

Bewußtseinstrübungen bei Dementia praecox.

Von
Dr. W. Medow.

(Aus der psych. u. Nervenlinik Rostock-Gehlsheim
[Direktor: Prof. Dr. Rosenfeld].)

(Eingegangen am 11. Oktober 1922.)

Als Bewußtsein bezeichnet man die innere Wahrnehmung von Vorstellungen, Gedanken und Gefühlen. Bewußtseinsstörungen sind also nicht Störungen von Vorstellungen, Gedanken und Gefühlen, sondern solche dieser inneren Wahrnehmung. Bewußtseinstrübungen haben im allgemeinen als Kennzeichen organischer Geisteskrankheiten gegolten und sie werden vom Charakter schläfriger Dämrigkeit, aber auch von dem einer delirösen Überhelligkeit in der Regel bei den verschiedenen Arten anerkannter exogener Erkrankungen gefunden. Sie beherrschen in den Delirien und den organischen Dämmerzuständen das Krankheitsbild und geben in den symptomatischen Psychosen das wichtigste Merkmal ab. Scheint somit das Symptom der Bewußtseinstrübung in erfreulicher Weise klärend zu wirken, so erwächst eine bedeutende Schwierigkeit in erster Linie aus der Tatsache, daß es eine messende Methode für die Feststellung derselben nicht gibt. Es begründet sich dieses darin, daß das Bewußtsein eine subjektive Größe ist, die nicht objektiv in Erscheinung tritt und nicht direkt wahrgenommen werden kann. Als ein allgemeiner cerebraler Zustand werden ihre Störungen auch solche der greifbareren psychischen Teilzustände, die Ebbinghaus die Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins nennt, nach sich ziehen und somit nach außen wirksam werden. Hingegen lassen Störungen der letzteren keinen unmittelbaren Rückschluß auf den Bewußtseinszustand zu. Jaspers hat zwar als greifbare Kennzeichen der Besonnenheit, d. h. der gesunden Bewußtseinsklarheit, die Orientiertheit und die Fähigkeit, sich auf Fragen zu besinnen und sich etwas zu merken, angeführt, doch beziehen sich diese Feststellungen nicht auf das Bewußtsein selbst, sondern auf die nachgeordnete, nach außen wirksam werdende Bewußtseinstätigkeit. Fehlleistungen des Orientierungsvermögens, der Auffassung, der Merkfähigkeit werden nur auf dem Wege des indirekten Rückschlusses auf Bewußtseinsstörungen bezogen werden können. Der Rückschluß wird erleichtert, wenn wir überzeugt sein werden, daß nach Art des Eindruckes eine Bewußt-

seinsstörung vorliegt oder die Art des Krankheitsvorganges eine solche erwarten läßt. Derselbe verlangt den Ausschluß primärer, isolierter Störungen der Tätigkeitsäußerung des Bewußtseins, ebensowohl wie den von sekundären Einwirkungen anders gearteter psychischer Krankheitsvorgänge; beides wird aber aus praktischen Gründen oft nur mit Schwierigkeiten festgestellt werden können. Wenn auch eine Untersuchung der Orientiertheit, der Auffassungsfähigkeit, der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeit, über deren diagnostischen Wert zur Erkennung von Bewußtseinstrübungen im einzelnen später gesprochen werden soll, hilfsweise herangezogen werden muß, so bleibt das entscheidende Urteil über die Bewußtseinsklarheit selbst doch dem Eindruck des Beobachters überlassen. Die Mängel der subjektiven Auffassung müssen bei dieser Lage auch in den Resultaten der Bewußtseinsprüfung wiederkehren. Aus allem ergibt sich die Schwierigkeit, mit der eine genaue Feststellung des Bewußtseinszustandes zu rechnen hat.

Gleichwohl ist im praktischen Falle die Erkennung einer vollentwickelten Bewußtseinstrübung vom Charakter der Dämmerigkeit keine schwierige. Erheblich unsicherer wird jedoch das Urteil, wenn niedere Grade von Bewußtseinstrübung vorliegen, wenn die Bewußtseinstrübung nicht im Gewande der Schläfrigkeit, sondern in jenem der delirösen Erregtheit und der traumartigen Lebendigkeit auftritt und wenn anders geartete, von einer anderen Seite des Seelenlebens angreifende, aber ähnlich auf die Denkvorgänge wirkende Erscheinungen hinzutreten. Es sei hier angedeutet, daß es sich bei einer derartigen Erregtheit und der hyperluziden Veränderung der Bewußtseinstätigkeit nur um eine scheinbare, nicht um eine wirkliche Vermehrung der Bewußtseinsshelligkeit handeln kann, ähnlich wie bei dem manischen Ideenfluß die Förderung der Assoziationsleistungen nur eine scheinbare ist. Ähnlich wird es sich auch bei den mit der Hyperluzidität einhergehenden analogen Erregungen auf dem Gebiete der Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins (Auffassung, Aufmerksamkeit) handeln. Wenn man entsprechende, mit Erregungen oder einer Mischung aus Erregung und Lähmung der Bewußtseinstätigkeit einhergehende Krankheitsfälle überblickt, wird man sich der Schwierigkeit der Beurteilung bewußt werden und sich gestehen müssen, daß für den Untersucher bisweilen mehr die Kenntnis über ein vorliegendes oder fehlendes organisches Grundleiden als die sichere Feststellung und genaue Zergliederung des Bewußtseinszustandes die praktische Entscheidung abgeben wird. Man wird sich leicht von der bisherigen, etwas dogmatischen Auffassung von der Beschränkung der Bewußtseinstrübung auf die engere organische Krankheitsgruppe unbewußt leiten lassen und die feineren, schwerer zu erklärenden Erscheinungen in den Bewußtseinszuständen, der bisher als endogen geltenden Krankheitsbilder mißdeuten.

Wie hiermit schon angedeutet, gesellt sich zu der eingangs geschilderten Schwierigkeit, die in der Erfassung der Bewußtseinstrübungen beruht, noch die weitere, daß der bisher ziemlich scharf begrenzte Geltungsbereich der Bewußtseinstrübungen, der auch ihre Kenntnis zunächst erleichterte, bei genauer Prüfung doch eine erhebliche Erweiterung erfahren muß. Wie allgemein wird die Vertiefung der Kenntnisse auch die Schwierigkeiten vermehren, denen erst die Zurückführung auf einheitliche Linien Einhalt tun kann. Die folgenden Untersuchungen werden sich insbesondere mit der Frage beschäftigen, ob die bisher gezogenen Grenzen zwischen organischen und nicht organischen Psychosen in ihrer bisherigen Auffassung zu Recht bestehen und ob die Feststellung einer Bewußtseinstrübung den Ausschlag für eine Zuteilung zur exogenen oder endogenen Krankheitsgruppe abgeben kann. Es wird sich die Frage erheben, ob nicht die Besonderheit endogener Krankheitsgruppen, von denen ich speziell die Dementia praecox ins Auge gefaßt habe, sich aus einer feineren, nur gelegentlich den Grad greifbarer Bewußtseinstrübung erreichenden Schädigung des Bewußtseins erklärt, die dem Funktionellen Spielraum zur ins Auge fallenden Entfaltung beläßt.

Die Frage der Bewußtseinstrübung bei der Amentia, dem Bindeglied zwischen exogenem und endogenem Krankheitstyp, hat wie diese selbst seit Meynert eine wesentliche Wandlung erfahren. Meynert hat das grundlegende Symptom der gedanklichen Verwirrtheit durch Assoziationsmangel und nicht durch Bewußtseinstrübung erklärt. Er sagt: „Mit Mangel des Bewußtseins ist die Verworrenheit nicht zu verwechseln. Der Verwirrte hat die Wahrnehmungen, aber er versteht sie nicht. Wenn die Wahrnehmungen fehlen oder herabgesetzt sind, so liegt nicht Verwirrtheit, sondern Betäubung vor. Solche kann irgend einmal die Verwirrtheit komplizieren, gehört ihr jedoch nicht wesentlich an.“ Seitdem hat das Krankheitsbild der Amentia eine Einengung und Verschiebung erfahren. Gegenwärtig wird sie als selbstständiges Krankheitsbild für eine Gruppe symptomatischer Psychosen vorbehalten, die den Infektionsdelirien nahestehen. Gleichzeitig hiermit ist die Bewußtseinstrübung gerade zu einem wesentlichen Symptom des Krankheitsbildes erhoben worden. Nach Kraepelin ist die Amentia hauptsächlich durch das Auftreten einer leichteren oder tieferen Bewußtseinstrübung mit mannigfaltigen Reizerscheinungen auf sensorischen oder motorischen Gebieten gekennzeichnet. Die Verworrenheit ist eine traumhafte. Er mißt der Bewußtseinstrübung eine Besonderheit bei, insofern als Aufmerksamkeit und das elementare Auffassungsvermögen erhalten bleiben und der Mangel assoziativer Verknüpfung und die Schwere der Denkstörung viel mehr im Vordergrund stehen. In letzterem findet ohne Zweifel eine erhebliche Annäherung

an den Meynertschen Standpunkt statt. — Es ist jedoch zweifelhaft, ob ein solcher Standpunkt theoretisch haltbar ist, da Bewußtseinsstörungen eine Störung der Bewußtseinstätigkeit nach sich ziehen müssen; immerhin könnte an gewisse graduelle Besonderheiten gedacht werden. Wieg-Wickenthal hält den Bewußtseinszustand der Amentia für einen traumhaft getrüben und deliriösen. Einen ähnlichen Standpunkt nimmt Bleuler ein, ohne der von Kraepelin gefundenen Wahrnehmungshelligkeit eine charakteristische Bedeutung beizumessen. Andere Autoren dürften zu dem Krankheitsbilde der Amentia eine abweichende Stellung einnehmen. Räcke führt unter den Grundsymptomen nicht die Bewußtseinsstörung, hingegen den Zerfall der Assoziationen, die Schwäche der Apperzeption und das Auftreten zahlreicher Phantasmen an, wobei in der Apperzeptionsstörung wohl die Tatsache der Bewußtseinsstörung angedeutet ist. Kleist faßt die Amentia als Symptom auf und kennzeichnet sie kurz als Verwirrtheit durch Inkohärenz. Die Loslösung des Amentia-Begriffes von der sonst üblichen Verknüpfung mit dem organischen Krankheitsprozesse hat in diesem Falle auch den Fortfall der Bewußtseinsstörung nach sich gezogen. Als Syndrom erlangt hiermit die Amentia eine umfassendere Verwendbarkeit und verbreitert sich wieder auf das weite Gebiet des Meynertschen Krankheitsbegriffes. Für jene Autoren, die die Amentia auf eine Gruppe von Krankheitsbildern mit organischen Krankheitsgrundlagen beschränkt haben, ist es verlockend gewesen, gerade in der Bewußtseinsstörung ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber anderen Krankheitsbildern zu sehen, bei denen organische Symptome weniger augenfällig oder nur episodisch und in besonders gearteten Fällen hervortreten; es sind dieses namentlich zur Krankheitsgruppe der Schizophrenie gehörige Krankheitsbilder. Insbesondere hat Wieg-Wickenthal geglaubt, hier einen scharfen Trennungsstrich ziehen zu können. Einesteils behauptet er, daß bei den mit akuter Verwirrtheit beginnenden Bildern der Dementia praecox primäre Verwirrtheit und primäre Assoziationsstörungen im Gegensatz zur Amentia fehlen; die Assoziationsstörungen würden hier vielmehr sekundär durch Mangel der „treibenden Faktoren für eine geordnete Bewußtseinstätigkeit (Wille, Aufmerksamkeit)“ hervorgerufen. Niemals mache die Verwirrtheit den Eindruck der schweren primären Assoziationsstörung mit sekundärer Ratlosigkeit. Die Auffassung sei bei diesen Verwirrten nur ganz geringfügig oder gar nicht gestört. Hierzu sei darauf aufmerksam gemacht, daß Kraepelin gerade umgekehrt die elementare Auffassung bei der Amentia ungestört sieht. Ferner spricht Wieg-Wickenthal den verworrenen Bildern der Dementia praecox die Bewußtseinsstörung und die Auffassungsstörung, die er als die wesentlichsten Merkmale der Amentia bezeichnet, gänzlich ab. Immer-

hin gibt er für seltene Fälle der Dementia praecox, namentlich unter der Einwirkung erschöpfender Ursachen, wozu er auch das Wochenbett rechnet, wenigstens eine primäre Inkohärenz, allerdings verknüpft mit Willens- und Aufmerksamkeitsstörung und Erregungszuständen zu, in welchen Fällen dann eine Unterscheidung unmöglich sei. Dem Fehlen oder Bestehen von Aufmerksamkeitsstörung will er keine trennende Bedeutung beimessen. Einen beweglicheren Standpunkt vertritt Bleuler, der in der besonderen Art der Bewußtseinstätigkeit, namentlich auch der Auffassung keinen entscheidenden Unterschied erblickt. Er bezeichnet zwar auch den Bewußtseinszustand bei der Amentia als einen traumhaft getrübteten, doch legt er bei der Trennung das Hauptgewicht in das Fehlen oder Bestehen schizophrener Zeichen. Einen auffallenden Standpunkt nimmt Trömmner ein, indem er der Amentia gerade eine gewisse Besonnenheit zuerkennt, aber als Unterscheidungsmerkmal die bei Hebephrenie selten zu beobachtende Desorientierung und Ratlosigkeit anführt. Das Zusammentreffen von Besonnenheit mit Desorientierung und Ratlosigkeit muß aber als eine besonders komplizierte Kombination bezeichnet werden, die bei Trömmner keine Erklärung findet. Gäbe es scharf getrennte Zustandbilder, so wäre nach dem Gesagten im allgemeinen zu erwarten, daß bei Amentia keine schizophrenen Erscheinungen, insbesondere weder Willensstörung noch Negativismus, bei ähnlich gearteten Zuständen der Schizophrenie dagegen keine Bewußtseinstörung und keine primäre Assoziationsstörung auftreten dürften. Diesen Standpunkt vertritt im allgemeinen Kraepelin, indem er sagt: „Für die Unterscheidung der Infektionsdelirien ist die schwere Benommenheit gegenüber der Besonnenheit katatonen Kranker zu beachten, ferner das Fehlen des Negativismus und triebartiger Stereotypie.“ An anderer Stelle mißt er der Amentia andauernde Ratlosigkeit und Verworrenheit bei erhaltener Aufmerksamkeit, der Katatonie, auch in der stärksten Erregung, Verständnis der Umgebung, richtige Zeitrechnung und gutes Gedächtnis der letzten Zeit bei. Im folgenden wird sich die Frage ergeben, ob diese Annahmen den wirklichen Verhältnissen voll gerecht werden und ob es wirklich gestattet ist, nach diesen Gesichtspunkten scharfe Trennungsstriche zu ziehen. Es ist mit der Frage der Bewußtseinstörung in der Dementia praecox auch jene nach der Art des zugrunde liegenden Prozesses und nach der Eingruppierung zu den exogenen oder endogenen Verlaufstypen verknüpft.

Alle diese Fragen haben schon bei Bonhöffer in seiner Arbeit über die Infektionspsychosen eine eingehende Beantwortung gefunden. In der Tat gibt es nach ihm keine scharfen Trennungslinien zwischen den Ausläufern beider Krankheitsgruppen. Er sagt: „Die Differenzierung beider Krankheiten nach dem Zustandsbilde ist keineswegs ein-

fach, vielleicht nicht möglich. Die echte Katatonie kann ganz ähnlich schwere Bilder erzeugen, sogar die neurologischen Begleitsymptome können übereinstimmen.“ Katatonische Symptome und Benommenheit sind keine Unterscheidungsmerkmale, denn „es gibt tatsächlich kein einziges katatonisches Symptom, das sich nicht auch bei Infektionspsychosen fände, ausgesprochener Negativismus ist sogar eine häufige Erscheinung bei Infektionspsychosen. Benommenheit kann in beiden Fällen ausgesprochen sein. Sie kann in den schweren Katatonie-Fällen durchaus den Charakter der Betäubung haben.“

Es bleibt zu erörtern, welche Stellung die Autoren zur Frage des Bewußtseinszustandes bei der *Dementia praecox* und deren Unterformen einnehmen.

Zunächst wird von den meisten Autoren die große Vielgestaltigkeit der Bilder, die fast alle denkbaren Verlaufsformen annehmen können, hervorgehoben. Von allen diesen Formen sind es insbesondere die akut einsetzenden Bilder, die katatonen und inkohärenten Formen und die Stupor-Zustände, bei denen die Frage des Bewußtseinszustandes am meisten erörtert worden ist. Bleuler hebt die Unklarheit des Bewußtseinsbegriffes hervor. Aus praktischen Gründen nimmt er Folgendes als Kennzeichen einer Bewußtseinstrübung an: „Störung der Zusammensetzung der Sinneseindrücke zu einem Ort- und Zeitbild (örtliche und zeitliche Desorientierung), Alteration der Empfindung und Wahrnehmung (Auffassungsschwäche). Die Sinnesreize werden zum Teil nicht erfaßt und illusionär umgedeutet; dafür schafft sich die Psyche von innen heraus eine eigene Welt, die nach außen verlegt wird, und man redet dann von Dämmerzuständen.“

Besonders tief leuchtet Wernicke in die krankhaften Bewußtseinsvorgänge hinein an einer Stelle, wo er über das Entstehen von Wahnbildungen aus Bewußtseinsstörungen spricht. Nach ihm sind die Bewußtseinstrübungen nicht als etwas Einheitliches und unbedingt Kontinuierliches anzusehen. Anschließend an einen Krankheitsfall, der wohl in die Gruppe der paranoiden Erkrankungen gehört, zeigt er auch auf diesem Gebiete die eigenartigsten Teilstörungen und den flüchtigsten Wechsel der Zustände. Er findet bei ihm momentweise traumhafte Abgelenktheit durch innere Vorgänge, die er mit deliranten Zuständen vergleicht, denen er eine traumhafte Trübung des Bewußtseins zuerkennt. Diese Zustände könnten sich in ununterbrochenem Wechsel der Bewußtseinszustände in einen Grundzustand von Luzidität mit guter Fixierbarkeit und wohlhaltener Merkfähigkeit einschieben. Sie ähnelten den physiologischen Zuständen der sogenannten Fassungslosigkeit. Jedenfalls ist es unrichtig, anzunehmen, daß kontinuierliche Bewußtseinstrübungen nur bei den als organisch geltenden Gehirnerkrankungen, flüchtiger Wechsel der Luzidität demgegen-

über bei besonderen Arten endogener Psychosen vorkommen. Die wirklichen Verhältnisse dürften so liegen, daß nur bei den hohen Graden von Bewußtseinstörungen, die zu einer völligen Lähmung des Bewußtseins führen, ohne irgendwelche Rücksicht auf die qualitative Art des Vorganges die kontinuierliche Tiefe der Somnolenz oder des Komas erreicht wird und daß diese Tiefe in der Regel nur bei schweren organischen Prozessen auftritt. Bei allen geringeren Graden von Bewußtseinstörungen ist die Luzidität ständigen, verschieden schnell ablaufenden Schwankungen unterworfen, gleichgültig ob sie bei einer als exogen oder als endogen geltenden Krankheitsform auftritt. Ich erinnere an die überraschenden Wechsel der Bewußtseinshelligkeit im Alkohol- und vielen Fieberdelirien. Bezüglich der Amentia sagt Kraepelin: „Nicht selten kommt es schon im Beginn der Krankheit zu kurzen, ganz tiefen Nachlässen, in denen für Stunden und selbst Tage vollständige Klarheit, Einsicht und Schwinden der Täuschungen beobachtet wurde.“ Bekannt ist die Sprunghaftigkeit der Bewußtseinsvorgänge in den hierher gehörenden Krankheitsbildern der Dementia praecox. Es würde also verfehlt sein, diese Art der Bewußtseinschwankungen auf die schizophrene Bewußtseinsstörung beschränken zu wollen. Es gibt andererseits auch hier, wie ich im folgenden werde zeigen können, in das Kapitel der Bewußtseinstörung zu rechnende Bewußtseinsveränderungen, die einen sehr langen Zeitraum einnehmen. Es erscheint mir notwendig hervorzuheben, daß neben der Schwere des Prozesses auch dessen Plötzlichkeit dahin wirksam ist, in uns den Eindruck der Bewußtseinstörung zu erzeugen. Ein schnell einsetzender Dämmerzustand scheint uns viel mehr Benommenheit zu zeigen als ein paralytischer Endzustand mit hochgradigstem Bewußtseinsmangel. Diejenige Art und Stärke der Bewußtseinsveränderung, die wir als Trübung bezeichnen, wird deshalb besonders in den akuten Phasen von Psychosen vermerkt. Es ist auch zu bemerken, daß die Schläfrigkeit und Dämmrigkeit wohl ein häufiges, leicht erkennbares Zeichen von Bewußtseinstörung darstellt, daß es aber ein erheblicher Fehler wäre, ihn als alleinigen Maßstab zu nehmen. In vielen Zuständen veränderter Bewußtseinsluzidität, in Dämmerzuständen, im deliriösen Traumzustand, vor allem bei den mit Hyperluzidität einhergehenden Prozessen läßt uns dieses Merkmal im Stich.

