicht ganz in die Hand, sie wurde nicht fertig. (Sie ist Arbeiterin in einem Schokoladengeschäft.) Am 21. November 1913 mußte sie aufhören zu arbeiten und kam ins Krankenhaus St. Jakob, sie konnte keinen klaren Gedanken fassen, wollte es immer wieder und brachte es nicht fertig, die Gedanken überstürzten sich, waren kurz, sie konnte nicht weiter denken und mußte sich wieder anderem zuwenden. Es hatte kein Anfang und kein Ende. Damals hatte sie in intensiver Weise das Gefühl, daß rechts und links vertauscht sei. Das ist auch jetzt noch nicht vollständig verschwunden. Die rechte Seite ist wie leicht. Als ihr Gegenstände zum Tasten in die rechte und linke Hand gelegt werden, so sagt sie, es packte sich links völlig anders an, hätte mehr Raum und fühlte sich anders an, die ganze rechte Hand sei viel kleiner, insbesondere der Innenraum. Sie zeigt das auch dem Referenten an ihrer Hand (objektiv nichts nachweisbar). Sie glaubt, daß sie im ganzen jetzt noch langsamer arbeitet als früher.

Traurigkeit und Freude waren immer erhalten, früher sei sie gedrückter gewesen als jetzt.

Ihr Vorstellungsvermögen sei ein gutes.

Bei der Intelligenzprüfung keine objektiven Defekte größerer Art. Doch definiert sich Dankbarkeit in folgender Weise: „Das freut man sich“ und sie selbst meint, daß sie früher besser hätte denken können. Doch sei der Zustand jetzt besser als im November 1913.

Die objektive Untersuchung ergibt bemerkenswerterweise, daß am Dynamometer die Kraft links beträchtlicher ist als rechts (18 : 16). Sie selbst gibt an, daß sie mit der rechten Hand den Löffel nimmt, einfädelt und Brot schneidet. Doch erinnert sie sich, daß sie früher von ihrer Mutter viel gescholten wurde, weil sie beim Ausringen der Wäsche, das Ausringen mit der linken Hand besorgte.

Im Krankenhause St. Jakob hatte sie die Befürchtung geäußert, sie sei schwanger (wiewohl die Menstruation nicht ausgeblieben war). Sie hatte ein Verhältnis gehabt. Als sie jetzt danach gefragt wird, wird sie ängstlich und verlegen und verstummt.

Kurze Zeit nach dieser Untersuchung kommt sie selbst mit dem Wunsche, die Arbeit wieder aufzunehmen.

Hier liegt als wesentliches Krankheitssymptom ein eigenartiges „Vertauschungsgefühl“ zugrunde. Man könnte denken, daß die rechte Hand durch die Arbeit tatsächlich geschwächt war (sie hat vorwiegend mit der rechten Hand

<sup>1)</sup> Der Fall wurde mir von Herrn Dr. Zaloziecki zugewiesen.

zu arbeiten). Es waren aber neuritische Symptome nicht nachzuweisen; wesentlicher ist, daß die Patientin offenbar eine latente Linkshänderin ist; sollte es ein psychisches Trauma gewesen sein, welches sich in der eigenartigen Vertauschung von rechts und links äußerte? Jedenfalls muß hervorgehoben werden, daß sich der Patientin auch die Gedanken verwirrten, in der Art, wie wir das bei unseren Depersonalisierten gesehen haben. Und die Patientin äußert auch selbst eigenartige Befürchtungen. Bevor die Patientin unserer Poliklinik zugeführt wurde, hatte ich Gelegenheit sie im Krankenhaus St. Jacob zu sehen, sie war wenig zugänglich. Als ich sie genauer untersuchen konnte, war keine Spur objektiver Hemmung mehr zu konstatieren. Nach allem ist mir doch am wahrscheinlichsten, daß die Beobachtung in das Psychastheniebereich fällt. Ich lege das Hauptgewicht auf die Symptomatologie. Es ist ein Gegenstück zu den Allochiriefällen. Doch ist eine Schizophrenie nicht mit Sicherheit auszuschließen.

### Der Fall Amiel und Verwandtes.

Von dem Genfer Philosophieprofessor Amiel existieren Tagebücher, welche für unser Thema von Interesse sind. Hesnard hat sie als erster zu der Frage der Depersonalisation herangezogen. Er teilt Amiel den Depersonalisierten zu, mit Rücksicht auf Tagebuchstellen, die wir sofort anführen wollen.

„Von Anbeginn an war ich ein Träumer, der zu handeln fürchtete, nach dem Vollkommenen strebte und ebenso unfähig war, auf die Forderungen nach ihm zu verzichten als sie zu erfüllen. Kurz, ein einsichtiger Kopf und ein schwacher Charakter, neugierig nach allem inneren Erleben und unfähig, das geringste auszuführen . . . . . Ich akzeptiere nicht die Kraft, die Tatsache, die Wirklichkeit, die mich unterdrücken, ohne mich zu überzeugen . . . . . Welche Unbeständigkeit des Geschmacks, der Neigungen und Abneigungen . . . . . Die Reflexion kommt bei dir nicht zum Entschluß, weil sie sich gegen sich selbst kehrt, um immer wieder über sich selber zu diskutieren; es mangelt dir der Führer, welcher befiehlt und der Richter, welcher entscheidet . . . . . Die Analyse ist gefahrvoll, wenn sie über die synthetische Kraft siegt . . . . Oder vielmehr, das ist die Gefahr welche dich bedroht. Du verlierst die Einheit des Lebens, der Kraft, der Handlung, die Einheit des Ich. Du bist Mehrzahl, Teilung, Analyse, Reflexion, du denkst in Synonymen dialektisch, daher rührt deine Schwäche. Die Leidenschaft nach Vollständigkeit, der Mißbrauch der Kritik, das Mißtrauen gegen die erste Regung, gegen die erste Idee, das erste Wort, erklären, wie es mit dir steht . . . . . Ich habe eben das Tagebuch von Maine de Biran vom 28. bis zu seinem 48. Jahr gelesen. In diesem ewigen Beobachter seiner selbst finde ich mich selbst wieder mit allen meinen Fehlern: Illusion, Entmutigung, Bedürfnis nach Sympathie, Unvollendetheit; mit meiner Gewohnheit mich vorbeigehen fühlen und leben zu sehen, mit meiner wachsenden Unfähigkeit zum praktischen Handeln, mit meiner Fähigkeit zur Psychologie . . . .

Ich kann mich grenzenlos vereinfachen, mein Milieu, meine Epoche vergessen und mich in ein anderes Alter versetzen. Ich kann diesen oder jenen Sinn vergessen, mich zum Blinden machen, mich zu einem Wesen werden lassen, das unter den Menschen steht, einem Tier oder einer Pflanze . . . . Wiewohl

ich mich aufrecht halte, hatte ich weder Gewicht noch Körper und drehte mich im Raume wie ein Planet und fühlte mich als Kugel; ich fühlte mich deutlich gesondert innerhalb meines Organismus, von ihm befreit (1849).

Ich bedarf einer Anstrengung um mich wieder zu fassen und mich als Persönlichkeit zu gewinnen. Alles lockt mich, zieht mich an, spaltet mich in zwei Pole, wandelt mich und entfremdet mich plötzlich meiner Persönlichkeit, welche flüchtig expansiv ausstrahlt wie der Äther und strebt sich in grenzenlosen Raum zu verlieren oder umgekehrt, sich an einem belanglosen Punkte der Ausdehnung zu verdichten (1856). Ich finde keine Worte für das, was ich empfinde. Eine tiefe Versenkung in mich selber findet statt. Ich höre mein Herz schlagen und mein Leben zieht vorüber. Es scheint mir, daß ich eine Statue geworden bin, an den Ufern des Flusses der Zeit und daß ich bei einem Mysterium anwesend bin, aus dem ich als Greis oder ohne jedes Alter hervorgehen werde . . . Ich fühle mich namenlos, unpersönlich, mein Blick ist starr, wie der eines Toten, mein Geist ist unbestimmt und auf alles gerichtet, auf das Nichts oder das Absolute; ich bin aufgehoben, es ist, wie wenn ich nicht wäre. Dieser Zustand ist weder Betrachtung noch Erstarrung, er ist weder schmerzhaft noch freudig noch traurig; er ist außerhalb jedes besonderen Gefühls und jedes begrenzten Gedankens (1856). Ich glaube in der Tat, daß die leichteste Krankheit mein Gedächtnis vernichten und meine Existenz auslöschen würde. Sehe ich doch, wie ich mit großer Leichtigkeit meinem gegenwärtigen Ich fremd werde und mich dann als unbeschriebene Tafel, und als weißes Blatt vorfinde. So sehr erscheint mir das Leben als ein Traum, daß ich mich leicht in die Situation eines Sterbenden versetzen kann, dem das ganze Getümmel der Bilder entschwindet. Ich habe die Wesenlosigkeit eines Fluidums, eines Dampfes, einer Wolke und alles wandelt sich leicht in mir.“

Nun sind diese Angaben aus den Tagebuchnotizen mehrerer Jahre zusammengestellt. Schon diesem Auszug gegenüber halten wir die Frage für berechtigt, ob nicht doch anderes vorliegt als Depersonalisation. Der erste Teil der Ausführungen besagt im Grunde nichts anderes, als daß Amiel sich unfähig fühlt in das äußere Leben einzugreifen und den Zwang zur Selbstbeobachtung als quälend empfindet. Der zweite Teil beschreibt eine Reihe von psychologisch eigenartigen Zuständen. Im wesentlichen handelt es sich um die Klage, er verliere sich zu sehr an die Gegenstände und verliere das Bewußtsein seines Ich. Diese Zuwendung geht in dem zuletzt beschriebenen Zustand nicht zu einem bestimmten Ding, sondern zu dem Universum im allgemeinen. Es sind Zustände des Sichverlierens an die Gegenstände. Das alles hat keinerlei Ähnlichkeit mit dem psychologischen Zustand der Depersonalisierten. Das muß deswegen als wichtig betont werden, weil Dugas und Moutier ihre Anschauungen über Depersonalisation wenigstens zum Teil auf die Tagebücher Amiels stützen. Oesterreich hat bereits hervorgehoben Amiel sei kein Depersonalisierter, sondern ein Willenloser, Aboulischer gewesen. Man hat tatsächlich, wenn man den Tagebüchern Amiels gegenübersteht, den Eindruck, daß ihm die Fähigkeit des tätigen Eingreifens in das Leben versagt war. Es ist jedoch sehr fraglich, ob der Begriff Aboulie ein hinlänglich scharfer ist, um das zu beschreiben, was beim Amiel vorliegt. Es ist fraglich, ob es zweckmäßig ist, Hamletnaturen als Aboulische zu bezeichnen. Es fehlt ihnen ja die Elementarfunktion des Wollens keineswegs.

Ich kann hier eine ausführliche Darlegung über Amiel nicht geben. Doch sei wenigstens in den Hauptzügen das für uns Wichtige hervorgehoben. Eine Analyse ist nur dann möglich, wenn man von dem Versuch eines Verständnisses der Persönlichkeit die Analyse der eigenartigen Zustände absondert, die Amiel so treffend beschreibt.

Zunächst folgende Tagebuchstellen (6. April 1851). „Mein Herz bietet dem Leben tausend verwundbare Stellen. Wäre ich Vater, welchen Kummer könnte mir ein Kind bereiten. Als Gatte könnte ich auf tausenderlei Arten leiden, weil ich tausend Voraussetzungen für mein Glücksgefühl hätte. Die Haut meines Herzens ist zu zart, meine Phantasie zu unruhig, ich verzweifle zu rasch und trage zu lange am Nachklang meiner Empfindungen . . . das theoretische Leben allein hat Elastizität, Größe, Reparabilität; das praktische stößt mich zurück.

Und doch zieht es mich an, weckt meine Sehnsucht.

Ich mißtraue mir selbst, dem Glück, denn ich kenne mich. Das Ideal vergiftet mir jeden unvollkommenen Besitz. . . . Ich glaube alles, was notwendig von der Vorsehung gewollt, unvermeidlich ist, werde ich mit Seelengröße tragen. Aber Verantwortlichkeit träufelt in den Kummer tödliches Gift. Und jede Handlung ist in der Hauptsache freiwillig. Darum handle ich so wenig wie möglich.“

Am 11. Okt. 1853 heißt es: „Mir wurde klar, was mich von der Mehrzahl der übrigen Reisenden unterscheidet. Sie haben sämtlich einen besonderen Zweck und beschränken sich auf bestimmte Dinge, während ich alles will oder nichts und stets nach völligem Erfassen aller Tendenzen oder aller Elemente des wirklich Gegebenen strebe . . . immer das Ganze, das Absolute, das Teres atque Rotundum, das All der Sphären, die Nichtresignation.“

1861 heißt es: „Der große Widerspruch meines Ich ist ein Gedanke, der sich vergessen will in den Dingen und ein Herz, das leben will mit den Menschen. Die Vereinigung des Gegensatzes liegt im Bedürfnis sich hinzugeben. Nicht mehr für sich zu wollen, für sich zu existieren, sich zu entpersönlichen, zu verflüchtigen in Liebe und Betrachtung. Was mir fehlt ist Charakter, Wollen, Individualität . . . Ich, dessen ganzes Wesen, dessen Herz und Sinn darnach lechzt, unterzugehen in der Wirklichkeit, im Mitmenschen, in der Natur, in Gott, ich, den die Einsamkeit verzehrt und zerstört, ich begrabe mich in der Einsamkeit, scheine mir nur in meiner eigenen Gesellschaft zu gefallen, mir selbst zu genügen.“ 1870 heißt es: „Wie der Schiffbrüchige, den die nächste Welle in die Tiefe zieht, fühle ich ein wahnsinniges Verlangen, das mich ans Leben kettet, in verzweifelter Reue schreie ich um Erbarmen.“

1876. „Meine Seele ist ein Abgrund, deren Verlangen nichts stillt und die das Auslöschten des Grundes noch nicht beruhigt hat. Sie will sich ganz hingeben, liebend, glaubend, enthusiastisch und nichts kann sie ganz ausfüllen oder auch ihr nur Illusionen erwecken. Diese unendliche dumpfe Sehnsucht ist ein unstillbarer Durst.“

Man sieht, das gleiche Motiv zieht durch das ganze Leben Amiels. Es ist der Wunsch nach vollem Erleben und zugleich die Furcht, nicht voll erleben zu können oder unter dem Erleben zu sehr zu leiden. Wir können nachfühlend verstehen, weshalb sich dieser von dem werktätigen Leben zu sich selbst zurück-

zieht. Er hofft im inneren Leben jene Konflikte vermeiden zu können, welche in der Außenwelt drohen.

Am 26. August 1868 schreibt er in sein Tagebuch: „Werde ich je wieder nach allen Stürmen und Aufregungen, die mich in den letzten Monaten in mein individuelles Dasein eingeschlossen haben, zurückkehren können in die Regionen reiner Intelligenz, wieder eingehen in das selbstlose unpersönliche Leben, gleichgültig gegen das Elend der Subjektivität in einem reinerkennenden kontemplativen Seelenzustand? Werde ich endlich wieder all die Not vergessen, die mich an die Erde und an die Menschheit fesselt, werde ich ein reiner Geist werden können, ach, ich wage es keinen Augenblick zu glauben.“

In der gleichen Eintragung heißt es weiter: „Ein furchtbarer Zwiespalt! Mich eckelt vor allem, was im Bereich meiner Möglichkeiten liegt und was ich mir ersehne, das entgleitet meinen Händen für immer. Jedem Aufschwung folgen Müdigkeit und Enttäuschung, Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Entkräftung, Apathie, das Spiel beginnt immer von neuem . . . . .“

Aber das Bild, das wir entwerfen, wäre unvollständig, wenn wir nicht berücksichtigen würden, daß die Tagebuchblätter nur einen Teil des Wesens Amiels wiedergeben. „Woran liegt das, einmal ist Schmerz mitteilbarer als Freude, dann an verschiedenen Begleitumständen. Wenn keine Forderungen an mich herantreten, so versinke ich in meine Melancholie. Darum fehlt hier der tätige heitere Mensch des Alltags und der Literat.“

Es tritt uns so Amiel als Einer entgegen, der den Kampf des Lebens kämpfte, als ein besonders leicht verwundbarer, als ein besonders fein Empfindender. Und eben, weil er mehr an den Wunden litt, taucht immer wieder der Wunsch auf, sich in eine Gedankenwelt zu flüchten, die keine Schmerzen zufügen kann. Es geben nun diejenigen Eintragungen zum Teil Zustände wieder, in welchen diese Flucht aus der Wirklichkeit in reiner Weise durchgeführt wurde. Ich zähle hierher jenen Eintrag vom 9. August 1859. „Wie ist das Leben gering, wenn nichts in uns unsterblich ist! Wie ein zitternder Traum, der sich beim Morgenrauen verflüchtigt, lösen sich Vergangenheit und Gegenwart von mir los und entgleiten meinem Bewußtsein, wenn es Einkehr bei sich hält. Zu dieser Stunde fühle ich mich leer, jeder Erinnerung bar wie ein Genesender, der sich auf nichts besinnt. Meine Reisen, meine Bücher, meine Studien, meine Pläne und Hoffnungen sind tot. Es ist ein seltsamer Zustand. All meine Fähigkeiten entgleiten mir wie ein Mantel, den ich lose über die Schultern hängen hatte, wie die Schale einer Insektenlarve; ich fühle, daß ich mich häute oder besser, daß ich in eine elementarere Form eingehe; ich wohne meiner Entkleidung bei. Mehr noch als ich vergessen bin, vergesse ich selbst. Langsam gleite ich lebendig in meinen Sarg. Ich empfinde etwas, wie den seligen Frieden der Auflösung, die Ruhe des Nirwana; vor mir, in mir fühle ich den schnellen Fluß der Zeit, sehe die gestaltlosen Schatten des Lebens, und bin selbst starr wie eine Leiche.

Ich verstehe die buddhistische Wollust der Soufis, den Kief der Türken, die Extase der Orientalen. Und dennoch fühle ich, daß diese Wollust tödlich ist, ein allmählicher Selbstmord, wie der Gebrauch von Haschisch und Opium; dazu steht sie viel tiefer als die Freude der Energie, die Seligkeit der Liebe, die Schönheit des Enthusiasmus, der heilige Frieden erfüllter Pflicht.“

Ich kann nicht finden, daß hier deskriptiv das Depersonalisationserlebnis gegeben ist. Hier ist vorhanden Einigung der vorhandenen Tendenzen und ein

friedlicher Gleichklang der inneren Stimmung. Gerade das vermissen wir bei der Depersonalisation. Die eigenartige Leere des Erlebnisses scheint mir darin zu liegen, daß der Einklang nicht jene Tendenzen in sich birgt, die in dem Individuum darin sind, sondern daß dieser Einklang arm ist wie die Extase der Inder. Doch davon später.

Wir betrachten eine neue Phase seines Lebens. „Ich fühle mich als Chamäleon, als Kaleidoskop, als Proteus, als ruhendes Fluidum, in jeder Beziehung in schwankender Veränderung. Infogedessen kann ich mich nie restlos hingeben, bin immer abwesend, auch wenn ich gegenwärtig bin. Ich bin sozusagen Zuschauer dieses Wirkens der Moleküle, das man individuelles Leben nennt, bin mir bewußt der beständigen Wandlungen und der unablässigen Metamorphose, die in mir vorgeht . . . . . Diese Phänomenologie meines Ichs ist die *Laterna magica* meines Geschickes und gleichzeitig ein Fenster, geöffnet auf das *Mysterium* der Welt. Mein Ich oder vielmehr, die Empfindlichkeit meines Bewußtseins ist eine Art unsichtbarer Schwelle, von der aus man den ungestümen Lauf der Zeit spürt, der wirbelnd in den unbewegten Ozean der Ewigkeit einmündet. Nachdem ich mich zerstreut, berauscht, kopfüber gestürzt habe in mannigfache Kleinigkeiten, in die Zufälligkeit flüchtiger Existenzen, ohne Rausch oder Vergessenheit zu finden, finde ich den unergründlichen Abgrund, das schweigende „unbetretende nicht zu betrende“, wo die „Mütter“ herrschen . . . . .“ In der gleichen Eintragung hieß es früher: „In mir aber leben zehn Menschen je nach Zeit, Ort und Umgebung, Gelegenheit; ich entschlüpfte mir in unablässigem Wechsel.“

Auch das kann ich nicht als Depersonalisationserlebnis bezeichnen. Denn das, was Amiel beschreibt, ist ja die erhöhte Fähigkeit des Aufgehens in den Dingen. Es ist die Tendenz zu rückhaltlosem Erleben, zu einem zurückhaltlosen wahllosen Aufgehen in der Situation. Es sind ja die Worte, in denen das beschrieben wird, ähnlich wie die Worte des Depersonalisierten, sie verweisen jedoch auf andersartige Erlebnisse. Zum Beweise dafür noch eine Stelle (11. Mai 1853): „Ich liebe es, mich in den Ozean des Lebens zu stürzen, aber dabei verliere ich zuweilen die Richtung, verliere mich selbst und fühle, wie das Bewußtsein meiner eigenen Natur und dessen wozu ich berufen bin, schwankt . . . . . in meiner freiwilligen Hingabe an die Allgemeinheit, an die Universalität, an das Unendliche verflüchtet sich mein persönliches Ich wie ein Wassertropfen in einem Hochofen; es verdichtet sich erst bei eintretender Kälte, nachdem der Enthusiasmus erloschen und das Gefühl der Realität wieder gekommen ist. Ausdehnung und Verdichtung, Hingabe und Rücknahme seines Ich, Eroberung der Welt und Vertiefung des Bewußtseins; das ist das Spiel des inneren Lebens, die Bahn des mikrokosmischen Geistes, die Vermählung der individuellen Seele mit der Seele des Universums.“

Schließlich äußert sich aber in dem Mitgeteilten noch der ungemaine Hang Amiels zur Selbstbeobachtung. Sein ganzes Tagebuch zeugt von ihr und der Zwang zur Analyse wird von ihm selbst quälend empfunden. An einzelnen Stellen des Tagebuches warnt er davor, die Analyse zu weit zu treiben. Es liegt wohl so, daß Analyse überall dort einsetzt, wo wir uns dem Leben aus irgendwelchen Gründen nicht mehr gewachsen fühlen. Sie ist die ständige Begleiterin der Unzulänglichkeit, gleichgültig aus welcher Quelle diese stammt. Wir können also darin keinen Beweis für Identität sehen, daß bei Amiel und bei den



Depersonalisierten die Analyse so sehr stark hervortritt. Die innere Verwandtschaft der Zustände ist nicht zu leugnen.

Ich komme also zu dem Resultate, daß wir auf dem Wege des nachfühlenden Verstehens dazu kommen, Amiel für eine Natur zu halten, welche innere Verwandtschaft hat mit den Depersonalisierten vor der Depersonalisation. Es sind vulnerable feinsinnige Naturen, sie erweisen sich als unfähig zu einem vollen Leben in der Realität. Der Depersonalisierte rettet aber (wenn man von vorübergehenden Phasen absieht) nichts in die Depersonalisation hinein. Die Depersonalisation ist der Ausdruck des Versagens der Einheitsbestrebungen (der Tendenzen) im Seelenleben. Amiel hingegen bleibt stets in dem Zustande, in welchem ihm, wenn auch unter steter Anstrengung, die Vereinheitlichung gelingt. Sie gelingt ihm zum Teil im reinen Leben des Gedankens, sie gelingt ihm jedoch auch bei der Zuwendung zu einer merkmalsarmen Außenwelt. Er ist zur Ekstase fähig, doch ist diese Ekstase nicht die vollkommene und reine, welche das letzte des Individuums vollkommen erschöpft. Wir müssen gestehen, man kann in den Krankengeschichten der Depersonalisierten Züge finden, die ähnlich sind. Ich verweise insbesondere auf den an dritter Stelle angeführten Fall meiner Beobachtung. Die Wurzel, aus der Seelenzustände wie die Amiels und die der Depersonalisierten entspringen, ist sicher die gleiche. Es sind nach dem zutreffenden Ausdruck Janets Psychasthenien. Man verwechsle jedoch nicht Krankheit und Zustandsbild. Amiel ist der in der Rangordnung Janets höhere stehende Typus, die „fonction du réel“ ist bei ihm besser entwickelt.

Ich habe nicht mehr gegeben als einen dürftigen Abriß. Es sind Versuche zur verstehenden Psychologie. Wir werden manches aus den Tagebüchern im folgenden noch besser verstehen lernen.

Ich lasse eine eigene Beobachtung folgen, welche gleichfalls zur Depersonalisation sehr enge Beziehungen zeigt, vielleicht sind sie noch enger als bei Amiel. Denn hier tritt, wenn auch nur vorübergehend, ein Zustandsbild auf, das direkt als Depersonalisation bezeichnet werden muß. Der Habitualzustand ist jedoch ein andersartiger und vielleicht wird es uns gelingen, das Gemeinte in diesem Falle zu veranschaulichen und zu vertiefen.

Fall 13. Marie R., geb. 1887. In die Klinik aufgenommen am 7. August 1913. Die Krankengeschichte beruht im wesentlichen auf den Angaben der Patientin selbst. Der objektive Befund dauernd negativ. Die grazil gebaute Patientin ist in ihrem Wesen etwas eigenartig, die Bewegungen erfolgen rasch, geschmeidig, doch ist eine gewisse Maniertheit nicht zu verkennen. Wenn sie spricht, sind die Gesten lebhaft, zupft am Rock, überhaupt sind die Hände sehr bewegt, der Blick wird häufig zu Boden gesenkt, dann wieder plötzlich auf den Partner gerichtet. Die Mimik ist sehr lebendig, vielleicht um eine Nuance zu ausdrucksvoll und macht den Eindruck des leicht Manirierten. Sie spricht sehr gewählt, vollkommen korrekt im Satzbau und in der Grammatik. Man hat zeitweise den Eindruck des Gesuchten. Doch schildert sie ihren Zustand mit großem Interesse und mit dem sichtlichen Wunsch, nicht zu übertreiben und nichts hinzuzufügen.

Ihr Vater ist nervös, hat komische Ansichten, ist Spieler und Potator. Ein Bruder und eine Schwester werden als nervös und jähzornig geschildert. Die Schwester sei boshaft, eigensinnig und egoistisch. In ihrer Jugend habe sie außer Scharlach keine Krankheiten durchgemacht. Schon als Kind war sie anders als die andern. Sie lernte gut, war ehrgeizig. Als Mädchen von 14 Jahren durfte sie nicht das lernen, was sie wollte, sie mußte schneiden lernen. Sie wäre lieber berühmt und etwas Großes geworden, weinte viel und wurde melancholisch. Sie begriff zwar alles, was sie begreifen wollte, doch kam sie sich nutzlos vor. Manchmal glaubte sie, sie würde Aufgaben nicht leisten können, dann gelang es aber doch. In dieser Zeit war sie auch außerordentlich schüchtern. Wenn sie auf der Straße von

jemanden angesehen wurde, fing sie zu weinen an und ging nach Hause. Später kam sie dann unter gebildete Menschen, las Bücher und wurde wieder „normal“. Früher hatte sie kein Selbstbewußtsein (ihr eigener Ausdruck). Sie hat viele Aufregungen gehabt. Im vorigen Herbst habe sie Schreckliches durchgemacht. (Herbst 1912.) Sie sei barbarisch mit sich umgegangen. Sie will ihren Lebenslauf nicht aufschreiben, weil sie vieles verschweigen müßte.

(Hatten sie mit Männern Enttäuschungen?)

„Ja . . . . auch“ (leicthin).

Gibt zu, derartiges auch im Herbst 1912 erlebt zu haben. Damals auch Unregelmäßigkeit mit den Menses, sollte operiert werden, bekam große Angst und wurde sehr nervös. Sie wurde innerlich behandelt und gebessert. Sie wünschte sich von ihrer Nervosität zu erholen, doch duldete das ihre Schwester nicht, mit der sie ein Schneidergeschäft führte.

Sie kommt in die Klinik am 7. August 1913, da in der letzten Zeit Angstgefühle, Beklemmungen und Atemnot aufgetreten war. Die Herzbeklemmungen seien mit so lebhafter Angst verbunden gewesen, daß sie allein nicht mehr auf die Straße konnte. Bei ihrer Schwester fühlte sie sich auch nicht wohl. Die linke Körperhälfte war ganz verdreht, Sie fühlte, wie der kalte Atem in mannigfaltigen Windungen durch die linke Lunge strich. auch ergossen sich kleine Kügelchen von der Kehle nach der linken Seite. All diese Angaben bringt sie lebhaft ohne eine Spur von Hemmung vor. Sie will in der Klinik ganz gesund werden, sonst wolle sie lieber sterben. Sie gibt an, im Winter vielfach gedacht zu haben, sie leide an Lungenschwindsucht.

Im weiteren Verlauf der Beobachtung klagt sie häufig in ihrer linken Seite gar nichts zu fühlen und furchtbare Angst zu haben, daß das Herz stehen bliebe. Sie legt auch häufig die Hand ans Herz oder kontrolliert den Puls der anderen Hand.

Später kommen auch Angaben, sie fände sich manchmal gar nicht normal. Alles ist sonderbar, sie ist sich selbst ein Rätsel.

Es ist ein eigenartiges Gefühl, manchmal könne sie überhaupt nicht denken. Sie war sehr unglücklich, daß sie seit dem Beginn der Krankheit nicht mehr denken und träumen könne.

Neulich kam sie sich in einem kurzen unbestimmten Moment anders vor, sie war wie im Nebel, begriff nicht und verstand auch nichts. „Es war grauenhaft, unbeschreiblich grauenhaft.“ Es ist manchmal, wie wenn sie außer sich wäre, wie wenn irgend etwas in ihrem Kopfe nicht reagieren könne, wie wenn es nicht funktionieren wolle, wie wenn sie betäubt wäre. Sie sehe nicht klar, empfinde und begriffe dann nicht richtig.

All das sind jedoch nur Ausnahmszustände, normalerweise kann sie die Eindrücke der Außenwelt richtig aufnehmen. Sie kann auch richtig fröhlich und traurig sein, ihre Erinnerungen seien kräftig und klar.

Einmal kam sie sich vor, wie eine Fliege und fühlte sich leicht. Manchmal ist der Kopf wie hohl, wie wenn er nicht mir gehören würde. „Mein Ich ist mir ein Rätsel.“ Sie hält sich aber für arbeitsfähig. Nur in jenen Momenten, die sie oben beschrieb, würde sie nicht wissen, was richtig wäre und was nicht. Sie findet es ganz schön zu träumen, wenn man nichts zu tun hat. „Wie sich jeder Mensch an etwas Liebes entsinnt.“ Sie bemüht sich, die Bilder klar vor Augen zu haben. Sie betont immer wieder, daß sie sich bei ihren Träumereien immer nur in Situationen der Vergangenheit versetzt oder in Situationen, die wenigstens im Bereich des Möglichen liegen. Bei ihren Träumereien fällt es ihr bisweilen schwer, Traum und Wirklichkeit zu unterscheiden.

Als sie letzthin ein Buch las, hatte sie plötzlich das Gefühl, so zu verstehen wie niemand anders. Es war, wie wenn sie die ganz richtige Lebensauffassung hätte. Sie fühlt sich dann wie aus der Welt.

Nach der ersten Unterredung mit dem Referenten fühlte sie sich, wie sie angibt, als ganz anderer Mensch. Manchmal ist sie furchtbar glücklich und manchmal furchtbar unglücklich. Vollkommen klar sei sie auch jetzt noch nicht, es fehle zeitweise noch der Verstand. Die Angst sei aber verschwunden. Ihr jetziger Zustand entspricht dem zwischen ihrem 14. und 21. Lebensjahr. Sie kann jetzt wieder träumen und denken. Ihr Glücksgefühl verbindet sich mit Vorstellungen. Sie ist dann unsagbar glücklich. Es drückt sich in ihren Träumen Streben nach Glück und Gesundheit aus. Früher konnte sie Menschen beurteilen, sie stand über ihnen, jetzt (nach der Unterredung) steht sie wieder mitten darin. Sie mußte plötzlich zehn Jahre zurücklassen.

Sie gibt noch von sich selbst folgende Charakteristik. Schon früher hatte sie das Bedürfnis der Anregung, das Bedürfnis, jemanden gern zu haben und sich jemanden aufzuopfern, einer Freundin, einem Kind, einem Mann. Sie glaubt sicher Handlungen und ihr künftiges Schicksal stets sehr genau vorher überlegt zu haben. Enttäuschungen, so fügt sie verbessernd hinzu, habe sie eigentlich nicht erlebt. Sie sei leicht erregbar und jähzornig, wenn sie jemand ärgere, könnte sie ihn gleich umbringen. Früher haßte sie sich zeitweise und fand sich häßlich. Im Schmerz habe sie stets eine gewisse Wonne empfunden.

Wiewohl die Patientin von einer durchgreifenden Veränderung ihrer Persönlichkeit spricht, glaube ich, daß es nicht berechtigt wäre, schlechthin von Depersonalisation zu sprechen. Doch bestehen enge Beziehungen, die wir im folgenden erörtern wollen. Die Erörterung scheint schon deswegen geboten, weil allgemeinere Beziehungen zwischen Depersonalisationszuständen und Wachträumereien zu bestehen scheinen, wie dies jüngst auch Heilbronner konstatiert hat. Wir versuchen zunächst wieder die Persönlichkeit gleichsam nachzuerleben. Wir sehen vor uns jemanden, der die träumerisch hohen Ansprüche der Pubertätszeit an das Leben auch in das reifere Alter mit hinüber übernommen hat. Da die Realität den Ansprüchen nicht entspricht, so flüchtet sie in die vergangenen Situationen oder malt sich Zukünftiges so lebhaft aus, daß sie Traum und Wirklichkeit nicht mehr sicher unterscheiden kann. Die Wirklichkeit enttäuscht sie. Wir werden an dieser Auffassung festhalten dürfen, auch wenn die Patientin Äußerungen macht, welche das zu verschleiern suchen. Eine solche Enttäuschung erscheint auch als der unmittelbare Anlaß der Erkrankung, welcher zur Aufnahme in die Klinik geführt hat. Es sind die Krankheitserscheinungen der Angst und der Herzneurose zu verstehen als reaktive Neurose. Wir gehen an dieser Stelle nicht weiter darauf ein. Uns interessiert die Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins, die sich mit diesen Erscheinungen vergesellschaftet. Wir verstehen sie als Folge eben jenen Schwankens zwischen Traum und Wirklichkeit und sehen hierin den Schlüssel, daß sich die Patientin selbst als Rätsel empfindet. All das ist nur verständlich, wenn wir beachten, daß es sich um eine Patientin mit lebhafter Affektivität handelt. Der Mechanismus der Störung ist ein sehr ähnlicher wie bei der Depersonalisation. Die Welt der Wirklichkeit wird nicht mit vollem Griff erfaßt. Aber es muß sofort hinzugefügt werden, es ist beinahe der volle Griff, und weiterhin, es ist ein volles Erleben in der Phantasie da. Die Beurteilung des Zustands seitens der Patientin selbst entspricht auch nicht der Beurteilung, welche die Depersonalisierten ihrem Erleben angedeihen lassen. Sie ist sich selbst ein Rätsel. Aber sie erkennt sich doch als bestimmtes Selbst, allerdings als Selbst, das seine Erlebnisse nicht in voller Weise erlebt. Die Schwierigkeiten der Analyse in diesen wenig ausgesprochenen Fällen sind natürlich ganz besonders groß. Die kurzdauernden Attacken zeigen eine klare Struktur und entsprechen im wesentlichen kurzdauernden Depersonalisationsattacken. Die Welt zieht sich gleichsam vor dem geistigen Blick der Erkrankten zurück. Und dieser Zustand wird noch Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit.

Unsere klinische Diagnose lautet: Psychasthenie. Hysterie und Dementia praecox kommen jedoch in Frage.

## Über einen auto-allopsychischen Symptomenkomplex.

Fall 14. Emil L., Straßenreiniger, 35 Jahre. Aufgenommen am 1. Dezember 1912. Der Vater Trinker, die Mutter gesund. Familienanamnese im übrigen belanglos, nichts von Nervenkrankheiten zu eruieren. Er hat in der Schule gut gelernt, soll ein vollwertiger Arbeiter gewesen sein. Er ist seit einiger Zeit deprimiert, der äußere Anlaß war der, daß er glaubte, sein Schwager habe ihm Geld weggenommen. Er hat mehrfach Suizidversuche gemacht.

Bei der Aufnahme erwies er sich als orientiert, klar und geordnet. Er erzählt, er habe im Alter von 9 Jahren die Treppe hinabsteigend ein helles Licht gesehen, es war der segnende Heiland, dem die Locken auf die Schulter fielen. Er wollte nach ihm greifen und dann war alles weg.

Vor sieben Jahren habe er bei der Krankenpflege der Mutter die Besinnung verloren. Vor drei Jahren habe er nachts geträumt, er solle eine Frau bekommen. Es soll eine Pastorentochter sein, die mit Missionszetteln zu ihm kam. Auf solchen hatte er früher gelesen, daß man ein Weib brauche, weil man sonst Selbstbefleckung triebe.

Die Pastorentochter lief am anderen Tage an ihm vorbei, wohl, damit er einen Heiratsantrag machen sollte. Der Aufseher habe ihn dann merkwürdig angesehen, weil er nicht zugegriffen hätte. Seit dieser Zeit kann er niemanden mehr ansehen. Das was auf dem Missionszettel stand, bezog er auf sich. Weil man ihm das vorwarf, wollte er sich das Leben nehmen. Die ganzen Missionszettel waren nur auf ihn zugeschnitten, auf seine Person „imprägniert“. Der Pastor habe die Zettel drucken lassen, weil er von seiner Selbstbefleckung wußte und seine Tochter los werden wollte. Er sei durch diese Vorwürfe der Hausmission kompromittiert. Der Pastor habe die Zettel selbst nur für ihn hingelegt. Auf dem Zettel stand „Das große Versäumnis“, dann begann es: „Jesus kam in ein Haus, nicht um bedient zu werden, sondern um zu dienen.“ Das bezog sich auf ihn und er war dadurch vollkommen gebrochen. Die Jugendsünden wurden ihm hierdurch vorgeworfen. Seit dieser Zeit quälen ihn von früh bis abends die gleichen Gedanken.

In den letzten drei Jahren hat er sich mehrmals aufgerafft, wurde aber wieder schwermütig. Ein Schwager hatte ihm 75 Mark weggenommen. Als er es ihm vorwarf, wurde er wegen Beleidigung angezeigt, erhielt aber keine Strafe. Seit dieser Zeit ging es aber immer mehr rückwärts. Er sagte sich: „Gott was nützt das Arbeiten?“ Es überkam ihn Lebensüberdruß. Er fühlt sich in seiner Persönlichkeit sehr verändert, das Gehirn ist wie erweicht, stumpfsinnig, hat kein bißchen Gefühl mehr.

(Können Sie sich freuen?)

„Gar nicht mehr, am liebsten Schluß!“

Er möchte aber nicht gerne Selbstmörder werden. Auf die Frage, ob er richtig traurig sein könnte, meint er, „es ist so blödsinnig stumpfsinnig, obwohl ich schaffen möchte. Richtig energielos. Ich möchte arbeiten, weiß aber nicht. Ich bin Straßenreiniger, manchmal stehe ich in der Arbeit da und weiß gar nicht, wo ich bin.“ Er versichert unter dem Zeichen lebhaftesten Affekts weinend: „Ich habe meine Verwandten sehr lieb, überhaupt, wenn ich die frohen Menschen so arbeiten sehe, ich bin noch jung und kann nicht mit.“ Er hat in den letzten Wochen Schnaps getrunken, um sich zu betäuben (früher hat er nicht getrunken). Als er gefragt wird, ob er sich für krank hält, meint er, „ja, wenn einem alles so vor den Augen schwimmt und im Kopf herumgeht, dann macht man sich Gedanken. Es ist das keine Simulation, es ist alles still und tot, man könnte gleich sonst was.“ Er könne nicht mehr so klar denken, wie früher. Seit sieben Jahren habe er auch Brustschmerzen. Seine Krankheit führt er darauf zurück, daß ihm das alles vorgeworfen sei. „Das wahre Glück ist nun fort.“

Er bringt das alles unter den Zeichen lebhaftesten Affektes vor, wobei der Affekt durchaus dem Inhalt entsprechend depressiv ist. Haltung und Mimik entsprechen der traurigen Stimmung. Objektive Hemmung fehlt vollkommen, die Mimik und die Ausdrucksbewegungen erscheinen sogar als leicht übertrieben und theatralisch vergrößert. Auch sonst fällt ein gewisses falsches Pathos auf und eine gewisse salbungsvolle Frömmigkeit. Seine Stimme ist belebt, nüanciert. Er spricht, ohne daß man antreiben müßte, legt auf Details großen Wert, erzählte ohne rechte innere Ordnung, wendet häufig mißverständene Fremdworte an und neigt zu pathetischen Redewendungen. Die körperliche Untersuchung ergibt

nichts Abnormes, die Wassermannsche Reaktion im Blutserum ist negativ. In den folgenden drei Wochen der Beobachtung trat eine wesentliche Änderung nicht ein. Aus einem für seine Denkweise charakteristischen Brief sei folgendes wiedergegeben:

„Da die Welt für mich völlig tot ist, so will ich doch noch einen festen Versuch machen, um mich vor Selbstmord zu schützen. Ich selbst komme mir vor, wie ein Blöd- oder Stumpfsinniger, denn wenn ich richtig normal geistig in der Tat wäre, würde ich in Aufrichtigkeit nicht hier liegen in der Nervenklinik. Ich will kein Simulant oder Drückeberger sein, aber doch stellen sich bei mir Momente ein, wo ich nicht weiter, wo überhaupt kein Geist in mir ist. Nun meinen letzten Versuch, welchen ich noch zu machen gedenke. In Connewitz kurz vor der Brücke da ist ein Pflegehaus, in welchem alte Leute Tüten kleben. Ich gedenke, mit Gottes Hilfe, daß ich das auch noch werde fertig bringen, Geld will ich ja gar nicht haben, sondern nur die Nahrung, die die anderen Insassen auch bekommen und des abends ein Lager . . . . Sollte es aber doch mal vorkommen, daß ich mal dastehe, so bitte ich um Verzeihung, Wie ich aber da hinein kommen kann, so bitte ich freundlichst meine lieben zwei Ärzte, daß sie das besorgen . . . . . Wenn Gott will, daß ich meine eigene Lebenslust und Geistesfrische noch mal erhalte, so gehe ich von selbst wieder sofort heraus . . . . wenn ich auch von hier nach Dösen würde kommen, so würde alles ganz zwecklos sein, denn das kostet doch der Krankenkasse viel Geld, was ich als rechtdenkender Mensch nicht will.“

Er bittet in diesem Briefe noch, man möchte ihn nachts hinbringen, wenn ihn niemand sehe. Auch sonst klagt er, daß er nicht mehr für seine alte Mutter arbeiten könne. Das Denken sei eben so schlecht wie früher. „Am besten wärs, weg für mich.“ Oder er betont, „Sie sollten mich früher gekannt haben.“ Die paranoiden Ideen werden nicht korrigiert.

Es handelt sich also um einen Kranken, der seit mehreren Jahren paranoide Erscheinungen zeigt. Er bezieht allgemein gehaltene Warnungen der christlichen Missionsblätter auf eigene Verfehlungen sexueller Art und glaubt anderenteils, daß er versäumt habe, um die Hand einer ihm bestimmten Pfarrerstochter anzuhalten. Die Missionsblätter seien ihm auf merkwürdige Weise in die Hände gespielt worden. Das, was für uns bemerkenswert ist, ist die Art, wie der Kranke auf dieses nur rudimentäre Wahnsystem reagiert. Er zeigt lebhaften, depressiven Affekt, fühlt sich im Denken und Arbeiten gehemmt und hat den Eindruck durch diese Ereignisse ein völlig anderer geworden zu sein. Er spricht davon, es sei alles wie tot.

Es erhebt sich die Frage nach der klinischen Diagnose. Sie steht und fällt mit der Frage, ob der Affekt primär oder sekundär sei. Es ist auffallend, daß der Affekt von ihm selbst mit einem Ereignis bestimmter Art in Zusammenhang gebracht wird. Auch ist die Verarbeitung der Ereignisse durchaus eine paranoide. Ich glaube, es ist wahrscheinlicher, daß die paranoide Umbildung der Vorgänge vorangegangen ist. Damit wäre auch gut zu vereinigen seine Angabe der Erscheinung Christi. Doch kann durchaus nicht entschieden werden, welcher Art diese paranoide Bildung ist. Wir müssen die Möglichkeit offen lassen, daß sie doch als reaktive Bildung aufzufassen sei. Näherliegend scheint allerdings die Annahme eines schizophrener Prozesse. Doch spricht gegen einen solchen, daß nach jahrelangem Bestand der Psychose typisch schizophrene Symptome doch noch nicht hervorgetreten sind. Im wesentlichen sind Affekt und Gedanke sachgemäß miteinander verbunden. Schließlich muß immer noch die Möglichkeit erwogen werden, daß eine melancholische Depression mit paranoiden Ansätzen vorliegt. Wie gesagt, ich halte jedoch die Annahme für wahrscheinlicher, daß das Wahnhafte nicht auf dem Boden der Depression erwachsen ist, sondern eine mehr selbständige Bedeutung hat.

Das Individuum reagiert auf dieses Wahnsystem in einer Art und Weise, welche gemäß ist der Weise der depressiv Veranlagten. Das wahnhaft Erlebte

läßt das Individuum in seinem ganzen Sein verändert erscheinen, es schließt sich daran, das Bewußtsein einer durchgreifenden Veränderung der Gesamtpersönlichkeit. Es würde sich, wenn man die Nomenklatur Wernickes anwenden wollte, um eine Allo-Autopsychose handeln. Die feineren psychologischen und nosologischen Stellungen dieses Symptomenkomplexes kann ich auf Grund meines Materials nicht geben. Hier verweise ich nur auf den Symptomenkomplex als solchen, ohne seine Deutung in einzelne zu verfolgen. Ich schließe sofort einen zweiten hierher gehörigen Fall an.

Fall 15. Alfred G., zur Zeit der ersten Aufnahme 37 Jahre, Ratsdiener. Er stammt aus gesunder Familie, hat zur normalen Zeit Gehen und Sprechen gelernt, hat Diphtherie und Masern als Kind durchgemacht. Er kam in der Schule gut mit, hat die Bürgerschule absolviert, hat dann das Tischlerhandwerk gelernt, war vier Jahre Soldat und trat beim Rat der Stadt Leipzig als Bote ein. Er avancierte anfangs gut, wurde aber dann bei einer Neueinstellung nicht berücksichtigt, blieb Ratsbote, während er gewünscht hatte, Wohlfahrtschutzmann zu werden. Er faßte das als Degradierung auf. In der Tat ist auch der Endgehalt, der ihm in dieser Klasse erreichbar ist, geringer. Es scheint ihn auch besonders gekränkt zu haben, daß er kein Seitengewehr bekam (wenigstens nach seinen Angaben). Ein Gesuch blieb ohne Erfolg, trotzdem er wegen seiner Leistungen Anerkennung vieler Stadtverordneter erhalten hatte. Er war den ganzen Sommer 1910 sehr niedergeschlagen, schimpfte auf die Behörde, auf seine Familie, auf die ganze Menschheit. Im Frühjahr 1911 besserte sich sein Zustand, er wurde wieder lebenslustiger und heiterer. 14 Tagen vor der Aufnahme kamen Klagen über Übelkeit, Kopfdruck, Verstopfung, Hämorrhoiden. Er war sehr traurig, starrte vor sich hin, sprach mit sich allein. Seit dem 27. November aß er kaum mehr, machte sich große Sorgen, schlief unruhig, kaufte sich einen Revolver, um sich das Leben zu nehmen. Soweit seine Angaben und die seiner Frau. Seine Frau hielt ihn für einen klugen und sehr diensteifrigen Menschen. Er hat sich für Dienst und Behörde stets sehr interessiert. Er sei überlustig und fidel von Hause aus. Er war überall beliebt. Von manisch-depressiven Antezedentien ist ihr nichts bekannt. Von seinem Vorgesetzten wird bemerkt, er sei wegen eines Dienstvergehens nicht avanciert. (Koitus bei dienstlicher Revision bei Prostituierten). Er bezeichnet ihn als großsprecherisch. Er hatte in Erwartung des Avancements schon vor den Leuten geprahlt, er bekäme Helm und Seitengewehr. Er war schwach befähigt und wurde von den Kollegen viel geneckt.

Ein 3jähriges Kind ist gesund, nachher zwei Fehlgeburten der Frau.

Die körperliche Untersuchung ergab bei der ersten Aufnahme am 1. Dezember nichts Auffallendes. Nur waren die Pupillen leicht entrundet.

Er war gedrückt, zeigte jedoch keinerlei Störungen der Orientierung, Halluzinationen waren nicht nachweisbar. Er war tief gedrückt und fühlte sich dienstlich ungerechtfertigt zurückgesetzt. Nachdem er entlassen war, nahm er am 1. März 1912 seinen Dienst als Ratsdiener wieder auf. Weil er anonym einen Kantinenwirt fälschlich verdächtigt und einen Kollegen der Bestechlichkeit geziehen hatte (knapp vor seiner ersten Einlieferung) wurde ein Verfahren gegen ihn eingeleitet. Er war die Nacht vor der Aufnahme unruhig, wollte den Gashahn aufdrehen und sterben. Auch früher schon waren die Nächte unruhig verlaufen, er schrie wiederholt auf: „Der Kerl ist immer wieder da, er läßt mir keine Ruhe“.

Er wurde am 22. April in die Klinik eingeliefert. Bei der körperlichen Untersuchung erwies sich die linke Pupille als spurweise weiter als die rechte. Beide waren verzogen. Die Reaktion prompt. Die Sehnenreflexe, insbesondere die Patellarreflexe, waren lebhaft und ausfahrend. Bei schwierigen Worten werden gelegentlich einzelne Silben wiederholt und es tritt ein krampfhaftes wie funktionelles Zucken im Gesicht auf. Nach diesem Befund wurde die Möglichkeit einer Paralyse erwogen, doch war die Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ, auch mit erhöhten Liquordosen (0,8), normale Zell- und Eiweißbefunde. Auch sonst ergab die Untersuchung keine weiteren Anzeichen für organische Erkrankung.

Der Patient war wieder in düsterer Stimmung. Die Orientierung und die Intelligenz waren vollkommen erhalten. Er klagt, er könne nicht mehr existieren, er habe keine Ruhe. Man quäle ihn fortwährend. Er hört nachts Beschimpfungen, früh weiß er nicht mehr, was er gehört hat. Er hat „unheimliche“ Angst. Die Angst sitzt mehr unten, er hat dann

das Gefühl zu stürzen, er weiß nicht mehr wohin. Von den Stimmen ist ihm verboten worden zu sagen, was er hört. Es sind nicht immer die Stimmen der gleichen Leute. Es sind verschiedene. Jeder quält ihn einzeln. Eine hypnotisierte ihn einmal, er hatte das Gefühl, daß jemand dastand und ihn ganz steif und starr machte. Er weiß nicht, was die Leute von ihm wollen. Er war immer gut, die Frau doch auch. Er lehnt ungläubig lächelnd ab, daß das krankhaft sein könne. „Eine Krankheit, nein, das ist keine Krankheit, wenn mans hört, da hört mans doch schließlich.“ Er folgt dem Gespräche nicht mit voller Aufmerksamkeit, blickt plötzlich scheu nach der Seite hin. Er berichtet durchaus klar, spricht mit dem Ausdruck tiefen Schmerzes. Er hat die Haltung eines schmerzerfüllten Anklägers. Doch bleibt er dabei beherrscht und gemäßigt. Er fühlt sich vollkommen verändert. Er führt das auf die Stimmen zurück. „Das ist nun schon länger so, wie wenn ich anders wäre, das ist schon lange her! . . . . . Alles hat sich verändert, es kann auch nie werden, daß ich das Gefühl wieder hineinkriege. Daß ich wieder glücklich und unglücklich werde. Früher war ich froh und freute mich. Jetzt ist mir alles wurst! (spricht mit dem Ausdruck tiefen Schmerzes). Über sein Denken befragt meint er, er müsse sich Mühe geben, dann falle es ihm doch ein. In den nächsten Tagen sehr zurückhaltend finster. Halluziniert, kommt eines Morgens und fragt „glauben Sie denn, daß ich ein Verbrecher bin“. Das sei ihm von einem Rotkopf gesagt worden. Sein Gesichtsausdruck ist meist scheu. Am 2. Mai sagt er abends: „Es wird mit mir jeden Tag anders, ich kann das nicht beschreiben.“ Die vorige Nacht hätten sie ihm mitgespielt und hätten ihm im Leibe herumgearbeitet. „Am Tage, da weiß ich mir zu helfen, da reiße ich aus . . . . . Ich wills mir jede Nacht merken, in der Frühe weiß ichs dann nicht . . . . . ich wußte nur, daß ich Schreckliches durchgemacht hatte.“ Beteuert immer wieder, „ja ich war doch früher ein ganz anderer“.

In der weiteren Beobachtung wiederholen sich die gleichen Ideen. Seit 2 Jahren, so gibt er an, hört er Stimmen. Er hat zunächst davon anderen erzählt, aber die glaubten ihm nicht. Er hat geschwiegen und schweigend Schreckliches erduldet. Ein Mann beim Rate habe ihn ruiniert. Die Stimmen träten auf dessen Veranlassung auf. „Es ist sicher, das ist ein ganz gemeiner Mensch.“ Die Stimmen sagen „du gemeiner Hund“ und ähnliches. Nur aus Verzweiflung habe er in der letzten Zeit Schnaps getrunken, manchmal für 50 Pfg. den Tag. Wehrt sich, „ich habe doch niemanden etwas getan . . . . . es müssen doch Leumundszeugnisse eingeholt werden.“ Die Klagen über die Veränderung seiner Persönlichkeit bestehen fort. Früher hätte er Interesse am Lesen gehabt, das jetzt fehlte. Auch das Erfassen werde ihm schwer, die Buchstaben verschwimmen. „Wenn ich lebhaft bin, das ist wie ein Sonnenstrahl, daß mein früheres Ich wieder kommt.“ Zeitweise kommen auch körperliche Klagen, es ist wie ein Schleier vor den Augen, er fühlt sich matt. Er ist außerordentlich leicht erregbar, bekommt einen förmlichen Wutanfall, als ihm der Besuch seines früher scharlachkranken Kindes verweigert wird. Hat Streit mit anderen Patienten. Er wird am 5. Juni nach Dösen überführt.

Er wird wieder gebracht am 25. August 1913.

Die Frau gibt an: Nach der Entlassung aus Dösen am 7. November 1912 ging er nach Hause, von dort am 8. Dezember wieder in den Dienst, er wurde in L. beschäftigt, wo er seine Arbeit zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten erledigte. Nachts (insbesondere in der ersten Zeit nach seiner Entlassung) sprach er bisweilen vor sich hin. Er sollte nun wieder zurück nach der Ratswache, wo er seinen Gegner vermutete (den Oberkommissar P.). Er verweigerte den Gehorsam und wurde vom Dienst suspendiert. In der Nacht machte er wieder einen Selbstmordversuch und öffnete den Gashahn.

Er ist auch jetzt wieder in der gleichen Weise deprimiert, wie früher. Wesen und Verhalten sind gleich geblieben. Er habe noch in Dösen Stimmen gehört, er sei ein Verbrecher. Die Stimmen gingen immer von dem gleichen aus, von dem Oberkommissar P. (Er hat früher den Namen nicht nennen wollen). Er hat seit anfangs März 1912 wieder Dienst gemacht. Die Gehorsamsverweigerung beging er, weil er wieder auf der Ratswache Dienst machen sollte, wo er seinen Gegner vermutete. Wenn er dort war, war es dann immer stärker mit den Stimmen. Er hat deshalb den Gehorsam verweigert. Man habe falsche Protokolle mit ihm aufgenommen. Die Stimmen wollen ihn und seine Familie umbringen.

Wir haben es zu tun mit einem Patienten, der im 37. Lebensjahr an einem Depressionszustand erkrankte. Während der beinahe 3jährigen Beobachtungszeit sind fast ständig akustische Halluzinationen nachweisbar, welche sich

allmählich immer deutlicher machen. Er bezieht die Stimmen, die er hört, mittelbar auf eine bestimmte Person, der er die Absicht zuschreibt, ihn zu verderben. Die Stimmen greifen ein in sein tägliches Leben. Es ist nicht sicher, inwieweit die erste anonyme Anzeige, die ihn dienstlich schädigte, auf Stimmen zu beziehen ist. Die Gehorsamsverweigerung, welche der unmittelbare Anlaß zu seiner letzten Aufnahme in die Klinik ist, kann einwandfrei auf wahnbedingte Motive zurückgeführt werden. Neben diesen Erscheinungen findet sich eine zweite Reihe von relativ selbständiger Bedeutung. Der Patient fühlt sich in seiner Gesamtpersönlichkeit entscheidend verändert, er klagt über gemüthliche Abstumpfung und Interesselosigkeit. Andererseits erfolgt eine außerordentlich tiefe gemüthliche Reaktion auf die vermutete Verfolgung. Die Schilderung gibt nur zum Teil den unmittelbaren Eindruck des schweren Leidens wieder den der Kranke bietet. Bisweilen ist man sogar über eine gewisse Neigung zu besonders weittragenden Ausdrücken erstaunt, man gewinnt den Eindruck eines liebevollen Sichversenkens in das eigene Leid. Dazu müssen vermerkt werden die gemüthliche Labilität und die Reizbarkeit. Schließlich lege ich darauf Gewicht, daß die Erkrankung unmittelbar anschließt an den Ärger über angebliche Zurücksetzung im Dienste. Auch der Wahn selbst richtet sich auf Persönlichkeiten, welche in Zusammenhang gebracht werden könnten mit dieser Zurücksetzung.

Die gleichen Fragen, wie bei dem vorangehenden Fall erheben sich auch hier. Die Möglichkeit einer primären Depression ist gegeben. Sie erscheint jedoch als unwahrscheinlich. Auch hier wird die Annahme eines reaktiven paranoiden Systemes die nächstliegende sein. Die Möglichkeit eines organischen Prozesses behalten wir im Auge. Eine definitive Entscheidung nach der einen der anderen Richtung ist kaum zu treffen. Wieder heben wir hervor, in welcher Weise das Individuum auf sein Wahnsystem reagiert: Es reagiert so, wie ein depressiv Veranlagter auf ein trauriges Ereignis von schwerwiegender Bedeutung reagieren würde. Die besondere Richtung dieser Depression geht dahin, daß sich das Individuum in seiner Persönlichkeit verändert fühlt.

Versuchen wir nun, unsere beiden Beobachtungen zusammenfassend, zu dem eigentlichen Kern der Erscheinungen vorzudringen, so ist zu sagen: Es gibt Symptomenkomplexe, in denen neben einer wahnhaften Verfälschung der Außenwelt Veränderungen des Persönlichkeitsbewußtseins beobachtet werden. Die wahrscheinlichste Auffassung, die sich anbietet, ist wenigstens für unsere Fälle diejenige, daß in dem Individuum eine Konstitution gegeben ist, welche einestheils wahnhafte Umbildungen begünstigt, anderenteils zu Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins neigt. Doch erscheint die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß die Wahngelbte auf einen fortschreitenden Prozeß zu beziehen seien, eine Hirnkrankheit im engeren Sinne (endogener Verblödungsprozeß). Eine Auffassung, welche auch die depressiven Momente auf den Prozeß in diesem Sinne beziehen würde, erscheint unwahrscheinlich. Wiewohl auch gegen diese ein strikter Gegenbeweis nicht geführt werden kann. Das Ziel der mitgetheilten Krankengeschichten und Erwägungen ist nur, auf einen bestimmten allo-autopsychischen Symptomenkomplex aufmerksam zu machen. Die definitive klinische und psychologische Deutung desselben konnte nicht einmal versucht werden.



## Zur Psychopathologie der Melancholie.

Fall 16. Marie K., 27 Jahre. Die Mutter der Patientin ist geisteskrank, war in der hiesigen Klinik. Es lag ein seniler Zustand vor. Zwei Geschwister sind gesund, Großeltern, soweit zu eruieren, nicht geisteskrank. Die Patientin hat sich als Kind normal entwickelt, lernte gut und leicht in der Schule, lernte dann Schneidern, war immer sehr fleißig und tüchtig, nie ernsthaft krank. Sie ist seit drei Jahren verheiratet. Der Ehemann hat niemals etwas Krankhaftes bemerkt. Im Dezember 1912 bekam sie das erste Kind. Die Entbindung war schwer (Zange). Sie konnte nach der Entbindung tagelang nicht schlafen. In den ersten 14 Tagen interessierte sie sich noch für ihr Kind, allmählich verlor sie jedoch das Interesse daran. Sie stillte das Kind nur 14 Tage, dann versiegte die Milch. Anfang Januar 1913 fing sie an sich unnützlich zu fühlen, sie könne für das Kind nicht weiter denken, wisse nicht, wie es in der Zukunft werden solle. Es traten Selbstmordgedanken auf (etwa drei Wochen vor der Aufnahme). Sie fand aber nicht den richtigen Mut dazu. Sie läßt sich von ihrem Manne hierher bringen, um hier vergiftet zu werden. In der Zeit vor der Aufnahme aß sie schlecht, dem Manne war die gemütliche Abstumpfung aufgefallen.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 27. Juni 1913 ist der körperliche Befund im wesentlichen negativ. Den psychischen referiere ich im Zusammenhang, da wesentliche Änderungen im Zustand bis zum Oktober 1913 nicht eintraten. Sie erwies sich stets als geordnet und orientiert. Halluzinationen waren während der gesamten Zeit nicht nachweisbar. Sie macht einen traurigen in sich versunkenen Eindruck. Sie starrt mit weit geöffneten Augen ins Leere, die Mundwinkel sind gesenkt. Gleichwohl kann man von einer schweren objektiven Hemmung nicht sprechen. Sie antwortet prompt, wenn sie gefragt wird, bringt sogar bisweilen spontan Klagen und Beschwerden vor. Ihre Mimik folgt den Wendungen des Gesprächs, allerdings herrscht der Ausdruck der Trauer vor, doch entspricht dies auch dem Inhalt dessen, was vorgebracht wird. Ihre Hände zeigen gleichfalls dem Inhalt des Gesprochenen entsprechende Ausdrucksbewegungen. Sie hat allerdings spontan nicht die Neigung sich zu beschäftigen. Zeitweise arbeitet sie jedoch regelmäßig bei der Hausarbeit mit und beschäftigt sich mit Stickereien. Im ganzen ist sie doch schwerer ansprechbar als die Depressions-Kranken.

Sie spricht nicht gerade leise: „Ich bin nicht körperlich krank, ich weiß nur, daß ich nie weiter kann innerlich, es kann mir auch kein Mensch helfen . . . Ich habe geheiratet, vorher habe ich nie etwas gemacht, nur Einzelnes. Da habe ich nach der Geburt des kleinen Kindes bemerkt, daß ich alles nicht so begreifen kann, wie es die Mutter machte. Da mußte ich erst denken, vorher brauchte ich nie zu denken.“ Sie bekam das Kind am 3. Dezember, sie sagte dem kleinen Kind, „ich bin blödsinnig, ich kann nicht weiter.“ Wenn sie allein sei, könne sie leben. Es ist ihr zu Mute, wie wenn sie nichts mehr anfassen könnte, es sei doch besser, wenn sie von der Welt ginge, sie sei den andern nur zur Last. Sie bittet um Gift.

Als sie gefragt wird, ob sie denn traurig sei, weint sie, und sagt: „Ich habe überhaupt keine Gedanken, ich kann nicht nach Hause denken und gar nichts . . . . . ich möchte auch so sein wie andere Menschen.“ Die anderen Menschen könnten sorgen und schaffen, was sie nicht könnte. Früher war sie für sich allein, da habe sie es nicht gemerkt. „Ich fürchte mich auch vor dem kleinen Kind, ich will auch lieber arbeiten, aber man sollte mich allein lassen. Ich weiß auch nicht, ich sage eben, ich bin kein Mensch, ich kann nie wieder anders sein, das weiß ich auch.“ Zum Lachen ist sie, wenn sie darauf achtet, nicht zu bringen; doch stimmt sie auf der Station gelegentlich in das Lachen anderer ein. Bei der Frage, ob sie gegenüber Mann und Kindern Zuneigung empfinde, erhält man meist nur ausweichende Antworten: sie könne nicht denken. Gelegentlich sagt sie: „Ja, ich habe alle Menschen lieb, wenn sie mich nur sterben ließen; meinewegen können andere alles haben.“

„Ich kann gar nicht denken, daß ich einen Mann habe. Ich sage ihm auch: Wenn du Sonntag fort bist, dann weiß ich nicht, daß du dagewesen bist, wenn du das Zimmer verlassen hast.“ Als sie aufgefordert wird sich die Gesichtszüge ihres Mannes vorzustellen, gibt sie eine ziemlich detailarme Schilderung. Weiß, daß er schwarz ist, die Augen seien schwarz, er sei etwa so groß wie der Referent. Bei Fragen jeder Art, gleitet sie auf das ab, was sie interessiert. So auch, als sie nach ihrer Fähigkeit vorzustellen gefragt wird, „Ja, wenn ich die Wirtschaft mache, wenn die Stube ausgekehrt wird, dann weiß ich nicht, was dann gemacht werden muß.“ Sie will bloß trockenes Brot essen, weil sie nichts verdiene, weil sie keine Wirtschaft machen kann. Sie will für sich allein sein und nicht auf die Straße gehen.

Ihr objektiven Denkleistungen sind dann zufriedenstellend, wenn sie nicht auf ihre Ideen eingestellt ist. „In der Schule habe ich alles gewußt, wenn ich gefragt wurde, aber ich begreife nicht alleine, ich konnte auch die Wirtschaft nicht allein machen.“ Als ihr die „Stern-taler“ vorgelesen werden, sagt sie schon zu Beginn, sie würde nichts behalten können, in der Tat kann sie nichts reproduzieren. Sie könne auch mit niemanden sprechen. „Vielleicht bin ich verflucht.“

Die Angehörigen sollten nicht kommen, sie könne nichts für sie empfinden, sie könne nicht freundlich sein wie ein Mensch, „Ich kann bloß reden, aber nichts begreifen.“ Sie könne auch das kleine Kind nicht begreifen. Sie könne sich überhaupt nicht freuen, sie könne nie mehr glücklich sein, weil sie nicht waschen und kochen könne.

Weder Trauriges noch Freudiges könne sie sich vorstellen. (Ihre Angaben über diesen Punkt wechseln.) Hingegen gibt sie an, daß sie gesehene Gegenstände vorstellen könne, auch ihren Mann.

Es muß wieder bemerkt werden, daß sie in bezug auf ihre Krankheit stets ge-sprächig ist.

Assoziationsversuche wurden zweimal mit ihr vorgenommen. Das erste Mal am 31. August:

Unglück . . . . . Glück 2".  
 Verbrechen . . . . . Was soll ich denn darauf sagen.  
 Absicht . . . . . Es fällt mir nichts ein.

Das zweite Mal war der Versuch ergiebiger:

Fisch . . . . . zuckt zunächst die Achseln.  
 Nach nochmaliger Ermahnung sagt sie „Wasser“. Sie habe es nicht in Bildern vor sich gehabt, sondern nur gedacht. Als sie mit den Achseln zuckte, dachte sie, ich weiß es nicht, meint schließlich ich kann wohl reden aber nicht begreifen.“

Schlange . . . . . Wald 6".  
 Sahen Sie den Wald vor sich? „Nein“. Dachten Sie an eine frühere Situation? Nein, ich dachte, sie könnte im Walde sein.

Wald . . . . . Bäume 6".  
 Die introspektiven Angaben sind ähnlich.

Berlin . . . . . Ist eine Stadt  $3\frac{1}{2}$ ".  
 Sonne . . . . . Am Himmel  $4\frac{2}{5}$ ".  
 rot . . . . . Farbe  $2\frac{4}{5}$ ".  
 gehen . . . . . Das weiß ich nicht.  
 schön . . . . . häßlich  $2\frac{1}{5}$ ".  
 tot . . . . . lebend  $2\frac{4}{5}$ ".  
 Krankheit . . . . . Gesundheit 5".  
 tanzen . . . . . springen 3".  
 Hochzeit . . . . . Fest  $3\frac{1}{5}$ ".  
 Gift . . . . . tot  $8\frac{3}{5}$ " dazwischen Achselzucken.  
 Sünde . . . . . weiß ich nicht. Es falle ihr nichts dabei ein.  
 Armut . . . . . Reichtum  $2\frac{1}{5}$ ".  
 Kaiser . . . . . König  $2\frac{1}{5}$ ".  
 schlecht . . . . . recht  $2\frac{4}{5}$ ".  
 Fisch . . . . . Wasser  $2\frac{4}{5}$ ".

Meint dazwischen auch, wenn sie es sage, könne sie dabei nicht denken,

Sonne . . . . . Ist am Himmel  $3\frac{4}{5}$ ".  
 tot . . . . . leben  $2\frac{1}{5}$ ".  
 tanzen . . . . . springen  $2\frac{1}{5}$ ".  
 Gift . . . . . tot  $3\frac{1}{5}$ ".  
 Sünde . . . . . Weiß ich nichts darauf.  
 denken . . . . . Weiß ich nicht, was ich darauf sagen soll.  
 Kind . . . . . Mann  $2\frac{4}{5}$ ".  
 Arbeit . . . . . Beschäftigung  $10\frac{2}{5}$ ".

Auf Frage meint sie, das ist mir nur so eingefallen.

Wirtschaft . . . . . Was soll ich darauf sagen.

Baum . . . . . Wald 3 $\frac{1}{2}$ ''.

Sünde . . . . . Gibt keine Antwort.

Sie klagt hierbei spontan, sie sehe wohl, sehe die Bäume, aber sie denke nicht.

Versündigungsideen sind nicht nachweisbar. „Ich habe nie etwas Schlechtes getan.“ Sie äußert häufig den Wunsch zu sterben und verlangt nach Gift. Verarmungsideen hat sie nicht.

Klagen über körperliche Beschwerden werden nicht geäußert. Sie versichert auf Fragen, daß sie deutlich wahrnehme und höre. Das Gefühl des Traumhaften wird abgelehnt. Zwangsvorstellungen bestehen nicht. Sie versichert, immer zu wissen, daß sie nie wieder gesund würde. Einmal bittet sie um eine Röntgenaufnahme des Schädels, um zu beweisen, daß sie abnormal sei. Keine Klagen über körperliche Mattigkeit. Wie erwähnt, fehlt schwere objektive Hemmung dauernd.

Fassen wir das Wesentliche der Beobachtung kurz zusammen, so stellt sich das klinische Bild so dar, daß im unmittelbaren Anschluß an die Geburt des ersten Kindes ein Depressionszustand eintritt, der bis jetzt bereits  $\frac{3}{4}$  Jahre anhält. Beherrscht wird das Zustandsbild von Klagen über Hemmung des Denkens. Die Patientin glaubt geistig unfähig zu sein, ihre Wirtschaft zu führen. Gefühlshemmung wird von der Patientin angegeben, doch betrachtet sie selbst die Gefühlshemmung als sekundär. Es ist bemerkenswert, daß die Gefühlshemmung sich auf höhere ethische Gefühle nur teilweise erstreckt. Hypochondrische Klagen werden nicht registriert. Die Patientin glaubt ihre Persönlichkeit durch die Krankheit nicht verändert und gibt an, ihre Unfähigkeit sei erst nach der Geburt des Kindes zutage getreten. Gleichwohl schätzt sie die geistige Unfähigkeit so hoch ein, daß sie behauptet, kein Mensch zu sein. Welche Bedeutung kommt den Klagen der Patientin über Denkhemmung zu? Man kann nur sagen, das intellektuelle Durchschnittsmaß wird von der Patientin erreicht. Die allgemeine Verlangsamung in den Antworten ist geringfügig. Wir verweisen auf den Assoziationsversuch, der in diesem Falle durchsichtig ist. Die Assoziationen erfolgen dann in annähernd normaler Zeit, wenn die Patientin nicht auf ihre Hemmung eingestellt ist. Eine abnorme Determination des Denkens auf das eigene Innenleben liegt zweifellos vor. Ich komme also zu dem Resultate, daß die Denkhemmung, welche unsere Patientin bietet, Elemente enthält, welche der der Depersonalisierten nahestehen. Man kann sich jedoch bei ihr des Eindrucks nicht erwehren, daß eine geringe objektive Hemmung stets zurückbleibt. Es kommt wohl noch etwas Neues hinzu.

Wir werden uns nicht wundern, auf anderen Gebieten des Seelischen Ähnliches anzutreffen. Das Versagen des Gedächtnisses bei direkt geforderten Leistungen (Nacherzählung einer Geschichte) während das Gedächtnis erhalten ist, wenn nicht ausdrücklich Einprägung verlangt wurde: Sie weiß den Namen ihrer Mitpatienten, der Ärzte etc., erinnert uns wieder an die Störung, die wir bei der Depersonalisation angetroffen haben.

Wir treffen auch auf dem Gebiete des Gefühlslebens Identisches. Auch hier haben wir Grund anzunehmen, daß nicht Affektlosigkeit vorhanden ist, wie uns die Patientin glauben machen will. Auch hier haben wir Gefühle vor uns, denen aus einer anderen Schichte widersprochen wird. Nur beherrscht in diesem Falle Traurigkeit in weitaus höherem Grade das Bild wie bei der Depersonalisation. Meines Erachtens liegt vor eine Entfremdung des Traurigkeitsgefühles.

Schließlich ist hervorzuheben, daß die Entfremdung der Gefühle und des Denkens nicht genügen, um den Eindruck einer Veränderung des Selbstbewußtseins bei der Patientin selbst hervorzurufen.

Es ist selbstverständlich nicht möglich, auf Grund des spärlichen Beobachtungsmaterials, das mir zu Gebote steht, eine psychologische Theorie derartiger Zustände aufzustellen. Immerhin glaube ich auf folgendes hinweisen zu können: Das Gefühl der Trauer beherrscht die Patientin in ganz anderer Weise als die Depersonalisierten. Die Trauer ist eine starrere und unbeugsamere. Ich bin geneigt, die geringe objektive Hemmung mit dieser Trauer in Verbindung zu setzen, muß aber gleichzeitig einschränkend hinzufügen, es gibt meines Erachtens sehr viele deskriptiv geschiedene Erlebnisse der Trauer. Eine dieser Formen trifft man mit Hemmungen vergesellschaftet an. Die Hemmung von der Trauer abzuleiten, liegt ebensowenig genügende Berechtigung vor, wie für das umgekehrte Vorgehen. Ich glaube, im Gegensatz zu diesen Kranken sind die Depersonalisierten nur so traurig, wie lax ausgedrückt, ein Normaler in der gleichen Situation.

Von dieser Patientin wird trotz der sehr erheblichen Störungen auf dem Gefühlsgebiete und in den Denkerlebnissen von einer Persönlichkeitsänderung nicht gesprochen. Der Affekt fälscht ihre Vergangenheit. Man sieht, wie wesentlich für die Depersonalisation der stetige Vergleich von Gegenwart und Vergangenheit ist. Wenn man es paradox ausdrücken wollte, müßte man sagen, bei dieser Patientin besteht neben der Störung des Selbstbewußtseins eine Täuschung über die vorangegangene Persönlichkeit (Störung des Persönlichkeitsbewußtseins). Und diese beiden Störungen, die des Selbstbewußtseins und die des Persönlichkeitsbewußtseins heben sich bis zu einem gewissen Grade auf. Zweifellos ist die objektive Persönlichkeit in diesen Fällen stärker beeinträchtigt.

Um auch das noch klarzustellen: Das, „ich bin kein Mensch mehr“ dieser Patientin, hat mehr die Bedeutung eines moralischen Werturteils als einer psychologischen Konstatierung.

Die klinische Diagnose des Falles stößt auf keine Schwierigkeiten, die Beobachtung gehört dem manisch-depressierten Irresein an.

Es seien noch kurz zwei Melancholiebeobachtungen mitgeteilt. In beiden keine Entfremdung der Außenwelt trotz der Gefühlshemmung.

Fall 17. Eleonore P., 31 Jahre, klagt über Angstgefühl und Herzklopfen. Schon mehrere Monate vor der Aufnahme dachte sie, sie könne ihre Kinder nicht erziehen. Sei bisweilen wie im Traum, sei unfähig ihre Pflicht zu tun, trage sich mit Selbstmordgedanken. Selbstvorwürfe: sie sorge nicht für die Kinder. IBt nicht. Sechs Geburten, zwei Kinder gestorben. Keine Nervenkrankheiten in der Familie.

Die Untersuchung ergibt: Gezwungen lächelnd, ängstliche Verlegenheitsbewegungen, sie habe Angst, bilde sich ein, nicht leben zu können. Ängstigt sich, was aus den Kindern werden soll. Sie hat sich Vorwürfe wegen der Kinder zu machen. Sie sei sehr traurig, sie könne nicht mehr so Liebe zu ihrem Mann fühlen. Auch gegen ihre Kinder sei sie gleichgültig geworden, sie müsse sich darüber Vorwürfe machen. Es sei sehr quälend, daß die Gedanken manchmal ausblieben. „Beim Arbeiten ist mir, als wären die Hände gebunden.“ Sie schiebt es auf die feuchte Wohnung. „Ich war früher ganz anders, viel lebenslustiger.“ Objektive Hemmung eben merkbar.

