

# Zur Psychopathologie der Depersonalisation

Die Depersonalisation (= Dep.) wurde in der klassischen Studie von Mayer-Gross [11] hypothetisch für „eine präformierte funktionelle Antwort des Gehirns“ gehalten. Somit sah der Autor damals eine große Möglichkeit der verfeinerten experimentellen Methoden zur Erforschung einer dem Syndrom zugrunde liegenden organischen Basis voraus. Diese Vorhersage wird durch die beachtlichen Fortschritte der Neurowissenschaft in den letzten Jahrzehnten verwirklicht [18]. Übrigens verwenden wir hier den Terminus der Dep. in Anlehnung an Haug [8] als übergreifenden Begriff für die Veränderungen des Selbst, also die Dep. im engeren Sinne, sowie die Veränderungen der Außenwelt, also die Derealisation.

Die klinischen Tatsachen, die Mayer-Gross als Indizien der oben genannten Hypothese und als fruchtbare Ansätze zur Dep. unterstrichen hat, sind ihre schwere Beschreibbarkeit und ihr relativ seltenes Vorkommen bei organischen Erkrankungen. Beide Charakteristika, denen weder neurobiologisch noch psychopathologisch gebührende Beachtung geschenkt wurde, scheinen uns auf einen bisher wenig bearbeiteten sprachlichen Aspekt der Dep. hinzuweisen. In der vorliegenden Arbeit versuchen wir, diesen Aspekt anhand einer Falldarstellung herauszuarbeiten, und zwar dadurch, dass wir die Aphasie, in welcher sich die beiden von Mayer-Gross genannten Themenkreise – die Sprache und die organischen Erkrankungen – überschneiden, zur Betrachtung heranziehen.

## Kasuistik

### Fall A: weiblich, geb. 1960

Wegen der Schulverweigerung ihres Sohnes kam die Kranke vor zwei Jahren zu unserem Krankenhaus. Bei der ersten Exploration bedauerte die Psychotherapeutin die Kranke und ihr hartes Leben. Kurz danach brach die Dep. aus. Seitdem leidet sie chronisch – selbst nachdem der Sohn die Schule nicht mehr verweigert – daran.

## Zur Vorgeschichte

Ihre Mutter brachte sie unverheiratet zur Welt. Im 2. Lebensjahr wurde sie adoptiert. Zu Hause fühlte sie sich angespannt. Im 22. Lebensjahr heiratete sie den Eltern zum Trotz. Kurz danach ergab sich, dass der Mann an einer Blutkrankheit litt. Für Lebenshaltungskosten und Arztgebühren arbeitete sie in einem Nachtclub. Als sie 27 Jahre alt war, starb ihr Mann. Im 30. Lebensjahr verheiratete sie sich wieder. Da der Mann lang arbeitslos blieb, musste die Kranke selbst ihr Brot verdienen. Einige Jahre später kam das erste Kind zur Welt. Wegen einer angeborenen Herzkrankheit starb es zwei Jahre später. Drei Jahre danach brachte die Kranke ihr zweites Kind zur Welt. Im 42. Lebensjahr ließ sie sich scheiden. Seitdem lebt sie mit ihrem Sohn.

## Zu den Depersonalisationserscheinungen

Die gesteigerte Selbstbeobachtung, welche nach Schilder [17] eine große Rolle in der Dep. spielt, fällt auch bei der vorliegenden

Kranken auf: „Es gibt immer ein anderes Ich, das mich beobachtet“, „Wenn ich beim Gespräch etwas sage, kommentiert das Ich, das sich in meinem Kopf befindet, ‚nein, ich bin nicht die, die dies ausspricht‘“, „Ich frage mich oft, warum ich dies tue, warum ich hier bin“. Im Gegensatz dazu ist „traumhafte Benommenheit“, durch welche die Dep. Störing [19] zufolge nicht selten bedingt wird, bei unserer Kranken kaum zu finden. Ihr Erlebnis der Dep. geht oft mit eigenartigen Missempfindungen im Kopf sowie im rechten Arm einher, welche von der Kranken mit dem Ausdruck „Kribbeln“ geschildert werden, und manchmal kommen noch leichte depressive Episoden dazu. Bekanntlich wurde die Dep. von Haug [8] nach ihren Bezogenheiten in drei Formen eingeteilt. Bei der Kranken werden alle Formen folgenderweise festgestellt.

Auf autopsychischem Gebiet: „Ich bin nicht ich. Ich bin irgendwo anders“, „Die Bewegungen der Maschinen sind ungenau und ungeschickt. Jedoch kommt es mir so vor, als ob ich ein Roboter wäre, der sich reibungslos und glatt bewegt“, „Das Ich, das hier so und so handelt, ist nicht das wahre Ich“, „Ich kann mit anderen sprechen und verstehen, was sie sagen und was ich sage. Trotzdem bin ich nicht dabei“, „Es scheint mir, als ob ich nur eine dritte Person hier bin“, „Ich habe nicht das Gefühl, dass ich dies hier tue“.