Fast ebenso schwer wie der Begriff des Bewußtseins ist der in der Psychiatrie so wichtige Begriff des Stupors einer Klärung näher zu bringen. Kraepelin sucht die Schwierigkeit von der praktischen Seite zu lösen, indem er in praktischer Beschränkung einen melancholischen und einen katatonischen Stupor unterscheidet und den einen auf Affekthemmung und den andern auf Willensstörung zurückführt. Es kann hiermit jedoch die Fülle der Erscheinungen, schon allein bei den Stupor-

formen der Dementia praecox, nicht erschöpft sein. Bleuler faßt den Stupor nicht als ein einheitliches Syndrom auf, sondern als eine äußere Erscheinungsform verschiedener Zustände. Ziehen unterscheidet von der Denkhemmung der Melancholie die Stupidität, als deren Hauptsymptom er die Hemmung der Ideenassoziation benennt, an die sich motorische Hemmung und Apathie anreihen. Für die schweren Fälle führt er Traumhaftigkeit, Ratlosigkeit, Unaufmerksamkeit und Mangel an Apperzeption an. Wenn ich die Summe der zirkulären, katatonischen, hysterischen und symptomatischen Stuporen überblicke, so scheinen sich mir in der Tat zwei Hauptgruppen herauszuschälen, je nachdem es sich um Affekt- und Willensstörungen handelt oder hingegen Denkstörungen vorliegen, die letzten Endes mit mehr oder weniger hochgradigen Bewußtseinsveränderungen und Bewußtseinstrübungen verknüpft sind. Letztere Arten möchte ich für die katatonischen und symptomatischen Stuporen als die ganz vorwiegenden bezeichnen. Bezüglich des Bewußtseinszustandes im Stupor sagt Bleuler an einer Stelle: „Unter Benommenheit verstehen wir verschiedene Zustände eingengten, unklaren, langsam ablaufenden Denkens, bei denen Reizsymptome fehlen oder doch zurücktreten. Ein Teil dieser Bilder kann natürlich ebensowohl Stupor genannt werden.“ Es sind dieses also solche Benommenheitszustände, bei denen infolge der Tiefe der Lähmung oder Ausdehnung und Lokalisation des Prozesses es zu einem Ausfall der Zielvorstellungen und Bewegungsantriebe kommt. Bleuler findet bei der Dementia praecox Zustände von Benommenheit mit und ohne Lähmung der Zielvorstellungen und Bewegungsantriebe. Einen breiten Raum nehmen bei ihm in der Dementia praecox die Dämmerzustände ein, die er als traumartig bezeichnet. Wenn er auch geneigt ist, in ihrer äußeren Gestaltung mehr etwas Sekundäres, eine rein psychische Reaktion zu sehen, so muß doch wohl auch ihnen eine primäre Veränderung der Bewußtseinslage und der Bewußtseinsklarheit zugrunde liegen. Demgegenüber schildert Bleuler auch schwerere Bewußtseinstrübungen bei der Dementia praecox, er sagt: „Es gibt eine Form von Benommenheit, die einen organischen Charakter hat. Die Kranken dämmern unklar herum, lassen sich durch psychische Einflüsse nicht wecken, trotzdem man mit ihnen intellektuellen Rapport hat und diese sich oft alle Mühe geben, unsere Fragen zu beantworten. Der Gedankengang ist langsam, unklar, kurz. Schon bei einfachen Rechnungen versagen die Leute, im Schreiben machen sie ungewollte orthographische und grammatische Fehler; dabei können Orientierungsstörungen fehlen, auch die Affektivität kann relativ gut erhalten sein.“ Wenn er dann anfügt: „Dennoch lassen sich diese Zustände oft schwer von einer psychogenen Form von Benommenheit abgrenzen,“ so muß man sich vergegenwärtigen, daß Bleuler eine besondere Auffassung des Psycho-

genen hat, die weit in das sonst als organisch angesehene Gebiet hineinreicht.

Nach Kraepelin ist das Bewußtsein bei den katatonischen Kranken, namentlich während der Entwicklung und auf der Höhe der akuten Störungen, meist etwas getrübt, bisweilen sogar recht erheblich. An anderer Stelle meint er, die Bewußtseinstörung in den Erregungs- und Stuporzuständen sei meist weniger hochgradig, als es auf den ersten Blick scheine.

Bleuler findet Bewußtseinsstörungen nicht allein in den akuten Phasen der Dementia praecox, sondern er sah dieselben sich sogar Jahrzehnte hinziehen.

Die abweichende Stellung Wieg-Wickenthals, wonach er bei schizophrener akuter Verworrenheit Bewußtseinstörung ausschließt, scheint mir einestheils in der Subjektivität der Erfassung von dämmerigen und erregten Bewußtseinstörungen sowie in der Flüchtigkeit und dem Wechsel dieser Erscheinungen zu liegen, andererseits dürfte ihn die Einschränkung auf gewisse Formen zu diesem Urteil veranlaßt haben, während ihm die Einbeziehung anderer Verlaufsarten mit stuporösem und katatonem Einschlag wohl den Fingerzeig zu einer anderen Auffassung gegeben hätte.

Nächst dem allgemeinen Bewußtseinszustande sind zu einer Beurteilung auch die Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins, die Aufmerksamkeit, die Auffassungstätigkeit, die Merkfähigkeit und das Orientierungsvermögen einer Prüfung zu unterziehen. Schwierig ist es zu entscheiden, in welcher Beziehung dieselben und deren Störungen zu dem eigentlichen Bewußtsein stehen. Vielleicht können die verschiedenen Arten der Bewußtseinstörungen, Dämmerigkeit, Unbesinnlichkeit, Hyperluzidität als allgemeine diffuse Veränderungen des Bewußtseins aufgefaßt werden. Faßt man nach Ebbinghaus das Bewußtsein als ein „sehr umfangreiches, zusammenhängendes, einheitliches System“ der psychischen Vorgänge auf, so müssen solche Störungen, die es insgesamt verändern, auch als insgesamt-angreifend gedacht werden. Bei den Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins handelt es sich hingegen um genauer definierte Teilzustände von beschränktem Tätigkeitsbereich. Störungen auf diesen Teilgebieten brauchen nicht den Bewußtseinszustand insgesamt erheblich zu verändern, so daß der Eindruck der Luzidität mehr oder minder erhalten bleibt. Dabei wäre es denkbar, daß die Beziehung dieser Teilzustände zum Gesamtzustand des Bewußtseins eine verschieden innige und bedeutungsvolle wäre und deren Störungen im einzelnen auch einen ungleich wertvollen Fingerzeig für die etwa nebenher gehende Bewußtseinstörung abgeben würden. Es wird uns hier aber weniger die rein wissenschaftliche, einer Klärung schwer zugängliche Beziehung dieser Erscheinungen

interessieren, als vielmehr die durch Krankheitsvorgänge verursachte praktische Verknüpfung bestimmter Bewußtseinsstörungen mit bestimmten Veränderungen in ihren Tätigkeitsäußerungen. So verlockend eine Erörterung dieser Fragen ist, so stellen einer solchen jedoch im Falle psychischer Erkrankungen die Fülle der Veränderungen, die in den akuten Stadien zu einer mehr oder minder völligen Desorganisation des psychischen Gesamtgeschehens führt, das Ineinandergreifen und die Abhängigkeitsverhältnisse der einzelnen psychischen Elemente und mancherlei Nebenumstände, die dem Untersucher oft schon an der Schwelle der Psyche Halt gebieten, die größten Schwierigkeiten entgegen. Es wird daher nur möglich sein, in groben Umrissen und bedauerlicher Unvollkommenheit einige praktische Fingerzeige zu gewinnen.

Von allen Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins scheint die Auffassung (Wahrnehmung, Apperzeption im Herbartschen Sinne) am unmittelbarsten den Bewußtseinszustand auszudrücken und am wenigsten anderweitigen Einflüssen unterworfen zu sein. Indem ich bei den von mir untersuchten Krankheitsfällen die Bewußtseinstrübungen und die Entäußerungsveränderungen in Form eines Diagramms aufzeichnete, fand ich, daß Bewußtseinsstörung und Auffassungsstörung einander immer kongruent waren, daß die Auffassung alle Schwankungen der Luzidität mitmachte in Gestalt von Erschwerung oder Erleichterung der Auffassung. Diese Erscheinungen dürften Berührungspunkte haben zur Kraepelinschen Aufmerksamkeitsfesselung, zur Hyperprosexie und zur Wernickeschen Hypermetamorphose. Wenn es nur möglich war, eine Gewißheit über eine primäre Auffassungsstörung zu erlangen, so fand sich bei einer Auffassungshemmung auch immer eine Bewußtseinstrübung oder es bestand die Verknüpfung von Hyperluzidität und Wahrnehmungserregung. Fehlte eine Bewußtseinstrübung, so erwies sich auch das Auffassungsvermögen immer als intakt. Es erscheint mir daher, daß Auffassungsstörungen, soweit sie primär bedingt sind, am ehesten einen Rückschluß auf den Bewußtseinszustand gestatten; da dieselben bis zu einem gewissen Grade einer objektiven Feststellung zugänglich sind, so wäre dadurch eine exaktere Feststellung der Bewußtseinsluzidität ermöglicht. Ist der Untersucher über den Bewußtseinsumfang (Vorstellungsschatz) unterrichtet, vermag er somit eine Demenz auszuschließen, so obliegt ihm nur, festzustellen, ob der Untersuchte sich willensgemäß zur Auffassung einstellt. Es kann durch organische Vorgänge der perzeptive Anteil gestört sein, es können durch Besonderheiten des Vorstellungsschatzes einzelne Wahrnehmungen unverständlich bleiben, es kann auf sekundärem Wege durch Ablenkung des Interesses auf innere und äußere Vorgänge bei affektiven Zuständen und bei dissoziierenden und wahnbildenden

Denkstörungen die spontane Auffassung versagen. In diesen besonderen, im allgemeinen wohlerkennbaren Fällen muß eine Bewußtseinsänderung ausgeschlossen werden. Eine Prüfung der passiven Auffassungsfähigkeit wird in der Regel klarstellen können, ob eine allgemeine primäre Auffassungsstörung vorliegt. Eine solche ist mit Sicherheit auf eine Luziditätsänderung des gesamten Bewußtseinsinhaltes zu beziehen. Kraepelin stellt diese innige Beziehung der Auffassungsstörungen zur Unbesinnlichkeit, zur Benommenheit und Schlafsucht fest und findet sie bei der Ermüdung, den Übergängen zum Schlaf, schweren Erschöpfungszuständen, beim Kollapsdelir, der Amentia, der Intoxikation durch Narkotika, bei Fieber- und Vergiftungsdelirien und epileptischen Dämmerzuständen. Bemerkenswerterweise vermerkt Kraepelin dieselben an dieser Stelle auch bei den verschiedenen Zuständen des manisch-depressiven Irreseins, besonders im depressiven und manischen Stupor, wie in den stärkeren Graden der manischen Erregung, so daß auch hier neben sekundären Affektwirkungen und andersartigen Denkstörungen mit einer primären Bewußtseinsveränderung zu rechnen wäre.

Kraepelin findet auch bei der Dementia praecox auf Grund genauerer Messungen die Zuverlässigkeit der Auffassung entschieden verringert, am stärksten in den akuten Krankheitszuständen und dann wieder in den letzten Abschnitten des Leidens. Ebenso findet Bleuler in den mit Bewußtseinstrübungen einhergehenden Zuständen der Dementia praecox die Auffassung gestört. Es bestehe eine Unmöglichkeit, sich in einigermaßen komplizierten und ungewohnten Verhältnissen zurechtzufinden, wobei der eigentliche Wille zur Auffassung relativ oder ganz erhalten sei, wodurch die primäre Natur der von Bleuler ins Auge gefaßten Veränderungen gekennzeichnet ist. Es zeige sich zunehmendes Versagen vom Leichterem zum Schwereren, es könne sich ein ausgesprochenes Bild der Apraxie, verkehrte Handlungen infolge einer Art Verwirrung einstellen. Die Patienten konnten die nötigen Ideen nicht zusammenbringen. Bei nicht benommenen Kranken hingegen konnte Bleuler keine Auffassungsstörung feststellen. Auffallenderweise behauptet er das letztere auch von delirierenden Kranken, eine Anschauung, die sich jedoch mit den Grundauffassungen über das Wesen des Delirs nicht vereinigen läßt, insbesondere wenn man die durch Hyperluzidität und Auffassungserregung gekennzeichnete Art der Bewußtseinstrübung nicht übersieht. In Übereinstimmung mit seiner Ablehnung von Bewußtseinstrübung bei den inkohärenten Formen der Dementia praecox findet Wieg-Wickenthal die Auffassung nur ganz geringfügig oder gar nicht gestört.

Weit unzuverlässiger scheinen mir die Rückschlüsse zu sein, die aus Aufmerksamkeitsstörungen auf den Bewußtseinszustand gezogen

werden können. Ebenso wie in der Psychologie die schärfere Heraushebung der Aufmerksamkeit aus der Gesamtheit des Bewußtseins ihr eine gewisse Selbständigkeit verleiht, so müssen wir auch in der Psychopathologie erfahrungsgemäß feststellen, daß der Umfang der Aufmerksamkeitsstörungen weit über den Kreis der erkennbaren Bewußtseinsstörungen hinausreicht und daß Aufmerksamkeitsstörungen keineswegs regelmäßig mit erkennbaren Störungen der Luzidität verbunden sind. Man könnte daher zu der Annahme gelangen, daß die Aufmerksamkeit mehr isoliert und unabhängig vom Gesamtbewußtsein betroffen sein kann. Es ist ferner zu beachten, daß die Aufmerksamkeit in besonders hohen Graden noch von anderen psychischen Vorgängen als denen der allgemeinen Bewußtheit, besonders von solchen affektiver Art abhängig ist, so daß gerade in den affektiven Psychosen Aufmerksamkeitsstörungen ohne greifbare Luziditätsveränderungen an der Tagesordnung sind. Die Erscheinungen bei Neurosen und nervösen Erschöpfungszuständen deuten nun darauf hin, daß die Aufmerksamkeit ein besonders feiner Indikator der Psyche ist, der nach außen schon auffällig wird, wenn die Bewußtseinsklarheit noch kaum erkennbar ergriffen ist. Es ist fast selbstverständlich, wenn ich erwähne, daß meine Diagramme dort, wo Bewußtseinsstörungen vorliegen, auch die Aufmerksamkeit stets als schwer gestört anzeigen, daß hingegen Aufmerksamkeitsstörungen auch sehr häufig zu verzeichnen sind in Fällen, die kaum Bewußtseinsstörung erkennen lassen. Da sich diese Diagramme nicht auf affektive, sondern nur auf schizophrene Psychosen beziehen, bei denen sekundäre Einwirkungen außer Negativismus kaum in Frage kommen, so nehme ich an, daß es primäre Aufmerksamkeitsstörungen gibt, ohne daß das Bewußtsein eine erkennbare Veränderung der Klarheit erlitten hat. Diese Selbständigkeit im Rahmen der Bewußtseinsentäußerungen scheint mir jedoch nur eine scheinbare zu sein, indem die Aufmerksamkeit ein objektiv und auch subjektiv besonders leicht sichtbares Reagens darstellt, wohingegen die leichtesten Schwankungen der Bewußtseinsluzidität noch lange Zeit unbeachtet im Verborgenen bleiben. Die Aufmerksamkeitsstörung stellt somit eine erste Stufe von Bewußtseinsstörung dar. Eine ähnliche Ansicht bezüglich der Aufmerksamkeit hat Ewald vertreten. Oppenheim bezeichnet die Zerstreuung und Konzentrationsunfähigkeit als erstes Zeichen der bei Hirntumor beginnenden Bewußtseinsstörung. So ist es zu erklären, daß in Krankheitsfällen von weniger intensiver Schädigung des Bewußtseins oder sehr schleichendem Krankheitsablauf, in denen das Bewußtsein noch klar erscheint und die Bewußtseinstätigkeit wenig betroffen ist, gerade Aufmerksamkeitsdefekte stark in die Augen springen. Ebenso erklärt sich auch, daß trotz der besonders innigen Verknüpfung der Bewußtseinstätigkeit mit der Aufmerksamkeit — be-

zeichnet doch Ebbinghaus die letztere als Veränderungen in der Höhe des Bewußtheitsgrades im Sinne von Klarheits- und Aufdringlichkeitsänderungen — die Störungen der Sperrung, Hemmung, Bestimmbarkeit, Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit keineswegs mit sichtbaren Bewußtseinstörungen verknüpft zu sein brauchen, während sie gleichwohl der Ausdruck einer wenn auch nicht hochgradigen und stürmischen Bewußtseinstörung sind. Von den psychischen Zuständen, die auf die Aufmerksamkeitstätigkeit einwirken, kommen außer den Bewußtseinszuständen vorwiegend der Vorstellungsreichtum, die Willenstätigkeit und die Affektivität in Frage. Es ist dieselbe somit von mehreren Polen aus störenden Einflüssen unterworfen. Hieraus entspringen die großen Schwierigkeiten, aus der Aufmerksamkeit unmittelbare Rückschlüsse auf die Bewußtseinsklarheit zu ziehen; sie wird im allgemeinen nicht als Gradmesser von Bewußtseinsveränderungen verwertet werden können. Ihre Unversehrtheit wird jedoch mit Sicherheit auch eine solche der Bewußtseinslage anzeigen. Sie wird ferner unter vorsichtiger Abwägung aller Begleitumstände und unter Ausschluß sekundärer Einwirkung wegen der Feinheit ihrer Reaktion gerade bei den leichtesten Graden von Bewußtseinsveränderungen nicht vernachlässigt werden dürfen.

Zur Frage der Aufmerksamkeitstätigkeit bei der Dementia praecox ist die Voraussetzung gestattet, daß diejenigen Autoren, die Bewußtseinstörungen bei der Dementia praecox anerkennen, auch primäre, durch die Bewußtseinslage bestimmte Aufmerksamkeitsstörungen zugeben. Für das Gros der schizophrenen Erkrankungen scheint man jedoch größtenteils die primäre Aufmerksamkeit als funktionstüchtig anzusehen. Man ist bestrebt, das Versagen der Aufmerksamkeit auf sekundäre Ursachen, insbesondere krankhafte Affekt- und Willenseinflüsse zu beziehen. Kraepelin hat hierfür den Begriff der Aufmerksamkeitssperrung geprägt und bezeichnet damit eine krankhafte Unterdrückung der an sich funktionstüchtigen Aufmerksamkeit. Als Besonderheit gegenüber dem Verhalten bei organischen Psychosen, in welchen die maximale Aufmerksamkeit die habituelle überwiegt, findet er dieses Verhältnis bei der Dementia praecox umgekehrt liegen. Bleuler findet in der Mehrzahl die Aufmerksamkeit nicht nur ungestört, sondern tätiger als normal. Er sagt, es könne die Aufmerksamkeit sowohl im positiven wie im negativen Sinne alteriert sein. Bei dieser bemerkenswerten Feststellung ist daran zu denken, daß einer solchen wahrscheinlich nicht eine wirkliche Leistungsvermehrung, sondern eine hyperluzidive Veränderung der Bewußtseinstätigkeit zugrunde liegt. Hierauf deutet vielleicht auch die von Kraepelin gefundene Schwäche der maximalen Aufmerksamkeit hin. In anderen Fällen erblickt Bleuler die Ursache der Unaufmerksamkeit in Störungen des Interesses und der

Assoziationen, doch spricht er auch von primären Hemmnissen, die die Intensität der Aufmerksamkeit herabsetzen. Sehr bemerkenswert erscheint mir, daß Wieg-Wickenthal in seinen Fällen die Aufmerksamkeit durchweg schwer gestört und das Symptom krankhafter Zerstreuung vorherrschend fand. Ziehen ist geneigt, bei der Dementia hebephrenica die Unaufmerksamkeit teils als primäre Assoziationsstörung, teils als sekundäre Wirkung der Apathie aufzufassen.

Als Grundlage des Bewußtseins muß die Fähigkeit, Assoziationen zu erwerben, betrachtet werden. Mithin wird die Merkfähigkeit als unauflöslich mit dem Bewußtsein und seinen Tätigkeitsäußerungen verknüpft gedacht werden müssen. Kraepelin sagt: „Die Merkfähigkeit ist im allgemeinen am größten für Eindrücke, die mit möglicher Klarheit aufgefaßt sind. Man beobachtet daher Störungen derselben bei allen ausgeprägteren Bewußtseinsstörungen. Aus den hierdurch entstehenden Erinnerungslücken ist meist ein Rückschluß auf eine stattgehabte Aufhebung des Bewußtseins gestattet. Streng genommen ist die Amnesie der einzige Anhaltspunkt, der mit einiger Sicherheit die Annahme einer vorangegangenen Bewußtlosigkeit gestattet.“ Die Merkfähigkeit kann jedoch auch auf dem Umwege der Auffassung und der Aufmerksamkeit und mithin auch von Affekt- und Willensvorgängen aus beeinträchtigt werden. Ihr Umfang wird ferner durch Umfang und Ablauf der Vorstellungen mitbestimmt. Verblödungen und Denkstörungen vermindern die Merkfähigkeit. Sie erscheint gut bei manischen Kranken bei intakter Wahrnehmung trotz Unaufmerksamkeit. Amnesie bei psychogenen Erkrankungen wird von der Seite der Affektivität hervorgerufen werden, ohne daß primäre Bewußtseinsstörungen oder Auffassungsstörungen vorliegen. Die Erfahrung in der Psychopathologie bestätigt, daß überall dort, wo die Bewußtseinshelligkeit verändert ist, auch die Merkfähigkeit erheblich leidet. Geht man aber vom anderen Ende der Reihe aus, so erschwert eine erhebliche Komplikation einen Rückschluß auf die Bewußtseinslage. Zunächst müssen Verblödzustände und Denkstörungen in Rechnung gestellt werden, es müssen die sekundären Affektwirkungen in den Affektpsychosen ausgeschlossen werden. Ist das geschehen, so wird man zu einer Gruppe von psychopathologischen Zuständen gelangen, in denen die Merkfähigkeit primär gestört ist. Ziehen sagt, der Merkdefekt beruht am häufigsten auf einer organischen angeborenen oder erworbenen Erkrankung der Hirnrinde. Gleichwohl werden wir nicht in all diesen Fällen den Eindruck gewinnen, daß das Bewußtsein erkennbar getrübt sei. Anfangszustände der progressiven Paralyse, der senilen Demenz, die Korsakowsche Psychose gelten dem praktischen Urteil im allgemeinen nicht als bewußtseinsgetrübt, trotzdem hier gerade die Merkschwäche sehr charakteristisch ist; und doch wird man bei genauester

Betrachtung sagen können, daß in allen diesen Fällen die Luzidität in leichtesten und sehr schwankenden Graden verändert ist und daß die ersten Stufen einer Bewußtseinstrübung erreicht sind. Die Merkschwäche ist ebenfalls ein verhältnismäßig feiner Anzeiger der Psyche, der erheblich früher und stärker ins Auge fällt als eine Bewußtseinstrübung, die wenigstens bis zum Grade der Dämmerigkeit schon sehr schwerer und stürmischer Einwirkungen bedarf. Es ist also festzustellen, daß es eine primäre Merkschwäche gibt ohne bereits nachweisbare Bewußtseinstrübung, die aber in feinsten Weise als dem Vorgange zugrunde liegend gedacht werden muß. Steigerung der pathologischen Vorgänge lassen dann neben der Vertiefung der Merkschwäche auch die Bewußtseinsunklarheit erkennen, bis bei höheren Graden von Merkfähigkeitsverlust auch Bewußtseinsumdämmerung eintritt und nach dem Abklingen eine Amnesie hinterbleibt. Lassen sich psychogene Erinnerungsverluste ausschließen, so ist die Amnesie ein sicheres Anzeichen für Bewußtseinstrübungen und wird sie in solchen Fällen, die nach Rückkehr der Besonnenheit eine diesbezügliche Ausforschung gestatten, neben der Auffassungsschwäche in erster Linie zur Erkennung solcher herangezogen werden müssen. Leider wird dieses Erkennungszeichen bei den unheilbaren und nicht zu erheblicher Remission gelangenden Psychosen, zu denen das Gros der Dementia praecox zu rechnen ist, seltener aufgefunden werden können; wo es aber festgestellt werden kann, wird es ein besonders bemerkenswertes Beweismittel für Bewußtseinstrübungen sein. Auch wenn ich hierüber keine direkten Äußerungen vorfinde, ist zu folgern, daß jene Autoren, die Bewußtseinstrübungen bei besonderen Fällen bei Dementia praecox zugeben, im gleichen Umfange auch Defekte der Merkfähigkeit anerkennen. Darüber hinaus findet Bleuler das Gedächtnis intakt, hingegen nimmt er sekundäre Störungen durch assoziative und affektive Prozesse an. Auch Kraepelin führt im allgemeinen nur sekundär durch Aufmerksamkeitsschwankungen und Interessenlosigkeit bedingte Störungen der Merkfähigkeit an. Nach schwerem Stupor beobachtete er amnestische Erscheinungen, für die er neben Bewußtseinstrübungen Merkschwäche als Grundlage annimmt.