Fall 18. Margarete R., 23 Jahre alt. Sie klagt, sie sei schon seit langer Zeit schwermütig, verspüre Angst und Unruhe, sei kurz von Gedanken. Sie hat ein schweres Gefühl in der Magengegend. Sie hat Selbstmordideen. Sie fürchtet nach der Heirat (sie ist verlobt) nicht alles besorgen zu können. Sie lernt jetzt Schneidern. „Ich kann gar keine Freude empfinden und auch keinen Schmerz, das ist alles so gleichgültig in mir. So richtig lieb haben

kann ich gar niemand, es ist mir alles so gleichgültig.“ Das ganze bestünde seit einem Vierteljahr, sie empfindet das schmerzhaft. Sie fühlt sich dadurch verändert. Sie zeigt einen sehr geringen Grad objektiver Hemmung. Nach den Angaben der Mutter stets etwas still und mehr für sich, 5 Geschwister sind gesund, die Mutter ist zeitweise für Tage schwermütig. Die Schwester der Mutter ist schwermütig und traurig, angeblich wegen körperlichen Leidens.

Entsprechend dem richtigen Urteil über die Vergangenheit konstatieren beide zuletzt angeführte Patientinnen eine Veränderung ihres Ich. Gegenüber der Änderung der Depersonalisation scheint es mir charakteristisch, daß der ständige Zwang des Vergleiches von früher und jetzt nicht so sehr hervortritt.

Zwischen der subjektiven und objektiven Hemmung besteht in beiden Fällen ein auffallendes Mißverhältnis.

Fall 19. Eduard H., Prof., geb. 1851. Begabt, in angesehener wissenschaftlicher Position. In der Familienanamnese nichts sicher Manisch-Depressives. Hatte mit etwa 20 Jahren seine erste depressive Attacke, wollte sich das Leben nehmen. War ein halbes Jahr interniert. Er war damals aufgeregt, weil er vor Prüfungen stand. Nach der Genesung bestand er seine Prüfungen. Im Jahre 1897 nach vollkommen normaler Zwischenzeit machte er sich wieder Vorwürfe, er habe sich seine Pension und seine Ernennung zum Professor erschwindelt. Er warf sich auch vor, in der Jugend masturbiert zu haben und in Damenkneipen gegangen zu sein. Er war dann ein halbes Jahr in Behandlung, kam ein Jahr danach wieder in die Anstalt und machte dann schließlich das Archivarexamen; in der Vorbereitungszeit zu diesem war 1897 die Psychose ausgebrochen. Das jetzige Leiden begann plötzlich. Ein Augenleiden machte ihm Besorgnisse. (Ein Auge ist durch Netzhautablösung erblindet, an dem anderen begannen jetzt Erscheinungen.) Er hatte Selbstmordgedanken, machte sich fast mit den gleichen Worten wieder Vorwürfe. Er fürchtete in die Hölle zu kommen. Da er Selbstmordideen äußerte, wurde er am 27. Okt. 1913 der Klinik zugeführt. Während der ganzen Zeit der Erkrankung hatte er gut gegessen. Die Frau gibt an, daß er außerhalb der Erkrankungen nicht zu Stimmungsschwankungen neigte. Er war der Familie und seinem Berufe gegenüber übertrieben gewissenhaft, zu Sorgen geneigt, nahm alles schwer, war Pessimist im Gegensatz zu seinen beiden Geschwistern, die mehr optimistisch veranlagt sind.

Die körperliche Untersuchung ergibt, von dem Augenleiden abgesehen, nichts Bemerkenswerthes.

Bei der Aufnahme in die Klinik besteht eine ausgesprochene objektive Hemmung. Er spricht wenig, liegt ruhig da, doch wird die Umgebung beachtet. Die Gesichtszüge zeigen stille Traurigkeit. Auf Fragen betreffs der Selbstanschuldigung bejahende Antwort. Sehr vieles wird überhaupt nicht beantwortet, er seufzt, faßt nach dem Haar oder er beginnt mit also und verstummt dann. Er setzt zum Sprechen an, kommt aber über die Anfangsteile des Satzes meist nicht hinaus. Als ihm zwecks des Assoziationsversuches Worte gesagt werden, erfolgt die Antwort verhältnismäßig prompt. Er bejaht die Frage, als er gefragt wird, ob er bei der Assoziation Fisch-Teich eine Vorstellung gehabt habe. Bisweilen wiederholt er das Reizwort. Dann werden lange Pausen eingeschoben. Er fügt dann fließend mit entsprechender Betonung hinzu: „Ich habe aber in Leipzig eine Zeitschrift herausgegeben und das ist ganz gut gegangen, also muß das Denken doch ganz gut sein.“

Auf die Frage, weshalb er in die Klinik gebracht worden sei, sagt er „Ein Vorgang, bei dem meine Frau beteiligt war und der Arzt.“ Auf eine weitere Frage antwortet er, „um mich vom Selbstmord zu befreien.“ Er rechnet relativ rasch und prompt. Die Aufforderungen bei der körperlichen Untersuchung werden gleichfalls prompt ausgeführt. Er ißt auch gut. Einige Tage später ist die objektive Hemmung geringer geworden, er spricht freier. Die Mimik ist belebter. Doch übersteigt die objektive Hemmung noch beträchtlich die Hemmung in den vorangehenden Fällen. Er wollte nichts verschweigen, er habe Suizidideen gehabt, doch seien diese unberechtigt gewesen. Er stockt beim Sprechen noch immer. Seine Selbstvorwürfe seien berechtigt, doch habe er seine sexuellen Verfehlungen seiner Frau bereits gebeichtet. Er will schon deswegen nach Hause, weil seine pekuniäre Lage einen derartigen Aufenthalt nicht gestattet. Er hat auch einen entsprechenden Brief nach Hause geschrieben.

Beim Nacherzählen kleiner Geschichten, die ihm vorgelesen werden, versagt er bei der ersten vollkommen. Es ist ihm der Sinn derselben entgangen. Die Erzählung ist „Königin

Adelheid“ aus den Grimm’schen deutschen Sagen. Während es sich in der Erzählung darum handelt, daß aus einer belagerten Burg ein reichlich gefüttertes Tier dem Feind in die Hände gespielt wird, um ihn über die Menge in der Burg vorhandenen Lebensmittel zu täuschen, sagt er: „Es handelt sich um Belagerung einer Burg und darum, daß . . . . . es wurde ein Tier gezeigt, mit dem etwas Wunderbares vor sich gegangen war.“

Als ihm hierauf eine weitere kleine Geschichte vorgelesen wird, „Der Liebenbach“, gibt er diese fast wörtlich genau wieder. „Es handelt sich um die Stadt Spangenberg, dort gibt es ein Wasser vom nahen Berge. Es war einem Liebespaar als Bedingung zur Heirat gestellt worden, daß es das Wasser vom Berg herüberleite, damit die Stadt gutes Trinkwasser bekomme. Sie arbeiteten 40 Jahre und starben in demselben Augenblick, als die Leitung fertig war.“

Es werden ihm hierauf die apokalyptischen Reiter von Cornelius in der Reproduktion des Kunstwarts zwei Minuten lang vorgelegt. Er gibt nachher folgende Beschreibung: Es sind drei Reiter gekennzeichnet, der eine hat einen Pfeil, der andere eine Urne und ein Schwert, der dritte ist wohl der Todesengel. Er reitet über eine Anzahl von Menschen, diese suchen sich der Pferde zu erwehren. Auf Drängen gibt er noch das Detail an: Eine Frau hebt die Hand zum Schutze gegen einen Pferdefuß. Den Sinn des Bildes faßt er auf: Schreck der Menschen gegenüber irgendwelchen über sie hereinstürmenden Mächten.

Als ihm gesagt wird, die Verstandestätigkeit sei gut, meint er: dann ist es also wohl Schlechtigkeit gewesen, später dann bin ich also doch die Sorge für meinen Verstand los. Am nächsten Tage gesteht er dann, er habe nachts Selbstmordversuche unternommen.

Am 1. November ist die objektive Hemmung noch deutlich, aber geringfügiger als bei der Aufnahme. Er gibt an, als er kam hätte er sich am liebsten auf die Schienen geworfen. Auch in der Klinik hatte er noch Suizidideen.

Bei der ersten Attacke stand er vor dem Examen und mußte sich auch wegen der Masturbation Vorwürfe machen. Jetzt sei er kaput. Er müsse wegen seiner Ideen an seinem Verstande zweifeln.

Er sei gar nicht weiter gekommen in der Zeit, wo er in der Klinik sei. Die Gedanken bedrückten ihn noch immer. Er wünscht ins Irrenhaus zu kommen, damit die Kinder noch etwas übrig behalten. Die Selbstmordgedanken drängten sich noch immer auf. Wahrscheinlich würde er, wenn man ihn nach dem Inhalt seines Buches fragte, dieses nicht wissen.

Der Assoziationsversuch ergibt folgende Resultate.

- |                    |   |
|--------------------|---|
| Sonne . . . . .    | Schein $2\frac{2}{5}$ ”.  |
| Mond . . . . .     | Schein $3\frac{2}{5}$ ”.  |
|                    | „Ich habe dabei an einen Mond gedacht wie er an dem Himmel erscheint.“                          |
| Wiese . . . . .    | wachs $2\frac{2}{5}$ ”.   |
|                    | Er dachte dabei an archivalische Quellen, in denen viel von Wiese . . . . . wachs die Rede sei. |
| Tanzen . . . . .   | macht Freude $10\frac{3}{5}$ ”.   |
|                    | Ein Wort fand ich nicht. Ich dachte an ein Tanzlokal aus meiner Kinderzeit.                     |
| Hochzeit . . . . . | Freude 6”.  |
|                    | Ich dachte an eine bestimmte Hochzeit.  |
| Schlange . . . . . | Biß $1\frac{3}{5}$ ”.   |
| Hund . . . . .     | Katze $2\frac{1}{5}$ ”.   |
| springen . . . . . | und laufen macht turnen.  |
| weinen . . . . .   | hab ich verschuldet 7”.   |
| Schmerz . . . . .  | tut weh $13\frac{2}{5}$ ”.  |
| Gift . . . . .     | soll man nicht nehmen 3”.   |
| tanzen . . . . .   | konnte ich in meiner Jugend 6”.   |
| Sterne . . . . .   | stehen am Himmel $2\frac{1}{5}$ ”.  |
| Licht . . . . .    | steht vor meinen Augen $2\frac{2}{5}$ ”.  |
| grün . . . . .     | tut den Augen gut $3\frac{1}{5}$ ”.   |
| schwarz . . . . .  | ist mein linkes Auge zum Teil $3\frac{1}{5}$ ”.   |
| Heimat . . . . .   | ist für mich Dresden 7”.  |

Es wird nun die Instruktion wiederholt, möglichst rasch mit dem auftauchenden Worte zu antworten.

gelb . . . . . ist eine Farbe die den Augen schädlich ist 4".  
 Montag . . . . . Essen  $2\frac{1}{5}$ ".  
 trinken . . . . . Bier  $3\frac{1}{5}$ ".  
 Himmel . . . . . blau  $1\frac{1}{5}$ ".  
 grün . . . . . ist die Farbe der Hoffnung 5".

Er sagt auf Frage „Es wird wohl dasselbe sein wie früher“.

Der Fall ist eine banale Beobachtung von Melancholie mit Selbstanklagen, Versündigungsideen und objektiver Hemmungen. Diese geht weit hinaus über das, was die übrigen hier angeführten Fälle von Melancholie boten. Keine subjektive Hemmung. Man beachte den Assoziationsversuch und vergleiche ihn mit den der Patientin Marie K. Bei dieser sind in auffälliger Weise die Resultate am Beginn der Prüfung besonders schlecht. Bei dem vorliegenden Falle ist ein derartiger Unterschied nicht erweisbar. Bei der Patientin Marie K. sind es ausgesprochene Komplexworte bei denen, nachdem die Anfangsschwierigkeiten überwunden sind, die Veränderungen der Reaktionszeit eintreten, eine derartige Beziehung ist im vorliegenden Falle gleichfalls nicht vorhanden. Also auch so gewinnt man den Eindruck, daß die abnormen Einstellungen bei der subjektiven Hemmung von wesentlicherer Bedeutung sind, während bei der objektiven Hemmung andere direktere Faktoren die Verschlechterung der Leistung verursachen. Doch müssen hier ausgedehnte Untersuchungen einsetzen.

Unsere kleine Kasuistik führt zu einer Reihe von Fragestellungen ohne sie definitiv zu beantworten. Daß die Insuffizienzgefühle der Melancholiker identisch sind mit denen der Depersonalisierten geht schon daraus hervor, daß wir den vollständigen Symptomenkomplex der Depersonalisation im Rahmen dieser depressiven Zustände antrafen. Es gibt also bei den Melancholischen eine subjektive Hemmung, die identisch ist mit derjenigen, welche wir analysiert haben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle tritt im Rahmen der depressiven Zustände nicht der vollständige Symptomenkomplex auf, sondern nur Bruchstücke desselben. Die Berechtigung, auch diese in der gleichen Weise zu deuten, können wir schon den Angaben der Literatur entnehmen, in denen die Fälle mit einzelnen Symptomen subjektiver Hemmung nicht geschieden werden von den Krishna berschen Fällen. Ich verweise nur auf die Angaben von Seglas, Marie und Vallon, Kraepelin, Wilmanns, Römheld.<sup>1)</sup> Auch die Schilderungen, die man bei Falret, Griesinger, Cotard und anderen antrifft, sind nur dazu geeignet uns in dieser Meinung zu bestärken. Schließlich sind hier die Beobachtungen von Schäfer, Esquirol und Leuret zu erwähnen.

Wir beziehen uns zunächst nur auf diejenigen Fälle, in denen nur subjektive und keine objektive Hemmung vorhanden ist. Es müssen Klagen über Insuffizienz des Denkens natürlich dann anders bewertet werden, wenn tatsächlich objektive Störungen vorhanden sind. Man wird auch dann wieder unterscheiden müssen zwischen denjenigen Fällen, in denen die Klagen nur eine adäquate Wiedergabe der objektiven Störungen sind, und denen, in welchen die Klagen beträchtlich über das objektiv Nachweisbare hinausgehen.

<sup>1)</sup> Auch Hoches Arbeit ist heranzuziehen.

Zunächst ergibt sich aus unserer Kasuistik folgendes. Die Fälle 16—18, die objektiv nur sehr wenig gehemmt sind, sind subjektiv viel stärker gehemmt, als Fall 19, dessen objektive Hemmung die beträchtlichere ist. Also auch hieraus ergibt sich wieder eine weitgehende Unabhängigkeit der objektiven Hemmung von der subjektiven. Es muß nun gesagt werden, die objektive Hemmung, welche in den ersten drei Fällen nachweisbar ist, ist nicht derartig, daß sie ein ausreichendes Substrat der Klagen der Patienten darstellen würde. Nach den Prüfungen, die wir angestellt haben, kann man nicht sagen, daß die Patientin Marie in der Tat unfähig ist, auch für das Kind zu denken. Es stellt sich uns der Tatbestand also in der Weise dar, daß sich das Individuum in einen auch objektiv verschlechterten Gedanken nicht voll hineinzusetzen vermag. Es liegen also meines Erachtens zwei voneinander unabhängige Mechanismen vor, 1. die Hemmung des Gedankens und 2. die Entfremdung des gehemmten Gedankens.

Eine größere Beachtung verdient diese Möglichkeit auf dem Gebiete des Affektlebens. Niemand kann sich, wenn er derartige Kranke untersucht, dem Eindrucke entziehen, daß sie tatsächlich unter einer tieftraurigen Affektlage leiden. Auch dieser pathologische Affekt der Traurigkeit wird entfremdet. Ich glaube, daß ich bezüglich der Analysen auf die Entfremdung der Affekte in der Depersonalisation verweisen kann. Es besteht also gar nicht ein vollständiger Mangel des Gefühles bei den meisten derjenigen Melancholiker, welche darüber klagen. Es entzieht sich meiner Beurteilung, ob es tatsächlich Fälle gibt, in denen die Affekte geschwunden sind. Man könnte immerhin für die schweren Stuporformen eine derartige Annahme machen. Es klagen aber die Patienten dann vermutlich auch nicht darüber, daß sie keinen Affekt haben und die Mimik wird vermutlich auch nicht jene Affektreaktionen zeigen, die wir bei unserem Materiale sahen. Die Klagen über Gefühlshemmungen bei Melancholikern haben also meines Erachtens nichts zu tun mit einem wirklichen Gefühls-mangel. Es ist das eine Ansicht, die auch von Escudié und nach diesem auch von Regis vertreten wird.

Masselon, der sonst einen anderen Standpunkt vertritt als den, den ich hier vertrete, wendet sich meines Erachtens mit Recht gegen die Annahme, die Vorstellungsbilder seien geschwunden, wenn die Patienten über den Mangel an Vorstellungsvermögen klagen. (Hierzu ist zu vergleichen, daß Cotard zwei Fälle von Angstmelancholie beobachtet hat, in denen das optische Vorstellungsvermögen „verloren“ gegangen war. Lemos bringt eine neue hierher gehörige Angabe.) Masselon spricht von einer Abschwächung der Vorstellungsbilder. Diese Umschreibung des Tatbestandes scheint mir nicht richtig zu sein. Die Stärke und Schwäche der Vorstellungsbilder ist, in weitem Sinne, für ihren Vollzug belanglos. Es sind Störungen des vollen gegenständlichen Erfassens, wie wir sie oben des näheren analysiert haben.

So viel über die subjektive Hemmung der Melancholischen. Wir fragen nun, ob sie weitere Störungen zu erklären vermag. Hier muß nun hervorgehoben werden, daß die Mehrzahl der Depersonalisierten, trotz des höchsten Grades subjektiver Hemmung, keine Weiterbildung im Sinne von Versündigungsideen oder Wahnideen zeigt. Es sind also derartige an sich denkbare Zusammenhänge empirisch nicht nachzuweisen.

Der Zusammenhang der objektiven Hemmung mit Versündigungsideen scheint mir gleichfalls kein eindeutiger zu sein. Ich kenne wenigstens aus



eigener Beobachtung Fälle, in denen Versündigungsideen dominierten, ohne daß objektive Hemmung nachweisbar war.

Schließlich bleibt noch die Frage nach dem Zusammenhang von Trauer und objektiver Hemmung und Versündigungsideen. Ich möchte auf diese Frage erst dann näher eingehen, wenn ein genügend großes exakt untersuchtes Material vorliegt. Ich kann mich auch hier des Eindrucks nicht entziehen, daß man vielfach die Verständlichkeit psychischer Zusammenhänge verwechselt hat mit ihren tatsächlichen Bestehen. Wir müssen überhaupt die Frage aufwerfen, welchen Sinn es hat zu sagen, Trauer ruft Hemmung hervor. Das, was wir konstatieren können, ist immer nur das, daß beide Zustände gleichzeitig oder knapp hintereinander nachweisbar sind. Anderenteils kennt man eben Zustände, wo jedes dieser Elemente isoliert auftritt. Man wird sich sagen müssen, es gibt eine Trauer, welche deskriptiv verbunden ist mit Hemmung und eine solche, welche diese Verbindung nicht eingeht. Es ist ein deskriptives Problem, ob sich die Art dieser Trauer differenzieren läßt. Die gleichen Fragestellungen ergeben sich bezüglich der Angst. Es ist der Vulgärpsychologie entschieden richtiger gelungen, das Tatsächliche zu sehen als Specht, welcher von einer Mischung manischer und depressiver Symptome spricht. Mit dieser Bezeichnung ist natürlich psychologisch gar nichts gewonnen.

Es soll in diesen Zeilen vorwiegend auf die dringende Notwendigkeit aufmerksam gemacht werden, ein großes deskriptives Material zu verarbeiten, bevor man zu einer Theorie der Melancholie schreitet. Anfänge hierzu liegen in der Arbeit von Masselon vor, der jedoch eine zu kleine Anzahl von Fällen verwertet hat. Unsere eigenen Untersuchungen konnten nur die subjektive Hemmung in etwas eingehenderer Weise betrachten. Als vorläufiges Resultat ergab sich uns im übrigen eine weitgehende Unabhängigkeit der einzelnen Teilsymptome der Melancholie, eine Unabhängigkeit zwischen subjektiver und objektiver Hemmung und eine gewisse Selbständigkeit der Versündigungsideen. Es werden uns sämtliche hierher gehörigen Fragen noch einmal bei der Besprechung des *Delire de négation* beschäftigen.

#### Anhang.

Und nun noch einen weiteren Fall. Die Zugehörigkeit zur Melancholie ist unwahrscheinlich. Manches spricht für einen organischen Verblödungsprozeß. Der Fall wird mitgeteilt, um unsere Ausführungen vor Einseitigkeit zu bewahren. Wir haben im vorangehenden betont, daß die Erscheinung der Entfremdung der Vorstellungen und der Wirklichkeit häufig etwas Angstvolles in sich schließt. Auch die Beobachtungen von Löwenfeld und Strohmayr müssen hier herangezogen werden (siehe auch Böttiger). Hier sei noch verwiesen darauf, daß verschiedene Arten des Angsterlebens ein verschiedenes gegenständliches Moment der Wirklichkeit hinzufügen. Man sehe, wie sich eine ängstliche Ratlosigkeit in dem jetzt folgenden Falle über die Dinge breitet. Es ist eine elementare Angst, die mit dem eigenartigen Erleben der Depersonalisierten nicht verglichen werden darf.

Fall 20. Karl Alfred T., Obersteuerkontrolleur, geb. 1864. Zum erstenmal in der Klinik am 9. Mai 1913. Er hatte Konflikt mit einem Unterbeamten und macht sich Vorwürfe dabei nicht richtig vorgegangen zu sein, insbesondere auch, daß er einen Vorgesetzten durch sein Benehmen bloßgestellt habe. Dabei bestehen ängstliche Befürchtungen, er stehe

vielleicht deswegen unter Polizeiaufsicht. Die Klinik sei wohl ein Gefängnis. Er zeigt ein ängstlich gedrücktes Wesen. Es spielt in die ganze Situation hinein, daß er sich Sorgen macht wegen mißlicher Vermögensverhältnisse und wegen Schulden, die seine etwas leichtsinnige Frau vor mehreren Jahren kontrahiert hatte. Wiewohl die Sache längst ausgeglichen ist, wurde sie von seinem Unterbeamten zur Sprache gebracht und er fürchtet wiederum für das Ansehen seiner Familie. Nach kurzer Zeit ist dieser ganze ängstlich deprimierte Zustand geschwunden und er wird nach Hause entlassen. Wassermann negativ.

Er kommt wieder am 29. Juli 1913 in ängstlich verworrenem Zustand. Nachts sucht er den Pfleger zu würgen, ist am nächsten Tage ängstlich gehemmt, schrickt zeitweise zusammen. Er gibt an, Angst zu haben wegen seiner Frau. Er hat Angst, daß sie sterben muß. Er hört Stimmen, die seinen Namen rufen. Die Stimmen schimpfen auch „Homosexueller“. Dann kam unten an der Fußspitze eine Kugel heraus. Die Stimmen gehen wohl von einem geheimnisvollen Kloster aus, wo Stimmen gemacht werden. Böses habe er nicht begangen. Mustert mißtrauisch die Umgebung, weicht zurück, wenn man in seine Nähe kommt.

Auch in der nächsten Zeit halluziniert er lebhaft. Er macht einen ängstlich ratlosen Eindruck. Es war ihm als wäre im Bette etwas passiert. Als er in G. war, stand auf einer Stelle „Marie tot“. Als er wieder in die Klinik kam, war es, als wenn er in einem Krematorium wäre, dann war es wieder anders. Er dachte, es würde etwas verbrochen. Er glaubte, daß Blasen an die Hände durch Kreuzotterngift gekommen seien. Während der Untersuchung ängstlich, hört Stimmen im Garten und sagt, „was schimpfen denn die! Jetzt fangen sie schon wieder an.“ Plötzlich, „Jetzt sagen sie, ich hätte hier jemand erstochen, ich habe doch niemals etwas verbrochen.“ Er ist ängstlich gehemmt. An anderen Tagen hört er wieder „Mistsau“ das sei doch nicht wahr.

Noch am 16. August ist er sehr ängstlich. Er erzählt, in G. sei es ihm gewesen, wie wenn er verfolgt würde. „Ich weiß gar nicht mehr, was mit mir werden sollte. Bald war es so, bald war es so. Es hieß, der Mann der Frau, wo er wohnte, wäre gestorben.“ Er ist außerordentlich ablenkbar, schrickt bei jedem Geräusch zusammen, blickt ängstlich nach einem Fenster, aus dem ein Küchenmädchen sieht. „Ob das hier eine Frau ist oder was, das weiß ich nicht. Es läuten jetzt die Glocken, was ist denn eigentlich los?“ Er habe Angst, weil überall Radau ist. „Jetzt brachte man mir wieder einen Becher, was ist nur eigentlich richtig, soll ich denn trinken?“

„Da guckt schon wieder ein Mädchel heraus, die lacht.“

„Jetzt geht die Türe auf. Ist denn kein Mensch mehr im Hause?“ „Das Gejohle geht schon wieder los, da soll man mich doch lieber tot machen, wollen sie mich nicht lieber umbringen?“ Alle diese Ausrufe sind Reaktionen auf belanglose kleine Vorkommnisse der Umgebung. Er verfolgt sie ängstlich mit gespannter Aufmerksamkeit. „Als ich herkam war es so, wie wenn ich in ein Krematorium käme.“

„Jetzt guckt wieder so eine Frau heraus.“ „Es ist mir, als hätte ich etwas im Gesäß.“ „Es ist mir, als wenn ich gar nicht mehr lange leben würde, ich habe keine Lebenskraft mehr.“

Im Tone der Ratlosigkeit: „Es regnet, dann ist wieder Sonnenschein. Da ist ein Radau, was ist denn das, wie, soll ich denn aus dem Becher trinken, ist das mein Todesbecher, wie?“

„Sie können sehr schnell schreiben, ich wundere mich, was das nur ist . . . sie lachen dabei?“

„Wer spricht denn schon wieder?“ „Sehen Sie, jetzt kommt schon wieder jemand, die lassen einen ja gar nicht in Ruh, jetzt nimmt der den Becher weg“. Es ist ihm zweifelhaft, ob das hier eine wirkliche Nervenklinik sei, „Weil ich gar nicht im Klaren bin, alle lachen mich aus.“ Ob sein Denken gut sei, kann er nicht sagen. Manchmal fühle er sich schwach.

### Depersonalisationssymptome im Délire de négation.

Eine weitere Reihe sehr interessanter Beziehungen bestehen zwischen der Depersonalisation und dem negativistischen Delir der Franzosen, wie es zum erstenmal von Cotard beschrieben wurde. Bei Cotard selbst und bei Seglas finden sich eine Reihe von ausgezeichneten Schilderungen. Sie gipfeln in den Ausdrücken, ich bin kein Mensch mehr, ich kann nicht sterben etc. Es sei gleich

hervorgehoben, daß wir uns mit der klinischen Stellung dieser Psychosenformen hier nicht beschäftigen wollen. Es steht zur Diskussion, ob es sich um Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins oder um solche der Dementia praecox handelt. (Vgl. hierzu Urstein.) Mir ist es am wahrscheinlichsten, daß darunter doch zum Teil selbständige Krankheiten des Rückbildungsalters vorliegen. Es interessiert uns auch nicht, ob die Genese dieser Zustandsbilder eine einheitliche ist und können bezüglich dieser prinzipiellen Frage auf die vorangehenden ausführlichen Ausführungen verweisen.

Fall 21. Marta O., geb. 1862, in die Klinik aufgenommen 1898. Die Großmutter litt anscheinend an einer ähnlichen Krankheit wie die Patientin. Die Schwester derselben 8 Jahre geisteskrank, auch deren ältester Sohn starb in einer Irrenanstalt. 4 Geschwister sind gesund, zwei starben frühzeitig. Sie selbst hat gut gelernt, war meist still, etwas überstolz und dickköpfig. Half dann in der Wirtschaft und klagte über Kopfschmerzen. Lernte dann Schneidern, ging in Stellung, gründete dann ein Geschäft, mit dem sie viel Sorge hatte. Ging dann wieder in Stellung. Seit Ende April 1898 war sie aufgeregt, spürte eine Nervenkrankheit. Wollte sterben: meine Seele sehnt sich fort. Schliefe schlecht, legte sich schließlich ins Bett und wollte gepflegt sein. Sie hielt sich für gelähmt. Schließlich meinte sie, ein eiserner Reif hätte sich um ihre Stirne gelegt. Die Selbstmordgedanken traten stärker hervor, sie verweigerte schließlich auch die Nahrung.

In der Klinik jammert sie laut (am 12. Oktober), ist orientiert, äußert zahlreiche hypochondrische Wahnideen. Ein ganz grausames entsetzliches Los habe sie getroffen, sie könne nicht sterben und nicht verwesen. In ihrem Leibe flöße kein Blut, nur Luft. Luft sei auch in ihrem Gehirn. Der Magen fehlte, was sie äße, ginge direkt in den Darm. Ihr Herz, das drehe sich nur immer so herum. Sehen Sie nur das Fett, das Fett, alles faules Fett und das kann nicht verwesen, ich kann nicht sterben. Diese Ideen äußert sie immer wieder. Bei der Untersuchung sagt sie „ich kann nicht tiefer atmen, ich kann überhaupt nicht atmen. Ein Tier ist lebendig, ich bin ja nicht einmal ein Tier.“ In ihrem Körper sehe es schrecklich aus, sie könne nicht schlafen und habe seit undenklichen Zeiten keinen Stuhlgang.

Als sie am 16. Oktober künstlich gefüttert wird, meint sie, alles was man oben eintrichtere, liefe unten wieder ab.

Am 11. Oktober sagt sie, „Ich bin Adam, der erste Mensch, der nicht sterben kann, meine Natur ist jetzt ganz verkehrt.“ In der Folgezeit ändert sich das Bild nur wenig. Die Ideen sind sehr einförmig. Sie hat nur Interesse für ihre Krankheit.

1900 beteiligt sie sich bisweilen an der Arbeit, während die Ideen fortbestehen. Ein tieferer Affekt ist jetzt nicht mehr vorhanden, wenn sie ihre Klagen vorbringt.

Mit der Zeit wird sie immer apathischer, liegt stundenlang immer auf dem Sofa, vernachlässigt sich in der Kleidung und in der Körperpflege.

1901 ist sie gleichmäßig ruhig, doch bestehen die Wahnideen fort. Sie wird im April nach Hause entlassen.

Wir erheben diesem Fall gegenüber die Frage, ob denn ein Mechanismus ähnlich dem, den wir bei der Depersonalisation fanden, auch hier anzunehmen ist. Man kann das nur vermuten, ein Beweis scheint mir nicht möglich. Auf einen Erklärungsversuch der Wahnideen einzugehen liegt außerhalb meines Themas.

Beweisender sind einige Beobachtungen die Urstein gesammelt hat (Spätpsychosen katatoner Art). Sein Fall 31 klagt, Personen und Gegenstände änderten sich gleichsam im Handumdrehen. Ihr Gesicht sei blöde geworden. Sie sei kein Mensch mehr, werde zum Tiere, werde zum Vieh, ihr Stuhlgang sei gar kein Stuhlgang.

Eine andere klagt, ihr Körper wäre zu groß, so daß die Kleider platzen müßten. Oft fühle die Patientin ihr Beine gar nicht, sie wären wie angeschnallt. Sie könne unmöglich mit ihrem Körper zusammen im Bett liegen, da beide

keinen Platz darin hätten. Die Patientin behauptet blind und stumpf zu sein, nicht schlucken zu können, ihr Hals und alle Öffnungen seien zugeschwollen.

Auf weitere Beispiele kann ich verzichten. Sie können bei Cotard und Seglas eingesehen werden. Nach allem erscheint es mir wahrscheinlich, daß ähnliche psychische Mechanismen wie die der Depersonalisation vielfach mitspielen und die Grundlage abgeben für Wahneideen, doch ist diese Ableitung eine unsichere.

Unsere letzten Beobachtungen leiten bereits über zu einer neuen Gruppe von Fällen zur Dementia praecox.

### Depersonalisationssymptome bei Schizophrenie.

Jung hat darauf verwiesen, daß das Gefühl des Traumhaften und Irrealen im Beginn der Dementia praecox häufig ist und berichtet über hierhergehörige Fälle. Es ist im vorangehenden über gleichlautende Beobachtungen Bleulers bereits referiert worden. Sehr zahlreiche Angaben zu diesem Gegenstand hat Urstein gemacht. Die Kranken fühlen sich unbefriedigt vom Leben, haben an nichts mehr Freude, nichts mehr gefällt ihnen: „Mir ist's, wie wenn alles tot wäre im Kopf.“ „Alles sei ihm unheimlich, komme ihm wie tot vor.“ „Klagt sehr über innere Leere und Apathie.“

„Ich habe an allem keine Freude, wenn ich von allem nichts wüßte.“ „Klagt darüber, daß er an nichts mehr Freude habe, sich innerlich, wie tot fühle.“ „Der Sinn fürs Geschäft hat nachgelassen, hab gemerkt, daß ich im Kopfe nicht mehr wie früher war. Ich hatte an nichts Freude mehr.“ Oder sie fühlen, daß sie den Ihrigen so entfremdet wurden. „Glaubt keine Liebe für ihre Angehörigen zu verspüren, sie liebe niemanden, könne niemanden lieben, habe einen zu schlechten Charakter.“

Ungemein oft klagen die Patienten über intrapsychische Hemmung. Sie sind vergeßlich, gehemmt oder denkunfähig, im Kopfe schwächer geworden. Sie suchen sich mühsam ihren Gedanken zurecht . . . . . „Ich komme da nicht aus mit den Gedanken, habe gar keine Gedanken. Die Gedanken sind so verschwächt, umflort, es ist wie wenn dieselben fortgeflogen, ganz weggezogen wären.“

Nicht selten trat das Symptom der Energie- und der Entschlußfähigkeit deutlich hervor. Die Kranken bezeichnen sich als „willen- und entschlußlos“ . . . . . „Wenn sie etwas sage, komme immer verkehrtes Zeug heraus, sie tue den Mund zur unrechten Zeit auf und schließe ihn zur unrechten.“

Viele klagen über eine Uneinigkeit und Zerteiltheit, über Verdopplung und Spaltung ihrer Persönlichkeit: „Ich habe die Harmonie zwischen Wille und Verstand und die seelische Freiheit verloren“, sagt ein Patient, „Ich bin ganz verdoppelt worden“ meint ein anderer, „Ich habe den einen Teil meines Kopfes verloren“, äußert ein Dritter. „Klagt über Durchkreuzungen von Gedanken fremder Personen. Die Denkstörungen werden von ihr, wie schon immer, als etwas ihr Fremdes empfunden. Die Spaltung ihrer Persönlichkeit wird ihr deutlicher in ihrer „Erklärungsidee“, so heißt es von einer Patientin nach vieljährigem Kranksein. Ein seit langer Zeit kataton verblödeter Patient sagt nach 4jährigem Anstaltsaufenthalt: „J'ai des sentiments dans moi, qui ne correspondent pas — hier stockte er und fügte dann deutsch hinzu — meinem übrigen Wesen.“

Ein Hebephrener antwortet auf die Frage, warum es ihm schlecht gehe: „Weil ich wie zerteilt bin“, und auf die weitere, was dies heiße, meint er: „So wie zwei Personen bestehen in mir, so eine Uneinigkeit ist in mir. Ich bin zur Maschine geworden, habe keinen Willen.“

Auch in den folgenden Büchern bringt Urstein eine Reihe entsprechender Angaben, auf die ich hier nur verweisen kann. Wie bereits oben erwähnt, kommt Urstein auf Grund dieser Resultate zu dem Schluß, die sogenannte subjektive Hemmung sei ausschließliches Symptom der Dementia praecox, ein Schluß, dem ich mich nicht anschließen kann. Im folgenden werden noch hierhergehörige Beobachtungen kurz mitgeteilt.

Fall 22. P. S., 22 Jahre. Familienanamnese belanglos. Ein Jahr vor der Aufnahme (21. Juni 1913) starb die Mutter, was ihn stark mitnahm. War stets etwas still, wurde vor kurzem aus dem Geschäfte entlassen, sprach Vorübergehende (auch Mädchen) um Arbeit an. Nach der Aufnahme ist er zwar orientiert und geordnet, aber scheu und verlegen. Macht einen Suizidversuch. In der nächstfolgenden Nacht attackiert er den Pfleger, ist unrein. Am nächsten Morgen sagt er klagend, „Ich bin geisteskrank Herr Doktor“. Er ist ängstlich und gibt nur zögernd Auskunft, „Ich kann nicht mehr denken, das Gefühl ist mir vollkommen fremd.“ Seine Nerven seien überanstrengt, er habe sich das Leben nehmen wollen, weil er beim Militär etwas schlecht gemacht hatte. Weinend: „Ich kann nicht denken, das ist ausgeschlossen!“ Seit vielen Wochen sei er so. „Ich bin kein Mensch mehr“.

(Wie ist es mit den Gefühlen, können Sie sich freuen?)

„Nein, ich habe keine Gefühle, ich kann nicht denken, das ist ausgeschlossen.“  
(Sehen Sie das Grüne draußen?)

„Ja“.

(So wie früher?)

„Nein, so nicht.“

Er leugnet Halluzinationen.

Als er  $9 \times 12$  ausrechnen soll, bewegt er eifrig die Lippen, sagt nach längerer Zeit 106, korrigiert dann. (Das geht doch.) „Aber denken kann ich nicht, Herr Doktor!“ Plötzlich sagt er spontan, „Ach Herr Doktor, bitte lassen Sie mir wenigstens mein armseliges Leben.“ Er beteuert, daß er arbeiten wolle und daß er dem Tod als Mann offen ins Auge sehe. Auch sonst Äußerungen, aus denen hervorgeht, er befürchte getötet zu werden. Er macht einen ängstlichen Eindruck. Als er seine Personalien angeben soll, sagt er wie verzweifelt, „Ich bin vollkommen kopflos.“ Er gibt auch dann vollständig falsche Personalien an. Am 24. Juni ist er unruhig, er habe Stimmen gehört, hat sie aber nicht verstanden. Die Stimmen klagten. Auf Frage, er sei ein ganz anderer geworden, „Es ist mir rätselhaft.“

(Ist etwas vertauscht worden?)

„Die Rollen.“

(Welche Rollen?)

„Die Lebensrollen.“

(Wer sind Sie?)

„Ich bin gar nichts.“

In den nächsten Tagen bleibt der Zustand unverändert, auch die Ideen bleiben dieselben. Am 10. Juli ist er mutazistisch. Gegenüber den Angehörigen äußert er, es sei eine Verschwrung gegen ihn da. Wenn er nicht spricht sind gewisse Zeichen der Aufmerksamkeit noch vorhanden. Er selbst sagt über die Zustände, es müsse Stimmkrampf gewesen sein. Er wird schließlich immer apathischer und stumpfer und antwortet auf Fragen immer nur, ich weiß nicht. Er it schlecht, läßt sich ruhig füttern.

Fall 23. A. Sch., 25 Jahre, Vorgeschichte belanglos, ebenso die Familienanamnese. Er hat als Schüler der Realschule versagt und wurde Kaufmann. Als er am 2. Febr. 1913 in die hiesige Poliklinik kommt, ist er zerfahren und abspringend, steht keinen Moment ruhig, trippelt von einem Bein auf das andere. Er hat einen eigenartig gehetzten, ratlosen Gesichtsausdruck. Er spricht spontan sehr reichlich, aber bricht plötzlich ab und beginnt von ganz anderen, er spricht sehr rasch. Spontan: „Mein Denken ist ganz anders geworden, ich bin überhaupt ein ganz anderer Mensch, ich bin doch furchtbar apathisch.“ Nur wenn er sich an den Kopf klopf, komme er etwas zum Bewußtsein. „Ich fühle mich nur so, wie ich bin

(in leerer Erregtheit); sagen Sie mir, was in mir vorgeht, ich kann nicht so wie ich will: Es fällt mir in einer Tour etwas ein, Gedankenstücke, dann kommt wieder das und das.“

(Wie ist's mit dem Denken?) „Nein, ich rede da so einfach hin: Es ist ein ganz verkehrter Fall.“ (Vorstellen) „Ich kann nichts vorstellen.“ („Können Sie sich freuen“?) „Nein, gar nicht, mir hat die richtige Freude seit jeher gefehlt, die aus der Seele kommt und mich erquickt. Traurig bin ich immer, in der Brust, da tuts mich furchtbar . . . .“

(Willen?) „Wenn ich jetzt zu Ihnen spreche da sehe ich auch ein Buch vor mir, ist das nicht ein krankhafter Zustand?“ — „Ich denke zeitweise zwei Sachen auf einmal.“ Er hat zu Hause sexuelle Selbstbeschuldigungen geäußert. Im Geschäft hätte ein besonderer sexueller Ton geherrscht. Er sei anders als die anderen und etwas Besonderes.

Leider konnte ich den Kranken nur einmal untersuchen, nach einigen Wochen kommt der Bruder und berichtet, daß ein stuporöser Zustand eingetreten sei.

Er wird mit einem ausgesprochenem katatonem Stupor der Klinik zugeführt.

Die Deutung derartiger Beobachtungen ist sicher keine ganz leichte. Auch hier wird sie uns wesentlich durch die Analyse derjenigen Fälle erleichtert, in denen der Symptomenkomplex der Depersonalisation bei der Schizophrenie voll ausgeprägt war. Es soll auf diese Fälle infolgedessen nur hingewiesen und nicht näher eingegangen werden.

Nun sei kurz der Fall *Alters* wiedergegeben, der in der Literatur der Depersonalisation viel zitiert wird. Mir scheint die *Dementia praecox* ziemlich wahrscheinlich zu sein. Ich gebe den Fall wegen seiner interessanten Symptomatologie etwas ausführlicher wieder.

56jähriger Kaufmann (1903) Jude. Familie in bezug auf Suizid und Hysterie belastet. Intelligent. Seit 1900 stiller, teilnahmslos. Ineffizienz- und Versündigungsideen. Wiederholte spielerische Suizidversuche. Er habe die Familie zugrunde gerichtet, seine Kunden betrogen. Angstzustände. Ärztliche Diagnose: Agitierte Melancholie. 1901 orientiert, sehr beängstigt. Wiederholt unsauber. Am 30. Juli. Es sei alles aus, sein geistiger Zustand existiere nicht mehr, er habe keinen Körper mehr, er habe keine richtigen Ohren, keine richtigen Hände, keine Zunge mehr. Am 10. Aug.: „Mein unglücklicher Körper wird immer mehr Karikatur, so wie ich meine Lage ändere, ändert sich alles auf das Verhängnisvollste.“ Die Schrift sei von einer Pseudohand geschrieben, er verliere den Körper, sei jeden Moment ein anderer. Er spielt richtig Klavier, aber sagt, er könne es nicht. Vor dem Spiegel fühlt er sich vollkommen verändert.

Auch später klagt er immer, sein Körper verändere sich in einem fort. Er verliere den letzten Zusammenhang. Das Haus würde durcheinander gewürfelt, alle Zimmer und die Korridore seien falsch angesetzt. Am 12. Sept. meint er, er habe einen falschen Körper. Die richtigen Organe seien weg, er habe Pseudoorgane. Am 10. Okt. völlig unzugänglich. Am 19. Okt. Perseverationen. Am 4. Nov. „Warum nennen Sie mich Herr?“ der ist ja gar nicht hier. Sei ein Trumm, ein Stück. Am 4. Januar 1912. Sehr wechselnde Angaben bei einer Sensibilitätsprüfung. Denn ein paranoisches Stadium mit Verfolgungsideen und desorientierenden Phonemen. Noch am 10. Juni: „Es verändert sich alles, ich kann mich gar nicht zurecht finden.“ Die Glieder seien nicht richtig zusammengesetzt. Am 9. Aug. läuft er wie in einem traumhaften Zustande mehrere Stunden fort. In der Folgezeit ändert sich wenig. Am 6. April 1903 klagt er, er habe keine Beine, das seien schreckliche Auswüchse. Auch zur Zeit des Abschlusses der Beobachtung bestanden die Störungen, wenn auch abgeschwächt, weiter.

Mehr als eine Ähnlichkeit zur Depersonalisation kann ich in diesem Falle allerdings nicht finden.

Wir würden unvollständig sein, wenn wir nicht erwähnten, daß auch das Buch *Schreibers* vereinzelt enthält, das in unser Gebiet gehört. Es heißt Seite 99: „Die Straßen der Stadt Leipzig, durch die wir fuhren, namentlich die Fahrt über den Augustusplatz machte mir einen merkwürdig fremden Eindruck, sie waren, so viel ich mich erinnere, menschenleer. Es kann dies an der frühen Morgenstunde und der eigentümlichen Beleuchtung gelegen haben . . . .“

Ich war damals, nachdem ich monatelang inmitten von Wundern gelebt hatte, mehr oder weniger geneigt, alles was ich sah für Wunder zu halten. Ich wußte also nicht, ob ich nicht auch etwa die Straßen der Stadt Leipzig, durch die ich fuhr für Theaterkulissen halten sollte.“ Aber aus dieser Beschreibung Schrebers geht hervor, daß er nicht bloß das Gefühl des Fremdartigen hat, sondern daß die Wirklichkeit noch einen neuen Charakter, nämlich den des Gemachten und Gespielten hat. Es sind das also Erlebnisse, welche schon zu wirklichen Störungen der Wahrnehmung der Außenwelt geführt haben, vielleicht ist die psychologische Wurzel dieselbe wie bei der Entfremdung, eine Identität der Erlebnisse ist keineswegs vorhanden.

Man wird sich klar werden müssen, daß bei der Schizophrenie neben Symptomen, welche identisch sind mit Symptomen der Depersonalisation auch solche vorkommen, welche trotz äußerer Ähnlichkeit eine andere psychologische Bedeutung haben.

### Depersonalisationssymptome bei Hysterie.

Ich habe im vorangehenden in längeren Auseinandersetzungen gezeigt, in welchen Punkten die Gefühls- und Empfindungsstörungen der Hysterischen von denen der Depersonalisierten differieren. Bei den Hysterischen wird der Gegenstand zwar bemerkt, aber es erfolgt auf das Bemerken eine Abwendung von dem Gegenstand, so daß in der Oberschicht des Erlebens ein völliger Empfindungsmangel und eine völlige Gefühllosigkeit entsteht. Der Sachverhalt könnte auch so dargestellt werden, daß das Ich den Gegenstand im Akte erfaßt, daß aber die Akte, welche einen bestimmten Gegenstand fassen, nicht in Beziehung gesetzt werden zu der Masse der übrigen Akte. Auch der Hysterische im Zustand des Somnambulismus vollzieht Icherlebnisse, aber diese Icherlebnisse werden nicht in Beziehung gesetzt zu den Icherlebnissen außerhalb desselben. Man kann das auch so ausdrücken, daß bestimmte Icherlebnisse nicht „bewußt“, in den Gesamterfahrungen des Ich verwertet werden. Offenbar ist das etwas anderes als wenn, wie beim Depersonalisierten, das einzelne Icherlebnis kein volles ist, weil andere Tendenzen widersprechen. Man könnte sagen, der Depersonalisierte unterscheidet sich vom Hysterischen dadurch, daß bei ihm sämtliche Akte, die vollzogen werden, von dem Widerspruch durchtränkt sind, während der Widerspruch aus der anderen Schichte vom Hysterischen ins Erleben nicht aufgenommen wird. Ist diese Auffassung richtig, so müssen sich bei Somnabulen und Hysterischen in dem Momente des Übergangs zum normalen Zustand Erscheinungen nachweisen lassen, welche den Erscheinungen der Depersonalisation entsprechen. In der Tat erfüllt sich dieses theoretische Postulat. Sollier hat hierüber eine Reihe sehr wesentlicher Beobachtungen gesammelt, die ich wenigstens in Kürze anführen will.

Zunächst die Tatsachen (sie entstammen sämtlich dem großen Hysteriewerk von Sollier).

Der Patient Paul D. erkennt nach einer Sitzung, die ihn (im Sinne Sollier) zum fast völligen Erwachen gebracht hat, die Leute nicht, die in seiner Umgebung sind. Es scheint ihm, daß er sie früher einmal gekannt hat, daß er sie aber seit langem nicht wiedergesehen hat. Er findet sie verändert. Das Zimmer macht

den Eindruck, als habe er es früher einmal gesehen, die Zimmerdecke erscheint ihm höher, die Objekte größer. „Es ist wie ein Schleier, der zerreißt.“

Jeanne sieht häufig, wie die Gegenstände in ihrer Umgebung in einem Nebel entschwinden, alles wird klein und sie sieht überhaupt nichts mehr.

Yvonne versteht das, was man zu ihr spricht überhaupt nicht mehr, wenn man einige Zeit mit ihr gesprochen hat. Sie hört und sieht nichts mehr, es ist wie ein Schleier, der sich über ihren Geist ausbreitet, alles scheint sich ihr zu entfernen und zu verwischen. Sie blickt starr ins Weite und ist wie benommen. Nach dem Aufwachen sagt sie: „Es scheint mir, daß man Gewichte von mir weggenommen hat.“

Hermine sagt: „Alles ist neu für mich, es ist, wie wenn ich als Erwachsener zur Welt käme. Es scheint mir, ich habe nie etwas gesehen.“

Überhaupt erstreckte sich dieses eigenartige Erleben nicht bloß auf die Welt, sondern auch auf die eigene Persönlichkeit. Bei vielen tritt die Meinung auf, nicht nur die Personen ihrer Umgebung seien Maschinen oder Personen aus der Komödie, sondern sie gebrauchen die gleichen Ausdrücke auch betreffs der eigenen Persönlichkeit. Sie seien wie Romanfiguren.

Andere sagen, nachdem sie erweckt werden: „Es scheint mir, daß ich tot war und daß ich seit diesem Morgen erweckt bin. Ich bin so weit, ich fühle mich deutlich, es ist lange her, daß ich mich suchte. Immer war ich zwei, das bereitete Schmerz. Ich wollte immer um die Mauer herum, die mich teilte. Es war schwarz auf der Seite, wo ich krank war, die andere war weiß. Ich sah deutlich, daß ich hinüber mußte.“ Eine andere gibt an, glücklich zu sein, zu fühlen, daß sie wieder auflebe oder man hört: „Als ich anfang, überall zu fühlen, schien es mir, daß ich eine andere Person war.“ Marguerite hat, wenn sie anästhetisch ist, die Idee, zu sterben. „Ich werde tot sein, sagt sie und ich werde mich nicht ändern.“ Aber als sie ihre Sensibilität und ihre Persönlichkeit wieder gewinnt und ihre Gefühle wieder anders werden sagt sie: „O, es geht mir gut, ich wollte so bleiben. Ich fühle in mir ein Wohlgefühl, das ich nicht erklären kann.“

G. sagt, „ich bin nicht mehr die gleiche, wie damals als ich einschlief. Ich bin ganz sonderbar, es scheint mir, daß ich nicht mehr die gleiche bin, daß ich klarer und erleuchteter bin.“ Jeanne fühlt sich halb erweckt, gleichfalls verändert, „alles verläßt mich, alles verändert sich in meinem Kopfe“, sagt sie, „ich habe keine Kräfte mehr, ich fühle mich, und ich fühle mich zu gleicher Zeit nicht.“

Die Erklärung dieser Phänomene wird uns durch unsere früheren Ausführungen erleichtert. In einem Teil der Beobachtungen werden die Klagen der Kranken, tot zu sein, auf der Selbstbeachtung ihrer Anästhesien, ihrer affektiven Indifferenz beruhen, z. B. bei Marguerite. Derartige Patienten werden, wenn sie genesen sind, sagen, sie seien klarer und die Welt sei neu für sie.

Freilich muß stets berücksichtigt werden, daß nach unseren früheren Ausführungen die Verdrängung auf dem einen Gebiete des Seelenlebens, Widersprochenheitserscheinungen in anderen Gebieten hervorrufen kann. Es kann das nicht wundernehmen, denn nach unseren früheren Ausführungen kann wenigstens in bestimmten Fällen die Depersonalisation auf Verdrängungsversuche zurückgeführt werden.



Besonders instruktiv sind, wie zu erwarten war, die Ergebnisse des Übergangs von Krankheit zur Gesundheit, hier treffen wir die Angabe „ich fühle mich und ich fühle mich nicht zu gleicher Zeit“ (Jeanne sagt das in halberwecktem Zustand). Schließlich stellt ja unser Fall 6 ein willkommenes Beispiel dar, daß die Depersonalisation dann eintritt, wenn das Individuum aus der Wahnwelt in die reale Welt eintritt.

### Zur Kenntnis der Migräne.

Flatau hat bei der Migräne hierhergehörige Beobachtungen gemacht. Ich gebe den Passus wörtlich wieder. „Es können nämlich Fälle vorkommen, wo die an Migräne leidenden Personen plötzlich von Anfällen getroffen werden, die auf den ersten Blick ganz eigentümlich erscheinen und die doch in das große Gebiet der Epilepsie fallen . . . . . So hatte ich z. B. Gelegenheit, einen 24jährigen Mann zu beobachten, der seit einigen Jahren in einen merkwürdigen Zustand verfiel, in welchen er sich wie vom Nebel umgeben oder wie hypnotisiert dachte. Er fühlte dabei, daß der Kontakt seiner ganzen Persönlichkeit mit der Außenwelt sich in diesen Zuständen änderte, obgleich dies von seiner Umgebung nicht bemerkt wurde. Diese Zustände dauerten zunächst nur wenige Minuten lang, zuletzt dehnten sich dieselben aber aus. Zuletzt entstanden periodische Kopfschmerzen und Verdunkelungen des Gesichtsfelds, Pulsation und Übelkeit. Eine 33jährige Dame, die seit ihrer Kindheit an Migräne litt, wurde von einem Anfall heimgesucht, in welchem sie plötzliche Vertaubung im ganzen Körper verspürte, wobei die Stimmen der sie umgebenden Personen ihr ganz merkwürdig vorkamen und das ganze Gesichtsfeld wie benebelt erschien. Der Anfall dauerte einige Minuten lang und verschwand, um nach einer Stunde wiederzukehren. Nach diesen Anfällen entwickelten sich Kopfschmerzen, die drei Tage anhielten.“

Nun zwei eigene Fälle, die hierher gehören.

Fall 24. Max K., Eisenarbeiter, 23 Jahre alt, kommt mit der Angabe, er habe seit vier Wochen Schwindelanfälle mit Flimmern vor den Augen. Er sieht dann die Gegenstände nur halb. Es tritt dann auch starker Kopfschmerz ein, bisweilen ist auch die linke Hälfte des Gesichtsfeldes dunkel. In der unteren Hälfte des Gesichtsfeldes sieht er alles dunkel, er erkennt zwar, wenn sich etwas bewegt, nicht aber den bewegten Gegenstand. Manchmal sieht er unten überhaupt nichts. Es dreht sich alles wie im Karussell. Wenn er bei der Arbeit Stäbe zu drehen hat, so sieht er die Spitzen nicht. Bisweilen stirbt der Arm ab, manchmal auch die Stirne, er hat das Gefühl, als ob er abstürbe, er kann hineinkneifen ohne etwas zu spüren. Das Absterben beginnt in der rechten Hand, Lippen und Zunge zittern. „Wenn die Anfälle kommen stehe ich manchmal da und denke, daß ich gar nicht lebe. Ich kann es gar niemand erklären, es ist ein Gefühl, wie wenn alles tot wäre.“

(Können Sie sich freuen?)

„Nein, überhaupt nicht.“

(Können Sie da traurig sein?)

„Nein, es ist mir alles gleichgültig.“

Er kann antworten, nur behagt es ihm nicht, wenn er gestört wird.

Er macht einen ruhigen und verlässlichen Eindruck, erzählt klar und geordnet von seinen Störungen. Er ist im vierten Lebensjahre einen Meter tief gefallen, nachher sollen die Augen vorgetreten sein. Im übrigen keine Vorkrankheiten, er ist verheiratet, hat zwei gesunde Kinder, keine Lues, kein Alkoholismus. Familienanamnese belanglos. Die körperliche Untersuchung ergibt, von einer starken Kurzsichtigkeit abgesehen, nichts Abnormes.

Er kam nur einmal in die poliklinische Sprechstunde.

Die Schilderung des Kranken paßt wohl am besten auf Migräneattacken. Die Kopfschmerzen, die halbseitigen Ausfälle des Gesichtsfelds und das Augen-

flimmern gestatten wohl kaum eine andere Diagnose. Bemerkenswert sind die Störungen der Sensibilität, die mit dem Anfall verknüpft sind. Uns ist am wichtigsten der Eindruck des Kranken, daß er während der Anfälle gefühllos und wie tot sei. Gleichwohl scheint er seine Beschäftigung während derselben fortzusetzen. Eine genauere Analyse des Zustands war leider nicht möglich. Es besteht im ganzen nur eine gewisse Ähnlichkeit mit Depersonalisationserscheinungen, ohne daß man die Zustände identifizieren könnte. Nur das möchte ich noch hervorheben, daß der gesamte Zustand kaum als „vorstellungsbedingt“ angesehen werden kann. Vermutlich handelt es sich um „funktionelle“ Abänderung der Großhirntätigkeit.

Fall 25. Otto G., 30 Jahre. Seit mehreren Jahren überkommt ihn Ängstlichkeit, als ob er sterben müßte. Gleichzeitig kommt Herzklopfen. Auch nachdem er auf Anraten des Arztes sein exzessives Rauchen eingestellt hat, trat Besserung nicht ein. Er ist jetzt etwa alle drei Wochen ängstlich und „vollkommen weg“. Er sieht alles halb, zum Teil auch doppelt, kann nicht sehen. Er hat dabei das Gefühl, als ob der rechte Arm nicht zum Körper gehörte, als ob überhaupt nicht alles mehr paßte. Wenn er nach dem rechten Arm hinsah, so sah er ihn weiter weg, sah überhaupt seine rechte Körperhälfte nicht gut. Es ist, wie wenn die Seite krank wäre. Alles ist wie verwischt, als wenn er einen Klaps hätte. Er fühlt sich in diesem Zustand schwer verändert „Weil ich für nichts zu sprechen bin“. Er hat bisweilen ein Gefühl, „Als ob er ein Brett vor dem Kopfe hätte“. Er ist alkoholintolerant, verträgt nicht mehr als ein bis zwei Glas Bier. Das Gesichtsfeld ist leicht konzentrisch eingeengt, im übrigen sind somatische Störungen nicht nachweisbar.

Die Klassifikation dieses Falles ist schwierig. Auch hier bin ich geneigt, an migräneartige Attacken zu denken. Eine Auffassung, die von der hiesigen Augenklinik bestätigt wurde. Immerhin kann hier ein psychogener Zustand nicht mit völliger Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Ähnlichkeit zur Depersonalisation ist in der momentan eintretenden Unfähigkeit, sich der Außenwelt zu bemächtigen, gegeben. Von einer Identität der Zustände kann freilich nicht gesprochen werden. Die Entfremdung einzelner Körperteile ist auffallend. Auch hier drängt sich die Annahme lokalisierter Gehirnschädigungen auf, ohne daß es möglich wäre, überzeugende Beweise zu bringen.

Nun schließlich anhangsweise eine Beobachtung, die dem Gebiete der Dipsomanie zugehört.

Fall 26. G., 30 Jahre alt, aus belasteter Familie. Vater schwer neurasthenisch, eine Schwester des Vaters schwer hysterisch, eine andere hat hysterische Charakterveränderungen. Der Patient selbst hatte als Kind vorübergehend allgemeinen Tremor, als Tertianer bereits sexuell etwas übererregbar. Als Junge Fugueszustände, rückte mehrfach aus, kam aber wieder zurück. Später dann Attacken von Dypsomanie. Die Dypsomanieattacken begannen mit Depressionen und Reizbarkeit. Er ist in den Attacken nicht fähig, betrunken zu werden, leidet an Angst, ist auch etwas rauflostig.

Vor einiger Zeit hatte er folgende Attacke. Als er über einen Platz ging, überfiel ihn mittags um 2 Uhr plötzlich Angst, die in der Herzgegend lokalisiert war. Er ging schneller bis er zum Schwitzen kam, war ratlos. Es war ein Zustand, wie wenn es zum schnellen Exitus kommen würde. Es war ein Gefühl, als ob sein Körper vollständig abgestorben wäre. „Ich stampfte mit den Füßen auf, berührte mich im Gesicht und suchte mich zu beißen, ohne daß das Gefühl nachließ. Ich spürte das Aufstampfen, es war, als ob es den Körper gar nichts angehe und als ob der Körper nicht gerührt würde. In den Händen war ein eigenartiges Kältegefühl, die Hände waren ganz kalt.“ Er hatte Angst, plötzlich zu sterben. Auf Frage: Der eigene Körper war ihm nicht fremd, er fühlte sich als Ich, es bestand das Bewußtsein, sich stark in der Kontrolle zu haben. Er fühlte sich in der Attacke zu Freude oder Trauer nicht fähig. Er trank dann etwas Kognak und der Zustand verschwand.

### III. Kapitel.

## Ekstase, Ichverdoppelung und Besessenheit.

### Der Fall Karl O.

Fall 27. Karl O., stud. phil., geb. 1886. Der Vater starb an Magenkrebs, war immer aufgeregter. Die Mutter lebt, ist gesund (doch macht sie einen etwas eigenartigen Eindruck). 5 Geschwister sind gesund. Geisteskrankheiten sind auch in der entfernteren Verwandtschaft nicht vorgekommen. Der Patient hat als Kind Scharlach und Masern durchgemacht. Er lernte gut in der Schule, war strebsam und tüchtig. Studierte Philosophie, war ein Semester in Grenoble, dann in Kiel. Er wird von der Familie für sehr begabt, aber auch für etwas eigenartig gehalten. Als er vor 2 1/2 Jahren von einer Ferienreise aus England zurückkam, war er auffallend erregt. Er schimpfte viel über Nebensächliches. Über die Vorgänge der letzten Zeit weiß die Mutter nichts zu berichten. Er soll schlecht gegessen und geschlafen haben.

Er wird am 6. XII. der Klinik eingeliefert. Die somatische Untersuchung ergibt nichts mit Ausnahme eines leichten Fingertremors. Bei der Aufnahme ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Sagt: „Was ist denn eigentlich mit mir, was ist denn los?“ Sträubt sich, deutliche negativistische Gegenspannungen. Einmal eingenommene, passiv gegebene Stellungen werden beibehalten. Es ist typische Katalepsie.

Gegen Abend ist er plötzlich viel klarer und freier. Er gibt die Personalien richtig an. Er sei in Hemdärmeln auf die Straße gegangen, wisse selbst nicht weshalb. Gibt an, sich an den Referenten, den er zweimal gesprochen hatte, nicht zu erinnern. Katalepsie beträchtlich abgeschwächt. Antwortet zunächst auf alles: „Ich kann mich auf gar nichts besinnen.“

(Im wievielten Semester waren Sie?)

„Ich bin ja nur angeblich Student. Ich habe einen anderen Beruf.“

Will nichts näheres darüber sagen, es sei schwer verständlich. Es ist ein Beruf rein schöpferisch geistiger Art. Kosmisch-schöpferisch sei seine geistige Tätigkeit. Er sei nur wegen der Versorgung Student. Der große Unterschied sei der, daß die schöpferische Tätigkeit rein aus der Persönlichkeit fließe. „Das kommt eben aus einem selbst heraus, da kann man nichts dagegen tun. Das ist eine furchtbare Macht.“ Was er schafft, gibt er nicht an. Kosmische Schöpfertätigkeit im Menschen, das würde der beste Ausdruck sein. „Das ist eine Kraft, die in der Physis des Menschen begründet ist, sich mit dem Heranwachsen verstärkt und allmählich Macht gewinnt. Eine ungeheure dunkle Macht, die sich über einen hängt und die einen hemmt, einen anderen Beruf zu ergreifen.“ Es sei eine unbewußte Macht. Er ist im übrigen durchaus geordnet und klar, bittet Ruhe zu haben.

Nachts unruhig. Sagt der Wache, er habe den Teufel gesehen.

7. XII. Nach einer unruhigen Nacht ist er morgens wieder ruhig und geordnet. Er ist orientiert. Er spricht rasch und reichlich. Gesichtsausdruck und Gesten sind dem Inhalt entsprechend. „Die Katastrophe mußte jedenfalls kommen. Vor drei Jahren habe ich eine poetische Explosion erlebt. Es kamen Gedichte zum Ausdruck, die ich noch nie vorher geschaffen hatte.“ Es war ein pantheistischer Zustand, wie er beschrieben ist in Hebbels Gedicht „Erleuchtung“. „In diesem Gedicht liegt mein Schicksal.“ Auf ihn ziele auch die Stelle aus Faust: „Ich Ebenbild der Gottheit . . .“ Er deutet, das Auftreten des Erdgeistes als inneres, pantheistisches Offenbarungserlebnis. Er meint, daß Goethe ein ähnliches, uns

nicht bekanntes Erlebnis gehabt haben müsse. Eine solche Offenbarung könne nur ein schöpferischer Poet haben. Als er gefragt wird, ob sein Erlebnis Ähnlichkeit mit dem Erlebnis religiöser Ekstase habe, verneint er dies mit den Worten: „Ein Religiöser ist kein Schöpfer, sondern ein Lauscher.“ Er verweist noch auf die Stelle aus Faust, wo von unerklärlichem Schmerz die Rede sei. („Und fragst du noch warum . . . .“) Sie sei für Mediziner wichtig. Es kam bei ihm zu einem vulkanischen Ausbruch der Schöpferkraft.

Über seinen Zustand bei der Einlieferung gibt er an: „Die innere, kommandierende Stimme befahl mir, einen Wahnsinnigen zu simulieren und sich nicht entdecken zu lassen. Das Bewußtsein mußte sich fortwährend Ratschläge geben lassen, wie es sich verhalten müsse, um wahnsinnig zu erscheinen.“

(Wie kamen Sie dazu die Muskel zu spannen?)

„Da kann ich mich nicht mehr besinnen. Dieses untergeordnete Bewußtsein schwebte in fortwährender Angst, als Simulant entdeckt zu werden. Er mußte sich fortwährend belehren lassen, um wahnsinnig zu erscheinen.“ Auf Frage: „Die Stimme war aus dem Herzklopfen zu spüren, nicht zu hören, sondern zu spüren.“ Es ist nicht so, wie wenn man wirkliche Stimmen hört. Er lehnt auch die Bezeichnung laut oder leise ab und will nur von Intensität und Klangfarbe der Stimme sprechen: Sie war dunkel. „Das Herz sprach in rhythmischen Versen.“ Macht hinzu eine malende Geste. Auf Befehl der übergeordneten Stimme mußte das untergeordnete Bewußtsein sagen, daß es den Teufel gesehen habe, obwohl er ihn nicht gesehen hatte. Er spürte einen dunklen Druck in der Brust, der im Halbschlaf zum Dämon wurde. Aus diesem Druck hat sich im Traumleben eine Art Satan entwickelt. Es sei auch zeitweise ein unangenehmer Geruch und Geschmack dagewesen. „Die befehlende Stimme ist kosmisch, die untergeordnete individuell. Der Wahnsinn ist nicht Selbstzweck, sondern es soll ein unbestimmtes Ziel im Interesse der übergeordneten Macht erreicht werden.“ „Wenn die untergeordnete Macht nicht militärisch gehorcht, dann ist sie verloren, ihr ganzer Daseinszweck vernichtet.“

Nachts wieder unruhig. Hört Stimmen, läuft aus dem Bett, muß isoliert werden.

8. XII. Morgens schwer kataleptisch. Es bestehen auch negativistische Spannungen. Er ist ablehnend und gibt keine Antwort.

Mittags behauptet er, den Referenten zum ersten Male zu sehen. Er kenne ihn nicht. Es sei zwar richtig, daß er, der Patient, von kosmisch schöpferischer Tätigkeit gesprochen habe. Doch erinnere er sich nicht, wann er das gesagt hätte. (Auf Frage): Er habe aus inneren Gründen meist onaniert. Geschlechtsverkehr hätte er nur selten gehabt, da er ihn nur mit Mädchen ausführte, die er gerne hatte und nicht mit Straßendirnen.

Abends ist er wieder ablehnend. Produziert Wortsalat.

(Kennen Sie mich?)

„Meinem persönlichen Bewußtsein nach kenne ich Sie überhaupt nicht, weil ich Sie hier in diesem Hause zuerst gesehen habe.“

Wird plötzlich geordnet und erzählt lebhaft, wann und wo er den Referenten zum ersten Male gesehen hätte. Wiederholt, das untergeordnete Bewußtsein hätte von dem übergeordneten den Befehl erhalten, sich wahnsinnig zu stellen. Er hätte auch mittags alles gewußt, hätte aber auf Befehl den Wahnsinnigen spielen müssen. Er gibt alle Details und Nebenumstände der früheren Unterredung an, und zwar vollkommen prompt. Plötzlich sagt er, den Blick auf den Pfleger richtend, welcher in ein Buch Eintragungen macht: „Hier wird doppelt Buch geführt.“

(Weshalb meinen Sie das?)

Es setzt jetzt ein vollkommen inkohärenter Rededrang ein. „Kolonadenstraße 37 beim M. Keum, links drei, links drei, . . . bei L. Keum in der ersten Etage des Hinterhauses fünf Stufen, sechs Treppen, drei Leiter, eine Treppe und ein Strick.“ Er bringt das wie diktierend abhackend vor.

(Was heißt das?)

„Da muß ich fortfahren. Kolonadenstraße 26, links, 5, 4, 3, 2, 1, 5, 4, 2, 1, 5, 4, 3, 2, 1, 5, 4, 3, 2, 1, 5, 4, 3, 2, 1.“ Spricht ständig die Zahlen fort.

(Weshalb sprechen Sie die Zahlen?)

„Weil die einzelnen getrennt zu sagen sind.“

(Wer hat Ihnen befohlen, diesen Unsinn zu sprechen?)

Verstummt plötzlich. Die kataleptischen Symptome, die zu beginnender Unterredung geprüft wurden und sich als schwach erwiesen hatten, nehmen plötzlich an Intensität

zu. Der Gesichtsausdruck wird starr und gespannt. Neben den kataleptischen auch negativistische Spannungen.

Nach einiger Zeit beginnt er plötzlich, während der linke Arm in seiner passiv gegebenen Stellung (gehoben) verharrt. „Ich sehe droben drei Jungfrauen mit erhobenen Händen, sie stürmen auf mich herein, sie sehen mich nicht, denn ich bin Saxo . . . und ich vollziehe hiermit das gefürchtete Ereignis vom 15. Dezember 1912 in der Trinkerheilasylnstalt zu Leipzig (wiederholt das Wort mehrfach, die einzelnen Silben in der verschiedenen Art und Weise umstellend) in Sachsen, im Königreich Sachsen, in Europa, in der ganzen Welt, in Ewigkeit, Amen. (Er wiederholt das letztere etwa ein Dutzend mal. Er spricht jetzt rasch, der Gesichtsausdruck ist vollkommen leer, es wird ohne Betonung gesprochen.) „Ich weiß nicht was das ist, ich komme mir verrückt vor, da kommen drei törichte Jungfrauen mit Rosengirlanden . . . da ich der König von Sachsen, in Europa, in der ganzen Welt, in Australien, in Nordamerika, in Nordafrika und Westafrika . . . aber mein Arm wird immer schwerer, es wird immer schwerer, es wird immes schwerer, bin ich denn verrückt, das wäre ja schrecklich für mich.“ Die kataleptische Haltung des Armes war bisher dauernd innegehalten worden. Plötzlich springt er, beide Arme hoch erhoben aus dem Bette und schreit „Saxo sum“. Die kataleptische Haltung wird aufgegeben, er drängt hinaus „Ich muß auf den Teppich springen.“ Dann wieder etwas ruhiger, beginnt aber wieder „ich muß mich sehr in acht nehmen, daß nicht ein . . . ich weiß nicht was das ist, mein rechter Fuß beginnt zu zittern, es kommt etwas vom Mond.“ (Hier konnte nicht ganz wörtlich notiert werden.) Liegt jetzt bewegungslos mit abgehobenem Kopfe „Ich sehe einen Christuskopf, ist das der Herr der Welt in Ewigkeit, Amen . . . es donnert ungeheuer . . . ich spüre Erdbeben in Chile . . . dazu Donnerwetter in Westamerika . . . und in Nordamerika und in Südaustralien und in Südparaguayai . . . (nennt noch einige Ländernamen) . . . was ist das dahinter, das ist ein Ochse mit einem Schweif . . .“ Im Duktus kommt dann Bukentaurus. Der Kopf ist noch immer vom Kissen abgehoben, er spricht mit unbewegter Miene. „Ich weiß nicht, was da los ist, ich glaube ein Brechanfall am Kniegelenk . . . ich weiß nicht, was da los ist, der Herr hat mich verlassen, der Hals wird immer steifer, ich spüre ungeheures Zittern, die Sauzitzen dahinter sind kaput geworden durch vieles Vögeln (es folgen noch einige obszöne Ausdrücke: Onanieren, Koitus in den verschiedensten Variationen). Springt plötzlich auf: „Saxo sum.“ Drängt wieder hinaus. Dazwischen ständig wiederholend, „ich weiß nicht, was da los ist“. Er spricht das bald mit lauter, bald mit leiser Stimme.

9. XII. Er erzählt geordnet, daß er sich an die Vorgänge des Vortags genau erinnere. Meint plötzlich: „Ich höre ja alles, was da telegraphiert wird. Ich kann mich gar nicht ungestört unterhalten, weil ich fortwährend durch das Telegraphieren gestört werde.“ Die Zahlen gestern wurden ihm vom übergeordneten Bewußtsein diktiert, das war wie im Anfangsstadium des Wahnsinns. „Es war ein Vernehmen durch Fühlen.“ Den Arm hat er in seiner Stellung gelassen, weil er apathisch sein sollte. Es war aber verkehrt, denn er hätte ihn steifhalten oder ihn sinken lassen sollen (Lachend): „Da denken Sie sich wieder etwas.“

(Plötzlich, abrupt): „Der Kongreß war in Chicago.“ Diktiert unvermittelt den Amerikanern, wie er sagt, leise flüsternd. Dann wieder: Die Jungfrauen, von denen er sprach, habe er wirklich gesehen und zwar in zweifacher Gestalt, zuerst als drei Engel, dann als drei Jungfrauen mit Regenschirmen. Er fühlte nichts Sexuelles dabei. Er erinnert sich auch sehr gut an die verschiedenen Umformungen, die er dem Worte Trinkerheilasylnstalt gegeben hat. „Es wurde alles vom Herzklopfen diktiert.“ Auch bezüglich der anderen Ereignisse und Äußerungen gibt er das gleiche an. Das Aufspringen wurde ihm unter ungeheurem Druck vom Herzklopfen diktiert. Der Zwang war ihm wegen der ungeheuren inneren Spannung sehr unangenehm. Er bekommt auch jetzt die Antworten, die er gibt, aus Amerika diktiert.

Es sei etwas anderes als das übergeordnete Bewußtsein. „Die früher getrennten Bewußtseinseinheiten sind jetzt verschmolzen zu der ursprünglichen Einheit, die jetzt in mir zum Teil kosmisch, zum Teil individuell vorhanden ist. Zugleich habe ich ein unangenehmes Rasselgefühl, das von außen herkommt vom Hoden nach dem Herzen über das Gehirn hinweg. Das kommt von New York—Chile—Neapel—Mailand—Paris.“ „Das Gefühl drängt sich von außen her frech dem Bewußtsein auf.“

Im weiteren Verlauf des Tages ist er sehr unruhig. Auch nachts spricht er fortwährend. Klagt, der Telegraph wolle ihn beeinflussen.

10. XII. Er gibt prompt Auskunft, spricht recht rasch, ohne innere Bewegung. Gestern Vormittag habe er Stimmen aus Amerika gehört. „Da hatte ich den Eindruck, als wäre es ein Telegraph, der wäre mit Chile und Neapel verbunden und der benutzte mich als Versuchskarnickel.“ Er war Versuchskaninchen. Und dieser Telegraph drängte sich frech von außen herein auf. Ich merke aber diese Beeinflussung, sie kam von den Hoden herauf und war hart maschinell. Der Telegraph verwandelte sich auf einmal in den theosophischen Telegraphenapparat des Herrn Vollrat. Dieser teilte mit, der jüngste Mai sei gekommen, der Weltfeiertag.“

In der Nacht habe er eine Inkarnation durchgemacht. Er hatte das Gefühl, daß die Hoden sich gestärkt hatten, daß die ganze Physis mit Energie vollgestopft sei . . . . eine Art energetischer Wiedergeburt, so telegraphierten die jetzt (unterbricht plötzlich, fährt dann fort): „Die Hände wurden breiter, sie sind energischer geworden. Außerdem wurde mir ein unangenehmer süßlicher Geruch suggeriert. In der Zelle fühlte ich auf einmal, daß ich eine ganz andere Physis hatte, ich war größer und stärker und freier — eine viel schönere Physis. Mein Körper militärisch durchgebildet, als wäre ich Erdarbeiter und Militärgefangener.“ Er weiß jedoch, wo er ist und wo er war. „Die eigene Physis begann den Doppelgänger aufzunehmen und zwar machte sich diese Psyche sehr stark bemerkbar auf die Physis des Karl O., des passiven Teils der Inkarnation. Es blieb die Physis und das Bewußtsein des Karl O. und es wurde nur die Psyche übertragen.“ Auf die Fragen erklärt er, unter Psyche verstünde er die Macht, die das Bewußtsein schafft. Er ist während des Erzählens häufig unaufmerksam abgelenkt, spricht vor sich hin. Es werde telegraphiert. Er hält sich für völlig geheilt; nur müsse man den Apparat wegstellen, der die Hoden beeinflusst. Er wiederholt abends nochmals in vollkommen klarer Weise, was er vormittags angegeben hatte. Bleibt dabei. Die Beobachtungen seien richtig. Jetzt schwebten über ihm drei verschiedene Planetensonnen. Gestern sei er dem dritten ihm aufgedrängten Bewußtsein erlegen. Wieder hört er die Stimmen im Herzklopfen. Auf jede Sprache würde sich der Sinn übertragen. Als Franzose würde er die Stimme französisch hören. Er fühlt es am besten, wenn er die Hand aufs Herz legt: Es hat mehr Kurvencharakter. Hält sich für gesund und verlangt seine Entlassung.