Auf somatopsychischem Gebiet: „Ich weiß, dass es meinen Leib gibt. Jedoch kann ich mich nicht davon überzeugen“,

Dieser Arbeit liegt ein Referat zugrunde, das am 24.09.2004 in Heidelberg auf der 7. internationalen Konferenz über Philosophie, Psychiatrie und Psychologie gehalten und dann überarbeitet wurde.

„Ich glaube, dass andere mich nicht sehen können“, „Ich will diesen Leib selber empfinden, da er meiner ist“, „Ich habe das Gefühl, als ob mein Leib der einer anderen ist“.

Auf allopsychischem Gebiet: „Zwischen mir und der Umgebung gibt es einen Schleier“, „Alle in meiner Umgebung erscheinen auf der Leinwand. Ich sitze allein im Zuschauerraum vor der Leinwand“, „Auch beim Fahrradfahren gegen den Wind bin ich im Zuschauerraum. Somit bin ich nicht sicher, ob der Wind weht“, „Ich weiß, dass ein Schreibtisch und ein Stuhl da steht und dass Sie das Krankenblatt schreiben. Jedoch scheint mir dies alles gar nicht dreidimensional. Dies sehe ich diesseits der Leinwand“, „Ich weiß zwar, dass Sie da sind. Trotzdem sind Sie nicht da“, „Ich weiß schon, dass das als Tisch da ist. Jedoch kommt es mir so vor, als ob der Tisch nicht da wäre. Wie kann ich das zum Ausdruck bringen?“, „Ich weiß, dass das mein Kind ist. Jedoch finde ich da nur ein bloßes Ding. Ich kann nichts mehr fühlen“, „Gegenüber meinem Freund kann ich gar keine Liebe mehr fühlen“, „Wenn ich diese Blumen sehe, kommt mir nur, dass dies bloß Blumen sind. Und damit Schluss. Keine Adjektive für sie tauchen mir auf“.

### Fallbesprechung

Die Dep. ist das ubiquitäre Syndrom, das in neurotischen Störungen, im Vorfeld der Schizophrenie, in affektiven Psychosen, in organischen Erkrankungen und selbst auch bei Gesunden zu finden ist [12]. Bei der geschilderten Kranken zeigten körperliche und neurologische Untersuchungen unauffällige Befunde. Neben der Dep. sind zwar Missempfindungen und leichte depressive Episoden, aber keine psychotische Symptome festzustellen. Differenzialdiagnostisch steht es daher außer Frage, dass es bei unserer Kranken um eine neurotische Störung geht. Jedoch wäre abzuwägen, ob sie nach dem DSM [1] in die dissoziativen Störungen einzuordnen ist. Sie wurden früher unter „Hysterie“ subsumiert. In Zusammenhang damit hat Meyer [13] darauf hingewiesen, dass die traumhafte Benommenheit im Sinne von Störing [19] bei der „hysterischen Dep.“ in den Vordergrund tritt.

Wie oben gesagt, ist keine solche Versenkung der geistigen Wachheit bei unserer Kranke zu finden. Stattdessen ist eine weit überdurchschnittliche quälende Selbstbeobachtung auffällig. Außerdem trat die Dep. bei der Kranken in einer Entlastungssituation, also gerade im supportiven Gespräch mit der Psychotherapeutin, plötzlich in Erscheinung. Dann bleibt die Dep. selbst nach der Auflösung der Schulverweigerung ihres Sohnes zurück, die vor der Erkrankung der Dep. wohl ihre größte Belastung ausmachte. Das Auftreten der Dep. in lebensgeschichtlichen Entlastungssituationen, welches von Meyer [12] unterstrichen wurde, ist dem Auftreten der Dissoziation in Belastungssituationen gegenüberzustellen. Diese klinischen Tatsachen bei der Kranken sprechen gegen die Dep. als eine Form der dissoziativen Störungen<sup>1</sup>

### Diskussion

Ein markantes Merkmal der Dep. ist darin zu finden, dass der Kranke trotz der Einsicht in das Unsinnige immer noch an der Dep. leidet [12]. Da der Kranke ohne Einsicht nicht mehr der Depersonalisierte, sondern der Wahnkranke wäre, ist sie eine der unerlässlichen Komponente der Dep. Die Einsicht unserer Kranken ist in einigen Aussagen abzulesen: „Ich weiß zwar, dass Sie da sind. Trotzdem sind Sie nicht da“, „Ich weiß schon, dass das als Tisch da ist. Jedoch kommt es mir so vor, als ob der Tisch nicht da wäre“. Hierbei wird das Dasein der einzelnen Gegenstände zwar in der einen Weise richtig, aber in einer anderen Weise nicht richtig erfasst. Somit ist die Einsicht als eine Diskrepanz zwischen den beiden Erfassungen ein und derselben Sache anzusehen.