Einer der praktisch wichtigsten seelischen Zustände in der Psychiatrie für die Erkennung organisch bedingter Psychosen ist seit jeher die Orientiertheit gewesen. Ihre Gestörtheit stellt eine Stufe dar, deren Überschreitung anzeigt, daß Ursachen stürmischer und unterbrechend in die psychischen Vorgänge eingegriffen haben. Die Orientiertheit ist eine zusammengesetzte Größe, an der primär Luzidität und Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins, sekundär Affekt, Willenstätigkeit, Umfang und Ablauf der Vorstellungen beteiligt sind. Kraepelin glaubt drei Gruppen der Desorientiertheit unterscheiden zu können, je nachdem

die Ursache in Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses oder des Urteils liegt, wobei mehrere dieser Störungen miteinander verbunden sein können. Hiervon unterscheidet er die apathische Desorientiertheit, die durch Mangel an geistiger Regsamkeit verursacht wird, und die wahnhafte Desorientiertheit. In diesen beiden Fällen werde der Ausfall sekundär ohne primäre Bewußtseinsveränderung hervorgerufen. Es ergibt sich, daß nur die ersteren Formen einen Hinweis auf Veränderung der Bewußtseinsklarheit geben und unbeschadet mancher, in einzelnen ungeklärter Kombinationen wird die praktische Diagnostik hiervon Gebrauch machen können, um ein allgemeines Urteil über den Bewußtseinszustand zu erlangen. In der Anwendung auf die *Dementia praecox* findet Kraepelin die Orientierung entweder ungestört oder sekundär durch Apathie oder durch Wahnbildung beeinträchtigt; nur im Stupor oder in heftigen Angstzuständen findet er die richtige Auffassung der Umgebung zeitweise stärker getrübt. Bleuler findet bei der Schizophrenie nur eine sekundäre Störung durch Halluzinationen und Wahnbildungen; er rechnet hierzu auch eine solche durch Assoziationsstörung. Wenn er jedoch sagt, die Orientierung in Raum und Zeit sei nie primär gestört, so steht dieses im Widerspruch zu seiner Stellungnahme zum Vorkommen von Bewußtseinsstörungen, Delirien und Dämmerzuständen bei dieser Krankheitsgruppe. Aus dem bisher Gesagten folgt, daß bei primären Störungen der Bewußtseinsklarheit auch die Orientiertheit mehr oder weniger gestört sein muß. Pfersdorf findet in den akuten Stadien der *Dementia praecox* namentlich die zeitliche Orientierung gestört.

Es bleibt noch ein Blick zu werfen auf die Beziehungen der Bewußtseinsklarheit und der Bewußtseinstätigkeit zu dem Vorstellungsinhalt und zum Vorstellungsablauf. Bei der Zusammengehörigkeit von Bewußtsein und Vorstellungen ist es klar, daß eine exakte Trennung nicht möglich ist. Aus den nachfolgenden Erörterungen müssen zunächst alle sekundär bedingten Störungen der Gedankentätigkeit ferngehalten werden. Hierher möchte ich insbesondere die Affektzerfahrenheit und die psychogenen paranoischen Zustände rechnen. Im übrigen wird man aus praktischen Gründen drei Gruppen unterscheiden können, die Defektzustände, die chronisch und langsam verlaufenden und die akuten Prozesse. Bei Defekten des Vorstellungsinhaltes muß auch die Klarheit des Bewußtseins von Stufe zu Stufe sinken, bis bei der Idiotie und der tiefen Demenz ein Zustand von Dämmerleben erreicht ist. Es erhebt sich die Frage, ob diese Unklarheit nur in gewisser Hinsicht oder grundlegend verschieden ist von den Bewußtseinsstörungen. Ist ein Krankheitsprozeß mit mäßigem Defekt zum Stillstand gekommen, so werden als besonders leicht ins Auge springend Mängel der sozialen Persönlichkeitsentfaltung vermerkt werden, beruhend auf Mängeln des

Affekts oder der Urteilsfähigkeit, während bei ungenauer Beobachtung das Bewußtsein als klar beurteilt wird. Ich glaube aber, daß bei eingehender Beobachtung Mängel der Bewußtseinstätigkeit nicht vermißt werden, insbesondere werden dies die besonders empfindlichen Teile derselben, die Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit und die Merkfähigkeit sein. Ich möchte da besonders erinnern an Defektzustände nach schweren Traumen, nach Encephalitis und an alkoholische Defektzustände. Wie es sich mit den schizophrenen Defektzuständen verhält, wird diese Arbeit im folgenden selbst zeigen. Ich glaube, daß den Beobachter stark beeinflußt ein Unterschied, der darin besteht, daß der Defekte nicht unklar ist im Verhältnis zu seinem Habitualzustande, sondern nur relativ im Verhältnis zu inhaltlich Vollwertigen, während der an einem fortschreitenden Prozeß Leidende unklar ist im Verhältnis zu dem noch vor kurzem vollwertigen Umfange seines gesunden Bewußtseinsinhaltes. Ein wesentlicher Unterschied dürfte darin zu erblicken sein, daß erfahrungsgemäß die benommene und hyperluzide Färbung der Bewußtseinsunklarheit verknüpft mit einem hohen Grade gestörter Bewußtseinstätigkeit an einen mit einer gewissen Geschwindigkeit ablaufenden Prozeß gebunden ist. Bei den Defektzuständen liegt die Unklarheit überwiegend auf der gedanklichen Seite des Bewußtseins, bei den fortschreitenden Prozessen in erster Linie und die gedankliche Seite überdeckend auf der Seite der Luzidität und der Bewußtseinstätigkeit. Ich glaube aber, daß ein grundlegender Unterschied nicht gemacht werden kann. Zur Unterscheidung der akuten und chronischen Prozesse kann gesagt werden, daß die Stärke und Schnelligkeit des Prozesses in erster Linie entscheidet, ob Denkstörungen von greifbaren, d. h. von stärkeren Luziditätsveränderungen begleitet sind, die uns als dämmrig, schwerbesinnlich oder hyperluzide erscheinen. Je feiner und schleichender ein Krankheitsprozeß zu denken ist, um so mehr wird wie bei der Paranoia die Denkstörung uns den Eindruck der Klarheit hinterlassen. Je stürmischer der Vorgang, um so getrübt erscheinen auch die Gedankengebilde. Man könnte daran denken, daß es auch Störungen des Bewußtseins gibt, in denen der gedankliche Anteil selektiv betroffen ist, daß es also eine rein gedankliche Bewußtseinsstörung gebe, im Gegensatz zu den Bewußtseinstörungen. Man könnte hierbei an die Inkohärenz der Amentia denken, wie Meynert getan hat, aber es besteht kein Zweifel, daß die Inkohärenz in der Regel mit Störungen der Bewußtseinstätigkeit verbunden ist, wobei an die Störungen der Orientiertheit und der Aufmerksamkeit in erster Linie erinnert sei, auch stellen sich sehr häufig amnestische Erscheinungen ein. Es ermangelt ihnen nur der Ausdruck der Dämmrigkeit. Es ist mir wahrscheinlich, daß solche Bilder in dem Zugrunde liegen einer hyperluziden Trübung ihre Erklärung finden. Immerhin

ist es wahrscheinlich, daß gewisse Verknüpfungen noch eine besondere Bedeutung haben. Wir beobachten, daß scheinbar gleich tiefe Denkstörungen, die in annähernd gleichen Zeiten entstehen, einmal von Benommenheit, ein andermal von Unbesinnlichkeit oder von gesteigerter oder krankhaft abgeänderter Luzidität begleitet sind, daß die Grade der Luzidität sehr schwanken können. Ich glaube aber, daß sie niemals ohne begleitende Bewußtseinsunklarheit gedacht werden können, wenn es sich wirklich um primäre und akut entstandene Denkstörungen handelt. Im letzteren Falle gestatten sie auch einen positiven Rückschluß auf die Bewußtseinshelligkeit. Es kann deshalb die Frage, ob Störungen der Bewußtseinstätigkeit allein durch Denkstörungen ohne Bewußtseinstrübung hervorgerufen werden können, dahin beantwortet werden, daß dieses nicht der Fall sein kann, wenn es sich um primäre, einigermaßen akut verlaufende und auf einem Prozeß beruhende Denkstörungen handelt. Diese Voraussetzungen scheinen mir bei den im folgenden zu schildernden Krankheitsfällen gegeben. Die Denkstörungen sind in ihnen nichts Selbständiges, sondern Teilerscheinungen des das Bewußtsein und die Bewußtseinstätigkeit befallenden Krankheitsprozesses, welche nur mehr oder minder je nach der Geschwindigkeit des Krankheitsprozesses in den Vordergrund gerückt werden. Ich habe daher, um die Komplikation nicht zu erhöhen, von ihrer Erörterung abgesehen. Es werden bei den nachfolgenden Untersuchungen neben den schon geschilderten elementaren psychischen Gebilden auch noch andere komplizierte psychische Zustände beachtet werden müssen, die erfahrungsgemäß in besonderem Maße der Ausdruck eines organisch ablaufenden Gehirnvorganges sind. Es sind dahin insbesondere die Ratlosigkeit, die delirante Beschäftigungsunruhe, Traumhalluzinationen, Personen- und Situationsverkennungen, Konfabulationen, Haften und Denkhemmung zu rechnen.

Wenn es sich ergibt, daß primäre Veränderungen der Bewußtseinshelligkeit und der Bewußtseinstätigkeit bei der Dementia praecox auftreten können und wenn damit die Möglichkeit näher gerückt wird, daß auch andere den organisch bedingten Psychosen zugehörige Symptome in ihrem Bereich auftreten können, so ist die Abgrenzung auch nach einer andern Richtung hin zu treffen. Es ist bereits wiederholt diskutiert worden über die Zugehörigkeit gewisser schizophrener Psychosen verbunden mit Erscheinungen des Hirndruckes, mit neurologischen und Herdsymptomen. Eine endgültige Entscheidung dürfte bisher noch nicht gefällt sein. Es soll diese Frage hier nur insoweit gestreift werden, als sie ihrerseits geeignet ist, das Auftreten der Bewußtseinstrübungen in ein verstärktes Licht zu rücken und positive Feststellungen auf diesem Gebiete zu unterstützen.

Im Anschluß an seine Untersuchungen über Hirnschwellung hat

Reichardt einen Krankheitsfall veröffentlicht, der im Beginn mit episodischen Hirndruckerscheinungen und Stauungspapille verlief und der sich später zu einer typischen Katatonie entwickelte. Er glaubt, daß ein Teil der Erkrankungen an Pseudotumor cerebri in das Gebiet der Katatonie gehört. Pötzl hat diesen Gedanken weiter ausgeführt. Er hält die Hirnschwellung für eine Episode, die bei verschiedenen Psychosen und auch bei der Katatonie auftreten kann. Bei der letzteren wären insbesondere die Zustände von Benommenheit, die an Hirndruck erinnern, hierher zu rechnen. Im Anschluß an die Schilderung einer sonst typisch verlaufenden Katatonie, die im Anfang meningitische Erscheinungen darbot, sagt er, dieser Fall spräche dafür, daß in manchen vereinzelt Fällen während des akuten Eruptionsstadiums einer Katatonie Erscheinungen von Hirndruck und meningealer Reizung auftreten können, ohne daß man zur Annahme einer Komplikation genötigt wäre. Man könnte davon sprechen, daß eine Meningitis serosa das akute Stadium der Katatonie einleite. Er stützt seine Annahme ferner durch Hinweis auf die der Dementia praecox eigenen Reizerscheinungen des autonomen Systems und die in 2 Fällen nachgewiesene Steigerung des Liquordruckes in katatonen Anfällen. In einer Reihe weiterer Krankheitsschilderungen von Pötzl scheint mir jedoch die Diagnose der Dementia praecox nicht völlig gesichert zu sein. Auch eine Veröffentlichung von Rosenthal über einen schizophrenen Prozeß im Gefolge einer Hirndruck steigernden Erkrankung leidet darunter, daß die Diagnose der Dementia praecox nicht sichergestellt ist, wie er auch selbst solchen schizophrenen Prozessen im Gefolge von Hirndruck steigernden Erkrankungen eine Sonderstellung einräumen will. Bleuler sagt: „Man trifft manchmal bei der Katatonie Zeichen von Hirndruck, die teils einem Ödem in der Schädelhöhle, teils einer besonderen Hirnschwellung zuzuschreiben sind. Manchmal, namentlich in akuten Fällen der Katatonie, gleicht der Zustand des Körpers dem einer schweren Infektion.“ Er fügt hinzu: „Die Abtrennung der Schizophrenie von gewissen psychotischen Zuständen, die grobe Hirnherde begleiten, liegt noch ganz im argen.“ Er weist auf das Vorkommen schizophrenieähnlicher Psychosen bei chronischen Meningitiden, Hirngliose und Hirntraumen hin. Stransky schildert Schizophrenien von letaler Verlaufsart mit meningitischen und Hirndruckerscheinungen. Aus einer Zusammenstellung von Michel über körperliche Symptome bei Dementia praecox entnehme ich folgendes: Bei alten Fällen von Dementia praecox fanden sich ähnliche Symptome wie bei organischen Erkrankungen, feiner Tremor, Nystagmus, choreiforme und athetoide Bewegungsstörungen. Schüle und Rosenfeld sahen solche Fälle halbseitig mit Hypotonie. Bleuler sah apoplektiforme und epileptiforme Anfälle, aphasische Störungen namentlich amnestischer Art. Petzner und

Gianilli beobachteten einen Status epilepticus. Urstein sah in 8 Prozent, Kraepelin in 16 bis 19 Prozent bei Katatonie epileptiforme Anfälle. Meyer, Pförtner und Kleist stellten Steigerung, Abschwächung, Differenzen der Kniesehnenreflexe fest. Rosenfeld sah 3 Fälle mit teils spastischer, teils schlaffer Hemiplegie mit anfallsweisem Sprachverlust. Kraepelin beobachtete amnestische Aphasie, Kleist fand psycho-motorische Apraxie und Aphasie, er hebt die Ähnlichkeit solcher motorischer Störungen mit den bei Erkrankungen des Stirn-hirn-Kleinhirnsystems gefundenen hervor. Hierher gehört auch Wernickes klassischer Fall von Aphasie bei einer schizophrenen Psychose. Dufour hat geglaubt einen cerebellaren Typ bei Dementia praecox aufstellen zu können. Andere Autoren wie Blumenthal sind geneigt, solche strittigen Fälle als eine besondere Gruppe von Psychosen bei cerebralen Prozessen, insbesondere der Meningitis serosa, der Hirn-schwellung und bei Hydrocephalus aufzufassen. Er führt jedoch in seiner Arbeit auch einen im Beginn mit Hirn-schwellung einhergehenden Krankheitsfall an, der mit Sicherheit als Katatonie bezeichnet werden mußte und beobachtete in einer akuten Phase der paranoiden Dementia ein amnestisches Zustandsbild. Es scheint mir zur weiteren Klärung nicht unwesentlich zu sein zu erwähnen, daß der Fall 5 Meta P. dieser aus der Rostocker Klinik hervorgegangenen Arbeit, der mit Bewußtseinsum-dämmerung und Albuminurie einherging und damals als chronisch gewordene symptomatische Psychose mit Verdacht auf einen endogenen Prozeß aufgefaßt worden ist, sich nachträglich im Sinne einer Dementia praecox weiterentwickelt hat.

In der Rostocker Klinik ist in den letzten Jahren eine Reihe von schizophrenen Erkrankungen beobachtet worden, bei denen Bewußt-seinstrübungen in so erheblichem Grade entwickelt waren, daß bei ihnen die Diagnose längere Zeit nach der Seite der symptomatischen Psychose, sei es nun infektiöser oder anderer organischer Genese, hinneigte. Hiervon werde ich, im folgenden einige Fälle so ausführlich, wie es die Klärung der Sachlagen notwendig macht, schildern. Es fanden nur solche Krankheitsbilder Verwendung, bei denen die Diagnose der Dementia praecox gesichert erschien. Die bei Durchsicht dieser Fälle gewonnenen Überzeugungen führten mich dahin, auch andere typische Fälle von Dementia praecox in größerer Anzahl gerade unter dem Gesichtswinkel der Bewußtseinsvorgänge zu durchprüfen. Letztere Befunde werde ich in kurzer Ausführung beifügen, da sie mir für einige Grundfragen über Wesen und Stellung der Dementia praecox belangreich erschienen.

Fall I: Frau Emma K., geb. 25. IV. 1883.

Vorgeschichte: Mutter wortkarg und verschlossen. Erblichkeit im übrigen o. B. Als Kind normal entwickelt. Gute Schulleistungen. Im Haushalt der

Eltern tätig. Mit 23 Jahren verheiratet. Gleichmäßig lebhafter Stimmung, gesellige Natur. Ein gesundes Kind. Mann 1914 gefallen. Seitdem zurückgezogener, jedoch ohne psychische Veränderung. Seit Mitte Oktober 1921 psychisch verändert. Unruhe, ging viel und selbst bei starkem Unwetter spazieren, litt an Übelkeit, hörte Stimmen, war deprimiert. Sprach viel davon, daß ihr Lebensglück auf dem Spiel stände. War beeinflussbar. Starke Kopf- und Augenschmerzen.

Erste Aufnahme in Gehlsheim 26. X. bis 12. XII. 1921. Diagnose: Schizophrenie.

Aufnahmebefund: Körperorgane gehörig. Steigerung der Knie- und Achillessehnenreflexe. Personalien werden richtig angegeben. Bei der Wiedergabe der Lebensgeschichte mäßige Reproduktionsschwäche. Die Affektlage erscheint blaß, die Kranke lächelt bald, bald klammert sie sich ängstlich an, sie schwankt zwischen einer befehlsautomatischen Willfährigkeit und ängstlichem Widerstreben. Sie erkennt die Personen, belegt den Arzt mit einem Namen aus ihrer Bekanntschaft. Örtlich und zeitlich mangelhaft orientiert, ohne daß hierbei Negativismus mitspielt. Beträchtliche Merkschwäche, Auffassung erscheint besser.

Krankheitsverlauf:

27. X. Liquorbefund normal, keine Druckerhöhung. Wassermann im Blut und Liquor negativ.
29. X. Erbrechen. Blaß. Etwas benommen. Verlangsamte Auffassung. Antworten erfolgen erst nach langen Reaktionszeiten. Örtliche Orientierung vorhanden, zeitliche fehlt. Unaufmerksam, schwerfällig. Schwerer Ausfall bei Urteilsprüfung, ohne daß Patientin widerstrebt. Rechnet nur ganz leichte Aufgaben richtig, versagt bei schwereren. Leichter Grad von Bewußtseinstörung. Teilnahmslos. Willenlos.
30. X. Schwerbesinnlicher, fast benommener Eindruck. Die psychischen Reaktionen bei vorhandenem Bestreben, das Richtige zu finden, sehr wechselnd. Glaubt, der Arzt wisse das selbst, was er fragt. Beim Lesen eines Textes unaufmerksam, kommt zu keiner verständlichen Auffassung.
31. X. Örtlich desorientiert.
1. XI. Etwas luzider, aber ablehnend, ratlos. Schwere Aufmerksamkeitsstörung, die keineswegs sekundär durch Widerstreben erzeugt ist.
2. XI. Sehr matt, müde und hinfällig. Starke Blässe, Krankheitsgefühl, starke Kopfschmerzen. Patientin ist zugänglich. Sie benennt den Arzt jetzt richtig. Teilweise Amnesie für die letzten Ereignisse. Glaubt länger hier zu sein, als es wirklich der Fall ist. Zeitlich mangelhaft orientiert. Sehr verlangsamte Antworten, Schwerbesinnlichkeit. Denkt sehr lange nach, beantwortet nur die leichtesten Fragen richtig. Ratlos. Bekommt einen kurzen, $\frac{1}{2}$ Minute dauernden Zitteranfall ohne ersichtlichen Anlaß. Auffassung sehr schlecht, spricht nur Reihen von 3—4 Ziffern richtig nach. Merkleistungen sehr vermindert. Kann die Binetschen Bilder für Zwölfjährige nicht erklären, obwohl sie sich bemüht.
3. XI. Heute wieder ablehnend. Faßt von einem gelesenen Text sehr wenig auf, wobei schwere Aufmerksamkeitsstörung zum mindesten mitspielt.
5. XI. Zugänglicher, müde, unaufmerksam, sehr verlangsamte Auffassung. Gibt an, sie könne nicht mehr so denken wie früher, sie vergesse alles, es falle ihr nichts ein.
7. XI. Zeitlich desorientiert. Schlechte Auffassung. Sehr schlechte Urteilsleistungen.
8. XI. Heute Krankheitseinsicht, zugänglich, örtlich und zeitlich orientiert.
9. XI. Orientiert, teilnahmslos, fühlt sich verändert. Urteilsleistungen etwas besser.

