

Aus der Universitätsnervenklinik Leipzig [früher Dir.: Geh. Rat Prof. Dr. *Bumke*]
und der Landesanstalt Arnsdorf [Dir.: Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Schlegel*].)

Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie.

Von

Dr. med. **Carl Schneider**,

Anstaltsarzt an der Landesanstalt Arnsdorf (Sachsen).

I. Mitteilung*).

Vorwort.

Die Analyse der Störungen des inneren Erlebens Schizophrener.

(Eingegangen am 8. Dezember 1924.)

Vorwort.

Die vorliegende Untersuchung will keine übersichtliche Zusammenfassung unseres Wissens über die schizophrenen Erkrankungen geben. Sie sucht vielmehr dieses Wissen als Vorbereitung für das einheitliche Problem der klinischen Umgrenzung der Schizophrenie unter den methodischen Voraussetzungen der Denkpsychologie zu betrachten. Da eine klare Abgrenzung der schizophrenen Einzelsymptome, Zustandsbilder und Verläufe nur durch eine klare Definition „des Schizophrenen“ zu erzielen ist, ergibt sich überall die Frage nach dem Wesen „des Schizophrenen“. So wurde die genetische Definition der spezifisch schizophrenen Erscheinungen und ihre begriffliche und symptomatologische Trennung von unspezifischen typischen und individuellen Symptomen eine wesentliche Vorbedingung für die Lösung des Umgrenzungsproblems. Dieses steht ja jetzt erneut im Mittelpunkt klinischen Interesses, seitdem die Erblichkeitsforschung unter der Schwierigkeit leidet, daß die Definition der Schizophrenie bisher nur vorwiegend durch negative Merkmale und vieldeutige Begriffe gegeben werden kann (vgl. die neuere Formulierung durch *Jaspers*).

Evident wird nun das Wesen psychopathologischer Erscheinungen nur in Analogiesetzung zum Erlebnistatbestand des Gesunden. Deshalb richtet sich auch die in dieser Untersuchung angewandte Methode vorwiegend mit auf die Gewinnung und Begründung einer Analogie aus dem Erleben des Gesunden.

Die Beschreibung der Tatbestände erforderte von vornherein das Verlassen jeder neurologisierenden und assoziationstheoretischen Be-

*) 2.—4. Mitteilung erscheinen in Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie.

trachtungsweise. Dafür fielen aber außerdem noch die Darlegungen *Hoenigswalds* (Grundlagen der Denkpsychologie) entscheidend ins Gewicht. Ihnen verdanke ich wesentliche Anregungen. Mit ihnen setzt sich auch ein Abschnitt der Untersuchung, der die methodischen Voraussetzungen behandelt, in einzelnen Fragen auseinander.

Allerdings führt die denkpsychologische Methode von den geläufigen Standpunkten der Klinik weit ab. Das führte dazu, in eingehenden Auseinandersetzungen überall die Tatbestände gesunden und kranken Erlebens zum Vergleich heranzuziehen. Leider verbot es das Interesse der geschlossenen Beweisführung überall auch spezielle Beweise für neuartige Auffassungen nichtschizophrener Symptome mit in die Erörterungen zu verweben. Überall führen diese daher, wo zur näheren Präzisierung der Eigenart schizophrener Erscheinungen der Hinweis auf ähnliche, aber wesensverschiedene krankhafte Vorgänge nicht zu umgehen war, nur bis an die allgemeine Problemstellung in der betreffenden Symptomengruppe heran.

Dabei ergab sich, daß die Analyse der Schizophrenie in ihrer Eigenart zugleich zu weitgehenden Folgerungen für die Probleme der Symptome anderer Psychosen, der Klassifikation und des Aufbaus führt, weil sie Voraussetzungen allgemeinsten Art fordert, unter die die Voraussetzungen für andere Psychosen als spezielle Gestaltungen fallen. Auch hier mußte freilich die Erörterung im einzelnen unterbleiben.

In der Darstellung der Literatur bin ich aus äußeren Gründen, um die Untersuchung nicht unnötig zu belasten, sparsam vorgegangen. Wichtige theoretische Auffassungen haben überall eingehende Berücksichtigung gefunden, spezielle Arbeiten dagegen nur, wenn sie theoretisch wichtige Resultate enthalten.

Von dem Material, auf das sich die Untersuchung stützt, habe ich überall nur Typen und theoretisch Wichtiges wiedergegeben. Es stammt aus der Nervenlinik Leipzig und der Heilanstalt Arnsdorf. An dem reichen Krankenmaterial dieser Institute und der Heilanstalt Dösen habe ich im Verlauf mehrerer Jahre die verwerteten Beobachtungen gesammelt. Den Herren Geh. Rat Prof. Dr. *Bumke* (München), Geh. Medizinalrat Dr. *Schultze* (Arnsdorf) und Obermedizinalrat Dr. *Nitsche* (Dösen) bin ich für ihre lebenswürdige Unterstützung, Erlaubniserklärung zur Veröffentlichung der Krankengeschichten und Zugänglichmachung aller Fälle zu größtem Danke verpflichtet.