Zu der Frage danach, um was für eine Diskrepanz es dabei geht, gibt eine neuropsychologische Sicht uns einen Anhaltspunkt. Bei sog. „Hirnorganikern“, al-

so Kranken mit erworbenen Hirnschädigungen, wurden eigenartige Phänomene von Goldstein und seinen Mitarbeitern [3–7] beobachtet und unter dem Terminus „konkretes Verhalten“ dargestellt. Den Autoren zufolge ist dieses Verhalten dadurch zu kennzeichnen, dass man, an „das Wirklich-Präsente“ [3] gebunden, in dem unmittelbaren Kontakt aufgeht. Im Folgenden zitieren wir einige Beispiele dafür.

„A patient is well able to throw balls into three boxes which are located at different distances from him. He never misses. Asked which box is further and which is nearer, he is unable to give any account or to make a statement concerning his procedure in aiming. Another patient points correctly to the source of a noise, but he cannot state the direction from which the noise originated“ [7].

In diesen Phänomenen finden wir wiederum eine Diskrepanz zwischen zwei Erfassungen ein und derselben Sache. Nach Goldstein [6] und Cassirer [2] gelingt es dem Hirnorganiker, die betreffende Sache unmittelbar praktisch in der „Präsenz“ zu erfassen. Jedoch misslingt es ihm, sie mittelbar verbal in der „Repräsentation“ zu erfassen. Im Vergleich hierzu handelt es sich bei der Dep. um eine gerade umgekehrte Diskrepanz, denn unsere Kranken kann das Dasein der Gegenstände zwar verbal in einem Aussagesatz richtig repräsentieren, jedoch praktisch in dem aktuellen Kontakt nicht richtig ergreifen.

In Zusammenhang mit diesem Gegensatz zwischen der Dep. und dem konkreten Verhalten hat Minkowski [14] in seiner Betrachtung über die schizophrene Dep. gezeigt, dass man durch die Gegenüberstellung der Erlebnisweise der Dep. und der einer organischen Hirnkrankheit zu einem tieferen Verständnis der Dep. gelangen kann. Die von Mayer-Gross [11] hervorgehobene klinische Tatsache, dass die Dep. bei organischen Erkrankungen relativ selten auftritt, scheint uns darauf hinzuweisen, dass bestimmte organische Bedingungen das Zustandekommen der Dep. behindern. Im Folgenden versuchen wir, einen sprachlichen Aspekt der Dep. im Vergleich zu Sprachstörungen beim konkreten Verhalten herauszuarbeiten. Da ihre Besonderheit hinsichtlich der amnestischen Aphasie diskutiert wurde, ge-

<sup>1</sup> In der amerikanischen Psychiatrie wird Janet, der so lange Zeit in Freuds Schatten stand, in letzter Zeit hinsichtlich der Problematik der Dissoziation wiederentdeckt [16, 23]. Jedoch würde Janet wohl nicht für die Klassifizierung der Dep. in die dissoziativen Störungen sprechen, da der Autor [10] eben der ist, der die Hysterie scharf von der Psychasthenie abtrennte, welcher er die Dep. zuordnete.

Hier steht eine Anzeige.



K. Oka

### Zur Psychopathologie der Depersonalisation

#### Zusammenfassung

Als fruchtbare Ansatzpunkte zur Depersonalisation hob Mayer-Gross zwei klinische Tatsachen hervor, nämlich ihre schwere Beschreibbarkeit und ihr relativ seltenes Vorkommen bei organischen Erkrankungen. Den beiden wurde bisher weder neurobiologisch noch psychopathologisch gebührende Beachtung geschenkt. In der vorliegenden Arbeit versuchen wir, einen sprachlichen Aspekt der Depersonalisation anhand einer Falldarstellung herauszuarbeiten, indem wir die Aphasie, in welcher sich die beiden von Mayer-Gross genannten Themenkreisen – die Sprache und die organischen Erkrankungen – überschneiden, zur Betrachtung heranziehen. Hinsichtlich der amnestischen Aphasie vertreten Gelb und Goldstein die Ansicht, dass ein Gegen-

stand nicht mehr als das Allgemeine erfasst wird, das zeitlos und jedem im kategorialen Verhalten zugänglich ist, sondern als das Diese, das nur jetzt und dem dies erlebenden Subjekt im konkreten Verhalten zugänglich ist. Im Vergleich dazu wird die Erlebnisweise der Depersonalisation derart gerade ins Gegenteil verkehrt, dass einerseits der reale Bezug zu dem Diesen versagt und dass andererseits der ideale Bezug zu dem Allgemeinen zurückbleibt.