- 10. XI. Zustand leichter Umdämmerung. Auffassungserschwerung und Aufmerksamkeitsschwäche.
- 11. XI. Erbrechen. Leichtes Taumeln. Kommt beim Schreiben einer Karte nicht weiter, deren Inhalt arm, aber formal geordnet ist. Zeitlich richtig orientiert.
- 15. XI. Geringe Spontaneität. Liegt mit abgehobenem Kopf. Unmotiviertes Lachen. Neben Unaufmerksamkeit Haften. Merkschwäche für Namen und Daten, bisweilen Personenverkennungen.
- 18. XI. Bei Prüfungen anfangs widerstrebend, dann folgsam. Perseveriert. Schlechte Auffassung. Erkennt auf einer Landkarte nicht die einzelnen Länder, weiß sie nicht zu benennen.
- 22. XI. Lebhaftere und schnellere Antworten. Etwas besser orientiert. Kopfsausen. Unmotiviertes Lachen. Berichtet über Stimmen, die sie innerlich höre und die ihr Befehle erteilen.
- 28. XI. Nachts traumartige, szenenhafte Erlebnisse aus dem Krieg. Verharren in Haltungen. Manirierte Bewegungen. Beklagt sich über Gedankenübertragung. Desorientiert. Phoneme, redet Ärzte mit Du an, ratlos.
- 5. XII. Nächtliche traumartige Erlebnisse. Physikalische Beeinflussung.
- 11. XII. Springende Affekte, Maniriertheiten, abnorme Haltungen, Grimassieren. Ungeheilt entlassen.

Zweite Aufnahme in Gehlsheim 2. I. 1922.

War inzwischen dauernd psychisch verändert, Wechsel von ruhigeren Tagen und solchen mit Unruhe und verworrenem Rededrang. Hörte Stimmen, fühlte sich von der Klinik aus beeinflußt.

Aufnahmebefund: Gesicht etwas gedunsen. Schilddrüse leicht tastbar. Feiner Tremor. Starke Hautschrift. Arm-, Knie- und Achillessehnenreflexe lebhaft. Spannungen. Läppisch. Ständig wechselnde Affektlage, inkohärenter Rededrang, Wortneubildungen, somatopsychische Erklärungsideen, Phoneme, unaufmerksam, abschweifend. Orientierung mangelhaft. Auffassung herabgesetzt, Denkschwäche, wobei Unaufmerksamkeit und negativistische Strömungen störend eingreifen. Merkfähigkeit vermindert.

- 4. I. Mangelhaft orientiert. Ratlos. In der folgenden Zeit mäßige Erregtheit. Starke Inkohärenz. Fortschreiten der gedanklichen Störungen mit verworrenen Wahnbildung. Vereinzelte Zeichen, die noch auf Bewußtseinsunklarheit hindeuten. Bisweilen schläfrig, klagt selbst über Gedächtnisschwäche. Die Orientiertheit bessert sich, zeigt aber noch immer einzelne Mängel. Im Februar nimmt die inkohärente Erregtheit zu. Starke Abgelenktheit durch Sinneseindrücke, verarbeitet dieselben, Andeutung von Hypermetamorphose. Mischt sich in die Unterhaltung ein. Es entwickeln sich verworrene Größenideen. Affekt immer flach und sprunghaft.

Weiterer Verlauf bis zur Gegenwart: Inkohärente Erregtheit, sehr verworrene Fehlvorstellungen. Meist zugänglich, sehr abspringend. Liegt mit abgehobenem Kopf. Zeitweise völlig desorientiert. Rechnet leichte Aufgaben richtig. Bei Denkleistungen völlig inkohärent, unproduktiv. Phoneme.

Zusammenfassung: Bei einer 38jährigen Frau von normaler Konstitution akutes Einsetzen einer Psychose, die die ersten Wochen leicht stuporös verläuft, später in zunehmende inkohärente Erregtheit übergeht. Die Diagnose Schizophrenie (inkohärente Verblödung) stützt sich auf die Besonderheiten der Affektstörungen (Teilnahmslosigkeit, Farblosigkeit trotz lebhafter seelischer Vorgänge, Negativismus), die motorischen Erscheinungen (Verharren in Haltungen, Parakinesen, Grimassen, vereinzelt Spannungen), die Willensschwäche (Untätigkeit),

die sensorischen Erscheinungen (Phoneme), die sprachlichen und gedanklichen Störungen (Wortneubildungen, faselige Inkohärenz).

Der Bewußtseinszustand: Das Bewußtsein ist in den ersten Wochen getrübt und macht den Eindruck mäßiger Dämrigkeit und Schwerbesinnlichkeit. Dieser Eindruck wird gestützt durch den Nachweis von Amnesie und bemerkenswerter Auffassungsschwäche. Einzelne luzidere Tage sind eingeschoben. Der Eindruck der Dämrigkeit schwindet mit dem Umschlag in Inkohärenz. In letzterer Phase sind einzelne Anzeichen von Hyperluzidität, wenn auch nicht sehr ausgesprochen, vorhanden (optische Hyperästhesie, leichte Hypermetamorphose). Die Merkfähigkeit, die Orientiertheit ist dauernd, etwas schwankend gestört. Hochgradige Störungen zeigt die Aufmerksamkeit. Die Bewußtseinsstörung besteht zeitlich eher, als sich Negativismus entwickelt, der in späteren Wochen schwankend, nicht sehr hochgradig zutage tritt. Auch der gedankliche Zerfall entsteht erst später. Auch später erklärt der Negativismus die Abgelenktheit, die Unaufmerksamkeit, die Mängel der Bewußtseinstätigkeit nicht, er geht nur nebenher und verstärkt sie bisweilen. Als sonstige Kennzeichen von Bewußtseinsveränderungen sind Ratlosigkeit, Schläfrigkeit, Hemmungsgefühl, Personenverkennungen und traumhafte Halluzinationen zu vermerken. Es zeigt sich bei der akut und stürmisch einsetzenden Schizophrenie eine primäre Bewußtseinsstörung mit primären Störungen der Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins.

Differentialdiagnose: Dieselbe bleibt nur gegenüber einer symptomatischen Amentia zu stellen. In erster Linie entscheidet gegen letztere das Fehlen eines körperlichen Krankheitsprozesses. Bei dem sonstigen Ineinanderfließen der Symptomatologie kann vielleicht für die gestellte Diagnose angeführt werden die verhältnismäßige Blässe des Affekts, die Abulie und die Wortneubildungen.

Fall II: Karl G., geb. 8. II. 1902.

Vorgeschichte: Bruder des Vaters, eine einsiedlerische Natur, war mit 46 Jahren wegen einer ängstlich-paranoiden Psychose 9 Monate in Gehlsheim. Er wurde ungeheilt entlassen. Mutter neigt zu reaktiven Verstimmungen. Normale Kindheitsentwicklung. Gute Schulleistungen. Mit 11 Jahren Rippenfellentzündung, anschließend Keratitis eczematosa, Mittelohreiterung und Abszeß an der rechten Hand. Arbeitete $\frac{1}{2}$ Jahr bei einem Bauer, dann wegen körperlicher Schwächlichkeit beim Vater. War etwas still, zutraulich, überall beliebt. Gleichmäßige Affektlage. Herbst 1918 entwickelte sich ein kalter Abszeß am Rücken. Vor der in Aussicht genommenen Operation leicht ängstlich verstimmt.

Aufnahme in die chirurgische Klinik Rostock, 5. bis 13. XI. 1919. Diagnose: Kongestions-Abszeß. Befund: Schlechter Ernährungszustand. Gesicht gedunsen. Fluktuierende Geschwulst in der Höhe des 4.—5. Lendenwirbels. Röntgenologisch: Aufhellung im 5. Lendenwirbel, der etwas eingebrochen zu sein scheint. Patient war schon vor der Operation etwas auffallend und ängstlich. In Chloroformnarkose Punktion und Ablassen von dünnflüssigem Eiter. Injektion von 30 ccm Chloroformglycerin. In der darauffolgenden Nacht psychisch verändert, lief nackt umher, betete, lag teilnahmslos im Bett, beantwortete Fragen langsam, aber sinngemäß, äußerte Versündigungsideen. Da man mit einer Jodoformintoxikation rechnete, so wurde dieses am 11. XI. wieder entfernt. Am 13. XI. Erregungszustand, schrieb und betete laut, zerriß, mußte gehalten werden. Verkannte den Arzt.

Anschließend Aufnahme in Gehlsheim 13. XI. 1919. Diagnose: Katatonie (anfangs Eindruck einer symptomatischen Psychose).

Aufnahmebefund: Es findet sich im Rücken neben der Lendenwirbelsäule eine in Abheilung begriffene Kreuzincision, deren Umgebung geschwollen

ist. Temperatur 37,6. Leichte Hornhauttrübung links. Neurologischer Befund normal. Gibt Personalien richtig an. Ist bestrebt, über Lebensgeschichte Auskunft zu geben. Für die letzten Ereignisse teilweise Amnesie. Faßt schlecht auf, gibt verkehrte Antworten. Ziemlich mangelhaft orientiert. Äußert unzusammenhängende religiöse Ideen, erkennt die Situation in entsprechender Weise. Die Auffassung wechselt sehr, fragt bei jeder Frage nochmals, braucht lange Zeit, bis er verstanden hat. Vermag nur leichte Rechenaufgaben zu lösen, schwerere dagegen nicht. Vergißt die Aufgabe und versteht sie schlecht. Manche Frage faßt er wieder schnell auf. Ratloser, verständnisloser Gesichtsausdruck. Verhält sich teilweise ablehnend, kataleptisch, Affekt indifferent, zum Teil ratlos oder ängstlich. Hört die Stimme Gottes. Unmotiviertes Lachen.

Krankheitsverlauf:

14. XI. Mangelhaft orientiert, Personenverkennungen, Versündigungsideen. Antwortet langsam, oft beziehungslos. Die Resultate wechseln sehr.
15. XI. Örtlich orientiert, zeitlich mangelhaft. Zutraulich. Korrigiert die religiösen Ideen. Erinnert sich besser an die letzten Ereignisse. Heiter. Denkleistungen besser. Andeutung von Stereotypie. Bald darauf ist die Auffassung wieder erschwert, unaufmerksam, ratlos, teilnahmslos. Liquorbefund normal, keine Drucksteigerung. Wassermann negativ.
16. XI. Macht einen schwer besinnlichen Eindruck. Angst mit ängstlichen Verkennungen. Faßt schlecht auf. Rechen- und Urteilsleistungen langsam, erschwert, obwohl er sich bemüht. Unaufmerksam. Andeutung von Negativismus und Stereotypie. Knie- und Achillessehnenreflexe herabgesetzt.
17. XI. Pseudoflexibilitas. Leicht stuporös. Erschwerte Auffassung. Fragt nach jeder Frage „wie“. Vermag einfache Bilder trotz Bemühens nicht zu erklären. Alle Denkleistungen hochgradig vermindert. Beim Markieren von Zweckbewegungen zum Teil apraktisch mit Stereotypen.
18. XI. Etwas luzider. Auffassung und Merkfähigkeit besser. Leichte Katalepsie und Verharren in Haltungen.
21. XI. Akinetisch. Leichtes Verharren. Affekt indifferent.
23. XI. Völlige Amnesie für die Operation.
25. XI. Merkschwäche.
3. XII. Seit 2 Tagen leichte Temperatursteigerung. Zunahme der Akinese.
4. XII. Verträumt, zutraulich. Vereinzelte optische und akustische Halluzinationen.
5. XII. Auffallende koordinierte Bewegungen, an die er Fehlurteile anknüpft. Verharren in Haltungen. Auffassung erschwert. Zeitlich desorientiert. Visionen religiösen Inhalts.
7. XII. Leichtes remittierendes Fieber. Exanthem im Gesicht. Diazoreaktion positiv. Zeitlich desorientiert, glaubt viel länger hier zu sein, als es der Fall ist. Erschwerte Auffassung. Szenenhafte Visionen. Haltungen und Stereotypen.
10. XII. Schlafsucht. Akinese, Einnässen. Fieberfrei.
15. XII. Erschwerte Auffassung. Orientierung etwas besser.
24. XII. Schmerzen in der Wirbelsäule, jedoch kein Befund. Unaufmerksam. Schlafsucht. Schwerbesinnlich. Zeitlich mangelhaft orientiert. Speicheln.
26. XII. Schlafsucht. Kniesehnenreflexe abgeschwächt. Achillessehnenreflexe rechts fehlend, links schwach vorhanden. Sehr unaufmerksam.
5. I. 1920 Traumhaft. Mangelhaft orientiert. Katalepsie. Verharren in Haltungen. Leichte parethische Erscheinungen in den Oberschenkelbeugern und Dorsalflektoren der Füße. Sehnenreflexe abgeschwächt.

- 6. I. Leichte Hyperkinese mit Stereotypie.
- 15. I. Bei ständig mangelhafter Orientiertheit schwankend freier und schläfriger, schläft sogar beim Essen ein.
- 29. I. Traumhaftes Wesen, schläft während der Untersuchung ein. Hochgradige Aufmerksamkeitsstörung. Verharren in Haltungen.
- 31. I. Nachts deliriöse Unruhe wechselnd mit Schlafsucht. Amnestische Erscheinungen. Speicheln.
- 14. II. Mutacismus. Liegt unter der Decke.

Patient ist die folgenden 3 Monate stuporös, zeitweise unzugänglich, ist völlig desorientiert, obgleich er nachdenkt und willig antwortet. Kopfweg, Speicheln, Einnässen. Allmählicher Übergang in leicht hyperkinetische inkohärente Erregung, sehr unaufmerksam.

Seither bis zur Gegenwart in dauerndem bald längerem, bald kürzerem Wechsel von hyperkinetischen, inkohärenten und stuporösen Phasen. Zunehmen der Negativismus, ausgesprochene Apathie. Völlige Abulie. Immer unaufmerksam und mangelhaft orientiert. In den stuporösen Phasen ausgesprochene Schläfrigkeit, klagt stereotyp über Müdigkeit. In den hyperkinetischen Phasen albern, läppisch, stereotyp, verworren und unfixierbar.

Zusammenfassung: Unter zeitlichem Zusammenfall mit einer Karies der Lendenwirbelsäule entwickelt sich bei einem 17jährigen Mann von normaler Konstitution nach einem ganz kurz dauernden ängstlichen Vorstadium akut eine Katatonie, die in einem periodischen Wechsel von akinetischen und hyperkinetischen Phasen verläuft. Die schizophrene Natur der Erkrankung wird begründet durch die Eigenart der Affektveränderung (Apathie, Negativismus, hinter denen Ängstlichkeit, Zutraulichkeit und Ratlosigkeit allmählich immer mehr verschwinden), die motorischen Erscheinungen (Haltungen, Katalepsie, Stereotypien Pseudo-Spontanbewegungen), die sensorischen Erscheinungen (optische und akustische Halluzinationen), sekretorische Störungen (Speicheln), Willensstörungen (Willenlosigkeit, Untätigkeit), die gedanklichen Störungen (faselige Inkohärenz), den progressiven Verlauf.

Bewußtseinszustand: Das Bewußtsein ist von Anfang an ansteigend und Monate sich auf mäßiger Höhe erhaltend, dann allmählich abklingend getrübt. Es bestehen Unbesinnlichkeit und amnestische Erscheinungen, die Auffassung ist in erheblichem Maße gestört. Es besteht Merkschwäche, die Orientiertheit bleibt dauernd mäßig und die Aufmerksamkeit hochgradig herabgesetzt. Bewußtseinsklärere Tage mit besserer Auffassungsfähigkeit und Orientiertheit schieben sich häufig ein. Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt geringere Abhängigkeit von der Bewußtseinstörung und bleibt auch nach deren Zurücktretten stationär. Wahnhafte und sensorische Erscheinungen sind verhältnismäßig gering und wenig stürmisch, eine Erklärung der Bewußtseinslage und des Ausfalls der Tätigkeitsäußerung des Bewußtseins geben sie nicht. Negativismus besteht zwar von Anfang an in mäßigem Grade, jedoch keineswegs gleichlaufend mit den Bewußtseinsveränderungen, er begleitet sie, er erklärt aber die erheblich ausgesprochenen Veränderungen der Bewußtseinstätigkeit nicht; er nimmt progressiv zu, während die Bewußtseinstörung mit dem Abklingen der akuten Phase nachläßt. An sonstigen Kennzeichen der Bewußtseinsveränderung ist hervorzuheben Ratlosigkeit, Schlafsucht, Traumhaftigkeit, Personenverkennungen, Traumhalluzinationen. Es handelt sich um eine primäre Störung des Bewußtseins und seiner Tätigkeitsäußerungen.

Differentialdiagnose: Dieselbe ist gegenüber einer symptomatisch bedingten Amentia zu stellen. Der zeitliche Zusammenfall mit einer körperlichen Erkrankung führte anfänglich zu einer solchen Annahme. Der chronische Ver-

lauf hat dagegen entschieden. Das Zusammentreffen ist wahrscheinlich als zufällig zu erklären, wenn man nicht eine Begünstigung des Ausbruches der Katatonie annehmen will. Symptomatologisch spricht wohl die fortschreitende Apathie und Abulie für den schizophrenen Prozeß. Abgesehen von dem Beginn mit stärkerer Bewußtseinstörung ist das Krankheitsbild für Katatonie völlig schulgemäß.

Fall III: Hermann J., geb. 18. II. 1901.

Vorgeschichte: Erblichkeit o. B. Normale Kindheitsentwicklung und Schulleistungen. Tüchtiger landwirtschaftlicher Arbeiter. Unauffällige Konstitution. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr zunehmende Langsamkeit bei allen Verrichtungen, Zurückgezogenheit, Verslossenheit. Er wurde mit der ärztlichen Diagnose Meningitis-Epilepsie eingewiesen Aufnahme in Gehlsheim 9. X. 1921. Diagnose: Katatonie.

Aufnahmebefund: Dürrer Ernährungszustand. Leichte Kyphoskoliose. Temperatur o. B. Puls 90. Leichte Eiweißstörung des Urins. Pupillen weit, von normaler Reaktion. Starke Spannungen in allen Gliedmaßen. Knie- und Achillessehnenreflexe abgeschwächt. Leib etwas eingezogen, die Beine werden an den Leib adduziert. Geringe Nackensteifigkeit. Augenhintergrund normal. Lumbalpunktion: Liquor fließt mit etwas erhöhtem Druck ab, Nonne Phase 1 schwach positiv, Gesamteiweiß leicht vermehrt (2 Teilstrich Nissel), Zellen 18/3 (Lymphocyten), Wassermann im Blut und Liquor negativ. Kulturell weder Meningokokken noch Tuberkelbazillen. Pat. macht einen schwerbesinnlichen Eindruck. Er liegt mit geschlossenen Augen da, reagiert nur mit leichten Kopfbewegungen und Zucken mit der Kopfschwarte und den Augenschließmuskeln. Bei Fragen nach Schmerzen deutet er auf den Hinterkopf. Er befolgt einfache Aufforderungen, schwerere dagegen nicht. Bei passiven Bewegungen federnder Widerstand.

- 12. X. Die Bewußtseinstörung ist etwas geringer als in den ersten Tagen. Er faßt Fragen sehr langsam und erst nach mehrfacher Wiederholung auf. Spricht nur Reihen von 3 Ziffern nach. Gibt Personalien mit flüsternder Stimme an. Örtlich und zeitlich desorientiert. Benennt einfache Bilder und Gegenstände langsam und mühsam, bei schwereren versagt er. Nestelt dauernd mit den Händen am Hemd und Bett umher.
- 13. X. Mäßige deliriose Bewegungsunruhe.
- 16. X. Kauert Tag und Nacht auf dem Bettrand, die Beine bis ans Kinn herangezogen, die Augen zugekniffen, die Hände nach Art eines Beschäftigungsdelirs in dauernder Bewegung. Federnder Widerstand bei passiven Bewegungen. Bleibt auch die Nacht hindurch trotz ausgiebiger Schlafmittel so sitzen, reagiert nur mit einzelnen stereotypen Worten.
- 23. X. Auffassung ständig schwer gestört, nur leicht schwankend.
- 25. X. Verharrt ununterbrochen in Hockerstellung. Der Blick ist geradeaus ins Leere gerichtet. Außer der federnden Muskelspannung kein eigentliches Widerstreben. Er bemüht sich zu antworten, bewegt die Lippen, bleibt mitten im Wort stecken. Eindruck schwerster Denkhemmung. Erkennt den Arzt und benennt einige Gegenstände.
- 26. X. Tiefer Stupor. Das Bewußtsein erscheint stark getrübt, wenn auch nicht schläfrig. Einzelne Äußerungen über Angstvorstellungen. Er flüstert: „Ich will mich nicht totschiessen lassen.“ Miene unbewegt. Hockerstellung. Flüstert hie und da stereotyp vor sich hin. Befolgt einige Aufforderungen, liest die Uhr nach dem großen Zeiger ab. Einnässen. Widerstrebt motorisch, dagegen nicht gedanklich. Puls 80. Nie Erbrechen. Starrt geistesabwesend ins Leere. Nimmt zu keiner Zeit von irgend etwas Notiz. Verbigeriert leise. Bemüht sich bei allen Fragen, macht aber schon beim Fingerzählen Fehler.