11. XII. Er ist nachts ruhig, auch am Morgen hält die Beruhigung an. Er glaubt nicht mehr, daß ihm wirklich telegraphiert wurde.

14. XII. Er ist andauernd ruhig: Es sei ein Zusammenstoß von Genialität und Wahnsinn gewesen. Er fühle sich ruhig, aber es sei noch eine Gärung vorhanden, über die er noch nicht Herr geworden sei. Mitunter höre er auch jetzt noch Stimmen im Herzschlag. Aber er wisse, daß das Produkte der Phantasie seien. Er müsse intellektuell verzweifeln, weil er nicht zu einer klaren Weltansicht kommen könne. Der Verstand verlange eine feste Weltanschauung. Professor W. (demgegenüber er sich ausgesprochen habe) sprach von einer geistigen Pubertät, die 10% aller Studierenden durchmachten. Gerade die besten scheiterten an dieser Pubertät und litten an ihrem Lebensberuf Schiffbruch. Er empfahl ihm, zu einem Nervenarzt zu gehen. Er (O.) hatte jedoch einen festen Glauben an seine Mission und lachte darüber. Die Unterredung fand statt zu Pfingsten vor etwa 2 Jahren.

Die Erleuchtung kam plötzlich auf einer Englandreise nach Cambridge, er kam in einen ganz eigenartigen Zustand. Die Ursachen waren folgende: Zunächst jahrelang unbefriedigte Liebe (er fand keine, die zu ihm paßte). Er faßt das sowohl im physischen als im psychischen Sinne. War zu keinem Mädchen in engere Beziehungen getreten, wiewohl er Geschlechtsverkehr hatte. Er war immer in einem großen Dilemma. Bei Mädchen, die er gern hatte, schämte er sich geschlechtliche Gedanken zu haben, die Mädchen, die ihn geschlechtlich reizten, ekelten ihn an.

Er meint, er habe eine stark weibliche Psyche. In ihm sei eine eigenartige Mischung, die gar nicht zu einer Einheit verschmelzen wolle. In seinem Charakter sei er ein Mann, in seinem Empfinden ein Weib. Diese eigentümliche Mischung ginge auf seine Eltern zurück. Er habe diejenigen Eigenschaften beider geerbt, die nicht zusammen paßten. Das sei der physisch-psychische Grund der damaligen Erleuchtung. Es kam dazu, daß er 7 Jahre vorher eine kleine blonde Schwester verloren hatte, die er sehr liebte und diese wurde im Alter von drei Jahren krank und starb. Er selbst hatte es für unmöglich gehalten, daß sie sterben konnte. Er hatte damals einen starren, tränenlosen Schmerz. Auch dieser Schmerz wirkte nach.

Die Katastrophe begann mit sinnlichen Eindrücken (Natneindrücken!) Sexuelles negiert. Er war schon vorher lange gereist. Es waren ganz neue Eindrücke. (England sei mit dem Kontinentalen seinem Charakter nach nicht vergleichbar.) Er war fortwährend allein. Er lernte auf dem Schiff eine kleine Schottin kennen, die er lieb gewann. (Auf Frage: An die Schwester erinnerte sie nicht.) Die Katastrophe war ein mystisches Erlebnis. Er sah im Garten ein Spinnetz mit einer Spinne. „Zum Zeitvertreib warf ich eine Fliege in das Spinnetz und diese Spinne fing diese Fliege und saugte sie aus — mein Herz klopft jetzt, so daß ich glaubte, es nicht auszuhalten, wenn ich nicht den Glauben an meine innere Mission hätte, obwohl ich seelisch ganz ruhig bin. Ich sah auch in dem Garten einen Stein auf dem Erdboden und dieser Stein erregte mich ungemein. (Gedicht vom Stein!)<sup>1)</sup> Und dieses Leben der Spinne und das Sterben der Fliege ging in mich über in einer ungeheuren seelisch geistige Versunkenheit ins All. Aber nicht in die Schöpfung, sondern in ein rythmisches Chaos, in ein rythmisches ungeheures Auf- und Niederwogen, losgelöst von allem Geschöpf. Und zwar war dieses Niederwogen zugleich ein Hinaufwogen. Einen Nachklang von diesem wundersamen Gefühle hatte ich auch letztthin in der Zelle. Dieses wundersame Auf- und Niederwogen verschmolz mit dem Auf- und Niederwogen des Steines.“ Er faßte seine Gefühle in die Worte: „Alles wogt auf und nieder wie eine ewige Woge, alles ist ein endloses Kreisen von Werden und Vergehen, alles trennt und eint sich wieder und was mir Widersinn erschien vereinigt sich in wundersamer Symphonie.“ Dann kamen noch einige merkwürdige Gedichte zum Ausdruck, ohne daß er daran gedacht hatte. Es wurde ihm in Gedichten offenbart, daß sich in der Familie zu Hause Deutschland widerspiegle. Und zwar so, daß er selbst Sachse sei (darauf bezieht sich das „Saxo sum“), daß er gewissermaßen ein Extrakt Sachsens sei. Seine Mutter repräsentierte Deutschland, sein Bruder Preußen und das Schwesterlein schien in Bayern zu sein. „Leben und Sterben ist eins und die Schwester wird wieder geboren.“ Er glaubte auch, nach Deutschland zurückgekehrt, seine Schwester würde ihm wieder geboren werden als Tochter seiner ältesten Schwester. Diese sei Bayern (grob und tüchtig) die kleine Schwester aber sei das richtige Münchner Kindl.

16. XII. Es käme ihm vor, der Atem sei kürzer als früher, er spüre ein Prickeln in der Brust. Mit dem Herzen sei Ruhe eingetreten. Alles was ihm hier begenete, war eine Art Fügung. „Es schien zugemünzt auf mich.“ Das pantheistisch-rhythmische Aufgehen finde man auch bei Mombert. Er sei zur Einsicht gekommen, daß er zu egozentrisch gewesen sei. Er habe sich zu sehr als ein ungeheures Einziges gefühlt. Bei Hölderlin habe er Ähnliches gefunden. Er glaubt, daß bei ihm sich alles zwingend aus seiner Persönlichkeit ableitet.

17. XII. Er ist dauernd ruhig und geordnet und schreibt dem Referenten auf Wunsch eine Reihe von Gedichten nieder<sup>2)</sup>. Wie er angibt, stammen die Gedichte sämtlich aus früherer Zeit und werden jetzt nur aus dem Gedächtnis niedergeschrieben.

Sei in einem fürchterlichen inneren Dilemma, müsse eine Weltanschauung aufbauen. Wisse nicht, ob die Welt ein Chaos oder ein Kosmos sei. Goethe sei vielleicht ein Auge gewesen, das den Kosmos erschaut hätte und deshalb weiter kam als die übrigen. Nur seine kleinen lyrischen Gedichte, die Späne, hatten ihn vor der Verzweiflung bewahrt. Diese waren plötzlich mit einer ungeheuren Intensität aus ihm herausgekommen. Sonst sei er im Ausdruck stets ungeschickt und unbehilflich gewesen. Auch jetzt jagte ein Gedanke den anderen. Die Sachsen seien als die Intelligentesten zur Führerschaft des Deutschen Volkes berufen und er würde sich an die Spitze stellen müssen (geistig). Es sei ungeheuer schwer hervorzutreten. Dann: Man fände für Lyrisches so schwer Verleger. Er hat das Gefühl, daß seine Hände in letzter Zeit größer geworden sind „von außen schwerer, innerlich leichter.“

18. XII. Die äußere Ordnung dauert an. Er erzählt: Er habe nachts eine Vision gehabt: „Ich war in einer Waldschneise (Lichtung). Auf der einen Seite war sie abschüssig. Die Schneise selbst war mit Heidekraut bewachsen. Ich ging hin auf ein Haus zu. Es war schwüle Gewitterstimmung, grelle Wolkenbildung. Auf einmal begann das Heidekraut zu knistern, als wäre es mit Elektrizität geladen. Ich hörte Stimmen von Jägern aus der Ferne. Auf einmal wurde ich durch eine unerklärliche Macht emporgehoben, wurde umgedreht und da wachte ich auf.“ Auf Befragen: „Es war eine Art Traum.“ Im Anfangsstadium des Wahnsinns habe er unter geschlossenen Augen ganz wundersame Bilder gesehen. Er war (vor der Einlieferung) über Goethes Faust beschäftigt, wollte sich der Welt mitteilen. Das

<sup>1)</sup> Siehe Anhang.

<sup>2)</sup> Es sind zwei davon wiedergegeben.

Werk wurde immer kürzer und prägnanter. Was er über den Faust zu sagen hatte, wurde ein rhythmisches Gedicht. Er verspricht es, aufzuschreiben. Er fand jedoch nicht das Wort für die Erdgeistererscheinung. Darüber geriet er in Wahnsinn. Es ging ihm so wie Faust mit dem Worte Logos. Es gingen ihm ungeheure Pläne durch den Kopf. Dann kam die erste „Inkarnation“. Er nahm eine Stellung ein, die er noch niemals inne gehabt hatte. Und aus dieser militärischen Physis heraus brachte er Verse zustande, die er aus seiner eigenen Physis heraus niemals hätte zustande bringen können. Er sei vielleicht damals zu einer gewissen inneren Freiheit gelangt. Als er danach gefragt wird, ob damit die kataleptischen Haltungen zu erklären seien, verneint er einen Zusammenhang. „Das (Katalepsie) war eine Art Wahnsinn, etwas, wo der persönliche Wille ausgeschaltet ist.“ „Es war eine Unfähigkeit, sich diesem Prozeß zu widersetzen.“ Vor dem Wahnsinn, fährt er fort, habe er nur eine Physis gehabt. „Jetzt kann ich jede Physis annehmen, die ich annehmen will. Ich kann militärisch sein, ich kann traurig sein und fröhlich sein, es ist eine reine Willensfreiheit. Das war der natürliche Zweck dieses Wahnsinns. Ich war früher ein Embryo von dem, was ich jetzt werden muß.“ Die unangenehmen Begleiterscheinungen dieser Entwicklung seien auf eine nicht naturgemäße Lebensweise zurückzuführen. Er sei eine Dilemmanatur, der Mikrokosmos aus dem Faust. Er fand also den Ausdruck für die Erdgeistererscheinung nicht. Er floh „auf, hinaus ins weite Land.“ Er ging nach einer Vorstadt und sah einen wunderbaren Abendstern. Der Anblick ergriff ihn und es kam das folgende Gedicht zustande.

Am Himmel fern  
Ein schönes Licht  
Ist das mein Stern?  
Ich weiß es nicht.  
Er hat so schöne Strahlen  
Sind auch dort Schöpferqualen?  
Ich weiß es nicht, vielleicht.  
Es ist auch gleich.  
Denn solcher Stern verschönt die Welt.

Und der ist reich,  
Der solchem Stern sich zugesellt.  
Ja der ist reich,  
Der solchem Stern sich zugesellt.  
Als Stern empor zu ihm.  
Da singen Cherubin  
Und singen:  
All herbei ihr Engelscharen,  
All ihr Engel, all herbei, herbei.  
Habt ihr jemals schon erfahren,  
Daß ein Erdenbürger selig sei.  
Und die letzten Sterne künden;  
Wenn es auch mein Mund nicht sagt,  
Daß es auch in Erdengründen  
Schon tagt.

Damit ging das Atmen los. Ein furchtbares Wogen in der Brust. (Eine Art Schwangersein.) Es war ihm, als flöge etwas zum Stern empor und er fühlte sich mit diesem vereinigt. Er wurde oben gepriesen, als wäre er der Sohn der Venus und er würde begrüßt von seiner Mutter.

21. XII. Fühle sich viel besser. Höre noch Stimmen. „Es sind meine eigenen Gedanken, es sind Widerspiegelungen der Gedanken. Ich komme zu der Einsicht, daß man den Stimmen nicht vertrauen darf. Sie sind zu sehr den äußeren Umständen und den Affekten unterworfen.“ Er hört sie nicht als lautes Sprechen. Es ist vielmehr nervöse Herztätigkeit, mehr Geistestätigkeit. „Die Kurven sind objektiv und international.“ Wenn er italienisch und ägyptisch spräche, so würde sich das gleiche Resultat ergeben. Er hält daran fest, daß anfangs ein doppeltes Bewußtsein da war. Die poetische Schöpferfähigkeit gehe nicht vom persönlichen Bewußtsein aus, ein Naturbewußtsein setze die Schöpferfähigkeit in Gang. „Ich habe den Eindruck, daß alles das, was ich gesagt habe, in der besten Form gesagt wurde, ich könnte es nur verschlechtern.“



25. XII. Er fühle sich körperlich viel leichter, was er insbesondere dann merke, wenn er im Bade liegt. Zeitweise ginge es ihm durch den Körper, wie wenn er militärisch ausgebildet sei. (Vielleicht sei das durch Vererbung zustande gekommen, denn sein Vater sei beim Militär gewesen.) Er habe in den letzten Tagen eine Inkorporation durchgemacht. Er fühle sich in fremde Persönlichkeiten ein. Er nahm z. B. die Stellung ein, die Lenau inne gehabt hatte, als er die Schilflieder schrieb. Es heiße dort „Weinend muß mein Blick sich senken“. Er wisse bestimmt, es senken sich bloß die Augenlider, während der Kopf zurückgeneigt bliebe. Er habe auch den Schillerschen Habitus herausbekommen, nach dem „Nimmer, das glaube mir erscheinen die Götter, nimmer allein.“ Er nimmt auch auf Wunsch des Referenten diejenige Haltung an, die Lenau gehabt hätte, als er die Schilflieder schrieb. Er meint, er sei überhaupt zu den gleichen Resultaten gekommen wie Prof. Sievers.

Er fühlt sich jetzt leicht und elastisch. Die Körperbewegungen erfolgen von selbst. Er ist kolossal leicht. Er glaubt sich nicht einseitig, sondern total geändert zu haben. Früher hätte er viel geießt, hätte Kopfschmerzen, Ohrensausen, Migräne gehabt.

„Dann stand ich einmal auf und es war eine furchtbare Energie in mir, es zitterte alles.“ „Es wurde von allein alles zu Liedern.“ In diesen Tagen habe er mit Erfolg versucht auf seinen Körper einzuwirken. Er dachte nur an seine Verdauung und in der Nacht bekam er Gallenaufstoßen, wie er es noch nie gehabt hatte. Er kann durch Willenstätigkeit das Herz zum Zittern bringen und es kam auch der ganze Körper in Bewegung. Das ganze Zimmer geriet gleichfalls ins Zittern.

Auf Frage: „Die Stimmen sind nicht mehr da.“

Als er nach den Erlebnissen in der Zelle gefragt wird, gibt er folgenden Bericht: „Ich war mit einem Schläge eine ganz andere Person, als wäre ich gar nicht Ich, sondern eine andere Person. Ich hörte Stimmen, ich wäre katholisch, als wäre ich ein Militärgefangener in Spandau.“ Dann fühlte er sich als Landarbeiter. „Es fing beim größten Habitus an und ich wurde immer kleiner. Mein Körper wurde direkt verändert. Das Licht an der Decke hielt ich für die Venus. Die verschiedenen Persönlichkeiten wechselten. Daneben blieb das Bewußtsein, daß ich Karl O. war und es war, als wäre mir eine andere Psyche inkarniert. Und zwar so: Ich glaube, ich könne die Strapazen in der Zelle nicht aushalten und da wurden andere Personen eingeschaltet. Die Stimmen der Leute in den Netzen hörte ich als Kommandostimmen. Einmal war ich ein katholischer Schlesier. Durch Herzklopfen erhielt dieser Nachricht von seiner schlesischen Mutter (der Mutter der inkarnierten Psyche). Die Venus war auf einmal die Mutter Maria. Die ganzen Erlebnisse kann ich nicht schildern. Es ist mir selbst vieles dunkel. Ich habe schon zu Hause somnambulische Zustände durchgemacht. Meine Hände zeichneten Dinge, ohne mein Bewußtsein und so, daß ich es sonst nicht fertig gebracht hätte. Dieser Zustand ist wenig angenehm. Man steht unter tierischem Zwang, den man durch Willen unterbrechen kann.“ Die letzten Bemerkungen erfolgen auf Zwischenfragen. Er könne sich auch jetzt dem somnambulischen Zustand anvertrauen. Nochmals zu den Erlebnissen in der Zelle zurückkehrend, fügt er hinzu: „In der Zelle wurden aus der Bettdecke babylonische und assyrische Gestalten . . . . wenn man sie hinwarf . . . Symbole für Furcht, Auferstehung, Leben, Liebe, Tod, Hoffnung . . . . . Pyramiden und Sphinxen . . . . ich habe aber so ziemlich alles vergessen. Es dauert mich, daß ich es nicht im Gedächtnis behalten kann.“ Seine Erlebnisse niederzuschreiben lehnt er ab. „Ich kann mich nicht konzentrieren. Ich kann denken, aber nicht schreiben.“

26. XII. Kommt mit der Angabe, sein Schädel habe sich etwas verbreitert, und zwar vorwiegend in der Gegend zwischen den Augenbrauen. Das klinge vielleicht lächerlich, aber er glaube es doch. „Das ging plötzlich los. Von der Mitte der Stirn ging ein ganz unglaubliches Gefühl los, das sich ausbreitete. Ich kann mir nicht erklären, aber es ist mir so, als wäre mein Schädel breiter geworden.“ Er klagt darüber in der Klinik zu sehr auf sich selbst angewiesen zu sein. Sei sonst gewohnt gewesen, Eindrücke zu sammeln. Wie er seine Zeit in der Klinik verlebt, beschreibt er vollkommen zureichend.

Er sei überzeugt, daß die Explosion jetzt vollkommen zu Ende sei und daß jetzt die schöpferische Tätigkeit beginne. „Dies poetische Schaffen . . . oder poetische Geschöpfe sind keine . . . . lassen sich nicht in mathematische Formen zwingen, wie etwa eine Eisenkonstruktion oder sonst was, sondern es sind ewig wechselnde Formen, sie bewegen sich in ewig wechselnden Formen, wie etwa Wolkengebilde, sie richten sich nach dem Naturgesetz, aber immer anders und sind in jedem Augenblick neuen Einflüssen unterworfen, im Gegensatz . . . . und zwar handelt es sich bei poetischen Gebilden, die in das soziale Leben

eingreifen, daß sie nicht Selbstzweck sind . . . . und anders ist es wieder bei den kleinen Gedichten, die sind vollkommen, an denen ist nichts zu ändern. Das in der Ekstase geschaffene ist vollkommen, wenn man ganz klar bei Verstand ist zerstört man das, was man in der Ekstase geschaffen hat. Anders ist es bei den großen Werken, die in das soziale Leben eingreifen sollen. Jetzt begreife ich erst das Goethesche Wort „Mann sein, heißt ungerecht sein.“ Man müsse in diesen Fällen einen bestimmten Parteistandpunkt annehmen und er werde sich gegen die Philologen wenden müssen. (Das in Anführungszeichen gesetzte ist die wörtliche Wiedergabe, sie zeigte eine formale Kompliziertheit, die auch sonst in den Äußerungen des Patienten immer wieder kehrt.) Betreffs des eigenartigen Gefühls an der Stirne, trägt er noch nach: Er denke, es sei die Zirbeldrüse, die er als den Sitz des geistigen Schauens ansieht. Man sehe auch an den Buddhastatuen in Leipzig an dieser Stelle einen Buckel. Das Erlebnis spielte vor einigen Tagen. Es war ihm zum Sterben, es war ihm, als habe er das höchste geistige Ziel erreicht und er habe nichts Höheres zu erreichen. „Ich weiß nicht mehr, was ich erlebt habe.“ Infolge dieser Erlebnisse habe sich das Gehirngefühl der Schädelverweiterung eingestellt. Als ihm entgegen gehalten wird, es unterliege einer Täuschung: „Das glaube ich selbst, aber ich habe das Gefühl. Ich denke, daß mir sonst der Schädel zersprengt würde.“ Die Mundpartien seien feiner geworden. Er habe sich im Spiegel gesehen und den Eindruck gewonnen, daß ein großer Teil der Sinnlichkeit geschwunden sei.

4. I. Es wird an diesem Tage mit ihm die Krankengeschichte durchgesprochen. Er macht hierzu folgende Angaben. Bei der Aufnahme habe er sich gesträubt, weil ihm das übergeordnete Bewußtsein befahl, nicht einverstanden zu sein. Er war subjektiv einverstanden. Auf die Straße rannte er gleichfalls auf Befehl des übergeordneten Bewußtseins. Der Ausdruck kosmisch-schöpferisch sei wohl nicht richtig. Es heiße kosmische Schöpferfähigkeit im Menschen. Es ist auffallend, daß der Patient einen Teil des wörtlich notierten nicht als seinen Ausdruck anerkennt. Er erinnert sich dabei an einzelne Aussprüche sehr genau, doch ist er über ihre zeitliche Einordnung nicht im Klaren. Er meint, er habe an diesem Tage noch gesagt, „wenn ich einen anderen Beruf ergriffe, ist es genau so, wie wenn Sie als Arzt gegen ihre Pflicht verstießen.“ (Unterredung vom 6. XII.)

Zum 7. XII. gibt er an, er habe noch oben Stimmen gehört, die ihm eine Standpauke hielten. Das übergeordnete Bewußtsein verachtete ihn derartig, daß die Stimme nicht mehr im Herzen, sondern im Ticken der Uhr erschien. Nach dieser Standpauke meinte das übergeordnete Bewußtsein, er könne sich nur durch strikten Gehorsam retten. „Jetzt kommt ein Wendepunkt im Wahnsinn. Es befahl mir etwas, was ich nicht sagen will. Ich lehnte mich zum ersten Male auf und fragte, ob der strikte ungeheuerliche Befehl nicht gemildert werden könnte.“ Trotzdem in ihn gedrungen wird, gibt er nicht an, welchen Inhalt dieser Befehl gehabt hatte. Auf die Frage, ob es etwas Sexuelles gewesen sei, sagt er „nicht gerade.“ Die übergeordnete Stimme machte Konzessionen und sagte es ginge, wenn er ausspreche: „1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, ich habe den Teufel gesehen.“ Er hatte dagegen Bedenken, weil er die Nachtruhe nicht stören wollte. Aber die übergeordnete Stimme wollte ihn in die niederste Lage (die Tobsuchtszelle) bringen. Das objektive Bewußtsein sagte: „Ach die nehmen auch keine Rücksicht auf dich, schrei nur los!“

Den dunklen Druck habe er bereits zu Hause gespürt. Er erinnert sich sehr wohl, gesagt zu haben, es könne auch die untergeordnete Stimme die kosmische und die früher als individuell bezeichnete, die kosmische gewesen sein. Vielleicht habe die befehlende Stimme sich unberechtigtweise zum Herrscher aufgeschwungen, so daß man diese Usurpation unterdrücken müsse. Er habe früher häufig den Wunsch gehabt, totkrank zu werden, um dieser entsetzlichen Spannung und der Heuchelei den Verwandten gegenüber zu entkommen.

Zu der Unterredung vom 8. XII. sagte er. „Ebensogut hätte ich ganz gut antworten können.“ Er hätte so zahlreiche Halluzinationen gehabt, daß er sie kaum alle aufzählen könne. Er kann nur noch sagen, daß er einen furchtbaren inneren Druck spürte. In den Falten des Bettes sah er Ochsen und Schweine. Die Falten veränderten sich immer mehr und es entstanden vorsündflutliche Tiere. An Bewegungen der Halluzinationen erinnert er sich nicht. Zu der Unterredung vom 21. XII. gibt er noch an. Er fühlte sich als preußischer Untertan im preußischen Drill. Im Militärgefängnis zu Potsdam „das ist eine ganz unbewußte Satire auf preußische Verhältnisse“. Zum 9. und 10. XII.: Auch jetzt hat er das Gefühl, daß die Hände anders geworden sind. Die Stimmen im Herzschlag seien Täuschung gewesen. Prof. W. sei der einzige Mensch, der ihn im Prinzip verstanden hätte.

Die Angaben vom 14. XII. werden als richtig erklärt.

Zum 16. XII. Vor Ausbruch des Wahnsinns sei der Atem schon kürzer gewesen. Er hat blaue Visionen gehabt. Zuletzt eine grauenhaft schöne, die er lieber für sich behalten will.

Zum 17. XII. Es sei doch nur hypothetisch, was er über den Kosmos gesagt hätte. Er modifiziert dann seine Äußerungen, er habe nur gesagt, er müsse als geistiger Vertreter Sachsens in den sozialen Umwälzungen Deutschlands die Fanfare blasen. Glaubt, die Offenbarung in Cambridge mit dem Gemüt, mit dem Verstand, steht er ihr skeptisch gegenüber.

Zum 18. XII. Der Traum war äußerst plastisch und lebensstreu. Betreffs der eigenartigen Stimmung beim Anblick des Sternes meint er, es sei ihm so, als wäre Christus sein Führer gewesen. Es ginge noch weiter, aber er wolle es für sich behalten. Zum 26. XII. Er hat jetzt nicht mehr den Eindruck, daß die sinnlichen Partien um den Mund geschwunden seien.

4. I. Beteuert, es sei unrichtig, daß er sich als König der Sachsen bezeichnet habe, er habe nur von geistiger Führung gesprochen, er verweist auf Gedichte, die er schon früher geschrieben hätte, um zu zeigen, daß er sich schon früher mit diesen Gedanken beschäftigt habe.

7. I. Er habe noch nachzutragen: Er habe früher angegeben, er habe Christus als Ochsen halluziniert. Er habe dafür wohl eine Erklärung, er könne sie jedoch erst dann geben, wenn er entlassen sei.

Der Ausdruck „Fanfare blasen“ sei nicht eine Wahnidee, sondern etwas Wirkliches. Zum Beweise dessen wolle er gleich ein Gedicht diktieren.

„Ein Jubelschrei, der Tag bricht an,  
Der Tag der Freiheit naht.  
Nun rüste dich, du deutscher Mann,  
Zu lang ersehnter Tat.  
O Freiheit, goldener Morgenstrahl,  
Vertreib' die finstere Nacht  
Aus Menschenbrust in Berg und Tal  
Mit deiner Siegermacht.  
Es naht der Tag, es flieht die Nacht,  
Das ist der Weltenlauf.  
Nun kommt in glutiger Morgenpracht  
Auch unser Tag herauf.“

Dieses Gedicht sei vor etwa einem Jahr (im November 1911) auf einer Heimreise von Leipzig nach Hause entstanden. Es stieg eine Melodie in ihm auf, die etwas einem Volkslied anklänge. Der ursprüngliche Text war anders. Erzählt dann eingehend weiter, wie dies Gedicht entstanden sei. Er gibt noch ein anderes wieder, das eine ähnliche Stimmung ausdrücke.

9. I. Seine Krankengeschichte sei zu Ende. Man solle einen Strich darunter machen. Sie sei hinausgeschwungen in Philologos.

12. I. Auf dem Spaziergang mit dem Pfleger suchte er zu entweichen. Er meint, es sei ihm in der Klinik zu eintönig, weil er nur männliche Umgebung habe. Man möge ihm weibliche Gesellschaft geben, z. B. eine Krankenschwester. Das brauche er zur Anregung für seine Gedichte. Die Sehnsucht allein reiche nicht aus zur Befruchtung seiner Gedanken. Er sei jetzt absolut steril. Er habe immer noch Gefühle der gespannten Energie im Körper, besonders in der Herzgend.

14. I. Im ganzen stärker gespannt, läuft unruhig umher, verlangt den Arzt zu sprechen. Hat sein Abendbrot nicht gegessen, weil „jüdischer Duft“ darin sei, im Momente, wo er es gekostet habe, spüre er inwendig seine Energie. Die ganze Abteilung sei durch einen schwarzhaarigen Pfleger verjudet.

Es ist ihm heute abend geoffenbart worden, daß seine Mission sei, das Deutschtum zu schützen.

15. I. „Ich glaube, das war gestern die letzte Krise. Der jüdische Duft, das hat sich aufgeklärt, war der Geruch des Bohnerwachs, das habe ich nun satt.“

Beim Waschen war es immer, als ob meine Hände elektrisch wurden, aber so wie ich sie an dem Deutschen Handtuch abtrocknete, war es gut.“

15.—26. I. Drängt meist sehr hinaus, wird oft erregt, müsse unbedingt fort. Man quäle ihn hier schrecklich. Er vertrage das Leipziger Klima nicht. Es sei eine ungeheure Unruhe in ihm. Der Herzschlag sei sehr beschleunigt. Es werde stärker, wenn er esse. Zeitweise schimpft und schreit er laut. Sagt, er müsse etwas zerbrechen, zertrümmert auch den Spiegel, 3 Stühle und vieles Geschirr. Meint, er wolle den Patienten R. totschiagen, oder sich selbst erhängen, um etwas zu tun. Am Abend des 24. I. ist er vollkommen richtig und freundlich, er habe seine alte weibliche Psyche wieder. Am 25. I. erzählte er, er habe sich erhängen wollen. Man quäle ihn hier schrecklich, den Referenten bezeichne er als Schweinehund. Am 26. I. entlassen.

Bei einer Anfrage im August 1913 erhielt ich von der Mutter die Auskunft, daß der Patient sich völlig wohl fühle. Die Universität hatte er nicht wieder bezogen.

Zwei seiner Gedichte seien wiedergegeben. Das Gedicht von „Stein“, und ein humoristisches, das in seinem barocken Humor, die Züge der Krankheit erkennen läßt.

Der Stein, der stumme Stein, der spricht:  
 Die Einheit ist das Gleichgewicht.  
 Ich danke dir, mein lieber Stein,  
 Du sprichst die Wahrheit klar und rein.  
 Die Wahrheit, die wohnt nicht in Rom  
 Und nicht in Kirche, Münster, Dom,  
 Die Wahrheit liegt in der Natur,  
 Liegt überall, erforscht sie nur.  
 Drum frag ich nicht das Pfaffenchor,  
 Die faseln mir was frommes vor,  
 Ich frage lieber dich, mein Stein,  
 Du führst ins Paradies mich ein.  
 Und ich ergreif den schlichten Stein,  
 Und sieh, er wird in meiner Hand  
 Zum allerreinsten Diamant,  
 Von wunderbarem weißen Schein.  
 Und sieh, er führt mich auf den Pfad,  
 Dem ich im Traum mich oft genaht,  
 Und führt mich zum verschlossenen Tor  
 Ein weißer Wächter steht davor,  
 Der Cherub mit dem Flammenschwert.  
 Doch vor des Steines Strahlenklarheit  
 Geht auf das Tor und gottverklärt  
 Schreit ich ins Reich der ew'gen Wahrheit.

Wie aber steh nun ich zur Kirche?  
 Ich kann die Kirche nicht bejahn,  
 Noch kann ich sie verneinen auch,  
 Und sie, sie muß dasselbe tun,  
 Denn sie und ich, wir sind dasselbe  
 Und sind dasselbe nicht zugleich,  
 Und sind dasselbe doch zugleich,  
 Und nicht zugleich, und doch zugleich,  
 Das ist ja der reine Reigen,  
 Den ich da mit der heiligen Kirche aufführe,  
 Wir einen uns und trennen uns in schönster Harmonie,  
 Herr Ich — Fräulein Kirche.  
 Ist Fräulein Kirche hübsch und nett?  
 Das weiß ich nicht, ist mir auch schnuppe;  
 Mir gefällt der harmonische Reigen,  
 Das wiegt so schön, das wogt so schön,  
 und das gefällt mir wohl.

Ich erlaube mir also, mit Fräulein Kirche einen harmonischen Reigen aufzuführen, und das erlaub ich mir; ich bin der Sachse.

Schaut nicht nach meinem Bruder<sup>1)</sup> aus,  
 Der sieht mir täuschend ähnlich aus,  
 Doch hat er nicht mein Lockenhaar  
 Und nicht mein leuchtend Augenpaar.

Ich bin der Sachs hab ich gesagt,  
 Wir Sachsen, das sind wir,  
 Wir Sachsen sind das erste Volk,  
 Wir Sachsen sind die erste Kraft,  
 Wir Sachsen sind kein Junkervolk,  
 Wir Sachsen, wir sind nicht verpfaßt,  
 Drum sind wir auch die rechte Kraft,  
 Drum sind wir auch das erste Volk.  
 Drum lieb ich dich, mein Sachsenvolk,  
 Drum lieb ich dich, mein Sachsenland,  
 O Sachsenvolk, o Sachsenland!  
 Drum bin ich stolz, der Sachs zu sein;  
 Und bins doch nicht, wie geht das zu . . . ?  
 Ich bin der Geist, der kommen soll,  
 Und bins doch nicht zugleich,  
 Es ist der Geist, der aus mir spricht,  
 Und ists doch nicht zugleich,  
 Ich bin es nicht, der aus mir spricht  
 Und bin es doch zugleich,  
 Die Wahrheit ist die Wahrheit nicht  
 Und ist es doch zugleich.

Noch eins: ich bin sehr musikalisch,  
 Wir aber haben kein Klavier,  
 Ich aber liebe das Klavier,  
 Denn das ist Harmoniemusik  
 Und ist mir lieber wie die Geige.  
 Was nun? ich geh zum Onkel<sup>2)</sup> hin  
 Und fange zu probieren an.  
 Die Tasten nun sind alles eins<sup>3)</sup>,  
 Ich aber nehme das Extrem  
 Und fange bei den Schwarzen<sup>4)</sup> an,  
 Und finde gleich die Harmonie  
 Und kann keine einzige Note  
 Und finde gleich die Harmonie  
 Und spiel nun alles, was ich will  
 Und kenne keine einzige Note  
 Und spiel doch alles, was ich will.

Da hör ich Harmonien rauschen  
 Und singen wie aus andrer Welt,  
 Ich bin nicht mehr, ich bin ein Lauschen  
 Dem Strom, der mich umfängen hält.

Da rauscht und singt in Orgeltönen  
 Wie Jubelruf und wildes Weinen,  
 Wie Windeswehn und Glockendröhnen  
 In Wunderchören sich vereinen.

Die Töne tun mir wohl, das heißt;  
 Ein Stoff und Kraft und Liebesgeist,  
 Ein Ja und Nein, ein All und Nicht,  
 Die Einheit ist das Gleichgewicht.

<sup>1)</sup> Mein leiblicher Bruder Fritz, der Preuße.

<sup>2)</sup> England.

<sup>3)</sup> Das kosmische All-Elms.

<sup>4)</sup> Pfaffen.

## Zusammenfassung und Epikrise.

I. Am Beginn der Psychose steht ein umschriebenes Erlebnis, das noch in engster Beziehung zu dem Erleben des Normalen steht. Es ist das jenes pantheistisch-mystische Erlebnis, das der Patient während einer Englandreise durchmachte. Es ist für den weiteren Verlauf der Erkrankung richtunggebend. Es tauchen in diesem Erlebnis schon auffallende Züge auf. Er denkt an eine Wiedergeburt seiner Schwester und entdeckt geheimnisvolle Beziehungen, die seine Familie betreffen. Nach diesem Erlebnis ändert sich die Lebensführung, er erscheint den Verwandten reizbar und beschäftigt sich nicht mehr mit seinem engeren Studium. Er selbst hat alle jene Momente zusammengestellt, welche dieses erste katastrophale Ereignis vorbereiteten. Gleichwohl kann ich Zusammenhänge in der Art, wie sie Freud, Bleuler, Jung fordern, nicht sehen. Vielleicht würden diese Autoren darauf Gewicht legen, daß der Patient immer wieder seinen weiblichen Einschlag betont. Ich kann aber keine verständlichen Zusammenhänge erkennen, die über das hinausgehen, was der Kranke selbst erzählt.

II. Die Phase der Erkrankung, die ihn 3 Jahre später in die Klinik führte, scheint bedingt durch einen inneren Konflikt. Er hatte sich bedrückt gefühlt durch den Zwang der Heuchelei den Verwandten gegenüber. Nun kommt hinzu, daß er einer selbstgestellten Aufgabe, seinem Faustgedicht gegenüber, versagt. Es kommt zu einer schwermütig sehnsüchtigen Stimmung, in der er durch Christus zum Abendstern geführt wird. Aber jetzt setzt jene Spaltung das Bewußtsein in ein befehlendes-kosmisches und in ein individuell untergeordnetes ein. Er muß auf Befehl des übergeordneten Bewußtseins den Wahnsinnigen spielen.

Dieses eigenartige Bewußtseins-Erlebnis des gespielten Irrseins ist, soweit mir bekannt, wenig beachtet. Es ist ja häufig, daß Schizophrene ein manieriertes und spielerisches Wesen zur Schau tragen. Der bewußte Willensentschluß zu spielen, wird jedoch in diesen Fällen nicht erlebt. Es ist in mehr als einer Hinsicht interessant, daß der wüste Rededrang, in dem sich der Patient seiner Aufgabe, den Wahnsinn zu spielen, entledigt, in allen Punkten denjenigen Sprachproben entspricht, welche Stransky erhielt, wenn er seine Versuchspersonen ins Blaue hinein, blind durcheinander unter Entspannung der Aufmerksamkeit sprechen ließ. Es ist charakteristisch und wesentlich, daß dieser sprachverwirrte Duktus gipfelt in dem Ausrufe: „Saxo sum!“ Er bringt denjenigen Gedanken zum Ausdruck, der unseren Patienten am stärksten bewegt, nämlich den, daß er zur geistigen Führung der Sachsen berufen sei. Auch hier macht sich also der Zwang zu sinnvollem Denken geltend.

Man muß dieses Bewußtsein, den Wahnsinn zu spielen, trennen von der doppelten Registrierung, wie sie Bleuler und Jaspers meinen. Diese Autoren meinen damit, daß die Patienten Ereignisse als reale Ereignisse erfassen und verarbeiten und das gleiche Erlebnis den Gebilden ihres Wahnes anpassen, ohne den Widerspruch als solchen zu erleben.

III. Während der Patient den Wahnsinn spielte, hatte er auch kataleptische Erscheinungen, es bestand eine ausgesprochene *Flexibilitas cerea*, daneben auch Negativismus, und zwar bestanden diese Symptome in jenen Momenten, da er unter dem Befehl des übergeordneten Bewußtseins handelte. Interessant ist

seine Äußerung, er habe den Arm in seiner Stellung belassen, weil es apathisch sein sollte, es sei aber verkehrt gewesen, denn er hätte ihn steif halten oder sinken lassen müssen. Als er später nochmals nach den kataleptischen Haltungen gefragt wird, verneint er einen verständlichen Zusammenhang und spricht von einer Art Wahnsinn, wo der persönliche Wille ausgeschaltet sei. Es ist also eine psychologische Motivation katatoner Erscheinungen nicht immer erweisbar. Ich habe allerdings einen akinetischen Zustand beobachtet, den der Patient darauf zurückführte, daß er den Hals von Messern umgeben glaubte, die ihn schneiden würden, wenn er sich bewegte. Ähnliche Angaben machen Nerval und Jaspers. Bleuler mahnt auch in den Fällen zur Vorsicht in der Deutung, in denen ein psychologischer Zusammenhang von den Patienten angegeben wird. Er beobachtete, daß die Akinese hinaus ging über das, was die Halluzination oder Wahnidee erforderte. Jedenfalls schließen Beobachtungen, daß katatone Symptome psychologisch motiviert erscheinen, anders gerichtete Erklärungen dieser Erscheinungen nicht aus (vgl. hierzu Kleist).

IV. Die übergeordnete Stimme hatte sich in Herzklopfen vernehmbar gemacht, in welcher Weise läßt sich jetzt nicht mehr näher bestimmen. Klarer sehen wir in die Erlebnisse des nächsten Tages ein, an dem sich individuelles und kosmisches Bewußtsein vereinigt haben und sich ihnen ein drittes Bewußtsein frech von außen aufdrängt. Er hat eine harte maschinelle Empfindung (der Kranke sagt Gefühl), die vom Hoden ausgeht. Sie trägt Kurvencharakter, der Kranke sagt ausdrücklich: es sei eine objektive und internationale Kurve. Das Charakteristische der Kurve ist aber, daß sie etwas bedeutet.

Es sind also abnorme Bedeutungsbewußtheiten. Es schließt sich also an eine Halluzination im Gebiete der Körperempfindungen eine Wahnbewußtheit an. Wie eng die Beziehungen solcher Erlebnisse zu den gemachten Gedanken sind werde ich noch später ausführen.

Ich glaube nicht, daß es richtig ist, wenn Jaspers derartige Wahnbewußtheiten, wie sie in meinem Falle und in seinem des Dr. Mendel vorliegen, zu den Bewußtheiten des Normalen so stellt, wie die Vorstellungen zu Pseudohalluzinationen. Er verkennt das direkte halluzinatorisch-sinnliche Moment in diesem Erleben.

Jaspers hat zweifellos das Verdienst auf die ganze Problemsphäre der Bewußtheiten in der Psychopathologie energisch hingewiesen zu haben. Ich möchte hier nur die eigenartigen Beziehungen der Bewußtheiten zu Gefühls-erlebnissen hinweisen. Mein Fall 20 sieht alle Dinge in einem ängstlichen Schimmer und gleichzeitig taucht in ihm die Bewußtheit auf, sie hätten eine bedrohliche Bedeutung für ihn. Patienten mit einem Bedeutungswahn nach der Richtung des Unheimlichen erleben auch das Gefühl des Unheimlichen. In dem Falle von Jaspers ist der Duft des goldenen Zeitalters dem Bedeutungswahn entsprechend über den Gegenständen. Überhaupt muß ich betonen, daß die Bewußtheiten sehr häufig an ein sinnlich gegenständliches Substrat anschließen. Vorstellungen und Gefühle rudimentärer Art sind wohl in der überwiegenden Zahl der Fälle neben ihnen nachzuweisen. Es scheint mir, daß auch die sogenannten leibhaftigen Bewußtheiten Jaspers nur solche sind, in denen dieser sinnliche Bestandteil stärker hervortritt. Es fällt mir, wenn ich die Protokolle von Jaspers durchsehe auf, daß es sich fast ausschließlich um Erlebnisse handelt, welche außerhalb des eigentlichen Sehraumes liegen. Ich weiß aus eigenen Untersuchungen,

daß Vorstellungen, welche ich hinter mich verlege, eine ungewohnte Blässe und Schattenhaftigkeit zeigen. Jaspers selbst hebt die Beziehungen zu den extrakampinen Halluzinationen Bleulers hervor, die er als eine besondere Art von Pseudohalluzinationen ansieht. Ich glaube, daß die leibhaftigen Bewußtheiten nichts anderes sind, als Verbindungen von Halluzinationen und Pseudohalluzinationen mit Bewußtheiten. Vielleicht darf ich an dieser Stelle anführen, daß die Depersonalisierten sehr häufig sagen, ihre Vorstellungen seien wie Gedanken, wiewohl die Untersuchung es wahrscheinlich macht, daß sinnliche Vorstellungen vorhanden sind. Es ist das nur ein Hinweis darauf, daß vorstellungsmäßig Gegebenes sich der Beachtung dann sehr leicht entziehen kann, wenn es in irgendwie ungewohnter Weise auftritt.

Bei unserem Patienten findet sich noch eine zweite Reihe von hierher gehörigen Erlebnissen. In der Zelle werden ihm die Falten der Bettdecke zu Symbolen für die letzten Dinge. Auch hier nichts anderes als Bewußtheiten, (sie sind an Sinneseindrücke angeschlossen), sie stehen aber zu dem Individuum in keiner engeren Beziehung. Es wird ihm jedoch unter Lustgefühlen bewußt, daß die Denkerlebnisse Resultate der eigenen Fähigkeit zu denken sind.

V. In der folgenden Nacht finden nun jene Bewußtseinserlebnisse statt, welche der Kranke als Inkarnationen bezeichnet. Sein Leib ändert sich und er nimmt die Psyche eines katholischen Schlesiens in sich auf. Es ist bemerkenswert, daß diese Inkarnation beginnt mit dem Bewußtsein erhöhter Kraft. Man vergleiche mit diesen auch von anderen Kranken gegebene Angaben, die Beobachtungen Baudelaires und Clarkes<sup>1)</sup> über den Haschischrausch.

VI. Mit diesen Erlebnissen schließt der akute Schub im wesentlichen ab, er dauerte vom 7. bis 10. Dezember. Freilich ist Karl O. auch nachher nicht völlig frei. Für ihn ist das Resultat aus dem Kampfe zwischen Genie und Wahnsinn eine erhöhte Macht über den eigenen Körper und eine besondere Einfühlungsfähigkeit, doch sind für ihn die inneren Kämpfe noch nicht abgeschlossen. Als er entlassen wird, zeigt er noch eine Reihe von schweren psychotischen Störungen, wie man in der Krankengeschichte nachsehen möge.

War nun die ganze akute Phase eine abnorme Reaktion auf einen lang vorbereiteten Konflikt (nach Hellpach und Jaspers eine produktive Reaktion) oder handelt es sich um eine somatische Verschlechterung, einen Schub? Bleuler spricht von Schizophrenen als von Leuten, welche auf affektbetonte Erlebnisse mit Halluzinationen etc. antworten. Wie in den meisten Fällen ist auch hier eine endgültige Entscheidung nicht möglich. Sollte nicht ein großer Teil jener schizophrenen Patienten auf affektbetonte Ereignisse deshalb mit einer (verständlichen) Psychose antworten, weil ein neuer Schub eingetreten ist? Man bedenke doch, daß das tägliche Leben uns ständig verletzt und uns ständig Umbilden zufügt. Wir sprechen von einem psychischen Trauma erst dann, wenn wir diese Verletzungen nicht mehr verwinden, daran kann aber eben der Krankheitsschub Schuld tragen. So wünschenswert also auch die Verwendung möglichst scharfer Begriffe ist, so muß doch gesagt werden, daß wir derzeit scharfe Trennungen noch nicht durchführen können. Das psychologische Interesse an den Erscheinungen der ausklingenden Psychose ist gering, nur die besondere Intensität des Traumerlebens sei als wesentlich vermerkt; sie findet sich häufig und macht

<sup>1)</sup> Nach Jastrow.



es erklärlich, daß diese Patienten Traum und Wirklichkeit nicht sondern, wie ich das jüngst erst wieder beobachten konnte. Es steht das im strikten Gegensatz zu dem Erlebnis der Depersonalisierten, diese scheiden scharf Traum und Wirklichkeit. Die Wirklichkeit wird nicht voll erlebt, sondern so als ob sie Traum wäre.

#### Vorbemerkungen.

Wir haben absichtlich diejenigen Punkte, welche vorwiegend unser Interesse fesseln, zunächst unberücksichtigt gelassen: Die Einfühlungsvorgänge, die Spaltung des Bewußtseins, die ekstatischen Zustände und die unbewußte dichterische Produktion. Sie sollen die Leitmotive der folgenden Darstellung sein.

Bevor wir diese beginnen, eine Vorbemerkung: Im Grunde sind alle Geisteskrankheiten Störungen und Änderungen der Persönlichkeit, wenn wir den weiten Begriff zugrunde legen, den wir in der Einleitung formuliert haben. Uns interessieren aber die Störungen des Selbstbewußtseins und die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins. Wir schieden ja zwischen Ich und Persönlichkeit einerseits und zwischen Ichbewußtsein oder Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein andererseits. Wir sprachen von Änderungen und Störungen des Selbstbewußtseins dann, wenn das Individuum sich zufolge einer Änderung im Vollzug der Akte als verändert bezeichnete, mochte es nun eine klare Einsicht in die Störung haben oder nicht. Nach unseren Definitionen ist jede Änderung des Selbstbewußtseins gleichzeitig auch eine Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins. Denn das Individuum wird sich ja bewußt, daß sich in der konkreten Abfolge der Erlebnisse eine für die Persönlichkeit wesentliche Änderung eingestellt hat.

Man müßte eigentlich scheiden zwischen dem Bewußtwerden einer Änderung und einer Täuschung über einen tatsächlichen Bestand im Erleben<sup>1)</sup>. Es wären also zu trennen Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins und Täuschung über die Persönlichkeit. Die Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins fallen ja weitgehend mit den Störungen des Selbstbewußtseins zusammen.

Wir hätten also nach einer besonderen Gruppe zu suchen, welche durch Täuschungen über die Persönlichkeit charakterisiert ist. Das wären jene Paranoiafälle, die in einem starren Wahn über den Wert ihrer Persönlichkeit in der sozialen Welt befangen sind. Aber wir bemerken sofort ein inneres Widerstreben in uns in derartigen Fällen überhaupt von Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins zu sprechen. Wir reservieren jene Bezeichnung für Krankheitsfälle, die dem Beobachter die Meinung aufdrängen, das krankhafte Erleben spiele sich gleichsam in einer Oberschichte der Persönlichkeit ab. Das hieße aber mit anderen Worten, daß eben der setzende Aktcharakter des Wahnes ein eigenartiger sein muß, wenn wir von Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins sprechen sollen, und es muß auch die Möglichkeit bestehen, daß diese Veränderung im Selbst wenigstens in potentia vom Individuum erfaßbar ist. Man wird das Gesagte besser verstehen, wenn wir uns gegenwärtig halten, daß diejenigen Fälle, in denen Bonhoeffer von einer Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins spricht, ihr Wahnsystem aus gespielten Gedanken aufbauen (vgl. hierzu auch Delbrück). Auch hier zeigt sich also, daß sich Selbstbewußtseinsstörungen und Persönlichkeitsbewußtseinsstörungen nicht scharf trennen lassen.

<sup>1)</sup> Vgl. hierzu Ziegler.

Wir sind also durch die Tatsachen selbst entschuldigt, wenn wir eine scharfe begriffliche Abgrenzung von Störungen des Selbstbewußtseins und des Persönlichkeitsbewußtseins nicht vorgenommen haben. Wir haben uns jedoch bemüht, den psychologischen Sachverhalt im einzelnen Falle möglichst klar hervortreten zu lassen.

Man könnte meinen, jede Psychose beginne mit einer Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins. Die Klinik gibt dieser Anschauung nicht recht. Selbst wenn man von den bekannten Typen allopsychischer Desorientiertheit im Sinne Wernickes absieht (Delirium tremens, Alkoholhalluzinose und gewisse Paranoia-Formen), verbleibt eine Fülle von Psychosen, in denen Änderungen des Selbstbewußtseins und des Persönlichkeitsbewußtseins nicht erlebt werden. Manisch-depressive Kranke wollen sehr häufig nichts von einer Änderung der Persönlichkeit wissen.

Freilich, wenn sie aus der Attacke genesen, rückschauend ihre Erlebnisse überschauen, vollziehen sie das Urteil, sie hätten sich geändert oder wären verändert gewesen. Aber im Sinne unserer Definition ist das weder eine Änderung des Selbstbewußtseins noch eine solche des Persönlichkeitsbewußtseins.

Worauf es uns ankommt, ist immer wieder zu betonen, daß die von uns beschriebenen Störungen spezifische Erlebnisse darstellen.

Die leichteste Form von Änderungen des Selbstbewußtseins und Persönlichkeitsbewußtseins in unserem Sinne stellt der folgende Fall dar. Im Momente des Eintretens der akuten Psychose entsteht in der Patientin der Gedanke, sie sei verändert, er wird aber sofort wieder verworfen. Ich glaube, daß derartige Erlebnisse im Beginn schizophrener Psychosen nicht allzuseiten sind.

Fall 28. Martha M., 37 Jahre. Vorgeschichte und Familienanamnese belanglos. Sie hört seit drei Jahren Stimmen, sie soll sich immer ängstigen. Sie sieht greifbar deutlich so wie sie den Arzt vor sich sieht, Menschen, die ihr falsch gesinnt sind. Es begann in der Nacht vom 22. zum 23. März 1911. Sie sah nachts auf dem Rittergut, wo sie angestellt war einen alten Herrn, am andern Morgen wurde sie von der Schwester gefragt, ob sie eine Stelle bei dem alten Sekretär annehmen wolle. Sie hatte nur einen Kopf gesehen, gesprochen hatte der Alte nicht. In der gleichen Zeit sah sie vor sich eine Karte; darauf stand, daß sie sich bei ihren alten Eltern verloben würde. Sie habe soviel Gottvertrauen, daß sie glaube, die Erscheinungen würden ihr nichts schaden können, aber sie leidet darunter. Oft habe sie eins vor den Kopf gekriegt, zuletzt hörte sie eine Stimme, die sagte, sie habe sich mit der Feder ins Gesicht geschnitten. Sie hörte auch einen Arzt sagen, wir wollen ihr schon begrifflich machen. Sie hört manchmal eine feinere, manchmal eine größere Stimme. Diese sagen, „weißt du denn auch, wo dein Vater ist“ oder „nun wünscht wohl das Brautpaar auch etwas Streupulver“ dabei hat sie Schmerzen in der Herzgegend. Früher hatte sie das Gefühl, als ob Leichengeruch oder Salmiak durch ihren Körper zöge. Manchmal war es auch, als ob der linke Arm mit Sand bestreut würde. Sie weiß bestimmt, daß der Teufel dies alles verursacht, vom Gehirn könne es nicht ausgehen. Sie vermutet, es sei eine Rache des Teufels, weil sie der apostolischen Gemeinde angehöre. Sie meint, ihre Gedanken seien vollkommen klar, nur zeitweise sei sie etwas vergeblich. Trotz der massenhaften halluzinatorischen Erlebnisse fühlt sie sich in ihrer Persönlichkeit nicht verändert. „Nur im Krankenhaus in O. glaubte ich, es sei eine Veränderung vorgegangen und ich war mir selbst durch die ganzen Vorkommnisse unheimlich.“ Sie ist seit dem Beginn ihrer Erkrankung mehrfach in Kranken- und Siechenanstalten gewesen, war jedoch in der Zwischenzeit immer in Stellung, behauptet sich auch jetzt als Kinderpflegerin. Sie hat jedoch viel gewechselt. „Ich mußte aus einem Unglückshaus ins andere.“

## Über die Ichbeziehungen des Denkens.

Unseren Denkerlebnissen gegenüber haben wir bald den Eindruck, sie durch unseren Willen hervorgebracht zu haben, bald überfallen und überwältigen sie uns, sie strömen uns zu, ohne daß wir uns eines Willensentschlusses bewußt werden.

Aber auch diejenigen Gedanken, welche uns als Geschenk zuteil wurden, sind eigene Gedanken, sie tragen den Ichcharakter an sich. Und wir haben es schon angedeutet und werden es noch tiefer zu ergründen suchen, daß es nicht die schlechtesten und wertlosesten Einfälle sind, welche sich uns so darbieten. So verschieden das aktive und das passive Denkerlebnis sein mag, in einem sind sie sich gleich. Es sind Icherlebnisse. Wenn wir im vorangehenden zwischen echtem und unechtem, vereinheitlichtem und widersprochenem, reichem und armem Erleben schieden, diese Unterscheidungen müssen sowohl im aktiven wie auch im passiven Seelenleben gemacht werden. Ich weiß nicht, ob diejenigen Autoren, welche Aktionsgefühle annehmen, diese auch dem passiven Seelenleben zuerteilen, jedenfalls haben passives Erleben und Depersonalisation nichts miteinander zu tun. Auch passive Erlebnisse können depersonalisiert sein. Man vergleiche die Ausführungen des ersten Kapitels.

Wie gegenüber den passiven Denkerlebnissen läßt sich auch angesichts der Zwangsgedanken die Frage aufwerfen, ob denn das zwangsmäßig Gegebene dem Ich zugehört.

Zwangsvorstellungen und Zwangsgedanken kennzeichnen sich durch den Charakter des Zwanges, sie drängen sich störend in den seelischen Ablauf, haben die Tendenz gegen den Willen des Individuums zu verharren und stehen dem übrigen Bewußtseinsinhalte fremd oder relativ fremd gegenüber. Welche formale Eigenschaften es sind, die den Zwangsvorstellungen ihre abnorme Beharrungsfähigkeit und ihre störende Wirksamkeit im Seelenleben geben, steht hier nicht zur Diskussion. Ich verweise auf Janet, Friedmann<sup>1)</sup>. Als deskriptives Merkmal der Zwangsphänomene selbst hebe ich mit Friedmann die Unabgeschlossenheit und die Abschlußunfähigkeit hervor. In seiner letzten hierhergehörigen Arbeit hebt Friedmann gleich uns hervor, daß gewisse Punkte des normalen Denkverlaufes fixiert erscheinen. Es ist zweifellos eine häufige Tatsache, daß Zwangskranke sich der relativen Selbständigkeit der aufgezungenen Gedanken oder Vorstellungsgruppe bewußt werden, sie sprechen dann von einer Verdoppelung des Ichs. All das wird uns leicht verständlich, wenn wir berücksichtigen, daß der Zwangscharakter (auch nach unserer Ansicht ein letztes, nicht weiter zerlegbares seelisches Erlebnis) eine ständige Beobachtung erzwingt. Es ergeben sich schließlich sehr ähnliche Bedingungen, wie wir sie in den vorangehenden Kapiteln eingehend analysiert haben. In der Tat sind die Beziehungen zwischen Zwangserscheinungen und Depersonalisation sehr innige. Es finden so die von Hesnard mitgeteilten Beobachtungen von Regis ohne weiteres ihre Erklärung. Es ist ein und dasselbe Ich, welches die Zwangsinhalte erfaßt, und dann wieder konstatiert, daß die Zuwendung zu diesen Inhalten eine zwangsmäßige war. Keine Rede von Ichverdoppelung. Durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Dr. Pönitz bin ich in der Lage, über eine von

<sup>1)</sup> Zuletzt auch Stöcker.

ihm gemachte Beobachtung hier zu berichten. Der Fall stammt aus der Hal-lenser Klinik.

Fall 29. Es handelt sich um einen 40jährigen Maschinisten E. H., der nicht erblich belastet ist, der stottert und von Kindheit an immer nervös gewesen sein soll. Er hat in den letzten 10 Jahren viermal „Anfälle von Angst“ gehabt. Diese Angstzustände dauerten höchstens bis zu 14 Tagen, danach fühlte sich Patient wieder vollständig wohl. Diesmal dauerte der Angstzustand 11 Wochen und Patient kam deshalb im August 1913 in die hiesige Klinik. Er wurde im Dezember als gebessert entlassen, kam jedoch im Januar 1914 wieder mit denselben Beschwerden und ist dann Mitte Februar als gebessert entlassen worden.

Körperlich sind an dem Patienten keinerlei krankhafte Erscheinungen nachzuweisen.

Psychischer Befund im September 1913:

Es sei ihm, als ob zweierlei Gedanken in ihm seien, er will es nicht denken, er kämpfe dagegen an, aber es sei, als ob das Böse die Oberhand über ihn gewinne.

An solchen Gedanken leide er schon seit dem 17. Lebensjahre, damals ging es aber rasch vorüber, Patient machte sich nicht viel daraus.

Früher haben sich seine Zwangsvorstellungen nur auf seine eigene Person bezogen, jetzt auch auf die Familie. Er habe aber sonst ganz seinen richtigen Verstand, er wisse ganz genau, was er mache. Halluzinationen und Illusionen sind nicht nachweisbar. Patient hat kein Mittel gefunden, diese Gedanken zu betäuben. Er weiß stets genau zu sagen, zu welcher Stunde und an welchem Orte ein solcher Gedanke aufgeblitzt ist. Er fühlt sich dabei körperlich auch ganz unwohl (Herzklopfen, kann nichts essen und trinken). Die Gedanken verfolgen ihn dann immer einige Wochen, dann trägt der gute Gedanke den Sieg davon und das Essen schmeckt wieder. In solchen Perioden ist es immer ein Gedanke, der ihn verfolgt. Den jetzigen Gedanken hat er seit 11 Wochen: Er denkt: „Bis es meine Frau totgeschlagen hat, ist Gott gelobt!“ und der böse Gedanke: „Bis es meine Frau totgeschlagen hat, ist Gott verflucht.“ Er könne das gar nicht richtig denken und in Worte fassen, es sei ihm dann, als ob er umfallen müsse.

Patient merkt jetzt, daß es besser wird. Die Gedanken bestimmen ihn jetzt nicht mehr den ganzen Tag.

Außer diesen schweren Vorstellungen hat er auch noch leichtere, z. B. wenn er auf der Straße Rad fährt, denkt er sich: „Wenn du den Wagen dort überholst, so lebst du noch lange!“

Selbstmordgedanken hat er nie gehabt.

12. IX. 1913. Patient erzählt heute u. a. folgendes:

„Die Gedanken überfallen mich ganz plötzlich. Ich weiß noch, das letztmal ging ich ganz gesund auf den Abort und vollständig verändert kam ich wieder heraus.“

„Es ist mir, als ob eine zweite Person in mir stecke, die mich plötzlich überfällt. Es ist furchtbar schwer mich auszudrücken. Diese Person kommt mir ganz fremd vor, sie denkt Sachen, die ich gar nicht denken kann. Sie sagt z. B. „Verfluchtes Aas!“ In meiner Familie wird aber so was nie gesprochen. Wenn nun das Wort „Verfluchtes Aas“ gedacht wird, dann bekomme ich schon Angst, daß es mit Gott in Zusammenhang gebracht werden könnte, da sich ja alle meine Zwangsvorstellungen meist auf religiöse Sachen beziehen. Ich denke dann: „Gott ist kein verfluchtes Aas!“ und nun habe ich eine entsetzliche Angst, daß ich einmal denken könnte: „Gott ist ein verfluchtes Aas!“ Patient macht alle diese Angaben heute spontan, nachdem er Referenten zu sprechen wünschte. Fragen wurden dabei vom Referenten nicht gestellt. Patient erzählt auch, daß er, bevor er hereingekommen sei, Angst gehabt hätte, es sei eine Geisteskrankheit. Durch seine wiederholten Unterhaltungen mit dem Referenten fühle er sich jedoch beruhigter, wenn auch noch die Zwangsvorstellungen hin und wieder kämen. Auch wenn er mit anderen Patienten spazieren ginge, fühle er sich ganz wohl.

„Es sei immer die „Angst, die Angst vor der Angst“. Das sei die eigentliche Krankheit. Er würde gern einmal mit dem Pastor sprechen, aber wenn der etwa sagen würde, es sei eine Sünde, so sei ihm auch nicht geholfen. Wenn er sich einmal ausgesprochen habe, fühle er sich immer wohler.

Ich wende mich dem eigenen Material zu. Unser Patient Karl O. fühlte sich in ein kosmisches und in ein individuelles Bewußtsein gespalten. Das kosmische

gab dem individuellen den Befehl sich wahnsinnig zu stellen, es war eine übergeordnete Stimme. Er ist sich klar darüber, daß diese übergeordnete Stimme aus seinem eigenen Bewußtsein entspringt. Das Verhalten des untergeordneten Bewußtseins ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Auf den Befehl des übergeordneten Bewußtseins produziert es ein klassisches Beispiel von Sprachverwirrtheit, genau so wie das Stransky bei Gesunden hat erzielen können, wenn er sie veranlaßte, bei entspannter Aufmerksamkeit möglichst rasch das auszusprechen, was ihnen gerade einfiel. Man kann also eben mit Rücksicht auf diese Versuche bei Normalen den Tatbestand in verhältnismäßig durchsichtiger Weise so darstellen, daß das übergeordnete Bewußtsein eine entsprechende Determination gibt, welche von dem untergeordneten Bewußtsein übernommen wird. Mit anderen Worten, der Tatbestand ist völlig der gleiche wie in anderen Fällen, in denen ich mich einem Vorsatz entsprechend benehme. Es liegt kein Grund vor, dann von einer Verdoppelung des Ichs zu sprechen. Nun könnte ja der Vorsatz bei unseren Patienten psychologisch eigenartig charakterisiert sein, ohne daß die für uns wesentlichen Momente eine Änderung erfahren. Keinesfalls handelt es sich um eine imperatorische Halluzination, denn der Kranke weiß, daß der Vorsatz von einem Bewußtsein in ihm ausgeht. Der Vorsatz imponierte anscheinend deshalb als besonderes Persönlichkeitserlebnis, weil er sich scharf und klar von dem Erleben des Alltags abhob.

Unsere Deutung wird noch wahrscheinlicher, wenn wir uns die weiteren Details des Widerstreits der beiden Bewußtseine vergegenwärtigen. Das ungeordnete Bewußtsein mußte dem übergeordneten, wie der Patient sagt, sklavisch gehorchen. Aber es lehnt sich zeitweise doch gegen das übergeordnete auf. Hier haben wir das genaue Widerspiel des Widerstreits der Motive, nur daß jedes einzelne der Motive gleichsam personifiziert und verselbständigt wird. Von einer Nichteinheitlichkeit des Ichs in derartigen Momenten des Willensentschlusses zu sprechen, liegt ebensowenig Veranlassung vor, wie beim Willensentschluß oder bei der Denkentscheidung des Normalen.

Warum aber, so wird man fragen, erwächst aus diesem deskriptiven Tatbestand nicht die Depersonalisation? Ich glaube deshalb, weil das untergeordnete Bewußtsein eben gehorcht. Und um diese Fragen allgemeiner zu beantworten. Ich bin der Ansicht, daß sich im Depersonalisationserlebnis stets der innere Widerspruch nachweisen läßt. Aber umgekehrt läßt sich nicht sagen, daß jeder Widerspruch Depersonalisation im Gefolge hat oder exakter ausgedrückt, daß überall dort, wo der innere Widerspruch vorhanden ist, auch die Depersonalisation nachgewiesen werden kann. Es muß der Widerspruch offenbar eine gewisse Stärke erreichen und er muß gleichsam ein aktueller Widerspruch sein, der in das Erleben mit eingeht.

Nach der Attacke hat sich auch bei unserem Patienten das individuelle und das kosmische Bewußtsein wieder vereint. Es ist gleichsam der Denkentscheid erfolgt und als jetzt neuerdings Gedankenreihen auftraten, welche seiner Gesamtrichtung nicht entsprechen, spricht er von einem dritten Bewußtsein, das sich frech aufdrängt.

Daß bei geistigen Erkrankungen eine Ichspaltung in der Art eintritt, daß eine Gedankenreihe des Individuums ihre völlige Klarheit behält und die krankhaften Äußerungen einer anderen Reihe als krankhaft registriert, ist sicher keine ganz seltene Erscheinung. Hierher gehören alle jenen Berichte über

delirierende Individuen, welche ihre Delirien beachten und sie zu unterdrücken versuchen (Friedreich, Grasset) nur eben, daß in unserem Falle die geistige Störung im Sinne der Determination verläuft, während sich dort das Delirium gegen die Determination behauptet.

Nun zu einer neuen schwierig zu deutenden Gruppe von Erscheinungen. Wir bringen zunächst unsere Beobachtungen.

Fall 30. Max G., 38 Jahre. Er ist seit mehreren Jahren nervenleidend, war auch schon in Anstalten. Beginn: Alles kam ihm so verändert vor. Auch jetzt hat er noch das gleiche Gefühl. „Das sehe ich ohne weiteres ein, daß jeder Mensch anders ist als ich. Meine Gedanken können von jedermann beeinflusst werden.“ Z. B., jetzt fing er in der Straßenbahn unwillkürlich zu lachen an. „Jedenfalls war ich dazu beeinflusst worden.“ Er merkt seine Veränderung an allem, was vorgeht. Er sei früher so unbewußt herumgelaufen. Sein ganzes Denken sei vollkommen anders geworden. Er nähme jetzt die Sachen viel ernster, während er früher über alles viel leichter hinweggegangen sei. „Ob das allerdings meine eigenen Gedanken sind, kann ich nicht behaupten. Ich bin klüger geworden, aber ich bin noch nicht auf der Höhe, wo ich sein müßte. Daß mir noch etwas abgeht, schließe ich aus der Beobachtung anderer Menschen. Es fehlt mir der Zusammenhang.“ Seine Gemütsbewegungen können furchtbar leicht beeinflusst werden. „Wenn ich mich auf einen Punkt konzentrieren will, so kommen unwillkürlich Tränen.“ Das Gefühl der Freude, der Trauer, des Mitleids sei noch vorhanden. Frau und Kinder habe er gerne. Durch die Veränderung sei ihm vieles aufgefallen. „Etwas Falsches ist mir dabei eingelegt worden. Das sind nicht meine Gedanken, sondern sie sind mir beigelegt worden.“ Bittet aufstehen zu dürfen und spricht stehend weiter. „Ich weiß nicht, ob die Kinder auf diesem Wege zustande kommen oder auf jenem, jedenfalls kommen sie auf dem früheren Wege nicht zustande. Das behaupte ich. Ich habe mich schon früher dafür interessiert.“ Früher habe er den Geschlechtsakt nur so ausgeführt.

„Was mir fehlt, weiß ich alles, vielleicht nur den Anfang und das Ende nicht.“ Der Körper sei elastischer geworden. Herz und Lunge seien nicht verändert. Die Außenwelt an sich sehe ich noch so wie früher. Die Bäume und Sträucher sehe ich schärfer als früher. Ich sehe z. B. die Linde und weiß, daß man aus jedem Baum, aus jedem Strauch, jedem Blatte, jedem Vogel etwas herauslesen kann.“ Er gibt jedoch keine Auskunft darüber, was er herausliest. „Vielleicht, daß ich mit dem Hunde und jedem Pferde sprechen kann, z. B. durch Okkultismus, durch die Augen.“ Er betont immer wieder, daß ihm diese Gedanken „von liebenswürdiger Seite“ eingelegt sind.

(Wer hat diese eingelegt?)

„Es muß doch Menschen geben, die dazu imstande sind. Das ist mir eben alles in dieser Zeit gekommen. Ich konnte gar nicht anders denken, das Denken ist eben einfach da. Ich hatte mich vorher mit der ärztlichen Wissenschaft beschäftigt. Auf der Straße mache die Leute Bewegungen. Ich schließe daraus, daß das etwas zu bedeuten hat.“ Es sei das schließlich die altgriechische Wissenschaft. „Das muß ich aber sagen, das hat auch etwas zu bedeuten, ich kann die Gedanken, die mir gegeben sind, nicht festhalten. Ich bin vielleicht einer der Auserwählten, habe aber vielleicht etwas versehen.“ „Die Gedanken, die mir früher entfallen waren, sind alle aufgefrischt. Die Gedanken aus meiner Kindheit sind wieder wie früher.“ Er will sich in die Klinik unter der Bedingung aufnehmen lassen, wenn ihm das gegeben würde, was ihm gegeben werden soll. Seine Großmutter versprach ihm, er solle ihr Erbteil der seherischen Gabe bekommen. Das ist ihm jedoch von irgendeiner Seite genommen worden. „Denn einmal habe ich gesehen, jetzt tappe ich im Dunkeln.“ Beim Arbeiten sei er kaputt im Kopfe.

Er erzählt das alles formal gewandt, fließend ohne jedes Stocken in dem Tone eines Menschen, der geheimnisvoll — wichtiges erzählt.

Der körperliche Befund ist vollkommen negativ.

Die klinische Diagnose der Schizophrenie ist unanfechtbar. Das Krankheitsbild läßt sich dahin kurz charakterisieren, daß die Welt für den Kranken eine neue Bedeutung erhalten hat. Und diese neuen Gedanken sind gemachte Gedanken. Auch seine Gefühle werden so beeinflusst.

Fall 31. Hermann C., geb. 1862. Familienanamnese belanglos. Die Vorgeschichte zeigt wenig Besonderes. 1892 Heirat, glaubte sich 1894 von der Frau betrogen, ließ sie durch Detektivs beobachten, wurde 1913 von ihr getrennt. Bereits 1896 hatte er eine Vision eines schwarzen Mannes und einer Frau, sah auch Fratzen, die ihn erschreckten. Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik, September 1913, erwies er sich als orientiert und geordnet. Intellektuell zeigte er keine Einbuße. Er erwies sich als ruhiger Patient. Über sein Leiden verfaßte er folgende Selbstschilderung, die ich im folgenden fast ungekürzt wiedergebe.

„Die bei mir wahrscheinlich schon früher vorhanden gewesenen Stimmengeräusche sind mir, soweit mir noch erinnerlich, 1905 zum Bewußtsein gekommen, was zur Folge hatte, daß sich ein großes Angstgefühl verbunden mit Schreikämpfen bei mir auslöste. Gleichzeitig mit diesen Stimmen, die sich zuerst in wüsten Drohungen, Beschimpfungen nicht nur meiner Person, sondern auch meiner Eltern und Freunde ergingen, bemerkte ich aber auch die Fähigkeit, daß meine Gegengedanken bzw. Verteidigung sofort in Rede umgesetzt wurden, so daß regelrechte Wortgefechte, namentlich im rechten Ohr, entstanden sind, die ich noch heute habe, wobei die Person, welche diese beiderseitigen Gedanken in Worte umsetzt (oft in tieferer oder höherer Stimme) von irgendeiner Seite als „Übersetzer“ oder „Sprecher“ bezeichnet werden. Diese Stimmen höre ich nun namentlich im rechten Ohr, unausgesetzt im Bett oder allein, im Freien, Zimmer etc. sehr laut, wobei sich auch Stimmen aus Räderrollen, Maschinenbrummen, Eisenbahnräderklappern herauslösen. (Letztere sind oft mit humoristischen Einfällen und Gelächter verknüpft, so daß ich oft nur mühsam den äußeren Ernst bewahren kann.) Die Stimmen sind mir natürlich sehr lästig, da sie mich viel ärgern; der Schlaf bleibt dann weg, eine innere Hitze vom Unterleib ausgehend mit starker Schweißbildung überfällt mich; mitunter tritt auch ein starker vom Mittelgehirn nach links sich verbreitender Druck auf, der sich langsam nach dem linken Auge senkt, dort erst Funken in gelber, roter oder grüner Farbe oder Zickzacklinien leuchtend hervorruft und nach und nach als ganz schwarze Binde sich zur Hälfte über das Auge legt, wobei mir dann einer zuruft: Hund verdammter, wenn ich dich nur ganz blind machen könnte. Ähnliche Äußerungen bei plötzlich auftretenden Herzschmerzen kommen auch vor, ebenso bei Kehlkopfkrämpfen, wobei ich erwürgt werden soll. (Der Atem bleibt plötzlich aus.)

Lese ich irgend etwas, so liest jemand vernehmlich mit, schiebt, um mich zu ärgern, falsche Worte in demselben Druck oder in derselben Schrift ein und freut sich, wenn ich den Satz nochmals lesen muß. Ferner unterscheide ich auch Stimmen von gebildeten und ungebildeten Leuten, auch Stichworte, wie Epaminondas etc. werden gebraucht als Erkennungszeichen für die Stimmen. Englische und französische Brocken allgemeiner Art werden gebraucht. Gesichter, Larven, ja sogar mein eigenes Gesicht im Dämmerlicht werden nebst Bildern aus meiner oder anderer Vergangenheit vor innere Augen geführt, während vor äußeren Augen oft andere Visionen erscheinen. Rege ich mich über manche scheußliche Bilder sehr auf, so werde ich förmlich gewaltsam innerlich festgehalten: „Du sollst, Du mußt es sehen.“ Neuerdings mehren sich aber nun Einflüsse, die mir wirklich Angst machen. Das sind die Bemühungen, mich auf verbrecherisch erotische Wege zu bringen. Mit starkem Druck auf meine Hände und Arme soll ich unter wollüstigen Worten kleinen Mädchen unter die Röcke greifen oder erwachsenen, wie sie sich vor mir bücken. Ganze Pläne werden mir entworfen, wie ich dies am besten ungesehen von Dritten ausführen könnte und für Mißlingen hätte ich ein Messer.

Auch bei Fällen, wo ich mit jemand wirklich mündlich gestritten habe, werden in ganz sinnloser Weise die blutigsten Rachedgedanken mir zur Ausführung oft mehrmals wiederholt, trotz aller meiner teils in spöttischer oder wütender Weise erfolgten Ablehnung. Jetzt kann ich mich diesen unheimlichen Einflüssen noch erwehren, aber wie lang noch und dieserhalb möchte ich hauptsächlich um Rat und Hilfe ergebenst bitten.

Was mir aber bisher am meisten geschadet, das ist der mich sehr häufig unter Hohn und Spott verfolgende Wandertrieb. Kaum bin ich einige Wochen an irgendeinen Ort in Beschäftigung, so heißt es: Komm C., hier ist es langweilig, wir gehen wieder wo anders hin. Der Sprecher nennt sich, ich bin der ich bin.

Ferner schadet mir auch in geschäftlicher Hinsicht, die mir wahrscheinlich von meiner Frau beigebrachten Angstgefühle, bei geschäftlichen Besuchen, ja vor jeder bestehenden Unterredung. Sie spricht dann auf mein Vorhalten, daß dabei doch keine Angst nötig sei. Ich weiß dann nicht, was ich reden soll. Ist da keine Befreiung nötig? Die täglichen Gespräche und Beeinflussungen (die große Kauflust, sobald einiges Geld vorhanden, ich soll kein Geld haben) sind so mannigfaltig, daß ich sie hier nicht alle aufführen kann.