#### Schlüsselwörter

Depersonalisation · Kategoriales Verhalten · Konkretes Verhalten · Das Allgemeine · Das Diese

### The psychopathology of depersonalization

#### Summary

In his classic overview, Mayer-Gross indicated two clinical features of depersonalization to be taken as starting points for future investigation: excessive difficulty in describing it and its relatively rare appearance in organic disorders. Neither characteristic has so far been discussed sufficiently in psychopathology and neurobiology. In this article, we examine the language aspect of depersonalization by comparisons with aphasia, in which the two objects of study described by Mayer-Gross, speech and organic disorders, intertwine. Concerning amnesic aphasia, Gelb

and Goldstein insist that an object cannot be grasped as a generally understood fact using a categorical attitude but only experienced subjectively in its this-ness with a concrete attitude. The particular experience of depersonalization is the reverse of that in amnesic aphasia, as the relation of the depersonalized patient to this-ness is disturbed but an ideal view of the generality remains.

#### Keywords

Depersonalization · Categorical attitude · Concrete attitude · Generality · This-ness

hen wir auf die ganzheitliche Aphasielehre von Goldstein und Gelb ein.

### Das Diese und das Allgemeine

Bei der amnestischen Aphasie [4, 5, 6] geht es um die Unfähigkeit bei Erhalten-sein aller übrigen sprachlichen Leistungen, einzelne Gegenstände zu bezeichnen. Beim Bezeichnen handelt es sich nicht um den Eigennamen eines bestimmten Gegenstandes, sondern um den *Gattungsnamen*. Wenn ich einen vorgelegten Gegenstand, z. B. eine Pfeife, mit dem Wort „Pfeife“ bezeichne, verstehe ich unter dem Gattungsnamen nicht diese individuelle Pfeife, sondern Pfeife überhaupt, also die Gattung bzw. den Begriff von Pfeife. Somit wird ein Ding nicht als dieses mir erscheinende Ding, sondern als ein Repräsentant der Gattung bzw. des Begriffs betrachtet. Dieses begriffliche Verhalten wurde „kategoriales Verhalten“ benannt und dem konkreten Verhalten gegenübergestellt [4, 5]. Der Hirnorganiker versagt deshalb beim Bezeichnen, weil er die Gegenstände in ihrem rein individuellen Sosein erfasst [4]. Auf diese Weise führten Goldstein und Gelb die amnestische Aphasie auf eine Einbuße des kategorialen Verhaltens zurück. Für die Ansicht, dass diese Aphasie nicht einer Amnesie zuzuschreiben ist, spricht die klinische Tatsache, dass die Kranken eventuell das Wort, welches sie als Bezeichnung für einen Gegenstand nicht angeben können, „in einem konkreten Zusammenhang“ in einem Satze aussprechen können [5].

Die Situation, in der die Bezeichnung als solche thematisiert wird, ist im alltäglichen Leben am ehesten dann zu finden, wenn das Kleinkind den Erwachsenen – so wie der Neurologe den Aphasischen – fragt, „Was ist das?“ [21]. Anders als beim Kind, kommt das Bezeichnen an sich beim Erwachsenen deshalb gewöhnlich kaum in Frage, weil ihm die Namen der meisten Objekte in der Umgebung schon bekannt sind. Wenn wir z. B. mit einem Glas hantieren, sagen wir nur ausnahmsweise, „Das ist ein Glas“. Ohne dies zu bezeichnen, sagen wir dann einfach, „Gib mir ein Glas her“ usw. Auf diese Weise wird der Gattungsname in der konkreten Situation anders als beim Bezeichnen gebraucht. Dieser sonst unmerkliche

Unterschied drängt sich in der amnestischen Aphasie pathologisch in den Vordergrund.

Die „Was ist das“-Frage lehrt uns, dass das Erleben eines Gegenstandes aus zwei basalen Momenten, nämlich dem <Was>-Gehalt und dem <Das>-Gehalt, besteht. Dem <Was>-Gehalt entspricht ein Begriff, zu dem der betreffende Gegenstand als einer seiner Vertreter gehört. Ein Begriff gilt allgemein, da seine Bedeutung in einem Sprachraum zeitlos und öffentlich ist, d. h. unabhängig davon, wann und von wem der Begriff mit seinem Namen ausgedrückt wird, mehr oder weniger gleichbleibt. Die Sprache kann deshalb als ein soziales Instrument fungieren, weil sie im Grund genommen „Zeichen für Begriffe“ [5] ist. Im Gegensatz zu dem zeitlosen öffentlichen <Was>-Gehalt ist der <Das>-Gehalt an die gegenwärtige private Perspektive des Subjekts gebunden, denn der <Das>-Gehalt ist nichts anderes als *das Diese*, welches jetzt dem Subjekt unmittelbar in seinem sinnlichen Erleben erscheint. Wegen der ursprünglichen Gebundenheit des Diesen an das Subjekt würde das Diese ohne das Subjekt nicht mehr existieren. Dagegen ist der <Was>-Gehalt *das Allgemeine*, das gleichgültig gegen das Subjekt ist, und das jederzeit bzw. für jedermann gültig ist<sup>2</sup>