29. X. Konzentrationsschwäche ohne Spur einer äußeren Abgelenktheit. Außerordentlich gehemmt. Vergißt die Fragen, faßt nicht auf. Rechnet 3×4 richtig, 4×6 falsch. Klagt über Kopfschmerzen. Antwortet langsam in abgerissenen Sätzen. Gibt Monat und Tageszeit richtig an. Er beschreibt das Binetsche Bild „Eingeworfene Fensterscheibe“ wie folgt: „Kind . . . Glas ein . . . kaputt . . . er schlägt . . . er steht da . . .“ Wortfindung ziemlich gut. Beim Schreibversuch faßt er den Bleistift sehr ungeschickt an, ist auch nicht zu einem besseren Anfassen zu bewegen. Schreibt kurze Diktate immer agrammatisch.
31. X. Faßt sehr schlecht auf, Konzentrationsschwäche. Tag und Nacht in Hockerstellung.
1. XI. Urin jetzt frei. Augenhintergrund normal. Blickt ins Leere wie geistesabwesend, verbigert leise. Bei allen gedanklichen Leistungen bemüht er sich ersichtlich, es gelingt ihm aber nur das Leichteste mühsam nach zahlreichen Wiederholungen. Nur bei motorischen Einwirkungen triebartiges Widerstreben. Ausfall jeglicher Spontaneität. Das einfache optische Erkennen ist normal, jedoch versagt er bei allen erheblichen Kombinationsaufgaben. Affekt leer. Gesicht unbewegt, wenn auch nicht maskenhaft. Er bekommt gelegentlich Tränen in die Augen, murmelt: „Ich bin doch kein Verbrecher.“
3. XI. Hält Urin zurück und näßt dann ein.
4. XI. Schilddrüse leicht vergrößert. Er liest die Uhr immer nur nach dem großen Zeiger ab.
7. XI. Tags und meist auch nachts in Hockerstellung. Wird mit Löffel gefüttert, widerstrebt etwas, kaut aber gut, sobald das Essen im Munde ist.
8. XI. Sieht sich ängstlich um. Scheint optisch zu halluzinieren.
10. XI. Örtlich ungenau, zeitlich völlig desorientiert. Gibt Personalien langsam auf Drängen an. Benennt einfache Gegenstände, hantiert richtig damit, aber immer langsam und mit großer Mühe; widerstrebt hierbei nicht. Rechnet immer nur leichte Aufgaben. Hält ein Buch sehr unzweckmäßig, so daß es hinunterfällt, hilft nicht mit der anderen Hand.
11. XI. Dauernd außerordentlich schwerbesinnlich. Hochgradige Konzentrationsschwäche. Pupillen weit. Cyanose der Hände. Hockerstellung. Widerstrebt bei passiven Bewegungen, besonders wenn sie brüsk erfolgen. Aus seinen Äußerungen ist zu entnehmen: „Dies ist hier die Hölle; Sie können mich hier doch wohl nicht umbringen.“ Gibt einmal an, er höre die Stimme des Vaters, scheint optisch zu halluzinieren. Völlige Abulie. Puls 108. Augenhintergrund normal. Leichtes Grimassieren.
14. XI. Verhalten unverändert. Es wird folgende Verbigeration notiert: „Rostock nach Augenklinik hin . . . will mich nicht schlagen lassen von euch (flüchtige Weingrimasse) . . . zufrieden . . . ich will mich doch nicht . . . Kinder verderben lassen . . . zu Vater . . . nach Rostock . . . Rostock . . . niemals schlagen lassen . . . Vater . . . hinfahren . . . zu Hause . . . hinfahren . . . nach Rostock . . . zufrieden . . . hinfahren nach Rostock . . . Augenklinik . . . sollte ich hin . . . nach Rostock zur Augenklinik . . . hier Qual . . . hier zu Schanden (plötzlich auftretende und verschwindende Weingrimasse) . . . Wesen . . . Rostock . . . bei Kindern . . . am Stamm des Kreuzes . . . nicht hin . . . hin nach . . . die armen Kinder . . . Wesen . . . zu Schanden . . . nach Rostock . . . mir nichts anschlagen . . . Wesen hin . . . Vater . . . Himmel . . . hin . . . Rostock . . . hinbringen . . . die Hölle gequält (plötzliche Weingrimasse).“ Hierbei blickt Pat. abwesend ins Leere und ist völlig unablenkbar.

15. XI. Spricht heute richtig von seinem Aufenthaltsort.

In der folgenden Zeit ist Patient wenig verändert, ständige Hockerstellung, blickt ins Leere, Unbesinnlichkeit. Er bemüht sich zu antworten, es gelingt ihm aber nur mühsam das Leichteste, dagegen motorisches Widerstreben, zeitweise leise Verbigerationen, abgerissene Angstvorstellungen. Beim Benennen von Gegenständen verwendet er oft die Oberbegriffe. Zeitweise echopraktisch, leichte Katalepsie. Zeitlich immer desorientiert, örtlich dagegen richtig. Motorisch macht er zeitweise einen gesperrten Eindruck, er verwendet die zweite Hand auch in sehr unbequemen Haltungen nicht. Eine episodische fieberhafte Erkrankung bringt keine Änderung in das Bild. Patient muß lange Zeit mit Schlundsonde ernährt werden. Das Körpergewicht sinkt kontinuierlich trotz reichlicher Nahrungszufuhr und völliger Ruhe. Bei Denkleistungen erscheint er nie erheblich negativistisch, bezeigt vielmehr gegenüber dem Arzt eine gewisse Zutraulichkeit. Im Januar 1922 tritt zeitweise eine leichte motorische Erregung auf, er wird bettflüchtig, klammert sich an, widerstrebt bei allen Körperbewegungen unsinnig. Die Sprache nimmt an der Erregung nicht teil. Der neurologische Befund bleibt negativ. Am 18. I. 1922 sind die Pupillen weit, zeigen geringe Lichtreaktion. Verfallenes Aussehen, hält den Kopf immer nach links gedreht, Hockerstellung am Bettrande, ständig völlig abwesend, er bleibt jedoch für leichte Prüfungen meist zugänglich. Die Auffassung und Merkfähigkeit ist immer schlecht, alles muß mehrfach vorgesprochen werden. Auch bei Besuch der Angehörigen ganz unverändert. Leichte Hyperleukocytose im Blutbild. Liegt ganz kontrahiert im Bett, geht ungeschickt, balanciert aber ziemlich gut. Lumbalpunktion am 2. II. 1922: Druck 50 mm Wasser, Nonne schwach, aber deutlich positiv, Gesamteiweiß leicht vermehrt (2 Teilstrich Nissel), keine Zellen. Seit Februar ißt Patient wieder von selbst, trotzdem fortschreitender Kräfteverfall, schmutzig-gelbe Hautfarbe. Die linke Hand schilfert in großen Lamellen ab. Lumbalpunktion am 21. II. ergibt 200 mm Wasser, sonst gleichen Befund wie zuvor. Nach der Punktion kurze Zeit hyperkinetisch erregt. Ohne den Eindruck der Schläfrigkeit macht Patient immer einen äußerst schwerbesinnlichen Eindruck. Die Spannungen und Haltungen bestehen unverändert fort. Die Orientierung bessert sich nicht, die örtliche ist vorhanden, er benennt den Arzt gelegentlich richtig beim Namen. Es fällt auf, daß er persönlichkeitsfremde Dinge, soweit es sich um leichte Fragen handelt, beantwortet, hingegen persönlichkeits eigene nicht, außer den einfachsten Personalien. Beim Gehen drückt er immer mit dem ganzen Körper nach der entgegengesetzten Richtung. Die Aufmerksamkeit ist nur ganz schwach erweckbar. Die Auffassung ist hochgradig reduziert.

Im Mai ist das Gewicht auf 70 Pfd. gesunken, obgleich er ausreichend und spontan Nahrung nimmt und noch darüber hinaus mit Sonde hinzugefüttert wird. Es entwickelt sich ein schwerer gangränöser Decubitus, jedoch ohne Fieberbewegung. In den letzten Tagen vor dem am 31. V. an plötzlicher Herzschwäche erfolgenden Tode erscheint er psychisch etwas regsamer. Er beantwortet willig einfache Dinge, wenn auch unter größter Mühe. Er macht spontan einige Äußerungen über Angstvorstellungen und Beeinträchtigungen. Die zeitliche Orientiertheit war etwas besser, doch glaubte er, schon ein paar Jahre hier zu sein. Er leugnete Phoneme. Er war bis zum Ende völlig abulisch und ohne Spontanität. Keine aphasischen Erscheinungen. Kein Negativismus bei Denkaufgaben, hingegen in hohem Grade bei allen Veränderungen der Körperlage.

Sektionsbefund: Körpersektion ausgeführt durch das Pathol. Institut Rostock am 1. VI. 1922: Ausgedehnte Decubitalphlegmone. Sepsis. Multiple subpleurale Abszesse in beiden Lungen. Konfluierende Bronchopneumonie in beiden Unterlappen mit frischer fibrinöser Pleuritis rechts. Starke Atrophie des

Herzens. Hypoplasie der großen Gefäße. Abdominale Stauungsorgane und Stauungskatarrh am Magendarmkanal. Hochgradigste allgemeine Macies. Die von Prof. Walter in Gehlsheim vorgenommene anatomische und histologische Gehirnsektion ergibt keine mit der Diagnose im Widerspruch stehende Befunde, insbesondere besteht weder Hirnschwellung, noch Hydrocephalus, noch Leptomeningitis oder Gehirnödem.

Zusammenfassung: Bei einem 20jährigen Mann von normaler Konstitution entwickelt sich, subakut von Anfang mit stuporösen Erscheinungen einsetzend und dauernd unter dem Bilde des Stupors verlaufend, eine schwere Katatonie, die nach achtmonatigem Bestand unter fortschreitendem Kräfteverfall zum Tode führt. Die Diagnose eines schizophrenen Prozesses stützt sich in negativem Sinne auf das Fehlen eines andersgearteten organischen Leidens, in positivem Sinne auf die motorischen Erscheinungen (Spannungen, motorisches Widerstreben, Katalepsie, Grimassieren), auf die affektiven Erscheinungen (Affektblässe, der gegenüber Ängstlichkeit zurücktritt), die schwere Willenstörung (Abulie, Inaktivität).

Der Bewußtseinszustand: Es besteht dauernd hochgradige Schwerbesinnlichkeit, die jedoch nicht die Färbung der Schläfrigkeit aufweist. Auf erhebliche Bewußtseinstörung deutet die dauernde schwere Auffassungsschwäche, neben der auch Merkschwäche zutage tritt. Die Orientiertheit ist dauernd und die Aufmerksamkeit besonders hochgradig gestört; bei letzterer fehlte jede äußere Abgelenktheit. Als Ursache, die sekundär den Ausfall der Bewußtseinstätigkeit hätte hervorrufen können, kommt nur Negativismus in Frage. Derselbe erstreckt sich aber in hohem Grade nur auf das motorische Gebiet. Soweit die Bewußtseinstätigkeit in Frage kommt, besteht Beeinflußbarkeit und Bestreben zu aktiver Leistung. Bei Denkleistungen ist Patient keineswegs ablehnend, er bemüht sich etwas zu leisten, er versagt völlig gleichmäßig vom Leichterem zum Schwereren; niemals besteht irgendein Anhaltspunkt, daß er bessere Leistungen durch Negativismus unterdrückt. Der Negativismus ist nur eine Begleiterscheinung der Bewußtseinschwäche. Auch wahnhaftige Vorgänge, besonders Angstvorstellungen, können den elementaren Ausfall an Bewußtseinsleistungen nicht erklären; ebenso sehr fehlte eine sekundäre affektive Abgelenktheit. Die Schwankungen der Luzidität sind in diesem Falle ganz gering. Die Denkschwäche ist hochgradig entwickelt, sie ist aber hier unauflöslich und primär mit der Unbesinnlichkeit verknüpft. Es handelt sich um eine primäre Bewußtseinstörung mit primärer Störung aller Bewußtseinstätigkeiten.

Differentialdiagnose: Die Schwere der Unbesinnlichkeit, die anfänglichen meningitischen Symptome (Nackensteifigkeit, eingezogener Leib) ließen anfangs an einen organischen Hirnprozeß denken. Die Fieberlosigkeit, der Liquorbefund entschied gegen Meningitis. Das Fehlen der Stauungspapille, der Pulsverlangsamung, der Herdsymptome sprach gegen einen Tumor. Die initiale leichte Albuminurie ist, wie auch sonst beobachtet, auf den katatonischen Prozeß zu beziehen. Die übrigen neurologischen und somatischen Erscheinungen (Pupillenweite, die zeitweise von Lichtstarre begleitet war, Cyanose der Hände, Marasmus) fallen in den Rahmen des katatonen Prozesses. Bemerkenswert ist der Eiweißbefund des Liquors (leicht positiver Nonne und leichte Eiweißvermehrung bei wechselnder Druckhöhe). Der Sektionsbefund hat keinen Anhaltspunkt ergeben, denselben auf irgendeinen anderen Grund als den des schweren katatonischen Prozesses zu beziehen. Auch für selbständige Meningitis serosa hat die Sektion keinen Anhaltspunkt ergeben. Die Art des Leidens, bei dem keine erheblichen meningitischen Erscheinungen vorlagen und bei dem dauernde schwere Störung aller Denkvorgänge im Vordergrund stand, spricht ebenfalls gegen eine solche

Annahme. Die Erhöhung des Liquordruckes mit dem anfänglich angedeuteten Meningismus läßt jedoch an eine der Meningitis serosa äußerlich vielleicht ähnliche Veränderung der Liquorproduktion denken; es liegt jedoch kein Grund vor, ihn ursächlich von dem die psychische Störung verursachenden katatonischen Prozeß zu trennen. Für die Annahme eines toxischen oder infektiösen Stupors hat weder der Krankheitsverlauf noch die Sektion Anhaltspunkte ergeben.

Ich möchte an dieser Stelle auf zwei in gleicher Zeit in Gelsheim beobachtete und von Blumenthal veröffentlichte schizophrene Psychosen hinweisen, bei denen Bewußtseinstörungen gleich schweren Grades auftraten (Fall 6 Toni B. und Fall 5 Meta P.). Der letztere Fall, der anfangs einen so ungewöhnlich organischen Anstrich trug, daß die Diagnose Meningitis serosa gestellt wurde, hat sich im späteren Verlauf als einwandfreie Schizophrenie aufgeklärt.

Ich schließe in gekürzter Form eine zweite Gruppe von Krankheitsfällen an, die den harmonischen Übergang von den soeben geschilderten Krankheitsformen zu dem gewöhnlichen Typ der Dementia praecox bilden und die zu jenen Fällen hinüberleiten, bei denen Bewußtseinsveränderungen ganz im Hintergrunde stehen und deren Bedeutung nur durch den Hinweis auf die eingangs geschilderten schwereren Bewußtseinstörungen geklärt wird.

Fall IV: Frida G., geb. 23. IX. 1889.

Vorgeschichte: Zaghafte, scheue Natur. In letzter Zeit getäuschte Heiratshoffnung.

Erste Aufnahme in Gelsheim 26. IV.—14. VIII. 1921. Seit 14 Tagen akuter Beginn mit Depression. Aufnahme im Stupor. Mutistisch, widerstrebend leichte Katalepsie. Anfangs leichte Temperaturerhöhung. Wird etwas freier. Desorientierung. Leichte Umdämmerung. Zeitweise abgelenkt. Auffassung schwankt, meist schlecht. Nach 3 Wochen schwindet die Dämrigkeit, womit Rückkehr der Orientiertheit und des Auffassungsvermögens eintritt. Sie gibt jetzt über die Vorgeschichte Auskunft, wobei sich teilweise Amnesie für die letzten Ereignisse zeigt. Ziemlich gute Urteilsfähigkeit. Nach achttägigem luzidem Intervall Rückfall in Stupor, gemischt mit deliranter Unruhe. Hypermetamorphotisch. Ängstlich-negativistisch. Klagt über Müdigkeit. Schlafsucht. Erscheint gehemmt. Auffassung ist wieder schlecht. Nach 14 Tagen wieder Aufhellung des Bewußtseins. Gebessert entlassen.

2. Aufnahme in Gelsheim 13. IX.—22. XII. 1921. Patientin war zu Hause einige Wochen lebhaft, beschäftigte sich, dann wurde sie wieder depressiv. Bei der Aufnahme Unbesinnlichkeit, Merkschwäche. Unaufmerksam. Delirante Unruhe in den Händen. Stupor. Einnässen. Sonderfütterung. Nach 3 Wochen schiebt sich ein erneutes luzides Intervall ein. Sodann entwickelt sich eine allmählich zunehmende inkohärente Erregung. Die Orientiertheit bleibt mangelhaft. Starke Aufmerksamkeitsstörung. Urteilsleistungen schlecht. Die Affektlage ist zeitweise euphorisch verbunden mit leichtem Beschäftigungsdrang. Hieran schließt sich ein 4 Wochen dauernder Stupor, in dem Patientin eine verblaßte Ängstlichkeit zeigt. Sie ist gehemmt, zeitlich desorientiert, es treten Spannungen, Nahrungsverweigerung, impulsive Handlungen und Parakinesen auf. Kurz dauernde hyperkinetische Erscheinungen sind eingestreut. Es entwickeln sich zahlreiche katatonische Erscheinungen, wie Katalepsie, Schnauzkrampf, Lachausbrüche,

Grimassieren, Speicheln, Stereotypien und Befehlsautomatie. Im Stupor wird Patientin ungeheilt entlassen.

3. Aufnahme in Gehlsheim 7. II. 1922. Auch in der Zwischenzeit haben akinetische und hyperkinetische Zustände gewechselt. Patientin befindet sich seither in einem Zustand mäßiger inkohärenter Erregung mit zahlreichen katatonischen Erscheinungen. Sie ist in mäßigem Grade negativistisch, obwohl sie gegenüber Fragen und Prüfungen leidlich zugänglich bleibt. Im übrigen ist der Affekt bisweilen leicht ängstlich, meist blaß. Motorisch findet sich Katalepsie, Verharren in bizarren Haltungen, Stereotypien, Maniertheiten und Speicheln. Es bestehen Phoneme. Der Gedankengang zeigt faselige Inkohärenz ohne Produktivität. Den Eindruck der Dämrigkeit hat Patientin in letzter Zeit nicht mehr gemacht, dagegen reagiert sie sehr langsam, besinnt sich lange. Die Auffassung erscheint sehr schlecht, obwohl sie sich wenigstens äußerlich einstellt. Sie ist desorientiert, zeigt Merkschwäche und schwere Aufmerksamkeitsstörung.

Beurteilung: Der Anschluß der Erkrankung an eine gemütliche Erschütterung, die Störung der Bewußtseinsvorgänge, der anfangs ausgesprochene Wechsel von stuporöser Hemmung und leichter euphorischer Erregtheit ließen zunächst an der Diagnose Schizophrenie zweifeln. Das anfängliche Fieber ließ an eine Amentia denken, für die auch die Bewußtseinstörung und der Wechsel akinetischer und hyperkinetischer Zustände ins Feld geführt werden konnte. Der weitere Verlauf hat jedoch dagegen entschieden. Es hat sich kein grundlegendes körperliches Leiden ergeben, der psychische Prozeß erwies sich als ein fortschreitender. Wenn auch die Symptomatologie im einzelnen nichts Entscheidendes gegenüber einer Amentia besagen kann, so paßt doch die Fülle der katatonischen Erscheinungen, die Affektblässe, der Negativismus, die faselige Inkohärenz weitaus eher zu der Diagnose einer Katatonie. Der Bewußtseinszustand ist in den stuporösen Zeiten dämmerig, unbesinnlich und unklar. Es bestehen teilweise Amnesie und leichte deliröse Erscheinungen. Die Bewußtseinstörung nimmt zeitweise den Charakter der Hyperluzidität mit Hypermetamorphose an, wobei aber gleichwohl die Orientiertheit gestört bleibt. Die Auffassung ist stark gestört, die Aufmerksamkeit bleibt durch alle Phasen hindurch erheblich geschwächt. Es besteht zwar dauernd ein erheblicher Grad von Negativismus, er ist aber nicht so stark, um Prüfungen zu verhindern und Denkleistungen dauernd zu unterdrücken. Die Bewußtseinsstörungen bestehen gleichmäßig auch in zugänglichen Zeiten fort. Während Negativismus und Zugänglichkeit momentweise wechseln, schwanken die Elementarsymptome der Bewußtseinsstörung mehr in größeren Zeiträumen oder bestehen dauernd wie die Konzentrationsschwäche und die Desorientiertheit. Apathie erklärt die Ausfälle der Bewußtseinstätigkeit nicht. Es handelt sich auch hier um eine primäre Störung der Bewußtseinstätigkeit, die nur nicht so hochgradig entwickelt ist wie in den vorhergehenden Fällen.

Fall V: Martha B., geb. 4. XI. 1895.

Vorgeschichte: Keine Heredität. Gute Schulleistungen. Normale Konstitution. Seit 2 Jahren wird eine leichte Veränderung des Wesens im Sinne eines stärkeren Betätigungsdranges wahrgenommen. Unmittelbar anschließend an das Abklingen einer schweren mit Pneumonie verbundenen Grippe Einsetzen einer akuten Psychose. Ekstatische Verwirrtheit und Erregtheit. Optische und akustische Halluzinationen. Personenverkennungen. Zeitliche Desorientiertheit.

Aufenthalt in Gehlsheim 16. XI. 1918—7. VII. 1920. Der körperliche und neurologische Befund bieten hier nichts Besonderes. Mangelhafte Orientiertheit. Personenverkennungen. Patientin ist lebhaft, lacht viel, auch unmotiviert,

zornmütig, inkohärent, ekstatischer Gedankengang, Traumhaftigkeit. Die Bewegungsunruhe ist ziellos, einförmig, zum Teil parakinetisch abgeändert. Hochgradige Unaufmerksamkeit. Die passive Auffassung erscheint bisweilen gut, meist ist sie schwer gestört. Auch die Merkleistungen schwanken sehr. Während der ersten Wochen macht Patientin dauernd einen traumhaften Eindruck, sie döst oft vor sich hin. Die Unaufmerksamkeit und die Desorientiertheit erhalten sich durch die ganze Beobachtungszeit in hohem Grade fort. Abgelenktheit durch Sinneseindrücke. Der Gedankengang ist inkohärent, inhaltlich ekstatisch-expansiv. Es finden sich Paralogien, Klang- und Ähnlichkeitsassoziationen, Haften, erschwerte Vorstellungserweckbarkeit. Während anfangs kein merklicher Negativismus besteht, entwickelt sich dieser allmählich, wobei er in der ersten Zeit starken Schwankungen unterworfen ist. Es wechseln erregte und leicht stuporöse Zustände, in denen Denkhemmung auftritt. Die anfangs bestehende Lebhaftigkeit des Affektes läßt nach. Sie wird vorwiegend apathisch, zeitweise ratlos, jedoch ständig sehr wechselnd, zunehmende Gewalttätigkeit und Impulsivität, Grimassieren, Vorbeireden, Lachausbrüche, ungeordnete Größenideen, Phoneme. Die örtliche Orientiertheit kehrt zurück, was trotz des Negativismus sehr wohl feststellbar. Dabei wird sie ständig unzugänglicher, untätig, abulisch und teilnahmslos. Begriffliche Verwechselungen. Juli 1920 äußert sie: „Ich als Laborantin danke für Betschemel. Das kommt mir so russenhaft vor. Ich weiß, daß Sie Herr Ruwold sind. Ich habe gemerkt, daß die Toten unter den Gräbern noch blühen. Ich heiße die deutsche Kaiserin, ich bin die abgesetzte Päpstin von Rom.“ Zunehmende sprachliche Störung und Wortneubildungen. Vorwiegend inkohärent erregt, stuporöse schläfrige Zeiten eingeschoben. Patientin wird ungeheilt entlassen. Seit 16. II. 1921 bis zur Gegenwart befindet sie sich in der Anstalt Sachsenberg. Sie befindet sich hier dauernd in inkohärenter, gewalttätiger, katatonischer Erregung. Die Personenverkennungen verschwanden. 1921 waren einige ruhigere, zugänglichere Tage eingeschoben, in denen sie sich orientierte und die Dauer des Aufenthaltes in Gehlsheim ganz falsch angab.