## Besonders interessante Visionen.

Ich sitze vor einiger Zeit im dritten Stock abends, bei Lampenlicht an belebter Straße und lese Zeitung. Vor mir steht ein leeres Wasserglas, in das ich öfter gedankenlos schaue. Plötzlich bildet sich im Glase selbst (Rundung) eine hellbeleuchtete Kleinstadtstraße mit hellbeleuchteten Läden, wovon ein Färbereiladen mit gefärbten und gereinigten Kleidungsstücken an der Ecke einer dunklen Gasse hervorsteht. „Färberei“ war trotz der Kleinheit deutlich zu lesen. Dann kommt Publikum, winzig kleine Menschen, bleiben vor den Läden stehen und gehen weiter. Es regnet. Ich sehe mir das eine lange Zeit an, gehe an mein Stubenfenster, vergleiche ob es möglich ist, daß eine Spiegelung von außen möglich sei, doch ist dies schwer in einer Höhe von drei Stockwerken, wenn das Glas inmitten des Zimmers steht und außerdem existierte auf der Straße kein derartiges Geschäft. Allmählich zerrann das Bild im Glase.

Ferner: Ich befinde mich auf einer Dorfstraße bei Dresden an einem heißen Sommertage. Eine Stimme spricht: Ich will dir zeigen, wie mächtig wir sind, siehe hin gegen Westen, soeben werden dort Gewitterwolken entstehen und sofort wird das Gewitter hier sein. Was auch sogleich mit rasender Schnelligkeit in Strömen von Regen geschah, ganz ohne Sturm! „Wir könnten das ganze deutsche Heer auf einmal von der Erde blasen, wenn wir wollten, denn wir besitzen eine unüberwindliche Kraft.“ Ich solle stolz sein, daß mir diese Offenbarung wurde. Was ich natürlich nicht glaubte und ihm auch sagte.

Einen Überfall im Bette möchte ich noch schildern. Ich war kaum im Bett, hatte das Fenster der Wärme wegen offen gelassen, als ich plötzlich mit großer Schnelligkeit aus dem Bette heraus und nach dem offenen Fenster stürzen mußte, würde ich nicht sofort beide Arme vorgestreckt und mich am Fensterbrett fest angeklammert haben, so wäre ich unbedingt zum Fenster hinausgestürzt.“

Der Patient gibt hierzu noch an, er habe seine Frau im Verdacht, Urheber der Hypnose zu sein. Es war ihm aufgefallen, daß sie, wenn er sie früher in Erregung schlagen wollte, ihn nur mit einem Blick anzusehen brauchte, um ihn unfähig zu machen zuzuschlagen. Vielleicht sei es aber auch eine Loge, die ihn verfolge. Der Wechsel der Stimmen weise auf eine Mehrzahl von Personen hin. Der Zweck sei, die Familie aussterben zu lassen. Er bringt diese Wahnideen im Tone des Zweifels vor. Er denkt noch daran, daß es Krankheit sein könne. Er wünscht aber Gegenhypnose, um die Beeinflussungen zu beseitigen.

Die klinische Diagnose der Paranoia im Rahmen endogener Verblödungsprozesse braucht wohl nicht näher diskutiert zu werden. Es interessiert die Symptomatologie. Es ist ein Fall von klassischem Gedankenlautwerden. Auch das ist typisch, daß Rede und Gegenrede in verschiedenem Tonfall gehört wird. Es sind hierzu die Arbeiten Séglas und von Pfersdorff zu vergleichen.

Bemerkenswert sind ferner die Zwangsantriebe über die der Patient klagt. Sie entsprechen symptomatologisch in einem Punkte, den Zwangsantrieben der Psychastheniker, die Unsinnigkeit der Zwangsantriebe wird erkannt. Es besteht jedoch eine entscheidende Differenz. Der Psychastheniker ist sich darüber klar, daß diese Zwangsantriebe von ihm selbst ausgehen, während unser Patient die Zwangsantriebe als eingegeben und gemacht ansieht. Auf welchen Momenten dieser fundamentale Unterschied beruht, muß erst in eingehender Analyse untersucht werden. Neben den Zwangsantrieben bestehen auch noch Pseudohalluzinationen, welche gleichfalls den Charakter des Vorgespielten und Gemachten tragen. Wir heben besonders hervor, daß sich unter ihnen auch die autoskopische befindet.

Auf die übrigen Details gehe ich, wiewohl sie interessant sind, nicht näher ein. Die Krankengeschichte enthält sie, damit ein Gesamtbild des Falles ermöglicht werde. Ich verweise auf die den Beschreibungen Pfersdorff entsprechenden Lesestörungen und die eigenartigen gemachten „migräne“-ähnlichen Attacken.



Ich beschäftige mich jetzt mit denjenigen Erscheinungen des Seelenlebens, welche sich durch den Charakter des fremden und gemachten kennzeichnen lassen.

Ich gehe von einem möglichst einfachen Falle aus. Ein Patient mit mannigfachen genitalen Sensationen klagt: „Wenn jemand laut lacht, so ist es so, wie wenn ich auch mitlachen müsse, ohne daß ich weiß, weshalb die Person lacht.“ Der gleiche Patient sagt: „Heute Vormittag rutschte jemand am Stuhle, es durchzuckte da richtig den Körper.“ Der gleiche Patient sagt, er denke selbst gleich die Gedanken des anderen mit, wenn es jemanden sehe und wenn ihn jemand anrede, so spreche er es auch mit, wenigstens in Gedanken.

Nun ist ja die erste Erscheinung etwas durchaus Normales, weshalb empfindet der Patient diesen Instinkt des „Mitmachens“ als etwas Besonderes? Vielleicht erklärt das zweite Erlebnis etwas! Auch hier ein Erleben, welches im Bereich des Normalen ist, aber diese Mitempfindung geht zum mindest in ihrer Wirksamkeit weit über das Normale hinaus. Schließlich jeder erkennt gewissermaßen die Gedanken desjenigen, den er sieht und viele sprechen das in Gedanken mit, wenn zu ihnen gesprochen wird. Ich glaube, es ist das Wahrscheinlichste, daß in allen diesen Erlebnissen Mißempfindungen enthalten sind, welche sie den Kranken als unnatürlich erscheinen lassen. Und nun vergleiche man hiermit die Klage unseres Patienten Gl., jeder Mensch könne ihn beeinflussen und er habe in der Straßenbahn unwillkürlich lachen müssen.

Unser Patient Karl O. nimmt aber direkt eine fremde Beeinflussung wahr, an die sich Bewußtheiten knüpfen. Es sind das jene halluzinatorischen Wahrnehmungen von Kurvencharakter, über die wir bereits im vorangehenden berichtet haben.

Es ist zu fragen, ist Derartiges in allen Fällen von „gemachten Gedanken“ nachweisbar?

Versuchen wir zuerst bei unserem Patienten Gl. (Fall 30) darüber ins Klare zu kommen. Wir müssen sagen, es ist nichts entsprechendes nachweisbar. Wir konnten von ihm nicht erfahren, weshalb er die „von lebenswürdiger Seite eingelegten“ Gedanken eben als eingelegte ansieht. Das Moment der inhaltlichen Fremdheit der Gedanken kann man wohl kaum heranziehen, denn zu unserer Überraschung erfahren wir von dem Patienten, daß er gar nicht weiß, welches der Inhalt der Gedanken ist. Auch Pfersdorff hat gefunden, daß die Kranken zumeist „keine Angaben über den Inhalt der fremden gemachten Gedanken und ihrer Antwortgedanken mitzuteilen imstande sind.“ Allerdings erfahren diese Erwägungen dadurch eine Einschränkung, daß die Sphäre, aus der die Gedanken stammen, den Patienten sehr wohl bekannt ist. Es ist die Sphäre des Bedeutsamen und Merkwürdigen<sup>1)</sup>. Das Phänomen ist jedoch mit der Bezeichnung inhaltliche Fremdheit nicht einmal beschrieben, geschweige denn erklärt. In diesem Falle also bleiben die gemachten Gedanken ein nicht weiter zurückführbares Bewußtseinserlebnis. Ich habe nur noch hinzuzufügen, wiewohl das Material des Gedankens ein fremdes ist, ist es der Patient selbst, der diese Gedanken denkt, das Erlebnis trägt, den Ichcharakter. Ja, der Patient legt dem Denken der fremden Gedanken eine so große Bedeutung bei, daß er sich wesentlich anders fühlt, seitdem er diese Gedanken denkt.

<sup>1)</sup> Eine Pathologie des Sphärenbewußtseins (vgl. hierzu Bühler) ist noch in Angriff zu nehmen, sie verspricht reiche Ausbeute.

Zu anderen Ergebnissen führt die Analyse in unserem Fall 31. Wenn er sagt, ganze Pläne werden mir entworfen und kurz darauf „in ganz sinnloser Weise wurden die blutigsten Wahngedanken zur Ausführung wiederholt!“ so scheint es sich doch um sinnliche Anhaltspunkte zu handeln (halluzinatorische Wahrnehmungen), an welche sich die eigenen Gedanken und Triebe anschließen sollen.

Man möge sich auch gegenwärtig halten, daß bei diesem Patienten das Gedankenlautwerden die Annahme nahe legt, daß abnorme Erregbarkeitsverhältnisse auf gedanklich akustischem Gebiete bestehen. Es könnten also akustische Halluzinationen die Grundlage für das Erlebnis abgeben. Man erwäge nun folgendes: Es sind die Erscheinungen des Gedankenlautwerdens verständlich unter dem Gesichtspunkte, daß reproduzierte Elemente aus irgend einem Grunde Wahrnehmungscharakter erhalten. Mitempfindungen im Muskel-sinn können aber in gleicher Weise als konstituierend gedacht werden. Schließlich fallen abnorme Sprachbewegungsimpulse, psychophysisch in die gleiche Kategorie. Auch abnorme Sprachbewegungsimpulse können als Material für die Erfassung eines Inhalts als gemachten dienen. Es scheint in der Tat Gedankenlautwerden neben der Gedankenbeeinflussung sehr häufig zu bestehen. Es ist also nicht unwahrscheinlich, daß für eine Reihe von Fällen die Vermutung zu Recht besteht, die gemachten Gedanken seien eigenartige Verbindungen von Trugwahrnehmungen und Bewußtheiten.

Ich kann mir nicht versagen hier in Kürze auf die Beobachtungen von Staudenmaier, die uns später noch beschäftigen werden, zu verweisen. In seinen Personifikationen verbinden sich Pseudohalluzinationen zu dem Eindruck, von vollständigen Persönlichkeiten. Treten diese Persönlichkeiten auf so wird er — das ist die Analogie zu den gemachten Gedanken — von eigentümlichen Gefühlen beschlichen.

Aus den bisherigen Beispielen ersieht man schon, daß es nicht nur Gedanken sind, die gemacht werden, bei Staudenmaier sind es Gefühle, auch unser Fall 31 berichtet von gemachter Kauflust. In der vorangehenden Schilderung der gemachten Rachedgedanken ist schon enthalten, daß die Gedanken zu Ausführungen hindrängen, es sind also Impulse. Diese Impulse können auch zu gemachten Handlungen führen. Man vergleiche folgende Angaben unseres Kranken: „Ich war kaum im Bett, hatte das Fenster der Wärme wegen offen gelassen, als ich plötzlich mit großer Schnelligkeit aus dem Bett heraus nach dem offenen Fenster stürzen mußte. Hätte ich nicht sofort beide Arme vorgestreckt und mich an dem Fensterbrett fest angeklammert, so wäre ich unbedingt zum Fenster hinausgestürzt!“ Aus dem ganzen Duktus geht hervor, daß er diese Handlung als ein Produkt einer fremden Beeinflussung ansieht. Die Promptheit, mit der der motorische Effekt an dieser Beeinflussung sich schließt, ließe an Besessenheitszustände denken, wenn es nicht aus der ganzen Schilderung des Patienten heraus wahrscheinlicher wäre, daß der Willensimpuls als eigener, aber als durch Beeinflussung entstandener, betrachtet würde. Leider geben uns die Schilderungen des Patienten keine Anhaltspunkte für weitere Analysen.

Fassen wir die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so ergibt sich: Die gemachten Gedanken, in unserem Falle 30, stellen nicht weiter zerlegbare Bewußtseinserlebnisse dar. Das gedankliche Element ist in ihnen ebenso

behandelt, wie eine Wahrnehmung am eigenen Körper; ebenso wie eine genitale Sensation direkt als eine durch fremde Beeinflussung entstandene wahrgenommen wird, ebenso ist es mit den Gedanken.

In den Fällen 27 und 31<sup>1)</sup> ist jedoch eine anschauliche Grundlage des „Eindrucks des Gemachten“ vorhanden. Hier ist eine Wahrnehmung, die gemacht ist und an diese schließen sich dann die unanschaulichen Elemente an.

Jedenfalls sind aber die gemachten Gedanken, Gedanken, die von einem Ich gedacht werden. Abnorm ist nun die Vermittlung der Gedanken an die Patienten.

### Zur Psychopathologie der „Einfühlung“.

Meinen Standpunkt betreffs der „Einfühlung“ habe ich in der Einleitung präzisiert. Sowohl in dem anderen Menschen, als auch im Kunstwerk, das ihn darstellt, erlebe ich etwas durchaus Neues gegenständlich und nicht meine eigenen Strebungen. Es ist eine wirkliche Erweiterung meines Erfahrens, was mir im anderen an Strebungen und Gefühlen gegenübertritt.

Man könnte versuchen, aus den autoskopischen Experimenten, die im folgenden mitgeteilt werden, Beweise für die „Einfühlung“ zu schöpfen versuchen; die Experimente zeigen nämlich, daß es möglich ist, sein eigenes Denken aus dem Körper hinauszuverlegen. Es gelingt dies dann, wenn man seinen eigenen Körper vorstellend beobachtet. Und auch unter dieser Bedingung tritt die Erscheinung nicht bei allen Personen auf. Diese Experimente beweisen aber nichts für die „Einfühlung“, denn in ihnen richtet sich ja die Aufmerksamkeit ganz besonders auf das eigene Selbst; dann allerdings treten jene spezifischen Erlebnisse auf. Es ist aber gerade der Sinn jedes Erlebens von anderen Persönlichkeiten, nicht auf sich, sondern eben auf die anderen zu blicken. Trete ich in eine Gesellschaft, und habe ich ein brennendes Interesse an meinem Verhalten, so stelle ich mich nicht etwa selbst vor, sondern rekonstruiere mir mein Bild aus dem, was ich in den Augen der anderen wahrnehme. Keine Wirkung ist möglich, wenn ich die Aufmerksamkeit auf mich und nicht auf die Sache richte. Und nochmals, wenn wir uns vollkommen in die Stimmung einer Landschaft hineinversetzen, so werden wir schließlich die in der Landschaft liegenden Gefühle erleben in rein gegenständlicher Weise, d. h. es wird schließlich gar nichts anderes vorhanden sein, als die Landschaft und die Gefühle, welche in dieser Landschaft darin liegen. Von mir selbst werde ich ein ausdrückliches Wissen nicht haben, wiewohl das Erleben der Landschaft und das Fühlen ihrer Gefühle mein Erleben darstellt und den Erlebnischarakter meines Erlebens trägt. Das was in diesem Erleben geschieht, ist nur, daß vergessen wird, das Ich zu konstatieren. Das Ich wird erlebt aber in einem bestimmten Momente nicht ausdrücklich konstatiert<sup>2)</sup>.

Und nun sofort die Anwendung des bisher Gesagten, die Anwendung auf die Pathologie. Bei unserem Kranken R. S. (Fall 3), bei unserer Patientin Marie R. (Fall 13) finden wir Zustände, in denen eine erhöhte Möglichkeit des Verstehens dichterischer Erzeugnisse vorhanden ist, das sind genau ebensolche Erlebnisse, wie sie bei andersartigen Denkprozessen vorkommen. Wir haben sie

<sup>1)</sup> Nicht nachgewiesen für das „gemachte Gefühl“ und die „gemachte Willenshandlung“.

<sup>2)</sup> Man beachte den Unterschied von Konstatieren im Sinne der höheren Bewußtseinsstufe und Konstatieren im Sinne des Vorsichhinstellens von Akterlebnissen im Gegensatz zum Erleben.

auch unter den Zuständen von Exstase etwas ausführlicher erwähnt. Der Patient von Jaspers (Dr. Mendel, Schizophrenie) zeigt eine entsprechende Steigerung der Einfühlungsfähigkeit, aber wieder erlebt er die Gefühle der anderen.

Und nun ein Erlebnis des gleichen Kranken, das dem völligen Aufgehen in der Natur entspricht.

Nun fand zunächst der Einzug Gottes und damit der ganzen übersinnlichen Welt zur Stärkung seiner Kraft in ihn statt. Er fühlte, wie Gott durch die Füße in ihn drang. Ein Kribbeln ging durch seine Beine. Alle Genies zogen ein, einer nach dem andern. Er fühlte bei jedem in seinem eigenen Gesicht den Ausdruck und erkannte ihn daran. Er fühlte gleichzeitig dessen ganze Energie und Kraft . . . . auch abstrakte Begriffe zogen ein: die Geilheit, der Jud, der Narr . . . . seine Gesichtsmuskulatur fühlte er viel weicher und mannigfaltiger als je. Er besaß nun die Fähigkeit zu allen Stimmungen. Und er fühlte sich riesenstark.

. . . . . Buddha zog ein. Das wiederholte sich wohl 20 mal: aufgemacht, dann Beilschläge, dann Einzug des Gottes. Wie er dann wieder aufgemacht schrie, klopfte es nicht mehr. Das war ein Zeichen, daß noch alle Götter der Erde in ihm sind. Er fühlte sich erfüllt von ihnen.

Bei allen diesen Vorgängen war sein Ich nicht mehr das persönliche Ich, sondern das Ich mit der ganzen Welt erfüllt.

Auch hier nichts anderes als ein gegenständliches Erleben, nichts von einem Ich, das die Welt ist, sondern die Welt wird vom Ich in einem vollen Erleben wahrgenommen. Es ändert an diesem Sachverhalte nichts, daß die Welt in den eigenen Körper aufgenommen wird.

Denken wir uns nun einen Dichter den Gestalten seiner Phantasie gegenüber (vgl. hierzu die Bekenntnisse von Currel)<sup>1)</sup>. Er wird in den von ihm phantasierten Gebilden vollständig leben und wird dabei nicht ausdrücklich konstatieren, daß es sein Erleben ist, das in diesen Gestalten darin ist. Ebenso wie die Trauer der Landschaft und die Gefühle der Landschaft sich vor uns hinstellen, ohne daß der Gedanke an das eigene Ich daneben Raum hat, ebenso wird sich vor dem Dichter die Gestalt seiner Phantasie hinstellen mit ihrem Gefühl, mit ihren Erlebnissen, mit ihren Handlungen, d. h. er wird scheinbar ein fremdes Leben leben und darüber sein eigenes Ich vergessen, während in Wirklichkeit dieses fremde Sein nur voll gegenständlich vor ihm steht. Ja, er wird den Gedanken und Handlungen dieser neuen Persönlichkeiten gegenüber das Gefühl der Passivität haben, ebenso, wie wir der Stimmung der Landschaft gegenüber uns passiv fühlen. Es wird in der Tat das Sprechen dieser Persönlichkeiten umso mehr ein scheinbar vom Dichter unbeeinflusstes sein, je mehr er ihnen gegenständlich zugewandt ist. Hier liegt wiederum eines jener wichtigen passiven Erlebnisse vor, die gleichwohl Erlebnisse des Subjektes sind. Es ist wesentlich, daß diese passiven Erlebnisse, trotzdem unter dem Einfluß der Determination stehen. Es wäre ausgeschlossen, daß Kunstwerke zustande kämen, wenn dies nicht der Fall wäre. Man kann also zum Vergleich heranziehen die Vorgänge des einfachen Reaktionsversuches. Niemand hat bei der sogenannten motorischen Einstellung in dem Momente des Loslassens des Reaktionstasters das Bewußtsein der Aktivität. In der Tat hat man früher von reflektorischen und unwillkürlichen Bewegungen gesprochen. Ach hat mit Recht darauf verwiesen, daß das unzutreffend ist. Es liegen echte Willenshandlungen vor. Man könnte nun denken, daß das Icherlebnis des Dichters in dem Momente, wo er seine Personen sprechen läßt,

<sup>1)</sup> Bei Binet.

nicht, wie dies bisher angenommen wurde, bloß erlebt wird, sondern auch bemerkt oder konstatiert wird und es erhebt sich sofort die Frage, ob wir in diesem Falle davon sprechen dürfen, daß zwei Persönlichkeiten, zwei Ichs, vorhanden sind. Die Antwort wird eine sehr leichte sein. Wir haben ja konstatiert, daß in dem ersten Falle nur ein Sichversenken des Individuums in ein Phantasiegebilde, das zufällig eine Person darstellt, vorliegt. Unseres Erachtens liegt also genau das Gleiche vor, wie wenn ich eine wirkliche Person als lebende und handelnde vor mir sehe und dazu noch konstatiere, daß dieses Wahrnehmen ein Wahrnehmen ist, oder noch deutlicher, es ist dasselbe, wie wenn ich konstatiere, daß ich es bin, der eine Landschaft mit samt ihren Gefühlen erlebt. Aus unseren ganzen bisherigen Ausführungen geht hervor, daß wir es für absurd halten, in diesem Falle von einer Verdoppelung des Ich zu sprechen. Wir können also auch ruhig die Annahme einer Verdoppelung des Ichs in diesen Zuständen ablehnen. Es ist jedoch zuzugeben, daß je nach der Erlebnisfülle unter diesen Umständen auch für den Betreffenden selbst der Anschein einer Verdoppelung der Persönlichkeit entstehen kann. Aber in den Punkten, die für uns wichtig sind, entspricht dieses Erleben vollkommen dem Erleben der Kranken mit Zwangsvorstellungen: Die Verdoppelung des Ich darf in beiden Fällen nicht angenommen werden.

Man rufe sich ins Gedächtnis, daß Phantasieerlebnisse Erinnerungen im weitesten Sinne darstellen, über deren Wirklichkeit oder Unwirklichkeit nichts ausgesagt wird (in der Husserlschen Terminologie die Neutralitätsmodifikation der setzenden Erinnerung im weitesten Sinne). Zweifellos gibt es Fälle, in denen aus dem Dahingestelltbleiben eine Annahme oder ein Urteil wird, es wird jedoch hierdurch nur deutlicher, daß unsere Anschauungen von der Einheitlichkeit des Icherlebens zu recht bestehen.

Komplizierter und schwieriger wird die Deutung der Tatsachen, wenn sich die Phantasieerlebnisse nicht auf fremde Persönlichkeiten beziehen, sondern auf das eigene Ich und hier müssen wir wieder denjenigen Fall trennen, wo ein vergangenes oder künftiges Erlebnis der eigenen Persönlichkeit phantasiert wird von dem Phantasieren eines aktuellen Erlebens: Man könnte sagen, von dem Spielen eines aktuellen Erlebens. Es mag sein, daß Unterschiede wesentlicher Art zwischen Phantasie und Spiel bestehen. Sie haben aber eine gemeinsame Erlebniswurzel, auch der Spielende versieht sein Erleben mit dem Stempel des „es bleibt dahingestellt“, wobei dieses Bild freilich nicht genügend klar ausdrückt, daß das Eigenartige des Erlebens in ihm selbst gegeben ist.

Es ist also das Erlebnis des Schauspielers, zu dem uns unsere Erörterungen führen.

Wenn wir uns wieder mehr schematisch die Erlebnismöglichkeiten des Schauspielers vergegenwärtigen, so erscheint im Prinzip zweierlei möglich. Der Schauspieler erlebt die Gefühle und Vorstellungen, soweit sie ihm seine Rolle vorschreibt, als seine eigenen Gefühle. Ebenso verfährt er mit seinen Bewegungen. Er paßt also seine Bewegungen, sein Empfinden und Fühlen bewußt der Gestalt des Dichters an. Es hat dieser Fall verhältnismäßig wenig psychologisches Interesse (die Qualität der gespielten Gefühle interessiert uns an dieser Stelle nicht).

Viel wesentlicher ist der Fall, wenn sich der Schauspieler mit seiner Rolle identifiziert, d. h. wenn er sich im Momente des Spiels tatsächlich als Richard III. etc. fühlt. Auch hier wird man noch trennen müssen Fälle, in denen neben diesem

Bewußtsein noch konstatiert wird, daß es eben jener Schauspieler, jenes Ich ist, welches spielt und Fälle, in welchen das Erleben des Ich nur schlechthin Erlebnis ist und nicht konstatiert wird.

Diese zweite einfachere Möglichkeit wollen wir zunächst betrachten. Man kann sagen, es handelt sich dann um Erlebnisse, welche denen der Somnambulen im wesentlichen äquivalent sind. Das Persönlichkeitsbewußtsein ist ein anderes geworden, aber es ist das gleiche Ich, welches früher der Schauspieler war und jetzt Richard III. ist. Der Schauspieler täuscht sich nur unter dem Einflusse einer mächtigen Determination über all das, was er früher erlebte. Er wendet den inneren Blick davon, daß es das gleiche Ich ist wie das des Alltags, welches die von der Rolle vorgeschriebenen Bewegungen ausführt. Also wieder keine Verdoppelung des Ich.

Ich glaube, daß Erlebnisse dieser Art beim Schauspieler selten sind, doch muß diese Frage empirisch entschieden werden (vgl. hierzu Oesterreich), jedenfalls trifft man Analoges bei Hypnotisierten an. Die bekannten Experimente von Richet, dessen Versuchspersonen sich bald als alte Frau, bald als kleines Mädchen (ja auch als Bäuerin, Schauspielerin, als General, als Erzbischof, als Nonne) fühlten, je nach der ihnen gewordenen Suggestion, stellen die gleichen psychischen Begebenheiten dar. Man sieht, es bestehen Übergänge zu den hysterischen „Verdoppelungen“ des Bewußtseins und es läßt sich in allen Punkten, sowohl hier, wie dort nachweisen, daß auch diejenigen Erlebnisse, von denen der Blick abgewendet wird, irgendwie gegenwärtig sind (vgl. auch unsere Ausführungen in dem folgenden Kapitel<sup>1)</sup>). Es wird beim Schauspieler auch nichts anderes vorliegen! Wenn Helene Smith sich in Marie Antoinette oder in eine Marsbewohnerin verwandelt (Flournoy), so haben wir hier nur besonders prägnante Beispiele der gleichen Kategorie.

Von diesen relativ einfachen Formen scheiden sich jene Erlebnisse, in denen das Individuum selbst das Auftauchen der zweiten Persönlichkeit konstatiert.

Die Pathologie bietet reiche Belege zu allen diesen Erscheinungen. Wir wenden uns zunächst der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins zu, wie sie Bonhöffer beschrieben hat; hier liegt als Grunderlebnis die abnorme Phantasietätigkeit in bezug auf das eigene Erleben zugrunde, es ist die phantastische Lüge Delbrücks, die sich auf die eigene Persönlichkeit erstreckt, sie mengt sich in das aktuelle Leben und es wird die phantastische Lüge auf das Handeln übertragen. Jene Patienten sind Schauspieler, welche ihre Rolle nur spielen, aber nicht voll erleben.

Wir erwähnten aber schon oben, daß das neutralisierende Vorzeichen, welches die Phantasie vor der Annahme und vor dem Urteil kennzeichnet, durch ein anderes ersetzt werden kann, unter dem Einfluß von Determinationen. Es werden sich alle Abschattungen vom Vermuten und Annehmen bis zum Urteil und subjektiv evidentem Urteil ergeben. In der Tat kann man diese Übergänge an der Hand des kasuistischen Materials verfolgen. Klinisch wird es wohl in der Mehrzahl der Fälle so sein, daß die Einbildungen der Degenerierten nicht die gleiche Evidenz zeigen, wie die Einbildungen der Schizophrenen und Paranoischen. Psychologisch muß sich der Unterschied so äußern, daß in

<sup>1)</sup> Stransky verweist auf die Übergänge dieser Erscheinungen ins Normale.

den Annahmefällen eine jener scheinbaren Spaltungen des Individuums vorgefunden wird, die wir besprochen haben, während dann, wenn geurteilt wird und besonders wenn evident geurteilt wird, von einer Abänderung des Persönlichkeitsbewußtseins nur von dem Standpunkt des objektiven Betrachters aus gesprochen werden kann. Ein instinktives Bewußtsein hält uns zurück von Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins in den alltäglichen Fällen von Paranoia zu sprechen. Wenn wir von Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins reden, denken wir vorwiegend an solche Fälle, in denen sich eine mehr oder weniger breite Schichte andersartiger Persönlichkeitserlebnisse über einen an sich unberührten Kern legt, der früher oder später wieder zutage treten kann.

Unsere Untersuchungen, welche nur auf das Persönlichkeitsbewußtsein zielen, gehen absichtlich nicht systematisch auf die objektiven Änderungen der Persönlichkeit ein.

Auch im Rahmen akuter Psychosen finden wir ähnliche Erlebnisse, so im Falle von Forel, in dem die Patientin bald eine Personifikation der Meereswelle, das Treiben eines feurigen jungen Pferdes, einer Schwester der Sulamit im hohen Liede, die Tochter Alfred Eschers, oder einer jungen Französin spielte und sich in diese Rollen einlebte.

Wir haben eben von unserem Patienten Karl O. erwähnt, daß er den Wahnsinnigen spielte.

Wir kommen nun zu den Verdoppelungserlebnissen unseres Patienten Karl O.

Im wesentlichen handelt es sich bei diesen von den Patienten als Inkarnationen bezeichneten Zuständen darum, daß er sich gleichzeitig als er selbst, gleichzeitig als katholischer Schlesier und Erdarbeiter fühlt. Es ist bemerkenswert, daß dieses Gefühl der Umwandlung auch den Körper trifft. Er war größer, stärker, freier und schöner geworden, der Körper war militärisch durchgebildet. Er fühlte sich auch als Militärgefangener. Die verschiedenen Persönlichkeiten wechselten. Es ist nicht ganz leicht festzustellen, inwieweit der Patient den mächtiger gewordenen Körper sich selbst oder jenem anderen zuschrieb. Die ganze Fassung macht es wahrscheinlicher, daß er den Körper dem „Landarbeiter“ zuschrieb. Er sagt doch, daß er den Körper ausgetauscht glaubte, damit er die Strapazen besser ertrüge.

Die Persönlichkeiten in ihm wechselten, aber es schwand nicht das Bewußtsein, daß er Karl O. war.

Die Besonderheit des Erlebens liegt darin, daß sein Leib halluzinatorisch verändert ist, er ist wie ein Schauspieler, dem die Einbildung auch das entsprechende Kostüm gibt oder wie die Hypnotisierte Richets, die bald General, bald junge Frau ist. Wiewohl ich bestimmte Beispiele nicht anführen kann, glaube ich, daß Ähnliches bei der Schizophrenie nicht selten anzutreffen ist. Ich kann mir ersparen, nochmals meine Deutung wiederzugeben, sie ergibt sich mühelos aus dem Vorangegangenen.

Die Beobachtung von Raymond und Janet lehrt, daß derartige „Inkarnationen“ auch mit dem Charakter des Zwanges auftreten können.

Bei der weiten Fassung, in welcher der Einfühlungsbegriff gebraucht wird, erscheint es berechtigt, unter diesem Titel noch eine Reihe von Erscheinungen anzuführen, welche allerdings zu den bis jetzt besprochenen keine näheren

Beziehungen haben. Karl O. erzählt, er könne sich ohne weiteres in Dichter hineinversetzen und könne die Stellung des Dichters einnehmen, die dieser innegehabt hätte bei der Schöpfung eines bestimmten Werkes. Nun gibt diese Äußerung, die durch Rutz beeinflusste Lehrmeinung von Sievers (auf den er sich auch beruft) wieder. Man hätte also nicht ohne weiteres das Recht, die Sache als pathologisch aufzufassen, wenn nicht andere Äußerungen des Patienten aufklären würden. „Jetzt kann ich jede Physis annehmen, die ich annehmen will.“ „Ich kann militärisch sein, ich kann krank sein, und fröhlich sein. Es ist die reine Willensfreiheit.“ Man vergleiche hierzu die Angabe des Dr. Mendel, der auch die Fähigkeiten zu allen Stimmungen erhält.

Die Deutung ist folgende: In der Tat, derartige Patienten können mehr als der Normale. Sie können durch ihren Willen ohne zu handeln in die Realität eingreifen. Man erinnere sich der Experimente Staudenmaiers, der willkürlich halluzinieren kann. Aber ebenso, wie in der Realität, erleben die Patienten auf dem Gebiete des Seelischen die Erfüllung alles dessen, was sie wünschen. So erfüllt sich unserem Patienten Karl O., daß er sich in die Gebilde der Dichtkunst vollkommen einleben kann, so daß er die Haltung des Dichters trifft. Es ist die reine Willensfreiheit; denn wirklich physisches und psychisches Geschehen fügt sich seinem Willen. Man vergleiche zu diesen Ausführungen die durchaus treffenden Bemerkungen von Bleuler.

### Über einfachste Erlebensformen in ihrer Beziehung zum Ich.

Ich beginne mit dem einfachsten Fall der Hingabe an Gegenstände. Wir besprechen die Hingabe in denjenigen Momenten, in denen nur wenige Tendenzen des Individuums im Bewußtsein vorhanden sind.

Es finden sich hierhergehörige Beobachtungen von Bibra und Harleß bei Versuchen mit Schwefeläther. „Das Interessanteste war der Moment des Erwachens. Mit einem Male sah ich meine beiden Freunde, die dem Experiment beiwohnten, am Ofen des Laboratoriums stehen, aber von allen anderen Gegenständen noch nichts . . . Bei diesen Zweien vermißte ich nun einen Dritten, nämlich mich selbst; aber nicht mit dem Bewußtsein, daß ich dabei sein müßte, sondern nur mit der historischen Erinnerung, daß kurz vorher ein Dritter noch dabei war. Ich suchte diesen Dritten etwa 3 Sekunden lang buchstäblich, wie in einem öden leeren Raume, bis in einem Moment mit einer lebhaften Bewegung der Hand mein Selbstbewußtsein wieder erwacht war und ich mich wieder unter ihnen fühlte, was mir im Gegensatz zu jenem unbeschreiblich beängstigenden Gefühl des Sichnichtfindenkönnens sehr wohl tat, während bei anderen gerade eine unangenehme Stimmung durch das Herausreißen aus dem Traumleben hervorgerufen wird.“ (Die Beobachtung ist auch mitgeteilt von Dilthey und Oesterreich.) Eine ähnliche beschreibt Herzen. Er beschreibt den Moment des Aufwachens aus einer Ohnmacht. In der Ohnmacht selbst sei es die absolute Bewußtlosigkeit, dann entstehe eine vage Empfindung, ohne die geringste Unterscheidung zwischen Ich und Nichtich. Es sei ein unpersönliches Bewußtsein. Herzen selbst scheint hiermit Empfindungen und Wahrnehmungen anzunehmen, ohne ein empfindendes und wahrnehmendes Ich. Janet schließt sich diesen Ausführungen Herzens an und fügt noch hinzu, daß man auch bei der aufmerksamen Wahrnehmung nichts von einem Ichmoment nachweisen könne.



Hacker schließt aus Traumbeobachtungen, in denen er die Gegenwart eines Ich nicht ausdrücklich konstatierte, darauf, daß ein Icherlebnis im Traume häufig nicht vorhanden sei. Einer dieser „ichlosen“ Träume, den Hacker als Beispiel angibt, ist folgender: In einer rauchigen kleinen Gaststube saßen viele Stammgäste, meist Beamte. Da wurde von einem Polizeidiener der Herr Inspektor hereingeführt, damit er von seinen Bekannten Abschied nehmen könne. Denn da er ein Buch zu teuer gekauft hatte, sollte er eingesperrt werden. Er nahm von allen Abschied und sprach mit einem Herrn über die Dummheit, die er gemacht hatte, ziemlich lang. Ich glaube, auch hier liegt eine Verwechslung von Erleben des Ich und Bemerkten des Erlebten vor.

Pick gibt an, daß einer seiner Patienten halluzinatorisch lebhaftem Vorstellen einer früheren Situation gegenüber das Bewußtsein verlor, daß er dort stehe. „Denn wenn der Wechsel zwischen der Wirklichkeit und krankhafter Täuschung beginnt, sehe ich wohl die letztere, aber ich bin mir meiner Anwesenheit dabei nicht bewußt; es ist das etwas so, wie wenn ich persönlich nicht existieren würde und das Bild nur ohne mein Dabeisein sehen würde, ohne es doch aufzunehmen und ohne daß ich von meiner Anwesenheit, daß ich davor stehe und darauf schaue ein Bewußtsein hätte; nicht bloß, wie wenn alle psychischen Besonderheiten meines Körpers zu existieren aufhören würden, sondern wie wenn die psychische Tätigkeit nur im Sehen konzentriert wäre; es ist das eine Art psychische Betäubung in der nur der Blick, gleichwie im Spiegel das Bild aufnimmt, die andern Sinne aber betäubt sind.“

Pick selbst deutet diese Beobachtung als Dissoziation zwischen Empfindung und Selbstbewußtsein und führt noch entsprechende Angaben von James und Spenser an.

Unser eigenes Material bietet hier gleichfalls zwei Beobachtungen. Der Patient H. gab an er sehe in Traumbildern vorübermarschierende Soldaten und wisse dann nichts von sich selber.

Noch interessanter ist unsere zweite Beobachtung, welche sich auf den Fall von Autoskopie bezieht. Auch dieser Patientin entschwindet in dem Momente des Erscheinens der autoskopischen Halluzination das Bewußtsein ihres eigenen Ich. Sie geht vollständig auf in dem Erleben dieser.

Alle hier mitgeteilten Beobachtungen haben das Gemeinsame, daß das Individuum vereinzelte Inhalte gegenständlich erlebt, ohne daß dieses Erleben zum Gegenstand eines besonderen Aktes gemacht würde. Sie erleben nur die Phantasievorstellung oder den Sinneseindruck. Gleichwohl halte ich es für vollkommen verfehlt in diesen Fällen von einem Schwinden des Ich zu sprechen. Das Ich ist eben im Erleben des Gegenstandes bereits enthalten. Es ist auch gar nicht zu erklären, woher denn alle diese Patienten das Wissen haben, daß die geschilderten Erlebnisse ihre eigenen sind. Es könnten ja ebenso gut Erinnerungen an Erzählungen von Erlebnissen anderer sein. Es muß also in dem Erleben etwas enthalten gewesen sein, daß dieses Erleben als ihr eigenes Erleben kennzeichnete. Es scheint mir um so wichtiger dies zu betonen, als Pick sogar zu der Ansicht zu neigen scheint, daß es auch beim normalen Wahrnehmen eine ichlose Vorstufe gebe. Dies ist eine Meinung, die ich entschieden für unrichtig halte. Es sind auch Erlebnisse, wie wir sie hier beschrieben haben, nicht etwa, wie es nach den Angaben der Literatur scheinen konnte, Ausnahmefälle, sondern sie sind vermutlich außerordentlich häufig.

Diese Zustände sind also charakterisiert durch eine geringe Aktivität des Erlebens. Das was im Bewußtseinsfelde enthalten ist, bildet zwar eine Einheit und wird auch im Akte vereinigt. Im Vergleich zu der Fülle der dem Individuum möglichen Tendenzen ist jedoch die hier erreichte Vereinheitlichung gering. Sie ruht auf einem weiten Hintergrunde andersartigen psychischen Seins, das in irgendeiner Weise latent geworden ist. Auch die Gefühlserlebnisse des Individuums weisen nur eine geringe Erlebnisfülle auf, gleichwohl verbindet sich auch hier die Synthese mit positiven Gefühlstönen und es ist zweifellos richtig, wenn Janet angibt, daß das Handeln der Somnambulen mit einem hohen Freiheitsgefühl verbunden ist.

Wir müssen sofort hervorheben, es ist auch bei einer geringen Bewußtheitstiefe (dieser Ausdruck scheint mir bezeichneter zu sein als Bewußtseinsumfang), ein Widerstreit von Tendenzen möglich. Der ganze Hintergrund des Erlebens kann als Repräsentation eines Widerspruches fungieren. Das Material ist jedoch noch zu geringfügig, als daß man Gruppierungen vornehmen könnte. Man wird zunächst noch sammeln müssen.

Aber die Vereinheitlichungen geringeren Grades, die uns jetzt beschäftigten, führen in gerader Linie zur Ekstase hin. Die Auffassung der Ekstase als vollkommene Ichsynthese resultiert bereits aus der hier vorgetragenen.

### Über Ekstase.

Im vorangehenden wurde eine Reihe einfacher Seelenzustände einer näheren Untersuchung unterzogen. Die Zustände bei dem Erwachen aus der Ohnmacht und aus der Narkose stellten sich uns als inhaltsarme Icherlebnisse entgegen. Doch wurde bereits in den zuletzt mitgeteilten Fällen das Erleben ein reicheres und verwickelteres. Die Ekstase stellt eine weitere Stufe in dieser Entwicklung dar.

Bevor ich auf das Spezielle eingehe, erscheint mir folgende allgemeinere Bemerkung notwendig: Es gibt eine Reihe Autoren, welche sich, man möchte fast sagen in kindlicher Weise, befriedigt erzeigen, wenn sie zu der Behauptung gelangt sind, die Ekstatiker seien hysterisch, paranoisch, psychasthenisch oder schizophren. Demgegenüber muß scharf hervorgehoben werden, daß die klinische Diagnose in der psychologischen Erkenntnis überhaupt nicht weiter führt. Der Zustand der Ekstase ist psychologisch dadurch noch nicht geklärt, daß ich behauptete, er erwachse auf dem Boden der Hysterie. Die Fragestellung muß vielmehr lauten: Welches ist das Erlebnis der Ekstase, gleichgültig, welches die klinische Diagnose im bestimmten Falle sein mag. Auf rein psychologischem Gebiete muß sich die Abgrenzung der verschiedenen Erlebnisformen vollziehen. Die Frage, ob bestimmten klinischen Krankheitseinheiten bestimmte Erlebnisformen zugehören, ist eine sekundäre. Wir werden im Sinne der Ausführungen des ersten Teiles dieser Untersuchungen eine derartige Möglichkeit von vornherein nicht für wahrscheinlich halten. Es sagt also auch für die Werthöhe eines Innenerlebnisses nichts, wenn ich dieses Innenerlebnis das eine Mal bei einem Schizophrenen antreffe und wenn ich anderenteils ein verwandtes seelisches Geschehen bei Menschen antreffe, die in den Gang der Geschichte entscheidend eingegriffen haben. Ja, wir müssen entschieden den Standpunkt vertreten, daß unsere Einteilung nach Krankheitsbildern keineswegs die Grenze ziehen

läßt zwischen gesund und krank im idealen Sinne. Mit anderen Worten: ein Manisch-Depressiver oder ein Schizophrener kann im höheren Sinne geistig gesund sein.

Unser eigenes Material zeigt uns zunächst bei den Depersonalisationsfällen eine Reihe von Zuständen, welche dem Gebiete der Ekstase anzureihen sind. Als R. S. (Fall 3) im November 1910 nach L. zurückfuhr, war es ihm, als ob etwas herabsänke. Es war, als ob ihm die Augen geöffnet wurden, als ob alles ganz klar würde. Es erschien alles anders, „ich war doch ein anderer geworden“. Er hatte den Eindruck, fremde Personen sehr gut verstehen zu können. So erging es ihm, als er eine Schrift über Napoleon las. Er war damals von Lustempfindungen erfüllt und fühlte sich abgeklärt.

Eine schöne ähnliche Beobachtung finden wir bei Böttiger (Fall 2). Bei diesem Patienten begann die Erkrankung damit, daß das ganze Leben einen bisher unbekanntem Reiz für ihn bekam. Er begann sich für alles lebhaft zu interessieren und sich erhaben zu fühlen. Auch während der Zeit der Erkrankung hat er Augenblicke, in denen ihm die Natur schön und neu vorkommt, als wenn er so etwas noch nie gesehen hätte. Es gewinnt dann das Unscheinbarste großes Interesse für ihn, er findet dann die Welt unbeschreiblich und überwältigend schön.

Auch Janet hat bei dem Psychasthenischen eine Reihe ähnliche Erfahrungen gemacht. Er schreibt: „Für gewöhnlich und während des größten Teils ihres Lebens sind diese Kranken niedergeschlagen, traurig, unfähig in normaler Weise Affekte zu erleben, aufzumerken und zu handeln. Von Zeit zu Zeit tritt bei einigen von ihnen eine außergewöhnliche Exaltation auf, welche sie über ihr gewöhnliches Niveau hebt und ihnen für Momente das Gefühl unaussprechlichen Glückes einer übermenschlichen Leistungsfähigkeit und eines vollendeten Intellektes gibt.“

Fy., eine dieser Patientinnen sagt, als sie auf dem Lande spazieren geht, „Alles erscheint mir wundervoll, es scheint mir, daß mich das Glück zersprengt, niemals fühlte ich das, der Tag vergeht wie im Traum, die Zeit eilt fünfzigmal rascher als in Paris. Ich fühle mich gebessert und es scheint mir, daß es böse Menschen wie in anderen Ländern hier nicht gibt, alle Gesichter sind mir sympathisch und ich bin wie im goldenen Zeitalter. Der Ausdruck gelingt mir leichter und ich, die ich den Mund nicht öffnen kann, wenn ich jemanden gegenüberstehe, würde vor einer Versammlung sprechen können.“ Einer der Patienten bezeichnet diese Zustände als „les sensations sublimes et solennelles.“ Sie sind mit einem unerhörten Glücksgefühl verbunden, sein Herz ist ruhig, seine Muskeln sind kräftiger, er versteht alles und verspürt Wissensdurst. „Das sind göttliche Eindrücke, welche mir die Existenz der Seele im Körper beweisen. Janet kommt selbst zu dem Schluß, daß seine Psychasthenischen ekstatische Zustände im Keime zeigen.

In unserem eigenen Falle, sowie in dem Böttigers, sowie in denen Janets sind diese ekstatischen Zustände nicht anhaltend. Sie werden, wie sich Janet ausdrückt, von den Kranken fast immer teuer bezahlt. Sie werden von Verschlechterungen gefolgt.

Wir fragen, was liegt in diesen Erlebnissen vor? Ich glaube, es wird am klarsten dadurch umschrieben, daß das Individuum die einander widersprechenden Tendenzen synthetisch vereinheitlicht. Diese Tendenzen sind teils intellektueller,

teils emotioneller Natur. Anderenteils ruft diese Synthese eine sehr lebhaftere Gefühlsreaktion hervor. Je nach der Beteiligung intellektueller oder emotioneller Tendenzen an der Vereinheitlichung wird der ekstatische Zustand in dem einen Falle repräsentiert sein in einem klaren, gegenständlichen Einsehen sinnlicher oder gedanklicher Art oder er wird repräsentiert sein in einem alles überströmenden Glückgefühle. Es ist hervorzuheben, daß bei allen Patienten, die bis jetzt genannt wurden, das klare Einsehen eine bedeutsame Rolle spielt<sup>1)</sup>. Soviel zur Deskription dieser Zustände. Wir haben damit noch nichts gesagt über die Bedingungen der Entstehung. Wir vermuten, sie liegen auf affektivem Gebiete, doch gehen wir auf diese Fragestellung nicht näher ein.

Von Bedeutung erscheint, daß die hier geleistete Synthese hervorleuchtet aus einem Zustand innerer Zerrissenheit. Sie ist nicht von Bestand. Die Bekehrung, wenn ich mich dieses Ausdruckes bedienen darf, ist nicht von Dauer. Es beginnt bald wieder das Widerstreben der einzelnen Tendenzen, es beginnt der Zweifel.

Unsere letzten Betrachtungen verweisen uns bereits auf ein neues Gebiet. Alle diese Phänomene erhalten erst ihr Interesse dadurch, daß sie im Alltagsleben von entscheidender Wichtigkeit sind. Es sind Erscheinungen und Erlebnisse, welche von der überwiegenden Mehrzahl der Menschen in irgendeiner Form erlebt werden. Es ist gerechtfertigt, diese Phänomene am Kranken zu studieren, da sie hier in einer Form auftreten, welche ein genaueres Eindringen ermöglicht. Bedeutsame Analogien zu dem, was bisher ausgeführt wurde, bieten die Untersuchungen Starbuck<sup>2)</sup> über die Psychologie der Konversion (plötzliche Bekehrung). Es ist sicher von Belang, daß der Bekehrung stets ein Sündengefühl vorangeht. Charakteristischweise kommt auch Starbuck zu dem Ausdruck: Gefühl der Unvollständigkeit. Es seien folgende Äußerungen angeführt: „Ich fühlte ein Sehnen, eine Unruhe, eine schmerzliche Leere, welche die Welt nicht ausfüllen konnte.“ Dann wieder heißt es „Ich fühlte verkehrt, geistig und moralisch“ oder „Ich hatte ein entsetzliches Gefühl von Hilflosigkeit.“

Während der Bekehrung selbst: „Ich fiel neben meiner Bank auf mein Angesicht und versuchte zu beten . . . ich machte eine letzte Anstrengung, Gott um Gnade anzurufen, wenn ich ersticken und sterben müßte, und das letzte, woran ich mich zu der Zeit erinnerte, war, daß ich unter derselben unsichtbaren Hand an meiner Kehle rückwärts zu Boden fiel. Als ich zu mir kam, war um mich eine Menge, die Gott pries. Der ganze Himmel schien offen zu sein und Strahlen von Licht und Herrlichkeit herabzuströmen.“

Nach Starbuck ist die Aufmerksamkeit verengt und konzentriert.

Folgende Angaben veranschaulichen sehr schön den Moment des Überganges „Ich fühlte Gottes Verdammungsurteil über mich ergehen, wie über alle, die sich weigern, Christum als ihren Heiland anzunehmen. Nach langem Bemühen der Gnade Gottes auszuweichen, gab ich endlich nach. Der Herr gab mir in jener Nacht den Beweis meiner Annahme bei ihm nicht so deutlich, wie

<sup>1)</sup> Hierher gehören im Grunde auch die Zustände erhöhter „Einfühlungsfähigkeit“, wie sie Jaspers Fall Mendel zeigt, und wie sie bei unseren Pat. R. S. und Marie R. angetroffen werden.

<sup>2)</sup> Das Material, das James gesammelt hat, führt zu den gleichen Schlußfolgerungen, wie das Starbuck's, ich führe hier fast ausschließlich Angaben Starbuck's an, verweise aber ausdrücklich auf James.

am nächsten Morgen, als ich allein durch die Wälder spazieren ging. Ich werde nie den süßen Seelenfrieden vergessen, den ich da empfand.“ Oder, „Ich fühlte Trauer über meine Sünden, doch ein unaussprechliches Gefühl von Freude kam über mich.“

Nach der Bekehrung ist „das Ich zu neuer Bedeutsamkeit gehoben.“ „Ich fühlte, ich gehörte zu einer neuen Kategorie von Wesen, edler und des Daseins würdiger. Die Bibel war für mich ein neues Buch. Ich las sie mit Freuden und fühlte, daß ihre Gebote Ermahnungen und Verheißungen alle für mich waren.“ „Die Natur schien mit mir zu fühlen.“ „Auf einmal kam Licht und Friede in meine Seele so sanft, wie die Sonne aufgeht an einem Junimorgen. Himmel und Erde schienen sich zu vereinigen. Alles war Liebe . . .“ Meist erscheint es den Bekehrten, als lebten sie in einer neuen Welt. „Als ich von meinen Knien aufstand, rief ich aus: das Alte ist vergangen und es ist alles neu geworden.“ „Es war gleich dem Eintritt in eine neue Welt — ein neuer Daseinszustand. Natürliche Objekte waren verklärt. Mein geistiges Sehvermögen war so geklärt, daß ich Schönheit in jedem körperlichen Gegenstand der Welt erblickte. Die Wälder ertönten von himmlischer Musik.“ „Tag und Nacht schienen Fluten von Licht und Herrlichkeit durch meine Seele zu strömen und o, wie war ich verwandelt! Alles wurde neu. Meine Pferde und Schweine und jedermann wurde verwandelt.“ „Ich fühlte eine Entfaltung von Wahrheit und eine Enthüllung der Gotteswege. Ich erfuhr eine moralische und intellektuelle Belebung.“ Die Bekehrung ist mit dem Gefühle hohen Glückes verbunden. „Ich fühlte Freude fast bis zum Weinen.“ „Das Glück war intensiv, ich hätte singen mögen, aber das ganze Haus war still.“ „Es folgte ein köstliches Gefühl mit Gott und der Liebe zu ihm.“

Ein unmittelbares Bekehrungsergebnis ist, daß die Person aus sich heraus zu tätiger Sympathie mit der Außenwelt getrieben wird.

Das Angeführte genügt, um zu zeigen, daß die Schemen, welche wir für das Verständnis der Depersonalisation entworfen hatten, im wesentlichen auch hier zutreffen. Vor der Bekehrung das Gefühl der Unvollkommenheit und des Zweifels. Wir drückten das im vorangehenden so aus, daß wir sagten, daß dem Erleben aus einer tieferen Schicht widersprochen wird. In der Tat ist der Zweifel ein Prototyp dieses widerspruchsvollen Erlebens. Denn wenn der Zweifler auch einer bestimmten Meinung zuneigt, so neigt er dieser Meinung doch nicht zu aus voller Persönlichkeit, sondern einzelne Tendenzen seines Ichs widersprechen dieser seiner Zuwendung. Der wahre Zweifel ist ein ständiger wahrer Kampf, ein Glaubenwollen und Sicherseinwollen, ohne das Glauben- und Sichersein können. Geändert ist der Aktcharakter der Zuwendung. Es setzt also der Zweifel die aktuellen Tendenzen zueinander in Beziehung, ohne daß die letzte Vereinheitlichung gelingt. Es ist auch dieses intellektuelle Phänomen zum Teil gegründet in einem Affektzustand und führt seinestheils wiederum Affekte mit sich. Dieser Zustand ist also wesensverwandt mit dem, was wir im vorangehenden als unechtes Erleben bezeichnet haben. Die Überwindung des Zweifels geschieht auf dem Wege der endgültigen Vereinheitlichung der Tendenzen in der Entschließung. Die Konversion folgt getreu diesem Schema.

Noch ein weiteres wichtiges Problem drängt sich bei der Durchsicht des Starbuck'schen Buches auf: Welche Rolle spielt der Wille bei der Bekehrung? Starbuck selbst schreibt: In der Bekehrungskrise ist es gleichgültig, ob der

Wille bestimmt in Bewegung gesetzt wird oder nicht und ohne Rücksicht auf die Richtung, in der er in Bewegung gesetzt wird, ist es ein wichtiger Schritt zur geistigen Erneuerung, daß der persönliche Wille aufgegeben wird. Aber es scheint notwendig zu sein, daß der Mensch vorher in der Richtung des neuen Lebens gestrebt hat. Rudolf S. gibt uns in dieser Hinsicht auch interessante Aufschlüsse. Wenn er aus seiner tiefsten Zersplitterung herauskommen will, muß er sich ihr, wie er sagt, vollkommen überlassen. Er kann nicht durch Willensanstrengung zur Harmonie zurückkehren. Anderenteils sagt er aber doch, der Willensimpuls tritt langsam wieder hervor, wenn ich durch Verstandesregung den Willen wieder einsetze. D. h. psychologisch exakt ausgedrückt folgendes: es muß eine Willensanstrengung zur Harmonie resp. zur Bekehrung gesetzt werden. Aber die Synthese gelingt doch erst dann, wenn durch außerbewußte oder unterbewußte Vorgänge die notwendige Konstellation geschaffen wird. Man kann zum Vergleich die Vorgänge heranziehen, welche sich abspielen, wenn wir nach einem Namen suchen, der uns entfallen ist. Auch hier genügt die Willensanstrengung nicht, ja, es wird das stetige Erneuern der Willensanstrengung, das Wiederfinden des Wortes nicht erleichtern, sondern erschweren. Es muß die Determination die entsprechende Konstellation erst geschaffen haben oder diese muß durch andere Momente geschaffen worden sein, damit das gesuchte Wort gefunden wird. Ein weiteres Moment, welches in diesem Zusammenhang wichtig ist, ist die übereinstimmende Gefühlsreaktion in beiden Fällen. Die postkonversionellen Gefühle sind determinierte Gefühle im Sinne von A. c. h.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch wichtig, daß die Konversion in den meisten Fällen kein endgültiges Ergebnis liefert, sondern die Konvertierten erliegen in ihrem späteren Leben fast stets neuen Zweifeln. Sie bedürfen nach dem Ausdruck Starbuckts noch der Heiligung. Auch hier sind also die Analogien zu dem Zustand der Depersonalisierten und Psychasthenischen auffallend.

Wir haben noch die Frage zu streifen, weshalb die hier erwähnten Erlebnisse eine so kräftige Gefühlsreaktion zeigen. Die Erklärung liegt meines Erachtens darin, daß diese Erlebnisse bereits eine große Masse aktueller Tendenzen vereinheitlichen. Es kommt in ihnen bereits zum Ausdruck ein guter Teil der überhaupt möglichen Tendenzen des Individuums.

Die Erscheinungen, die wir im folgenden besprechen werden, werden, hoffe ich, noch eine weitere Vertiefung ermöglichen. Ich erinnere zunächst an die Erlebnisse des Karl O. Er war schon lange vorher gereist, war einsam und stand unter den lebhaften neuen Eindrücken, die ihm England vermittelte. Die Katastrophe war ein mystisches Erlebnis. Er sah im Garten ein Spinnetz mit einer Spinne. „Zum Zeitvertreib warf ich eine Fliege in das Spinnetz und diese Spinne fing diese Fliege und saugte sie aus. Ich sah auch im Garten einen Stein auf dem Erdboden und dieser Stein erregte mich ungemein und dieses Leben der Spinne und das Sterben der Fliege ging in mich über in eine seelisch geistige Versunkenheit ins All. Aber nicht in die Schöpfung, sondern in ein rhythmisches Chaos, in ein ungeheures rhythmisches Auf- und Niederwogen, losgelöst von allem Geschöpf, und zwar war dieses Niederwogen zugleich ein Hinaufwogen. Einen Nachklang von diesem wunderbaren Gefühle hatte ich auch letztthin in der Zelle. Dieses wundersame Auf- und Niederwogen verschmolz

mit dem Auf- und Niederwogen des Steins. Er faßte seine Gefühle in die Worte: alles wogt auf und nieder wie eine ewige Woge, alles ist ein endloses Kreisen von Werden und Vergehen, alles trennt und eint sich wieder und was mir Widersinn erschien, vereinigt sich in wundersame Symphonie.“

Ich sehe in diesem Erlebnis eine Synthese der möglichen Tendenzen des Individuums. Dem entspricht die ungeheure Gefühlsreaktion, die sich an dieses Erlebnis anschließt. Gerade diese vollkommene Synthese verweist aber darauf, daß es sich um ein Erlebnis handelt, welches wir als vollkommene Ekstase bezeichnen dürfen. Wir haben zu untersuchen, wie sich das Ichbewußtsein in diesem Zustand verhielt. Der Patient selbst spricht von einer Versunkenheit ins All und späterhin von einem pantheistisch rhythmischen Aufgehen. Und gerade aus jenem Zustand werden Gedichte geboren, von denen sein persönliches Bewußtsein nichts wußte. Und er sagt auch, die poetische Schöpferfähigkeit gehe nicht vom persönlichen Bewußtsein aus, ein Naturbewußtsein setzte die Schöpferfähigkeit in Gang. Ich glaube nicht zu irren, wenn ich auch diese Aussprüche des Patienten als den Ausdruck bestimmter Erlebnisse desselben ansehe.

Es stellen uns also diese Erlebnisse unseres Kranken vor eine Reihe von Problemen, die wir uns in Kürze formulieren wollen. Zunächst: Was unter scheidet die Ekstase von jenen Zuständen, in denen wir Gegenstände mit eifrigem Interesse zugewendet sind, und zweitens, was sind das für Momente, welche unseren Kranken dazu bringen, seine poetischen Produkte nicht als das Produkt eigener Geistestätigkeit ansehen zu lassen?

Zu der ersten Frage ist folgendes zu sagen: In der Tat ist ein Denken und Handeln, das sich mit Interesse in den Gegenstand versenkt, der Ekstase psychologisch nahe verwandt. Auch hier sind sämtliche Tendenzen des Individuums einem bestimmten Gegenstande zugekehrt. Auch hier versinkt die Welt, soweit sie nicht zu eben diesem Gegenstande Beziehungen hat. Es wäre jedoch unrichtig, wenn man in diesen Momenten von einer Verarmung des Bewußtseins sprechen wollte. Im Gegenteil, je eifriger ich dem Gegenstande zugewendet bin, desto zugänglicher ist mir alles, was auf diesen Gegenstand Bezug hat. Die Konzentration des Gelehrten ist dem gewöhnlichen Zustande gegenüber durchaus keine Verarmung an Tendenzen und Gedanken, wenn auch die Zahl der im Bewußtsein vorhandenen Gegenstände eine geringere sein mag. In diesem Falle hat nur eine intensivere Vereinheitlichung sämtlicher Tendenzen des Individuums stattgefunden. Selbstverständlich operieren wir hier mit Begriffen, die über das rein Deskriptive hinausgreifen. Aber diese Zustände sind auch rein deskriptiv bestimmt charakterisiert durch das Bewußtsein des vollen Erlebens. Man muß sich von dem Irrtum frei machen, daß man die im Bewußtsein vorhandenen Gegenstände einfach zählen und danach den Reichtum des Bewußtseins abschätzen kann. Schon bei Ribot heißt es, daß Konzentration der Aufmerksamkeit das Feld des Bewußtseins verengt. Der Zustand, den wir beschrieben, steht unter dem stärksten Einfluß determinierender Tendenzen. Und es trägt der Bewußtseinsablauf auch Charaktere, welche das erkennen lassen. Diese Analogie des aufmerksamen Erfassens, des interessebetonten Handelns und Denkens ist von einer besonderen Wichtigkeit. Wir können jetzt präzisieren, weshalb wir bewußtseinsarme Zustände in unserem Sinne nicht ohne weiteres als Ekstase bezeichnen. Es wird klar, weshalb wir die Einengung des Bewußtseinsfeldes nicht ohne weiteres mit den Zuständen der Ekstase identifizieren

können. Es ist auch noch zu beachten, daß Willensakte, Wahrnehmungen und Gefühle gleichwert sind in bezug auf die konstituierende Kraft zur Ekstase. Auch das vollständige Leben in einem sinnlichen Lustgefühl gehört in das Schema der Synthese der Tendenzen, wie wir es aufgestellt haben. Am leichtesten werden sich jedoch derartige Zusammenhänge auf intellektuellem Gebiete erweisen lassen. Wir werden diejenige Forschertätigkeit am höchsten einschätzen, welche in einem einzigen geistigen Blick sämtliche Erfahrungen gleichzeitig erfaßt und wir werden diesen geistigen Blick auf die gleiche Art und Weise introspektiv gekennzeichnet finden wie die Ekstase der Mystiker. Willenskraft und hohe synthetische Fähigkeit pflegen wir von dem Forscher zu fordern. Es erübrigt sich zu zeigen, daß sie auch bei den großen Mystikern anzutreffen sind. Leuba, Murisier verweisen darauf, welche Energie in dem Wirken der heiligen Therese, der Mme. Guyon und in dem Taulers sich ausprägt. Sie haben alle auch auf sozialem Gebiete Wirkungen entfaltet, welche Organisationskraft und Energie voraussetzen. Le clère und Ruyssen haben darauf verwiesen, daß sich ihre Willensstärke auch auf das erstreckt, was sie in der Ekstase erleben. Die heilige Therese erlebt gleichsam eine orthodoxe Ekstase und die Ekstasen der Buddhisten unterscheiden sich von denen der christlichen Mystiker entsprechend ihren Voraussetzungen.

Es ist schon im früheren die Frage aufgeworfen worden, welche Rolle dem Willen selbst für die ekstatischen Zustände zukommt und es ergab sich aus den Angaben eines unserer Patienten und aus den Angaben der Konvertierten Starbuck's, daß der Wille nur eine Art vorbereitende Bedeutung hatte, während die Konversion, die Zuwendung Gottes zu dem Individuum von selbst eintrat. Mit diesen Angaben steht im Einklang, daß auch die großen Mystiker in dem Moment des Eintretens der Ekstase meist ein Gefühl der Passivität haben. Die Ekstase wird als Gnade empfunden. Wir müssen allerdings hinzufügen, daß diese Gnade nicht möglich wäre, wenn nicht vorher eine entsprechende Determination gesetzt worden wäre. Diese Determination ist bei den Mystikern in dem Willen gegeben, die Vereinigung mit Gott zu erleben. Es spielt also der Willensentschluß doch eine sehr beträchtliche Rolle, wiewohl die einzelne Ekstase nur dann zustande kommt, wenn sich das Individuum passiv hingibt. Das psychologische Verständnis wird erleichtert, wenn wir uns die kurze Beschreibung ins Gedächtnis zurückrufen, welche ich von meinem Erleben beim Anhören der Meistersinger-Ouvertüre gegeben habe. Hier genügt die einmalige gesetzte Entscheidung aufmerksam zugewendet zu sein nicht zu dem Erleben der Musik, sondern die Determination muß ständig erneuert werden. Hier liegt der Schlüssel dazu, daß die oft gesetzte Willensanstrengung dem reinen Erfassen irgendwelcher Gegenständlichkeiten nicht zuträglich ist. Es müssen diese Erwägungen auch auf das Handeln ausgedehnt werden. Die Willenshandlung wird umso größere Aussicht auf Erfolg haben, je weniger oft im Verlauf der Ausführung die Willensanstrengung erneuert werden muß. Das heißt, die einmal gesetzte Determination muß für die gesamte Handlung ausreichen. Diese Erwägungen führen zu dem zweiten Teil der Fragen über, vor die uns unser Patient stellte. Wir erhoben die Frage, weshalb der Patient seine dichterische Produktion als unwillkürlich empfand. Wir müssen in diesem Zusammenhang sofort hervorheben, daß es sich nicht etwa um Erlebnisse handelt, die atypisch sind und nur den Wert und die Bedeutung von Kuriositäten haben. Die Mme. Guyon schreibt das Werk „Le



Torrens“ automatisch, wie sich die Franzosen ausdrücken, ohne ihren eigenen Willen. Es ist leicht, die Beispiele aus der Geistesgeschichte beliebig zu vermehren. Grasset hat eine Reihe von solchen zusammengestellt. Sehr bekannt sind die Äußerungen Mozarts über sein künstlerisches Schaffen. Auch von Goethe existieren einige hierher gehörige Bemerkungen. Der Gegensatz zu der anderen Äußerung Goethes, daß man die dichterische Tätigkeit müsse kommandieren können, erklärt sich leicht, wenn man sich gegenwärtig hält, was wir über das Verhalten des Willens zur Ekstase hervorgehoben haben. Wenn wir also resümieren, so liegt für jene schöpferische Tätigkeit die Willensanstrengung vorwiegend im Beginn derselben. Berücksichtigen wir mit Koffka das Vorhandensein latenter Einstellungen<sup>1)</sup> von oft beträchtlicher Stärke und Wirkungskraft, so ergibt sich uns ein Verständnis dafür, daß die dichterische Produktion häufig als unwillkürlich und automatisch bezeichnet wird. Fügen wir hinzu, daß die hier besprochenen Tatsächlichkeiten nicht bloß auf dem Gebiete der dichterischen Produktion, sondern auch auf dem Gebiete des Auffassens und der intellektuellen Tätigkeit Geltung haben, so ergibt sich uns, daß das Erlebnis des Patienten Karl O. auf Gesetzmäßigkeiten von weittragender Bedeutung verwiesen hat.

Wenn ich nun die hauptsächlichsten der gewonnenen Gesichtspunkte nochmals zusammenfasse, so unterscheide ich die Erlebnisse der Ekstase zunächst nach der Masse aktueller Tendenzen, die in ihr gegeben sind. Wir statuieren so einen Unterschied zwischen den einfachen Sinneseindrücken kataleptischer und den reichen Erlebnissen der Ekstase. Es läßt sich eine Stufenleiter derartiger Erlebnisse herstellen. Wir haben es versucht, eine solche zu geben. Je nach dem Inhalt der Ekstase unterschieden wir ekstatische Zustände, welche vorwiegend in der Vereinheitlichung von Wahrnehmungen und Gedanken bestehen und solchen, in welchen die Gefühlsmomente stärker hervortreten. Die Erlebnisse der Ekstase fassen wir im wesentlichen als passive Erlebnisse. Nichtsdestoweniger enthalten sie in ausgeprägter und vollendeter Weise das Ich. Es sind reine und vollendete Icherlebnisse. Den Unterschied zwischen aktiven und passiven Erleben mußten wir als akzidentellen auffassen, da wir auch bei dem passiven Erleben der schöpferischen Gestalter den vorangehenden Willensentschluß (latente Determination) nachweisen konnten. Einen prinzipiellen Unterschied zwischen aktivem und passivem schöpferischem Erleben (im Alltagsinne) konnten wir nicht finden. Das hindert uns natürlich nicht, die Unterschiede der Erlebnisse selbst zu sehen. In dem einen Fall kommt eine zeitlich vorangehende Willensentscheidung ausdrücklich zum Bewußtsein, in dem anderen nicht<sup>2)</sup>. Es sind in diesen Ausführungen die Grundzüge einer Psychologie der Ekstase gegeben. Wir haben keinen Anlaß, ins Detail einzugehen, da wir uns nur um die Deutung der Phänomene unserer Fälle bemühen.

Wir haben jedoch noch einen nicht unwesentlichen Punkt zu besprechen. Wir fassen, wie erwähnt, die unwillkürliche Produktion der Dichter als reinen Persönlichkeitsausdruck. Dürfen wir das gleiche von den automatischen Produktionen der Medien behaupten, dürfen wir das automatische Schreiben dieser,

<sup>1)</sup> Wir erweitern bewußt den Koffkaschen Begriff, insofern als auch die latente Einstellung für uns etwas Psychisches, deskriptiv Nachweisbares ist. Man muß allerdings zeitliche Folgen berücksichtigen. Vgl. auch später.

<sup>2)</sup> Vgl. hierzu auch die Untersuchungen Koffkas über latente Einstellungen.

ihre unbewußte Produktion von Gedichten, gleichfalls in diese Kategorie einreihen. Zweifellos sind weittragende Ähnlichkeiten vorhanden. Aber während das Medium schreibt, denkt es an anderes und es weiß dann nicht, was es geschrieben hat, oder es schreibt während es in ein gleichgültiges Gespräch verwickelt ist. D. h. das Medium ist gar nicht mit voller Aktivität, mit voller Persönlichkeit im Schreiben enthalten. Es handelt sich vielmehr um den Fall, daß das Individuum zwei Gedanken zugleich denkend, keinen mit voller Kraft denkt. Es ist das Medium im Schreibakt weniger darin als es in einer wachend mit Interesse vollzogenen Handlung darin wäre. Es liegt also eine jener Formen vor, wo es gleichsam zu einer Zersplitterung der Persönlichkeit gekommen ist. Es werden gleichzeitig zwei verschiedene Gedanken gedacht aber nicht zueinander in Beziehung gesetzt. Es ist das der Mechanismus der Hysterie. Damit ist zugleich auch gegeben, daß wir dieses automatische Handeln zwar als das Handeln eines Ich ansehen, aber es nicht dem ekstatischen Handeln an die Seite setzen können. Wir müssen nochmals betonen, daß wir deskriptiv faßbare Unterschiede meinen. Der Stärke der Determination entspricht in dem Falle der Ekstase die Stärke der determinierten Gefühle im Sinne A c h s , während in den Falle des automatischen Schreibens die Determinationsgefühle der Geringfügigkeit der Persönlichkeitsanstrengung entsprechend gering bleiben. Ja, selbst wenn wir den Medien zugestehen wollen, daß sie den Gedanken, den sie automatisch ausdrücken, mit voller Zuwendung denken, jene Personen sind höherwertiger Synthesen überhaupt nicht fähig. Sie sind nicht imstande, ihr gesamtes Sein in eine Willenshandlung zusammenzufassen. Sie sind nicht zu den letzten Willensanstrengungen fähig.

Mit anderen Worten: Die Gegensätze bewußt und unbewußt geben nur in vollkommener Weise, die entsprechenden Tatbestände wieder. Es läßt sich kein Urteil über unbewußte Produktion im allgemeinen fällen. Auch bei dieser unbewußten Produktion kommt in Frage, inwieweit das Ich mit voller Persönlichkeit dem Gegenstand zugewendet ist, und welches Ich dem Gegenstand hingegeben ist. Wir verstehen nun auch, daß die Zustände inhaltsreicher Ekstase übergehen können in Zustände von Verarmung des Individuums, in denen jene mächtige Zusammenfassung der Tendenzen nicht mehr auftritt. Der im Bewußtsein vorhandene Gegenstand wird schließlich bei den Jogins mit ebenso herabgesetzter Aktivität erfaßt, wie es die Kataleptisch-Hysterischen tun. Diese Zustände aber der Ekstase gleichzusetzen, wäre durchaus unrichtig.

Es ist nicht möglich, bei der Erörterung dieser Dinge sich im Rahmen deskriptiver Psychologie zu halten. Wir müssen auch auf Verläufe Rücksicht nehmen und können es an dieser Stelle nicht vollkommen verhindern, gleichsam von der deskriptiven Psychologie auf eine Diätetik der Seele abzugleiten. Es ist ja überhaupt der Unterschied zwischen einer deskriptiven Psychologie und einer genetisch erklärenden Psychologie kein prinzipieller. Es ist aus methodischen Gründen wünschenswert, Trennungen vorzunehmen. Doch muß gesagt werden, auch die deskriptive Psychologie wäre sinnlos, wenn sie eben nur rein beschreiben würde. Auch sie zielt auf eine sinnvolle Ordnung der Tatsachen. Suchen wir diesen sinnvollen Zusammenhang gleichsam in der zeitlichen Ausdehnung, so sprechen wir von genetisch verstehender Psychologie. Der wesentliche Unterschied ist darin gegeben, daß der Sinn der Zusammenhänge in der Zeit ein wesentlich verwickelter ist. Es rechtfertigt sich also ein getrennte Behandlung beider

Gebiete, doch halte man sich vor Augen, daß schließlich alles seelische Geschehen sich in der Zeit, in der reinen Dauer nach Bergson abspielt. Es erklärt sich so, daß wir selbst die Scheidung nicht immer streng durchführen konnten. Die Scheidung Koffkas, der in der Psychologie Deskriptionsbegriffe und Funktionsbegriffe trennt, berührt sich mit den hier verwerteten Begriffen, denn von der Funktion und Wirkungskraft pflegen wir nur die zeitlich ausgedehnten Bewußtseinserlebnisse zu sprechen. Sie verweist aber schärfer und präziser darauf, daß es wichtig ist, das Erlebnis zu trennen und zu scheiden von dem, was nicht gesehen, sondern nur erschlossen ist. Aber schließlich, wenn ich die Hand bewegen will und sie bewegt sich wirklich, ist es da nicht auch ein unmittelbar Gegebenes, daß sich der Arm bewegte, weil ich es wollte? Und wenn ich den Zornigen darauf losschlagen sehe, ist es nicht unmittelbar gegeben, daß er schlug, weil er zornig war? Und sah ich den Gegenstand nicht besser, weil ich aufmerksam sah?

Wir haben schon früher die Frage gestreift, welches denn der Zustand nach der Ekstase ist. Wir fanden unsere Psychasthenischen durch die Ekstase erschöpft. Sie mußten dafür büßen. Starbuck fand, daß die Konversion keinen dauernden Einfluß auf das Sein der Konvertierten hat. Aber sie hat doch einen Einfluß, nämlich den, den Beziehungspunkt der geistigen Zustände zu ändern. Die Erstarkung der Persönlichkeit äußert sich in einer tätigen Sympathie in der Außenwelt. Starbuck formuliert folgendermaßen „So vermögen wir jetzt einzusehen, daß in der Bekehrung das fundamentalste Element vom Standpunkt der Persönlichkeit aus, das Erwachen des Selbstbewußtseins ist, während der wesentliche Faktor vom Entwicklungsstandpunkt aus der Vorgang der Selbstüberwindung ist.“ Hiergegen sagen wir: Das volle Persönlichkeitserlebnis ist identisch mit der Zuwendung zu der Welt der Gegenstände. Wir müssen also auch demjenigen ein volles Persönlichkeitserlebnis zugestehen, der in seinen Träumen und Phantasien lebt. Es scheint jedoch die menschliche Natur im wesentlichen so organisiert zu sein, daß sie eine beständige Abkehr von der Außenwelt zur Innenwelt nicht verträgt. Es scheinen nur die mannigfachen Verwickelungen des äußeren Lebens in der Sozietät mit ihrer Fülle von Antrieben und Reizungen jenes dauernde Persönlichkeitserleben mit seiner Glücksfülle hervorbringen zu können. Wir denken dabei nicht bloß an solche, die in äußerlicher Berührung mit dem Alltag stehen, sondern auch an den Denker, der Werte schafft, die im sozialen Leben Bedeutung gewinnen. Wir haben also zu fragen, ob die Ekstase eine solche ist, welche ein Leben in die Sozietät einleitet oder, ob sie eine solche ist, welche schließlich zu einer völligen Abkehr von der Realität führt. Es scheint, daß die Nichtwirklichkeit nicht den genügenden Stoff bietet, dauernd hochwertige Synthesen zu vollziehen und wir begegnen in der Tat solchen geistigen Verarmungszuständen in den Ekstasen der Jogins und der indischen Fakire. Vielleicht ist es doch nicht unwichtig, zu betonen, daß Ereignisse, die deskriptiv psychologisch identisch sind, doch different sind je nach dem Erlebnisstrom, in den sie eingewebt sind, je nach dem Ich, dem sie zugehören. Ich scheue mich nicht, den Gedanken auszusprechen, daß das Leben des einzelnen als ganzes irgendwie eine Einheit bildet, und daß erst durch diese Einheit jeder einzelne Baustein seinen Sinn erhält. Sollte es eine ganz bedeutungslose Tatsache sein, wenn man von Melancholikern zu Beginn der Attacke hört, wie durch einen Blitz hätte sich ihnen ihr früheres Leben erhellt und sie begriffen jetzt erst den Sinn desselben? Freilich bin ich mir bewußt, hiermit den Boden der Empirie

verlassen zu haben, aber es scheint mir, daß gerade in diesen Dingen ein innerer Zwang liegt, der über die Erscheinung hinaus nach dem Sinn derselben fragt.