Beim Bezeichnen wendet man sich im kategorialen Verhalten dem zeitlosen <Was>-Gehalt zu. Dem amnestischen Aphasischen fällt dies schwer, da er das kategoriale Verhalten verliert und so-

mit dem gegenwärtigen <Das>-Gehalt im konkreten Verhalten verhaftet ist. Dass wir meistens die einzelnen Dinge nicht extra bezeichnen, ist ein empirischer Beleg dafür, dass die Worte gewöhnlich, wie Goldstein [5] bemerkt<sup>3</sup>, ohne bewusste Reflexion über ihre begrifflichen Bedeutungen, also über ihren <Was>-Gehalt, gebraucht werden. Deshalb kann der Hirnorganiker, der unter einer Einbuße des kategorialen Verhaltens leidet, in einer konkreten Situation den Gattungsnamen aussprechen, den er als eine Bezeichnung aber nicht angeben kann. Zur Veranschaulichung nehmen wir ein Beispiel von Gelb [3]: Einer seiner Kranken, gefragt nach der Bezeichnung des gezeigten Schwamms, sagt, „Herr Doktor, ich weiß wieder nicht, wie der Schwamm heißt!“. Das hier gesprochene Wort „Schwamm“ bezieht sich nur auf den Schwamm, auf den der Kranke aktuell intentional gerichtet ist. Im Gegensatz dazu versteht man unter der Bezeichnung „Schwamm“ den Begriff, dessen Tragweite sich weit über einen dem Subjekt jetzt vorliegenden Schwamm hinaus bis zu allen anderen Schwämmen in der Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft erstreckt.

### Depersonalisation und amnestische Aphasie

Wenn wir versuchen, die Dep. der vorgestellten Kranken im Vergleich zur amnestischen Aphasie zu betrachten, springt die folgende Äußerung ins Auge: „Ich weiß schon, dass das als Tisch da ist. Jedoch kommt es mir so vor, als ob der Tisch nicht da wäre“. Hierbei fällt uns auf, dass ein konkreter Tisch von der Kranken extra bezeichnet wird. Der Gattungsname „Tisch“ ist für Erwachsene so selbstverständlich, dass er zum Bezeichnen normalerweise nicht gebraucht wird. In der uns befremdenden Bezeichnung zeigt sich, dass die Kranke sich aus irgendeinem Grund, so wie der amnestische Aphasische, mit der „Was ist das“-Frage konfrontiert. Dass die Kranke – anders als der Aphasische – den <Was>-Gehalt, also den Begriff von Tisch, auffasst, legt uns den Verdacht nahe, dass

es eigentlich nicht der <Was>-Gehalt, sondern der <Das>-Gehalt ist, der hierbei in Frage gestellt wird.

Entsprechend einem basalen Erlebnis-moment, dem <Was>-Gehalt, wird ein konkreter Gegenstand uns als ein Aggregat der begrifflichen Bestimmungen gegeben, die man mittels der allgemein verständlichen Begriffszeichen seines Namens, seiner Größe, Form usw. zum sprachlichen Ausdruck bringen kann. Mindestens in dieser Weise erkennt unsere Kranke die Gegenstände richtig. Gerade deshalb kommt es uns rätselhaft vor, dass die Kranke sich des Daseins der Gegenstände nicht sicher ist, obwohl sie weiß und sagt, dass sie da sind.