Beurteilung: Bei einem 23jährigen Mädchen von normaler Konstitution entwickelt sich nach einer längere Zeit vorangehenden ganz leichten Persönlichkeitsveränderung im Anschluß an eine Grippe akut eine schizophrene Erkrankung unter dem Bilde einer progressiv verlaufenden inkohärenten Verwirrtheit, in die sich kurz dauernde, wenig tiefe stuporöse Zeiten einschieben. Der zeitliche Anschluß an eine Grippe, die Traumhaftigkeit der Bewußtseinslage, die schweren Störungen der Bewußtseinstätigkeit ließen an eine Grippe-Amentia denken. Die, wenn auch nur geringe vorauslaufende Persönlichkeitsveränderung, der schwere progressive Verlauf lassen jedoch nur an ein zufälliges Zusammentreffen, evtl. an eine Begünstigung des Ausbruches denken. Die Diagnose der Schizophrenie stützt sich neben dem Verlauf auf die zunehmend negativistische, vorwiegend apathische Affektveränderung, die völlige Abulie, die motorischen Erscheinungen (Parakinesen, Grimassieren, Lachausbrüche), die schwere Denkstörung mit Paralogien und Wortneubildungen.

Bewußtseinszustand: Es besteht akut einsetzend eine dauernd beträchtliche Unklarheit des Bewußtseins, die anfangs eine traumhafte, dösigte Färbung trägt, später in den stuporösen Zeiten auch von Schläfrigkeit begleitet wird. Die Luzidität ist anfangs bemerkenswerten, kurzdauernden Schwankungen unterworfen, die auch von der Auffassung und der Merkfähigkeit kongruent mitgemacht werden. Als sonstige Kennzeichen der Bewußtseinsstörung sind Personenverkennungen und Ratlosigkeit zu vermerken. In einem lichterem Zeitabschnitt kann eine mäßige Amnesie festgestellt werden für den ersten Krankheitsabschnitt. Der Negativismus entwickelt sich erheblich später als die Bewußtseinsstörung, er be-

gleitet nur dieselbe und erklärt sie nicht. Auch die Abgelenktheit ist nur unbedeutend und vermag etwa auf dem Wege über die Aufmerksamkeit die Ausfälle auf dem Gebiete der Bewußtseinstätigkeit nicht zu erklären. Die Denkstörung ist primär und untrennbar mit der Bewußtseinstörung verbunden. Es handelt sich um eine primäre Bewußtseinsstörung und Veränderung der Bewußtseinstätigkeit.

Fall VI: Berta L., geb. 14. IX. 1878.

In Gehlsheim 8. X. 1911—18. IV. 1912 und vom 5. X. 1912 bis zur Gegenwart. Diagnose: Schizophrenie. Heredität und prämorbid Persönlichkeit ist ohne Belang. Patientin machte 13. VIII. 1911 einen Partus durch und war seither etwas auffällig. Bald darauf erkrankte sie an Pneumonie, an die sich eine akute ängstlich-erregte Verwirrtheit anschloß, die anfangs durchaus einer Amentia glich. Während der ersten 3 Wochen des klinischen Aufenthaltes hohes Fieber bis 40°. Leicht übelriechender Fluor und mangelhafter Schluß des Muttermundes deuten auf eine Endometritis. Es bestanden traumhafte Visionen und schwere Inkohärenz, deren Inhalt durchaus aus reproduktivem Material bestand. Völlig desorientiert. Vorwiegend hyperkinetisch, kurze akinetische Zustände eingestreut. Impulsivität und Verbigeration. Verknennung von Ort und Personen. Schwere Aufmerksamkeitsstörung und Merkschwäche. Nach Entfieberung bleibt die Erregung zunächst auf unverminderter Höhe. Nach 4—5 Monaten folgt ein Übergangsstadium, in dem die Orientiertheit stark wechselt. Bei Fragen besinnt sie sich lange. Andeutung von Amnesie. Allmählicher Übergang in ein orientiertes chronisches Stadium, das dauernd in abgeschwächter Form hyperkinetische und hypokinetische Zeiten wechseln läßt und progressiven Zerfall der Denkvorgänge aufweist. Die anfangs vorwiegend freundliche Stimmung geht allmählich und fortschreitend in Negativismus über. Unmotiviertes Lachen, faselige Inkohärenz, Urteilsschwäche, Wortneubildungen, optische und akustische Halluzinationen. Vorwiegend Apathie und Abulie. Merkfähigkeit und Auffassung bessern sich, während die Aufmerksamkeit dauernd gestört bleibt. Dem Eindrücke nach erscheint Patientin bewußtseinsklar.

Beurteilung: Eine 33jährige Frau von normaler Konstitution erkrankt im Anschluß an eine Wochenbettsneumonie akut an einer Schizophrenie. Der Anschluß an den körperlichen Prozeß, die Fieberbewegung, der Wechsel hyper- und akinetischer Phasen, die Verwirrtheit verbunden mit Störungen der Bewußtseinstätigkeit ließen zunächst an eine infektiöse Amentia denken. Das Fortschreiten der Psychose nach der Entfieberung, der progressive gedankliche Zerfall sprachen gegen diese Annahme. Bei der Höhe des Fiebers liegt die Annahme nahe, daß es sich im Beginn der Erkrankung wirklich um eine putride Endometritis gehandelt hat, wenn auch eine entsprechende Diagnose nicht gestellt wurde. Wahrscheinlicher als ein rein zufälliges Zusammentreffen mit dieser körperlichen Krankheit ist die Annahme, daß das voraufgehende körperliche Leiden den Ausbruch der Schizophrenie begünstigt hat. Eine endgültige Entscheidung hierüber wird nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnisse jedoch nicht möglich sein. Das Endstadium charakterisiert sich nicht als ein einfacher residuärer Schwächezustand, sondern als ein schweres, zu fortschreitendem Zerfall führendes Leiden. Es ist deshalb auch ein residuärer Schwächezustand nach Infektionspsychose abzulehnen. Die Diagnose der Schizophrenie gründet sich auf die fortschreitende affektive und intellektuelle Verblödung, die in Negativismus und faseliger Inkohärenz ihre charakteristische Färbung erhält. Daneben sind Abulie, Manieriertheiten, Lachausbrüche, Halluzinationen vermerkt.

Bewußtseinszustand: Gleichzeitig mit dem akuten Beginn setzt eine

schwere unklare Bewußtseinshyperluzidität mit starkem Vordrängen von Erinnerungsbruchstücken ein, die von traumhaften Visionen, Desorientiertheit, Merk- und Aufmerksamkeitsstörung und Andeutung von Amnesie begleitet wird. Die Bewußtseinstrübung geht durch ein Zwischenstadium von stärkeren tageweisen Schwankungen der Lucidität in ein Endstadium über, das keine greifbaren Veränderungen der Bewußtseinsklarheit mehr erkennen läßt. Während die Orientiertheit zurückkehrt, bleibt die Aufmerksamkeitsschwäche auch jetzt fortbestehen. Negativismus entwickelt sich erst im späteren Verlauf der Psychose und kommt für den initialen Ausfall der Bewußtseinstätigkeit nicht in Frage. Bei dem Fehlen von Abgelenktheit, bei den nur mäßig lebhaften sensorischen Erscheinungen sind auch andere sekundäre Ursachen für dieselben auszuschließen. Es handelt sich im akuten stürmisch verlaufenden Anfang der Psychose um eine primäre Bewußtseinstrübung und primäre Störungen der Bewußtseinstätigkeit, während die residuale Aufmerksamkeitschwäche das letzte erkennbare Zeichen einer Veränderung des Bewußtseins bleibt.

Fall VII: Martha Schl., geb. 27. IX. 1896. Aufgenommen 31. V. 1921. Diagnose: Schizophrenie, depressive Form mit katatonischen Symptomen. Patientin zeigt im Beginn der akut im Anschluß an eine Grippe einsetzenden Krankheit Bewußtseinstrübung vom Charakter der Schwerbesinnlichkeit und Umdämmerung. Als Ausdruck derselben findet sich Desorientierung, Merkschwäche, Aufmerksamkeitsstörung und Amnesie. An sonstigen Kennzeichen sind Personenverkennungen und Ratlosigkeit zu vermerken. Der Affekt ist anfänglich lebhaft, ängstlich, später geht er progressiv in Negativismus über. Weder Negativismus noch Abgelenktheit üben im Beginn einen erheblichen Einfluß auf die Bewußtseinstätigkeit aus. Nach $\frac{1}{2}$ jähriger Krankheitsdauer tritt der Eindruck der Dämrigkeit nicht mehr auf. Die Orientiertheit bessert sich, ohne jedoch vollständig zu werden. Es handelt sich um eine primäre Bewußtseinstrübung mit primären Störungen der Bewußtseinstätigkeit.

Ich habe aus dem Gros der Schizophrenien des gleichen Zeitabschnittes, aus dem die obigen Krankheitsfälle entnommen sind, eine Anzahl herausgegriffen und daraufhin untersucht, welche Merkmale von Bewußtseinstrübung oder Unklarheit sich nach den bisher erörterten Grundsätzen bei ihnen auffinden lassen. Ich habe hierbei keine systematische Auswahl getroffen, mich aber wenigstens teilweise solchen Fällen zugewendet, bei denen ich greifbare Merkzeichen von Bewußtseinsveränderung zu finden hoffte. Ich gebe im folgenden nur in Stichworten das über den Bewußtseinszustand Erhobene wieder. Es handelt sich hierbei nach dem Stande der Kenntnisse um diagnostisch sichere Krankheitsfälle.

Fall VIII: Berta M., geb. 28. IV. 1886. Aufgenommen 11. III. 1920. Diagnose: Schizophrenie. Akuter Beginn der Erkrankung, keine Dämrigkeit, jedoch Störungen der Bewußtseinstätigkeit, Merkschwäche, Unaufmerksamkeit. Desorientiert. Auffassung besser. Daneben finden sich Personenverkennungen und Ratlosigkeit. Negativismus ist frühzeitig entwickelt, er hemmt die Zugänglichkeit, ohne die Ausfälle der Bewußtseinstätigkeit zu erklären. Orientierungsstörung und Merkschwäche halten im weiteren Verlaufe an. Der Grad einer greifbaren Bewußtseinstrübung wird hier nicht erreicht, dementsprechend keine Amnesie und leidliche Auffassung, dagegen finden sich primäre Störungen der Bewußtseinstätigkeit bezüglich Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit.

Fall IX: Henny L., geb. 24. IV. 1894. Aufgenommen 8. V. 1916. Diagnose: Schizophrenie. Patientin war zeitweise geistesabwesend, ratlose Verkennungen. Klagt über Müdigkeit und Denkfähigkeit. Konfabulationen. Schläft zeitweise viel. Stuporöse Phasen wechseln mit katatonischen Erregungen. Sehr langsame Reaktionen bei Assoziationsversuch. Amnesie für die erregten Zeiten. In der Regel, wenn auch nicht immer richtig orientiert. Auffassung vermindert. Zeitweise in sich versunken. Aufmerksamkeitsschwäche. Die Bewußtseinsklarheit weist stärkere Schwankungen auf, abwesendes, versunkenes Verhalten, Müdigkeit, Denkfähigkeit, Amnesie weisen auf Bewußtseinstörungen hin; daneben findet sich die Bewußtseinstätigkeit in Gestalt von Auffassungsschwäche und Unaufmerksamkeit gestört. Als weitere Zeichen für Bewußtseinsstörung finden sich Ratlosigkeit und Verkennungen. Die Orientiertheit ist weniger gestört. Der Negativismus nimmt später einen breiten Raum ein, erklärt jedoch nicht die Ausfälle der Bewußtseinstätigkeit.

Fall X: Grete L., Schwester von Fall IX, geb. 7. II. 1898. Aufenthalt in Gehlsheim vom 4. VII.—13. IX. 1913. Diagnose: Katatonie. Akuter Beginn mit ängstlicher hyperkinetischer Erregung ohne den greifbaren Eindruck einer Bewußtseinstörung. Infolge Heftigkeit der motorischen Entladungen ist es anfangs nicht möglich, einen Einblick in ihren Bewußtseinszustand zu erhalten. Nachdem nach Ablauf einiger Wochen ein Umschlag in Akinese eingetreten ist, deuten schwere Denkhemmung und Erschwerung des Gedankenablaufes auf Unbesinnlichkeit. Die Orientierung ist gestört, die Auffassung erschwert. Es bestehen Verkennungen. Patientin glaubt viel länger in der Klinik zu sein, als es der Fall ist. Merkschwäche. Negativismus ist stark entwickelt, jedoch nicht so kontinuierlich, um nicht in zugänglicheren Zeiten einen richtigen Einblick in den Bewußtseinszustand zu erhalten und dessen Störungen als primär zu erkennen. Die nur gering entwickelte Halluzinose und Abgelenktheit kommen als Ursachen nicht in Frage. Patientin kommt nach der Entlassung in eine gute Remission.

Fall XI: Martha A., geb. 1. I. 1882. Aufgenommen 14. X. 1921. Diagnose: Katatonie. Chronischer Beginn seit einem Jahr. Dann akute Steigerung zu hochgradiger, ängstlicher Erregtheit, in der delirante Unruhe vermerkt wird. Aufnahme im Stupor. Infolge von stark ausgeprägtem Negativismus ist es sehr schwer, den primären Bewußtseinszustand festzustellen. Stärkere Trübung scheint zu fehlen, in zugänglichen Momenten ist der Gedankenablauf ungehemmt, die Auffassung und Merkfähigkeit leidlich. Ratlose Verknennung der Situation. Auch in zugänglichen Momenten zeigt sich Desorientiertheit. Ablenkung durch wahnhaft Denk vorgänge. Progressive Zunahme des Negativismus und der katatonischen Verworrenheit, die kaum noch einen Einblick in den Bewußtseinszustand gestatten. Die Auffassung scheint erheblich gestört zu sein. In diesem chronisch beginnenden Falle scheint die Bewußtseinstörung nur gering entwickelt zu sein. Die deliriösen Erscheinungen, die ratlosen Verkennungen, die Desorientiertheit, die Auffassungsmängel deuten darauf hin, daß eine solche nicht ganz fehlt. Der Ausfall der Bewußtseinstätigkeit wird vorwiegend sekundär durch Negativismus und lebhaft Wahnbildungen verursacht.

Fall XII: Anna W., geb. 25. X. 1901. Aufgenommen 13. VII. 1921. Diagnose: Katatonie. Akuter Beginn. Ständiger Wechsel von inkohärenter hyperkinetischer Erregtheit, die sich zu deliriöser Verworrenheit steigert und stuporösen Zuständen. Häufiger Wechsel des Bewußtseinszustandes, niemals dämmerig. Zeitweise sehr abgelenkt, hypermetamorphotisch. Ebenso häufiger Wechsel der Orientiertheit. Wechselnder Negativismus. Ratlos. Die Bewußtseinsstörung trägt oft einen hyperluziden hyperästhetischen Anstrich („sie weiß mehr wie früher“), zeitweise

besteht delirante Färbung. Auch in den von Negativismus freien Momenten ist die Bewußtseinstätigkeit nicht intakt.

Fall XIII: Elisabeth Sch., geb. 23. VIII. 1890. Aufgenommen 3. I. 1915. Diagnose: Schizophrenie mit katatonischen Erscheinungen. Subakuter Beginn. Eine greifbare Bewußtseinstörung ist nicht feststellbar. Gefühl allopsychischer Veränderung. Ratlosigkeit. Die Auffassung erscheint vermindert. Antworten oft erst auf wiederholtes Fragen. Später erscheint die Auffassung leidlich. Die Orientiertheit ist wenig gestört. Die Luzidität und Bewußtseinstätigkeit ist nur wenig affiziert. Sekundäre Störungen durch Negativismus und lebhafte Wahnbildungen.

Fall XIV: Wilhelm B., geb. 5. III. 1900. Aufgenommen 8. IV. 1920. Diagnose: Katatonie bei Deбилität. Subakuter Beginn. Patient zeigt in periodischer Wiederkehr katatonische Erregungszustände, in denselben werden ekstatisch-expansive Ideen neben somatopsychischen Wahnvorstellungen geäußert. Der Bewußtseinszustand ist infolge Vorbeiredens und Negativismus nicht direkt feststellbar. Es scheint jedoch eine gewisse Schwerbesinnlichkeit vorzuliegen. In den Zwischenzeiten ist Patient zugänglich, mäßig dement. Es zeigt sich, daß eine für die einzelnen Phasen wechselnde, meist beträchtliche Amnesie für die Erregungen besteht, so daß dieselben, abgesehen von den gehäuften parakinetischen Erscheinungen und sprachlichen Besonderheiten manchen epileptischen Dämmerzuständen ähneln. Zeitweise konnte erschwerte Auffassung, Desorientiertheit und völlige Verwirrtheit festgestellt werden.

Fall XV: Martin A., geb. 6. XII. 1894. Aufgenommen 30. V. 1918. Diagnose: Katatonie. Chronischer Beginn. Über den Bewußtseinszustand wird vermerkt: gehemmt, besinnt sich schlecht, in Sprache und Bewegung langsam, müdes Verhalten. Leichte Benommenheit. Er gibt an, das Sprechen falle ihm schwer, er könne nichts behalten, er habe alles vergessen, sei wie zerschlagen gewesen. Die Orientiertheit ist intakt. Bei im allgemeinen kontinuierlichem Verlauf werden einige katatonische Erregungszustände beobachtet, die mit ihrer deliranten Unruhe Dämmerzuständen ähneln. Er zeigt hierbei dämmrigen Gesichtsausdruck, Personenverkennungen, Ratlosigkeit und Desorientiertheit. Ein Bruchstück einer Beobachtung sei hier angeführt: „Er ist damit beschäftigt, ein kleines Stückchen Papier in die Mitte eines Sonnenfleckes auf der Bettdecke zu legen. Er deckt dann ein zweites Stück Papier darüber. Als Grund gibt er an, es habe gebrannt, er habe es schon flimmern sehen. Er wolle die Sonne abhalten. Dabei ist das Papierstückchen viel kleiner als der Sonnenfleck. Er nimmt dann das untere Ende der Bettdecke und legt sie über den Sonnenfleck, darauf ein Stückchen Tuch und eine Reihe weiterer Gegenstände. Er nimmt immer das eine weg, um das andere dafür hinzulegen; bedeckt dabei immer nur die Hälfte des Sonnenfleckes, indem er den Rand des Papiers genau parallel mit dem Rande des Sonnenfleckes legt. Bald darauf äußert er: ‚Vorsicht, der Mond kommt! Zwei sind abgefallen, die sind unterwegs, die werden gleich einfallen. Gestern abend wurde von dem einen Stern zum andern geschossen. Die Figur, die den Mond darstellt, habe ich entzwei geworfen. Der ganze Himmelsbogen ist abgesaut.‘ Hierbei zeigt Patient groben Tremor und kongestioniertes Gesicht. Er kramt ununterbrochen mit Bettstücken und Bettgestellen, um sich teils zu schützen, teils dieselben aus dem Gefahrenbereich zu bringen. Auf Fragen nach Orientiertheit geht er nicht ein.“ Im späteren Verlauf wird Patient immer unzugänglicher, so daß kaum noch etwas über seinen Bewußtseinszustand gesagt werden kann. Im Beginn der chronisch verlaufenden Psychose werden leichte Zeichen von Bewußtseinstörung in Form von leichter Benommenheit, Unbesinnlichkeit, Hemmung, Müdigkeit, Zerstreutheitsgefühl beobachtet. Sie sind im allgemeinen gering und

lassen die Orientiertheit intakt. Sie erreicht höhere Grade in dem akuten Schub einer katatonischen Erregung, die einem Dämmerzustand ähnelt. Sekundäre Einflüsse kommen für diese Ausfallserscheinungen nicht in Frage.

Fall XVI: August A., geb. 5. IX. 1849. Aufgenommen 4. VI. 1889. Diagnose: Hebephrenie. Ausgesprochen chronisch verlaufender Fall. In den ersten Jahren der Krankheit wird vermerkt: Mangelhafte Orientiertheit. Faßt die Fragen vielfach falsch auf. Unbesinnliches Wesen. Konfabulationen. In den späteren Jahren zeigt er annähernd normale Bewußtseinstätigkeit, doppelte Orientiertheit. Bei einem schleichend verlaufenden Krankheitsprozeß sind Bewußtseinstörungen sehr gering, werden jedoch nicht ganz vermißt.

Fall XVII: Paul D., geb. 21. XII. 1897. Aufgenommen 2. II. 1920. Diagnose: Schizophrenie. Subakuter Beginn. Der Bewußtseinszustand ist anfangs traumhaft benommen und schwerbesinnlich. Patient ist langsam, schwerfällig, schläfrig, er faßt langsam und schwer auf, die Aufmerksamkeit ist erheblich gestört. Merkschwäche. „Es ist mir, als ob alles weg ist.“ Ratlos. Bei Prüfungen versteht er nicht, was von ihm verlangt wird. Im späteren Verlauf sind Bewußtseinsveränderungen nicht mehr sicher feststellbar, da durch Negativismus und verworrener Wahnbildung der primäre Zustand überdeckt wird, wahrscheinlich sind sie nur noch gering.