Um die Ekstase zu verstehen, fragen wir also, welches Ich hat sie erlebt, welcher Wille, welche Determination hat zu ihr geführt. Aber wir fragen auch: Zu welchen neuen Willensentschlüssen führte die Ekstase.

Wollten wir diese Fragen erschöpfend beurteilen, so wäre eine eingehende Berücksichtigung des Wertproblems nicht zu umgehen.

Nun einige Worte über die Beziehung der Ekstase zur Sexualität. Leuba spricht von einer Tendenz zum sinnlichen Genuß (*tendance à jouissance organique*) der christliche Mystiker. Ihre Sprache und Gleichnisse sind erotisch. Sie sprechen von Hochzeiten, berausenden Entzücken, körperlichen Freuden und die Jungfrau Maria erscheint in ihren Gebeten wie ein begehrte und genossene Frau.

Ich schlage den Schluß von Tristan und Isolde auf:

„In den wogenden Schwall,  
In dem tönenden Schall,  
In des Welt-Atems wehendem All,  
Ertrinken,  
Versinken,  
Unbewußt,  
Höchste Lust!“

Es ist dasselbe Erleben. Finden wir es nicht auch in den faßbaren Freuden sinnlichen Genusses? Zweifellos nicht immer, nicht, wenn sich in ihnen die Befriedigung eines mehr oder minder dringenden Bedürfnisses ausdrückt, sondern nur dann, wenn in dem Genuß die Erfüllung eines Strebens gegeben ist, das einen wesentlichen Teil der Persönlichkeit in sich schloß.

#### Anhang.

Selbstverständlich konnten hier nur Andeutungen und Umrisse gegeben werden, schon aus dem Plane des Buches heraus war ein detaillierendes Eingehen nicht möglich. Hier sei nur kurz angeführt, auf welche Tatsächlichkeiten sich die Ausführungen dieses Abschnittes stützen. Es sind vorwiegend die Arbeiten von James, Starbuck, Delacroix, Murisiers, Leclère, Ruysen, Leuba, Montmorand, Achelis. Vereinzelt bieten die Abhandlungen von Müller-Freienfels, Hennig, Marie, Ribot; einzelne Angaben auch die Völkerpsychologie von Wundt. Einen ausgezeichneten Einblick in das Erleben der Ekstatiker gewährt das schöne Buch von Buber „Ekstatische Konfessionen“, in diesem Buche werden Berichte der Mystiker über ihr Erleben wiedergegeben. Von den angeführten Schriften aus ist es leicht in die Literatur einzudringen. Eine Reihe von Literaturangaben enthält auch Sterns Buch über die Psychologie der individuellen Differenzen.

Als ich meine Arbeit bereits abgeschlossen hatte, bekam ich noch die Arbeit von W. Maier zu Gesicht. Der Autor bemüht sich um eine deskriptiv-psychologische Sonderung der abnormen Glücksgefühle. Zweifellos ist das Bestreben, die einzelnen Erlebnisse möglichst scharf zu sondern, sehr zu begrüßen, vielleicht kann ich an anderer Stelle auf Einzelheiten der Arbeit eingehen.

## Über Autoskopie, über die Lokalisation des Denkens und über die „Ichverdoppelungen“ der Hysterie.

Fall 32. H. Kl., 36 Jahre. Sie hat seit August über Kopfschmerzen zu klagen, die im Hinterhaupt immer an der gleichen Stelle sitzen. Mehrfach kommen seit dieser Zeit Zeiten gehobener Stimmung, in denen sie sich wohl fühlt, sich reich glaubt und alles mögliche einkauft. Das dauert einen halben bis einen Tag, dann kommt tiefe Niedergeschlagenheit, sie weint viel, ist todestraurig und fällt dann in einen tiefen Schlaf. Diese Zustände kommen insbesondere dann, wenn sie viel gearbeitet hat.

Sie hat Zeiten, wo sie sich selbst greifbar vor sich stehen sieht in langen Strümpfen und Schnallenschuhen, im Kostüm des Mittelalters, als jungen Mann. Sie sieht sich selbst, „guckt dann bloß“. Die Gestalt macht Gesten, wie wenn sie auf sie zukommen wollte. „Das muß ich sein und das bin ich auch.“ Während dieser Zeit hat sie keine Gedanken an sich selbst. Es dauert nur einen Augenblick. Es kommt jetzt bald alle Tage. Die Gestalt ist nicht immer die gleiche. Sie sah sich auch selbst zum Fenster hinaussehen auf einem Schlosse mitten im Wald, wieder im mittelalterlichen Kostüm. Sie sah bloß den Oberkörper. „Das bin ich“. Wenn sie Musik aus der Ferne hört, nur einzelne Töne, da gehört sie nicht in diese Welt, sondern sie ist vor ein paar hundert Jahren dagewesen und sie sieht sich. Sie sieht sich in einer fremden Umgebung meist von Natur umgeben, aber so wie es damals mag ausgesehen haben. Die Natur erscheint verwildert. Auch diese Zustände kommen häufiger, wenn sie angestrengt gearbeitet hat. Was die andere Person denkt, weiß sie nicht. Man gewinnt aus ihrer Gesamtschilderung überhaupt den Eindruck, daß es sich nur um Visuelles handelt, und daß ein wirkliches Ich in dieser anderen Person überhaupt nicht gefühlt wird. Ihr Mann sei gut. Sie negiert unter Tränen, daß sie sich aus der Ehe herausgewünscht habe. Sie spricht davon, daß sie sich für das Mittelalter seit jeher interessiert habe.

Niemals Fremdartigkeitseindrücke, niemals Gefühl des Traumhaften, kein Déjà vu, keine Gehörshalluzinationen, keine Klagen über körperliche Veränderung, keine Gefühls-hemmungen. Nur zeitweise mangelt das Interesse, dann lege sie sich hin und schlafe. Keine hysterischen Stigmen.

Sie selbst gibt an im Rechnen nachgelassen zu haben. Überhaupt ist sie bei der Intelligenzprüfung wie verloren, meint auf die Frage, welches der Unterschied zwischen Teich und Fluß sei, lächelnd, was ist denn da für ein Unterschied, das weiß ich nicht. Auch die Merkfähigkeitsprüfung ergibt schlechte Resultate. Sie hat mehrfach Fehlgeburten durchgemacht. Die Wassermannsche Reaktion im Blutserum war positiv. Ein Bruder war 17 Jahre lang in einer Heilanstalt, ist jetzt beruflich tätig.

Die Beurteilung dieses Falles in klinischer Hinsicht ist schwierig. Die Intelligenzdefekte lassen den Gedanken an progressive Paralyse auftauchen. Trotz des positiven Wassermanns halte ich jedoch diese für unwahrscheinlich, da die Schilderungen der Patienten den Resultaten der Intelligenzprüfung im Grunde widersprechen. Sie verweisen darauf, daß es sich bei letzteren nicht um Defekte im engeren Sinn handelt, sondern um Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit. Das ganze Verhalten der Patienten verweist uns auf eine funktionelle (im klinischen Sinn) Störung. Wieder stoßen wir auf Schwierigkeiten, wenn ich eine bestimmte Kategorie einreihen soll. Die Angaben über die eigenartigen Stimmungsschwankungen (die sie mit voller Einsicht betrachtet) verweist auf Verwandtschaft zum manisch-depressiven Irresein. Anderenteils notieren wir Momente, welche auf psychogene Beeinflussung schließen lassen. Sie lebt schlecht mit ihrem Mann, wird von ihm hintergangen. Auf die Frage, ob sie sich hinwegwünsche in eine ferne Zeit, erfolgt ein lebhafter Affektausbruch. Verständliche Zusammenhänge können also konstruiert werden.

Wir wenden uns zu der psychologischen Analyse derjenigen Erscheinung, welche uns zur Mitteilung des Falles veranlaßt hat. Es besteht bei der Patientin jenes Phänomen, das von den Autoren als Autoskopie bezeichnet wird. Bevor

ich auf die psychologische Analyse dieser Erscheinungen näher eingehe, sei kurz hervorgehoben, daß sie vorwiegend dann eintreten, wenn die Patientin anstrengend gearbeitet hat. Es ist das eine gewisse Analogie zu den Entstehungsbedingungen der akuten Depersonalisationsattacke. Eigenartig ist, daß undeutliche Gehörseindrücke offenbar solche mit dem Charakter des Vagen und Unbestimmten den Zustand hervorrufen. Das was ich selbst gesehen habe und was ich in der Literatur vorfand, hat mich zu der Anschauung geführt, daß die klinische Gesamtstellung des Phänomens eine sehr ähnliche ist, wie die der Halluzination des Anrufs mit dem eigenen Namen, die von Löwy treffend als Unruheerscheinung charakterisiert worden ist. Nur eben, daß die Autoskopie aus einer anderen Stimmung hervorgeht, aus der weichen, sehnsüchtig schmerzlichen Träumerei.

Nun zur Psychologie: Eine gedeihliche Behandlung der Frage erfordert einige Vorbemerkungen über das Verhältnis der Wahrnehmung zur Vorstellung und der Halluzination zur Pseudohalluzination (über den Begriff der Pseudohalluzination ist das Buch von Kandinsky einzusehen, auch Jaspers).

Jaspers hat sehr scharfe Trennungen vorgenommen. Zwischen Vorstellung und Wahrnehmung besteht seiner Anschauung nach ein Abgrund und die Übergänge fehlen. Die Wahrnehmung ist von der Vorstellung dadurch geschieden, daß sie leibhaftig ist und im äußeren objektiven Raum erscheint, während die Vorstellung bildlich ist und im subjektiven Vorstellungsraume auftaucht.

Jaspers kennt noch andere unterscheidende Merkmale: Der Wahrnehmung kommt eine bestimmte Zeichnung, Vollständigkeit, sinnliche Frische, Konstanz und Unabhängigkeit vom Willen zu. Merkmale, die der Vorstellung im engeren Sinne fehlen. Aber es gibt nach Jaspers Vorstellungen, die alle die letztgenannten Charaktere aufweisen, ohne daß sie hierdurch zur Wahrnehmung werden. Es sind das eben die Pseudohalluzinationen. Leibhaftigkeit und nicht Leibhaftigkeit, Lokalisation im subjektiven und objektiven Raum sind für ihn absolute übergangslose Gegensätze.

Hier muß ich sofort sagen: Erstens: Der subjektive Vorstellungsraum fällt für mich mit dem objektiven zusammen, man vergleiche hierzu die Untersuchungen von Martin und die Ausführungen von Hirt.

Zweitens: Daß ich das Wahrgenommene leibhaftig vor mir habe ist im Aktcharakter des Wahrnehmens bedingt, es ist das noematische Korrelat der Wahrnehmungsnoese. Den Inhalten kommt dieser Charakter meines Erachtens insoweit zu, als sie wahrgenommen werden.

Diese ganze Fragestellung nach der Leibhaftigkeit der Wahrnehmung hat nur dann Sinn, wenn wir uns klar machen, daß es eine psychophysische Fragestellung ist, die uns beschäftigt.

Perky fand, daß unter Umständen das matte Wahrnehmungsbild einer Orange für eine Vorstellung gehalten wurde, nämlich dann, wenn die Versuchsperson keine Wahrnehmung erwartete.

Anderenteils ist bekannt, daß im tachiskoskopischen Wahrnehmungsbilde ausgelassene Buchstaben ergänzt werden.

Schließlich nehmen wir bei jeder Wahrnehmung nicht bloß das wahr, was uns in unmittelbaren Sinnesinhalten gegeben ist, sondern es gehen in die Wahrnehmung reproduzierte Elemente in voller Leibhaftigkeit ein. Von Illusionen sprechen wir dann, wenn die auf Reproduktion beruhenden Wahrnehmungsanteile nicht wirklichkeitsadäquat sind.

Man kommt also nirgends über die Feststellung hinaus, daß in der Vorstellung der Gegenstand als vorgestellter, in der Wahrnehmung als wahrgenommener gemeint wird. Über das Verhältnis des wahrnehmenden zum vorstellenden Meinen, hoffe ich demnächst ausführlicher sprechen zu können.

Das Problem der falschen Wahrnehmung des Normalen und der Halluzination liegt wesentlich in der Frage der Adäquatheit an die Wirklichkeit. Auch die Ausführungen Spechts kommen betreffs des Unterschiedes zwischen Halluzination und Wahrnehmung zu keinen weiteren Resultaten. Die Halluzination ist eben nichts anderes als eine Wahrnehmung, welche der Wirklichkeit nicht angepaßt ist. Wenigstens können wir derzeit keine unterscheidenden deskriptiven Charaktere aufweisen. Vielleicht würden sich solche bei genauer Berücksichtigung des gesamten Bewußtseinszustandes nachweisen lassen.

Jedenfalls hängt auch schon beim Normalen der Charakter der Leibhaftigkeit nicht nur vom Rohmaterial der Sinnesempfindung ab, ebenso wie der Charakter der Bildhaftigkeit nicht durch das Rohmaterial der Vorstellung eindeutig bestimmt ist.

Also nochmals, deskriptiv psychologisch liegen die Unterschiede zwischen Vorstellung und Wahrnehmung in der Art des Meinens und dem zugehörigen noematischen Korrelaten.

Darauf, daß wesentliche Unterschiede in der Art des Vorstellens existieren, je nachdem ich den Gegenstand als einen wirklichen oder als einen phantasierten meine, gehe ich an dieser Stelle nicht ein.

Der entscheidende Gegensatz zwischen Halluzination und Pseudohalluzination ist wieder nur die Art des Meinens; nur muß ich hervorheben, daß die pathologischen Bewußtseinsveränderungen offenbar Arten des Meinens kennen, welche weder mit dem vorstellenden noch mit dem wahrnehmenden Meinen völlig identisch sind (nach eigenen Beobachtungen an hypnagogen Halluzinationen). Vielleicht eröffnet sich von diesem Gesichtspunkte aus die Möglichkeit deskriptiver Differenzen zwischen Halluzination und Wahrnehmung aufzuweisen, vorläufig kennen wir jedoch diese deskriptive Differenz nicht.

Jedenfalls geht aus unseren Ausführungen hervor, daß Resultate, welche an Vorstellungsmaterial genommen sind, auch für Wahrnehmungsvorgänge herangezogen werden können.

Wir haben diese Punkte deswegen berührt, weil wir aus den Ergebnissen der Normalpsychologie über autoskopische Wahrnehmungen Belehrung schöpfen wollen.

G. E. Müller führt aus, daß es Individuen von gewisser Visualität gäbe, bei denen die Tendenz zur (innerlichen) Autoskopie eine erhebliche Rolle spielt. „Hierunter verstehe ich die Tendenz erlebte Szenen von einem Standpunkte aus innerlich vorzustellen, der von dem bei der betreffenden Wahrnehmung innegehabten Standpunkt verschieden und zwar von der Art ist, daß man sich selbst in vollständiger Weise als Agierenden oder Zuschauer auf dem betreffenden Schauplatze mit erblickt. Diese . . . . Tendenz ist bei mir selbst in hohem Grade vorhanden.“

Ich erinnere mich z. B. aus gegebenem Anlasse eines Gesprächs, das ich vor wenigen Tagen mit einem Kollegen hatte. Ich sehe diesen mit etwas erregtem Gesichte vor mir an dem Orte, an dem er bei unserer Unterredung wirklich stand (das nicht modifizierte Erinnerungsbild), aber sofort wandelt sich dieses

Bild in ein anderes um, in dem ich von einem hinter meinen damaligen Standpunkt gelegenen Orte aus den Kollegen von vorne und mich selbst von hinten erblicke. Zahlreiche, von mir ganz sicher erlebte Situationen tauchen mir überhaupt nur in eine durch die Tendenz zur Autoskopie beeinflussten Weise auf. Selbstverständlich macht sich diese Tendenz insbesondere auch dann leicht geltend, wenn dasjenige, was in Beziehung auf eine früher wahrgenommene Situation zur Erinnerung kommt nur eine bei der früheren Betrachtung der Situation vollzogene wörtliche Beschreibung derselben ist, an deren Reproduktion sich ein sekundäres visuelles Situationsbild anschließt. Dieses sekundäre Bild unterliegt dann sehr leicht dem Einflusse der Tendenz zur Autoskopie.“ (Vgl. auch die Ausführungen von Martin und die Angaben von Rusk, der Entsprechendes bei Kindern häufig antraf.)

In den folgenden Zeilen sind ja auch eine Reihe hierher gehöriger Versuche mitgeteilt. Bei zwei meiner Versuchspersonen war die Tendenz zur Autoskopie im Müllerschen Sinne, deutlich nachweisbar, wenn sie sich Situationen aus ihrer Vergangenheit vergegenwärtigten. Die direkt auf Autoskopie gerichteten Versuche ließen erkennen, daß es sämtlichen Versuchspersonen gelang, ihr eigenes Bild zu produzieren. In keinem dieser Versuche hatte dieses Vorstellungsbild eine andere Bedeutung in bezug auf das Icherlebnis, wie irgend eine andere Vorstellung.

Wir sind durch einen glücklichen Zufall in der Lage, derartige Experimente auch in der Form wiedergeben zu können, daß durch Willensentschluß autoskopische Halluzinationen hervorgerufen werden. Staudenmaier hat in seiner experimentellen Magie<sup>1)</sup> hierhergehörige wertvolle Beobachtungen mitgeteilt. „Übrigens ist es leicht, den „Astralleib“ zu vervielfältigen. Ich stelle mir z. B. nachts beim Auf- und Abgehen im Garten möglichst lebhaft vor, daß außer mir noch drei weitere gleiche Gestalten vorhanden seien. Allmählich bildete sich die entsprechende Gesichtshalluzination. Es schienen dann vor mir „drei mir völlig gleichgekleidete „Staudenmaier“ in gleichem Tempo zu gehen. Sie blieben stehen wenn ich stehen blieb, streckten die Hände aus, wenn ich es tat — weil ich es ebenso eingelernt hatte.“

Staudenmaier selbst lehnt die Verdoppelung der Persönlichkeit ab. „Das was man als Doppelgänger bezeichnet, ist nichts weiter als eine vom Unterbewußtsein ausgehende magische Produktion der Vorstellung des eigenen Körpers nach außen. Wie das bewußte Ich die Vorstellung einer Blume, eines Tieres, eines Menschen und selbstverständlich auch der eigenen Person halluzinatorisch nach außen sichtbar projizieren kann, so auch das Unterbewußtsein.“ Auch in der Antwort auf eine von mir an ihn gerichtete Anfrage, bestätigt Prof. Staudenmaier diese Anschauung und führt aus, es handle sich um ein Sichvertiefen, in die von ihm willkürlich gewählte und schließlich bis zur Halluzination getriebenen Vorstellung einer Vervielfältigung seiner äußeren Persönlichkeit. Das ist ungefähr gleichwertig mit einem Sichvertiefen in irgend eine andere Vorstellung oder in ein Studium oder in die Beobachtung fremder Personen . . . . mein eigenes Bewußtsein verhält sich dabei auch nicht anders, wie etwa dasjenige

---

<sup>1)</sup> Staudenmaiers Buch berichtet über eine große Reihe wertvoller experimenteller Selbstbeobachtungen, welche wohl auf dem Boden des Schizophrenie erwachsen sind, von dem Autor aber als allgemeine menschliche Fähigkeiten gedeutet werden.



eines Schauspielers oder Redners oder Studenten, der sich ganz in seine Rolle bzw. in sein Studium vertieft.“

Es sind diese Beobachtungen als vollkommen eindeutig zu bezeichnen. Es sind Wahrnehmungen, in die sich das Individuum unter Umständen „einfühlt“.

Nun zu dem eigenen Fall; was hier vorliegt, ist nichts anderes als eine rein optische Halluzination. Anders wäre eine Angabe wie die, daß sie einmal nur ihren Oberkörper gesehen habe, nicht verständlich. Auch die Äußerung „Das muß ich sein und das bin ich auch“ verweist nach der gleichen Richtung.

Wie nimmt nun das Individuum Stellung zu seiner Halluzination? Es ist so gebannt, durch die Wahrnehmung, daß es in der Wahrnehmung sich selbst vergißt. Staudenmaier hat in der Tat durchaus richtig gesehen, wenn er diese Vertiefung für gleichwertig hält mit einer Vertiefung in die Beobachtung fremder Personen. Es könnte diese Vertiefung eine verschiedene sein. Sie kann sich auch auf sehr verschiedene Teile der Wahrnehmung erstrecken. Unsere Patientin gibt ausdrücklich an, daß sie während der Wahrnehmung der autoskopischen Erscheinung von sich nichts weiß. Es wäre der Fall denkbar, daß sich die Vertiefung auf das Seelenleben der gegenüberstehenden „Ichbilder“ bezieht. Nichts wäre hierdurch an den prinzipiellen Sachverhalt geändert. Der Ausdruck Einfühlung der für ähnliche Erlebnisse immer gebraucht wird, ist zu vieldeutig.

Die Zahl der einschlägigen Beobachtungen ist übrigens eine sehr beträgliche, ich zähle sie nicht auf und verweise auf die Arbeiten und Beobachtungen von Johannes Müller, Féré, Roubinowitsch, Lemaître, Sollier<sup>1)</sup>, Geißler, Flournoy, Naudascher etc.

Auch im Schlaf kann man Ähnliches beobachten. Ich verfüge über eine Beobachtung, daß ich aus dem Halbschlaf plötzlich aufschreckte, weil ich mich selbst über mich beugte, diejenige Person, die sich über mich beugte, war etwas länger und schmaler als ich. Irgendwie war mir bewußt, daß das eigentliche Ich doch dasjenige war, welches im Bette lag, das andere war nur ein Bild, über das ich erschrak. Vielleicht darf ich noch auf eine Angabe von Dr. Wei aus meinen Versuchen hinweisen. Als er sich vorstellen soll, die autoskopische Vorstellung sei belebt, gelingt ihm das nur, wenn er sie als Fremden denkt, der ihn beobachtet.

All das bezog sich nur auf die „autoscopie speculaire“ im Sinne von Sollier, auf andersartige Autoskopie-Formen werde ich erst eingehen, nachdem ich einen weiteren hierhergehörigen Fall mitgeteilt habe.

Fall 33. Gei, geb. 1871. Am 2. Dez. 1906 wird von der Polizei um 10 Uhr abends ein Mann zugeführt, der ohne Schuhe durch die Straßen gelaufen war. Er wollte sich mit einem Rasiermesser das Leben nehmen. Auf die Frage, wie es ihm ginge erfolgt keine Antwort, doch macht er eine Bewegung, als wenn er schreiben wollte. Es wird ihm Papier gereicht und er schreibt auf: „Wo bin ich?“ Als er gefragt wird, warum er denn nicht spreche, schreibt er auf, „er sitzt mir am Halse, an der Kehle.“

(Wer ist denn er?)

„Der andere Mensch.“ (Sämtliche Antworten werden schriftlich gegeben.) Er schreibt dann spontan „Ich weiß nicht, wo ich bin, sprechen kann ich, aber ich darf nicht.“

Auf die Suggestion, er könne, nachdem er Wasser getrunken habe, wieder sprechen öffnet er den Mund, bringt aber nichts hervor.

Aufgefordert seine Personalien in die Krankengeschichte einzutragen, schreibt er Gei, Kaufmann, Datum der Geburt 1809. Dann schreibt er abseits, „Ich weiß nicht, ob ich richtig schreibe, er will nicht ganz.“

<sup>1)</sup> Dasselbst die Literatur.

Macht dann schriftlich darauf aufmerksam, daß er Dokumente bei sich geführt habe. Verlangt, es möge an seine Schwester geschrieben werden. Als Tag schreibt er Totensonntag, als Jahr 1871, den Monat weiß er nicht.

„Es ist mir so, als wenn er mich mit Keulen schlägt. Ich bin nicht krank, mir fehlt das Gedächtnis, mitunter verstehe ich, wenn sie sprechen, kein Wort.“

(Haben Sie gestern getrunken?)

„Ich trinke fast nie Bier, sondern Tee oder Kaffee, ich rauche.“

Negiert Geschlechtskrankheiten, bittet nochmals an seine Schwester zu schreiben.

„Ich will sterben.“

(Was ist das für ein anderer Mensch?)

„Ich nicht und ich, mein Wille ohne meine Macht und umgekehrt.“

Über seine Personalien gibt er an, nichts zu wissen, er hört ein Rascheln, sonst keine Halluzinationen. Den Namen seines Schwagers weiß er angeblich nicht.

Plötzlich beißt er sich in die Hand.

(Haben Sie eine Vision gehabt?)

„Ich fühle, daß sich mir etwas nähert, langsam aber sicher meine Kehle zuschnürt und meine Gedanken verwirrt.“

(Haben Sie Angst?)

„Ich habe keine Angst, denn ich will sterben, weil für mich das Leben verfehlt ist . . . . . warum ist der Mensch geschaffen“.

(Werden Sie verfolgt, haben Sie Feinde?)

„Der andere Mensch.“

(Wer ist das?)

„Meine Seele, was ich will, kann ich nicht, ich habe keine Macht mitunter über meinen eigenen Willen.“

Er verweigert die Nahrung, will aber rauchen, ist in Haltung und Benehmen geordnet, nur etwas gehemmt. Man hat den Eindruck, daß er bisweilen deshalb nicht schreibt, weil „der andere“ nicht will.

Der körperliche Befund ist mit Ausnahme eines grobschlägigen Tremors der Hände und einer Steigerung der Sehnenreflexe negativ. Die Schmerzempfindlichkeit ist im ganzen entschieden herabgesetzt. In den nächsten Tagen ergibt die (schriftliche) Unterhaltung mit ihm folgendes. Er fühlt sich nicht krank und verlangt seine Entlassung. Er weiß, daß er in einer Nervenklinik ist. Äußert Selbstmordideen (was sind Sie?) „Selbstmörder“. Er schreibt, „Ich kann ja sprechen.“ Er ist sprachlos, seitdem ihn die Bestie an der Kehle hat. Diese ist ein Teil von ihm. Er sei nicht verrückt, nur gedächtnisschwach. Alles ist, wie ein Traum, er wird bald erwachen, wenn seine Schwester kommt. Seine letzten Erinnerungen sind die, daß er in einem Automaten war und Kaffee trank. Dort war ein Herr, der sah wie eine Eule aus, wenigstens schien es ihm so. Die Eule bestellte sich Kuchen mit Schlagsahne und aß sie wie ein Mensch. Er dachte, entweder bist du oder ich verrückt. Dann bekam er einen heißen Kopf. Er habe in dieser Zeit das Gefühl gehabt, daß alle Menschen furchtbar lächerlich und tierisch aussähen. Auf die Frage, wie lang er schon in Leipzig sei, antwortet er, „Ich kenne den Ort nur dem Namen nach. Wenn ich Ihnen nicht etwas vorlügen soll, fragen Sie mich nicht mehr, ich will alles niederschreiben und H. wird ihnen alles sagen, ich bin gedankenmüde.“

In der Nacht zum 5. Dez. hat er eine autoskopische Halluzination, die ich in seiner eigenen Beschreibung wiedergebe.

### Beschreibung der autoskopischen Halluzination durch den Patienten.

Man fragt mich, wieso ich nicht spreche und ich frage mich dasselbe.

Ich weiß, ich könnte sprechen, wenn ich nicht so energielos wäre, wenn ich mich wehren wollte, gegen das Etwas, welches mir die Kehle langsam zuschnürt.

Ich möchte gern begreifen, daß dieses Gefühl eine Narrheit ist und nicht der andere Mensch in mir.

Doch ich fürchte mich nicht vor solchem Zuschnüren, denn ich will sterben, weil mein Leben verfehlt ist.

Ich weiß nichts von meiner Vergangenheit, d. h. mir ist es erinnerlich, eine Schwester zu haben.

Ich sehne mich auch nicht nach meiner Vergangenheit, warum weiß ich nicht, aber eine Stimme sagt mir, beeile dich zu sterben, ehe deine Vergangenheit wiederkehrt.

Somit bin ich vollständig gesund und bitte, mich zu entlassen, damit ich mich töten kann!

Hier kann ich es nicht, ich habe es Ihnen versprochen und mein Wort ist mir heilig.

Bitte auch mir zu beweisen, daß Sie geben, was Sie mir versprochen und so bitte ich höflich, für heute Nachmittag um eine Tasse Tee mit Zucker und eine Zigarre oder Zigarette und dann gestatten Sie mir, auf kurze Zeit in den Garten zu gehen!

Ich möchte noch mehr zusammenhängender schreiben, jedoch mir ist so wirr, so wüst im Hirn! Später weiter!

Wenn ich die Augen schließe, meine ich zu fliegen, dann gibt es ein melodisches Summen und eine Sehnsucht steigt in mir auf, wo nach? ich weiß es nicht, ich möchte rufen, schreien, manchmal auch singen, dann kommt der andere Mensch in mir und schnürt so langsam, so plötzlich die Kehle zu.

Der andere Mensch kommt stets nur dann, wenn ich mich nach ihm nicht kehre, wenn ich selbst etwas denken will, vor allem aber, wenn ich sprechen will.

Die Bestie weiß es, wenn ich nur sprechen könnte, würde ich auch Herr über ihn selbst wieder werden, daher auch die Vorsicht und Achtsamkeit des anderen Menschen.

Eine merkwürdige Erscheinung, Sie meine Herren würden einfach Traum sagen, habe ich heute Nacht gehabt.

Ich sprach mit ihm, dem anderen Menschen in mir, ich sah ihn, d. h. nicht ihn in Person, nur seine Hand.

Ich lag mit offenen Augen und konnte meinen Blick nicht von dem elektrischen Licht fortbringen, da fühlte ich einen leisen Druck an der rechten Backe, so ungefähr als wenn man mich mit einem Hornmesser berührt und ich wandte mich, ohne erschreckt zu sein, nach rechts.

Da stand dieser Helbig von Mansfeld, er konnte scheinbar nicht den Arm bewegen, als ich mich, um besser zu sehen, aufrichtete, sah ich eine kleine wunderbar weiße und schön geformte Hand den Arm dieses Mannes halten. Nebenbei gesagt, wußte ich nicht, daß dieser Mann Helbig heißt, an seiner Brust hing jedoch ein Plakat mit Namen und Stand.

„Schreib dir diesen Namen auf du Narr!“ Diese Stimme hörte ich, sie kam nicht von dem Manne mit dem Plakat (also nicht von Helbig) sondern sie kam aus der Hand und noch mehr, die Stimme kannte ich, es war meine eigene.

„Wie kannst du mir mein eigenes Ich, mit meiner eigenen Stimme etwas befehlen?“ wollte ich rufen, da kam der langsame und doch so plötzliche Druck an der Kehle. Ich hörte ein Lachen, als wenn ich selbst lache. „Schreib, Schreib, sei kein Narr“ und ich schrieb bzw. ich kratzte den Namen, so gut es ging in die Wand und merkwürdig, mitunter kann ich die Krätze selbst gar nicht lesen, dann wieder erscheint sie mir ganz deutlich.

Erst als ich mit dem Schreiben fertig war, begann die Hand mit meiner Stimme zu sprechen.

„Hörst du deine Stimme, Narr? Sieh, ich habe sie dir genommen, ebenso deine Vergangenheit und wenn es mir paßt, auch deine Gegenwart, jedoch dann müßtest auch du es wollen.“

„Ich bist du, aber du bist nicht ich, d. h. nur so lange du lebst, bist du nicht ich sondern wirst erst ich, wenn ich mich von deinem Fleische trennen kann. Siehe, dein Fleisch riecht und mein Wohnort in dir ist geradezu verpestet, daher zog ich aus und nahm die Stimme der Vergangenheit mit, du fühlst es selbst, ich kehre oft zu dir zurück, jedoch nur um zu sehen, was die anderen machen, ich die Zukunft, die Gegenwart usw., nur siehe, wenn ich wieder in dir wohnte, so könntest du mich fesseln, wie früher, aber du weißt nicht wie, du Narr, daher bin ich dein Meister; also nicht ich gehöre dir, sondern du mir; demnach bin ich du und du ich, nur du bist in meiner Macht.“

Mir waren diese Auseinandersetzungen über, ich wollte ihn, den anderen eigenen Menschen jedoch noch halten, um meine eigene Stimme zu hören, daher wollte ich sagen: „Und wieso zeigst du mir den Helbig, den ich von Aussehen nicht kenne?“ Das wollte ich sagen, jedoch ich konnte diese Frage nur denken. Da hörte ich mich selbst wieder sprechen: „Narr, wievielmals soll ich dir denn sagen, du bist ich und ich bin du? Wenn ich dich nichts

wissen lasse, behält man dich hier, du jedoch mußt hinaus, damit du dich töten kannst, denn ich habe dich satt, d. h. dein verpestetes Fleisch, meine und deine Fessel, nach dir selbst sehne ich mich, denn ich gehöre mir nie ganz, wenn ich von dir gehe, ebenso wie du närrisch erscheinst, wenn ich nicht bei dir bin. Um ein vollkommenes Wesen zu bilden gehören zwei, du und ich, jedoch du nicht mit deinem Körper, sondern deinem Geiste, wirf den Körper von dir und der Geist wird vereint mit der Seele die Seligkeit.“

Aber warum dachte ich, kann ich mich denn nicht hier töten, warum zeigst du mir Wege, damit man mich hier rausläßt? „Narr! hörte ich wieder sagen, dir gehört die Gegenwart und die Gegenwart in dir verpflichtet dich zu falschen Anschauungen, komme nur hinaus und ich werde sie dir zeigen, sie mit ihrem grauen Gesicht, den hellen Augen, den zahnlösen Mund, behaftet mit den gräßlichsten Schmerzen, ja ich werde dir das alte Weib zeigen, es wird dich betrachten, dich befühlen und alles von sich selbst in dir selbst einschließen, dann mußt du dich töten, selbst in der Gegenwart.“

Das verstand ich nicht, ich wollte fragend denken, da war alles fort, die Hand, der sogenannte Helbig. Mag ich auch nur die Gegenwart in mir haben, ich habe keine Furcht vor dem Weibe, vor meinem zweiten Ich, daher bitte ich Sie, meine Herren, den sog. Helbig kommen zu lassen. Sie werden hören, daß ich gesund bin und wenn in mir die Vergangenheit auch ausgelöscht oder gezogen ist, so haben Sie deswegen kein Recht, mich meiner Freiheit zu berauben.

Sie wollen mich bitte an meine Schwester und den sog. Helbig schreiben lassen, damit Sie überzeugt werden, daß man mich sofort entlassen muß. Während der Zeit, in deren Antworten hier eintreffen, bitte ich Sie, mich gefl. nicht weiter zu untersuchen, da ich Sie heute genügend überzeugt habe, daß ich gesund bin, ferner wollen Sie mir gütigst Tee nebst Zucker, als auch einige Zigarren verabfolgen lassen, meine Schwester wird Ihnen, so hoffe ich bestimmt, sofort alles mit bestem Dank vergüten.

Auch wäre es mir sehr angenehm, feste Nahrung erhalten zu können, da mich die ewigen Suppen sehr flau machen. Mir fehlt das edelste Gewürz nach allen Speisen und das ist eine Zigarre oder Zigarette. Beim Rauchen gewinne ich Laune und rege Gedanken, bei Rauchenthaltbarkeit verwirren sich meine Sinne und ich fühle mich gedrückt, geknechtet und unfrei.

Falls Sie noch eine Auseinandersetzung mit mir wünschen, oder nach derselben immer noch glauben sollten, ich sei krank, gut meine Herren, versuchen Sie es doch gütigst, mir statt Essen gefl. Zigarren und Zigaretten geben zu lassen und meine momentane Gedrücktheit wird schwinden.

Übrigens, Herr Doktor, lassen Sie davon ab, mich nochmals zu untersuchen, ich bin gesund. An Gedächtnisschwäche leiden 100 000 Menschen, ohne daß sie zum Arzt gehen. In dieser Hinsicht läßt sich nun eben nichts machen.

Hat mich nun der andere Mensch hieher hingeführt, gut dann meine Herren, so werden Sie nicht auch der Sklave dieses meines zweiten Ichs, sondern lassen Sie mich hinaus in die freie Natur. Wenn dieses gegen Ihre Pflicht ist, mich nimmermehr durch Enthaltbarkeit des Rauchens niederzudrücken und so aus mir einen nichtsdenkenden, nichtsfühlenden Menschen zu machen.

Ich habe die größte Achtung vor Ihnen und Ihrer Wissenschaft, demnach warne ich Sie als Laie, mir das Rauchen hier nicht zu verbieten.

Wie die Blume nicht ohne Licht und Luft leben kann, so kann ich nicht ohne Rauchen leben. Meinen Sie, daß mir das Rauchen schadet, gut, dann entziehen Sie mir dieses nach und nach. Dem Alkoholiker können Sie nicht mit einem Male den Schnaps entziehen, dem Raucher nicht das Rauchen. So bitte ich Sie nun herzlich, ziehen Sie an Speise und Trank ab, geben Sie mir dafür gütigst zu rauchen.

Übrigens verstehe ich nicht, wieso ich in Anstaltskleidung gesteckt werde. Ich gebe Ihnen mein Wort, so etwas macht mich unfrei, kennzeichnet mich den anderen gegenüber.

Ich wiederhole es noch einmal, entweder lassen Sie mich gütigst sofort gehen, in welche Stadt es auch sein mag, oder lassen Sie mir hier meine freie Lebensweise. Sie behandeln mich gütig, aber das ewige Bewachen kränkt mich. Ich gab Ihnen mein Wort, mich hier nicht zu töten, Ihnen nicht die geringste Unannehmlichkeit zu bereiten, ich bitte Sie dagegen, behandeln Sie mich gütigst nicht wie einen Kranken, ich fühle es sehr genau heraus, was echt oder unecht ist. Ich gebe Ihnen mein Wort und werde es halten, seien Sie jedoch so gütigst und suchen Sie mich zu verstehen. Behandeln Sie mich wie einen Gesunden, selbst wenn ich

es nach Ihrer Meinung nicht sein sollte. Lassen Sie mir die Lebensweise, wie ich sie haben muß, d. h. Rauchen, feste Nahrung, gottesfreie Natur und ich werde gesunden, wenn ich wirklich krank sein sollte.

Gewiß, normal ist mein Zustand nicht, weil ich nicht sprechen kann, weil mein Gedächtnis für die Vergangenheit zum Teil verloren gegangen ist, ich sage mit Recht, zum Teil denn — —

Der weitere Teil der Selbstschilderung enthält nichts Wesentliches.

---

Er bekräftigt sein Aussagen wiederholt.

Am gleichen Tage sagt er, „Ich bemühe mich, wenn ich allein bin, verzweifelt zu sprechen.“

Auch in der nächsten Nacht habe er sich selbst im Traume mit tieftraurigem Blick gesehen. Es müsse etwas Tieftrauriges auf ihn eingestürzt sein, die letzten Eindrücke müßten mit seiner Schwester und H. zusammenhängen. Es sei vielleicht eine Art Selbsthypnose, daß er nicht mehr sprechen könnte. Er sehne sich nach seiner Vergangenheit und habe zugleich das Gefühl, daß es besser wäre, wenn er nichts davon erführe. Geist und Seele seien noch getrennt; habe noch keine Macht über sich. Seine Selbstmordgedanken seien zurückgetreten. „Vielleicht habe ich mal Nietzsche gelesen, das ist ein Mensch, der alles ableugnet, Gott und das Sein.“

Am gleichen Tage gelingt es, ihn zum Pfeifen, zum Aussprechen von Vokalen und Silben zu bewegen und schließlich spricht er auch wieder.

In einer Reihe von hypnotischen Sitzungen (die Hypnose ist sehr leicht herbeizuführen) gelingt es, ihn zu detaillierten Angaben über seine Vergangenheit zu bringen. Sie mögen nach seinen Aufzeichnungen nachgelesen werden. Er behält nämlich diese Erinnerungen über die Zeit der Hypnose hinaus. Zeitweise tritt Widerstreben gegen die Hypnose ein. Bemerkenswert sind Angaben, die er am 26. Dez. in der Hypnose machte. Er habe bei der Aufnahme in der Klinik sprechen wollen, aber nicht sprechen können. Es sei ein Kampf zwischen seinem gesunden und seinem kranken Bewußtsein gewesen. Hierdurch sei das Gefühl entstanden, es sei ein anderer Mensch da. Im Automaten-Restaurant habe er zuerst einen Menschen gesehen, dann fand er Ähnlichkeit mit einer Eule heraus und dann kam der Wahn, daß es wirklich eine Eule sei und das schien ihm dann ganz natürlich. „Warum sollte eine Eule hier nicht Kaffee trinken?“ Er fühlte die beiden Menschen aus sich herauswachsen. Er hatte Furcht in seinem Wahnsinn, einem anderen Böses zu tun.

Am 27. Dez. meint er, er werde immer unglücklicher, je mehr die Erinnerung wiederkäme.

Bis zur Entlassung am 28. März 1907 bietet er nichts Auffälliges. Er ist im allgemeinen ruhig und geordnet, hat zahlreiche Wünsche und ist leicht erregbar.

---

Nun der Bericht, den er über seine Vorgeschichte schrieb:

Die Rückerinnerung an meine Vergangenheit in wirklich mich selbst überzeugender Art, ist kaum 6 Wochen alt — und ich zähle 35 Jahre! — —

Urplötzlich, wie durch ein Erdbeben, ein Ort, eine Stadt verschwindet, so verschwand mein Gedächtnis!

Orte, Städte verschwinden — sie sind versunken — begraben, doch die andern, ringsumher bleiben, obwohl sie zittern — wanken!

So auch bei mir! Mein Gedächtnis ging verloren für alles, was meine „persönlichen“ Rückerinnerungen betrifft — das andere blieb — wankend und zitternd — aber es blieb! — —

Ich bin „mir“ fremd, doch die Welt mit ihrem Leben und Treiben ist mir bekannt — diese Erinnerung habe ich gerettet! — — Diese versunkenen Erinnerungen wurden mir nur so langsam ausgegraben — ausgegraben mit einem Werkzeuge, welches sich Hypnose nennt! Dort stehen nun die einzelnen wiedergeschaffenen Rückerinnerungen — ganz und ungreifbar — andere sind zerfallen — lückenhaft — und das Ganze hat eine falsche Umgebung — es ist fremd, nicht zusammengehörig — dennoch sagt man, es gehört mir — daher glaube ich es — die Überzeugung fehlt! —

So will ich hauptsächlich vorerst von dem erzählen, was mir die Hypnose erschlossen — ich will denken — einreihen, damit etwas Zusammenhängendes entsteht, darum zerlege ich die Rückerinnerung meiner Vergangenheit in drei Teile.

I. Die durch Hypnose bewirkte, mich nicht ganz überzeugende Rückerinnerung.

II. Persönliche Annahme z. B. so muß es gewesen sein.

III. Rückerinnerung aus mir selbst, also mich ganz überzeugende Rückerinnerung!

Diese drei Teile werde ich stets besonders auseinanderhalten, d. h. diesbezügliche Bemerkungen hinzufügen, die ich in folgender Abkürzung markiere.

Gedanken nur durch Hypnose hervorgerufen, also Teil I (H. in Abkürzung).

Persönliche Annahme usw., also Teil II (A. in Abkürzung).

Rückerinnerungen aus mir selbst usw., also Teil III (R. in Abkürzung).

Nach den bei mir gefundenen Militärpapieren bin ich am 25. September 1871 in Konitz (Westpr.) geboren (H.), mein Vater war Regierungslandmesser, meine Mutter, eine geborene von M., lebt (A.) so nehme ich an in Thorn.

(A. u. H.). Von meiner frühesten Jugend bis zum Alter von 18—19 Jahre meine ich in Thorn, möglich auch bei Thorn, im Hause meiner Eltern, in Gemeinschaft mit meinen älteren Geschwistern, 2 Brüder und einer Schwester, gelebt zu haben. (Letzteres aus dem Briefe meines Bruders X. ersehen.)

Nun meine Jugendzeit! (R.). Ich muß eine herrliche Jugend verlebt haben, sonst würde mir die Natur nicht so vertraut, so lieb erscheinen! Alles grüßt mich, die kahlen Bäume, das welke Gras, die pfeifende Amsel, der singende Fink — sie grüßen und erzählen von einer Zeit — einer herrlichen Zeit — meiner Jugend!

(A. u. H.). Wenig war mein Vater zu Hause und schwer fiel es meiner Mutter, uns zurückzuholen, wenn wir nach dem Mittagessen davon gerannt waren. Ja, wo sollte man uns denn auch suchen, einer ging in den Wald, der andere fuhr Kahn und der dritte lief nach der Stadt.

(R.). Mein Vater war heftig, wiederum gutmütig, sehr gottesfürchtig und edel, für uns das Ideal eines Mannes! Meine Mutter, meine teure Mutter, war die ewigverzeihende, ewigliebende, sich für ihre Kinder und ihren Mann stets selbstaufopfernde Gattin und Mutter. Warum ist mir das Bild, die Gestalt meiner Mutter, noch immer mit einem Schleier überzogen, während mein Vater so greifbar vor mir steht? O du höhnedes Schicksal, wenn du mir den lieben Toten zeigst, der längst den finstern unbekanntem Weg ins Jenseits gegangen, warum verbirgst du mir die Gestalt meiner teuren Mutter, die mich liebt, sich nach mir sehnt, die ich achte und verehere wie eine Heilige? — — Wie meine anderen Geschwister aussahen, ich weiß es nicht. Obwohl der eine Bruder Stanislaus (der nach dem Briefe meines Bruders Xaver krank sein soll) mir nicht fremd erscheint! (H.). Ich sehe ihn! Er ist mindestens einen Kopf größer wie ich, hat dunkles Haar, dunkle Augen, ein feines, etwas weibliches Gesicht. Armer Bruder, du bist krank, kränker wie ich, ob du aber unglücklicher bist, das ist die Frage! — —

(A.). Wenig, fast gar nicht haben wir Geschwister in der Jugend zusammen gespielt und später gingen unsere Lebenswege zu weit auseinander!

(A.). Ich beendete meine Schulzeit in Thorn, ebenso war ich in derselben Stadt bei einem Kaufmann in die Lehre geschickt (der Name ist mir entfallen). (R.). Meine erste Stellung als Handlungsgehilfe nahm ich in einem Seidenwarengeschäft in Bromberg an, die Firma hieß Abr. Friedlaender, das mag im Jahre 1889 oder 90 gewesen sein. (H.). Dann ging ich nach Danzig, von dort nach Berlin. Den Namen der Firma in Danzig habe ich vergessen, dagegen war ich Berlin bei Gustav Cords und A. Wertheim, wahrscheinlich bis 1894 oder auch 1895 tätig.

(A.). Nun kommt eine für mich nicht aufgeklärte Zeit. Ich weiß es, daß ich noch in Stettin, Frankfurt a. M., möglicherweise auch in Bremen tätig war, nur kann ich nicht die Reihenfolge angeben, ebenso wenig die Firmen, halt, da fällt mir ein, daß ich in Stettin bei L. Manasse tätig war (H.).

Vor ca. 4—5 Jahren, es können auch 3—4 Jahre her sein, bekleidete ich eine Reise-stelle für ein Plauerer Gardinenhaus.

(A.). Trotz meiner wahrhaft wilden, herrlichen Jugendzeit hatte ich immer die Neigung, etwas Neues zu schaffen, diese Neigung wurde später bei mir zur Leidenschaft — ich wurde

Erfinder! (A.). Ob nun diese Erfindungssucht deswegen bei mir zur Leidenschaft ausartete, weil ich mich als Kaufmann nicht frei genug fühlte, weil mich die Erfindungssucht schon längst ergriffen hatte, kann ich nicht beurteilen. Tatsache ist es, daß ich meine Stellung als Reisender aufgab, um mich ganz meinen Ideen zu widmen.

(H.). Es waren nur kleine Sachen, die ich hervorbrachte, Verbesserungen usw., doch der Verkauf dieser Neuheiten war mir stets leicht, aber so auf Kommando konnte ich auch nichts Neues schaffen und so wurde mir wohl oft das Geld knapp, ich mußte mich an meine Angehörigen wenden (A.) diese gaben ungern, sehr ungern, ich hoffte mit einem Male alles wieder geben zu können, deswegen beugte ich meinen Nacken und bat! — — Es muß zuletzt ein Hundeleben für mich gewesen sein, ein Leben, wie es jammervoller wohl kaum andere Menschen je durchgekostet haben, Hunger, Elend, Zweifel, Hoffen, waren meine Begleiter in langer, langer Zeit! — —

(H.). Ich nehme an, 3—4 Tage vor dem Ausbruch meiner Krankheit nach Leipzig gekommen zu sein und in einem, mir von früher bekannten Gasthause, mich einlogiert zu haben. Dort wohnte ich wohl zwei Tage und wollte sodann (A.) auf Kredit mich so lange dort aufhalten, bis ich Geld erhalte, man verweigerte mir den Kredit (H.) und ich zog trotzdem ich Geld erhielt (von wem ist mir nicht bekannt) nach einem anderen Gasthause, mit der Absicht, den nächsten Tag meine Sachen aus dem ersten Gasthause zu holen und dort niemals mehr zu wohnen.

Doch dazu kam ich nicht! (H.) Ich muß den nächsten Tag, wahrscheinlich einem Sonntag, von morgens früh schon planlos umhergelaufen sein, bis ich mich auf einmal, gegen 3—4 Uhr nachmittags in einem Speise-Automaten befand.

(A.). Mein Zustand an diesem Tage ist wohl abwechselnd in einer zeitweisen vollständigen oder teilweisen geistigen Umnachtung und wiederum in kurzer geistiger Klarheit zu finden und nehme ich an, daß ich willenlos nach dem Speise-Automaten gegangen bin, dort den anderen Menschen nachahmend, mir Kaffee bestellte, oder selbst holte, und beim Trinken zu einer gewissen geistigen Klarheit gelangt bin, sonst würde ich nicht in der (H.) Hypnose von einem Herrn gesprochen haben, der mir vis-à-vis saß und sich schließlich in eine Eule verwandelte. Diese Verwandlung ist wiederum auf die zeitweise geistige Umnachtung zurückzuführen.

(A.). Es mögen wohl Stunden vergangen sein, ich hörte dann ein Klirren, merkwürdig, daß mir das Klirren so im Gedächtnis haftet, ob man in meiner Gegenwart etwas zerbrach?

(R.). Ich erwachte — lag in einer kahlen Zelle . . . .

(Es folgt jetzt die Schilderung des uns bereits bekannten.)

Die ausführlichen Angaben der Familienangehörigen bestätigen auch in Details seine Berichte. Er hat sich übrigens mit seinen Geschwistern entzweit, weil er zur Zeit seines Umherirrens in der Welt an seine Geschwister Briefe schrieb, „die eines Bruders nicht würdig waren.“ Die Verwandten halten ihn für gut veranlagt und führen sein Versagen im Leben auf seine übermäßig entwickelte Phantasie zurück.

Nun ein kurzes Resümee der Krankengeschichte. Gei, ein gut veranlagter zur Phantasterei neigender Mensch kommt von seiner geregelten Lebenstätigkeit durch die Leidenschaft nach Erfindungen zu suchen ab und gerät in unerträgliche Notlage. Diese schließt damit ab, daß er einen Selbstmordversuch macht und plötzlich in einen hysterischen Zustand verfällt, in dem er die Sprache und alle jene Erinnerungen verliert, welche sich auf seine eigene Persönlichkeit beziehen. Beides hatte ihm der „andere Mensch“ genommen, der doch er selbst ist und dessen Hand ihm in einer autoskopischen Halluzination erscheint. Die Erinnerung kehrt ihm in der Hypnose wieder, aber er wird um so unglücklicher, je mehr die Erinnerung wiederkehrt.

Den Zweck der Erkrankung, deren Zuteilung zur Hysterie nicht angezweifelt werden kann, ist durchsichtig.

Die Deutung dieses in mancher Hinsicht merkwürdigen Falles, den mir Herr Dr. Quensel in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat, wofür ich ihm zu aufrichtigen Dank verbunden bin, soll hier nur in groben Umrissen versucht werden. Ein exakter Erklärungsversuch müßte eine vollständige Theorie

der Hysterie enthalten. Eine solche zu versuchen, liegt uns vollständig fern. Hört man den Patienten über seinen Zustand berichten, so glaubt man fast, er habe Kenntnis von den Theorien Janets, der ja dem *dédoublement de la personnalité* bei der Hysterie eine wichtige Rolle zuweist. Uns ist der Anlaß gegeben, die Frage aufzuwerfen, ob es denn wirklich berechtigt ist, von der Bildung einer zweiten Persönlichkeit zu sprechen. Unser Patient hat verloren: die Sprache und diejenigen Erinnerungen, welche sich auf seine eigene Persönlichkeit beziehen. Er schreibt diese einer anderen Persönlichkeit zu, welche er als einen feindlichen Andern auffaßt. Niemals verliert er jedoch die Kenntnis, daß jener feindliche Andere doch er selbst ist. Es ist also in unserem Falle nicht richtig, zu behaupten, es erwüchse allmählich ein zweites Ich, welches dem ersten Ich fremd sei (vgl. hierzu Janet).

Aber auch wenn im vollständig somnambulen Zustand nur vereinzelte Empfindungen zutage treten, sind diese nicht Empfindungen eines neuen Ichs, sondern es ist immer wieder das gleiche Individuum, welches diese Empfindungen erlebt. Anderenteils ist das Individuum im latenten Besitz dessen, was dem anderen Ich zugehört. Der hysterische Blinde schreibt auf, was er angeblich nicht sieht. Janet hat ja selbst darüber Experimente gemacht. Nur kann ich mich eben nicht damit einverstanden erklären, daß Janet dann wieder von Automatismus spricht, wenn durch das „automatische“ Schreiben komplizierte Rechenaufgaben gelöst werden.

Unser Patient selbst bemerkt sehr richtig, daß er doch irgendwie von seiner Vergangenheit Kenntnis haben müßte, denn sonst würde er wie ein Kind sein.

Nun finden wir analoge Verhältnisse in allen einschlägigen Quellen. Auch die berühmten Fälle von doppeltem Bewußtsein (Azam, Mitchel, Mac-Nish, Wilson, Bourru-Burrot, die künstliche Felida Janets) zeigen das gleiche. Es bildet sich nicht etwa eine neue Persönlichkeit, ein neues Ich, sondern es tritt nur eine neue Seite der Persönlichkeit zutage. Man kann das Erhaltenbleiben der alten Persönlichkeit des alten Wissensschatzes ja auf sehr verschiedene Art nachweisen. Janet bedient sich des unwillkürlichen Schreibens. Prince und Peterson haben in einem der ausgesprochensten Fälle dieser Art (Prince hat ihm ein Buch von 500 Seiten gewidmet) mittelst des psychogalvanischen Phänomens nachgewiesen, daß die Erlebnisse aus dem *état second* auch der aktuellen Persönlichkeit gegenwärtig sind. Auch das sog. Kristallsehen zeigt, daß die Erinnerungsspuren nicht wirklich verschwunden sind. Das Individuum, welches in einen Kristall sieht, sieht dort alles, was ihm entschwunden war. Also in allen diesen Fällen ist die Einheit des Bewußtseins und die Einheit des Ich auf das strengste gewahrt. „Die doppelte Persönlichkeit ist somit nur ein doppeltes System von Inhaltzusammenhängen und ein abgespaltenes Bewußtsein darf weder in die zweckmäßig arbeitenden Rückenmarkzentren noch in die selbständig funktionierenden Gehirnteile hysterischer Patienten verlegt werden. Wir könnten mit demselben Recht jeder einzelnen Vorstellung ein besonderes Bewußtsein ankleben, die größere oder geringere Festigkeit im Zusammenhang der Inhalte, kann nicht darüber entscheiden, ob wir es mit demselben oder einem anderen Bewußtsein zu tun haben.“ (Münsterberg.) Zu vergleichen sind übrigens die besonnenen Ausführungen von Binswanger und Raimann.

Ich kann mir nicht versagen, wenigstens kurz darauf hinzuweisen, in welcher Weise die nicht gegenwärtigen Erlebnisse vorhanden sind. Die Einengung des



Bewußtseinsfeldes allein kann es unmöglich sein. Denn um den Versuch Janets nochmals zu wiederholen in denjenigen Teilen des Bewußtseinsfeldes, welche durch die Einengung Schaden gelitten haben, vollziehen sich komplizierteste Rechenaufgaben, die der Zerstreute und Unaufmerksame nicht zustande bringen würde. Der partielle Somnambulismus lehrt uns mit Entschiedenheit, daß auch in dem anscheinend verfallenen Teile des Bewußtseinsfeldes das Ich in aufmerksamen Akten leben kann. Das was diese Akte kennzeichnet ist nur, daß sie zu einer Gruppe andersartigen Erfahrungen nicht in Beziehung gesetzt werden oder exakter nicht direkt in Beziehung gesetzt werden. Wenn ich mich also einer bildlichen Ausdrucksweise bedienen darf, die Bewußtseinserlebnisse sind kreisförmig, um das Ich angeordnet, nach jedem hin zieht ein Ichstrahl, ein jedes ist im unmittelbaren Ichfelde, nur trennen radiär angeordnete Scheidewände die Erlebnisse so, daß sie nicht durch unmittelbaren Willensentschluß zueinander in Beziehung gesetzt werden können. Ich halte infolgedessen jeden allgemeinen Versuch zur Bestimmung der allgemeinen Eigenschaften des Unterbewußtseins oder Gemeinbewußtseins (Bechterew) für verfehlt. Gewiß ist dieser ganze seelische Zustand ein durchaus eigenartiger. In denjenigen Ichstrahlen, welche Erlebnisse außerhalb des abgegrenzten Feldes treffen, wird nicht jene volle Aktivität enthalten sein, welche den Bewußtseinserlebnissen des Normalen zugehört und jene nicht vereinheitlichte Erlebnisrest wird auch dem Aktcharakter des Vordergrunderlebens einen eigenartigen Stempel aufdrücken.

Wir haben nun noch zu bestimmen, welcher Art die Scheidewände sind, von denen wir sprachen. Sie sind gegeben durch Determination. Es ist eine Einstellung gegeben über eine Erlebnisgruppe hinwegzusehen. Hiermit meinen wir eine psychologische Deskription und zunächst noch keine psychologisch-genetische Erklärung. Das Vergessen des traumatogenen Erlebnisses (falls ein solches zu erweisen ist) ist für diese Betrachtungsart ein Symptom, welches gleichzusetzen ist dem Vergessen andersartiger Erlebnisse in der Amnesie.

Daß solche deskriptiv klare Verdrängungen sich nachweisen lassen, ist allerdings eine Vorbedingung für eine Theorie, welche eine Verdrängung an den Eingang der Krankheit setzt. Eine derartige Theorie (es ist dies der ursprüngliche Standpunkt von Breuer und Freud) scheint uns aber zumindest in einer großen Anzahl einschlägiger Fälle nicht ohne Berechtigung zu sein. Vergleichen wir also nochmals Depersonalisation und Hysterie<sup>1)</sup> so ergibt sich, die Hysterie entspricht einer Abwendung vom schmerzenden Erlebnis, während der Depersonalisierte der fortdauernden inneren Forderung des Erlebnisses nicht entgeht<sup>2)</sup>. Für die deskriptive Betrachtung liegt der Unterschied wieder darin, daß das hysterische Symptom einen durch Determination erreichten Defekt darstellt, während das Erleben des Depersonalisierten den Charakter der Widersprochenheit trägt.

Wir wenden uns nun den autoskopischen Erlebnissen unseres Patienten zu. Er sieht nachts vor sich eine weiße Hand, die er als seine eigene bezeichnet und hört zu sich sprechen mit seiner eigenen Stimme und dieser Andere, der er selbst ist, behauptet, seine Erinnerungen und seine Sprache zu besitzen.

Bevor wir die Analyse dieses Erlebnisses weiterführen, rekurrieren wir unserem Prinzipie treu auf die Psychologie des Normalen.

<sup>1)</sup> Hysterie im Sinne eines Symptomenkomplexes vgl. auch Kapitel I.

<sup>2)</sup> Die Fassung ergänzt bewußt die Formulierung des I. Kapitels.

Ich habe selbst einige einschlägige Versuche vorgenommen; als ich anläßlich der Durcharbeitung des Materiales über Autoskopie versuchte, mich mir selbst vorzustellen, kam ich zu folgenden Ergebnissen. I. Es ist mir sehr leicht, ein mehr oder minder genaues Vorstellungsbild meiner selbst vor mich hinzustellen. II. Ich kann mich gleichsam selbst von außen betrachten mit einem vor mir stehenden geistigen Auge.

Diese Selbstbeobachtungen gaben mir zu folgenden Experimenten Anlaß: I. Ich verlangte von meinen drei Versuchspersonen, sie sollten sich selbst vorstellen, dies erfolgte meist in der Art, daß sie ein Bild vor sich hinstellten, II. die zweite Instruktion, die ich gab, war: Stellen Sie sich selbst vor, aber nicht so, daß außer dem Körper, den Sie fühlen, ein zweites Vorstellungsbild vorhanden ist. Sondern stellen Sie sich selbst so vor, wie Sie sich sehen, wenn Sie den Blick über Ihren Körper hingeleiten lassen. Es soll jedoch in dem Vorstellungsbilde auch das Antlitz vorhanden sein.

Die Versuchspersonen saßen bequem. Die Augen waren geschlossen.

Die Resultate waren folgende:

Doktor R. I. Es gelingt leicht, sich selbst vorzustellen, es war etwas flächenhaft, wie ein Spiegelbild, das Bild war ruhig, hatte seine Kleidung, war jedoch in einer anderen Stellung. Auf die Details gehe ich nicht weiter ein. Die Ich-Beziehungen dem Bilde gegenüber sind die gleichen, wie bei anderen Bildern. II. Er sieht sich gleichsam von einem Punkt von innen; dieser Punkt, der sieht, wandert von der Mitte des Körpers nach beiden Seiten hin. Es gelingt ihm nicht, dieses innere Auge, das völlig unanschaulich gegeben ist nach außen zu verlegen und wenn er das versucht, so kommt schließlich das gleiche Erlebnis wie im ersten Versuch zustande.

Auf die Frage (sie wird an jede Versuchsperson gestellt), in welcher Weise er sich vergangene Situationen vergegenwärtigt, gibt er an, er sehe sich in einem kleinen räumlich angeordneten Bilde vor sich und sei verkleinert.

Dr. Wei. I. Er sieht sein Bild verkleinert vor sich, das Bild ist ruhig und farblos, es ist eigentlich ein Erinnerungsbild an eine Photographie. II. Er sieht sich gleichsam von innen durch vermittelt eines geistigen Organs, dieses geistige Organ wandert im Körper herum, es ist dabei ein gewisser Eindruck des Hohlseins vorhanden. Er kann dieses geistige Organ nicht nach außen verlegen. Bei dem Versuche hierzu schlägt das Erlebnis, in das des ersten Versuches um und wenn er sich zwingt, zu denken, das projizierte Bild beobachte ihn, so kann er das nur so denken, als beobachte ihn ein anderer.

Vergangene Situationen aus seinem Leben stellen sich ihm so dar, daß er sich beträchtlich verkleinert flächenhaft vor sich sieht.

Dr. Wa. I. Er sieht sich nicht sehr plastisch, nur das Gesicht ist sehr deutlich, sowie im Spiegelbild, das Bild ist ruhig und gleicht ihm an Alter und Kleidung. Das ganze Bild etwas flach. II. Er sieht sich in halber Figur, es ist so, wie wenn ein geistiger Blick aus einem geistigen Auge, das etwa ein Meter von ihm entfernt ist, zunächst auf seine Knie blickte und ihn dann von unten hinauf mit dem Blicke absuchte. Dieses geistige Auge ist etwas unvorstellungsmäßig gegebenes. Dabei das Bewußtsein, daß es der eigene geistige Blick ist und das Wissen, daß er selbst in dem Stuhle sitzt; er kann sich nicht vorstellen, daß dieses geistige Auge in ihm sitzt.

In erinnerten Szenen aus seinem Leben weiß er sich in normaler Größe im Raume, er sieht sich selbst dabei nicht.

Ich habe daraufhin diese Versuche nochmals mit möglichster Sorgfalt an mir selbst wiederholt. Die Versuchsergebnisse der ersten Fragestellung übergehe ich, da sie nur geringes Interesse bieten. Wesentlicher sind die des zweiten Versuches. Wie Dr. Wa. sehe ich mich selbst für gewöhnlich von außen, ich habe den Eindruck, daß dieses geistige Auge durch keine Vorstellung gegeben ist. Es ist ein unanschauliches Wissen. Zeitweise symbolisiert sich mir, dieses unanschauliche Wissen in der Form, daß ich zarte Strahlen von starker Lichtbrechung von einem Punkte gegen mich ausstrahlen sehe. Ich weiß, daß die Vorstellung hergenommen ist von der Kernspindel bei der Zellteilung. Nachdem ich viel über die Sache nachgedacht habe und den Ausdruck inneres Auge bei mir verwendet habe, sehe ich auch Strahlen, die von einem Auge ausgehen.

Durch Willensentschluß bringe ich es jedoch auch dazu, den Beobachtungspunkt von außen nach innen zu verlegen. Im gleichen Moment entsteht ein schwer zu beschreibendes Bewußtsein, eines Ausgehöhltheits. Es besteht die paradoxe Vorstellung, daß das geistige Auge innen ist, durch einen ausgehöhlten Raum sieht und mit dem Blicke nicht die innere Seite der Hauthülle trifft, sondern direkt die Außenseite. Je nach dem Punkte der Oberfläche, der beobachtet wird, wandert dieses immaterielle Auge.

Während in dem Falle der Beobachtung von außen gleichsam der Denkprozeß nach außen verlegt und trotzdem noch das „Ich“ im Körper selbst erlebt wird, ist von einer derartigen scheinbaren „Spaltung des Icherlebens“ in dem zweiten Falle nichts nachweisbar.

Das wichtige Ergebnis dieser Versuche ist, daß die Lokalisation des Denkprozesses für die Selbstbeobachtung durch bestimmte Einstellungen jederzeit abgeändert werden kann. Wie ich aus meinen eigenen Versuchen sagen kann, die Abänderung der Lokalisation des Denkens ist nicht eine schlechthin willkürliche, sondern sie wird in unserem Falle durch eine bestimmte Betrachtungsweise indirekt aber zwingend herbeigeführt.

Wir lernen durch diese Versuche ferner, daß durch eine Richtung der Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper ein eigenartiger Eindruck des Hohlseins entstehen kann.

Schließlich zeigt sich uns, daß man jederzeit scheinbare Ichspaltungen auf dem beschriebenen Wege hervorbringen kann. Wieder kann ich aus eigener Erfahrung sagen, diese Ichspaltung ist eine scheinbare, sie ist eine Folge des Eindrucks, daß ein eigenes Denken, räumlich getrennt vom Körper existiert, es ist also mehr eine eigenartige Lokalisation des Denkens als ein besonderes Icherlebnis.

Die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Pathologie liegt auf der Hand. Sie erklären vieles aus dem Gebiete der Depersonalisation (darauf gehen wir an dieser Stelle nicht ein) und macht uns sonst unverständliche Erscheinungen der Autoskopie verständlich<sup>1)</sup>.

Man erkennt sofort, daß unsere Experimente eine Handhabe bieten zur Erklärung jener Formen der Autoskopie, in denen ein beseeltes zweites Ich

---

<sup>1)</sup> Auch die kuriosen Beobachtungen von Sollier und Comar über die Selbstwahrnehmung innerer Organe (nach Sollier wird sogar eine mikroskopische Struktur gesehen) finden durch ähnlich angelegte Experimente eine einfache Erklärung.

auftritt, mag es nun Gestalt und Form des ursprünglichen Ich annehmen oder nicht.

Wir wenden uns also zu jenen Autoskopiefällen, in denen das Persönlichkeitserlebnis gleichsam verdoppelt erscheint.

Wir erwähnten schon in unseren Experimenten gefunden zu haben, daß ein Auge von außen auf das Ich blicken kann und daß das Ich gleichzeitig sein Denken im äußeren Raum lokalisiert und gleichwohl sich selbst an einer anderen Stelle weiß. Wir erwähnten schon, daß nur eine eigenartige Lokalisationsstörung des Denkens vorliegt, im übrigen aber nichts anderes als das, was geschieht, wenn ich sonst einen Teil meiner selbst beachte. In der Mehrzahl der Fälle von Autoskopie wird jedoch nicht bloß das geistige Auge nach außen verlegt, sondern es erscheint gleichzeitig halluzinatorisch oder pseudohalluzinatorisch ein optisches Bild, wir werden dieses nicht anders bewerten, als die symbolischen Vorstellungen, die bei meinen Versuchen hervortraten. Es ist mir übrigens auch jederzeit möglich, willkürlich die Vorstellung zu entwerfen, daß nicht ein geistiges Auge, sondern ein „zweites Ich“ auf mich blickt.

Wie mangelhaft Sollier die Lehre von Ichverdoppelungen begründet, möge kurz die Wiedergabe des Falles 7 seiner Publikation über Autoskopie illustrieren.

Die 17jährige Tina M., eine Hysterica mit Sensibilitätsstörungen hat stets zwei „Ich“ in sich gefühlt. Das eine spricht dafür, das andere dagegen und sie sieht zu. Sie halluziniert eine schwarz gekleidete Gestalt mit faszinierendem Blick. Denkt sie an Liebe und Ehe, so erscheint ihr die Gestalt und diese hat dann die gleichen Ideen wie sie selbst, die Gestalt sagt ihr unerhört süße Liebesworte. Sie verspürt dann zu gleicher Zeit Furcht und Befriedigung. Sie fühlt, wie er sie völlig einhüllt und fühlt seine Berührung, er spricht mit ihr und sie hört ihn. Während der Erscheinung ist sie in träumerischem Zustand und kann die Augen nicht öffnen. Sie ist völlig anästhetisch. Sie macht Abwehrbewegungen bei Stichen, weiß, daß sie es ist und ist gleichzeitig davon überzeugt, daß nicht sie es sei, die Abwehrbewegungen mache. Ihr Körper scheint ihr leicht im Raume zu schweben, ihr Kopf ist leer, sie hat keine Kenntnis von der Zeit und fühlt sich glücklich. Für die Außenwelt ist sie völlig unempfindlich. Sie erklärt, daß vier Personen in ihr sind, zwei Stimmen, die sich widersprechen, eine dritte, die zusieht (sie selbst) und schließlich ist sie moralisch identisch mit der Person außer ihr.

Sollier akzeptiert die Theorie der Patientin und nimmt gleichzeitig vier Persönlichkeiten an. Über die widerstreitenden inneren Stimmen hatte ich mich ja schon in dem Kapitel über Ichbeziehungen des Denkens geäußert. Daß die Deutung des autoskopischen Erlebnisses, so wie sie Sollier gibt, nicht berechtigt ist, geht ja wohl aus unseren bisherigen Ausführungen zur Genüge hervor. Man könnte versucht sein, in diesem Falle von Einfühlungserlebnissen zu sprechen. Wir haben immer wieder betont, wie weit dieser Begriff in der gebräuchlichen Bedeutung ist. Ich lege besonderen Wert darauf zu betonen, daß die abnorme Lokalisation des eigenen Denkens im Raume ein spezifisches Erlebnis ist, auch dann, wenn dieses eigene Denken in eine „fremde Persönlichkeit“ lokalisiert wird.

Bei Fiebernden, insbesondere bei Zuständen, die mit Schmerzen verbunden sind, treten ähnliche Zustände mit der Nuance häufig auf, daß der Schmerz im eigenen Körper lokalisiert und dieser als z. T. ichfremd bezeichnet wird. So ergeben sich Übergänge zur Depersonalisation, auf deren genauer Analyse wir mit

Rücksicht auf das Vorhergegangene verzichten können. Es sind Vereinigungen von Lokalisationsstörungen des Denkens und der Widersprochenheit des Erlebens. Man vergleiche hierzu die Angaben Geißlers über jene junge Blinde, welche sagt: „Ich leide nicht so wie sie glauben. Es ist mir, als lebte da nicht ich, sondern ein anderer.“ Wiewohl in diesem Falle nichts Genaueres über den Beobachtungspunkt gesagt wird. Man ziehe zum Vergleich auch noch die Beobachtung Juliusburgers heran. Ich kann noch über folgendes berichten. Dr. Wei berichtet mir von einer fieberhaften Erkrankung: er fühlte sich vom Körper getrennt als Seele, der Körper kam ihm wie etwas Fremdes vor. Er empfand aber die Schmerzen mit, als ob der Körper doch ein untergeordneter Teil seiner selbst sei.

Nun zu der Analyse der eigenen Beobachtung (Pat. Gei). Er sieht eine Hand, die er sich selbst zuschreibt und jener Andere behauptet diejenigen Fähigkeiten zu haben, die ihm fehlen. Die Erklärungsmöglichkeiten sind folgende: Es kann sich möglicherweise nur darum handeln, daß sich an die halluzinierte Hand die Bewußtheit anschließt, das bin ich und die Worte des Anderen sind halluziniert, ebenso wie jede andere akustische Halluzination. Anders läge jedoch die Sache, wenn der Patient nicht bloß wüßte, daß der Andere seine Erinnerung und seine Sprache hat, sondern, daß er sie auch direkt in jenem Anderen erlebte.

Es wären dann in dem anderen ein Denken und Erinnern, welches doch als Denken und Erinnern des Ichs gekennzeichnet ist. Ich kann mich des Eindruckes nicht erwehren, daß dieser Sachverhalt in unserem Falle vorliegt, und daß bei dem sog. Kristallsehen das Icherlebnis ein sehr ähnliches ist.

Schließlich können wir entsprechende Erlebnisse wieder im Traume antreffen. Hacker gibt folgenden Traum wieder.

Ich war auf einer Kegelbahn und stand draußen beim Kegeln, die besonders ein Herr besonders stark warf. Dann kam ein Bekannter und dieser Herr erzählte ihm, daß mich vier Kugeln getroffen hätten und ich tot sei. Die erste habe mich am Kopf verletzt, so daß ich sehr geschrien und gezuckt habe. Ich sah mich tatsächlich am Boden blutend liegen. Zugleich aber wußte ich, daß ich vor dem Herrn stehe und seiner Erzählung zuhörte, ohne daß mir diese Zweiheit auffiel.

Hacker hebt hervor, daß ihm in diesem Traume die „Verdoppelung“ gar nicht bewußt wird, sondern erst hinterher auffällt. In der Tat trennt dieser Unterschied des Traumerleben von dem Erleben der pathologischen Fälle. Immerhin glaube ich, daß unsere bisherigen Analysen geeignet sind, auch das Verständnis derartiger Traumerlebnisse zu erleichtern. Auch hier ist die „Verdoppelung“ nur eine scheinbare.

Nun ein weiterer Traum Hackers. Ich wollte von Bischoffwiesens nach Berchtesgaden fahren und ging mit einem schweren Rucksack beladen an den Schalter. Ein alter Mann, der gleichfalls einen schweren Rucksack zu tragen hatte ging vor mir hin, da sagte ein zweiter alter Mann, gib mir doch auch etwas von deiner Last, dann erreiche ich auch mehr. Da lief der erste davon und der zweite ging nach ohne ihn zu erreichen. Endlich aber erreichte er ihn doch und nahm ihm seinen Rucksack weg und nun lief ich mit dem gestohlenen Rucksack dem ersten alten Mann davon. Ich kam nun an einen Zaun und wollte rasch unten durchkriechen, doch war der Boden schlüpfrig und die Lücke zu eng. Ich warf Rucksack und Mantel von mir, um zu entfliehen, da sah ich aber, daß der alte Mann schon

kam. Ich starrte ihn entsetzt an und erwachte dabei mit lebhaftem Unlustgefühl. Während ich zuerst den beiden Männern zugesehen hatte, war ich auf einmal selbst der eine von beiden und trug auch dieselben Kleider und den alten Mantel, den ich selbst an dem zweiten bemerkt hatte.

Auch diese Traumerfahrungen scheinen mir in ihrer Bedeutung klarer zu werden, wenn man sich vergegenwärtigt, daß es schon normalerweise möglich ist, sein Denken außerhalb der körperlichen Person zu lokalisieren. Im Traume fallen ja die festen Bindungen zwischen der Körpervorstellung und dem Ich fort. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn das Ich im Traume gleichsam aus einem Leib in den anderen überspringt. Auch aus eigener Erfahrung sind mir Traumerlebnisse bekannt, in denen ich mit einem anderen sprach und plötzlich jener Andere war. So interessant die Frage nach dem Icherleben im Traum ist, so schwierig ist eine hinreichende genaue Beobachtung. Die Flüchtigkeit der Traumerinnerung und die Kürze der Erlebnisdauer im Traum selbst erschweren die Analyse.