Alles zu dem <Was>-Gehalt Gehörige ist sprachlich mitteilbar und insofern jedem zugänglich. Wie Straus [20] sagt, kann man nur von dem Allgemeinen verständlich sprechen. Was mein Erleben eines Gegenstandes angeht, ist sein <Das>-Gehalt deshalb nicht sprachlich auszudrücken, weil er wegen seiner Gebundenheit an meine private aktuelle Perspektive, die sowohl durch meine jetzigen psychophysischen Bedingungen als auch durch meine Lebensgeschichte bestimmt wird, gar nicht allgemein sein kann. Phänomenal wird der <Das>-Gehalt, wie oben erwähnt, als das Diese erlebt. Mit dem Diesen ist etwas gemeint, das gegenwärtig dem Subjekt unmittelbar im sinnlichen Erleben erscheint. Der <Was>-Gehalt verfehlt wegen seiner Allgemeinheit den <Das>-Gehalt, der niemandem als mir im Jetzt und Hier gegeben werden kann.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Der Gegensatz zwischen dem Diesen und dem Allgemeinen könnte in der philosophischen Literatur auf den Gegensatz zwischen „haecceitas“ und „quidditas“ von Duns Scotus zurückgehen [22]. Die Gegenüberstellung des Diesen und des Allgemeinen, die viel mit unserer Diskussion zu tun hat, findet sich vor allem bei Hegel in seinem Hauptwerk „Phänomenologie des Geistes“ [9]. Dort spricht er vom Diesen, das im sinnlichen Erleben unmittelbar hingenommen wird: „Der konkrete Inhalt der *sinnlichen Gewißheit* läßt sie unmittelbar als die *reichste* Erkenntnis ... erscheinen...; das Bewußtsein seinerseits ist in dieser Gewißheit nur als reines *Ich*; ... und der Gegenstand ebenso nur als reines *Dieses*“. Das Gegenteil vom Diesen wurde vom Philosophen als ein Allgemeines bezeichnet: „Ein solches Einfaches, das durch Negation ist, weder dieses noch jenes, ein *Nichtdieses*, und ebenso gleichgültig, auch dieses wie jenes zu sein, nennen wir ein *Allgemeines*“.

<sup>3</sup> „Beim Erwachsenen steht in solchen konkreten Situationen das nicht sprachliche Handeln so im Vordergrund, dass das Wort fast bedeutungslos geworden ist“.

<sup>4</sup> Anschließend an das obige Zitat weist Hegel [9] darauf hin, dass die Sprache wegen ihrer Allgemeinheit nicht imstande ist, das Diese zum Ausdruck zu bringen: „Wenn sie wirklich dieses Stück Papier, das sie meinen, *sagen* wollten, und sie wollten *sagen*, so ist dies unmöglich, weil das sinnliche Diese, das gemeint wird, der Sprache, die dem Bewußtsein, dem an sich allgemeinen, angehört, *unerreichbar* ist“. Später beschäftigt sich auch Wittgenstein [24] mit dem unsagbaren *Diesen*: „Du willst um dich schauen und sagen: >>Nur *ich* habe doch *DIESES*.<<... Ja, kann man nicht auch sagen >>Es ist hier von einem >Sehen< – und daher auch von einem >Haben< – und von einem Subjekt, also vom Ich, nicht die Rede<<? ...Es ist ja auch klar: wenn du logisch ausschließt, dass ein Anderer etwas hat, so verlierst es auch seinen Sinn, zu sagen, du habest es.“



Darin, dass unsere Kranke sich trotz der richtigen Erkenntnis über den <Was>-Gehalt nicht von dem Dasein der Gegenstände überzeugen kann, zeigt sich, dass die Kranke nicht mehr den <Das>-Gehalt erfasst. Der aktuelle Bezug zum Dasein, also zum <Das>-Gehalt, geschieht zwar in einer allgemeinen Ordnung des begrifflichen Systems. Jedoch ist er keineswegs auf sie zu reduzieren. Das Dasein und das Subjekt, dem es aktuell erscheint, sind gleichsam als die zwei Seiten einer Medaille nicht voneinander abzuheben. In der gegenwärtigen Begegnung mit dem Dasein wird man als der ihm Begegnende gleichzeitig und zusammen mit ihm in die Welt hingestellt. Eine Insuffizienz dieser ursprünglichen Verankerung in der Welt führt unausweichlich zu einer Austreibung aus ihr. Dies wird von der Kranken mit den für die Dep. typischen Metaphern, wie ‚Schleier‘, ‚Leinwand und Zuschauer‘ usw., dargestellt.

Der <Das>-Gehalt als das mir gerade erscheinende Dasein würde ohne mich verschwinden. In diesem Sinne ist die Welt für meine Welt zu halten, die mit meiner Geburt anfängt und die mit meinem Tod endet. Im Gegensatz zu einer solchen subjektiven Welt besteht die objektive Welt gleichgültig gegen meinen intentionalen Akt, also sowohl vor meiner Geburt als auch nach meinem Tod. Die objektive Welt ist letztlich selbständig unabhängig von dem Subjekt da. Deshalb kann man nur erst dann in die objektive Welt eintreten, wenn man sich von seiner privaten aktuellen Perspektive ablöst. Die Sprache als Zeichen für den <Was>-Gehalt, also für das Allgemeine, das jederzeit bzw. für jedermann gilt, bahnt uns einen Zugangsweg zu der objektiven Welt. Ein und dieselbe Sache kann daher einerseits als das Dasein in der subjektiven Welt und andererseits als das Allgemeine in der objektiven Welt erfasst werden. Normalerweise bleibt diese Verdoppelung unmerklich.