Fall XVIII: Ida H., geb. 2. II. 1888. Aufenthalt in Gehlsheim 11. VIII. 1919—2. XII. 1920. Diagnose: Katatonie. Akuter Beginn, nachdem 1½ Jahre zuvor ein erster Krankheitsfall vorausging. Patientin zeigt anfangs ein ekstatisches religiösverrücktes Wesen. Die Auffassung ist erschwert und verlangsamt, sie macht den Eindruck starker Denkhemmung. Sie klagt wiederholt, es liege wie ein Bann auf ihr und bittet den Arzt, ihr den Bann abzunehmen. „Ich war im Bann des Herrn der Welt, das Gedächtnis versagt manchmal, manchmal bin ich verwirrt geworden.“ Zeitliche Orientiertheit mangelhaft. Mit Rücktritt der stürmischen Erscheinungen treten die Bewußtseinsstörungen zurück, Patientin wird besser orientiert, hingegen entwickelt sich fortschreitender Negativismus. Bei Entlassung ist Orientiertheit und Merkfähigkeit noch reduziert.

Fall XIX: Anna S., geb. 21. VIII. 1886. Aufgenommen 22. I. 1920. Diagnose: Katatonie. Chronischer Beginn, nachdem sie schon vor 7 Jahren einmal erkrankt war. Sie wurde vergeßlich. Personenverkennungen. Die Orientiertheit ist mangelhaft, schlechte Auffassung, Merkfähigkeit besser. Zeitweise ablehnendes Verhalten, verwirrte Handlungen. Auffassung und Merkfähigkeit verschlechtern sich. Sehr unaufmerksam. Sitzt wie geistesabwesend da. Verträumter Ausdruck. Die Bewußtseinsklarheit wechselt beträchtlich. Bei an sie gerichteten Fragen fragt sie immer wieder: „Was denn?“ Unter Schwankungen des Bewußtseinszustandes verträumt, ablehnend. Auf Bewußtseinstörung deutet die Auffassungs- und Merkschwäche, daneben finden sich Personenverkennungen und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Orientiertheit wechselt mit der Bewußtseinsklarheit. Negativismus ist vorhanden, erklärt jedoch die Ausfallserscheinungen nicht. Sekundäre Störungen durch Abgelenktheit, lebhaftes Wahnbildungen bestehen nicht.

Die in letzter Gruppe kurz geschilderten Krankheitsfälle ließen sich in unbegrenzter Zahl vermehren. Doch werden in Ansehung der beschränkten Raumverhältnisse die angeführten Fälle die Schlußfolgerungen zur Genüge stützen.

In den geschilderten Krankheitsfällen sind uns Krankheitsbilder aus der Gruppe der Schizophrenie mit Bewußtseinsstörungen vierfacher

Abstufung vor Augen getreten. Fall 1 bis 3, denen sich 2 Fälle von Blumenthal anreihen, zeigten die stärksten Bewußtseinsveränderungen; daran reihen sich Fall 4 bis 7 mit mäßigen Trübungen, während der Rest nur geringe Anzeichen, die auf eine getrübtte Bewußtseinslage hinweisen, aufwies. Es ließe sich noch eine 4. Gruppe anreihen, zu denen Fall 11, 13 und 16 gehören, bei denen das Bewußtsein fast klar erscheint und nur Störungen der Bewußtseinstätigkeit als Anzeichen für nicht greifbare Klarheitsänderungen bemerkbar werden. Ich glaube, daß sich in diese 4. Gruppe sämtliche Formen von Schizophrenie, soweit ihr Bewußtseinszustand in Frage steht, einteilen lassen. Bestimmte Angaben über das prozentuale Verhältnis dieser 4 Gruppen vermag ich nicht zu geben, da hierzu eine ungleich größere Anzahl von Krankheitsfällen hätte durchforscht werden müssen. Da jedoch alle Krankheitsfälle aus dem gleichen Zeitabschnitte stammen, so kann schätzungsweise angegeben werden, daß, wenn man von der paranoiden Demenz und der Dementia simplex absieht, die ich nicht in das Bereich meiner Untersuchungen gezogen habe, sondern nur die Hebephrenie, Katatonie und inkohärente Verblödung ins Auge faßt, vielleicht die Hälfte aller Fälle in die 3. Gruppe fällt, während die andere Hälfte sich annähernd gleich auf die übrigen Gruppen verteilt. Jedenfalls scheinen mir Formen der Gruppe 1 mit stärkeren Bewußtseinstrübungen im Gegensatz zu der Annahme mancher Autoren keineswegs selten zu sein.

Ich möchte zunächst nochmals die Aufmerksamkeit auf die Bewußtseinstrübungen im allgemeinen hinlenken. Indem ich die durchforschten Krankheitsbilder überblickte und indem ich eine Reihe von symptomatischen und Infektionspsychosen mit herbeizog, schien es mir möglich, 4 allerdings unscharf getrennte, sich häufig mischende und sogar im Verlauf der gleichen Krankheit einander vertretende Prädilektionstypen von Bewußtseinstrübungen zu erkennen. Es wäre dieses auf der lähmungsartigen Seite der Trübungen die dämmrige und die unbesinnliche Bewußtseinstrübung; auf der erregungsartigen Seite dagegen zwei Formen, die ich als die sensorisch-hyperluzide und als die reproduktiv-hyperluzide bezeichnen möchte. Die dämmrige Trübung erhält ihren sinnfälligen Ausdruck durch die traumhafte Schläfrigkeit, eine hochgradige Schwäche der Auffassung bis zum Verlust jeder Beziehungen zur Umwelt, wohingegen innere, traumhafte Vorstellungen von mehr oder minder starker Inkohärenz in einem dämmrigen Lichte vorüberschweben. Die unbesinnliche Trübung ermangelt hingegen des dämmrigen Ausdruckes, sie empfängt ihr besonderes Gepräge durch die Erschwerung und Verlangsamung der begleitenden gedanklichen Vorgänge, mit dem Bewußtseinsausdruck der Abwesenheit und des Insichversunkenseins. Die Kranken machen einen gehemmten Ein-

druck, womit jedoch nicht die Affekthemmung der Melancholie zu verwechseln ist. Der Affekt ist ratlos, der Zusammenhang mit der Umwelt ist besser, die Kranken bemühen sich aufzufassen und nachzufolgen, doch sind Auffassung, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit schwer gestört. Die Orientiertheit ist nicht so vollständig wie im ersten Fall, jedoch erheblich beeinträchtigt. Traumahalluzinose ist seltener. Es liegt der Gedanke nahe, die erste Form als einen höheren Grad, die zweite als einen geringeren Grad von Bewußtseinslähmung aufzufassen. Ich möchte mich im allgemeinen hierfür entscheiden, ohne zu verkennen, daß auch noch andere Gründe für das Auftreten der einen oder der anderen Form mitzuwirken scheinen. Es scheint dagegen zu sprechen, daß dämmerige Trübungen auch bei geringer Gehirnschädigung (Müdigkeit, Narkose, Schlaf), Unbesinnlichkeit, bei schwereren destruktiven Prozessen auftreten können, so daß wohl auch an Verschiedenartigkeit der Ursachen zu denken wäre. Sehr häufig ist eine Mischung beider Arten von Trübung vorhanden und schien mir dieses bei den untersuchten Fällen auf einen höheren Grad der Trübung hinzudeuten. An Stelle der Dämmerigkeit und Denkhemmung findet sich bei anderen Fällen von Bewußtseinstörung eine gesteigerte Lebendigkeit der Bewußtseinsvorgänge von sehr eigenartigem Gepräge, verbunden mit affektiver und motorischer Erregtheit. Bei der einen Form, die ich als die reproduktive bezeichnen möchte, handelt es sich vorwiegend um einen gesteigerten Zustrom von Erinnerungsbruchstücken, während die Beziehung zu den Gegenwartseindrücken, die Tätigkeit der Sinneswahrnehmungen mehr oder minder abgeschnitten ist. Die Kranken sind wenig oder gar nicht fixierbar. Kraepelin findet dieselbe besonders bei den Delirien. Er sagt hier: „Der Schwellenwert für äußere Einwirkungen ist erheblich erhöht aber für innere Erregungen vermindert.“ In einer kleinen Anzahl von Fieberdelirien, die ich daraufhin untersucht habe, fand ich ebenfalls diese Form. Die zweite von mir als sensorisch bezeichnete Form zeigt gerade umgekehrt eine gesteigerte Abgelenktheit durch Sinneseindrücke, die sich bis zur Hypermetamorphose steigern kann. Bonhöffer schildert dieselbe bei der Amentia und auch bei Delirien, sie findet sich auch bei epileptischen Ausnahmezuständen. Ob sie auch Beziehungen zu ähnlichen Zuständen bei der Paralyse und der verworrenen Manie besitzt, möchte ich dahingestellt sein lassen. Bonhöffer charakterisiert dieselbe als ein zwangsmäßiges Achten auf Sinneseindrücke mit deutlicher optischer und akustischer Hyperästhesie. Er sah diese Erscheinungen auch die Form der Ideenflucht annehmen. Er fand bei den Kranken das subjektive Gefühl des erleichterten Gedankenablaufes und weitere manische Symptome. In dem Fall eines Fieberdelirs entwickelten sich an Paralyse erinnernde Größenideen. Das Bewußtsein fand er hierbei erheblich getrübt, zum

Teil jedoch leidlich luzide, so daß die Unterscheidung von Manie schwierig wurde. Es scheinen also möglicherweise keine scharfen Grenzen zwischen einer hyperluziden Bewußteintrübung und dem manischen Symptomkomplex zu bestehen. Ich selbst vermißte bei der von mir als hyperluzide Trübung bezeichneten Erregtheit die manischen Kennzeichen einer Ideenflucht und des Betätigungsdranges. Der Affekt war wohl lebhaft, aber nicht heiter, eher leicht ängstlich. Oft beschäftigten sich die Kranken mit einer unheimlich wirkenden Lebendigkeit mit Todesvorstellungen. Bonhöffer ist geneigt, für den Übergang in ein manisches Bild eine individuelle Anlage als Ursache anzuerkennen, im übrigen aber den verschiedenen Benommenheitszuständen Quantitätsunterschiede der Benommenheitstiefe zugrunde zu legen. Man könnte geneigt sein, hyperluzide Erregtheit als Vorstufe der lähmungsartigen Benommenheit aufzufassen, es trifft dies sicher auch für viele Fälle zu. Man findet bei schweren Infektionsdelirien die lebhafteste Bewußtseinserregtheit mit agonalem Fortschreiten des Prozesses in Somnolenz und Koma übergehen. Ähnlich liegen die Verhältnisse auch bei vielen Nervengiften, insbesondere bei der akuten Alkoholintoxikation. Aber es muß für andere Fälle diese Annahme wieder in Zweifel gezogen werden infolge der Beobachtung, daß manche deliriöse Prozesse viel schwerer sein können als die Veränderungen bei leichten dämmerigen Traumzuständen. Es müssen also neben der Schwere des Prozesses noch andere Momente, die in der Konstitution oder der Art der Schädigung liegen, mitspielen. Nicht minder ungeklärt ist es, warum in dem einen Fall selbst bei der gleichen Krankheitsform einmal eine reproduktive, ein andermal eine sensorische Hyperluzidität auftritt. Mischungen und gegenseitiger Wechsel und Verknüpfung mit Lähmungssymptomen sind auch hier sehr häufig.

Ewald will das oft beobachtete manieartige Vorstadium von Infektionspsychosen als ersten Ausdruck der beginnenden Bewußtseinslähmung, die zunächst den Fortfall von Hemmung verursacht, ansehen, und er trennt diese Zustände grundlegend von dem manischen Symptomenbilde. Es fragt sich, ob die Zustände, die Ewald im Auge hat, sich mit den von mir als hyperluzide Trübung bezeichneten Zuständen decken. Wenn ich ihn recht verstehe, hat er auch besonnenere, ideenflüchtige Bilder im Auge, die ich in die hyperluzide Trübung vorerst nicht einbeziehen möchte, insofern ist die von mir vorgenommene Trennung vom manischen Bilde jener von Ewald nicht völlig gleich zu setzen. Ich selbst bin geneigt, hyperluzide Trübung von manischen Bildern, die beide im Verlauf organischer Psychosen vorkommen können, aus praktischen Gründen zu trennen. Bei der hyperluziden Erregtheit fand ich vorwiegend Haften, Inkohärenz und die ausgeprägten Merkmale der Bewußteintrübung. Andererseits sehen wir bei Steigerung des

manischen Krankheitsprozesses bis zur verworrenen und inkohärenten Manie diese Erscheinungen bis zu einem gewissen Grade auch auftreten, so daß man außer an die Verschiedenheit der Vorgänge doch auch wieder nur oder neben diesen an Unterschiede in der Schwere und dem zeitlichen Ablauf des Prozesses zu denken berechtigt wäre. Vielleicht sind die Verhältnisse so zu denken, daß das Bewußtsein in der Tat gewissermaßen nur mit einer quantitativ abgestuften Skala von Tönen auf verschiedenartige Schädigungen zu antworten vermag, daß aber Verlaufsart und spezifische Färbungen durch ursächliche Faktoren und vielleicht auch die Konstitution bedingt werden. Es könnte dann, trotzdem die Skala der Bewußtseinsstufen nur auf quantitative Reize reagieren würde, doch der Gesamtzustand, der eben noch andere Bausteine als jene aus dem Bewußtseinszustande enthält, nicht nur genetisch, sondern symptomatologisch grundlegend verschieden sein. Aus praktischen Gründen erscheint mir eine Sonderung dieser Formen schon jetzt geboten, wenn auch eine restlose Klärung der Unterschiede zurzeit noch nicht möglich ist. Ich stimme mit Ewald darin überein, daß die Anfänge von Bewußtseinstrübung für unsere direkte Wahrnehmung in der Regel verborgen bleiben. Sie treten dagegen sehr frühzeitig mit Aufmerksamkeitsstörungen in die Erscheinung, wir haben aber keinen Beweis, daß solche geringgradigen Bewußtseinstrübungen nicht auch bei dem einfachen manischen Symptomenbild schon vorliegen.

Wenn man die geschilderten Krankheitsfälle überblickt, so muß zunächst die Tatsache festgestellt werden, daß Bewußtseinstrübungen zum Teil erheblicher Art in breitem Umfange bei der Dementia praecox vorkommen. Bei den Krankheitsfällen der beiden ersten Krankheitsgruppen fällt dieses ohne weiteres in die Augen. Es besteht Dämrigkeit und Unbesinnlichkeit oder eine Mischung von beiden. Daneben finden sich auch hyperluzide Trübungen. Alle werden begleitet von erheblichen Ausfällen in der Bewußtseinstätigkeit, größtenteils finden sich amnestische Erscheinungen. Bezüglich der hohen Beweiskraft der letzteren für den Nachweis von Bewußtseinstrübungen verweise ich auf das eingangs Gesagte. Kontinuierliche Übergänge finden sich zu der Gruppe 3 und 4, deren Deutung ermöglicht wird durch stärkere Zeichnung der voraufgehenden Gruppe. Die Erscheinungen von Bewußtseinstrübung treten in ihnen zurück. In Gruppe 3 sind sie noch leicht vorhanden, während sie in Gruppe 4 zu fehlen scheinen. Hingegen sind Störungen von Auffassung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Orientiertheit als besonders feine Anzeiger von Bewußtseinstrübungen noch immer in beträchtlichem Umfange nachweisbar. Es kann gesagt werden, daß in allen untersuchten Fällen der schizophrene Krankheitsprozeß zu einer allgemeinen Schädigung des Bewußtseins geführt hat. Der Unterschied bestand nur darin, daß der Grad der Schädigung

ein sehr verschiedener war. In leichtesten Fällen wurde dem Untersucher nur die gestörte Bewußtseinstätigkeit bemerkbar, während das Bewußtsein leidlich klar erschien. Bei den schwereren Schädigungen wurden dann die Bewußtseinstrübungen immer greifbarer. Mit dieser Annahme einer zunehmenden allgemeinen Schädigung des Bewußtseins stimmt auch die Beobachtung zusammen, daß, wenn man von Gruppe 4 zur Gruppe 1 hinaufgeht, die Trübungen zuerst episodisch, sehr flüchtig, singulär auftreten, sich besonders in akuten Steigerungen und katatonischen Erregungen finden, wobei sie in Fall 14 und 15 den Grad eines umschriebenen Dämmerzustandes erreichen. Sodann gewinnen sie immer mehr an Umfang und beherrschen in der ersten Gruppe durchaus das Krankheitsbild. Sie erreichen aber auch hier nicht den Grad einer kontinuierlichen Bewußtseinslähmung, wie in der Somnolenz oder im Koma, sondern weisen immer noch Schwankungen und luzide Intervalle auf. Nur der besonders schwere und in direkter Wirkung tödlich verlaufende Fall 3 zeigt eine kontinuierliche besonders tiefe Unbesinnlichkeit. Ich möchte an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, daß mir die Durchsicht einer Anzahl von Benommenheitszuständen organischer Erkrankungen das gleiche Bild der ständigen Luziditätsschwankungen ergeben hat. Ich fand letztere selbst noch bei den schwersten und furibundesten Prozessen, die erst mit dem agonalen Koma in eine kontinuierliche Bewußtseinslähmung überging. Es ist also auch hierin ein grundlegender Unterschied zwischen organischer und schizophrener Bewußtseinstrübung nicht zu erblicken. Bei jedem einzelnen Krankheitsbilde ist bereits nachgewiesen, daß die Bewußtseinsstörung primär war. Es wurde hervorgehoben, daß der Negativismus, der am meisten für den Beobachter den Bewußtseinszustand zu verdecken und auseinander zu zerren scheint, in der Mehrzahl im Beginn der stärksten Bewußtseinsstörung noch kaum angedeutet war und sich erst später nach dem Zurücktreten der Bewußtseinsstörung progressiv entwickelte. Er begleitete die Bewußtseinsstörungen und verdeckte oft die Bewußtseinsausfälle, vermochte sie aber nicht ursächlich zu erklären. Ebenso wenig vermochten Abgelenktheit, die nur selten stärkere Grade erreichte und meist völlig fehlte, Wahnbildungen, halluzinäre Vorgänge, die selten sehr stürmisch auftraten, die Erscheinungen auf dem Gebiete des Bewußtseins zu begründen.

Es fragt sich, welche Ursachen eine so verschiedengradige Ergriffenheit des Bewußtseins bei den vier unterschiedenen Gruppen veranlassen. Es scheint mir, daß hierfür die Schwere des Krankheitsprozesses und der zeitliche Ablauf verantwortlich zu machen sind. Die 7 Fälle der ersten beiden Gruppen zeigten mit nur einer Ausnahme einen akuten Beginn. Es schienen mir dies auch besonders schwere Verlaufsformen zu sein. Fall 3 führte durch den schizophrenen Krank-

heitsprozeß direkt zum Tode, die andern gingen ohne Remissionen in schwere Endzustände mit gedanklichem Zerfall aus. Bei den übrigen Gruppen finden sich auch noch akute, aber wesentlich zahlreicher subakute und chronische Verlaufsformen, die im Endstadium oft nur einen Teilabbau bis zum Erhaltenbleiben einer gewissen Arbeitsfähigkeit bewirkten. Auf einen Zusammenhang mit dem zeitlichen Ablauf deutet auch der Umstand, daß bei chronischen Fällen die Bewußtseinstörungen sich vornehmlich an die Schübe und katatonischen Erregungen anschlossen.

Es ist noch ein weiterer Punkt in Erwägung zu ziehen. Von den ersten 7 Fällen schloß sich bei 4 Fällen das akute Stadium an körperliche Krankheiten an (einmal Kongestionsabszeß, einmal fieberhafte Endometritis, zweimal Grippe). Es ist bei den einzelnen Krankheitsgeschichten dargelegt worden, daß es sich nicht um symptomatische Psychosen, sondern um echte Schizophrenien handelt. Es wäre aber daran zu denken, ob nicht das Symptomenbild erst durch den körperlichen Krankheitsvorgang die Zutat der Bewußtseinstörung erhalten hat. Der Umstand, daß Fall 1, 3 und 4 ohne ein körperliches Leiden die gleichtiefe Bewußtseinstörung aufwiesen, scheint mir dagegen zu sprechen. Die Bewußtseinsstörungen nehmen bei der Schizophrenie einen viel breiteren Raum ein, während das Zusammentreffen des Beginns mit körperlicher Krankheit ein erheblich selteneres ist. Die Erfahrung zeigt auch nicht, daß bei später interimistisch auftretenden körperlichen Krankheiten ein erneutes Anschwellen der Bewußtseinstörungen eintritt. Das Verhältnis zu dem körperlichen Prozeß lag auch bei diesen Fällen keineswegs gleichartig. Bei Fall 2 und 6 setzten die Psychosen erst nach Ablauf des körperlichen Leidens ein; bei Fall 3 gingen die Vorboten der psychischen Krankheit der körperlichen monatelang voraus; nur bei Fall 5 fielen Fieberstadium und Beginn der Psychose direkt zusammen. Es ist daher nicht angängig, die Bewußtseinstörungen auf symptomatisch-infektiöse Prozesse zu beziehen, hingegen ist daran zu denken, ob nicht in vereinzelten Fällen, wie in Fall 5, der körperliche Prozeß auslösend oder beschleunigend auf den psychischen Krankheitsvorgang einwirkt, mit dem dann naturgemäß auch eine stärkere Bewußtseinstörung verknüpft wäre. Bonhöffer bemerkt hierzu: „Schwere Katatoniefälle gehen erfahrungsgemäß im ersten Beginn nicht selten mit Fieberbewegung einher (Fall 4 meiner Beobachtung). Es muß auf die Erfahrung hingewiesen werden, daß nicht selten endogene Psychosen durch einen fieberhaften Prozeß und besonders durch den Fieberabfall ausgelöst werden. In anderen Fällen handelt es sich darum, daß bisher unbeachtet gebliebene Initialerscheinungen der Dementia praecox (vielleicht Fall 3) durch die Fiebererregung eine stärkere Äußerung erfahren.“ Es wird zu dieser

Ansicht Bonhöffers nichts weiteres zur Klärung hinzuzusetzen sein.