Und schließlich suchen wir auf Grund des Erfahrenen die Erklärung eines sehr eigenartigen Verdoppelungserlebnisses, das Jaspers bei seinem Dr. Mendel konstatierte. Der Passus ist folgender:

„In diesen Stunden entwickelte sich nun auch das Gefühl der Gegenwart der anderen Persönlichkeit und der Verdoppelung weiter. Bisher hatte er in Schwankungen erlebt: eine andere Persönlichkeit gegenwärtig, die bis ins kleinste mitgeföhlt und sich mitbewegt, die dann er selbst in der Verdoppelung, er selbst als Weib ist. Nun in der Zelle wurde die Verdoppelung völlig deutlich. Jetzt steckte die andere Persönlichkeit in ihm, er föhlte in sich den weiblichen Körper. Er föhlte die weiblichen Brüste, die runden Hüften, die weiblichen Genitalien, doch föhlte er sich als den Kern, als realer, das Weibliche wie durchsichtig, wie gespensterhaft. Doch föhlt er das Leben des weiblichen Körpers, das Atmen usw. sehr deutlich. Als Mann föhlte er sich lang, hatte ein riesiges Glied und föhlte sich schön, wie den Adam Dürers. Er betrachtete sich in seiner Schönheit. So lang und wohlproportioniert, dachte er, werden nun alle Menschen. Zwischen ihm als Mann und zwischen ihm als Weib kam es nun zum Koitus. Es war ein Liebegeföh, ohne alle sexuelle Erregung, „so ein freies gehobenes Geföh“ ohne Wollust waren doch die Sinnesempfindungen und der Koitus da. Als der Koitus herum war, war das ganze Erlebnis der Verdoppelung fort. Es mag das vielleicht eine halbe Minute gedauert haben. Es ging eine schnelle Verwandlung vor sich in körperlicher Beziehung. Gleichwohl hatte er das Bewußtsein, daß er immer derselbe war, geistig gleich blieb . . . . Einige Tage später wiederholte sich noch einmal das Erlebnis der körperlichen Verdoppelung, sonst kam es nicht vor.“

Versucht man dieses Erlebnis zu deuten, so denkt man zunächst an die gleichen Mechanismen, die wir bei den Inkarnationserlebnissen unseres Patienten Karl O. feststellten. Also ein Erlebnis, vergleichbar dem des Hypnotisierten, der in der Hypnose zum General in Uniform wird? Aber es ist diese Erklärung nicht ausreichend. Es sind ja zwei räumlich getrennte Iche vorhanden. Sollten nicht Projektionsmechanismen des Denkens, wie sie uns beschäftigten, hier eine Rolle spielen? Man beachte doch, daß der Patient auf den eigenen Körper beachtend eingestellt ist. Freilich eine endgültige Erklärung ist auch das nicht. Aber so kommen wir dem Phänomen doch näher. Aber schließlich: Sicher ist, auch wenn der Patient einen „Teil“ seines Ich räumlich anders lokalisiert, es ist ebensowenig Grund eine „Ichverdoppelung“ anzunehmen, wie bei jenen einfachen Lokalisationsstörungen des Denkens, die wir experimentell studierten.

## Über Besessenheit.

Fall 34<sup>1)</sup>. Juliane S., geb. 1856, aufgenommen 1911. Familienanamnese belanglos, normale Entwicklung. Mit 39 Jahren ein Krampfanfall, mit 47 Jahren Menopause. 5 Kinder starben, ein Sohn ist gesund. 1908 nach Influenza heftige Kopfschmerzen. Seit August 1910 klagte sie über Rheumatismus und arbeitete wenig. Weihnachten 1910 begann sie durcheinanderzureden, lief von zuhause weg, blieb die Nacht fort, wurde auf der Landstraße gefunden. Arbeitete dann wieder bis Ende Januar 1911, erzählte dann Unsinniges, habe ihrem Mann etwas angetan, Vieh und Futter seien vergiftet. Bei der ersten Aufnahme in die Klinik, 28. Januar 1911, erwie sie sich als leicht abweisend. Die Orientierung war mangelhaft. Sie sei nachts fortgelaufen, um zu sehen, wie es draußen aussieht. Sie bezeichnet sich als Christuskind. An einem Abend sei lauter Helles heruntergefallen. Sie hätte eine Stimme gehört, sie solle alles aufmachen. Auf Wunsch der Stimmen ging sie auch ins Feld. Die Stimmen sagten ihr, sie solle auf die Chaussée gehen und auf eine Kutsche warten und mit dieser flüchten. Bei der Intelligenzprüfung wieder abweisender, sie lacht häufig vor sich hin, gibt zeitweise absichtlich verkehrte Antworten, so antwortet sie auf die Frage, wieviel Tage das Jahr habe, „das kann ich als Frau von 54 Jahren nicht wissen.“ Während des ganzen Examens halluziniert sie lebhaft, wenn sie nicht gerade antwortet, erfolgen lautlose Lippenbewegungen. Sie unterbricht auch manchmal plötzlich das Gespräch und sieht zur Seite. Dabei negiert sie Halluzinationen.

Die körperliche Untersuchung ist im wesentlichen negativ.

Auch an den folgenden Tagen spricht sie viel vor sich hin. Sie spricht zum Teil auch offenbar Dinge, die sie als die Worte eines anderen auffaßt. Z. B.: „Frauchen, ich habe das falsch verstanden.“ Sie zeigt ein leicht maniertes Wesen. In der Folgezeit gesteht sie dem Referenten (am 15. Febr.) sie habe Stimmen in sich, die im Munde säßen, die Stimmen wollten aus dem Munde heraus. Die Patientin hielt Zwiegespräche mit ihren Stimmen und antwortet dann laut, als ob jemand in ihr antworten würde. Aus ihrem ganzen Verhalten geht hervor, daß sie die Antworten nicht als ihre eigenen empfindet. Die Patientin sagt z. B.: „Habermann, Sie müssen sagen, wie sie hergekommen sind, sitzen sie noch im Mund?“ „Ja, ich sitze noch im Mund, ich bin von meiner Geschäftsführersfrau hier einverleibt.“ Zwei Tage später — sie war ruhig gewesen und hatte nur stumm die Lippen bewegt, erklärt sie, es seien vorgestern alle Leute aus ihrem Heimatsort hinter ihr her gewesen. Sie habe immer mit ihnen sprechen müssen. Die Sprache der anderen sei nicht von ihr selbst gesprochen worden. Am 20. Febr. hört sie keine Stimmen mehr, ist läppisch. Sie wird am 9. März gebessert entlassen, kommt jedoch nach einigen Tagen wieder. Sie hatte selbst gefordert, man solle sie wieder in die Klinik bringen. Sie äußert Wahnideen gegen ihre Verwandten. Bei der Aufnahme spricht sie ständig vor sich hin, abends erzählt sie dem Referenten, er wisse doch, daß sie ein Christuskind sei und beginnt dann mit einem Zwiegespräch mit ihren Stimmen, wobei sie die Stimmen des Partners selbst spricht. Sie hält das so Gesprochene offenbar nicht für ihr eigenes Sprechen. Als der Referent die Stimmen direkt anspricht, geben diese selbst direkt Antworten. Als ich den Stimmen den Befehl gebe, Frau S. zu verlassen, sagen sie (Frau S. spricht!) „Morgen werden wir hinaus fahren und dann muß das Frauchen untersucht werden.“ Die Stimmen bleiben dann einige Tage fort. Am 19. März wird sie wieder erregt und beginnt nachts in der mehrfach beschriebenen Weise ein Gespräch mit ihren Stimmen, die sie wieder in der oben beschriebenen Weise selbst spricht.

„Stirbst du, dann ist es egal, du weißt nicht, wie das hergeht. Ich bin F. (Name eines Arztes) und die von Berlin sind auch hier.“

Spricht selbst: „F. ist bei mir, ihr fliegt alle ohne Kündigung hinaus.“

„Ich habe gesagt, laßt das Frauchen gehen.“ „Frauchen sei still, morgen lebst du nicht mehr.“

Sagt selbst: „Wenn bloß der lange Doktor hier wäre. Ich weiß, was inwendig, was auswendig passiert. Wenn die unten an den Beinen nicht wegmachen, weiß ich was passiert. (Weint) Wilhelm! Wilhelm!“ „Frau weine nicht, ich bin F.“ „Wir sind morgen alle fünf hier und suchen die drei raus. Daß die Frau nicht krank ist, weiß ich.“

<sup>1)</sup> Diesen Fall habe ich in der Nervenklinik in Halle beobachtet. Herrn Geheimrat Anton danke ich für die Überlassung der Krankengeschichte.

„Tante, Tante, du bist unglücklich geworden.“

Sagt selbst: „Sie sollen nicht denken, daß ich verrückt bin, F. ist bei mir.“

„Frau S., Frau S., trage alles mit Geduld.“

Sagt selbst: „Du bist morgen um 12 Uhr hier.“

„Ich kann schon eher da sein.“

„Ist die Frau tot, dann wißt ihr, wer daran schuld ist.“

„Tante sei ruhig, ich kenne die ja von Berlin. Jule Aßmann ist drin, der will nur Gift von unten machen.“

Sagt selbst: „Wer ist das?“

„Ich bin es Aßmann.“

Sagt selbst: „Willst du streiten, daß du der Aßmann bist, wo sitzt du?“

„An der Decke, meine Frau sitzt auch an der Decke.“

Sagt selbst: „Wer bist du.“

„Laß.“

Auch am nächsten Morgen spricht sie dauernd vor sich hin. Sie gibt an, sie hätte 5 Stimmen aus Berlin und 5 Stimmen aus Halle bei sich. Sie antwortet immer auf Fragen mit der Stimme des Kriegsgerichtsrates (dessen Frau als Patientin in der Klinik ist). Die Stimme des Kriegsgerichtsrates spricht sie mit tiefer Stimmlage: „Ich bin der Kriegsgerichtsrat und das ist meine Frau, sie hat ihren Verstand nicht, ich habe ihn aber. Das Zimmer kostet mich ein schweres Geld und meine Frau sitzt draußen. Ihr müßt nicht denken, daß der Kriegsgerichtsrat dumm ist; die Frau (damit meint die Patientin sich) hat einmal, was genommen, aber zweimal wird kein Gift gegeben . . . . . meine Frau lasse ich nicht mehr hier am Fenster sitzen.“

Zappelt lebhaft mit den Füßen, die Stimmen seien darin. Den ganzen Tag über spricht sie in heftiger Erregung.

„Das ist nicht die Frau, die spricht, ich bin der Kriegsgerichtsrat aus Berlin.“ Sie spricht zu sich als Stimme des Kriegsgerichtsrates. „Frau er nimmt die Stimme nicht von dir — Frau laß ihn gehen — Frau antworte ihm nicht.“

Immer wieder ist deutlich, daß sie das von ihr Gesprochene nicht sich selbst zuschreibt. Am 22. März spricht sie mit 3 verschiedenen Stimmen zu sich, die eine bezeichnet sie als die Stimme ihrer Schwester, die andere als die ihres Vaters, die dritte als die des Kriegsgerichtsrates. Sie spricht diese Stimmen in verschiedenem Tonfall. Sie hält mit diesen Stimmen Zwiesprache, so daß sie Dialoge von 4 Personen spricht. Ihr Mann spricht: „Mutter ich komme aus dir heraus und will dich wieder schlagen.“ Der Kriegsgerichtsrat spricht zum Referenten. „Nimm der Frau das vom Kopfe herunter.“ Glaubt, daß Schmutz und Ungeziefer von der Decke auf sie herabgefallen sei. Auch am 24. März spricht sie noch weiter. Der Gesichtsausdruck ist gespannt, weder traurig noch ängstlich. Meist spricht sie leise, spricht sie jedoch mit dem Arzt, so wird die Stimme laut und drohend.

„Soll ich, der Vater aus der Frau herausfahren.“

„Ich sage dir, das Frauchen muß nach Hause.“

„Ich bin das Schwesterchen, das jetzt spricht.“

Glaubt Mann und Sohn seien tot.

Am 27. März spricht sie den ganzen Tag bald laut und schreiend, bald leise vor sich hin. Es sind das die Stimmen, die sprechen, neben ihr selbst, sie sprechen meist drohend.

„Das Frauchen soll nicht aufgeschnitten werden; wer kann das verantworten, daß dem Frauchen der Leib aufgeschnitten wird.“

Sie selbst spricht, „mir haben sie alles herausgenommen.“

„Ich will euch den Vater zeigen.“

„Nun fliegt mal in die Haare.“

„Wir fliegen ihm hinein.“

„Nun fliegt nur.“

„Wir wollen, sie soll nicht geschlachtet werden.“

„Wo seid ihr?“

„Vor der Türe.“

„Wo liegt ihr?“

„Wir stehen an der Türe, alle sechse, Frauchen, wir stehen alle sechse da.“

„Wir wollen schwarz herein.“

„Wer hat das eingegeben?“



„Wer kommt da herein?“  
 „Wer war das?“  
 „Der Vater?“  
 „Der Kaiser?“  
 „Was schneidet er?“  
 „Er schneidet mir die Kaldaunen aus.“  
 „Fliegt ihm in die Haare.“  
 „Nun hat er soviel Kinder auf dem Gewissen und will den Doktor spielen!“  
 „Fliegt ihm an.“  
 „Steht er hier noch?“ „Wir schlagen ihn tot.“  
 „Was sagt der Dicke?“  
 „Ich will köpfen.“  
 „Wo geht er hin?“  
 „In die Stube.“  
 „Hast du die Mutter zu öffnen und zu verbrennen?“  
 „Nun soll sie geschlachtet werden und die Mädchen sollen sie forttragen.“  
 „Wer ist das?“  
 „Ich bin der Kaiser selber.“  
 „Das ist mein Söhnchen, das habe ich auch getragen.“  
 „Ihr seid Geschwister.“  
 „Wir wollen sie retten, aber keiner soll schneiden.“  
 „Der Tierarzt hat gesagt, sie soll morgen geöffnet werden.“

Es ist aus allen diesen Reden, die wörtlich, wenn auch nicht ganz vollständig wiedergegeben sind, häufig der direkte Zusammenhang nicht zu entnehmen. Es ist auch nicht mehr auseinander zu halten, welcher der einzelnen Stimmen die Worte zuzuschreiben sind. Die Gesamtsituation bleibt allerdings verständlich. Die einzelnen Stimmen werden nuanciert gesprochen. Sie spricht erregt, sie sitzt halb aufgerichtet im Bett. Motorische Symptome sind nicht vorhanden.

Im weiteren Verlauf treten keine wesentlichen Änderungen ein, sie wird zeitweise aggressiv. Hält an der Realität ihrer Halluzinationen fest, verlangt mehr zu essen, weil doch die Leute, die bei ihr seien, auch Nahrung haben müssen. Während sie halluziniert ist sie für Ereignisse der Außenwelt ziemlich unzugänglich. Erst Mitte April werden die Dialoge spärlicher. Sie bleibt dabei, ein Christuskind zu sein, hält das Essen für vergiftet. Zeitweise drängt sie hinaus. Hat lebhaft Gehörshalluzinationen, gibt über ihre Stimmen nur wenig Auskunft, spricht leise unverständlich vor sich hin. Sie sei die Christusfrau, von der alle ihren Lohn bekämen, die alles hier bezahle. Sie wird am 6. Juni in eine Landesheilanstalt überführt.

Diese Beobachtung ist klinisch wohl in die Nähe der Schizophrenien zu stellen. Fasse ich zusammen: Eine 54jährige erkrankt unter Versündigungs-ideen, sie glaubt das Vieh sei vergiftet, unter dem Einfluß dieser Ideen läuft sie von zuhause fort. Sie bezeichnet sich als Christuskind. Sie halluziniert sehr lebhaft. Ihr Wesen ist maniert. Schließlich behauptet sie, sie hätte Stimmen in sich und sie spricht selbst deren Antworten, ohne das Sprechen als eigenes anzuerkennen. Sie spricht so Dialoge, an denen sich mehr als 10 Personen beteiligten. Der Inhalt dieser Dialoge ist ein schreckhafter, sie soll geschlachtet und fortgeschleppt werden. Diese akute Phase, während derer sie aggressiv ist, klingt ab, es bleibt eine Reihe von Wahnideen zurück. Es sind ja unsere Kenntnisse über die Psychosen des Rückbildungsalters noch zu wenig erklärt, als daß man sichere Klassifikationen treffen könnte. Für unsere Zwecke genügt es, daß mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, es liege in diesem Falle ein organisches Substrat vor. Uns interessiert, daß die Patientin spricht, ohne sich das Gesprochene selbst zuzurechnen. Sie teilt vielmehr die Worte den halluzinierten Persönlichkeiten zu, die sie in sich zu beherbergen glaubt. Dieses Verhalten wird dadurch um so eigenartiger, als die Zahl der Personen in dieser

Weise aus ihr sprechen, eine sehr große ist. Machen wir uns in Kürze klar, welche kompliziertes Geschehen dem Verhalten der Patienten zugrunde liegt. Es muß die Antwort der halluzinierten Personen zunächst gedacht, dann das Gedachte ausgesprochen werden. Wenn die Antwort ausgesprochen ist, darf diese nicht als die eigene erfaßt werden. Noch komplizierter ist der Fall, wenn eine der halluzinierten Persönlichkeiten direkt angesprochen wird und direkt antwortet. Es muß dann auch das Hören der halluzinierten Persönlichkeit zugeschrieben werden, das Verstehen des Gehörten, das Formulieren einer Antwort und das Aussprechen einer Antwort. Nimmt man hinzu, daß die Patientin selbst, wie aus ihrem Verhalten hervorgeht, das Gesprochene hört, so kann man sich ungefähr einen Begriff von der Mannigfaltigkeit der psychischen Erlebnisse machen.

Im wesentlichen können wir von Besessenheit sprechen, wobei wir uns allerdings darüber hinaussetzen, daß bei unserer Patientin keine religiös-moralischen Wertungen mitspielen.

Eine Erklärung versuchen wir erst dann, wenn wir an der Hand einzelner Fälle eine vorläufige Orientierung gewonnen haben.

Die Patienten mit partiellem Somnambulismus geben hier die ersten Fingerzeige. Janet's Patientin Leontine wundert sich, wenn die in ihr durch Suggestion geschaffene Persönlichkeit Leonie die Bänder der Schürze immer von neuem löst. Andriennes unterbewußte Persönlichkeit gerät in Zorn und stellt den Rapport ein. Dann schreibt wieder die unterbewußte Persönlichkeit auf eigene Faust Briefe ohne Wissen und Willen des Oberbewußtseins. Diese „selbständigen Handlungen“ des Unterbewußtseins führen im Falle von Prince zu einer Reihe mehr oder minder amüsanter Quiproquos.

Diese Fälle werden ohne Schwierigkeiten der Deutung zugänglich sein, wenn wir uns unsere vorhergegangenen Ausführungen ins Gedächtnis zurückerufen. Alle diese Gedanken und Handlungen sind Gedanken und Handlungen des Ich, es wird unter einer bestimmten Determination über sie hinweggeblickt. Das Besondere dieser Zustände ist aber die abnorme Wirkungskraft des Denkentschlusses, das Abnorme ist, daß das Individuum über sie hinwegblicken kann. Das Beachtenswerte dieser Fälle ist, daß auch die Willensanstrengung des „Unbewußten“ dem Bewußtsein nicht direkt gegenwärtig ist, nur der Effekt. In dem Falle Leonies: das gelöste Schürzenband wird von dem Individuum wahrgenommen. Das alles wird weniger wunderbar, wenn wir nochmals daran erinnern, daß die meisten der gedeihlichen Tätigkeiten sich dadurch charakterisieren, daß die Willensanstrengung geringfügig ist und der zeitliche Zusammenhang zwischen Willensentschluß und Ausführung nicht immer eindeutig ist. Vor Ach hat man die motorische Willküraktion vielfach als reflektorisch bezeichnet<sup>1)</sup>.

Die Besessenheit unterscheidet sich (wenn man von dem inhaltlichen Charakteristikum absieht, daß der einwohnende Dämon einem moralischen Werturteil unterliegt) von den partiellen Somnambulismus in mehreren Punkten. Zunächst: Der Somnambule weiß nichts von seiner Besessenheit („Oberbewußt.“) Der Besessene weiß von seinem Zustand und leidet unter ihm. Aber dieser Unterschied findet seine Begründung darin, daß der Dämon sich, ich möchte sagen offener kundgibt. Er spricht und dieses Gesprochene wird ebenso von dem

<sup>1)</sup> Vgl. zu der ganzen Frage die „latenten“ Einstellungen Koffkas.

Individuum wahrgenommen wie von Leontine wahrgenommen wird, daß das Band gelöst ist. Freilich macht es einen Unterschied, daß Leontine nichts davon bemerkt, daß das „Unterbewußtsein“ ihre Hand in Bewegung setzt. In einzelnen Fällen (nicht in allen!) spürt das besessene Individuum wie der Teufel die Zunge in Bewegung setzt. Ferner: Es ist leichter, sich mit dem Dämon als mit dem Unterbewußtsein des somnambulen Patienten in Verbindung zu treten, man braucht nicht die Zerstretheit abzuwarten und der Dämon antwortet auch dann, wenn der Besessene mit ihm die Frage hört.

Als Beispiel ein Fall von japanischer Fuchsbesessenheit (nach Baelz).

Während sie uns mit Tränen in den Augen, ihre Leidensgeschichte erzählt, meldet sich der Fuchs. Zuerst zeigten sich leise, dann stärkere Zuckungen links um den Mund und im linken Arm. Sie schlug sich mit der geballten rechten Faust wiederholt heftig auf die linke Brust, die von früheren solchen Anlässen her ganz geschwollen und blutrünstig war und sagte zu mir: „Ach Herr, jetzt regt er sich wieder, hier in meiner Brust.“ Da kam plötzlich aus ihrem Munde eine fremde scharfe Stimme in schnarrendem Ton: „Ja, freilich bin ich da und glaubst du dumme Gans etwa, daß du mich hindern kannst?“ Darauf die Frau zu uns: „Ach Gott, ihr Herren, verzeiht, ich kann gewiß nichts dafür,“ dann sich immer wieder auf die Brust schlagend und mit dem linken sich zuckend zum Fuchs: „Sei still, Bestie, schämst du dich denn gar nicht vor diesen Herren? Der Fuchs: „Hehehe, ich mich schämen? Warum? So gescheit wie diese Doktoren bin ich auch. Wenn ich mich schämte, so wäre es darüber, daß ich mir ein so albernes Weib zum Wohnsitz ausgesucht habe.“ Die Frau beschwört ihn, droht ihm, ruhig zu sein. Er unterbricht sie und nach kurzer Zeit ist er im Alleinbesitz des Denkens und der Sprache. Mit einer unfaßlichen Schlagfertigkeit antwortet er auf alle Fragen, hat sofort für alles eine Erklärung bereit. Die Frau ist jetzt passiv wie ein Automat, versteht offenbar nicht mehr deutlich, was man ihr sagt, an ihrer Stelle erwidert immer hämisch der Fuchs.“

Janet hat einen Fall von Besessenheit näher analysieren können. Er überzeugt, daß die Unterschiede zwischen der Besessenheit und dem partiellen Somnambulismus keine prinzipiellen sind. Es gelingt nämlich, mit dem Teufel in einen besonderen Rapport zu treten, so daß nur er und nicht der Besessene hört, was zu ihm gesprochen wird und er führt auch Handlungen aus, von denen das Individuum erst nach der Ausführung Kenntnis erhält. Auch der Teufel schreibt „automatisch“, genau so wie die Geister, welche die Medien besuchen.

Man wird überhaupt in der spiritistischen Literatur eine Fülle hierhergehöriger Bemerkungen antreffen. (Vgl. Lehmann).

Nun eine Zwischenbemerkung. Es ist mir fraglich, ob es berechtigt ist den Pater Sourin rückhaltlos als Besessenen zu bezeichnen. Dieser beschreibt sein Erleben so, daß er in sich zwei Seelen enthält, von denen die eine eingedrungen ist. In den klassischen Fällen ist es ja so, daß das Individuum von den Gedanken der eingedrungenen Persönlichkeit „oberbewußt“ überhaupt nichts weiß. Ich glaube, der Pater bedient sich nur einer bildlichen Ausdrucksweise, um seinen Gewissenskonflikt darzustellen. Jene anderen Besessenen, aus denen der Teufel dem Pater höhrend zuruft: „Arzt heile dich selbst“, jene sind echte Besessene; jedenfalls ist es bedenklich, diesen Fall zur Analyse der Besessenheit zu verwenden.

Wir gehen hier nicht näher auf die Fälle von totaler Besessenheit ein, sie zeigen nichts anderes als die Fülle von totalem Somnambulismus. Nur der Inhalt der Ideen ist durch seine religiös-moralische Färbung charakterisiert.

Hatten wir im vorangegangenen die Besessenheit gegenüber den somnambulen Zuständen charakterisiert, so bemühen wir uns jetzt, ihr Verhältnis zu

halluzinatorischen Erlebnissen klarzulegen. Wir pflegen uns nicht, den Kopf zu zerbrechen, wenn wir davon hören, daß bestimmte Personen halluziniert werden, auch dann nicht, wenn die Halluzinationen mehrere Sinnesgebiete zusammentreffen, wenn z. B. der halluzinierte Trompeter in die Trompete bläht und der Teufel unter dem Geruch von Schwefel erscheint (vgl. hierzu Pick und Specht), deshalb kann ich auch in jener seit Ribot viel zitierten Beobachtung Balls nichts sehen, was für unser engeres Thema von Wichtigkeit wäre. Es ist eine Beobachtung, welche zeigt, daß eine bestimmte Persönlichkeit immer wieder halluziniert werden kann.

Auch die Beobachtungen Staudenmaiers haben zunächst mit dem Persönlichkeitsbewußtsein nichts zu tun. Er beobachtete, daß Gesichtsbilder mit entsprechenden Gehörsvorstellungen in regelmäßige Verbindung traten, so daß die auftretenden Gestalten mit ihm zu sprechen begannen. Es scheint, daß die Beeinflussung des Persönlichkeitsbewußtseins durch diese pseudohalluzinierten Persönlichkeiten (eine fürstliche Persönlichkeit, ein Kind, ein Student) mehr indirekt war. Staudenmaier schreibt: daß ihn ein eigentümliches erhebendes Gefühl beschlich, wenn ihm die innere Stimme mit majestätischer Erhabenheit sagte: „Ich bin der deutsche Kaiser.“ Die Personifikationen sprechen nämlich „durch innere Stimmen.“

Alle diese Beobachtungen sind im Grunde identisch mit der Halluzination irgendeines anderen Gegenstandes, das wesentliche ist nur, daß „gegenständlich“ halluziniert resp. pseudohalluziniert wird und nicht auf einzelnen Sinnesgebieten. Die Schwierigkeit in unserem Falle liegt eben darin, daß die halluzinierten Persönlichkeiten sich der Sprachwerkzeuge der Patienten bedienen.

Aber wir wissen aus den Untersuchungen von Pfersdorff, Seglas und Goldstein, daß Denkvorgänge und akustische Halluzinationen von rudimentären Sprachbewegungen begleitet sein können. Man könnte also die so auftretenden Sprachbewegungsimpulse samt den zugehörigen Denkvorgängen gleichfalls als einfache Halluzinationen ansehen, es wäre dann der Besessenheitszustand als ganzes, als einfache Halluzination zu betrachten. Es ist kein strikter Gegenbeweis, daß der Dämon Fragen entgegennimmt und sinngemäß beantwortet. Es ist uns geläufig, daß Patienten mit akustischen Halluzinationen lange Dialoge mit den Stimmen führen. Ist diese Auffassung richtig, so wäre psychologisch der Dämon Nichtich, sowie ein Gegenstand oder eine Persönlichkeit anderer Art. Im wesentlichen wäre es dann das gleiche Problem, daß uns bei der einfachen Halluzination entgegentritt, auch diese stammt, kausal betrachtet, aus dem Individuum, gleichwohl gehört sie deskriptiv im Erlebnis der Außenwelt an.

Ich glaube jedoch nicht, daß Fällen nach der Art des Falles von Janets gegenüber diese Deutung aufrecht erhalten werden kann. Aus dem ganzen Bewußtseinszustand der Hysterie heraus, müssen wir es als fast sicher bezeichnen, daß dem Patienten Janets auch die Bewußtseins-erlebnisse des Teufels gegenwärtig sind, er ist wie ein Schauspieler, der sich in seine Rolle so vertieft, daß diese eine partielle Selbständigkeit gewinnt, ohne daß dabei das Bewußtsein des eigenen Ichs schwindet. Es sind latente Einstellungen, welche dieses Erleben bewirken. Janet hat die Entstehung aus Wachträumen verfolgen können.

In unserem Falle liegt jedoch alles anders; man kann den Nachweis, den Janet erbracht hat, nicht führen und es ist, wenn man unsere Protokolle durch-

sieht, in der Tat das Wahrscheinlichste, daß unsere Patientin den Personen, die sie bewohnen, nicht anders gegenübersteht, als anderen fremden Personen, wiewohl sie durch ihren, der Patientin Mund sprechen. Es sind also meines Erachtens in der Tat ausschließlich pathologische Wahrnehmungserlebnisse, welche unsere Patientin hat.

Gerade bei solchen Erlebnissen wird man sich gedrängt sehen nach dem organischen Substrat zu fragen. Der Wechsel von Rede und Gegenrede, wobei noch die einzelnen Teile des Dialogs mit verschiedener Stimmhöhe gesprochen werden, lassen allerdings daran denken, daß diese Mechanismen somatisch irgendwie präformiert sind. Dabei ist bemerkenswert, daß das Optische gar keine Rolle spielt, das ganze Erleben spielt sich (wenn man von den taktilen Halluzinationen absieht) in akustisch-motorischem Bereiche ab. Schließlich muß gesagt werden, diese beträchtliche Verselbständlichung des Halluzinierten ist nur denkbar, bei einer weitgehenden Auflösung zerebraler Mechanismen, die sich psychisch als hochgradige Dissoziation äußert.

Überhaupt können wir der hypothetischen hirnpfysiologischen Deutung eine hypothetische psychologische Deutung an die Seite stellen. Es muß gleich gesagt werden, diese Art des Deutens stützt sich nicht, wie die genetische Deutung der Besessenheit im Falle der Hysterie auf descriptiv aufweisbare Bestandstücke, die in einer sinngemäßen Folge aneinandergereiht werden, sondern sie rekonstruiert an der Hand durchsichtigerer Fälle mögliche Zusammenhänge. Wenn wir, nun, ein Beispiel anzuführen, einen halluzinierenden Patienten vor uns haben, so ergibt die deskriptive Analyse nichts anderes, als daß der Patient eine Stimme wahrnimmt. Wenn ich jedoch den Affektzustand des Kranken und den Inhalt der Halluzination kenne, so wird mir deutlich werden, daß sich in der Halluzination die Strebungen des Kranken widerspiegeln. In unserem Falle müssen wir es für wahrscheinlich halten, daß Mechanismen ähnlich denen, welche wir für die hysterische Besessenheit annahmen, wirksam sind, bei der Hysterie konnten wir sie aber direkt aufweisen. Wir können sagen, latente Einstellungen haben diese Abspaltungen von der übrigen Geistestätigkeit bewirkt. Diese latenten Einstellungen hatten eine so beträchtliche determinierende Wirkung, daß sie ein Sprechen der Patientin hervorrufen, ohne daß diese selbst etwas davon weiß; das Oberbewußtsein gleitet darüber hinweg<sup>1)</sup>. So etwa könnte eine Deutung der Erscheinungen versucht werden. Aber nochmals, unseres Erachtens handelt es sich um erschlossene Vorgänge, die man nur vermuten kann. Der deskriptive Tatbestand ist, um es nochmals klar auszudrücken, nichts anders, als daß die Patientin fremde Personen in sich sprechen hört. Daß sie es selber ist, die spricht, ist in ihrem gegenwärtigen Erleben gar nicht enthalten. So bietet denn diese Beobachtung, welche anfangs einer Lehre von der Einheitlichkeit des Ichs beträchtliche Schwierigkeiten zu bereiten schien, einen neuerlichen Beweis dafür, daß das Icherlebnis stets seine Einheitlichkeit bewahrt.

Freilich scheint sich hier die Grenze zwischen realem Subjekt und Objekt zu verwischen, das was jene Fülle der Persönlichkeiten in die Welt unserer Patientin hineinruft ist keine Änderung dieser Welt selbst. Aber vergessen wir

<sup>1)</sup> Es ist ein Problem von großer Schwierigkeit, ob es sich überhaupt um bewußte Vorgänge handelt, deren Spuren sich verwischt haben, oder ob außerbewußte Mechanismen anzunehmen sind. Vgl. hierzu auch die Arbeit von Weidner und mir über symbolähnliche Bildungen in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie, Bd. 26, 1914.

nicht, daß das gleiche weittragende Problem schon durch jede Halluzination gestellt wird — das metaphysische Problem der Wirklichkeit oder Unwirklichkeit der Welt fällt nicht in den Rahmen unserer Untersuchungen.

---

Im Verlauf unserer Untersuchungen haben wir immer wieder für richtig befunden, das Ich sei eine unteilbare Einheit. Es ist aber zu fragen: Wie konnte überhaupt jene andere, nach uns irrige Auffassung entstehen? Und andererseits, weshalb bedarf es so mühseliger Erwägungen, um zu einem so einfachen Resultate zu kommen? Diese ganze Problematik ist nur unter dem Gesichtspunkt verständlich, daß der inneren Wahrnehmung ein Vorzugswert in bezug auf die Erkenntnis vor der äußeren überhaupt nicht zukommt. Auch die innere Wahrnehmung unterliegt Täuschungen und Irrtümern.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß wir uns zur Darstellung der inneren Erlebnisse einer Sprache bedienen müssen, welche auf eine Darstellung der Dingwelt gerichtet ist.

Die Worte Bergsons haben eine gewisse Berechtigung:

„Wann denn wäre mein Ich in einem gegebenen Augenblicke eines oder vieles? Erkläre ich es für eines, so stehen sogleich innere Stimmen in mir auf und protestieren — Stimmen der Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen, an die mein Ich sich aufteilt. Mache ich es dagegen ausdrücklich zum Vielfachen, so empört sich mein Bewußtsein ganz ebenso heftig; es erklärt; daß meine Wahrnehmungen, meine Gefühle, meine Gedanken Abstraktionen sind, die ich an mir selber vornehme, und daß jeder meiner Zustände jeden anderen in sich beschließt; so daß ich also — denn wohl oder übel muß ich die Sprache des Verstandes übernehmen, weil nur er Sprache hat — vielfache Einheit und einfache Vielheit wäre. Nur daß Einheit und Vielheit bloße Ansichten sind, die der Verstand, der seine Kategorien über mich stülpt, von meiner Persönlichkeit aufnimmt: in keine von beiden gehe ich hinein, auch in beide zusammen nicht; wengleich beide verbunden eine annähernde Nachbildung jener wechselseitigen Durchdringung und Kontinuität zu geben vermögen, die ich auf dem Grund meiner selbst finde.“

Aber hier ist zu sagen: In jeder dieser Stimmen der Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen fanden wir ein gleiches Ich, in all diesen war es ein und dasselbe, in jedem Momente fanden wir das Erleben einheitlich, auch wenn es sich in tausend Farben brach. Es ist ein Ineinandersein, für das wir kein anderes Wort finden können als Einheit. Es ist dies eine Einheit eigener Art, wir konnten auf sie hinzeigen und trafen sie nun wieder auch in den seltsamsten Verwickelungen des Seelenlebens. Sie schien uns als eine letzte Wesensnotwendigkeit des Erlebens zu sein. Unsere Beschreibungen zeigen, daß eine Einheit im mathematischen Sinne freilich nicht vorliegt. Wir unterschieden verschiedene Modalitäten dieses Erlebens je nach der Tiefe desselben. Wir schieden die Erlebnisse, bildlich gesprochen, je nach der Fülle der aktuellen Tendenzen, die in das Erleben eingingen und fanden den höchsten Persönlichkeitsausdruck in einem Erleben, welches auch die latenten Möglichkeiten der Persönlichkeit zum Ausdruck bringt.

Und hier müssen wir auf ein neuerliches Problem von großer Tragweite verweisen: Wir schieden zwischen einem evidenten Erleben im phänomenologischen Sinn und einem evidenten Erleben im psychologischen Sinn. Wir

beschrieben als den letzten Ausdruck psychologischer Evidenz das volle Persönlichkeitserlebnis. Und hier müssen wir sagen, es reicht dieses Persönlichkeitserlebnis hinaus über die phänomenologische Erkenntnis. Mit anderen Worten, die Intuition Bergsons ist zwar der völlige Ausdruck der Persönlichkeit, aber sie gewährleistet nicht eine wesensmäßige Erkenntnis. Und anderenteils kann ich Wesenseinheiten erschauen, ohne daß ich selbst in diesem Erschauen vollständig enthalten bin. In diesem Gegensatz liegen Probleme von großer Tragweite enthalten.

Die Methodik der Phänomenologie erlaubt auch hier den Versuch eines tieferen Eindringens. Es erschließt sich uns über das Erkennen hinaus eine Wertwelt: die Wertwelt des vollen Erlebens der Persönlichkeit. Hier ist ein Wertmaßstab gegeben, der auch im Bereiche des reinen Denkens Wertstufen unterscheiden läßt, je nach der Fülle des Persönlichkeitserlebnisses, das sich im Denken ausdrückt.

Leipzig, 23. März 1914.

## Anhang.

# Die Kasuistik der Depersonalisation.

### Fall von Billod.

Madame L. Vorgeschichte belanglos, mit 16 Jahren verheiratet, in den 6 folgenden Jahren 6 Geburten, die leicht von statten gingen. In den 7 folgenden Jahren beschäftigte sie die Liebe zu einem anderen, sie litt unter diesem Konflikt. Schließlich wurde ihr das Leben verhaßt und mit 30 Jahren wurde sie durch eine neue Schwangerschaft überrascht. Nach der leichten Geburt fühlte sie sich einige Monate wohl, dann trat eine Ohrenentzündung auf. Im Anschluß an diese, gewalttätiges Handeln gegen sich und ihre Kinder. Sie spricht ihr Geheimnis aus. Sie wird apathisch, ihr Zorn schwindet, sie denkt vernünftig über alle Dinge nach, sie behauptet, keinen eigenen Willen, keine Willenskraft, kein Bewußtsein dessen, was sich ereignet hat, zu haben. Sie fühle auch keine Liebe mehr, gleichwohl erzählt sie, erinnert sich an die kleinsten Details, dessen, was sie erlebt und erlitten hat. Die Kranke hält ihren Zustand für einzigartig, sie wäre weder tot noch lebe sie, die Objekte seien wie in Wolken eingehüllt, die Worte kommen zu ihr wie aus einer anderen Sphäre, aus einer fernen Welt. Sie versichert, keine Sinne zu haben, eine Angabe, der ihr Verhalten strikte widerspricht. Sie sei wie eine lebendig Begrabene, die alles denke und fühle, ohne an dem teilnehmen zu können, was sich ereigne. Am Kopfe empfinde sie ein Gewicht, das sie lähme, drücke und sie habe das Gefühl eines Nagels, der in die Tiefe dringe; das Herz ist wie von eisernen Nägeln zusammengepreßt. Nahrungsaufnahme und Essen sind durchaus genügend, die Bewegungen frei. Gleichwohl behauptet die Kranke, sie wisse nicht mehr, was Essen sei. Sie habe kein Schamgefühl und wenn sie sich trotzdem gesittet halte, so sei das nur mechanisch. Das gleiche behauptet sie von allen übrigen Empfindungen und Gefühlen. Gleichwohl ist sie nicht immer vollkommen apathisch, sondern zeigt zeitweise gegen Mann und Kinder Zuneigung.

Zweifellos handelt es sich bei dieser Patientin um eine klassische Beobachtung von Depersonalisation. Die Kranke ist wegen des Kopfschmerzes trepaniert worden. Die Beobachtung stammt von Riboli und ist von Billod übernommen worden.

### Fälle von Krishaber.

Fall 1. Ein 24-jähriger Literat wird dazu verleitet, an der Sitzung einer Gesellschaft teilzunehmen, die revolutionäre Zwecke verfolgt. Er hatte, ohne genau informiert zu sein, bereits früher ein Schriftstück, das seine Zustimmung ausdrückte, unterzeichnet. In einer erregten Debatte fordert er das Schriftstück zurück und erhält es. Beim Weg nach Hause kann er nur mit Mühe gehen, hat Schwindel und Sehstörungen. Er sieht doppelt. Er hatte Ohrensausen und das Gefühl, gewürgt zu werden, vereinigt mit heftigem Herzklopfen. Zu Hause verstärkten sich die Störungen. Er hatte die Empfindung von Müdigkeit und Schmerzen in den Gliedern, die Beine waren wie gelähmt. Am nächsten Morgen konnte er sich vor Schwindel kaum aufrecht erhalten. Er fühlte sich schwach und wie in Stücke



geschlagen. Die Haut war überempfindlich, die eigene Stimme erschien ihm fremd, wie wenn sie nicht zu ihm gehörte. „Ich schien zu träumen und eine andere Person zu sein. Gleichzeitig fühlte ich eine unangenehme Leere im Kopf, ohne Kopfschmerzen zu haben.“ Es traten auch Magen-Darmstörungen auf. Am Abend kam noch Gefühl der Trunkenheit hinzu. Der geringste Lärm machte ihn zittern, das Licht war unerträglich. Des Nachts Alpträumen. „Von allen diesen war mir das Gefühl zu träumen am unangenehmsten; hundertmal berührte ich die Dinge, die mich umgaben, ich sprach ganz laut, um mich von der Wirklichkeit der Welt und meiner eigenen Person zu überzeugen; dann waren aber die Illusionen noch ausgesprochener; der Klang meiner Stimme war völlig unerträglich und die Berührung der Gegenstände änderte nichts an meinen Eindrücken.“ Dieser Zustand dauerte etwa zehn Tage, dann verschwand der Schwindel und die anderen Symptome. Es war dann noch längere Zeit der Schlaf schlecht und es traten Kopfschmerzen auf.

An diesem Falle ist vor allem bemerkenswert, daß die Störungen in unmittelbarem Anschluß an ein psychisches Trauma einsetzen. Angaben über Gefühlshemmungen fehlen, ja es kann sogar mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Gefühlübererregbarkeit geschlossen werden.

Fall 2. Ein 43jähriger Oberst, dessen Vater an Hirnerweichung gestorben war. Im übrigen keine neuropathische Belastung. Schon in seiner Jugend hatte er peinliche Angstträume, die mit kurzdauernden Attacken von „Katalepsie“ schlossen. Zu gleicher Zeit glaubte er sich verdoppelt. 12 Jahre vor Beginn der Erkrankung hatte er das Gefühl des Traumhaften und Unbestimmten im Denken. Er bezog das auf Pollutionen. Er war stets mäßig, arbeitete jedoch viel und vertrieb den Schlaf durch Tee und Kaffee. Infolge seines Dienstes war er außerdem körperlichen Ermüdungen ausgesetzt. Hierzu kam, daß er heftigen Kummer erlitt. Eines Tages empfand er plötzlich einen ziehenden Schmerz in der Herzgegend und hatte das Gefühl gewürgt zu werden. Er konnte kaum seine Tränen zurückhalten. Von Stunde zu Stunde wurde ihm schlechter, es war ihm, als wollte ihn etwas einhüllen und sich zwischen ihn und die Außenwelt einschieben. „Es war wie eine Barriere zwischen mir und der Welt.“ Wenn er sprach, erschien ihm die Stimme seltsam, er erkannte sie nicht und hielt sie nicht für die seine. Er konnte seine Aufmerksamkeit nicht auf das richten, was man ihm sagte. Es stiegen ihm Zweifel an seiner Existenz auf, er glaubte nicht mehr er selbst zu sein. Zeitweise war er sogar sicher, nicht zu existieren. Gleichzeitig hatte er das Bewußtsein der Realität der Außenwelt verloren und fühlte sich, wie in einen tiefen Traum versunken. Nachts traten Alpträume und Herzklopfen auf. Der Schlaf wurde ständig unterbrochen. Drei Tage nach der ersten Attacke eine neue heftigere. Am vierten Tage die dritte. Als er trotzdem ausreiten wollte, war es ihm, als wenn er vor Müdigkeit in Stücke fiel. Seit diesem Tag wurde der Zustand dauernd. Durch zwei Jahre hindurch wich er nicht, er verschwand erst allmählich im Verlauf des dritten Jahres. Er fühlte den Boden nicht, wenn er ging und hatte Furcht zu fallen. Seine Beine schienen ihm nicht zu ihm zu gehören. Zeitweise trat Vernichtungsgefühl auf, außerdem Schwindel und Betäubungsgefühle. Er konnte nicht erkennen, was vor ihm war. Das Vermögen, sich zu orientieren, war ihm verloren gegangen. Auch wenn er nur eine kurze Strecke von seinem Hause entfernt war, gelang es ihm nicht, seinen Weg wieder zu finden. Er konnte den Blick nicht fixieren. Auch trat Doppelsehen auf. Das Doppelsehen war geringer, wenn er nur vor sich hin sah. Es war stärker beim Fixieren. Die Objekte hatten ihren natürlichen Charakter verloren. „Die Fremdartigkeit alles dessen, was ich sah, war derartig, daß ich mich auf einen anderen Planeten versetzt glaubte.“ Er war ständig erstaunt und es schien ihm, als sei er zum erstenmal auf der Welt. Er war nicht mehr der gleiche, wie früher, er hatte sein Selbstbewußtsein verloren, manchmal war es ihm, als existierte er nicht. Zwischen seinen Sehstörungen und dem Zweifel an seiner Existenz bestand ein inniger Zusammenhang. Zeitweise fürchtete er, man könne ihn für verrückt halten oder er könne es werden. Daneben noch das Gefühl der Trunkenheit, der Angst und des Würgens. Dieses verfolgt ihn sogar im Traum. Die Träume sind überhaupt ängstlich und schreckhaft. Auch unter Tags überkam es ihn, wie Alptrücken. Ohrensausen bestand seit dem Beginn der Erkrankung. Manchmal hörte er eigenartige Geräusche im Kopf. Den Geschmack und den Geruch der Speisen erkannte er nicht. Er unterschied beim Berühren die Objekte nicht, wenn er die Augen geschlossen hielt. Er konnte in den ersten Monaten seinen Geist nicht auf bestimmte Gegenstände richten, konnte weder lesen noch schreiben. Später trat eine intellektuelle Übererregung auf. „In diesem Zustand

schrieb ich Journalartikel, welche für besser gehalten wurden als diejenigen, die ich vor meiner Erkrankung geschrieben hatte und trotzdem war ich schrecklich benommen und fühlte mich schwer gestört, als ich sie niederschrieb.“ „Ich mißtraute mir völlig, ich glaubte, nichts zu wissen, und als ich erfuhr, daß meine Artikel geschätzt wurden, war ich darüber sehr erstaunt<sup>1)</sup>.“ Seine Niedergeschlagenheit war so, daß er sich von der ganzen Welt isolieren wollte. Er glaubte sich verachtet von allen. Er verwechselte Tatsachen häufig mit den Erinnerungen seiner Träume bei Dingen, die ihn sehr innig betrafen. Aber er bewahrte das exakteste und treueste Gedächtnis für alles das, was seine Krankheit anbetraf. Wollte er sich abends an die Ereignisse des Tages erinnern, so schien es ihm, als ob sich nichts ereignet hätte. Häufig traten unfreiwillige Ideenverbindungen und Erinnerungen auf. Wenn er diese sah oder jemanden sprechen hörte, fühlte er sich unwillkürlich in die Vergangenheit versetzt. Es waren dann seine Erinnerungen sehr lebhaft. Er hielt sein Gedächtnis wie seine übrigen Fähigkeiten bald für gehemmt und vernichtet, bald für übererregt, ja sogar für gesteigert. Das Orientierungsvermögen war fast vollständig verloren. „Ich betrachtete, ohne zu sehen, alles rollte sich vor mir ab, ohne meine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.“ Seine Freunde, seine Familie wurden ihm gleichgültig, nur mit Anstrengung konnte er sich mit seinen kranken Kindern beschäftigen. Er war außerordentlich reizbar. Er hatte heftige unmotiviertere Abneigungen gegen bestimmte Personen. Er konnte nichts mit Ruhe beurteilen. Er verspürte Antriebe, unpassende Worte auszusprechen. Nur mit Mühe konnte er unwillkürliche Bewegungen unterdrücken. Wenn er nicht erregt war, war er vollkommen indifferent. Abends war er meist erregt. Und dann fühlte er seine Fähigkeiten wirklich verdoppelt (S. 81). Vorübergehend traten Störungen der Aussprache auf. „Ich dachte ständig an meine Krankheit und ich glaube, daß während der ganzen Dauer meiner Krankheit keine Minute verstrichen ist, in der mein Geist sich nicht mit ihr beschäftigte.“ Außerhalb der Exaltation war er willenlos, energielos und ohne Initiative. „Aber wenn es sich um meine Gesundheit handelte, fand ich meine Energie wieder.“ Die Empfindung, nicht zu sein, war so ausgesprochen, daß er sich scheute, irgendwo sein Bildnis zu sehen. Er war verzweifelt. Er konnte sich nicht geregelt betätigen. Er begann, ließ aber das Begonnene bald wieder im Stiche. Außerdem bestanden eine Reihe von körperlichen Beschwerden. Er hatte Benommenheitsgefühle, war empfindlich gegen die Witterung, hatte Verdauungsstörungen. Der Schlaf blieb schlecht. Unter dem Einfluß der Behandlung wurde er gebessert und zwei Jahre nach dem Beginn der Erkrankung gab er an, allmählich wieder eine genaue Kenntnis von der Außenwelt zu haben.

Ich habe diesen berühmten Fall eingehender wiedergegeben, weil er in seltener Vollständigkeit das gesamte Krankheitsbild wiedergibt. Klinisch ist er wohl als Psychasthenie zu deuten, wobei noch besonders vermerkt sei, daß mehrere kurze Attacken dem eigentlichen Beginn der Erkrankung vorausgingen. Bemerkenswert ist auch, daß der ausgezeichnete Beobachter nur konstatiert, daß ein Parallelismus zwischen den Sinnesstörungen und den Depersonalisationserscheinungen besteht, während von den Gefühlen nichts Entsprechendes vermerkt ist. Im übrigen verweise ich auf den Haupttext.

Fall 3. Der 34jährige Gärtner hatte schon als Kind Konvulsionen, Herzklopfen und Angstträume. Mit 30 Jahren nervöse Erscheinungen. Im Anschluß an Aufregungen (Vermögensverlust) plötzlich Schwindel, Ohrensausen, Herzklopfen und Bewußtseinsverlust. Zu sich gekommen fühlt er sich wie trunken und hat ein Gefühl des Würgens. In den nächsten Monaten besteht der Zustand mit geringen Schwankungen fort. Die ersten Wochen konnte er sich kaum im Bett aufrichten. Außerdem bestand Schlaflosigkeit. Die Beine waren wie gelähmt. Nach elf Monaten: „Ich bin immer außerordentlich traurig, ich habe ständig Furcht, die ich schwer erklären kann. . . . Häufig scheint es mir, daß ich nicht dieser Welt angehöre. Meine Stimme erscheint mir fremd und wenn ich meine Mitpatienten sehe, sage ich mir, „Das sind Traumgestalten.“ Häufig weiß ich wirklich nicht, ob ich träume oder wache. Ich glaube, daß ich nicht ich selbst bin.“ Orientierungsstörungen seien ausgeprägt gewesen auf der Höhe der Erkrankung. Seine Beine schienen nicht zu ihm zu gehören.

<sup>1)</sup> Um Mißverständnisse zu vermeiden: Diese Erscheinungen sind S. 81 nicht gemeint.

Lesen und Schreiben konnte er lange Zeit nicht. Er ist reizbar, hat grundlose Zorn- und Weinausbrüche. Bisweilen hat er Fieberschauer. Lärm und Licht stören ihn.

Auch hier handelt es sich im wesentlichen um eine typische Beobachtung.

Fall 6. Der aus gesunder Familie stammende zur Zeit der Untersuchung 24jährige Ingenieur hatte als Kind gleichfalls häufig Angstträume. Mit 16 Jahren häufige Pollutionen. Seit 6 Jahren hat er Anfälle von Benommenheit und Schwindel. Wenn sie sehr heftig sind, versteht er nicht, was er hört und sieht. Die Menschen erscheinen ihm wie Figuren eines Traumes. Er kann sich nicht Rechenschaft geben, wo er ist. Die Erscheinungen treten mehrmals am Tage auf. Lärm wirkt verschlechternd. Zeitweise ist er erregt, geschwätzig und wie betrunken. Häufig auch Ohrengeräusche. Er sieht die Objekte, die ihm nah sind, doppelt. Manchmal kostet ihm das Schreiben Mühe. Die Objekte scheinen ihm Form und Ausdehnung zu ändern. Bisweilen geht er gegen seinen Willen in bestimmter Richtung. Er spricht Worte aus, die seine Gedanken nicht ausdrücken. Er leidet an Schlaflosigkeit, Alpdrücken, Herzklopfen. Meistens ist er traurig. Er hat Antipathien und unbegründete Zornausbrüche. Eltern und Freunde sind ihm gleichgültig. „Eine der seltsamsten Ideen, die sich meinem Geiste wider Willen aufdringt ist die, doppelt zu sein. Ich fühle ein Ich, das denkt und eines das ausführt. Ich verliere dann das Gefühl der Realität der Welt, ich fühle mich in einen tiefen Traum versenkt und weiß nicht, ob ich das Ich bin, das denkt oder das Ich, das ausführt. Alle Anstrengungen des Willens haben keine Macht über diesen bizarren Zustand, der sich meinem Geiste aufdrängt.“ Er hat auch Zwangsanstriebe. Er weiß auch häufig nur mit großer Anstrengung das, was tagsüber sich ereignet hat. Die Erinnerungen an die Kindheit sind gut.

Fall 15. Die 36jährige Frau stammt aus gesunder Familie, früher nicht nervenkrank. Seit ihrem 25. Lebensjahr hat sie Attacken von Katalapsie. Keine hysterischen Symptome. Sie leidet an Neuralgien, Muskel- und Gelenkschmerzen, auch Herzklopfen. Zeitweise leichte Schwindelanfälle, Gefühl der Trunkenheit, unangenehme Träume und Herzklopfen. Sie erkennt nicht den Klang ihrer Stimme, sie scheint nicht sie selbst zu sein, die spricht, sie ist wie ein Automat. Doch dauert dieser Zustand im ganzen nur etwa acht Tage.

Fall 20. Ein 48jähriger Ingenieur, welcher die gleichen körperlichen Klagen äußert wie die vorangehenden Patienten (insbesondere sei erwähnt Doppelsehen und Hyperästhesie des Gehörs). Es schien ihm, daß er verändert sei, wußte aber, daß dies nicht der Fall war.

Fall 21. Ein Maler, 35 Jahre alt, nicht hereditär belastet, der gleichfalls die bekannten körperlichen Beschwerden hat. Er ist willenlos, kommt sich wie ein Automat vor, ist wie außerhalb seiner selbst.

Fall 22. Frau mit ausgesprochener Hyperästhesie, die zwei Jahre dauerte. Als sie das Licht wieder ertrug, sah sie doppelt und schlecht. Sie gibt an, sich nicht erkannt zu haben und eine andere Person geworden zu sein. Außer den genannten Beschwerden waren jedoch auch Kontraktionen an allen Gliedern vorhanden. Im übrigen bestanden wieder Klagen über Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Würgen, Gelenkschmerzen. Die Kontraktionen machen es fast sicher, daß es sich um eine Hysterie handelt, auch ist der Symptomenkomplex der Depersonalisation nur angedeutet vorhanden.

Fall 38. Ein Patient, der aus einer Familie stammt, in der Nervenkrankheiten häufig sind. In der Kindheit Alpträume. Mit 17 Jahren intermittierendes Fieber mit Kopfschmerzen und „Delir“. Mit 33 Jahren im Anschluß an intellektuelle Anstrengung Ohrensausen, Lichter vor den Augen, Schwindel, Herzklopfen, Präkordialangst. Er konnte schlecht gehen, wurde schlaflos; wenn er schlief, Angstträume mit Herzklopfen. Seine eigene Stimme erschien ihm fremd, ebenso die der anderen. Er war überempfindlich gegen sämtliche Sinnesreize. Er glaubte ständig die Besinnung zu verlieren. Jede Beschäftigung wurde unmöglich, er konnte nicht gehen. Nach geringer Besserung wurde die Niedergeschlagenheit dauernd. Er hatte das Gefühl des Traumhaften und Leeren. Nur mit Mühe konnte er die Erscheinungen des Traumes von denen der Realität trennen. Zeitweise verlor er sogar die Kenntnis seiner eigenen Existenz. Es schien ihm, er habe sich völlig verändert und sei ein anderer geworden. Gleichwohl wußte er, daß seine Intelligenz intakt war. Er sah die Gegenstände, wie durch Konkavgläser oder wie durch warme Luft, die in Bewegung ist. Er wußte nicht, woher die Klänge kamen, auch seine eigene Stimme schien ihm aus der Ferne zu kommen. Er war ständig erstaunt. Kopf und Körper schienen ihm bisweilen nicht zusammen zu hängen, ebenso war es mit Beinen und dem Körper. Gleichwohl erkannte er die Form der Objekte

durch den Tastsinn. Das Gedächtnis war nicht gestört, nur fiel die Unterscheidung zwischen Traum und Wirklichkeit schwer. Es bestand Benommenheit und Ohrensausen. Das Gedächtnis für Örtlichkeiten war stark geschwächt, er war gezwungen lange nachzudenken, um Gegenden, die er oft besuchte, wieder zu erkennen, alles erschien ihm fremd und ungewohnt. Vier Monate nach Beginn der Erkrankung wurden die anginösen Beschwerden außerordentlich heftig. Im übrigen Krankheitsverlauf dominierten die körperlichen Beschwerden.

In diesem Falle handelt es sich wieder um eine typische Beobachtung.

Ein von Taine mitgeteilter Fall Krishabers ist folgender:

Am 25. November 1869 fühlte ich zum ersten Male Blutandrang zum Kopfe; ich bekam Ohrensausen und mein Verstand umdüsterte sich.

Vierzehn Tage zuvor hatte ich schwach ausgeprägte Störungen des Gesichtsinnes, d. h. alle Gegenstände kamen mir verändert vor. Dabei hatte ich eine Überempfindlichkeit des Auges. Nach dem Blutandrang zum Kopfe kam Ohrensausen und mein Verstand umdüsterte sich. Ich hielt eine Zeitung in der Hand, verstand aber nicht, was darin geschrieben war. Als ich mich erhoben hatte, taumelte ich und alles drehte sich im Kreise um mich her. Lichter flimmerten vor meinen Augen. Ich blickte in den Spiegel, das Gesicht war aber nicht verzerrt. Ich glaubte, vergiftet zu sein und schrieb deshalb rasch meine Beobachtungen auf ein Stück Papier. Dabei widerstrebte es mir, jemand zu Hilfe zu rufen, weil es mir vorkam, daß sich hier nichts tun läßt. Es schien mir, als würde mich irgend etwas von der Außenwelt isolieren; gleichzeitig bildete sich eine Art gedämpfter Atmosphäre um mich her, wiewohl ich gut wußte, daß heller Tag ist. Diese Dämpfung der Atmosphäre fühlte ich auch in den Hauptempfindungen; eine Art Isolierschicht trennte mich von der Außenwelt, es kam mir vor, als sei ich aus dieser Welt in unendliche Ferne hinweggetragen worden, und deshalb sagte ich immer wieder: „Ich bin in weiter, weiter Ferne.“ Dabei aber habe ich aber gesehen, daß ich nicht weit bin. Ich wußte mich mit aller Genauigkeit zu entsinnen, was vorgefallen war; aber zwischen dem Augenblick, der dem Anfalle voranging und jenem, der dem Anfalle folgte, war ein unermesslicher Zeitintervall und eine Entfernung, wie jene der Erde von der Sonne. Seit dem Anfalle konnte ich mich nicht beobachten und analysieren.

Später verkleinerten sich mir Menschen und Gegenstände und rückten vor mir ins Unendliche, in unermessliche Fernen zurück. Mit Grauen blickte ich um mich, die Welt wich überall vor mir zurück. Es kostete mich eine ungeheure Mühe, mir zum Bewußtsein zu bringen, daß ich in meiner Gasse bin, daß ich gehe, daß ich mit dem Kutscher spreche. Ich wunderte mich, vom Kutscher verstanden zu werden, denn meine Stimme schien mir aus unendlichen Fernen zu kommen und war unähnlich meiner eigenen Stimme. Ich stampfte mit dem Fuße auf den Fußboden, und so überzeugte ich mich von seiner Festigkeit, die mir nur scheinbar vorkam, weil mein Körpergewicht fast gänzlich verschwunden ist. Ich fühlte Müdigkeit, aber ich fühlte, daß ich kein Körpergewicht hatte. Gegenstände schienen mir in großer Ferne und flach zu sein. Sprach ich mit jemand, so erschien mir der Betreffende wie ein ausgeschmittenes Bild, ohne Relief. Meine Ohren waren wie verstopft, ich wunderte mich, daß ich hörte, ja ich hörte sogar sehr gut und habe an Überempfindlichkeit des Gehöres gelitten.

Außer einer leichten Überempfindlichkeit des Geruchsinnens blieben der Geschmack, das Gehör ohne Störung. Ich habe immerwährend den Eindruck gehabt, daß meine Hände und Füße nicht zu mir gehörten und daß mein Kopf nicht existiert. Es kam mir vor, daß ich aus unbekanntem Antrieben, automatisch handle. Oft frug ich, was ich tue. An meinen Bewegungen, Gesprächen und Verrichtungen war ich bloß als gleichgültiger Zuschauer beteiligt.

Es wohnte in mir ein neues Wesen, und mein zweiter Teil, das ehemalige Wesen nahm keinen Anteil an dem neuen. Oft habe ich mir gesagt, daß mir die Schmerzen dieses neuen Wesens gleichgültig seien. Ich wußte gut um diesen Trug, aber es verdroß mich, immerwährend diese neuen Eindrücke zu verbessern, und ich gab mich dem unglückseligen Leben des neuen Wesens hin. Es war mein glühender Wunsch, meine ehemalige Welt wiederzusehen und mein früheres Ich zurückzugewinnen. Diese Sehnsucht hat mich vor dem Selbstmord bewahrt.

Ich war gegen eine andere umgetauscht, und ich haßte diese Umgetauschte, die meine Ähnlichkeit, meine Funktionen übernommen hatte. Ich betastete meinen Kopf, meine Glieder, ich fühlte sie, und dennoch kostete es mich eine große Geistes- und Willensanstrengung, an das Vorhandensein dessen, was ich betastete (richtiger: was ich vermöge des Tastsinnes erkannt habe) zu glauben.

Es fiel mir entsetzlich schwer, nach Devon, einer mir bekannten Gegend, zu gehen. Ohne Begleitung meines Freundes wäre mir dies nicht möglich gewesen, obwohl bei meiner Überempfindlichkeit des Gehörs das geräuschvolle Paris für mich eine Marter war. Später einmal in Genf hielt ich mich erschreckt an der Hand meines Freundes fest und wähnte mich verloren, wenn mich mein Freund nicht gestützt hätte, weil ich in neuer Umgebung auf mich selbst angewiesen, einem neugeborenen Kinde gleich, nichts zu unterscheiden wußte und außerstande war, Belehrung aus den verkehrten Eindrücken zu schöpfen. Es war mir unmöglich, zu ergründen und zu erfahren, was ich hätte beginnen sollen.

Erst später, als ich die neuen Eindrücke zu verarbeiten gelernt habe, verlor die Einsamkeit und die fremde Gegend etwas von ihrer Grauenhaftigkeit für mich, ich vermochte mich, wenn auch mit Schwierigkeiten, zu beherrschen; ich fühlte, daß ich existiere, aber als eine andere Person, wobei ich für keinen Augenblick vergessen habe, daß dieser Gedanke eine Täuschung war. Es war mir im wahren Sinne des Wortes zumute, als ob ich es nicht selbst wäre. Auch meine Bekannten aus dem Krankenhause kamen mir wie Traumgestalten vor.

#### Fall von Ball.

Der Patient war in einer Bank beschäftigt. Plötzlich sah er in seinem Bureau eine fremdartige Veränderung im Aussehen der Objekte. Sie hatten kein Relief und hatten keine Realitätscharakter mehr, obwohl alles dieselben Formen und Farben behielt. 5 Jahre später fühlte er sich verschwinden, es blieb nichts übrig als der leere Körper. „Seit dieser Zeit ist meine Persönlichkeit verschwunden und trotz allem, was ich tue, um mein entschwindenes Ich wieder zu erlangen, kann ich es nicht.“ Alles wurde immer fremdartiger um ihn herum. Er weiß nicht, was er ist und er kann sich auch von der Realität keine Rechenschaft geben. „Was sind alle diese Sachen, die so beschaffen sind, wie ich?“ Er existiere außerhalb des wirklichen Lebens. Alles bei ihm sei mechanisch und geschehe unbewußt. Er antworte richtig, seine Arbeit gehe gut und fehlerlos von statten und doch sage er sich ununterbrochen ganz vergeblich, er sei bei der Arbeit, tue dies und das und könne sich keine Rechenschaft geben, daß es wahr sei. Seit 2 Jahren sei er wie tot. Dieser Geisteszustand sei fürchterlich, er sei unfähig, sich irgendwie des Lebens zu freuen. An das was er sieht, glaubt er nicht und wenn er die Hand ausstreckt, einen Gegenstand zu berühren, so ist er überzeugt, daß er nur ein Phantom findet. Die Welt ist ihm eine gigantische Halluzination.

Über die Zugehörigkeit des Falles zu der Gruppe der Krishaberschen Fälle kann kein Zweifel sein. Vermerkt sei der plötzliche Beginn und die lange Dauer.

#### Fall von Dugas.

Im August 1903 machte M. eine Reise nach England. Einige Monate nach seiner Rückkehr konnte er nicht mehr an seine Reise glauben, er glaubte daran wie an eine Sache, die nicht ihm zugestoßen war. Das nächste Jahr nach einer Reise nach England, aber nach kürzerem Intervall, die gleiche Erscheinung. Im August 1895 war er in Deutschland. Dasselbst begann er nach einigen Wochen an Frankreich und an seiner Existenz daselbst zu zweifeln. Nach Frankreich zurückgekehrt zweifelt er sofort an seiner Reise nach Deutschland. 1896 unmittelbar nach der Ankunft in Deutschland scheint Frankreich für ihn nicht mehr zu existieren. Nach Frankreich zurückgekehrt, das gleiche in bezug auf Deutschland. Von diesem Moment an Verschlechterung der Krise, die schließlich zu einer voll ausgebildeten Depersonalisation wird. Das Leben verliert für ihn jede Bedeutung. Er ist indifferent und apathisch geworden. Die Wahrnehmung ist eine detailliertere geworden. Er sieht vom Walde jeden einzelnen Baum, Form und Färbung jedes einzelnen Blattes. Ebenso geht es beim Betrachten der Bücher einer Bibliothek. Wenn er spricht, ist seine Stimme verändert. Sie erscheint ihm akzentuierter und lauter. Die Apathie ist so groß, daß er in seinen

heiligsten Gefühlen abgestumpft war. Er war nie unglücklich, nur in der Reflexion. M. soll stets ein sehr schlechtes Vorstellungsvermögen gehabt haben.

Auch diesen Fall halte ich für eine Psychasthenie. Dugas notiert noch, daß zu Beginn Zwangsercheinungen vorhanden waren.

D. erwähnt noch kurz einen zweiten Fall. Die Patientin sah sich handeln und sprechen, wunderte sich über ihre Worte, während ihr eigenes Ich einen ganz anderen Gedankengang verfolgte. Sie entgeht diesem Zustand dadurch, daß sie sich in die Vergangenheit versenkt. Die Depersonalisation erstreckt sich nur auf die Gegenwart.

Ein neuer Fall von Dugas bietet an sich wenig Interessantes. Bemerkenswert ist nur, daß Dugas sich doch durch ihn genötigt sieht, die Ansicht aufzugeben, die Depersonalisation sei ein Zustand, der nicht unangenehm sei.

#### Fälle von Böttiger.

Fall 1. 49jährige Frau (1899). Erblich belastet (Migräne, Nervosität und ein Fall von Geistesstörung unter den Blutsverwandten). 1868 erwacht sie eines Morgens mit Empfindungen, welche auch jetzt ihre Krankheit ausmachen. Sie kam sich zunächst selbst komisch vor, schließlich stellt sich intensives Krankheitsbewußtsein und Depression ein. Sie ist während der Untersuchung deprimiert, weint, glaubt nicht wieder gesund zu werden. Sie ginge wie ein Geist oder wie im Traum umher, fühle sich wie tot. Sie kann geistig nicht sehen und hören, wiewohl sie große Lust zu allem hat. Es ist, wie wenn sie etwas Festes im Kopf hat. Sie kann geistig weder vor noch rückwärts sehen. Sie muß, ohne daß sie will, über das Erlebte nachdenken. Sie glaubt an eine örtliche Störung im Gehirn. Sie faßt sich oft selbst an und fragt ob sie wirklich lebt. Sie kommt sich wie eine aufgezogene Maschine, bei der sich alle Bewegungen und Tätigkeiten automatisch vollziehen, vor. Wie eine Figur aus dem Panoptikum. Wenn sie etwas erlebt, was ihr eigentlich Freude machen sollte, so lacht sie wohl einmal mit anderen mit, aber sie lacht nur mit Gesicht und Mund. Die Stimmen der mit ihr Sprechenden hört sie aus weiter Ferne, das Ohrenklingen ist tiefer und dumpfer geworden. Sie klagt, ihre Erinnerungsbilder seien nebelhaft, undeutlich, matt und farblos. Das Denken scheint ihr anders, unvollkommener und unbewußter vor sich zu gehen. Auch von ihren Gemütsbewegungen empfindet sie, daß dieselben blaß und farblos sich abspielen, keine tiefe Freude, kein schweres Leidgefühl, kein unendliches Mitleid und Mitgefühl bemerkt sie mehr bei sich. Natürlich ist sie darüber sehr unglücklich. Die körperliche Untersuchung ist im wesentlichen negativ. . . . Es ist bemerkenswert, daß die Patientin sehr intensives Krankheitsgefühl hat, das sie von einem Arzt zum anderen wandern läßt.

Pick hat meines Erachtens die Zugehörigkeit dieser Beobachtung zu den Fällen Krishabers mit Unrecht angezweifelt. Zum Beweis dafür habe ich die Krankengeschichte, die auch sonst manches Bemerkenswerte enthält, ausführlicher wiedergegeben.

Fall 2. 40 Jahre. Keine Heredität. 20 Jahre vor der Konsultation spürte er eine eigenartige Umwandlung mit sich vorgehen. „Das ganze Leben, die Umgebung, was ich sah, hörte und tat, bekam alles einen bisher unbekanntem Reiz für mich. Ich begann mich für alles lebhaft zu interessieren, mich erhaben zu fühlen.“ Nach 8—14 Tagen bekam er unerträgliche dumpfe Angst. Seine ganze Umgebung kam ihm angstvoll vor. Alles war sehr merkwürdig, unbegreiflich, wie wenn andere Menschen ebenso sehr litten, aber noch vernügt dabei seien. Er tat alles „so mechanisch“ als wenn es ein anderer durch ihn tat. Der Zustand blieb 20 Jahre bestehen. Er hatte das Gefühl, daß sich sein Zustand nie ändern würde, selbst nach dem Tode nicht. Er hatte keine wirkliche Lust und Freude am Leben. Seit einem Jahr kommen abwechselnd Zeiten, in denen alles wieder natürlicher und selbstverständlicher vorkommt. „Ich habe Augenblicke, wo mir die Natur nicht mehr so ängstlich und angstvoll vorkommt, sondern sogar sehr schön und neu, als wenn ich so etwas noch nie gesehen hätte. Es ist dann so, als wenn ich sonst alles wie im Bilde gesehen habe und jetzt dasselbe Bild durch ein Stereoskop betrachte.“ Wenn er krank sei, sei er innerlich wie tot gewesen und deshalb sei ihm auch, das was außer ihm vorging, tot, wie im Schlafe

vorgekommen. Wenn er recht tüchtig zu tun hat, kommt ihm sein krankhafter Zustand nicht so sehr zum Bewußtsein. Sein krankhafter Zustand macht ihn gleichgültig gegen alles Schöne und Gute. Wenn er sich dagegen freier fühlt, gewinnt das Unscheinbarste großes Interesse für ihn. Er findet dann die Welt unbeschreiblich überwältigend schön. Übergießen mit kaltem Wasser merkte er nicht recht. Während einer mehrmonatlichen Beobachtung wechselte der Zustand am gleichen Tage häufig, ein eigentlicher Fortschritt war nicht zu beobachten.

Fall 3. 38jährige Frau. Hereditär nicht belastet. Im Anschluß an ein „Nervenfieber“ mit 16—17 Jahren zum erstenmal der hier zu beschreibende Zustand. Drei gesunde Kinder. Seit jener Erkrankung ohne besondere Veranlassung, anfangs seltener, jetzt alle 1—2 Jahre, allmählich beginnende Zustände die mehrere Monate anhalten und sich allmählich wieder verlieren. Sie fühlt sich dann vollständig verändert wie im Traume, ihr Handeln ist wie maschinenmäßig. Empfindungen und Wahrnehmungen undeutlich, die Gegenstände wie in weiter Ferne, ihr Fühlen und Denken ist oberflächlich und traumhaft, sie schrickt nicht mehr zusammen, die selbst gekochten Speisen schmecken schwach und fade. Klagt über Gedächtnisschwäche und über Zweifel, der sich zwangsartig aufdrängt. Sie ist deprimiert, weint viel, hat Angst. Fühlt sich krank. Es geht ihr am besten, wenn sie sich durch Arbeit ablenkt. Dumpfes, wirres Gefühl im Kopf. Besonders sei hier auf die Periodizität verwiesen, die uns ja auch bei einer Reihe anderer Kranken noch beschäftigen wird.

Fall 4. 21jährig. Klagt über eine Reihe von neurasthenischen Beschwerden. Die Empfindung, als ob er tot herumliefe. Unfähigkeit sich klar zu machen, was er sieht. Die Welt ist dunkel und verschleiert. Er hört die Stimmen dumpfer, undeutlicher und tauber. Erlebnisse erscheinen wie im Nebel. Er ist selbst wie im Traum. Fühlt, daß er nicht wieder gesund werden kann. Auch diese Erkrankung reiht sich wohl zwanglos den Krishaber'schen Fällen an.

#### Fall von Wernicke.

50jährige, die im Anschluß an Anstrengung mit 35 Jahren unter heftigem Angstgefühl erwacht. Sie fühlt sich schwindlich, hat das Gefühl, als wenn ihr der Verstand schwinde und als ob ihr Kopf mit Filz überzogen wäre. Sie mußte sich den Spiegel vorhalten, um sich ihrer eigenen Identität zu versichern. Heftige Angst. Es bildet sich ein stabiler Zustand heraus, der mehrere Jahre anhält. Sie steht fortwährend in dem Bann des geistigen Unvermögens, ihr geistiges und leibliches Wesen zu erfassen. Die Bemühungen verursachen ihr unaufhörliche Qual. Sie ist sich ihrer selbst nicht bewußt, muß sich vorsagen, wer sie ist. Es ist ihr als ob ein anderer ihr fremder Mensch ihre Vergangenheit erlebt habe. Ihre Sprache ist ihr fremd als ob ein anderer Mensch aus ihr spräche. Altbekanntes erschien ihr fremd und sonderbar. Eine Zeitlang kam sie sich identisch mit ihrer Schwester vor. Fremde, neue Menschen sind ihr nicht so unheimlich und können sie zeitweilig aus sich herausbringen. Sie wandert oft im Zustand völligen Unbewußtseins herum. Sie mußte immer angelehnt sitzen, weil sie den Rücken nicht frei haben konnte, ohne zu der Frage veranlaßt zu werden, ob derselbe zu ihr gehöre. Sie sei empfindlich und reizbar. Es ist ihr immer zu Mute, als sei sie aus mehreren Menschen zusammengesetzt, von denen keiner der rechte, Ich selbst sei. Am besten sei es, wenn sie so viel wie möglich das Suchen nach sich selbst unterdrücke. Sie klagt über eine Reihe von Beschwerden, die das Gefühl eines Zwanges hervorbringen. Nach 4 Jahren fühlt sich die Patientin fast gesund, doch trat im Anschluß an das Klimakterium nach 4 Jahren ein neuerlicher Rückfall ein, der nach 3 Jahren noch nicht vollständig überwunden ist.

Mit Rücksicht darauf, daß vor der Erkrankung leichte hysterische Erscheinungen, Druck im Kopf, Weinanfälle, große Abspannung vorhanden waren, teilt Wernicke den Fall den hysterischen Psychosen zu. Doch vermerkt er ausdrücklich, daß eigentliche hysterische Stigmata fehlten.

#### Fall von Séglas.

Es tritt plötzlich Unwohlsein auf, die Augen sind geblendet, jedes Wort kommt wie ein fernes Echo, der Kopf verklärt sich, peinvolle Angst, der Patient sieht sich handeln und leiden, er macht alle Anstrengungen zu sich zu kommen.

Am nächsten Abend ausgesprochene Pseudohalluzinationen (oder Halluzinationen?) erotischen Inhalts. Am Morgen sind zwei Personen in ihm, eine die erlebt, und eine andere, die beobachtet. Er weiß nicht, welche leidet, von Zeit zu Zeit vermengen sie sich oder sie streiten miteinander. Tagsüber arbeitet er, handelt wie ein Automat, der Kopf wird leerer, die Gedanken jagen sich. Hände, Arme und Füße bewegen sich wie die eines anderen. Zwei Tage später hat die Spaltung zugenommen. Die Ideen wirbeln in seinem Geiste, der sie nicht fassen kann (gleichwohl verfaßt er eine psychologisch sehr klare Selbstschilderung). Er hat kein Bewußtsein seiner selbst. Auch am folgenden Tag zwei Personen, eine, die spricht, handelt, geht, eine andere, die beobachtet, aber leidet. Sie bekämpfen sich, er ist bald fröhlich, bald verdrossen. Gleichzeitig halluzinatorische Wahrnehmungen des Gesichts- und Gehörsinnes.