Die amnestische Aphasie und die Dep. stimmen darüber miteinander überein, dass es sich um eine Diskrepanz zwischen dem Dasein und dem Allgemeinen handelt. Im Vergleich zur amnestischen Aphasie wird die Erlebnisweise der Dep. derart gerade ins Gegenteil verkehrt, dass einerseits der reale Bezug zu dem gegenwärtigen subjektiven Dasein versagt und

dass andererseits der ideale Bezug zu dem zeitlosen objektiven Allgemeinen zurückbleibt. Der Depersonalisierte lebt nicht in seiner subjektiven Welt, sondern rein in der objektiven Welt. Seinem Erleben der Umwelt wird der private <Das>-Gehalt, der nur ihm aktuell erscheinen sollte, abgezogen. Somit bleibt nur noch der allgemeine <Was>-Gehalt übrig, der jedem zugänglich und verständlich mitteilbar ist. Dies besagt nicht, dass die Erlebniswelt des Depersonalisierten leicht sprachlich auszudrücken ist. Ihm, der gleichsam in „Nebel der Allgemeinheit“ [20] eingesperrt ist, drängt sich das Dasein als das Abwesende in einer defizienten Form auf. Das ist schwer zum sprachlichen Ausdruck zu bringen, da die Sprache eigentlich Zeichen für das Allgemeine ist.

Die objektive Welt ist jedem gemeinsam und ein und dieselbe. Mit anderen Worten ist sie völlig gleichgültig gegen die persönliche Perspektive. Somit kann der Depersonalisierte in der rein objektiven Welt keine Nuancen der Vertrautheit finden, welche sich sonst von verschiedenen Gegenständen im Prozess seines Lebens immer reicher einprägen sollten. Bei unserer Kranken findet eine solche eigenartige Neutralisierung der Welt ihren Niederschlag vor allem darin, dass die Kranke sich gegenüber ihrem Sohn kaum mehr anders als gegenüber einem bloßen Ding fühlen kann. Die Allgemeinheit der objektiven Welt, der der Depersonalisierte ausgeliefert ist, wischt jede persönliche Färbung weg, der die Ästhetik, der Geschmack usw. zugrunde liegen. Dies drückt sich prägnant in der Aussage der Kranken aus, dass ihr keine Adjektive für Blumen einfallen.

Weder das Dasein ohne das ihm begegnende Subjekt noch das Subjekt ohne das ihm erscheinende Dasein können existieren. Dieser unmittelbaren Gebundenheit der beiden entsprechend bringt eine Einbuße des Daseins, also die Derealisation, eine Einbuße des Subjekts mit sich, also die Dep. im engeren Sinne [12]. Zeitlich gesehen, ist das hier in Rede stehende Subjekt deshalb gegenwärtig, weil es nur gleichzeitig und zusammen mit dem ak-

tuellen Dasein ist. Zum Unterschied von dem Gegenwärtigsein des Subjekts ist die sog. Ich-Identität, die hinsichtlich Name, Alter, Beruf usw. verbal definierbar ist, jeweils schon festgelegt. Sonst könnte sie der Identifizierung einer betreffenden Person nicht dienen. Die intakt bleibende Ich-Identität hilft dem Depersonalisierten gar nicht, seiner autopsychischen Entfremdung zu entkommen. Der Gegenwartsbezug des Subjekts findet sich auch darin, dass es der Leib ist, der nirgends als im Jetzt existieren kann. Somit kann die Dep. u. U. das Subjekt als das Leib-sein betreffen.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Dep. ohne Eintritt in einen Bezirk des Allgemeinen vermittelt der „Repräsentation“ nicht zustande kommen kann. Da der Bezug zu dem Dasein nur in der „Präsenz“ möglich ist, handelt es sich bei der Dep. – gleich wie beim Zwang [15] – um eine Alteration des Gegenwartsbezugs.

## Korrespondierender Autor

**Dr. K. Oka**

Momijiyaoka Krankenhaus  
Araki 3374, Fukuchiyamashi, 620-0879 Kyoto, Japan  
momijiya@mxn.nkansai.ne.jp

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

## Literatur

1. American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
2. Cassirer E (1929) Die Philosophie der symbolischen Formen. Bruno Cassirer, Berlin
3. Gelb A (1969) Zur medizinischen Psychologie und philosophischen Anthropologie (1937). Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
4. Gelb A, Goldstein K (1925) Über Farbensamenamen. Psychol Forsch 6:127–186
5. Goldstein K (1924) Das Wesen der amnestischen Aphasie. Schweiz Arch Neur Psychiatr 11:163–175
6. Goldstein K (1946) On naming and pseudonaming. Word 2:1–7
7. Goldstein K, Scheerer M (1941) Abstract and concrete behavior. Amer Psychol Ass INC
8. Haug K (1939) Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. In: Bumke O (Hrsg.) Handbuch der Geisteskrankheiten, Ergänzungsband 1. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 134–204
9. Hegel GWF (1987) Phänomenologie des Geistes (1807). Reclam, Stuttgart
10. Janet P (1919) Les Obsessions et La Psychasthénie. Félix Alcan, Paris

<sup>5</sup> Dieses Zitat hat in seiner Quelle nichts mit der Dep., sondern mit der traditionellen Empfindungslehre zu tun.