Es ist von Interesse festzustellen, ob sich besondere der von mir angedeuteten Typen von Bewußtseinstörung bei den untersuchten Fällen herausheben und ob dieselben einen Hinweis auf den Grad und die Art des Krankheitsprozesses bieten. Bei den ersten 7 Fällen fand ich einmal eine vorwiegend unbesinnliche, einmal eine vorwiegend dämmrige, viermal eine gemischt dämmrig-unbesinnliche Form, einmal war ein sensorisch-hyperluzider Zustand eingestreut; ein Fall war vorwiegend reproduktiv-hyperluzide getrübt. Bei den Gruppen 3 und 4 herrschte die unbesinnliche Form ganz überwiegend (8mal), nur zweimal trat in akuten Schüben eine unbesinnliche-dämmrige Trübung auf, ein Fall trug eine sensorisch-hyperluzide Färbung. Wenn sich auch scharfe Grenzen nicht finden lassen, so scheint mir das Ergebnis dafür zu sprechen, daß die dämmrige Trübung oder solche mit dämmrigem Einschlag der Ausdruck von stärker und akuter verlaufenden Bewußtseinschädigungen sind, während die unbesinnlichen Formen den chronischer verlaufenden und geringgradigeren Bewußtseinsveränderungen entsprechen. Aus dieser Feststellung fällt jedoch Fall 3 heraus, der bei seiner besonderen Schwere doch nur eine tiefe unbesinnliche Trübung aufweist. Über die Stellung der hyperluziden Trübungen läßt sich bei der geringen Anzahl von Beobachtungen nichts aussagen, nur scheinen beide Arten bei der Schizophrenie vorzukommen.

Von jenen psychischen Vorgängen, die einen Rückschluß auf die Bewußtseinsklarheit gestatten, stehen, wie bereits ausgeführt, die Auffassung und das Symptom der Amnesie oben an. Beide zeigen, wenn deutlich ausgeprägt, recht bemerkenswerte Grade von Bewußtseinstörung an. Es ist darum beachtenswert, daß ich amnestische Erscheinungen bei einer ganzen Reihe von Schizophrenien nachweisen konnte. Auffassungsstörungen primärer Art ließen sich, wenn auch oft sehr schwankend, ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle nachweisen. Im großen genommen stimme ich hierin mit der Mehrzahl der Autoren überein, nur finde ich dieselben in viel größerer Ausdehnung und Häufigkeit. Kraepelin ist geneigt, den Wahrnehmungsausfall im katatonen Stupor durch Aufmerksamkeitsfesselung, d. h. durch Abgelenktheit durch innere und äußere Vorgänge, die für andere Wahrnehmungen unzulänglich machen, zu erklären. Wenn dieser sekundär bedingte Wahrnehmungsausfall auch vorkommt, so muß ich demgegenüber betonen, daß die von mir festgestellten zahlreichen Auffassungsdefekte bei richtiger Willens- und Aufmerksamkeitseinstellung gefunden wurden und somit primärer Natur waren.

Als ein feinerer Anzeiger bei oft noch kaum greifbarer Bewußtseinstörung ist die Merkschwäche anzusehen. Ich finde sie in sehr großem

Umfange bei der Schizophrenie gestört, auch in solchen Fällen, bei denen weniger der Anschein der Dämmrigkeit als jener der Unbesinnlichkeit erreicht wird. Ich stimme hier mit der Ansicht der Autoren nicht überein, die geneigt sind, allzusehr in sekundären Affekt- und Willenseinflüssen die Ursachen von Ausfallserscheinungen zu erblicken. Bei unbefangener Prüfung meiner Fälle konnte ich immer wieder feststellen, daß wohl Abulie und Negativismus zeitweise den Einblick in das Seelenleben verwehren, daß aber ebenso beim Schwinden der verdeckenden Einflüsse und bei eintretender Zugänglichkeit und willensgemäßer Einstellung das Resultat der Merkschwäche unverändert blieb und die Art einer durchaus primären Merkschwäche trug. Erst bei den geringeren Graden von Bewußtseinstrübung in den chronisch verlaufenden und den Endzuständen schien die Merkfähigkeit oft normale Werte zu erlangen.

Der feinste Anzeiger leichter oder beginnender Bewußtseinstrübung scheint mir die Aufmerksamkeit zu sein. Hierauf deutet die Beobachtung hin, daß sie das erste Zeichen der Ermüdung und Erschöpfung ist. Sie übertrifft daher bei ausgesprochenen Bewußtseinstrübungen dem Grade nach alle anderen Störungen der Bewußtseinstätigkeit und scheint noch bei abflauendem und in Chronizität übergehendem Krankheitsprozeß alle andern Erscheinungen der Bewußtseinstrübung zu überdauern. Sie scheint so eine gewisse Selbständigkeit zu erlangen, im praktischen Sinne nicht mehr an Bewußtseinstrübungen geknüpft zu sein, wenn sie auch der wirklichen Bedeutung nach von solchen nicht zu trennen ist. Die Aufmerksamkeitsstörungen spielen wie überhaupt in der Psycho-Pathologie so auch in der Dementia praecox die größte Rolle und ich habe keinen der untersuchten Krankheitsfälle ohne Aufmerksamkeitsstörungen gefunden. Ich will mich nicht im einzelnen damit auseinandersetzen, ob die aufgestellten Typen der Sperrung, Hemmung, Bestimmbarkeit, Abgelenktheit der Aufmerksamkeit wirklich der Ausdruck von Unterschieden der Aufmerksamkeitsstörungen selbst sind oder ob diese Färbungen nicht vielmehr von anderen psychopathologischen Vorgängen her durch psychische Verknüpfung angeheftet sind. Ich konnte mich jedenfalls nicht davon überzeugen, daß es bei der Schizophrenie dem Grunde nach eine besondere Art von Aufmerksamkeitsstörungen gäbe, die eine Absonderung von solchen bei anderen Krankheitsgruppen gestatten würde. Das Spiel der Aufmerksamkeitsveränderungen in einem psychischen Krankheitsablauf erscheint mir so komplizierten, so mannigfachen Einflüssen unterworfen zu sein und so vielerlei Gestaltungen annehmen zu können, daß Feststellungen hierüber doch nur für Einzelmomente, Einzelfälle oder Einzelgruppen Gültigkeit haben würden. Kraepelin findet bei der Dementia praecox die maximale Aufmerksamkeit stärker gestört als

die habituelle. Es würde dieses doch für das Überwiegen einer primären Störung sprechen, da die habituelle Aufmerksamkeit mehr sekundären, affektiven und ablenkenden Einflüssen unterworfen ist als die maximale. Ich selbst vermag nichts Allgemeingültiges zu dieser Besonderheit auszusagen. Interesselosigkeit, Apathie, Negativismus, die ihre Domäne bei der Schizophrenie haben, werden allerdings ihrerseits auch auf die Art der Bewußtseinstätigkeit abfärben, und in diesem Sinne wird man von einer apathischen Aufmerksamkeitsstörung und einer Sperrung der Aufmerksamkeit sprechen können, doch sind dieses meines Erachtens zusammengesetzte Gebilde, die durch sekundäre Verknüpfungen mit dem Grundsymptom der reinen Aufmerksamkeitsstörung ihre Färbung erhalten. Ich befinde mich hier mit den Autoren in Widerspruch, die bei der Schizophrenie die Aufmerksamkeit primär intakt und nur sekundär gestört finden; hingegen stimme ich mit Wieg-Wickenthal überein. Es erschien mir bei meinen Beobachtungen möglich, sekundäre Einflüsse abzusondern und ausgebreitete Aufmerksamkeitsstörungen *sui generis* festzustellen; ja sie schienen mir durchaus frühere und grundlegendere Krankheitserscheinungen zu sein, als die erst bei länger fortwirkendem Krankheitsprozeß eintretenden Affekt- und Willenslähmungen.

Das zusammengesetzte Gebilde der Orientiertheit zeigt bei ausgesprochener Störung bereits einen merklichen Grad von Bewußtseins-trübung an. Es findet dieselbe daher ihren besonderen Platz bei den organischen Psychosen mit Bewußtseins-trübungen. Leichteste Grade werden jedoch auch in Fällen zu finden sein, in denen die Trübung noch nicht greifbar geworden ist. Ich finde die Störungen der Orientiertheit bei der Schizophrenie einen sehr breiten Raum einnehmen, wenn sie sich auch bei der Mehrzahl in mäßigen Grenzen halten und besonders auf Mängel der zeitlichen Orientiertheit erstrecken werden. Ich sehe mich veranlaßt, an dieser Stelle die Aufmerksamkeit auf einen Punkt hinzulenken, der meines Erachtens besonders leicht den Anlaß zu Fehlschlüssen gibt. Es sind dies die im Anschluß an Schwankungen der Bewußtseinsklarheit auch häufig wechselnden Grade der Orientiertheit. Nur zu häufig finden wir die Orientiertheit bei der Schizophrenie tageweise wechselnd; in länger andauernden, scheinbar tiefen Verwirrheitszuständen überrascht uns auf einmal eine Äußerung, die auf richtige Orientiertheit hindeutet, und wir sind leicht geneigt, die Orientiertheit als den wirklichen Dauerzustand anzunehmen, die darauf folgende Desorientiertheit aber als scheinbare und auf negativistischer Unterdrückung beruhend zu erklären. Nach meinen Beobachtungen kann es wohl derartig bedingte Verhältnisse geben; und doch wäre es ein Fehlschluß, die Mehrheit solcher Schwankungen so zu erklären. Ich gestehe, daß mich erst die gegenwärtige genaue Beschäftigung mit

dieser Erscheinung zu der Erkenntnis führte, daß es sich sehr häufig um einen wirklichen Wechsel der primären Orientiertheit und der Bewußtseinstätigkeit handelt. Es bestärkte mich hierin auch das Auffinden genau analoger Erscheinungen bei symptomatischen und delirösen Psychosen. Ähnlich wie bei der Orientiertheit schienen mir auch mit dem Wechsel der Bewußtseinsklarheit kongruent gehende Schwankungen der Auffassung und Merkfähigkeit sowohl bei der Schizophrenie als auch bei organischen Psychosen gang und gäbe zu sein. Durch eine Verkennung dieser in Wirklichkeit primären Schwankungen wird mir die Ansicht der Autoren erklärbar, daß bei der Schizophrenie die Orientiertheit in der Regel intakt sei und bestenfalls Störungen durch sekundäre Einflüsse verursacht würden. Bei den Endzuständen und bei durchweg chronischen Verlaufsarten fand ich ebenfalls die Orientiertheit intakt, häufig verdecken apathische und negativistische Einflüsse den eigentlichen Orientierungszustand, wahnhafte Vorgänge können die sogenannte doppelte Orientiertheit hervorrufen, doch wird eine fortlaufende Beobachtung meist den wirklichen Zustand der Orientiertheit erkennen lassen.

Es ergibt sich die Frage, ob es bei der Schizophrenie eine besondere Art von Bewußtseinsveränderung gibt, die eine Unterscheidung von solchen bei organischen Psychosen gestattet. Denkt man sich aus den verschiedenen Stufen der Bewußtseinsveränderungen bei der Schizophrenie einen Durchschnittsgrad derselben gebildet, so wird derselbe nicht hochgradig sein, ein Bild ergeben, das nur in besonderen Episoden Dämrigkeit oder Unbesinnlichkeit aufweist, im übrigen nur mehr oder minder ausgeprägte Veränderungen der Bewußtseinstätigkeit erkennen läßt. Dieses Durchschnittsbild bleibt ohne Zweifel bezüglich der Tiefe der Bewußtseinstörung erheblich hinter dem Durchschnittsbild zurück, das wir aus der Summe organischer Psychosen gewinnen. Ich kann den Unterschied jedoch nur in einem quantitativen Grade der Bewußtseinstörung erblicken. Die Form der dämmrigen und unbesinnlichen, der sensorisch- und reproduktiv-hyperluziden Bewußtseinstörung sind keine anderen als sie bei organischen Psychosen auch auftreten, nur der Grad der Ausprägung ist verschieden. Wenn es qualitative Unterschiede im Symptomenbilde beider Psychosengruppen gibt, so müssen sie auf einem andern Gebiete als dem der Bewußtseinstörung gesucht werden. Gehen wir aber nicht von den Durchschnittsbildern beider Gruppen aus, sondern vergleichen die Tiefe der Bewußtseinstörung bei den Endgliedern der organischen Psychosen mit jener der Anfangsglieder der schizophrenen Reihe, so muß dieselbe durchaus gleichgesetzt werden. Die Bewußtseinsunklarheit bei symptomatischen Psychosen vom Charakter der Amentia und bei den in meiner ersten Krankheitsgruppe vereinigten Krankheitsfällen ist genau die

gleiche. Kraepelin hat geglaubt, der Amentia eine besondere Bewußtseinslage (Traumhaftigkeit bei Erhaltenbleiben der Aufmerksamkeit und des elementaren Auffassungsvermögens) zuerkennen zu müssen, wogegen Bleuler Einspruch erhebt. Gegen Kraepelins Auffassung ist zu sagen, daß schon theoretisch eine Bewußtseinstrübung ohne Aufmerksamkeits- und Auffassungsschwäche schwer zu denken ist. Ich glaube, daß die Bewußtseinstrübung bei beiden Fällen keine verschiedene sein kann, daß aber verschiedene sekundäre Färbungen durch Willenseinflüsse vorkommen können. Ich finde jedoch, daß diese fördernden oder hemmenden Willenseinflüsse, wenn auch nicht in gleicher Häufigkeit, bei beiden Krankheitsgruppen auftreten können, was sich mit Bonhöffers Ansicht deckt. Eine typische Anordnung der Ausfallserscheinungen der verschiedenen Arten der Bewußtseinstätigkeit, wie etwa bei der epileptischen Degeneration, wo die Auffassungsschwäche von einer besseren Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit absticht und was vielleicht mit einer besonderen Schwäche der begrifflich-sprachlichen Vorgänge zusammenhängt, konnte ich bei der schizophrenen Trübung nicht finden. Mir schien sie im allgemeinen sehr diffus, ähnlich gerade jener bei der Amentia und beim Infektionsdelir zu sein. Wenn mir im allgemeinen die Aufmerksamkeit am frühesten und stärksten betroffen zu sein schien, so halte ich dieses bei der besonderen Empfindlichkeit dieser Bewußtseinsäußerung gerade für den typischen Ablauf von Bewußtseinstrübungen. Die Ähnlichkeit zwischen den Gruppen der Amentia und der ersten Gruppe meiner Beobachtungsreihe besteht jedoch nicht nur in der Art der Bewußtseinsstörung, sondern kann auch in der Mehrzahl der andern Symptome vorhanden sein. Ich verweise diesbezüglich auf die eingangs erwähnten Darlegungen Bonhöffers, denen ich mich anschließe. Wenn ich mir die Frage vorlege, welche Merkmale eine Unterscheidung beider Gruppen ermöglichen können, so kann ich zu den Merkmalen, die Bonhöffer von der symptomatischen Seite her aufgestellt hat (kombinierte optisch-taktile Sinnes-täuschungen, besonders starke Ausprägung von psycho-motorischen Reizerscheinungen im Bereich der Gesichts-, Mund- und phonetischen Muskulatur), von der schizophrenen Seite her neben dem Verlauf und dem Fehlen einer körperlichen Begleiterkrankung anführen, die Häufung katatonischer Züge, das Auftreten von Störungen des gedanklich-sprachlichen Ausdrucks (Paralogie, Wortneubildungen, Verquickungen) das Durchscheinen von Zerfall der Persönlichkeit und die meist erst allmählich deutlich werdende Abulie und Affektblässe. Es können aber alle diese Symptome im ersten Stadium mehr oder minder im Stich lassen, es können auch bei der Schizophrenie körperliche Begleitkrankheiten auftreten, das von Bonhöffer für die symptomatologische Seite noch angeführte Auf- und Abschwanken der Symptome,

das Erhaltenbleiben eines gewissen Krankheitsgefühls können sich sehr häufig im Beginn der Schizophrenie ebenfalls finden, so daß oft nur der Verlauf eine Entscheidung bringen kann.

Es fragt sich zum Schluß, welche Folgerungen aus der Feststellung über das Vorkommen und die Ausbreitung von Bewußtseinstörungen bei der Schizophrenie sich für die Ursachen und die Stellung derselben im allgemeinen finden lassen. Ich lenke neben meinen Resultaten die Aufmerksamkeit nochmals auf die Feststellungen von organischen Symptomen durch Reichardt, Pötzl, Rosenfeld und andere Autoren hin. Sind länger fortbestehende mit destruktiven Vorgängen verbundene primäre Bewußtseinstörungen der Ausdruck eines organischen Krankheitsprozesses, woran wohl nicht zu zweifeln ist, so muß auch die Schizophrenie als eine organische Gehirnerkrankung aufgefaßt werden. Sie muß mithin ihre Stellung in der Gruppe der organischen Psychosen finden. Sollte dieser organische Prozeß im Gegensatz zu anderen als ein endotoxischer aufgefaßt werden müssen, so wäre wenigstens bezüglich der Bewußtseinsveränderungen kein grundlegender Unterschied zwischen ekto- und endotoxischen Formen zu machen. Sie erhält ihre Besonderheit gegenüber den gewöhnlich als organisch bezeichneten Psychosen dadurch, daß die Bewußtseinstörung durchschnittlich bei langsamem Krankheitsverlauf nur geringe Grade der Tiefe erreicht und die Trübung in der Mehrzahl nur in Störungen der Bewußtseinstätigkeit ihren Ausdruck findet. In nicht zu seltenen Fällen haben beschleunigter und stürmischer Ablauf der Vorgänge jedoch auch höhere Grade der Bewußtseinstörung zur Folge. Ich finde mich hier, wenigstens soweit es den von mir untersuchten Bewußtseinszustand bei der Schizophrenie anbelangt, mit einer Ansicht von Specht zusammen, der den wesentlichsten Unterschied der endogenen und exogenen Symptome in dem Unterschied der Quantität und der zeitlichen Entfaltung der Ursachen erblickt. Je feiner und langsamer eine allgemeine Schädigung das Zentralnervensystem trifft, um so geringer werden auch die Bewußtseinsveränderungen sein, um so mehr wird der Zusammenhang der Bewußtseinsvorgänge erhalten bleiben und den psychologischen Reaktionen und Vorgängen Spielraum zur Entfaltung verbleiben. Specht nennt es die Mitarbeit des intakten Seelenanteils. Und so werden auch bei der Schizophrenie, sobald die Bewußtseinsunterbindungen zurücktreten, die mehr oder minder geschlossenen Wahnbildungen in sichtbare Erscheinung rücken. Ich möchte mich der Ansicht Spechts in vollem Umfange anschließen, soweit dieselbe sich auf den immerhin in erster Linie zu nennenden Anteil erstreckt, den die Bewußtseinsstörungen und deren Folgeerscheinungen in der Psychopathologie haben. Diese scheinen mir durch die von Specht angeführten Ursachen der Quantität und Akuität allein

in Bewegung gesetzt zu werden. Ob vielleicht noch andere Seiten der Psyche den gleichen oder ähnlichen Gesetzen folgen, möchte ich mit Specht für möglich halten. Ich möchte aber annehmen, daß Konstitution und andere spezifische Vorgänge über die Wirkungen der Quantität und Akuität hinaus einen Trennungsstrich zwischen die Psychosen des erweiterten Rahmens der auf einem organischen Prozeß beruhenden Psychosen ziehen. Es bleibt daher unerschüttert, daß Eigenart des Krankheitsvorganges, Ausdehnung und Lokalisation Verlauf, Besonderheit der Formen und Eigenart der Färbung der Psychosen bestimmen und dadurch die Abgrenzung von Krankheitsbildern ermöglichen.

Zusammenfassung: Der Schizophrenie liegt ein organischer Krankheitsprozeß zu Grunde, der zu Veränderungen des Bewußtseins führt. In den chronischen Verlaufsformen und in den Endzuständen erreicht dieselbe nicht den Grad der greifbaren Bewußtseinstrübung, sondern führt nur zu mehr oder minder ausgeprägten Veränderungen der Bewußtseinstätigkeit. Die Tätigkeitsäußerungen des Bewußtseins besitzen eine verschieden abgestufte Empfindlichkeit gegenüber krankhaften Einflüssen, dieselbe nimmt zu von der Auffassung über die Merkfähigkeit zur Aufmerksamkeit. Bei den akuten Formen und in den Schüben erreicht die Bewußtseinsveränderung den Grad der Bewußtseinstrübung, die ähnlich wie bei organischen Psychosen die Form der dämmrigen, der unbesinnlichen, der sensorisch-hyperluziden und reproduktiv-hyperluziden Bewußtseinstrübung annehmen kann. Bei der hier gewöhnlich erreichten mittleren Höhe der Trübung ist die Luzidität ständigen mehr oder minder ausgesprochenen Schwankungen unterworfen. Affekt und Willenseinflüsse verdecken oft sekundär die Bewußtseinsveränderungen, doch erklären sie dieselben nicht. Bei den akuten Formen beginnt die Krankheit mit Bewußtseinstrübungen, während Negativismus und Willensschwäche erst erheblich später zur Entfaltung kommen. Der Durchschnittsgrad der Bewußtseinstrübung bei der Schizophrenie ist erheblich geringer als der, der durchschnittlich bei den gewöhnlich als organisch bezeichneten Psychosen erreicht wird, doch ist der Unterschied bezüglich der Bewußtseinstrübung nur ein quantitativer.

Literatur:

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. 1916. — Derselbe: Gruppe der Schizophrenien. Aschaffenburgs Handbuch, sp. Teil 4, I. — Blumenthal: Psychosen bei Hydrocephalus, Meningitis serosa, Hirnschwellung und Pseudotumor. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 64. — Bonhöffer: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, allgemeinen Erkrankungen und inneren Erkrankungen. Aschaffenburgs Handbuch, sp. Teil 3, I. — Ebbinghaus: Grundriß der Psychologie. 3. Aufl. 1911. — Ewald: Zur Frage der klinischen Zusammen-

gehörigkeit der symptomatischen Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., 44. — Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. — Michel: Die körperlichen Störungen bei Dem. praecox. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1913. — Pfersdorf: Über eine Verlaufsart bei Dem. praecox. Neurol. Zentralbl. 1909. — Pötzl: Zur Frage der Hirnschwellung und ihre Beziehungen zur Katatonie. Jahrbücher f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 31. — Rosenfeld: Zur klinischen Diagnose der Hirnschwellung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 53, H. 3/4. — Derselbe: Über atypische Psychosen. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 65, H. 1/3. — Rosenthal: Über einen schizophrenen Prozeß im Gefolge einer hirndrucksteigernden Erkrankung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 25. — Specht, G.: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 19. — Stransky: Lehrbuch der Psychiatrie. — Trömmel: Das Jugendirresein. Sammlung von Abhandlungen a. d. Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten von Alt. Bd. 3. — Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl. — Wieg-Wieckenthal: Zur Klinik der Dem. praecox. Aschaffenburgs zwanglose Abhandlungen. Bd. 7 u. 8.