Mir steht nur der Auszug von Oesterreich zu Gebote, der nichts über das Klinische enthält. Wie so viele andere macht auch diese Selbstschilderung einen leicht manirierten Eindruck. Es ist im übrigen einer jener Fälle, die keinerlei Gefühlsstörungen zeigen. Oesterreich spricht deshalb von einer Herabsetzung der Aktivitätsgefühle. Eine Auffassung, die ich im Haupttext bekämpft habe.

#### Fälle von Janet und Raymond.

Bei., 18 Jahre alt. Der Vater Trinker. Die Erkrankung im Anschluß an aufregende Lektüre, die auf ihren Zustand zu passen schien (heimliche Verlobung). Sie fühlt sich im Anschluß daran plötzlich verändert, fühlt sich sonderbar. Körperlich fühlt sie nur leichtes Unbehagen im Hinterkopf. Hörte und sah gut, konnte sich leicht bewegen, trotzdem suchte sie sich selbst, da sie glaubte, nicht mehr die gleiche zu sein und den Eindruck hatte, daß die Umgebung nichts mit ihr zu tun hätte. Seither wiederholt sie immer, daß nicht sie es sei, die spreche, esse und arbeite. Es fehle ihr etwas. Sie erscheint affektiv, stark erregt. Ist sehr ängstlich, hat Furcht vor allen Messern. Zugleich ist sie suggestibel. Sie beklagt sich, von der Zeit nichts zu wissen. Auffallenderweise ergab die sehr genaue Prüfung der Sinnesorgane vollkommen objektive Verhältnisse, wiewohl die Kranke klagte, sie sehe, höre und fühle nichts. Die positiven Auskünfte erhält man dann, wenn die Kranke nicht mit sich selbstbeschäftigt ist. Die Störungen kehren wieder, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst richtet. Sie behauptet dann nicht lesen zu können und einen Nebel vor den Augen zu haben. Ein ähnliches Verhalten findet sich bei der Prüfung des Gedächtnisses. Nach zwei Jahren ist sie nicht vollkommen geheilt, sie zweifelt (zwangsmäßig) an ihren Erinnerungen. (Fall 18.)

Das Bemerkenswerte an diesem Fall ist, daß die Patientin sehr heftige Gefühlserregungen zeigt. Diagnose: Psychasthenie.

Ver., 20 Jahre alt. Eltern nervös. Als Kind bald eigensinnig, bald wieder willenlos. Als er von seinem Lehrherrn bedroht wurde, stellte sich Herzklopfen ein und es ging im Kopf etwas Sonderbares vor, das er nicht erklären konnte. Drei Wochen später hörte er hinter sich rufen haltet ihn, haltet ihn. Er bezog das auf sich und spürte im Kopf das gleiche Gefühl wie vorher. Seit diesem Moment fühlte er sich vollkommen verändert. Er hörte auf zu arbeiten, und klagte, es wäre ihm, wie wenn er nicht selbst es sei, der geht, spricht, schläft, ißt und lebt. Es sei, wie wenn er abseits von seinem Körper lebte. Auch hier erwies sich die Sensibilität, der Geschmack, der Geruch, das Gehör und das Gesicht bei der objektiven Prüfung vollkommen intakt. Er gab an, sich überhaupt an nichts zu erinnern. Bei objektiver Untersuchung war das Gedächtnis ungestört. Er gibt an, nicht denken zu können, aber er spricht geordnet und kann den Inhalt eines gelesenen Buches referieren. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit schwinden auch hier die Störungen. (Fall 19.)

In den beiden Fällen handelt es sich, wie dies auch der Auffassung der Autoren entspricht zweifellos um Neurosen.

Beide Fälle stammen aus der Publikation „Neuroses et idées fixes“. Die jetzt folgenden sind aus „Les obsessions etc.“.



Pot., 32 Jahre, neurotisch belastet. Die Mutter leidet an Zwangszuständen. Die Patientin ist immer ernst, leicht beunruhigt. Anämisch und dysmenorrhöisch. Nach einem Typhus die ersten psychasthenischen Beschwerden (mit 24 Jahren). Nach der dritten Geburt erschrickt sie zweimal über nichtige Angelegenheiten. Sie zeigt Abulie, Aproxie, Apathie, Indifferenz. „Alles, was ich mache, ist maschinell, es geschieht ohne mich, ich bin wie im Traum: ich handle aber anders als sonst.“ Sie klagt über Traurigkeit und über Gefühls-mangel. „Ich wollte, ich könnte verzweifeln, vor Schmerz schreien, ich weiß, daß ich unglücklich sein müßte und komme nicht dazu, ich habe weder Freude noch Schmerz, ich weiß, daß eine Mahlzeit gut ist, aber ich verschlinge sie, weil es sein muß, ohne an dieser das Vergnügen zu finden, das ich früher daran hatte: Freude und Kummer sind geflohen: ich war bei einem Begräbnis und hatte keinen Kummer!“ Sie glaubt, die Existenz und das Leben sei in ihr verschwunden. „Ich begreife mein Leben, die Welt, ja mich selbst nicht mehr, ich habe alles Bewußtsein meiner Existenz verloren.“ Die Seele sei getrennt vom Körper, sie begreift nicht wie früher, sie frage, ob sie existiere. Es folgen auf die Krisen schnelle Niedergeschlagenheit. „Warum ist mein Leben nicht so wie früher . . . es ist ein unaussprechliches Leid, wiewohl ich körperlich nicht leide. Denn die kleinen Beschwerden, die ich fühle, sind nichts im Vergleich zu diesen moralischen Martern und ich wollte, ich könnte leiden.“ Sie glaubt nicht, auf der Erde zu leben und zu sein. Die Sinnesorgane und die taktile Sensibilität sind vollkommen intakt und an den Viszeralorganen findet sich nur leichte Verstopfung. Nach 6 monatlicher Behandlung Heilung. (Fall 19.)

Der Fall ist eine Psychasthenie.

Dd., 24 Jahre. 2 Brüder geisteskrank, Eltern angeblich gesund. Als Kind Ohnmachten. Während der Schwangerschaft ein „deliranter“ (?) Zustand. Im Anschluß an die dritte Schwangerschaft begann das „Delir“ wieder. Auch nach der Geburt (die vor 3 Monaten stattfand) bestand die Krankheit fort. Sie ist, wie sie sagt, nicht mehr richtig wach. Sie beschäftigt sich nicht mehr, liest nicht mehr Romane. Schließlich Gefühl der Langweile und Unfähigkeit. Sie sieht die Dinge wie durch einen Schleier, wie in einem Traum. Sie erkennt die Gegenstände, aber es ist ihr, als sehe sie sie seit langer Zeit wieder. (Fall 18.)

Pl., 28 Jahre alt. Hereditär disponiert. (Vater Trinker, die Mutter hatte Zwangserscheinungen). Sie ist (im Anschluß an eine Niederkunft) vollkommen energielos und apathisch. Sie findet, daß ihr Leben seltsam geworden ist. Ihre Handlungen scheinen ihr nicht von ihr selbst auszugehen. Anfangs machte sie Anstrengungen, sich wiederzufinden, sah in den Spiegel, um sich wiederzuerkennen. Trotzdem fühlte sie, wie sie eine andere werde oder besser, sie verlor ihr Selbst. Sie glaubt es nicht selbst zu sein, die sieht, hört, ißt. Arme und Beine gehen allein ohne sie selbst. Sie ist wie tot. „Nicht wahr, es ist sonderbar (drôle) irgendwo zu sein und doch nicht dort zu sein, sein Leiden zu fühlen und doch nicht zu existieren.“ (Fall 20.)

Gisèle 30 Jahre. Im Vordergrund Zwangserscheinungen. Sie muß sich fragen, ob sie nicht Unrecht hatte, sich zu verheiraten.

Nicht belastet; hatte mit 11 Jahren das erstmal Schlafzustände und Schwindel. Mit 13 Jahren zwangsmäßig die Frage, ob sie die Schlafzustände nicht simuliert habe. Daran schließen sich andere Grübelphänomene. Ihre Mutter sagt von ihr, sie sei intelligent aber unpraktisch gewesen. Sie begeistert sich für vieles, spricht und schreibt glänzend, ist aber willenlos und kann zu keiner Entscheidung kommen, sie zweifelt an der Welt, fragt nach ihrer Existenz. „Il lui semble, que ses sentiments n'arrivent jamais au bout, que tout glisse sur elle . . . quelle a été incapable d'avoir du chagrin à la mort de son père. Il lui semble toujours, qu'en tout, dans ces affections sourtout, elle joue la comédie.“ Es wird ihr dann die Umgebung fremdartig und es beginnt das Zwangsdenken. Zeitweise wechseln mit diesen Störungen Magenbeschwerden ab. Krankheiten, Geburten, Ermüdungen verstärken diese Zustände. Aufregungen wirken gleichfalls verschlimmernd. Ermunterung, Zutrauen wirken günstig ein. Der Zustand dauert Jahre. (Beobachtung 171.) Eine Begründung der Diagnose Psychasthenie ist wohl überflüssig.

Xyb., 37 Jahre. Aus einer neuropathischen Familie stets willensschwach und schüchtern, seit 5 Jahren Zwangsvorstellungen, sie zeigt enorme Trägheit, kann sich nicht entschließen aufzustehen und sich anzuziehen. Kann keine Ordnung schaffen, sie klagt, alles durch einen Nebel zu sehen, zerstreut zu sein und der Konservierung nicht folgen zu können. Sie glaubt weder an die anderen noch an sich selbst, sie kann nichts beenden. Sie interessiert

sich nicht für ihre Kinder. Sie läßt Tage verstreichen, ohne es zu merken, „Sie sind vergangen wie eine Minute!“ Sie klagt selbst, sie habe den Zeitsinn verloren, sie wiederholt immer, sie sei nicht sie selbst. Im Kopfe sei etwas zerbrochen. Im Grunde existiere sie gar nicht. Auch wenn es ihr besser geht, sei sie noch nicht sie selbst. Sie bringt diese Dinge mit ihren Zwangsvorwürfen (sie hätte unberechtigterweise den Versuch gemacht, die Lieferanten zu wechseln, in Zusammenhang). Sie habe nicht das Recht, wie andere zu leben. (Fall 209.)

Eine 56jährige Frau klagte, es sei schrecklich, sie sei seit 2 Monaten im Sterben, sei im Grabe, sei eingescharrt. Sie sehe nichts als Schwarz um sich. Sie sehe keinen Menschen um sich, niemand existiere in ihrer Umgebung. Es läßt sich jedoch erzielen, daß sie Objekte, Personen und Umgebung beschreibt. Sie gibt dann auch zu, im Moment ein bißchen zu sehen. Aber es werde bald die Finsternis wieder kommen. (Fall 58.)

Die Kranke hat im Alter von 32 Jahren wahrscheinlich einen Basedow und hatte späterhin eine Reihe von Zwangsercheinungen. Ich halte es nach der kurzen Krankengeschichte, die mitgeteilt ist, für fraglich, ob es berechtigt ist, diesen Fall der Psychasthenie zuzuzählen. Viel näher scheint mir die Annahme einer Involutions-Melancholie zu liegen.

Is., 25 Jahre alt. Hat mit dem Alter von 10 Jahren typisch epileptische Krämpfe bekommen (Schrei, Zuckungen, Zungenbisse, Urinabgang). Die Frequenz war eine wechselnde. Zeitweise wurden sie ersetzt durch Migräneanfälle. Sie hatte jedoch in einem Jahre zwei eigenartige Zustände: „Es schien mir, daß ich nicht mehr existierte, daß ich sah, daß es jedoch nicht ich war, die sah. Daß ich hörte, daß ich jedoch nicht war, die hörte. Ich war keiner Sache mehr sicher, es schien mir, daß alles ein Traum war. Das regte mich außerordentlich auf.“ Dieser Zustand endete nach drei Tagen mit einem epileptischen Anfall. Er stellte sich wieder ein und verschwand, aber nur zum Teil, im Anschluß an eine Aufregung. Er endete erst vollständig nach einem epileptischen Anfall. Sie fürchtet diesen Zustand, den sie noch ein drittes Mal erlebte, mehr, als den Anfall selbst. (Fall 28.)

Pax., 27 Jahre. Beide Eltern nervös. Die Mutter Angstanfälle. Die Patientin selbst nervös seit ihrer Kindheit. Im Alter von 8 Jahren im Anschluß an heftiges Erschrecken Angstanfälle mit Erschwerung der Atmung und Tränen. Mit 13 Jahren Krämpfe mit Zungenbissen und Urinabgang. (Narben an der Zunge nachweisbar.) Auch gegenwärtig Krämpfe von wechselnder Frequenz. Stets geht den Krämpfen eine psychische Aura voraus. Der Inhalt ein wechselnder. Gegenwärtig beginnt die Aura mit Angst, dann kommt sie sich vollkommen verändert vor, ist nicht die gleiche, erkennt sich nicht mehr, hat ihre Persönlichkeit verloren. Sie beklagt sich darüber jammernd in korrekten Ausdrücken. Es sei nicht sie, die spräche, sie sei erstaunt über den Klang ihrer Stimme. Sie fühlt sich dann verdoppelt, das andere Ich verkörpert sich in einer wenig entfernten Person. Sie glaubt dann, daß diese den Anfall bekommen wird und bekommt den Anfall.

Diese beiden Beobachtungen erscheinen mir deswegen wichtig zu sein, weil sie in sehr vielen Punkten dem Symptomenkomplex der Depersonalisation entsprechen. Man muß also annehmen, daß dieser auch bei der Epilepsie vorkommt. Hier sei noch kurz eine Beobachtung der Autoren angeführt: Eine Epileptika hat Krisen, in denen sie klagt, alles sei sonderbar, es sei wie tot und schweigend und nichts rühre sich. Sie fragt dann, ob nicht das Weltende da sei. (Fall 29.)

Eine Reihe Klagen anderer Patienten, für welche die Diagnose Psychasthenie feststeht, seien kurz wiedergegeben. „Für Momente scheine nicht ich es zu sein, der handelt. . . . Ich habe Gedanken, die mir gehören und solche, die nicht mir gehören. Der Gedanke kommt mir, ich weiß nicht woher, ohne daß ich es wäre, der denkt. Es ist wie Inspiration.“ (Fall 21.)

„Die Welt ist sonderbar, eigenartig, abstoßend.“ „Meine Hände bewegen sich von allein ohne mich.“ (Fall 24.)

Fall von Janet<sup>1)</sup>.

Ein 18-jähriger, der das Symptomenbild der Depersonalisation zeigt, hat das lebhafteste Interesse, sich demonstrieren zu lassen. Er ist geeignet zur Analyse. Er hat seit seinem 17. Jahre eigenartige Störungen des Denkens. Zu dieser Zeit traten Angstgefühle auf und hypochondrische Befürchtungen. Er regte sich auf über philosophische Probleme. Mit 11 Jahren veränderten sich ihm die Objekte der Umgebung allmählich. Sie wurden sonderbar, eigenartig fremd und waren vollkommen anders wie früher. Zunächst betraf das nur die neuen, schließlich auch die bekannten Objekte. Alle Objekte waren für ihn wie Zyklopen. Auch sonst fühlt er sich wie im Traum. In der letzten Zeit fühlt er sich selbst sonderbar und unwirklich. Er hat Willen und Tätigkeitsdrang verloren. Er verstünde nichts, sei es nicht selbst, der handelt, er hört sich selbst sprechen, aber es ist ein anderer, der spricht, es ist eine Maschine an seiner Stelle. Er könne sich über nichts aufregen und fühle nichts. Als er von einer Nadel gestochen, gleichwohl zusammenzuckt, sagt er, es ist die moralische Empfindlichkeit verloren gegangen. Nicht er fühle, es ist ein anderer, der mechanisch fühlt, er sei wie tot, sei ein lebendig Toter. Durch alle Ausdrücke kann er nicht klar machen, um was es sich handelt.

## Fälle von Juliusburger.

Fall 1. Eine 30-jährige<sup>2)</sup>. Der Großvater mütterlicherseits melancholisch. Tante mütterlicherseits nervenleidend. Ein Bruder und ein Vetter der Mutter geisteskrank. Die Kranke gibt an, früher abnorm-tiefes Empfinden gehabt zu haben. Es fehlt der natürliche Frohsinn, sie fand im Leiden Genuß. Mit 19 Jahren eine „verkehrte“ Liebesgeschichte. 10 Jahre vor der Aufnahme konnte sie sich mit einem Male die Angehörigen ihrer Umgebung nicht vorstellen. Sie merkte nicht, wie die Zeit entschwand. Im Spiegel sah sie sich verändert und verzerrt. Die eigene Schrift war fremd. „Ich empfand zu niemanden mehr Liebe, Sehnsucht, Freude, Leid, selbst das Magen- und Sättigungsgefühl fehlte.“ Sie war energielos und schwermütig, war sich selbst ein Rätsel. Das Denken war unbewußt, sie konnte sich nicht entschließen. Die Musik klang anders. Was sie sah, war wie ein gemaltes Bild. Sie konnte den Gesprächen nicht folgen. Auch Klagen über schlechten Gedankengang. Der Zustand dauert mit Schwankungen bis 1913 fort. In dieser Zeit Selbstmordgedanken, Schwindelgefühle. Sie sage alles halb unbewußt. Es fehle das Bewußtsein.

Sie ist wie ein Automat. Objektiv war jedoch kein Mangel an Auffassungsfähigkeit nachzuweisen, objektive Hemmung fehlte.

Juliusburger spricht von Pseudomelancholie. Die Krishaberschen und Janetschen Beobachtungen sind ihm offenbar entgangen. Der Fall ist ihnen anzureihen.

Fall 2<sup>3)</sup>. Die Patientin hatte bereits 1899 einen Depressionszustand und war 1900 „melancholisch“, 1901 eine Psychose, in der sie sagte: „Das alte Ich ist, als ob es schon gestorben ist.“ Sie könne sich gar nicht recht daran erinnern. Die Verbindung mit dem Alten fehlte. „In der Mitte hier (die Kranke zeigt auf die untere Hälfte des Sternums) fühle ich mein Ich, von da geht ein Druck aus, von da kommen die Gedanken. . . . Ich habe zwei Ich, das eine ist nur solch ein negatives, das habe ich, wenn ich ganz still liege; eines sitzt im Kopfe, eins sitzt hier.“ Das eine beobachtet alles und sei nicht persönlich, sei wie eine dritte Person (das im Kopfe), das andere wolle leben, es denke nicht persönlich. Sie habe keine Gedanken, alles komme nur aus der Erinnerung. „Es geht im Kopfe wie von selber, als wenn mir die Kraft fehlte zu denken. Das eine Ich ist wie ironisch über das andere und schilt das andere Schafskopf. „Von unten kommen Gedanken und Wünsche, daß ich so sein möchte, wie der und der. . . .“ Sie wiederholt immer, daß sie sich gespalten fühle in ein beobachtendes, hochmütiges Ich und in ein anderes, das gesund sein möchte. Im Traume schwinden die Störungen. Die Gedanken sind vom Ich getrennt „als wenn die Verbindung mit mir fehlt. Sie sind schon im Kopfe, aber ich nehme keinen Anteil daran.“ Sie sei meist gleichgültig und still, aber doch auch häufig wieder unglücklich.

1) Journal de psychol. 1908. Bd. 5.

2) Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 17. S. 72. 1901.

3) Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 17. S. 389. 1901.

Juliusburger spricht schlechthin von Melancholie in diesem Falle. Ich kann in der Krankengeschichte keinen zwingenden Beweis für diese Annahme sehen. Er scheint den Fall aber doch wieder in die nächste Nähe seiner „Pseudomelancholie“ zu stellen. Angaben über die objektive Hemmung fehlen. Man wird also die Diagnose im unklaren lassen müssen. Psychologisch erscheint es überhaupt fraglich, wieweit der Fall als Depersonalisation bezeichnet werden darf. Ich möchte ihn trotzdem als solche bezeichnen. Mir erscheint als charakteristisch, daß ein „Ich“ das andere beobachtet und in ihm schwache Wünsche entdeckt, die nach oben treiben. Allerdings fehlen Angaben über den Eindruck, den die Umwelt macht.

Fall 3<sup>1)</sup>. Eine 26jährige (1900), stets nervös; passagere Lähmungen. Verlobung. Angstgefühle. Am 26. Sept. plötzlich Ratlosigkeit „ich bin nicht ich, ich weiß gar nicht, was ich tun soll“, wiederholt die Redewendung stereotyp. Am nächsten Tag ratlos Affektausdruck (Tränen). Sei kein Mensch, man könne sie nicht verstehen, sie sei kein Ich, habe keinen Willen. Verbigeriert. Die sich mit ihr befaßten, gingen zugrunde. Nachmittags aufgeräumte Stimmung. Am 28. Sept., sie habe kein Interesse, ihre Stimme sei nicht die richtige. Erkenne sie nicht als die ihre an. „Ich bin ganz verkehrt, kann nichts Vernünftiges sagen.“ Kann nicht wollen. „Dadurch, daß ich immer daran denke, ruiniere ich mich.“ Hände und Füße seien bisweilen steif. Am 17. Okt. „Können Sie sich vorstellen, daß man nichts erlebt hat?“ Ich sehe und höre doch alle sprechen und höre doch nichts. Die Erinnerungen liegen außer mir. 18. Okt. kindischer Suizidversuch. Am 19. Okt. kündigt sie wieder Suizid an. Am 20. Okt. Sei niemand . . . habe alle Hoffnung und alles Gefühl aufgegeben. Nachmittags spielt sie flott Klavier. Am 23. Okt. Verbigerationen. Am 7. Dez. „Alles öde, ich bin nicht ich.“ 1902 ist der Zustand noch unverändert. 1903 scheint die Denktätigkeit noch Schwierigkeiten zu machen.

Juliusburger spricht wieder von Pseudomelancholie. Er scheint jetzt geneigt, sie als Untergruppe der Dementia praecox anzusehen. Es scheint allerdings in diesem Falle die genannte Diagnose sehr nahezuliegen. Mit völliger Bestimmtheit würde ich nicht wagen, sie auf Grund der „Defekte“ zu stellen, denn gerade bei den uns hier interessierenden Formen von Psychasthenie täuscht das eigenartige Verhalten der Kranken Defekte vor, wo sie nicht vorliegen. Auffallend bleibt jedoch die Verbigeration, die den Psychasthenien dieser Art fremd ist. Sie scheint mir im Verein mit einem eigenartig stilisierten, weit-schweifigen und abstrusen Briefe die Diagnose Dementia praecox doch mit hinreichender Sicherheit zuzulassen.

Fall 4<sup>2)</sup>. Eine 27jährige klagt, das Bewußtsein von dem, was geschieht, sei nebelhaft. Diese Unklarheit liege im Denken. Alles wirke auf sie wie ein Bild. Sie sehe alles aber mechanischer als früher. Sie hat Angst, daß sie Namen und Wohnung vergessen könne. Sie höre sehr scharf, höre es richtig, gleichwohl ist es, als wenn etwas dazwischen wäre und verschleierte. Beim Klavierspielen sind ihr die Töne fremd. Die Gerüche seien ihr nicht fremd, der Hunger sei nur ein unbehagliches Gefühl, die Sprache sei komisch, die Häuser seien wie Kartenhäuser, die Menschen seien auch nicht richtig, wie nicht fest, alles sei traumhaft. Das was in ihr denke, erhebe sich über sie und beobachte sie, während sie ruhig daliege, die Hände kämen ihr fremd, größer und anders vor. Die Fähigkeit vorzustellen sei gemindert.

#### Fall von Förster.

49jährige Frau (1902). Erblich nicht belastet. Im 16. Lebensjahre konnte sie Gegenstände und Personen nicht mehr so deutlich erkennen. Sie konnte sie insbesondere nicht vorstellen. Gleichzeitige Angst. Dieser Zustand kam fast alle Jahre im Frühjahr wieder,

<sup>1)</sup> Zentralbl. f. Nervenheilk. Bd. 17. 1906.

<sup>2)</sup> Monatsschr. f. Neurol. u. Psychol. Bd. 22. 1912.

Gefühle der Leere. Später auch zwangsmäßiges Nachdenken über das Aussehen bestimmter Gegenstände. Juni 1899: Gefühl von absoluter Leere im Kopf, sie fühlte ihren ganzen Körper nicht mehr. Empfindung als drücke ein schweres Gewicht ihr Hirn. Sie gab an, nichts ordentlich erkennen zu können. Könnte sich nichts recht vorstellen. Zwangsmäßiges Vorstellen von Gegenständen; Tentamen suicidii. Im Oktober ratlos. Klagen über Leere im Kopf. Sie fühlt ihren Körper nicht mehr. „Das allgemeine menschliche Gefühl ist mir verloren gegangen.“ Sie fühlt ihre Glieder beim Gehen nicht. Durch die Berührung geht angeblich menschliches Gefühl auf sie über. Wiewohl objektiv kein Defekt nachweisbar ist, gibt sie an, sie könne nichts erkennen. Es ist so, als ob gar nicht sie es wäre, wenn sie etwas sehen und erkennen soll. Sie könne sich nichts vorstellen. Doch ist bei objektiver Prüfung das Erinnerungsvermögen ein gutes. Sie meint, man müsse doch auch das allgemeine menschliche Gefühl haben, bevor man vorstellen könne. Sie gibt an, nicht ordentlich zu hören. Sie gibt an, bei der Kohabitation nichts zu empfinden. Wenn sie nachts im Bette liege, fühle sie sich gar nicht. Dazwischen zwangsmäßig, der Drang sich zu besinnen. Dieser Zustand ist mit Angst verknüpft, bis 1901 unverändert. 1901 liegt sie fast permanent im Bette, spricht nichts, antwortet nur leise: sagt: „Ich bin nicht mehr, es ist mit allem vorbei.“ Habe keine Gefühle. 1902 ist der Zustand wieder ähnlich wie im Jahre 1899.

Ich möchte vom klinischen Gesichtspunkte aus auf zwei Momente besonders verweisen: 1. das periodische Auftreten, 2. und die Koexistenz mit Zwangsvorstellungen. Eine klinische Deutung wird im Haupttext versucht.

#### Fall von Touche.

Es handelt sich um ein junges Mädchen, welches im Anschluß an den Verlust seines Vaters durch Unfall ihre Gefühlserregbarkeit gegenüber den gegenwärtigen Eindrücken verloren hat. Sie ist erhalten gegenüber den Erinnerungen. Dachte sie an den Vater, trat Verzweiflung ein. Beim Anblick ihrer Mutter verspürte sie nichts. Dachte sie an eine Reise, die sie in der Gesellschaft von Vater und Mutter gemacht hat, so verband sich die Erinnerung an ihre Mutter mit Gefühl. Sie hatte schließlich den Eindruck in ihrer Persönlichkeit verändert zu sein und begann von sich in der dritten Person zu sprechen, wie wenn es sich um eine fremde Person handelte. (Zitiert nach Sollier).

#### Fall von Deny und Camus (u. Bernard-Leroy).

47jährige Frau (1903). Familiär nicht belastet. Vom 17. bis zum 25. Lebensjahr häufig Migräne. Vier Geburten. Stets leicht erregbar. Häufig Zank mit ihrem Mann. Im Anschluß an einen solchen 1899 Krankenhausaufnahme. Die erste Krise endete nach einem Jahr. Von neuem begann eine solche im Mai 1901. Es gingen ihr voraus mehrere kürzere gleichartige Krisen. Sie beginnen mit Verwirrtheit und Amnesie. Sie verläßt dann ihr Haus. Irrt umher, entkleidet sich auf offener Straße und macht Suizidversuche. Sie gibt dann an, sie fühle sich verändert, fühle Glieder, Kopf und Haare nicht, müsse sich berühren, um zu wissen, wie sie sei. Ihr ganzer Körper sei verändert. Bisweilen sei es, wie wenn sie nicht existiere. Nicht sie selbst fühle die Objekte. Sie könne nicht denken und könne sich nichts vorstellen. Im Bett suche sie ihren Körper, ihre Beine. Sie gibt an, nicht riechen und nicht schmecken zu können. Die menschliche Stimme erscheint verändert. Personen und Dinge erscheinen als Phantome. Sie erkennt sie aber wieder. Sie kann weder sich selbst noch andere lieben. Sie würde lieber sterben.

Die objektive Untersuchung der Sensibilität und der Sinnesorgane ergibt normale Befunde. Die Patientin behauptet verloren zu sein und hält daran fest, daß sie nicht geheilt werden könne.

Diagnose: Psychasthenie.

#### Fälle von Pick.

Fall 1. 33jährige Gastwirtsfrau<sup>1)</sup> die klagt, sie kenne sich selbst nicht mehr und habe kein Bewußtsein. 3 Wochen vor der Aufnahme 20. Februar 1903 merkte sie plötzlich ein Gefühl, wie wenn sie bewußtlos werde, wie wenn sie die Gedanken verlöre. Ihre Gedanken

<sup>1)</sup> Arch. f. Psych. Bd. 38. 1904.

seien nicht die ihren. Sie fühlt wohl, daß ihre Beine sie tragen, aber es ist als bewegten sich die Beine von selbst. Was sie tue, was sie denke, das komme nicht von ihr. Die Patientin ist über ihren Zustand deprimiert, klagt über Interessellosigkeit, keine Hemmungen. Die Klagen steigern sich allmählich dahin, sie sehe alles wie im Traume, sie lebe nicht, alles sei wie fern, ihr Gehör sei verändert, sie sei ohne rechten Appetit, sie habe kein Gedächtnis, das Gehirn sei wie tot. Objektiv fand sich eine Parästhesie im zweiten Quintusast rechts, eine Facialisparesie rechts und eine totale Iridoplegie. Sie hat mehrere Abortus hinter sich.

Der Fall entspricht durchaus den typischen Fällen, nur ist bemerkenswert, daß sich Zeichen zerebraler Lues oder Metalues finden. Es wäre immerhin denkbar, daß das „neurasthenische“ Vorstadium der Paralyse einmal unter dieser Form abläuft.

Fall 2. 43jähriger Kaufmann<sup>1)</sup>. 1907 neurasthenische Beschwerden. Er habe nicht die richtigen Gedanken, beim Sprechen sei eine Schwäche im Kopf, als ob er nicht selbst spreche. Dann Verschlimmerung. Sie trat plötzlich unter Schwindel ein: Wie wenn jemand einen Schleier über ihn geworfen hätte. Die Augen waren wie starr. Die Klagen verstärken sich allmählich, er sei gedankenlos. Das Sprechen gehe rein mechanisch vor sich, das Denken sei wie abgetrennt vom Sprechen. Ebenso sei es mit dem Gehen, es kommt ihm vor, wie wenn er empor schweben würde. Schließlich kommt das Gefühl, er habe keinen Kopf, nur zwei Löcher, durch die er schaue. Es sei eine Art seelischer Betäubung. Sein ganzes Tun und Lassen sei unfreiwillig. Der Gedanke sei wie oberflächlich und habe nicht die richtige Farbe, die Sprache sei wie abgefallen, beim Schreiben gehe die Feder wie von selbst, beim Lesen hat er nicht die Empfindung selbst zu lesen. Er sehe ganz korrekt, aber es komme ihm alles gleichmäßig wie starr, wie durch ein Glas gesehen vor. Die bildliche Vorstellung sei weg. Im Spiegel komme er sich fremdartig vor. Er komme sich wie ein Schatten vor, das Gefühl sei nicht verändert. Er klagt noch über Schwäche in der Stirn und in Schläfen, über Angstzustände, über Unfähigkeit sich zu freuen. Die objektive Prüfung der Sensibilität und der Sinnesorgane ergibt nichts Abnormes.

Ich deute diesen Fall als Psychasthenie. Piek teilt noch zwei andere Fälle kurz mit, deren einen er mit Rücksicht auf die objektive Hemmung Selbstanklagen und Suizidideen als Melancholie bezeichnet. Die Patientin hatte die Empfindung, wie wenn ihre Seele in einen Abgrund falle. Es kreisten in ihr keine Gedanken, sie ist nicht imstande, ihre Gedanken in die Stirne zu bringen, wo sie sie früher hatte. Aus der kurzen Notiz läßt sich weder etwas Bindendes über das Klinische noch über das Psychologische sagen.

Aus den Angaben einer anderen Patientin ist bemerkenswert: Ihre Gedanken schwebten in der Luft. Auch die Äußerung, ihr Kopf schwebe über dem übrigen Körper, sei hervorgehoben. Sie klagt, daß sie die Dinge, die sie vorstelle, ganz klein im Kopfe habe, sie sehe jedoch ihre Umgebung nicht so.

#### Fall von R. d'Allonnes.

Alexandrine, eine 53jährige Frau, die klagt, keine Gemütsbewegungen mehr zu empfinden. Sie sagt weinend, sie möchte traurig sein, könne es aber nicht. Sie empfinde beim Weinen keinen Kummer. Sie weine rein mechanisch. Es sei schrecklich, weder Gutes noch Schlechtes fühlen zu können, weder Freude noch Kummer. Sie sei wie ein angezogener Besenstiel. Sie würde vorziehen, zu leiden als nichts zu fühlen. Dabei zeigt sie mit deutlichen äußeren Zeichen des Affekts und während ihr Sohn zum Besuche kommt, gibt sie an, nichts zu fühlen. Während die Untersuchung eine Änderung der Atmung und eine Pulsbeschleunigung feststellt. Zugleich beginnt ihre Stimme zu zittern. Trotzdem versichert sie, ihre Angehörigen nicht lieben zu können. Die Untersuchung der Hautsensibilität ergibt, daß die Schmerzempfindung am Körper fast vollkommen aufgehoben ist. Daneben bestehen aber eine Reihe von Schmerzpunkten. Ganz warme und ganz kalte Reize rufen nur einen geringen Eindruck hervor. Gleichwohl zittert sie bei Einwirkung von Kälte. Sie gibt an weder

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Psychol. Bd. 50. 1909.

Hunger noch Sättigung zu fühlen, nur gewohnheitsmäßig setze sie sich zu Tisch. Die Geschmackreize machten ihr kein Vergnügen. Gibt man ihr Rizinusöl, so erfolgt Übelkeit und Ansatz zum Erbrechen, ohne daß Ekelgefühle auftreten. Sie fühlt selten Durst, nur schwer die Ermüdung, niemals die Erholung nach derselben. Wiewohl sie niemals unrein ist, gibt sie an, nur eine leichte Empfindung (sensation légère) zum Wasserlassen und zum Defazieren zu haben, die aber nichts Drängendes hat, und zwar spürt sie das auch nur dann, wenn Blasen- und Darmfüllung vorhanden ist. Nach der Entleerung fühlt sie keine Erleichterung. Sie unterschätzt die Quantität des Entleerten.

Das unmittelbare Zeitgefühl ist verloren gegangen. Sie weiß zwar die Zeit, aber nur durch mnemotechnische Hilfsmittel. Auch der Schlaf ist gestört. Sie weiß nicht, ob sie geschlafen hat und wie lange sie geschlafen hat. Die Unterscheidung von Rhythmen hat gelitten, ist aber nicht vollständig erloschen. Die Reaktionszeit war normal. Die Sinnesorgane sind im wesentlichen normal, nur hört sie leichte Geräusche im Ohre. Die Hautempfindlichkeit ist etwas abgeschwächt.

Diese Krise ist zum vierten Male aufgetreten. Sie war im Charakter leicht erregt und hatte tiefe Zuneigung zu den ihren. Die erste Krise (Depression) mit 24 Jahren, Dauer 6 Monate. Die zweite mit 32 Jahren, Dauer 2 Jahre. Diese im Anschluß an Erkrankung des Mannes. Sie war niedergeschlagen, geängstigt, klagte über Kopfschmerzen und Gedächtnisverlust, sie täuschte sich über die Zeit. Die dritte (leichte) Krise mit 37 Jahren. Leichte Attacke mit 49 Jahren während der Menopause. Kopfschmerzen. Die letzte begann mehr als ein Jahr vor der Untersuchung (mit 52 Jahren). Sie wurde nachlässig, sie war zuerst noch zärtlich gegen ihre Angehörigen. Doch ließ sie allmählich darin nach. Wollte sterben, hatte keine Lust zu arbeiten. Dann trat der jetzige Zustand ein. Sie sagt über ihn: „Ja, es wäre besser zu leiden, als so zu sein.“

Der Fall ist wohl wieder als Psychasthenie zu deuten. Besonders vermerkt sei das periodische Auftreten der Störung.

#### Fall von Geißler.

Eine Ärztin, die mit 15 Jahren zum erstenmal in ausgesprochener Weise Erscheinungen der fausse reconnaissance zeigte. Später sah sie vor dem Einschlafen in einem Zug von Mädchen und Kindern sich selbst, sie wußte genau, daß sie im Bett lag, hatte aber doch das Gefühl, als wäre sie auch unter den Kindern. Sie sah sich deutlich in ihrem roten Sonntagkleid als sähe sie ihr Spiegelbild. Auch später fausse reconnaissance häufig. Während der Vorbereitungen zur Maturitätsprüfung (sie hatte auch Aufregungen in der Familie) kam die Empfindung, als führe sie ein doppeltes Dasein. „Alles was ich tat und sagte schien das eine Ich zu tun, daneben hatte ich aber das deutliche Gefühl, daß noch ein zweites Ich da war und dieses zweite Ich sah auf die Handlungen des ersten wie auf die eines fremden Wesens.“ Beim Besteigen des Trittbretts einer Straßenbahn ein ähnliches Gefühl. Sie konnte an dieses Ich denken wie an einen Gegenstand. Die eigene Stimme und die der anderen klang fremd. „Was ich tat, schien ich ganz mechanisch zu tun, was ich leistete, war aber nicht schlechter als früher“. Am meisten bedrückte sie während dieses Monate anhaltenden Zustandes das unaufhörliche Beobachten ihres zweiten Ich, das fortwährende Staunen über die Handlungen dieses zweiten Ich. Das Ich bewegte sich wie eine Maschine in fremder Umgebung. Nach vier Monaten war sie oft tagelang frei von dem Zustand, er trat nur gelegentlich auf. Dann zessierte er etwa zwei Jahre. Als sie im Auditorium praktizierte, trat die Depersonalisation von neuem ein. „Meine Antworten und die Methode der Untersuchung waren aber durchaus richtig.“ Die Zustände wiederholten sich stets, wenn sie praktizierte. Nach der Korrektur einer Kurzsichtigkeit von vier Dioptrien und eines Divergenzschielens von zehn Grad trat der Zustand nicht mehr auf. Er kam auch nur noch einmal wieder, als sie ohne Brille bei schlechter Beleuchtung durch die Straßen ging. Durch das Weglassen der Brille konnte der Zustand nicht mehr hervorgerufen werden.

Das, was an diesem Falle bemerkenswert ist, ist folgendes: Es kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden, daß er mit Manisch-depressivem etwas zu tun hat. Er tritt wenigstens im späteren Verlaufe nur bei bestimmten äußeren Ursachen auf. Es ist aber hervorzuheben, daß die erste Attacke etwa vier Monate

dauerte. Die Störung ist voll ausgeprägt, nur fehlen Angaben über die Gefühle. Hervorgehoben sei, daß die Beobachterin selbst Störungen der Sinnesorgane als Ursache anschuldigt.

#### Fälle von Oesterreich.

Fall 1<sup>1)</sup>. Ka., 26 Jahre (1906). Schon mit 22 Jahren neurasthenische Beschwerden. Angstgefühle, Schwindelgefühle, Kopfdruck, Ziehen im Kopf. Unregelmäßigkeit des Pulses. Ohrensausen, Zittern. Am 4. und 5. September 1902 fühlte er sich übermäßig wohl. Es war ihm, als hätte er einen anderen Charakter bekommen. Am nächsten Tag konstatierte er Benommenheit und zeitweiligen Mangel an allem Persönlichkeitsgefühl. Jedoch variierte dieses außerordentlich stark. Es war ihm, als wären mehrere Personen durch ein gemeinsames Bewußtsein verbunden. Dann heftige Angstzustände beim Anblick von Tapeten. Die eigene Hand, ja sogar die eigenen Vorstellungen erregten Angst. Das Gedächtnis erschien geschwächt. „Ich wußte oft nicht recht, was ich gelesen hatte. Doch ist der Grund dafür mangelhafte Konzentration gewesen, da ich mehr auf das Lesen als auf das Gelesene achtete.“ Mehrfach hatte er während des Gehens das Gefühl, er würde an der Rückseite des Körpers von sich selbst festgehalten. Er fühlte dann noch ein zweites Persönlichkeitsgefühl. Einige Tage darauf kann er Bilder, die er gesehen hatte, in abnormer Deutlichkeit vorstellen. Am 21. Sept. richtet sich die Aufmerksamkeit immer mehr nach innen, „die Gedankenreihe, die sich nur mit mir beschäftigte, trat immer mehr in den Vordergrund . . . . meine Persönlichkeit begann zu schwinden.“ Es war, als wenn er nicht ganz wach wäre, seine Sprache und sein Gesicht kamen ihm fremd vor. Die Gemüts- und Willensempfindungen wurden schwächer. Er fühlte den Ärger nur äußerlich. Er hatte weniger Aktivitätsgefühl. Am 25. Sept. verschwanden die Gefühle und der Wille, er handelte mechanisch, ohne das Gefühl des Wollens. Es war nicht einmal Apathie vorhanden. Das Angstgefühl war nur andeutungsweise. Zeitweise hörten alle Gedanken auf. „Ich hatte den Eindruck, daß Gefühls- und Willensimpulse unterhalb des Bewußtseins blieben.“ Er handelte jedoch äußerlich vollkommen normal. Auch war seine Sprache nicht eintönig. Der Zustand wurde traumhafter. Das Selbstbewußtsein hörte auf. Das Bewußtsein blieb ganz klar. Die Gedanken kamen schwer und langsam, das Gedächtnis war schlecht. Kurze Zeit gingen die Gedanken übermäßig schnell (nachts). Daneben besteht Zerstretheit. Außerdem klagt er über eine Reihe von neurasthenischen Beschwerden, Schmerz in den Oberschenkeln, in den Eingeweiden und in der Leber (nach Selbstberichten). In der Folgezeit „haben alle Vorstellungen mehr traumhaften Charakter.“ Das Aktivitätsgefühl fehlt. „Hineinversetzen in andere Personen ist abnorm leicht möglich.“ Gefühl körperlicher Leichtigkeit. „Die Unlustaffekte waren nicht ganz geschwunden, dagegen fehlte jedes Ichgefühl. Die nur spärlich oder gar nicht auftretenden Vorstellungen entbehrten eines ichhaften Untergrundes (14. Okt.). Rechnen ging gut, doch waren die Vorstellungen „spinnwebenhaft und dünn.“ „Das Handeln vollzieht sich mechanisch.“ (18. Okt. 1902). Es fand ohne Willensregungen statt. Es trat schließlich eine Besserung ein. Es spricht jetzt von psychischer Doppelheit. Zwangantriebe machten sich deutlich bemerkbar. Im weiteren Verlauf ändert sich das Bild sehr wenig und die Krankengeschichte enthält im wesentlichen nur Reflexionen des Kranken über seinen eigenen Zustand. Aus den Aufzeichnungen Ka. scheinen mir noch die folgenden bemerkenswert. „Stimmungen, Willensregungen usw. werden unsere erst dadurch, daß wir sie akzeptieren. Und ferner . . . Unvollständigkeit der Persönlichkeit ist sehr unangenehm.“ Auch die Angabe, daß er mindestens 200 verschiedene Grade des Selbstbewußtseins im Verlaufe der Genesung beobachtet hat, ist hervorzuheben. Dieser Zustand zieht sich mit geringen Schwankungen bis 1906 hin. Doch sind sie in dieser Zeit quantitativ beträchtlich gemindert.

Die klinische Deutung des Falles als Psychasthenie ist wohl unanfechtbar.

Fall 2. Ti., 20 Jahre. Schon als Quartaner neurasthenische Zwangszustände und neurasthenische Beschwerden. Im 14. bis 15. Lebensjahr fühlte sich verändert, es kommt ihm beim Spaziergehen alles umdämmert vor, es ist, als ob er der Welt entrückt wäre. Es war ihm dann, wie wenn ihm ein Fell über den Kopf gezogen würde. Es war, als ob er nichts

<sup>1)</sup> Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. VII—IX.



recht empfinden konnte, er hatte keine Freudegefühle mehr. Hat viel onaniert. Seine Klagen beziehen sich zur Zeit der Untersuchung im wesentlichen auf gemüthliche Stumpfheit, es sei alles ohne Gefühlston. Es kommt ihm alles fremd vor. Freude und Trauer fehlen. Er kann sich nichts recht vorstellen. Die Empfindung ist geliebt, das Gefühl fehlt. Der Anblick der Präparate ist ihm jedoch sympathisch. Er kann sich über Nichtigkeiten einen ganzen Tag ärgern. Phantasiegedanken erregen ihn. Unlust und Ekelgefühle kommen immer wieder. Er kann sich nichts richtig vorstellen. Und das Gefühl der Stumpfheit und des „Leeren, Hohlen“. Er kommt sich manchmal so vor, wie ein anderer. Er beschäftigt sich etwas, unterrichtet Gymnasiasten. Er ist überaus leicht ermüdbar. Hat beim Handeln das Gefühl des mechanischen. Hat das Gefühl absoluter Leere. „Ich habe das Gefühl, als wenn ich keine Gedanken zu Ende denken könnte.“ „Ich kann auch keinen Aufsatz schreiben.“

Als Diagnose drängt sich wieder auf: Psychasthenie.

Fall 3. Frau, 35 Jahre alt (1906). Philologe. In der Untersekunda mit 15 Jahren zweifelt er an der Realität der Außenwelt und seiner eigenen Existenz, mußte sich betasten. 1892 schwere neurasthenische Erscheinungen. Zwang, sich selbst zu beobachten. Die Wahrnehmungswelt fremdartig, ja vielfach gespenstisch. Gefühl der intellektuellen Unfähigkeit. 1902 teilnahmslos, unfähig sich zu beschäftigen. Musik wirkt gar nicht auf ihn. Er macht seine Dissertation zu einer Zeit, wo er nicht das Gefühl hat, etwas Vernünftiges fertig zu bringen. Er bestritt einen sinnvollen Zusammenhang der einzelnen Partien. Es ist ihm fremd, als ob es ein anderer geschrieben hätte. 1903 klagt er darüber, daß seine Freude und sein Behagen in erster Linie körperlich und erst mittelbar geistig sei. An seinen Arbeiten und Handlungen nehme er keinen inneren Anteil. Klagt über Interesselosigkeit. Ständig kommen Klagen über Gleichgültigkeit, geringer Befriedigung über das Geleistete. Auch im folgenden Jahre ändert sich darin nichts Wesentliches. Aus dem Jahre 1905 scheint mir folgende Äußerung bemerkenswert. „Gefühlslebendigkeit im einzelnen vermisste ich noch immer vollständig. Von einer gehobenen Stimmung, wie man sie bei solch strahlendem Himmel, wie wir ihn heute haben und bei diesem Blühen und Grünen wohl verlangen dürfte, ist keine Rede.“ Auch in den folgenden Jahren (bis 1906) ändert sich an dem Zustand nichts Wesentliches. Stets kommen die gleichen Gedanken in seinen schriftlichen Äußerungen wieder. Er klagt über Mangel an Interesse, über Mangel an Gefühl. Über Mangel an Überblick und Anschauungsvermögen.

Auch hier kann an der klinischen Diagnose im wesentlichen kein Zweifel sein, es liegt eine Psychasthenie im Sinne Janet's vor.

#### Fall von Löwy.

Es handelt sich um eine 25jährige<sup>1)</sup> (1907) russische Studentin, die hereditär insofern belastet ist, als die Mutter einen der Depersonalisation ähnlichen Zustand durchgemacht haben soll. Im 19. Lebensjahre psychisches Trauma: Sie war anwesend, als ein von ihr geliebter Lehrer sich durch Gift getötet hatte. Zwei oder drei Monate später fühlte sie sich nur Geist. Im wesentlichen bestehen drei Arten pathologischer Zustände. In den angenehmen Zuständen fühlt sie ihren Körper sehr schwer und fühlte ihn doch nicht. „Ich fühlte ihn nicht für mich, sondern nur für ihn selbst.“ Sie wußte von ihrem Körper, er ging sie jedoch nichts an. Sie zweifelt nicht an ihrer Existenz, weil sie denken konnte. Bisweilen fühlte sie einen Arm oder ein Bein nicht und auf einmal war der ganze Körper betroffen. Oder auch die Hand war wie angehängt. Die Gedanken sind bekannt und wie längst gewesen. Die Gegenstände waren wie mit einem leichten Schleier überzogen. Die Musik wurde abstrakt in Gedanken und nicht in Gefühlen erfaßt. Die Menschen sind ihr fremd. Gefühle spüre sie in diesen Zuständen nicht. Diese Zustände zuerst 1902, bisweilen längere Zeit dauernd. Schließlich mehr in Form von Anfällen, Minuten bis eine Stunde dauernd.

Während der unangenehmen Zustände hatte sie kein Selbstgefühl, wußte nicht, ob sie existierte. Sie fühlt den Körper nicht. Sie denke nicht. Vor dem Spiegel glaubt sie, daß sie eine andere sei. Sie weiß sich als Ursache ihrer Handlungen. Sie denkt aber gar nicht zu sein. Bisweilen ist ihr, als ob sie das vor einigen Jahren Gedachte denke. Auch

<sup>1)</sup> Prager med. Wochenschr. 1908.

jetzt fehlt das Gefühl. Während dieser Zustände hatte sie auch zeitweise Halluzinationen, sah weiße Frauen um sich. Diese Zustände bestehen seit dem Jahre 1903 und dauern bald Stunden, bald Monate.

Daneben bestehen noch gleichgültige Zustände, die ebenfalls tagelang oder monatelang dauern. Sie wisse dann, daß sie existiere, es fehle ihr jedoch das Gefühl geistiger Tätigkeit, sie antworte nur mechanisch. Trotz der Behauptung interesselos zu sein, interessiert sie sich lebhaft für ihre Behandlung, war auch zum Lachen zu bringen.

Diese pathologischen Zustände dauern mit geringen Variationen von 1903 bis 1906, 1906 gibt sie an, viel onaniert zu haben. Sie hält das für eine Teilursache. 1907 berichtet sie brieflich von Wohlbefinden.

Bemerkenswert an dieser Krankengeschichte ist vom psychologischen Standpunkt aus, daß in den angenehmen Zuständen ein Persönlichkeitsbewußtsein erhalten ist, wie wohl sie angibt, nicht zu fühlen.

Klinisch stellt sich der Fall mit Sicherheit als schwere Neurose dar. Es ist bemerkenswert, daß es L. gelungen ist, wahrscheinlich zu machen, daß Verdrängung unangenehmer Erlebnisse im Sinne von Breuer und Freud bei der Entstehung derselben eine gewisse Rolle spielt. In den angenehmen Zuständen, in denen sie sich Geist fühlt, sieht L. mit Recht Beziehungen zu dem erwähnten erschütternden Erlebnis. Ich gehe auf diese Dinge im Haupttext noch näher ein.

#### Fall von Dupré und Camus.

48jähriger, intelligent. Familienanamnese belanglos. Mit 29 Jahren Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen. Häufig schwere Krisen von neuropathischer Angina pectoris, mit 30 Jahren Überanstrengung. Es fügen sich zu den bisherigen andere sogenannte neurasthenische Symptome hinzu: heftige Kopf- und Rückenschmerzen, Krämpfe in der Speiseröhre und im Pharynx. 1898 ist er 7 Monate in einem Sanatorium, der Zustand verschlechtert sich jedoch nur. 1903 hat er vorwiegend Beschwerden in der Form unaussprechlicher und peinlicher Gefühle, insbesondere in der Gegend des Kopfes, des Halses und der oberen Brust. Sein Gehirn scheint ihm atrophiert und abgeplattet zu sein, wie ein Schwamm. Er fühlt sein Gehirn nicht mehr, kann nicht mehr denken. Hat das Gefühl, nicht mehr zu existieren. Mund und Rachen sind wie unempfindlich, er zieht an der Zunge, beißt sich, kneift sich, grimassiert, schlägt mit der Faust gegen den Kopf, um seine verlorene Empfindlichkeit wieder zu gewinnen. Er fühlt die Luft nicht mehr durch den Hals passieren. Wenn er die Augen schließt, so gibt er an, weiß er nicht mehr, wo seine Glieder sind. Hinzu kommt ständige Angst. Er hört was sich in seiner Umgebung zuträgt, kann aber die Richtung nicht erkennen, woher der Schall kommt. Er kennt und unterscheidet die Objekte, sie erscheinen ihm jedoch häufig vergrößert oder verkleinert. Zeitweise halluziniert er. Der Kranke scheint das optische Vorstellungsvermögen verloren zu haben. Er kann sich Personen und Gegenstände, die er sehr gut kennt, nicht vorstellen, wiewohl er sich an die geringsten Details erinnert. Dieser Zustand läßt ihn an Selbstmord denken. Gedächtnis, Urteil, Ideenassoziation und das Gefühlsleben sind intakt. Die objektive Untersuchung ergibt nichts außer einer Hyperästhesie, die allerdings nur aus den Aussagen des Patienten erschlossen werden kann. Von 1903 bis 1907 treten im Zustand des Patienten keine wesentlichen Änderungen auf.

Ich zögere nicht, diese Beobachtung den Depersonalisationsfällen zuzureihen. Bemerkenswert ist das Freibleiben von Störungen des Gefühls. Die klinische Diagnose des Falles stößt auf große Schwierigkeiten. Wir haben es wieder mit einem Zustand zu tun, der jahrelang andauert. Nichts spricht für manisch-depressives Irresein. Hingegen muß die Möglichkeit einer Dementia praecox ernsthaft erwogen werden. Es spricht jedoch gegen diese Annahme der Mangel an intellektueller Einbuße. Ich verweise übrigens auf meinen Fall 10, der in sehr vielfacher Hinsicht ein genau entsprechendes Krankheitsbild bietet.

## Fälle von Löwenfeld.

25 Jahre alt, nicht belastet, mit 12—14 Jahren Globusgefühle, mit 16 Jahren Angstzustände, mit 22 Jahren Magenbeschwerden. Später Angst vor Schlaganfall und Angst keine Gedanken zu finden. Zwangsgedanken. Ist tagelang wie im Traum, das Ichbewußtsein ist halb in ihr eingeschlafen, die eigene Person kommt ihr fremd und verändert vor, sie ist im Zweifel, ob sie noch dieselbe sei wie früher. Gleichzeitig Angst, der Denkprozeß schien ungestört, die Umgebung schien wie von einem Schleier bedeckt, das Gefühl des Traumartigen führte zu zwangsmäßiger Beobachtung (Fall 6).

Es handelt sich wohl um Psychasthenie.

34jährige Patientin, die an Gliosarkom leidet, hat neben epileptischen Anfällen und hemiplegischen Erscheinungen Traumzustände meist im Zusammenhange mit Angstzuständen. Gefühl als sei sie selbst nicht reell und als sei sie selbst nicht wirklich vorhanden, der Zustand ist sehr unangenehm, Löwenfeld selbst denkt in diesem Fall an eine komplizierende Hysterie. Ich möchte die Angst mit den Traumattacken doch auf die Epilepsie (vgl. hierzu Pick) also mittelbar doch auf den Tumor beziehen. Andererseits hätte ja eine Psychoneurose auf Basis eines organischen Hirnleidens auch nichts Auffälliges (Fall 12).

Im übrigen sei noch referiert Anfälle von Herzklopfen bei einem 29jährigen. Die Hauptklage über Gefühl des Fremdartigen, das ihn belästigt. Es ist ihm, als ob er allein stünde, die eigenen Kinder sind ihm fremd, das Zimmer engt ihn ein (Fall 1).

Ein 15jähriger hat das Gefühl, als ob der Körper ganz leicht wäre. Als ob seine Mutter nicht sie selbst wäre, Fremdheitsgefühle gegenüber der Umgebung (Fall 2).

Einer 54jährigen kommen die Straßen Münchens neu vor, der Zustand ist angenehm (Fall 3).

Zeitweise erscheint einer 40jährigen die Umgebung verändert (Fall 4).

Bei einer 27jährigen, Angstzustände, Gefühl der Fremdheit, traumhafter Zustand (Fall 5).

Ein 20jähriger, der intellektuell nicht vollwertig ist, klagt, er sei nicht ganz bei sich, sehe das Gegebene nur als Vision, seine Erinnerung sei bloßer Gedanke, das Sprechen ist mechanisch, ohne Anteil des Gehirns und Bewußtseins. Das Gehirn ist wie tot. Er macht aber seinen Dienst als Schreiber während dieser Zeit (Fall 8).

Fall 7, 9, 10, 11 bringen nichts prinzipiell Wichtiges.

Fall von Hirt<sup>1)</sup>. (Identisch mit dem Fall 8 Löwenfelds).

Ratlos. Eigenartig läppisches Benehmen, Angstattacken. Ist wie im Traum. Die Individualität sei sonderbar, das Bewußtsein sei gemindert. Die Tastgefühle sind nicht wirklich. Es ist als ob er tot und außer Funktion gesetzt sei, es ist ein provisorisches Existieren. Dazu das intensive Gefühl („keine Einbildung!“), als wolle im nächsten Moment das Bewußtsein schwinden. Er schwanke wie ein Betrunkener, das Erinnern sei wie ein Gedanke, das Handeln ist automatisch. „Obwohl ich sehe, ist es als sei ich blind.“ Beginn mit kurzen Attacken, erst dann der chronische Zustand.

Hirt plädiert für Zyklothymie. Ich verweise auf den Haupttext, es wird schwer sein, die Psychasthenie in unserem Sinne auszuschließen.

## Fälle von Hesnard.

Fall 5. Ml., 19 Jahre, Student. Großeltern mütterlicherseits nervös. Der Vater unintelligent, mit grundlosen Erschöpfungszuständen und Depressionen melancholischer Färbung. Die Mutter leidet an Zwangsercheinungen und Angstzuständen. Hatte als Kind Angstzustände, wenn er seine Mutter verlassen sollte. Mit 6 Jahren Zwangsanhänge, seine Mutter durch schlechtes Betragen zu betrüben. Mit 8 Jahren Masturbation zunächst ohne Reue, dann mit zwangshafter Reue. Angstzustände bei der ersten Kommunion. Heftige Zwangsercheinungen, wollte Priester werden. Zeitweise, Momente einer hohen Glückseligkeit gegründet auf religiöse Ideen. Schüchtern, die Einsamkeit liebend, geneigt zur Trümmerei und Selbstbeobachtung. Vor Frauen auch späterhin Abscheu. Im Anschluß an angestrenzte Examenarbeit nervöse Erscheinungen von seiten des Herzens und von seiten der

<sup>1)</sup> Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909, Bd. 20.

Verdauungsorgane und Schwindelanfälle. Zeitweise fühlte er sich plötzlich sonderbar werden und ist verwundert über seine Umgebung. Alles scheint sich ihm zu entfernen, es wird leer um ihn. Die Personen handeln vor ihm, wie Marionetten, er versteht sie nicht. „Zu gleicher Zeit habe ich das Gefühl, das ich nicht berühre und fühle wie sonst.“

„Was machen diese Leute, wer sind diese Personen, in denen ich gleichwohl meine Eltern und meine Freunde erkenne, die mit mir sprechen und denen ich antworte? Plötzlich, wenn ich mit jemanden spreche, wird dessen Angesicht sonderbar und neu, wie wenn ich ihn nicht kennen würde, seine Augen, seine Nase scheinen ihre Form und Konturen zu verlieren und sich zu verflachen. Die Proportionen sind verändert, wie wenn sie zu gleicher Zeit nur wenige Zentimeter und mehrere Meter entfernt sind. Das Leben berührt mich gar nicht, die Landschaft, die Objekte rufen keine Freude hervor wie früher.“ Auch seine eigene Person erscheint ihm sonderbar, die Beine gehen allein, er hat kein Bewußtsein, daß er sie in Bewegung setzte. Er wunderte sich, beim Gehen nicht zu straucheln. Er hatte Momente von Zerstreutheit, während welcher er an eine Menge von flüchtigen und unnötigen Dingen dachte, die sich mechanisch in seinem Geist aneinanderreihen und an deren Vorübergleiten er als unbeteiligter Zuschauer Anteil hatte. Wenn er dann plötzlich zu sich zurückkehrte, trat Angst ein in der Form von Platzangst. Er hatte ein Gefühl des Leeren im Kopf. Er glaubte zeitweise verrückt oder hysterisch zu werden, insbesondere nach einer reichlichen Mahlzeit. Es überkommen ihn ungeordnete Gedanken, die sich ohne sein Zutun aneinanderreihen. „Hier ist ein abmontiertes Rad; alle Speichen kreuzen sich, bevor sie zur Achse kommen und bilden miteinander spitze Winkel. Aber diese spitzen Winkel haben als Komplement wieder spitze Winkel, welche zwischen den ersten und der Achse gelegen sind. Die Achse dreht sich mit den Strahlen; nein, doch die Achse dreht sich nicht, das ist die Nabe, welche ein Stück Stahl ist, die Achse existiert nicht, das ist eine mathematische Linie, die senkrecht steht zur Ebene des Rades und diese ist durch die Speichen begrenzt. Sie ist bestimmt durch 40 gerade Linien, aber das ist nicht notwendig, es genügen schon zwei Linien, um eine Ebene zu bestimmen. Und um sie zu begrenzen? Ja zwei  $rx$  stellen die Länge der Felge vor oder exakter den theoretischen Umfang des Kreises. Kommt man so dazu, die ideale Linie nach der Betrachtung natürlicher Linien zu bestimmen, wie in der Theorie Spencers über den Ursprung der Mathematik in der Erfahrung und Induktion? In jedem Falle besteht ein großer Unterschied zwischen dieser Überlegung und der mathematischen, die vom Allgemeinen zum Besonderen fortschreitet . . .“

Wenn er denke, so könne er auf den Lauf seiner Ideen keinen Einfluß nehmen und er glaubt es nicht selbst zu sein, der sie hervorruft, denn sie sind ihm unangenehm, bringen ihn zum Schwitzen und rufen einen kalten Schauer längs der Wirbelsäule und Herzklopfen hervor. Auch was er spricht, scheint ihm nicht von ihm selbst auszugehen, die Worte scheinen ihm aus der Kehle eines anderen zu kommen. Gleichwohl kauft er ein, bezahlt sein Geld richtig, was ihn sehr wundert. Er kommt zu den Gedanken, daß nicht er das tut, er denkt an etwas anderes. Vielleicht ist es sein unbewußtes Ich, das handelt, während er denkt. Diese Störungen kommen ihm anfallsweise vorwiegend nach deprimierenden Eindrücken. Er hält sein Gehirn für geschwächt. Die objektive Untersuchung ergibt, daß sein Gedächtnis während der Anfälle etwas geschwächt ist. Er erinnert sich nicht an jüngst vergangenes, auch das Hervorrufen älterer Dinge ist erschwert. Willenlosigkeit, gleichzeitig mit dem Gefühl geistiger Trägheit, schmerzhaftes Unaufmerksamkeit. Intellektuelle Arbeit ist möglich. Die objektive Untersuchung des Körpers ergibt Abnormitäten des Gaumens und der Zähne, Prognathismus und zwei Haarwirbel.

Diese Beobachtung ist in doppelter Hinsicht lehrreich. Klinisch, weil sie gar nicht den Gedanken an eine manisch-depressive Störung aufkommen läßt, psychologisch wegen der eigenartigen Denkstörung: Eine Ideenflucht, in der das Individuum nicht ganz enthalten ist.

Fall 21. 23 jähriger Seminarist. Großvater eigenartig, Vater schweigsam und un-intelligent. Die Mutter psychopathisch, zeitweise hysterische Anfälle. Phobien und Obsessionen. Mit 19 Jahren geistige Überanstrengung, hierauf neurasthenischer Zustand und ausgesprochene gastrische Beschwerden. Er ist hypochondrisch, hat alle möglichen körperlichen Beschwerden. Er ißt ständig, um sich zu kräftigen. Zeitweise glaubt er von sich entfernt zu sein von seinem Körper und seiner Person. Es scheint ihm, wie wenn er außerhalb, oberhalb und unterhalb seiner selbst wäre. Insbesondere nachmittags hat er das plötz-

liche Gefühl, wie wenn ein anderer seinen Körper bewohnte. Seine Arme und Beine, sein Rumpf erscheint ihm fern zu sein, der ganze Körper erscheint ihm leer. Je mehr er sich sucht, desto mehr verschwindet er, wenn er spricht, glaubt er einen anderen zu hören, die Welt ist sonderbar fern von ihm. Er hat sich eine eigene hypochondrische Psychologie zurechtgelegt. Somatisch: Magenerweiterung.

Die klinische Diagnose lautet Psychasthenie.

Fall 25. X., 15 Jahre. Familienanamnese belanglos. Leicht erregbar, nächtliches Aufschrecken, Zwangserrscheinungen seit dem 12. Jahr. Seit einiger Zeit hat sie das Gefühl, nicht mehr zu existieren und tot zu sein. Jammert, daß sie nicht mehr sie selbst sei. (Das Ganze im Anschluß an Aufregung). Klinische Diagnose: Psychasthenie.

Fall 27. (Nach Regis). Ein 37jähriger Priester mit neurasthenischen Beschwerden klagt alles sonderbar zu finden, die Ideen sind, wie fern, die Erinnerungen kommen automatisch. Er erkennt sich beim Reden und Handeln nicht.

Fall 29. (Nach Regis). Eine Frau, die seit langen Jahren neurasthenische Beschwerden hat, klagt, mehrere Ideen zu haben, die sich gegenseitig bekämpfen. Sie verliert die Kenntnis der Dinge der Umgebung. Sie ist nicht mehr die gleiche wie früher, sie sieht zwei Personen in sich, die eine aus der Vergangenheit, die eine aus der Gegenwart, zeitweise sprechen mehrere miteinander.

Fall 31. Ein 36jähriger mit hypochondrischen Klagen gibt an, er handle, wie ein Automat, fürchte das Gedächtnis zu verlieren. Seine Erinnerungen sind vage unbestimmt, schlecht lokalisiert, er fragt sich, ob sie ihm oder einem anderen gehören, es ist nicht er selbst der sich erinnert, er findet sich schlecht zurecht, Orte, die er oft gesehen hat erscheinen ihm neu. Wenn er die Augen schließt, findet er sich besser zurecht. Er glaubt, stets wie ein Automat gelebt zu haben.

Das, was an diesem Fall bemerkenswert ist, ist die völlige Identität der Orientierungsstörung mit derjenigen des Wilbrandschen Falles.

Fall 33. (Nach Regis). Eine 30jährige mit Zwangserrscheinungen klagt sie sei doppelt, es seien zwei Personen in ihr. Das vernünftige Ich, welches ihre Zwangsbefürchtungen richtig beurteilt und das kranke, welche das andere Momente hindurch ersetzt — im Moment der ängstlichen Krisen.

Fall 36. Ein Gärtner mit Zwangserrscheinungen, der dagegen ankämpft und der sich zufolge seiner Zwangserrscheinungen als verdoppelt bezeichnet.

Fall 43. Einem 23jährigen erscheint die Umgebung seltsam und bizarr. Er hat Zwangsvorstellungen metaphysischer Art. Während dieser Hitzegefühle Gefühl der Leere und der Unvollständigkeit des Fühlens. Die andern kommen ihm wie Idioten vor. Schließlich Zweifel über die Existenz der Welt.

Fall 47. (Nach Regis). DB., 33jährig, aus einer nervösen Familie leicht erregbar. Mit 18 Jahren schwerer Scharlach. Im Anschluß an den Tod des Vaters ein neurasthenischer Zustand, schläft immer unruhig, träumt Trauriges mit dem Bewußtsein, es sei ein Traum. Es sind zwei Personen in ihm, eine die ruht und träumt, eine andere die sie beobachtet und die Furcht hat ihn aufzuwecken. Sie hört auch bisweilen den Gang der Uhr, fühlt die Decken, gleichwohl schläft sie und ist nicht erwacht. Sie schläft mit dem „halben Gehirn“. Morgens Gefühle der Depersonalisation „Ich komme mir sonderbar vor, höre mich sprechen wie eine Person, die mit mir spricht, ich kann nicht aufwachen und gleichwohl schlafe ich nicht vollständig“. Morgens fühlt sie sich wie zerschlagen.

Fall 50. Cf., 51 Jahre. Großvater väterlicherseits exzentrisch und anscheinend psychasthenisch. Der Vater an Apoplexie gestorben, Mutter nicht geisteskrank. Der Patient hat ein gesundes Kind, muß zeitweise angestrengt arbeiten. Im Anschluß an die Anstrengungen allmählich nervöse Beschwerden, die sich sechs Monate vor der Aufnahme, durch Verkühlung, Unfall und anstrengende Krankenpflege verschlechterten. Er ist niedergeschlagen und entmutigt, hält sich für verloren. Der Gesichtsausdruck mehr apathisch als traurig. Seine Ideen seien ungeordnet „Alles ist verwischt, ich erkenne nichts, ich verwechsle alles, alles kommt und geht in meinem Gehirn, ich denke an einen Haufen lächerliche Dinge, die sich verwirren und ich bin da, um sie wie ein Geisteskranker vorbeiziehen zu lassen. Ich denke an alles und nichts. Ich bin nicht mehr bei der Arbeit noch bei dem, was ich

spreche und erkenne meine Ideen nicht mehr, ich habe Angst verrückt zu werden.“ Er hat Zwangsideen beachtet zu werden. Er hält sich für doppelt, die eine Person denkt, die andere betrachtet. Er hat den Eindruck, nichts wieder zu erkennen und glaubt Erinnerungen nicht wieder zurückrufen zu können. Seine Erinnerungen sind traumhaft. Objektiv fehlen Erinnerungsdefekte. Er vergißt, was er gegenwärtig erlebt, notiert sich alles in ein Taschenbuch. Er weiß nicht, ob er zu Mittag gegessen hat und verkennt die Zeit. Bisweilen findet er sich an bekannten Orten nicht zurecht, er orientiert sich erst, wenn er die Augen schließt. Wenn er an seine Desorientierung denkt, so tritt sie von neuem ein. Es kommen auch Angstanfälle. Wenn er etwas als ganzes begreifen soll, und eine Synthese vollziehen soll, fühlt er sich gestört. Er schweift ab, zwingt er sich zur Aufmerksamkeit so kommt Angst. Geistige Arbeit ermüdet ihn. Er hat Furcht zu wollen und meidet Entscheidungen. Es fehlt ihm die innere Kraft. Die Anspannung erscheint ihm unmöglich. Urteile und Überlegung und logische Funktionen sind ungestört. Alles außer ihm und in ihm erscheint gelockert. „Die Objekte scheinen fern, dunkel und neblig wie im Traum. Ihre Formen haben sich geändert, sind neu, ihre Konturen, ihre Dimensionen erfüllen mich mit Verwunderung, sie sind nicht mehr die gleichen und gleichwohl erkenne ich sie sehr gut, sie haben sich nicht geändert. Ich bin es vielmehr, der sich geändert hat . . . . ich habe nicht mehr eine richtige Wahrnehmung des Raums, ich weiß nicht mehr die Distanz, die mich von ihnen trennt und trotzdem sehe ich sehr gut, daß es zwei Meter sind.“ Er kommt sich vor, wie wenn er schielte, die Stimme erscheint ihm seltsam. Auch wenn er laut spricht, kommt die Stimme nur leise nach außen, er ist, wie ein anderer. Das Leben hat für ihn das Interesse verloren, aber er hat seine Affekte erhalten, er liebt sein Kind, seine Familie, wie früher und zeigt keine Indifferenz. „Wenn ich handle und gehe, so beachte ich mich selbst, wenn ich gehe, es ist wie eine Maschine.“ Er verdoppelt sich ständig. Er hat eine Reihe neurasthenischer Beschwerden. Schmerzen in den verschiedensten Körpergegenden. Ameisenlaufen, Gefühl des Zerrens in der linken Körperhälfte. Körperlich finden sich Zeichen der Arteriosklerose.

Fall 51. C., 51 jähriger Koch, keine Nervenkrankheiten in der Antezedenz. Mit 30 Jahren asthenische Zustände, Schwäche der Glieder, Apathie, Herzklopfen. Er hat zwei gesunde Kinder.

Im Anschluß an Influenza allgemeine Prostration und leichter Kopfschmerz. Drei Monate später Zunahme der Erscheinungen. Nach kurzdauernder Besserung stärkere nervöse Beschwerden, Zittern der Hände und der Zunge. Der allgemeine Eindruck ist der der Ermüdung und Apathie. Er kann sich nicht entschließen, allein zur Sprechstunde zu kommen. Er versichert, weniger zu denken als früher. Die Gedanken stünden plötzlich still, seine Ideen sind weder traurig noch fröhlich, er beklagt sich über Abschwächung des Gedächtnisses. Er weiß nichts von der Zeit, weiß nicht, ob er gegessen hat. Seine früheren Erinnerungen sind jedoch erhalten, erscheinen jedoch zum Teil traumhaft. Das Suchen nach Erinnerungen verursacht Angst. Er rechnet langsam und unter Beängstigung. Zeitweise denke er an nichts. Er hat keine Freude mehr am Leben, ist entmutigt, äußerst hypochondrische Befürchtungen. Als er nach der Influenza aufstand, fühlte er sich gleichzeitig apathisch und beängstigt, etwas in seiner Umgebung sei verändert. Er erkenne alles, aber sie scheinen nicht in seiner Umgebung zu sein. „Ich bin nicht ich selbst. Wer bin ich? Ich bin sonderbar, nicht ich, ein anderer ist in meinem Körper. Ich fühle meinen Körper, aber er ist irgendwo anders und weit weg.“ Nicht er selbst spreche, er wisse nicht, ob er hier oder dort rückwärts stehe. Er gehe mechanisch. Er glaubt nicht mehr denken zu können, sein Kopf sei leer. Er glaubt sich außerhalb seines Körpers. Er hat häufig Todesfurcht. Er weiß im Grunde, daß er er selbst ist. Am unangenehmsten ist sein Zustand des Morgens. Er trifft keine Entscheidungen. Auf der Straße fühlt er sich meist besonders beängstigt. Die körperliche Untersuchung ergibt Zeichen der Arteriosklerose.

Fall 53. 47 jährige Frau. Vater Alkoholiker, Mutter nervös. Nach der zweiten Schwangerschaft neurasthenischer Zustand leichten Grades, Dauer drei Monate. Sie klagt gegenwärtig, daß im Gedächtnis nichts hafte, daß ihre örtliche und zeitliche Orientierung mangelhaft sei. Es treten Zwangsbefürchtungen unter heftiger Angst auf. Sie fühlt sich zu ihren Zwangsbefürchtungen gezwungen, und hat das Gefühl der Verdoppelung.

Fall 54 (Regis). Ein 25 jähriger Arithmomane. Seit dem 10. Lebensjahre krank. Er fühlt sich jetzt zeitweise verdoppelt und fühlt sich auch während des Sprechens und Handelns als Automat.

Fall 55. 45jährige mit Zwangsvorstellungen seit 30 Jahren insbesondere dann, wenn sie Messer sieht. Seit mehreren Jahren erinnert sie sich nicht mehr an jüngst Vergangenes, sie fühlt sich apathisch und scheut Entscheidungen, zeitweise erscheint ihre Stimme fremd und ihre Sprache, ihr Gehen ist mechanisch.

Fall 57. Ein 21jähriger Student, nicht wesentlich belastet. Seit einiger Zeit religiöse Skrupel. Er klagt, kein Interesse an religiösen Dingen zu haben und das Wort Gott, ohne Glauben auszusprechen. Er versucht seinen Glaubenseifer wieder zu gewinnen, aber es gelingt ihm nicht. Seine Stimme kommt ihm fremd vor, ebenso sein Handeln. Er erkennt sich nicht im Spiegel. Sein Denken schweift unwillkürlich ab. Er ruft nicht selbst seine Gedanken hervor, seine Gedanken haben profanen, tempelschädlerischen und schlüpfrigen Inhalt, dabei Pseudohalluzinationen. Er sieht sich selbst in Situationen, die das Schamgefühl verletzen. Er glaubt sich zu verdoppeln und seiner eigenen Verdammung beizuwohnen. Er hört sich ruchlose Worte aussprechen und dreht sich um, ob die anderen an seiner Seite nichts gehört haben. Er ist im allgemeinen sehr wenig affektiv erregbar.

Fall 65. Eine 36jährige mit epileptischen Anfällen. Die ersten mit 26 Jahren. Die Anfälle beginnen plötzlich mit einem sonderbaren Gefühl. Sie glaubt plötzlich von einem Alptraum erfaßt zu sein, erwacht scheint ihr die Welt unwirklich zu sein, sie selbst ist fern von ihr. Sie fühlt sich verschwinden und erkennt sich nicht mehr selbst, dann hat sie ein Gefühl des Würgens, Hitze- und Kältegefühle. Diese Sensationen können als Äquivalent auftreten, sie können auch dem Anfall vorausgehen.