11. Mayer-Gross W (1935) On depersonalisation. Brit J Med Psychol 15:103–123
12. Meyer JE (1957) Studien zur Depersonalisation. Psychiatr Neurol 133:63–79
13. Meyer JE (1959) Die Entfremdungserlebnisse. Thieme, Stuttgart
14. Minkowski E (1997) La schizophrénie (1927). Éditions Payot & Rivages, Paris
15. Oka K (2004) Ein Beitrag zur Psychopathologie des Zwangs. Nervenarzt 75:58–62
16. Putnam FW (1989) Pierre Janet and modern views of dissociation. J Trauma Stress 2:413–429
17. Schilder P (1914) Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein. Springer, Berlin Heidelberg New York
18. Sierra M, Berrios GE (1998) Depersonalization: neurobiological perspectives. Biol Psychiatry 44: 898–908
19. Störing E (1933) Die Depersonalisation. Arch Psychiatry 98:462–545
20. Straus E (1956) Vom Sinn der Sinne. Springer, Berlin Heidelberg New York
21. Straus E (1960) Der Mensch als ein fragendes Wesen (1953). In: Psychologie der menschlichen Welt. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 316–334
22. Tani T (1998) The physis of consciousness (auf japanisch). Keiso Shobo, Tokyo
23. van der Kolk BA, van der Hart O (1989) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry 146:1530–1540
24. Wittgenstein L (1984) Philosophische Untersuchungen (1952). In: Ludwig Wittgenstein Werkausgabe, Bd I. Suhrkamp, Frankfurt a. Main

### Neue Berufsperspektiven im Gesundheitswesen

#### Das Kontaktstudium Gesundheitsmanagement bietet Qualifizierung im Healthcare Management und Masterabschluss an der Universität Heidelberg

Sinkende finanzielle Mittel bei gleichzeitig steigendem Bedarf in der medizinischen Versorgung erzeugen einen zunehmenden Kostendruck in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Neben medizinischem Wissen sind deshalb Managementkenntnisse im Healthcare-Bereich sehr gefragt und eröffnen neue Berufsperspektiven.

Die Universität Heidelberg – Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung bietet Ärztinnen und Ärzten sowie Akademikern im Gesundheitswesen mit dem „Kontaktstudium Gesundheitsmanagement“ eine fundierte Weiterbildung an. Das Programm im Überblick:

- 1 Jahr berufsbegleitender Unterricht mit 600 Unterrichtsstunden bestehend aus den drei großen Unterrichtsblöcken Betriebswirtschaftslehre, Volkswirtschaftslehre und Rechtswissenschaft sowie einem Managementseminar mit Fallstudien und einem Krankenhausplanspiel. Alle Disziplinen sind auf die spezifischen wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen im Gesundheitswesen zugeschnitten.
- Studienleitung: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Peter Eichhorn (Universität Mannheim, Lehrstuhl für Allgemeine BWL, Public und Nonprofit Management, Forschungsbereich Healthcare Management) und Prof. Dr. med. Uwe Bleyl (Rektoratsbeauftragter für den Kontaktstudiengang Gesundheitsmanagement an der Universität Heidelberg).
- Unterricht durch Dozenten der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Referenten aus Universitätskliniken, Vertreter ärztlicher Organisationen sowie Praktiker aus der Unternehmensberatung.
- Zertifikat der Universität Heidelberg und bis zu 400 Fortbildungspunkte der Ärztekammer, Abschluss zum „Master of Science in Healthcare Management“ im Anschluss an das Kontaktstudium möglich.

Die Weiterbildung beginnt am 4. Oktober 2006 und eignet sich hervorragend zur Personalentwicklung und zur Qualifizierung von Führungskräften.

Weitere Informationen:

Universität Heidelberg – Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung,  
Petra Nellen, Bergheimer Str. 58, Geb. 43 11,  
69115 Heidelberg  
Tel.: 06221/54-78 18  
Fax: 06221/54-78 19  
E-Mail: [afw@uni-hd.de](mailto:afw@uni-hd.de)  
Internet: [www.akademie-fuer-weiterbildung.de](http://www.akademie-fuer-weiterbildung.de)

*Quelle: Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung, Universität Heidelberg*