### Fall von Försterling.

26jähriges Mädchen. Vater des Bruders mit 15 Jahren durch Suizid geendet. Ein anderer Bruder geisteskrank. Schon in der höheren Töchterschule zeitweise merkwürdig. Seit 1908 Neigung zu Selbstvorwürfen, glaubt dem Teufel verschrieben oder auch der Teufel selbst zu sein. In ihrem Verlobten sah sie den Teufel. Gibt 1909 an „Ich bin tot, mein Körper führt nur noch ein Scheinleben.“ Jammert, sie sei der Teufel. Mit geringen Schwankungen dauert der Zustand bis Juli 1909. Auffällig sind gegen das Ende dieser Beobachtungszeit hin rasche Schwankungen der Stimmung. Am 20. Nov. 1909 (nach kurzem Aufenthalt zu Hause wieder erregter). In ihrem Körper sei kein Leben, sie sei der Teufel. Die Leute ihrer Umgebung seien ihre Opfer, die sie verrückt gemacht hätten. „Hätte ich meinen Bräutigam nicht kennen gelernt, würde ich noch leben.“ Ängstlich verzerrte Mimik. Am 30. Nov. 1909 gibt sie an, in der Zeit vom November 1908 bis Weihnachten 1908 (Zeit der Aufhebung ihres Verlöbnisses) sei alles in ihr abgestorben. Jetzt sei die Welt so grau, sie könne sich über nichts mehr freuen. Es tät ihr jetzt so furchtbar leid, daß sie nicht mehr ins wirkliche Leben zurückkömme. In ihr sei alles ausgebrannt. Auch im folgenden Jahre persistieren die Ideen. Doch ist auffallend, daß sie zeitweise interessiert, ja vergnügt und heiter ist. Spricht man über ihre Krankheit, so hält sie an ihren Ideen fest. Erst Oktober 1910 ist Krankheitseinsicht vorhanden. Vier Monate vor ihrer Entlassung schrieb sie einen Selbstbericht, aus dem bemerkenswert ist: Zu Beginn, als ihr der Teufel am Herzen herumzerterte, meinte sie Welt und Sonne untergehen zu sehen. „Es wurde ganz finster um mich und ich rief: Was ist das denn nur, ich verliere euch ja alle, denn ich merkte, wie mir plötzlich meine Lieben . . . innerlich verloren gingen.“ Sie merkte auch, wie sie sich immer mehr von den Menschen entfernte. Sie versuchte Mensch zu sein, aber es war nur noch eine Erinnerung, sie tat Dinge, von denen sie glaubte, Menschen Freude zu machen, aber sie machte sie ohne das richtige Gefühl. Im weiteren Verlauf fühlte und empfand sie nichts mehr, keine Liebe, keine Wärme. Sie hörte Musik, hörte, daß sie schön war, empfand sie aber nicht mehr. Ich wollte Empfindungen herbeizerren, ich konnte es mit wachen und geschlossenen Augen versuchen, ich erreichte nichts damit als die unendliche kalte Leere. Das ganze Leben kam ihr wie Theater vor. Sie habe auch niemals Hunger, niemals Durst. „Stets würgt mich etwas in der Kehle, auch wenn ich lache oder singe. Ihr Leben sei nur nutzlose Bewegung der toten Glieder. Sie empfinde ihre Figur verändert. „Mir ist alles Theater, was die Menschen mir vorleben und ich bin so etwas verkehrtes, daß ich mich in Brasilien ebenso heimisch fühlen würde, wie zu Hause.“ In dem Selbstbericht finden sich ferner, insbesondere dort, wo er den Beginn der Erkrankung schildert, eine Reihe von wahnhaften Vorstellungen, Verfolgungsideen und phantastische Ideen im Sinn populärer Vorstellungen von der Hölle.

Försterling diskutiert eingehender die klinische Zugehörigkeit dieses Falles. Er kann sich weder für manisch-depressives Irresein noch für den Dementia praecox entscheiden. Gegen Melancholie scheint ihm das Fehlen objektiver Hemmungen zu fehlen. Er reiht den Fall den Beobachtungen Juliusburgers an, will aber diese nicht der Dementia praecox-Gruppe zuteilen, da seiner Ansicht nach die Psychogenität bei der Dementia praecox nur eine geringe Rolle spielt, während in diesen Fällen die psychogenen Züge deutlich sind. Hysterie wird jedoch nicht angenommen, da Amnesie fehlt. Jedenfalls wird psychogene Disposition angenommen. Mit Recht wird darauf verwiesen, daß ein psycho-sexuelles Trauma bei der Patientin eine Rolle spielte. Im wesentlichen wird man sich den diagnostischen Bewegungen des Autors anschließen können. Bemerkenswert erscheinen mir an diesem Falle vor allem die echten Wahnideen und die raschen Stimmungsschwankungen.

#### Fälle von Kutzinski.

Fall 7. H. Sch., 28 Jahre, hat viele Aufregungen infolge einer Verlobung. Seit jeher Suizidgedanken, Zwangsvorstellungen. 1908 Depressionszustand, 1909 sehr religiös. Bei der Aufnahme 1910 Weinanfälle, Interesselosigkeit, sah sich selbst schreiend und laufend. Sehe sich, wenn sie allein sei sinnlich deutlich. Es ist, als ob alles abstirbt und zurückweicht, sie sieht sich umherrennen und mit den Fäusten gegen den Kopf schlagen. Sie weiß dann nicht, wo sie ist, und erkennt sich im Spiegel nicht. Klagt auch, daß in Angstzuständen der Ausdruck der Kranken verzerrt sei. Sie klagt über abnorme Nachwirkung von Erinnerungsbildern.

Fall 8. Klagt, sie fühlte Wärme, Kälte nicht, habe keinen Geruch und keinen Geschmack. Bei der Aufnahme 1908 30jährig. Die Gesichter der Menschen verzerrt, es ist auch, als wenn die Menschen an Größe wechselten. Zeitweise Zustände, in denen es wie ein Nebel vor den Augen ist. Ist wie abgestorben, ist interesselos. Sie hat oft das Gefühl, als ob alles in weiter Ferne liege und mit einem Male verschwinde.

Fall 11. 34jährige Patientin mit Zwangsvorstellungen, Depression und hypochondrischen Vorstellungen. Klagt, sie könne nicht denken, der Kopf sei leer, Denken, Fühlen und Wollen sei auf ein Mindestmaß beschränkt. Das geistige Leben sei abhanden gekommen. Die Stimmen der Bekannten und alles übrige zöge an Ohr und Sinnen vorüber, als ob es ihr nichts angehe. Zahlreiche hypochondrische Klagen. Beschäftigt sich immer mit ihrer Krankheit.

Die übrigen Fälle bieten zum Teil nichts Wesentliches, zum Teil zeigen sie nur einzelne Symptome der Depersonalisation.

#### Fälle von Heveroch.

Heveroch gibt den gleichen Fall wieder wie Pick. Es sei noch folgendes ergänzend angeführt. Vater und Großvater des Kranken sind hypochondrisch. Die beiden Schwestern jäh sensitive Charaktere. Eine Cousine leidet an Hysterie, ein Cousin an Morphinismus und Depression. Der Kranke lernte in der Schule schlecht, war auch dann nicht recht erfolgreich, war menschen scheu, zeitweise gedrückte Stimmung, zu heftigen Zornaffekten geneigt, fleißig und naiv. In letzter Zeit unbegründet eifersüchtig. In der Jugend Schmerzen in der Schläfe. Im 24. Lebensjahr Magennervosität. Mit 40 Jahren plötzlich das Gefühl eines Schlages auf den Kopf, Ohrensausen und Schwindel. Nach einem Jahr neuerdings Schwindelanfälle. Im Anschluß daran drei Wochen wegen Schwäche bettlägerig. Arbeitet nicht, hatte Angstgefühle. Mit 42 Jahren Klagen über Abstumpfung, Unvermögen einen Gedanken zu fassen und ungenügende Vorstellungsfähigkeit. Während einer Szene zwischen ihm und seiner Frau hatte er plötzlich wieder das Gefühl, als würde jemand einen Schleier über sein Gehirn breiten. Mit 44 Jahren (nach dem Aufenthalt in der Klinik vom Prof. Pick) verfaßt er einen Selbstbericht. Er gibt an, daß er nach seinem ersten Aufenthalt die Empfindung des Körpers, vornehmlich jene des Sehens vergessen habe. „Ich habe vergessen, was das Sehen ist, ich



konnte auf keine Weise das Gefühl des Sehens erlangen.“ Er hatte aber damals, wie er ausdrücklich angibt, Heimatsgefühle und Gefühle für Weib und Kinder. Als er von einem Landaufenthalt zurückkehrte, fiel er infolge eines Mißverständnisses mit seiner Frau in den früheren Zustand zurück. Als er am Nachmittag des folgenden Tages im Geschäft war, „umschleierten sich plötzlich meine Gedanken, ich taumelte . . . . und stürzte aufs Lager hin; meine Liebe zum Weibe, für die Natur ist wieder verschwunden.“ „Als ich mich ein wenig erholt habe, sah ich meiner Frau in die Augen, doch wehe, ich mußte fliehen, eine unsichtbare Macht bannte mich aus der Nähe ihres Blickes. Seit dieser Zeit büßte ich von neuem die Liebe zu aller Welt ein, die Liebe zur Natur und zum Weibe und zu den Kindern war dahin.“ In der Klinik habe ihn der Gedanke beherrscht, er tue alles maschinenmäßig und denke nicht. Nachts habe ihn das lebhafteste Bild seiner Frau in den Armen eines fremden Mannes gequält. Tagsüber sei er wieder wie betäubt gewesen. Er sei von einer „stupiden Gleichgültigkeit“ gewesen. „Tagelang saß ich nun starr wie eine Sphinx zu Hause, ich verlor den Willen, ja sogar die Kraft heruzugehen. Nur der Gedanke an Abstumpfung beschäftigte meinen Sinn. Mein Kopf, meine Seelenprozesse bildeten immerwährend den Inhalt meines Denkens . . . .“ Auch in der Klinik des Beobachters kam er sich heimatlos und verlassen vor wie Kain. „Ich büßte mein Seelengefühl ein, was noch schrecklicher ist als die Krankheit selbst, der Mensch lebt und lebt nicht.“ Handeln und sprechen verrichtete er automatisch. „Beim Schreiben und Rechnen fliegt mir der Bleistift nur so hin. Der Gedanke zu schreiben kommt mir von selbst ohne vorhergehenden Entschluß. Meine Gedanken keimen dabei so schnell in mir auf, daß ich ihnen nicht folgen kann, aber umgekehrt über etwas länger nachzudenken, vermag ich nicht, alles schwindet mir gleich aus den Sinnen und der Körper ist wie in starken Nebel gehüllt.“ Er sei gleichgültig, interesselos und sei sich seines Lebens nicht bewußt, sei wie ein Stück Holz, wie ein Schatten. Alles komme ihm längst vergangen vor.

Die Nachträge Heverochs sind deswegen bemerkenswert, weil sie wieder zeigen, wie sehr den Äußerungen dieser Kranken etwas Künstliches und Theatralisches innewohnt. Wieder tritt die Neigung entgegen, sich selbst darzustellen. Auch ist die geistige Störung verständlich als Reaktion auf eine überschwängliche nicht voll erwiderte Liebe zu seiner Frau. Schließlich sei noch der etwas remittierende Verlauf vermerkt.

Die 26jährige K. fühlt sich seit 10 Jahren verändert. Die Gedanken sind unklar, sie ist sich nicht bewußt, wer sie ist, hat weder das Bewußtsein ihrer Person noch ihrer Existenz. Im Kopf ist ein Gewirre von Gedanken. Die Gedanken sind auch außerhalb des Kopfes. Wenn sie spreche, sei es, wie wenn nicht sie selbst spreche. Was sie früher freute, freut sie jetzt nicht. Vor ihrer Erkrankung sei sie heiter gewesen.

Eine Patientin mit neurasthenischen Klagen, 33 Jahre alt, klagt, der Kopf werde ihr schwer, die Augen starr, so daß sie nicht sehe. Die Menschen schienen eine andere Körpergröße anzunehmen. Beim Lesen verwirrten sich die Worte. Zuweilen seien die Ohren wie mit einer Haut überzogen, die Töne klingen durchdringender, die eigene Stimme und die der anderen klingen fremd. Die Personen ihrer Umgebung, die Stadt, in der sie lebt, erscheinen ihr verändert. Sie ist wie auf einer anderen Welt. „In ihrer Vorstadt verirrte sie sich einigemal.“ Sie komme sich nicht wie lebend vor, sei wie im Traume, habe nicht ihren eigenen Körper, ihre Persönlichkeit sei verändert, Gegenstände und Personen verkleinert. Bei Blutandrang gegen den Kopf sieht sie sich selbst und andere vergrößert. Familienanamnese und Vorgeschichte belanglos.

Der 30jährige Realschulprofessor geriet vor seiner Hochzeit mit seiner Braut in Streit. In der Nacht wurde er unruhig, vermochte sich nicht zum Bewußtsein zu bringen, daß er selbst es sei, der hin und herlaufe. Er lief hinaus, um sich selbst zu finden. Berührte Gegenstände, um sich ihrer und seiner eigenen Existenz zu vergewissern. Sein Vortrag in der Schule sei automatisch. In Gesellschaft habe er das Gefühl, als wäre er nicht beteiligt. Er sei gleichgültig und fühle sein ausführendes Ich kontrolliert. Er leidet auch an Zwangsgedanken. Familienanamnese belanglos.

An dieser Beobachtung ist wieder der unmittelbare Anschluß an ein psychisches Trauma bemerkenswert.

Eine 29jährige Lehrerin, die vor 4 Jahren eine Melancholie durchgemacht hatte, klagte, sie sei wie eine Maschine, ohne Willen und Bewußtsein. Sie sei nicht mehr so rege wie früher, fühle weder Freude noch Kummer, habe kein Gefühl für Eltern und Bruder.

Drei weitere Beobachtungen sind nur kurz mitgeteilt und bringen nichts Wesentliches.

Fall 1<sup>1)</sup>. 26jährige Frau, die darüber erschrak, daß ein Liebespaar sich vom Zuge überfahren ließ, muß sich die Szene zwangsmäßig vorstellen; denkt an den Tod, Zwangsimpuls, sich überfahren zu lassen. Alles kommt ihr wie tot vor, scheint ihr verdunkelt und vernichtet zu sein. Ihr Handeln ist zwecklos, die Kinder kommen ihr wie tot vor, sie selbst ist anders, wie wenn sie sich verloren hätte und gestorben sei. Alles ist wie ein unverständliches, wie ein Theater und von ihr fern gerückt. Auch die Zeit erscheint ihr verändert, und jeder Augenblick bereits durchlebt.

Fall 2. Ein 30jähriger Lehrer hat Zweifel an allen Dingen, sieht alles, als ob er es zum erstenmal sehe. Alles ist traumhaft und unwirklich; er ist seiner selbst nicht sicher. Dabei sieht er alles ungemein schön.

Fall 4. 42 Jahre alt, ein Bruder scheint plötzlich versagt zu haben. Er selbst hatte mit 9 Jahren eine Attacke von 12 Stunden Dauer, er zweifelte an der Welt und an sich selbst. Mit 20 Jahren Angstzustände, mit 17 der Gedanke, er könne nie mehr fröhlich werden. Im 25. Lebensjahre eine Schwäche, hatte keine Freude an der Arbeit. Im 37. das Gefühl, der Kopf sei abgestorben, das Gehirn arbeitete nicht, fühle keine Schmerzen, nichts berühre ihn, er sei wie ein Stück Holz. Er sehe alles wie früher, aber es freue ihn nicht; seine Seele sei wie erstorben. „Sonst habe ich beinahe redenden Inhalt aufgefaßt und freute mich desselben, jetzt höre ich der Rede zu und bin trotzdem nicht dabei.“ „Ich fühle keine Überzeugung wie sonst: Ich habe Geist, aber ich habe keine Seele.“ „Ich vollführe alles wie eine Maschine.“ Keine objektive Störungen.

An diesem Fall ist die Periodizität bemerkenswert; im übrigen ist es ein typischer Depersonalisationsfall.

Fall 8. Ein 29jähriger Baumeister aus neurotischer Familie, neurotischer Antezedentien, Zustände, in denen er alles wie im Traum hört, sekundenlange Angstzustände. In diesen fühlt er alles neu um sich herum, wie unwirklich, er kann sich nicht bewußt werden, wer er ist und wo er sich befindet.

Hier zeigt sich sehr schön der Übergang zu den Depersonalisationsattacken der Normalen.

Fall 12. Eine 29jährige. Seit ihrem 17. Lebensjahre an Obsessionen leidend, hat während dieser den Eindruck, als wenn die Gegenstände aus einer anderen Welt wären, wie wenn sie blendend leuchtend erschienen. Sie fühlt sich selbst entfremdet, vollkommener und seelischer. Schon in ihrem 18. Lebensjahre schien es ihr, als wenn sie zwei Seelen habe, jetzt denke sie mit der Stirne, aber in ihrem Hinterhaupte entstünden die schrecklichsten Gedanken: Sie fühlt sich in ihrer Sehnsucht nach etwas Höherem getäuscht.

Hier ist zu vermerken, daß verständliche Motive vorhanden sind.

Die übrigen Fälle sind teils sehr kurz mitgeteilt, teils bieten sie nichts Bemerkenswertes.

---

Die folgende ausgezeichnete Darstellung von Schäfer setze ich in extenso hierher, weil sie zugleich auch über die älteste Literatur orientiert.

Ehe wir aber die Melancholie verlassen, sei es uns gestattet, die Aufmerksamkeit auf gewisse Fälle zu lenken, die sich vielleicht als eigene Unterart der einfachen Melancholie betrachten läßt, d. i. derjenigen Unterart der Hemmungsgruppe, in der sich am ersten noch weiter gesonderte Formen dürften finden lassen. In der Literatur trifft man einige Hinweise auf diesen Gegenstand, welche hier zuerst folgen sollen: Die eine Mitteilung ist

---

<sup>1)</sup> Die vorangegangenen Fälle, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 19. 1913; jetzt folgende Arch. f. Psych. Bd. 53. 1914.

schon recht alt, sie stammt von Zeller<sup>1)</sup>, welcher berichtet: „Ich habe fünf gemütskranke Frauen zu beobachten Gelegenheit gehabt, die auf eine fast gleichlautende Weise über den Mangel an Empfindungen in ihrem Gangliensystem klagten. Es war ihnen, wie wenn sie vom Kopf an wie gefühllos und tot wären, bis an den Kopf in die Erde eingegraben, versteinert, verzaubert, sie klagten, sie könnten wohl über alles denken, sogar klar und richtig denken, aber das Wesentliche fehle eben in ihren Gedanken, es gehe keine Veränderung mehr in ihnen vor. Stunden und Tage gingen ihnen dahin in entsetzlicher Eintönigkeit, ein Verbrecher habe es besser, der auf das Schaffot geführt werde, er könne doch noch Todesangst aushalten, worüber sie ihn beneiden könnten.“ Die zweite Nachricht findet sich in Griesingers Lehrbuch 1871, S. 83. Dort heißt es: „Ich sehe, ich höre, ich fühle, sagen solche Kranke, aber die Gegenstände gelangen nicht bis zu mir, ich kann die Empfindung nicht aufnehmen, es ist mir, als wäre eine Wand zwischen mir und der Außenwelt.“ Außerdem teilt Griesinger S. 219 einen Fall nach Esquirol mit, der ebenfalls die Hauptsymptome in ausgezeichneter Weise enthält. Endlich findet sich in Schüles *Dysphrenia neuralgica*, S. 57, eine solche Kranke erwähnt, welche den Magen als den Sitz eines Druckgefühls bezeichnete, und die zugleich an einem Uterintumor litt. Die Kranke Esquirols lokalisierte das Gefühl der Leere ganz besonders vorn im Kopfe. Die Lokalisation eines Gefühls von Leere oder Druck im Kopf und in der Magengrube scheint dieser Krankheitsform wesentlich zuzugehören. Vorerst aber fällt auf, daß, abgesehen von dem Griesingerschen Falle, in welchem das Geschlecht nicht angegeben ist, alle Kranke dem weiblichen Geschlecht angehören. Unter den männlichen Kranken der Stephansfelder Anstalt habe auch ich während zwei Jahren keine Fälle dieser Art gefunden. Unsere drei Patientinnen befanden sich in verschiedenem Lebensalter, sie waren 23, 42 und 50 Jahre alt, die jüngste verheiratet, die beiden älteren unverheiratet. Sie waren in ihren Mädchenjahren alle drei schon einmal unter melancholischen Erscheinungen erkrankt gewesen. Von seiten ihrer Geschlechtsorgane manifestierten sich indes keine Krankheitserscheinungen; nur war bei einer angegeben, daß durch übertriebene Vaginalexplorationen ein habitueller Reiz sei ausgeübt worden, dem der Ausbruch der Krankheit schuld zu geben sei. Die Gefühlsleere knüpfte sich bei den letzteren Kranken an den ganzen Vorderkopf, der ihr wie von einer hölzernen Decke eingenommen vorkam und oft der Sitz von Prickeln oder Stechen war; ebenso klagte die jüngste, nur daß sie noch stärkere Sensationen angab; die dritte klagte beständig gleich, daß sie in der Stirne das Gefühl habe, als läge dort ein Stein und ebenso in der Magengrube. Bei ihr war das Gefühl bei dem Anhören einer schaurigen Erzählung zuerst in die Stirne gedrunken, dann habe es sich auch in die Magengrube festgesetzt. Ähnlich war es mit der Kranken Schüles, welche bei einer Predigt das Gefühl hatte, als sei bei dem Worte „verstockter Sünder“ ihr ein plötzlicher Schlag wie ein Blitz in den Scheitel und von da in den Unterleib gefahren. Nach dem Schlage behauptete sie, sei völliger Verlust aller Empfindungen eingetreten. Eine deutliche periphere Anästhesie war bei keiner unserer Patientinnen nachzuweisen, auch nicht bei derjenigen, die angab, auf der ganzen linken Körperseite ein Gefühl von Dumpfheit zu haben. Auch Interkostalneuralgien fehlten. Das Schmerzgefühl der Haut war bei einer von ihnen sehr gering, während es bei der dritten eher wieder gesteigert schien. Wenn die Kranken ihr Leid klagten, so verknüpften sie es ausdrücklich mit der Leere oder Dumpfheit im Kopf resp. der Magengrube. Es war das Unbehagen, von nichts in der Umgebung innerlich berührt zu werden, zwar alles zu sehen, zu hören etc. aber bei keiner Vorstellung ein Gefühl von der inneren Bewegung, von der sinnlichen Wärme zu haben, welche sie aus der Erinnerung an ihr gesundes Leben kannten. Eine Kranke sagte, sie sehe alles undeutlich, wie im Nebel. Die beiden anderen sagten, sie kämen sich vor wie auf dem Theater, wo sie sich und die anderen handeln sähen, ohne daß sie das etwas angehe. Die Kranken hatten wenig Lust zur Beschäftigung, da auch diese ihnen etwas Leeres war. Bei der einen machte sich aber noch ein besonderer Mangel an Initiative geltend. Sie schien sich anzustrengen, einen rechten Willen zu fassen, aber auch dabei fehlte ihr das Gefühl ihrer Strebung, sie sagte unendlich oft: „Ich will, und ich kann nicht, da sitzt es (sie meinte die Magengrube), so lange es da nicht fortgeht, kanns nicht anders werden.“ Die Kranken wurden nicht müde, über die Belästigung zu klagen, welche ihnen ihre Gefühlsleere verursachte, und sie hatten Zeiten, wo sie sich in Weinen und Jammern, die eine auch in Ärger und Schelten, daß man nicht besser für ihre Genesung Sorge, Luft machten. Bemerkenswert war die Erhaltung der formalen Denkfähigkeit und Mangel jeder Neigung zur Wahnbildung,

<sup>1)</sup> Nasse u. Jacobis Zeitschr. Bd. 1. S. 524.

was ihnen selbst sehr wohl bewußt war. Daß die eine Kranke sagte, sie sei unheilbar, weil sie sich selbst in ihre Krankheit hineingedacht und sich durch zeitweise Verweigerung der Nahrung noch mehr geschwächt habe, widerspricht dieser Aufstellung wohl nicht. Versuche zum Suizidium, wie sie bei dieser Kranken vorkommen, waren nicht gerade sehr gefährlicher Art. Sinnestäuschungen kamen nicht vor. Die Nächte waren größtenteils schlaflos. Der Stuhl angehalten. Das Aussehen war blaß, bei einer mehr pastös. Bei zweien wurde eine Vermehrung der Nasensekretion bemerkt.

Ich habe die Kranke 1—2 Jahre lang beobachtet und von zweien auch später noch erfahren, daß ihre Krankheit noch fort dauert. Hiernach und nach dem ganzen Eindruck des Zustandes mußte man demselben eine ungünstige Prognose stellen. Wenn wir die Hauptmomente desselben noch einmal hervorheben sollen, so wären es die folgenden: weibliches Geschlecht der Kranken, Mangel der höheren Empfindungen (Gemütsbewegungen) mit klarem Krankheitsbewußtsein. Erhaltung der hauptsächlich geistigen Fähigkeiten (nur die psychomotorische Tätigkeit kann erheblich mitleiden), Lokalisation des Gefühls mangels in die Stirne resp. die Magengrube, chronischer Krankheitsverlauf mit geringer Neigung zum Übergang in Blödsinn. Es ergäbe sich hieraus ein Krankheitsbild, welches die hauptsächlich bekannten melancholischen Symptome nicht enthielte, aber nach dem mehr passiven Verhalten der Kranken und der Unterdrückung eines Teils der psychischen Funktionen zu der Gruppe der Hemmungspsychosen zu rechnen wäre. Durch das Fehlen der meisten anderweitigen melancholischen Symptome würde sich dasselbe von Fällen gewöhnlicher einfacher Melancholie unterscheiden, in denen auch die Klage über Gefühlslere vorkommt, aber von anderen Symptomen in den Hintergrund gedrängt wird. Nach dem so vorherrschenden Momente in dem geschilderten Krankheitsbilde wäre es vielleicht nicht unpassend, dasselbe mit dem Namen psychische Anästhesie oder Melancholia anaesthetica zu belegen. Worauf die psychische Anästhesie beruht, ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen. Vielleicht aber liegt ihr ein halbblähmungsartiger Zustand der Endausbreitung der Sinnesnerven zugrunde. Die weitere Beobachtung muß ergeben, ob die psychische Anästhesie ein hinreichend häufiges und selbständiges Krankheitsbild ist, daß ihre Aufstellung als eigene Form wissenschaftlich berechtigt ist.

Weitere Beobachtungen findet man bei Michea, Greidenberg, Heilbronner, Strohmayer, Jung, die Arbeiten von Packard, Hoch und Kampmeier waren mir nicht zugänglich. Auch die Arbeiten von Hartenberg, Dumas, Paulhan und Majano habe ich nicht einsehen können.

Ich habe mich bestrebt, möglichst vollständig zu sein. Freilich wird in der Literatur über Neurasthenie und manisch-depressives Irresein manches enthalten sein, was mir trotz eifrigsten Suchens entgangen ist<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Während der Korrektur erschien in der Monatsschrift f. Neurol. u. Psych. eine einschlägige Arbeit Münzers.

## Literaturverzeichnis.

- Abraham, Über hysterische Traumzustände. *Jahrb. f. Psychoanal.* 1910. **2**. S. 1.
- Ach, Über die Willenstätigkeit und das Denken. Göttingen 1905.
- Ach, Über den Willensakt und das Temperament. Leipzig 1910.
- Achelis, Die Ekstase. Berlin 1902.
- Allers, Zur Pathologie des Tonuslabyrinths. *Monatsschr. f. Neurol. u. Psych.* 1909. **26**. S. 116.
- Alter, W., Über eine seltenere Form geistiger Störung. *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* 1903. **14**. S. 246.
- d'Alonnes s. Revault d'Alonnes.
- Alzheimer, Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 1910. **1**. S. 1.
- Amiel, Tagebücher. Deutsch von Schapire. Fruchtschale. **4**.
- Anschütz, Spekulative, angewandte und exakte Psychologie. *Arch. f. d. ges. Psych.* 1912. **24**. S. 1.
- Anton, Beiträge zur klinischen Beurteilung und zur Lokalisation der Muskelsinnstörungen am Großhirn. *Zeitschr. f. Heilk.* **14**.
- Anton, Über den Wiederersatz der Funktion bei Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. *Psychiatr. Vortr.* III. Serie. Berlin 1914, auch *Monatsschr. f. Neurol. u. Psych.* **19**. S. 1.
- Azam, Hypnotisme et double conscience 1887.
- Baelz, Über Besessenheit und verwandte Zustände. *Versamml. Deutsch. Naturf. u. Ärzte.* Stuttgart 1906. S. 120.
- Ball, La folie du doute. *Revue scientifique* 8. Juli 1882, auch *Leçons cliniques sur les maladies mentales*.
- Ball, Encéphale 1882. **2**. nach Ribot.
- Ballet, La mélancholie. *Journ. de psychol. norm. et path.* 1910. **14**. S. 7.
- Baudelaire, Ch., Les paradis artificiels.
- Becher, Sensibilität innerer Organe. *Zeitschr. f. Psychol.* 1908. **49**. S. 341.
- Becher, Gehirn und Seele. 1911.
- v. Bechterew, W., Über Persönliches und Gemeinbewußtsein. *Journ. f. Neurol. u. Psych.* 1907. **9**. S. 54.
- Benon, Petits accès d'asthénie périodiques. *Annal. médico-psych.* 1913. 71. Jahrg. X. Serie. **3**. S. 528.
- Bergson, Zeit und Freiheit.
- Bergson, Schöpferische Entwicklung.
- Bergson, Materie und Gedächtnis.
- Bergson, Le souvenir du présent. *Rev. philosop.* Déc. 1909. **66**. (zit. nach Dugas u. Moutier u. Rosenberg).
- Berkhan, Ein Fall subkortikaler Alexie. *Arch. f. Psych.* 1898. **23**. S. 558.
- Bernard-Leroy, Sur l'illusion dite „Dépersonnalisation“. *IV. Kongr. internat. Psych.* 1900. S. 482.
- Bernard-Leroy, Sur l'illusion dite dépersonnalisation. *Revue philos.* 1898. **46**. S. 157.
- Billod, Maladies de la volonté. *Annal. médico-psychol.* 1847. **10**. S. 15, 170, 317.

- Binet, Francois Curel. Notes psychol. L'année psychol. 1895. **1.** S. 119 (zit. nach Oesterreich).
- Binswanger, Die Hysterie. Wien 1904.
- Bleuler, Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenen. Leipzig u. Wien 1911. Handb. d. Psych. v. Aschaffenburg.
- Bleuler, Affektivität, Suggestibilität. Paranoia. Halle 1906.
- Bleuler, Die Kritiken der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. **22.** S. 1.
- Bleuler, Die Psychoanalyse Freuds. Wien u. Leipzig 1911.
- Bonhoeffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907.
- Bonhoeffer, Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie und der endogenen Depression. Berl. klin. Wochenschr. 1912. S. 1.
- Bonhoeffer, Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1913. **33.** S. 354.
- Bonnier, L'aschémie. Revue neurol. 1905. **13.** S. 605.
- Böttiger, Über Hypochondrie. Arch. f. Psych. **31.**
- Bourru et Burot, Variations de la personnalité. Paris 1888.
- Breuer und Freud, Studien über Hysterie. Leipzig u. Wien 1895.
- Browne, Crichton, On dreamy mental states. Cavendish-Lecture 1895 (zit. nach Pick).
- Buber, Ekstatische Konfessionen. Jena 1909.
- Bühler, Tatsachen und Probleme zu einer Psych. der Denkvorgänge. Arch. f. d. ges. Psych. 1907. **9.** S. 297.
- Bühler, II. u. III. Teil. Arch. f. d. ges. Psych. **12.** S. 24.
- Bumke, Die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Psych. 1909. **20.** S. 381.
- Bumke, Was sind Zwangsvorgänge. Zwanglose Abhandlungen. Halle 1906. **6.**
- Camus et Blondel, Cénestopathie à localisation céphalique. Encéphal. 1909. **4.** S. 595. I. T.
- Charcot, M., Cas de suppression brusque et isolée de la mémoire des signes. Progrès médical. 1883. S. 568.
- Comar, L'autoreprésentation de l'organisme. Revue neurol. 1901. p. 491. Presse médicale. 17. Januar 1903.
- Cotard, Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancholie anxieuse. Annal. médico-psych. 1880. VI. Serie. **4.** **34.** Jahrg. S. 168.
- Cotard, On délire des négations. Archives de neurologie 1882. **4.** S. 153.
- Cotard, Perte de la vision mentale dans la mélancholie anxieuse. Arch. de neurol. 1884. **7.** S. 287.
- Cramer, Die Halluzinationen im Muskelsinn. Freiburg 1889.
- Cramer, Über die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psych. **67.** S. 631.
- Damelon, Les troubles du sommeil dans les neuroses. Thèse de Bordeaux 1901.
- Delacroix, Études d'histoire et de psychologie du mysticisme. Paris 1908.
- Delbrück, Die pathologische Lüge. 1891.
- Deny et Camus, Sur une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. Rev. neurol. 1905. S. 461.
- Deny und Charpentier, Obsessions et psychose maniaque-dépressive. L'Encéphale 1909. II. **4.** S. 498.
- Dessoir, Das Doppelich. 2. Aufl. Berlin 1896.
- Dilthey, Beiträge zur Lösung der Frage vom Ursprung unseres Glaubens an die Realität der Außenwelt. Sitzungsber. d. Berl. Akad. d. Wissensch. 1890.
- Dreyfus, Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907.
- Dreyfus, Kritische Bemerkungen zu Ursteins Buch. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910. II. **21.** (**33.**) S. 9.
- Dromard und Albès, Étude théorique sur la dépersonnalisation et la fausse reconnaissance. Journ. de psych. normal et path. Mai-Juni 1905. **2.** S. 216.
- Dugas, L'impression de l'Entièrement nouveau et celle du Déjà vu. 1894. **38.** S. 70.
- Dugas, Un cas de dépersonnalisation. Rev. philosoph. 1898. **45.** S. 500.
- Dugas, Dépersonnalisation et fausse mémoire. Rev. philosoph. 1898. **46.** S. 423.
- Dugas, La perte de la mémoire et la perte de la conscience. Rev. philos. 1899. II. S. 93.

- Dugas, Sur la reconnaissance des souvenirs. Journ. de psychol. 1904. S. 513.
- Dugas, Un nouveau cas de dépersonnalisation. Journ. de psychol. 1912. **9**. S. 38.
- Dugas et Moutier, La dépersonnalisation. Paris 1911. — Die Artikel der gleichen Autoren im Journal de Psychol. normale et pathol. 1910. S. 481. Dépersonnalisation et la perception extérieure und in der Rev. phil. 1910. S. 441. Dépersonnalisation et émotion sind wörtliche Abdrücke aus dem Buche.
- Dumas, La tristesse et la joie. Paris 1900.
- Dupré und Camus, La cénesthopathie. L'Encéphale. Dez. 1907. **2**. S. 616.
- Elsenhans, Th., Die Aufgabe einer Psychologie der Deutung als Vorarbeit für die Geisteswissenschaften. Gießen 1904.
- Escudié, De la neurasthenie et de la mélancholie. Th. d. Bordeaux 1908.
- Esquirol, Des maladies mentales. 1838.
- Fabritius, H., Über das Verhalten der Sensibilität in der Blutleere. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1912. **31**. Ergänzungsheft S. 1.
- Falret, J., La folie raisonnante. Annal. médico-psychol. 1866. **7**. S. 379.
- Falret, J., Maladies mentales. 1864.
- Fischer, O., Eine psych. Grundlage des Wiederkunftgedankens. Zeitschr. f. angew. Psych. 1911. **5**. S. 478.
- Flügel, Das Ich im Leben der Völker. Zeitschr. f. Völkerpsych. 1880. **11**. S. 44.
- Flatau, E., Die Migräne. Berlin 1913.
- Flournoy, Les Indes à la planète Mars. Paris 1900.
- Forel, Selbstbiographie eines Falles von Mania acuta. Arch. f. Psychiatr. 1901. **34**. S. 960.
- Förster, Ein Fall elementarer allgemeiner Somatopsychose etc. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1903. **14**. S. 189.
- Försterling, W., Persönlichkeitsbewußtsein und Organgefühle. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1913. **34**. S. 37.
- Freud, Kleine Schriften zur Neurosenlehre. III. Folge. 1913.
- Friedmann, Über neurasthenische Melancholie. Monatsschr. f. Psych. 1904. **15**. S. 301, 358.
- Friedmann, Über die Abgrenzung und die Grundlagen der Zwangsvorstellungen. Monatschrift f. Neurol. u. Psych. 1907. **21**. S. 214, 348.
- Friedmann, Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangsideen und überwertigen Ideen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. **21**. S. 333.
- Friedreich, B., Handb. d. allg. Path. psych. Krankheiten. Erlangen 1839. S. 61.
- di Gaspero, H., Hysterische Lähmungen. Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. Berlin 1912.
- Geiger, Zum Problem der Stimmungseinfühlung. Zeitschr. f. Ästh. 1911. **6**. S. 1.
- Geiger, Das Bewußtsein von Gefühlen. Münch. philos. Abhandl. Th. Lipps gewidmet. 1911. S. 125.
- Geiger, Über das Wesen und die Bedeutung der Einfühlung. IV. Kongr. f. exper. Psych. Leipzig 1911. S. 29.
- Geißler, Persönlichkeitsgefühl, Empfindung, Sein, Bewußtsein. Arch. f. d. ges. Psychol. 1906. **7**. S. 33.
- Gheorgov, Die ersten Anfänge des sprachlichen Ausdrucks für das Selbstbewußtsein bei Kindern. Arch. f. d. ges. Psychol. 1905. **5**. S. 329.
- Goldstein, Ein Fall von manisch-depressivem Irresein. Arch. f. Psychiatr. 1908. **43**. S. 461.
- Goldstein, Die Halluzination. Arch. f. Psychiatr. 1908. **44**. S. 584.
- Goldstein, Zur Lehre von der motorischen Apraxie. Journ. f. Neur. u. Psych. 1908. **11**. S. 169, 270.
- Grasset, Les psychismes inférieures. Paris 1906.
- Grasset, La sensation du déjà vu. Journ. d. Psych. norm. et pathol. **1**. S. 77.
- Greidenberg, Eine periodische Neuropsychose auf hysterisch degenerativer Basis. Zentralblatt f. Nervenheilk. 15. Jahrg. Neue Folge 1893. **3**. S. 481.
- Griesinger, Lehrbuch der Psychiatrie. 1871.
- Haas, Über Echtheit und Unechtheit von Gefühlen. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913. **2**. S. 349.
- Hacker, Systematische Traumbereobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedanken. Arch. f. Psych. 1911. **21**. S. 1.
- Harleß und Bibra, Wirkung des Schwefeläthers. 1847.
- Hartemberg, Psychologie des neurasthéniques. Paris 1908.

- Hartmann, Referat über Kranksinngestatistik. *Jahrb. f. Neurol. u. Psych.* 1913. **34**. S. 173.
- Heilbronner, Zur Psychopath. der Melancholie. *Monatsschr. f. Neurol. u. Psych.* 1907. **22**. S. 1.
- Heilbronner, Konstitutionelles Wachträumen als Beitrag zur Path. des Persönlichkeitsbewußtseins. *Monatsschr. f. Neurol. u. Psych.* 1913. **34**. S. 510.
- Heilbronner, Zwangsvorstellung und Psychose. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 1912. **9**. S. 301.
- Hellpach, Psychologie der Hysterie. 1904.
- Hellpach, Zur pathographischen Diagnose über Konrad Ferdinand Meyer. *Zentralbl. f. Psych.* 1909.
- Hennig, Beiträge zur Psychologie des Doppelichts. *Zeitschr. f. Psych.* 1908. **49**. S. 1.
- Herzen, Grundlinien einer allgemeinen Psychophysiologie. Leipzig 1889.
- Herzen, Le cerveau et l'activité cérébrale 1887.
- Hesnard, Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. Préface de professeur Rigis. Paris 1907.
- Heß, Über Conrad Ferdinand Meyer. *Zeitschr. f. Psychiatr.* **58**.
- Heveroch, Über Störungen des Ichtums. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 1913. **19**. S. 422.
- Heveroch, Woher stammt unseres Seins Bewußtsein. *Arch. f. Psychiatrie.* 1914. **53**. S. 593.
- Heymans, Eine Enquete über Depersonalisation und „fausse reconnaissance“. *Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorgane.* 1904. **36**. S. 321.
- Heymans, Weitere Daten über Depersonalisation und „fausse reconnaissance“. *Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorgane.* 1906. **43**. S. 1.
- Hirt, Zur Theorie der Trugwahrnehmungen. *Zeitschr. f. Pathopsych.* 1912. **1**. S. 422.
- Hirt, Zur Pathologie und Klinik der Somato- und Autopsychosen. *Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* 1909. **20** (32) S. 922.
- Hitschmann, Freuds Neurosenlehre. Leipzig u. Wien 1911.
- Hoch, A review of some recent papers upon the loss of the feeling of reality and kindred symptoms. *Psych. Bull.* 1905. **2**. S. 236.
- Hoche, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. *Sammlung zwangloser Abhandl. Halle* 1897. **1**.
- Hoche, Die Melancholiefrage. *Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* 1910. **21** (33). S. 193.
- Hoche, Über Symptomenkomplexe. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 1912. **12**. S. 540.
- Homburger, Literatur des Manisch-Depressiven Irreseins 1906—1910. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* **2**. Referate 1911. S. 735 u. 865.
- Husserl, Logische Untersuchungen. 2 Bände. Halle 1901. 2. Aufl. 1913.
- Husserl, Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenol. Philosophie. *Jahrb. f. Phil. u. Phänomenol. Forschung.* 1913. **1**. S. 1.
- Husserl, Philosophie als strenge Wissenschaft. *Logos.* **1**. S. 299.
- Issulin, Die psychoanalytische Methode Freuds. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 1910. **1**. S. 52.
- Jaensch, Die Wahrnehmung des Raumes. Leipzig 1911. *Erg. 6. der Zeitschr. f. Psychol. Psych. der Sinnesorgane.*
- James, The varieties of religious experience. 11. impression 1905. New York, auch Deutsch erschienen.
- James, The will to believe. 1897.
- James, Psychologie. Übersetzt von M. E. Dürr. 1909. Leipzig. (Textbook).
- James, The principles of psychology. London 1891.
- Janet, L'automatisme psychologique.
- Janet et Raymond, Neuroses et idées fixes. Paris 1898.
- Janet et Raymond, Les obsessions et la psychasthenie. Paris 1903.  
(Von diesen beiden Werken stammen die ersten Bände von Janet, die zweiten sind von Janet und Raymond verfaßt.)
- Janet, Préface du livre: La subconscience de Jastrow. Paris 1908.
- Janet, Le sentiment de dépersonnalisation. *Journ. de psych. normal et pathol.* 1908. **5**. S. 514.



- Janet, L'État mental des Hystériques. 2. Aufl. 1911.
- Janet, Une Félide artificielle. Rev. philosophique 1909. **1.** 329. (Ist auch in der zweiten Auflage von État mental des Hystériques enthalten.)
- Janet, A propos du déjà vu. Journ. de psych. norm. et pathol. 1905. **2.** S. 289.
- Jaspers, Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1913.
- Jaspers, Kausale und „verständliche“ Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1913. **14.** S. 158.
- Jaspers, Zur Analyse der Trugwahrnehmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **6.** S. 640.
- Jaspers, Referat über Trugwahrnehmungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. **4.** S. 289.
- Jaspers, Über leibhaftige Bewußtheiten. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913. **2.** S. 150.
- Jaspers, Eifersuchtswahn. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Path. 1910. **1.** S. 567.
- Jaspers, Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. **9.** S. 391.
- Jastrow, La subconscience. Paris 1908.
- Jones, Die Pathologie der Dyschirie. Journ. f. Psych. u. Neurol. **15.**
- Juliusburger, Über Pseudomelancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **17.** 1901. S. 72.
- Juliusburger, Über Pseudomelancholie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906. **17.** (39). S. 216.
- Juliusburger, Zur Psychologie der Organgefühle und der Fremdheitsgefühle. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. **1.** S. 230.
- Juliusburger, Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1912. **22.** S. 270.
- Juliusburger, Zur Symptomat. der Melancholie. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1901. **17.** S. 389.
- Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox. Halle 1907.
- Jung, Wandlungen und Symbole der Libido. Leipzig u. Wien 1912. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen. **3** u. **4.**
- Kahn, La cyclothymie. Th. d. Paris 1909.
- Kampmeier, Confessions of a psychastenie. Journal of abnormal psych. **2.** S. 117.
- Kandinsky, Kritische und klinische Bemerkungen auf dem Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin 1885.
- Kleist, Untersuchungen zur Kenntnis der psychomot. Störungen der Geisteskranken. Leipzig 1908.
- Kleist, Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig 1909.
- Kleist, Aphasie und Geisteskrankheit. Münch. med. Wochenschr. 1914. S. 8.
- Koehler, Über unbemerkte Empfindungen und Urteilstäuschungen. Zeitschr. f. Psychol. 1913. **66.** S. 51.
- Koffka, Über Vorstellungen. Gießen 1911.
- Koffka, Zur Analyse der Vorstellungen. 1912.
- Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. 1909—1913. Leipzig.
- Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.
- Kraepelin, Über Erinnerungsfälschungen. Arch. f. Psych. 1887. **18.** S. 395.
- Krishaber, De la neuropathie cérébro-cardiaque. Paris 1873.
- Kronfeld, Über die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen. Abhandlungen zur psychologischen Pädagogik. Herausg. von Meumann. **3.** S. 1. Arch. f. d. ges. Psychol. **22.** S. 214.
- Külpe, Psychologie und Medizin. Zeitschr. f. Pathopsychol. 1912. **1.** S. 268.
- Kutzinski, Über das Fremdheitsgefühl. Monatsschr. f. Neurol. u. Psychol. 1913. **34.** S. 301.
- Lange, C., Über Gemütsbewegungen. Leipzig 1887.
- Lange, W., Konrad Ferdinand Meyer. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1909. **20** (32). S. 209.

- Leclère, La psychophys. des états mystiques. *L'année psychol.* 1911. **17**. S. 97.
- Lehmann, Aberglaube und Zauberei. Stuttgart. 2. Aufl. 1908.
- Lemaître, Hallucinations autoscopiques. *Arch. de psychol.* **1**. Nr. 4. S. 357.
- Lemos, M., Perte de la vision mentale des objets dans la mélancholie auxieuse. *Ann. médico-psych.* 1906. **4**. 9. Serie. 64. Jahrg. S. 1.
- Leuba, Tendances fondamentales des mystiques chrétiens. *Rev. philos.* 1902. **54**. S. 1.
- Leuret, Fragment psych. 1834. S. 423.
- Liepmann, Über Ideenflucht. Halle, Marhold.
- Lipps, Leitfaden der Psychologie. 3. Aufl. Leipzig 1909.
- Lipps, Vom Fühlen, Wollen und Denken. 2. Aufl. Leipzig 1907.
- Lipps, Ästhetik I. Hamburg u. Leipzig 1903.
- Lipps, Das Ich und die Gefühle. *Psychol. Unters.* 1907. **1**. S. 641.
- Lipps, Das Wissen von fremden Ideen. *Psychol. Unters.* 1907. **1**. S. 694.
- Lipps, Selbstbewußtsein, Empfindung und Gefühl. Wiesbaden 1901.
- Lissauer, Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrage zur Theorie derselben. *Arch. f. Psychiatr.* 1890. **21**. S. 222.
- Löwenfeld, Über traumartige und verwandte Zustände. *Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* 1909. **20** (32). S. 539, 587.
- Löwy, M., Ein Depersonalisationsfall als Beitrag zur Pathologie des Aktivitätsgefühls und des Persönlichkeitsbewußtseins. *Prager med. Wochenschr.* 1908.
- Löwy, M., Über Demenzprozesse und ihre Begleitpsychosen. *Jahrb. f. Psych.* 1910. **31**. S. 328.
- Löwy, M., Über eine Unruheerscheinung. Die Halluzination des Anrufs mit dem eigenen Namen. *Jahrb. f. Psych. u. Neurol.* 1911. **33**.
- Löwy, M., Meteoristische Unruhebilder. *Prager med. Wochenschr.* 1912. Nr. 5.
- Mach, Die Analyse der Empfindungen. Jena.
- Maier, Willy, Zur Phänomenologie abnormer Glücksgefühle. *Zeitschr. z. Pathopsychol.* 1914. **2**. S. 588.
- Majano, Sulla patogenesi del dubbio nelle psicastenie. *Riv. di path. nervosa l'mentale.* Agosto 1903. S. 337.
- Marchand, Les accès mélancholiques des obsédés douteurs. *Ann. méd. psych.* 1912. 10. Serie. **2**. 62. Jahrg. S. 488.
- Marie (A.), Der Mystizismus in seinen Beziehungen zur Geistesstörung. Übers. von L o m e r. 1913.
- Martin, Die Projektionsmethode und die Lokalisation visueller und anderer Vorstellungsbilder. *Zeitschr. f. Psychol.* 1912. **61**. S. 321.
- Masselon, La mélancholie. Paris 1906.
- Masselon, Le ralentissement mental et les troubles de l'évocation des idées chez les mélancholiques. *Journ. de Psych.-normal et pathol.* 1904. **1**. S. 524.
- Meinong, Über Annahmen. Leipzig 1902.
- Meinong, Über Gegenstände höherer Ordnung. *Zeitschr. f. Psych. u. Phys. der Sinnesorg.* 1899. **21**. S. 182.
- Messer, Über den Begriff des Aktes. *Arch. f. Psychol.* 1912. **24**. S. 245.
- Messer, Husserls Phänomenologie in ihrem Verhältnis zur Psychologie. *Arch. f. d. ges. Psychol.* **22**. S. 19.
- Messer, Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Denken. *Arch. f. d. ges. Phys.* 1906. **8**. S. 1.
- Messer, Empfindung und Denken. Leipzig 1908.
- Meumann, Referat über Revault d'Alonnes Arbeit. *Arch. f. d. ges. Psychol.* 1906. **7**.
- Meumann, Zur Frage der Sensibilität innerer Organe. *Arch. f. Psychol.* 1907. **9**. S. 26.
- Meumann, Die Sprache des Kindes. *Abhandl. d. Gesellsch. f. Deutsche Sprache in Zürich.* 1903. **8**.
- Michea, De l'anaesthésie de douleur dans l'aliénation mentale etc. *Ann. médico-psych.* 1856. **3**. S. 249 ff. 2. Serie.
- Mitschel, Weir, Marie Reynolds.
- Mittenzwey, Versuche einer Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre. *Zeitschr. f. Pathopsych.* 1913. 1914. **1** u. **2**.

- Möbius, Über den Begriff der Hysterie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1888. **11**. S. 3.
- Möbius, Weitere Erörterungen über den Begriff der Hysterie. Neurol. Beitr. 1894. **1**. Heft. **4**.
- von Monakow, Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die optischen Zentren und Bahnen. Arch. f. Psych. 1892. **23**. S. 609.
- Montmorand, Les états mystiques. Rev. philosoph. 1905. **60**. S. 1.
- Moreau de Tours, Du haschisch et d'aliénation mentale. 1845.
- Mugdan, Periodizität und periodische Geistesstörung. Zwangl. Abhandl. Halle 1911. **9**. Heft **4**.
- Müller, F., Ein Beitrag zur Kenntnis der Seelenblindheit. Arch. f. Psych. 1892. **24**. S. 856.
- Müller, G. E., Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufs. 3. Teil. Leipzig 1913.
- Müller-Freienfels, Zur Psychologie der Erregungs- und Rauschzustände. Zeitschr. f. Psychol. 1910. **57**. S. 161.
- Münsterberg, Grundzüge der Psychologie. Barth 1900. **1**.
- Murisier, Les maladies du sentiment religieux. Paris 1909. 3. Aufl.
- Naudascher, Trois cas d'hallucinations spéculaires. Ann. médico-psych. 1910. **68**. 9. Serie. **11**. S. 284.
- Nerval, Aurelia. München 1910.
- Oesterreich, Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie; ein Beitrag zur Gefühlspsychologie. Journ. f. Neurol. u. Psych. 1905—1907. **7**. S. 253. **8**. S. 61, 141, 220. **9**. S. 15.
- Oesterreich, Die Phänomenologie des Ich in ihren Grundproblemen. **1**. Das Ich und das Selbstbewußtsein. Die scheinbare Spaltung des Ich. Leipzig 1910.
- Packard, Feeling of unreality. Journ. of abnormal psychology. June 1906. S. 69.
- Packard, Prognosis in cases of mental disease showing the feeling of unreality. Amer. Journ. of Insan. 1907—1908. S. 263.
- Pailhas, Dédoublement de la personnalité par altérat. sensorielle. Encéphale. Juillet 1906. **1**. Teil. S. 343. Février 1908.
- Paulhan, L'activité mentale et les éléments de l'esprit. Paris 1889.
- Perky, An Experimental study of Imagination. Amer. Journ. of Psychol. **21**. S. 434.
- Pfänder, Zur Psychol. der Gesinnungen. Jahrb. f. Phil. u. phänom. Forschung. 1913. **1**. S. 325.
- Pfersdorff, Über symptomatische Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1904. **15**. S. 20.
- Pfersdorff, Über die intestinalen Wahnideen im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. **15**. (27.) 1904. S. 61.
- Pick, A., Zur Pathologie des Selbstbewußtseins. Studie aus der allg. Pathologie. Arch. f. Psych. 1904. **38**. S. 22.
- Pick, A., Zur Pathologie des Bekanntheitsgefühls. Neurol. Zentralbl. 1903. **22**. S. 2.
- Pick, A., Die agrammatischen Sprachstörungen. Berlin 1913.
- Pick, A., Symptomatologie der Epilepsie. Prager med. Wochenschr. 1901. S. 469 ff.
- Pick, A., Zur Lehre von den Störungen des Realitätsurteils bezüglich der Außenwelt, zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Selbstbewußtsein. Zeitschr. f. Pathopsych. 1912. **1**. S. 67.
- Pick, A., Zur Pathologie des Selbstbewußtseins. Zeitschr. f. Psych. 1909. **50**. S. 275.
- Pick, A., Clinical studis I. Brain 1903. **26**.
- Pick, A., Beiträge zur Lehre von den Halluzinationen. Jahrb. f. Psych. **2**. S. 44.
- Pick, A., Beiträge zur Pathologie und pathol. Anatomie des Zentralnervensystems. Berlin 1898.
- Pick, A., Wien. klin. Rundschau 1907. (zit. nach Picks Buch über Agrammatismus).
- Pitres und Regis, Seméiologie des obsessions et des idées fixes. XII. intern. Congrès de med. Moscou 1897.
- Prandtl, Die Einfühlung. Leipzig 1910.
- Prince, La Dissociation d'une personnalité. Bibliothèque de la philos. contemp. Paris 1911.
- Prince und Peterson, Experimentelle Untersuchungen über psychogalv. Reaktionen von mit bewußten (unterbewußten) Vorstellungen in einem Falle vielfacher Persönlichkeit. Journ. f. Psych. u. Neurol. 1908. **13**. S. 249.

- Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen Leipzig-Wien 1904.
- Raymond, Neuroses et Psychoneuroses. Paris 1907.
- Raymond und Janet, Dépersonnalisation et possession chez un psychasthénique. Journ. de psych. norm. et path. 1904. p. 29.
- Reiß, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang von Veranlagung und Psychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. 2. S. 347.
- Revault d'Alonnes, Rôle des sensations internes dans les émotions et dans la perception de la durée. Rev. phil. 1905. 60. p. 512.
- Richet, Ch., L'homme et intelligence. Paris 1884.
- Roemheld, Über die leichten Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens. Sommers Klinik f. psychisch-nervöse Krankheiten. 1908. 2. S. 449.
- Rosenberg, Die Erinnerungstäuschung der „reduplizierenden Paramnesie“ und des déjà-vu etc. Zeitschr. f. Pathopsych. 1912. 1. S. 561.
- Rosenberg, Zur Pathol. der Orientierung nach rechts und links. Zeitschr. f. Psychol. 1912. 61. S. 25.
- Ribot, Les maladies de la personnalité. Paris 1885. Auch Deutsch.
- Ribot, Problèmes de Psychol. affective. Paris 1910.
- Ribot, Maladies de la volonté. Paris 1883.
- Rusk, R., Experiments on Mental Association in Children. The Brit. Journ. of Psych. 1910. 3. p. 343.
- Ruyssen, Le Problème de la personnalité etc. L'année psych. 1912. 18. p. 460.
- Sadger, Konrad Ferdinand Meyer. Wiesbaden 1908.
- Saxinger, Gefühlssuggestion und Phantasiegefühl. Zeitschr. f. Psychol. 1908. 46. S. 401.
- Schäfer, Bemerkungen zur Psychiatrischen Formenlehre. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1880. 36. S. 214.
- Scheler, Über Selbsttäuschungen. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913. 1. S. 87.
- Schilder, Über das Selbstbewußtsein und seine Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913. 20. S. 511.
- Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Leipzig 1903.
- Schröder, J., Über gedankenflüchtige Denkhemmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. 2. S. 57.
- Schuster, Beitrag zur Kenntnis der Alexie und verwandter Störungen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1909. 25. S. 349.
- Schüle, Dyphrenia neuralgia. 1867.
- Séglas, Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1895.
- Séglas, Semiologie et Pathogenie des idées de négat. Les Altérations de la personnalité dans le delire mélancholique. Ann. medico psych. 1889. 10. (47 Jahr). 7. Serie. S. 5.
- Séglas, Note sur un cas de mélancholie anxieuse avec délire des négations. Arch. de neurol. 1884. 8. S. 57.
- Séglas, L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage: les hallucinations psychomotrices. Progrès médical 1888. Nr. 33 u. 34.
- Séglas et Besançon, De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. Ann. médico-psych. 1889. 9.
- Siemerling, Ein Fall von sogenannter Seelenblindheit nebst anderweitiger zerebralen Symptomen. Arch. f. Psych. 1890. 21. S. 284.
- Simmel, Die Probleme der Geschichtsphilosophie 1905.
- Sollier, Le Doute. Paris 1909.
- Sollier, Le mécanisme des émotions.
- Sollier, Les phénomènes d'autoscopie Paris 1903.
- Sollier, Phénomènes de cénesthésie cérébrale unilatéraux et de dépersonnalisation liés à une affection organique du cerveau. L'Encéphale 1910 Oktober.
- Sollier, Le mécanisme des émotions. Paris 1905.
- Sollier, Génèse et nature de l'hysterie. Paris 1897.
- Sollier, Quelques cas d'autoscopie. Journ. de psych. normale et pathol. 1908. 5. p. 166.
- Soukhanoff, Sur les combinaisons des états dépressifs aigus avec processus psychiques obsédants. Encéphale 1906. p. 565.

- Soukhanoff, Obsessions et psychose maniaque dépressive. Congrès des aliénistes et neurol. de France. l'Encéph. 1909. 4 (2). p. 365.
- Specht, W., Das pathologische Verhalten der Aufmerksamkeit. Ber. über d. III. Kongr. f. exper. Psych. Leipzig 1909. S. 131.
- Specht, W., Zur Phänomenol. u. Morphol. der pathologischen Wahrnehmungstäuschungen. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913/14. 2. Heft 1, 2, 4.
- Specht, G., Der Angsteffekt im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Psych. 1907.
- Starbuck, Religionspsychologie. Philosoph. soziol. Bücherei. Leipzig 1909.
- Staudenmaier, Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft. Leipzig 1912.
- Stern, W., Die Entwicklung der Raumwahrnehmung beim Kinde. Zeitschr. f. angew. Psych. 1909. 2. Heft 5 u. 6.
- Stern, W., Differentielle Psychologie. Leipzig. 2. Aufl. 1911.
- Stern, C. u. W., Die Kindersprache. Leipzig 1907.
- Stauffenberg, Über Seelenblindheit. Monakows Arb. aus dem hirnanatom. Institut. Heft 8. S. 1.
- Stöcker, Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. 23. S. 121.
- Storch, Muskelfunktion und Bewußtsein. Wiesbaden 1901.
- Storch, Versuch einer psychologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen unter Berücksichtigung ihrer muskulären Komponenten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1902. 11.
- Störing, Vorlesungen über Psychopathologie. Leipzig 1900.
- Stransky, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnformen (zur Lehre der Dementia praecox). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1903. 24. S. 1.
- Stransky, Über Sprachverwirrtheit. Halle 1905.
- Stransky, Das manisch-depressive Irresein. Leipzig-Wien 1911.
- Stransky, Persönlichkeit und Sekundärcharakter, besonders in Foro. Ber. üb. d. Verhandl. d. VII. Intern. Kongr. f. Kriminalanthropol. in Köln a. Rh. 1911.
- Stratton, Psychological Review 1896. 7. S. 611.
- Strohmayr, Über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst und Zwangszuständen. Journ. f. Neurol. u. Psych. 1908. 12.
- Strümpell, Über die Entstehung und Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen. Rede beim Antritt des Prorektorats der Kgl. Univers. Erlangen. Nov. 1892.
- Stumpf, Über Gefühlsempfindungen. Zeitschr. f. Psych. und Phys. der Sinnesorgane. 1907. 44. S. 1.
- Taine, H., De l'Intelligence. III. Aufl.
- Thomsen, Charité-Annalen. 10.
- Touche, Un cas de dépersonnalisation. Ann. Méd. Chir. du Centre. 1904. S. 458.
- Trénel, La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler. Revue neurol. 1912. 20. S. 371.
- Twardowski, Zur Lehre vom Inhalt und Gegenstand der Vorstellungen. Wien 1894.
- Urstein, Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Wien 1909.
- Urstein, Manisch-Depressives Irresein, Periodisches Irresein, als Erscheinungsform der Katatonie. Wien-Berlin 1912.
- Urstein, Spätpsychosen, katatoner Art. Wien-Berlin 1913.
- Vallon und Marie, Sur le délire mélancholique. Arch. de Neurol. 1898. 5. VI. Serie. S. 29.
- Watt, Experimentelle Beiträge zu einer Theorie des Denkens. Arch. f. Psychol. 1904. 4. S. 289.
- Weber, Tastsinn und Gemeingefühl. Wagners Handwörterb. d. Physiol. 3. Heft 2. S. 562.
- Wernicke, Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig 1901.
- Westphal, Über Haupt- und Nebenaufgaben bei Reaktionsversuchen. Arch. f. Psychol. 1911. 21. S. 219.
- Wilbrand, Seelenblindheit als Herderscheinung. Wiesbaden 1887.
- Wilbrand, Ein Fall von Seelenblindheit mit Obduktionsbefund. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1892. 2. S. 361.

- Wilmanns, Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Volkmannsche Sammlung 1906.
- Wilmanns, Zur Differentialdiagnostik funktioneller Psychosen. Zentralbl. f. Psych. 1907. 18. (30). S. 569.
- Wilson, A case of double consciousness. Journ. of Mental Science. 1903. 49. p. 640.
- Wilson, A case of double consciousness. Eb. 1904. 50. S. 699.
- Wilson, Report of the comittée of the Medico-Psychol. Association. Eb. 1904. 50. S. 500.
- Wundt, Physiologische Psychologie. 6. Aufl. 1908. Leipzig.
- Wundt, Völkerpsychologie. Leipzig.
- Zeller, Nasse und Jakobis Zeitschr. 1. S. 524.
- Ziegler, Das Gefühl. Eine psychol. Untersuchung. 4. Aufl. 1908.
- Zingerle, Über Störungen der Wahrnehmung des eigenen Körpers bei organischen Gehirn-erkrankungen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1913. 34. S. 13.

## Sachregister.

- Aboulie 157.  
 Affekt und Depers. 112.  
 Akt 4; Qualität und Materie desselben 5; Ichbeziehungen 5f.  
 Aktionsgefühl 60, 71, 100.  
 Aktives und passives Erleben 203, 224f.  
 Alexie 147.  
 Alkohol und Depers. 95, 127, 129, 130.  
 Allochirie 149, 155f.  
 Amiel 156ff.  
 Angst und Depers. 104, 115; und Melancholie 177.  
 Apperzeption 104.  
 Assoziation 70, 72, 80, 81, 83, 101.  
 Assoziationspsychologie 3.  
 Aufmerksamkeit und Widersprochenheit 68f., 70, 83; und eingengtes Bewußtseinsfeld 241.  
 Autismus 105f., 113, 227.  
 Auto-allopsychischer Symptomenkomplex 164ff.  
 Autoskopie 229ff.; und Ich 232; im Halbschlaf 233, 242ff.  
 Automatismus 14ff., 69, 79, 88f., 102, 103.  
 Bekanntheitsgefühl und Depers. 71.  
 Bekehrung 220ff.  
 Besessenheit 247ff.; und Somnambulie 250f.; und Halluzination 252.  
 Bewußt — unbewußt 226.  
 Bewußtheit 86f., 88; pathologische 199; und Gefühl 199; leibhaftige 200; symbolische 200; s. a. Gedanken.  
 Bewußtseinsstufen 15, 77, 84, 211.  
 Bündeltheorie des Ich 5.  
 Coenästhesie, zerebrale 98; s. auch Gemeinempfindungen.  
 Coenästhesiopathie 150ff.  
 Déjà vue 74f., 129.  
 Délire de négation 179.  
 Dementia praecox s. Schizophrenie.  
 Demenz 133.  
 Denken 11ff.; in der Depersonalisation 80ff.; echtes und unechtes 88f.; Ichbeziehungen 203ff.; Lokalisation 87, 243ff.  
 Denkpsychologie 3.  
 Depersonalisation 15, 23ff.; Fälle von 24ff.; deskriptiv psychol. Analyse 54ff.; Definition 54; Deutung 54f.; Gefühle und Gemütsbewegungen in der 55ff., 96f.; Erleben fremder Gefühle 57f., 211; Fehlen der Gefühle in der 57f.; Aktionsgefühle 60, 100; Wahrnehmung 64ff., 100f., optische 64f.; akustische 65f.; Geruch und Geschmack 66; taktile 66; des eigenen Körpers 66f.; Widersprochenheit der Wahrnehmung 67ff.; Fremdheitseindruck 69f.; Aufmerksamkeit 68ff.; Bekanntheitsgefühl 71, 100; Unvollständigkeitsgefühl 72; Theorien der Wahrnehmung 70ff.; Vorstellungen und Erinnerungen 75ff.; Gedächtnismaterial 76; lokales Gedächtnis 76, 145; Aufnahme des Gedächtnismaterials 77; Denken und Gedanke 80ff.; geringe Kraft der Determination 84f.; Bewußtheiten in der Depers. 86f.; Lokalisation des Denkens 87; Echtheit und Unechtheit 88; Wollen in der Deperson. 88f.; Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein 90ff.; Mangel des Persönlichkeitsbewußtseins 90f.; Verdoppelung 91; Einführung und Depers. 94; Psychologische Differentialdiagnose 107ff.; genetisch-psychologische Erklärung 111ff.; Affekt und Depers. 112ff.; klinische Bedeutung 119ff.; Verlauf 120ff.; bei Normalen 129f.; pathologische Physiol. 138ff.; Seelenblindheit und Depers. 141ff.; Apraxie u. Depers. 149; Kasuistik 256ff.  
 Deskriptionsbegriffe 226, 227.  
 Determinierende Tendenz 15, 22, 69, 77, 79, 80, 81ff.; latente 84, 224, 225, 250, 253; Schwächung 84f.

- Doppelte Registrierung 198.
- Einfache Erlebensformen 216.
- Einführung (s. a. Fremdwahrnehmung) 18ff., 21ff., 57, 91, 94; Nacherleben 111ff.; Psychopathol. der 211; Erhöhung des Verstehens 211; in Phantasiegestalten 212; Änderung der Persönlichkeit durch E. 213f.
- Einheit des Ich 7, 10, 254, passim.
- Einstellung s. determinierende Tendenz.
- Ekstase 12, 160, 218ff.; und Krankheit 218; und Depersonalisation 219; und Psychasthenie 219; und innere Zerrissenheit 220; und Aufmerksamkeit 220, 223; und Wille 221; und Sexualität 228.
- Epilepsie und Depersonalisation 134.
- Erinnerungen, in der Depersonalisation 75ff.; an die Depersonalisation 76; an die Gefühle der Depersonalisation 78; Automatismus der 77.
- Evidenz 11ff.; Fälle der 14f.; des Wollens und Fühlens 14; der Gefühle 60; der Wahrnehmung 73; der Vorstellung 80.
- Fälle:
- Fall 1. Gottfried 24.
- Fall 2. Johanna 37.
- Fall 3. R. S. 45.
- Fall 4. Anna L. 98.
- Fall 5. Au. E. 99.
- Fall 6. C. E. G. 115.
- Fall 7. Bernhard S. 127.
- Fall 8. Rudolf H. 127.
- Fall 9. A. Sch. 134.
- Fall 10. Max R. 151.
- Fall 11. Agnes R. 153.
- Fall 12. Ida H. 155.
- Fall 13. Marie R. 161.
- Fall 14. Emil L. 164.
- Fall 15. Alfred G. 166.
- Fall 16. Marie K. 169.
- Fall 17. Eleonore P. 172.
- Fall 18. Margarethe R. 172.
- Fall 19. Eduard H. 173.
- Fall 20. Alfred T. 177.
- Fall 21. Marta O. 179.
- Fall 22. P. S. 181.
- Fall 23. A. Sch. 181.
- Fall 24. Max K. 185.
- Fall 25. Otto G. 186.
- Fall 26. G. 186.
- Fall 27. Karl O. 187.
- Fall 28. Marta M. 202.
- Fall 29. E. H. 204.
- Fall 30. Max H. 203.
- Fall 31. Hermann C. 207.
- Fall 32. H. Kl. 229.
- Fall 33. Gei 233.
- Fall 34. Juliane S. 247.
- Flucht aus der Wirklichkeit 112ff., 239, 241.
- Fonction du réel 103, 105.
- Fremdwahrnehmung 17, 18ff., 21ff., 111ff., 211f.
- Funktionelle Psychosen und Depersonalisation 120ff.
- Funktionsbegriffe 227.
- Gedächtnismaterial, und Depersonalisation 76; volles Erleben des 77; Aufnahme in der Depersonalisation 77.
- Gedanken (s. a. Bewußtheit) in der Depersonalisation 80ff.; Mangel an Gedanken in der Depersonalisation 80; Keime 71; Lokalisation 87, 243ff.; gemachte 206ff.
- Gefühle 8ff.; Gefühlsempfindungen 8; Gegenständlichkeit der 8; und Akte 9; unechte 10, 55ff.; tiefe 10; fremde 18f.; in der Depersonalisation 55ff., 96, 97; Apathie 56; Ausdruck in der Depersonalisation 57, 59; Aktivitätsgefühl in der Depersonalisation 58; Aktionsgefühle 60, 71, 100; Rohmaterial der G. 61f.; Noema und Noese des G. 62; dynamische Bedeutung unechter G. 63; der Unvollständigkeit 72; gemachte 210; und Ekstase 220, 226; determinierte G. 226; der Unvollständigkeit 72; der Sünde 220.
- Gemachtes Erleben 200ff.; Antriebe 208; Inhalt des gemachten Erlebens 209; Gefühle 210; Willenshandlungen 210; Ichbeziehungen 211.
- Gemeinempfindungen (s. auch Coenästhesie) 58, 67, 70, 97f.
- Gemütsbewegungen 7ff. (s. a. Gefühl).
- Gespieltes Irresein 198.
- Größenwahrnehmung 65.
- Halluzination 230; und Ich 253.
- Haschisch und Depersonalisation 95, 129.
- Hemmung, objektive und subjektive 86, 110, 111, 171; Kombination objektiver u. subjektiver H. 179ff.
- Hintergrund des Erlebens 4f., 11, 218.
- Hypochondrische Sensationen 73, 89, 109, 242, 243.
- Hysterie 16, 148; Depersonalisationsymptome bei H. 183ff.; 239ff.; doppeltes Bewußtsein 240f.; psychologische Different. zwischen Hyst. und Depersonalisation 107ff.
- Icherlebnis 6f., 211, passim.
- Ichtum 104.
- Ideenflucht 83; ideenflüchtige Denkhemmung 83.
- Individualität 17.
- Inkarnation 200, 215; und Zwang 216.
- Intentionales Meinen, und Aufmerksamkeit 10.
- Intrapsychische Ataxie 137.
- Kasuistik der Depersonalisation 256ff.
- Katalepsie 198f.
- Kinderpsychologie 2.
- Komplex 115.
- Konstitution (und Depersonalisation) 89, 103, 124.
- Konversion (religiöse) 220ff.
- Körper, Beziehung des Ich zum K. 18.
- Lokalisation des Denkens 87, 243ff.



- Manisch-depressives Irresein und Depersonalisation 120ff.
- Melancholie; psych. Differentialdiagnose 110; Psychopathologie der M. 169ff.
- Mentisme 84.
- Migräne 141, 185.
- Narkose (mit Schwefeläther) 216.
- Nebenaufgabe 77.
- Neurosen und Depersonalisation 126f.
- Noema 62, 69, 100.
- Noese (= Akterleben) 13; (s. auch Noema).
- Ohnmacht 106, 216.
- Orientierungsstörungen, in der Depersonalisation 74, 76; in der Seelenblindheit 145f.
- Obervorstellung 82.
- Parallelismusprinzip 184.
- Paranoide Konstitution und Depersonalisation 132.
- Perzeption 3.
- Periodizität 131.
- Periphere Eingriffe am Nervensystem und Entfremdung 138ff; taktil 139; optisch 139f., vestibulär 140f.
- Persönlichkeit 17ff.; repräsentative Erlebnisse der 17f., 106; Täuschung über die 17, 22, 201; soziale 22; P.-koeffizient 69, 72, 101; Persönlichkeitsbewußtsein 90ff., 201f., 211ff.; Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins 201; Labilität 201; Persönlichkeitsbewußtsein u. Melancholie 171, 172; und Autoskopie 232f., 242ff.; Verdoppelung der Persönlichkeit 200, 215, 239ff.
- Phänomenologie 2, 3, 62.
- Phantasie 77f., 213; und Spiel 213; und Lüge 214; phantasierte und gespielte Persönlichkeiten 212ff.
- Phantasiegefühle 57, 78, 80.
- Produktive Reaktion 200.
- Pseudohalluzination 230f.
- Psychasthenie, psychologische Differentialdiagnose gegen Hysterie 109; klinische 120ff.
- Psychisches Trauma 112ff., 130, 200.
- Psychologische Kriterien und klinische Abgrenzung 135ff., 152ff.
- Schizophrenie, psychologische Differentialdiagnose 210; und Depersonalisation 133f., 180ff.
- Schlafstörungen, in der Depersonalisation und Psychasthenie 73f.
- Seelenblindheit 75, 141ff.
- Selbstbeobachtung 17, 61, 68, 84, 92, 93, 105, 161.
- Selbstbewußtsein 6; in der Depersonalisation 90ff., 201f.; passim.
- Selbstvergessenheit 20f., 217, 223; passim.
- Somnambulie 250.
- Spiel, fremden Erlebens 21, 213, 214f.
- Sprachverwirrtheit 198, 205.
- Stimmung 8ff.
- Sublimierung 113.
- Symbole 200.
- Symptomenkomplexe 119ff.; beim Normalen 129f.
- Synthese (geistige) 63, 72; geringen Grades 217; hochwertigen 227; s. a. Ekstase und Evidenz.
- Täuschung über die eigene Persönlichkeit 17, 22, 201f., 214.
- Tendenzen, Vereinheitlichung der 6f., 9f., 11f., 18; passim; des Miterleben fremden Gefühles 19f.
- Theorien der Depersonalisation 96ff.
- Therapeutische Beeinflußbarkeit der Depersonalisation 131.
- Tiefenwahrnehmung in der Depersonalisation 65.
- Traumerleben und Ich 217; abnorme Deutlichkeit des 201.
- Traumhaftigkeit des Erlebens 66.
- Unechtheit, seelischen Erlebens 10, 55; der Gefühle 61ff.; Dynamik unechter Gefühle 63; des Wahrnehmens 67ff.; des Vorstellens und Erinnerens 75ff., des Denkens 83ff.
- Unterbewußtsein 240f.
- Ursache, auslösende, s. psychisches Trauma.
- Verdoppelung der Persönlichkeit 91; bei Zwangserscheinungen 203ff.; bei Delirierenden 205; durch phantasierte Personen 213; durch Spiel fremder Persönlichkeiten 213f.; und Hysterie 240f.; und Autoskopie 244; im Traume 245; und Lokalisation des Denkens 244f.; der Fähigkeiten in der Depersonalisation 81.
- Verdrängung und Widerprochenheit 109, 241.
- Verständliche Zusammenhänge 107ff., 198, 226f.
- Verständigungs-ideen 176f.
- Völkerpsychologie 2.
- Vorlagerung des Erlebens 5.
- Vorstellungen, in der Depersonalisation 75ff.; Blässe der 75; Kleinheit der 75, 79f.; evidente 80; Lokalisation der 87f.; und Seelenblindheit 142ff.; und Melancholie 176.
- Wachträumerei 163, 252.
- Wahrnehmung 3ff.; in der Depersonalisation 64; optische 64f.; akustische 65f.; taktile 66; Geruch und Geschmack 66; des eigenen Körpers 66f.; Widerprochenheit der 67ff.; Theorien der Wahrnehmung der Depersonalisation 70ff., 100.

<p>Widersprochenheit des Erlebens, der Gefühle 61 ff.; der Wahrnehmungen 67 ff.; und Selbstbeobachtung 68; Vertretung des Widerspruchs 68; und Aufmerksamkeit 69; durch den Hintergrund 218. Wiedererkennen und Depers. 76, 72.</p>	<p>Willensanstrengung 15; Unechtheit der 84; latente 112, 225. Wirklichkeit 107, 227. Wollen 11 ff., 14 ff.; starkes und schwaches Wollen 16; in der Depersonalisation 80 f.; echtes und unechtes 90; und Ekstase 222 ff.</p>	<p>Zeit 4; und Depersonalisation 74 f. Zirkuläre Verlaufsform, der Depersonalisation 124; Bedeutung der zirkulären Verlaufsform 132. Zwangsvorstellung und Depersonalisation 85, 125, 131; Ichbeziehungen 203 f. Zweifel 86 f.</p>
---	---	--

---