1. Über die Aufgaben der Psychologie in der Umgrenzung der Schizophrenie.

In seinem Referat über die Schizophrenie hat *Willmanns*¹⁾ die Meinung geäußert, daß ihm die klinischen Möglichkeiten, von der Schizophrenie ihr ähnliche Krankheitsbilder abzugrenzen, erschöpft zu sein

scheinen. Er betont, daß der Kern der Krankheitsgruppe sicher durch eine einheitliche Krankheit gebildet werde, aber die Unterscheidung dessen, was von dieser eigentlichen Schizophrenie als symptomatologisch ähnliche, aber wesensverschiedene Krankheit abzutrennen sei, gelänge nur, wenn sich schizophrene Symptome gelegentlich auf Psychosen aufpfropfen, deren Erkennung auf Grund somatischer oder gewisser psychischer Grundsymptome sonst möglich sei. Er führt als Beispiele die Hirnlues, die Paralyse, die alkoholische Korsakoffpsychose, die Hirnarteriosklerose an. Außerhalb solcher an charakteristischen Symptomen unterscheidbaren Krankheiten, fehle die Möglichkeit „symptomatisch ähnliche Erkrankungen von der Dementia praecox abzutrennen“.

Seit *Bleulers*²⁾ Monographie ist die Meinung, die Schizophrenie stelle nur ein klinisches Syndrom dar, das auf der Basis wesensverschiedener biologischer Krankheitsvorgänge entstehen könne, fast durchgängig vertreten worden. Um so mehr, als auch *Kraepelin* schon vor *Bleuler* angesichts der ungeheuren Variabilität der Symptomgruppierungen und Verlaufsformen sich ähnlich geäußert hatte. *Kraepelin* hatte deswegen schon frühzeitig versucht, diese wechselnden Bilder in wohlunterschiedene Gruppen aufzuteilen. Aber erst durch *Bleuler* wurde die Anschauung, die Schizophrenie sei ein Syndrom, zur allgemeinen Geltung gebracht. Merkwürdigerweise sind aber nur wenige Versuche in dieser Richtung veröffentlicht worden; *Kleist* hat einmal auf einer Tagung der nordwestdeutschen Psychiater über eine eigene Einteilung der schizophrenen Verlaufstypen berichtet, ohne doch zu endgültigen Resultaten gekommen zu sein.

Bleulers Anschauung erwuchs aus seiner Theorie der schizophrenen Symptome. Für ihn, der auf der Theorie der assoziativen Spaltung als Grundsymptom der Schizophrenien die Lehre von der Entstehung der klinischen Symptomatik Schizophrener aus der Komplexspaltung aufbaute und die *Freudschen* Mechanismen in den schizophrenen Symptomen wiederzufinden meinte, gab es gar keine andere Möglichkeit, als von vornherein die so entstehenden Krankheitsbilder als Syndrome aufzufassen. Denn die gleichen Mechanismen sollten in gleicher Weise an dem Aufbau ganz anderer Krankheiten, der hysterischen Psychosen, der verschiedensten Neurosen, beteiligt sein. Und was bei diesen anscheinend offenkundig war, die verschiedene biologische Pathogenese, mußte auch für die Schizophrenie gültig sein.

Obwohl nur wenige Psychiater *Bleuler* in dem psycho-analytischen Teil seiner Darlegungen folgten, blieb doch die Meinung von der Syndromnatur der Schizophrenien allgemein anerkannt, trotzdem sie eigentlich losgelöst von den sonstigen Gedankengängen *Bleulers* ihren ursprünglichen Sinn verliert. Ihr kam eben von anderer Seite her die Er-

kenntnis unterstützend entgegen, daß die katatonen Symptome auch bei sicher nicht schizophrenen Krankheiten zu finden sind.

Die psychologische Fragestellung ist in der Schizophrenie nicht neu. Sie ist es ja gewesen, die letzten Endes zur Aufstellung der verschiedenen „Theorien“ der Schizophrenie geführt hat. Eigentlich ohne Ausnahme — denn *Kleists*³⁾ Anschauungen gelten lediglich für die Entstehung der motorischen und sprachlichen Symptome, zudem ohne ausdrückliche Bezugnahme auf die Schizophrenie — haben diese Theorien ein psychologisches Gepräge, das je nach der sonstigen psychologischen Einstellung bei den einzelnen Forschern verschieden ist. Und ebenso ausnahmslos suchen alle Theorien die variablen klinischen Symptome in einer Grundstörung zusammenzufassen, für die ein Kardinalsymptom der Schizophrenie den Ausgangspunkt bildet. Ich komme auf den methodischen Grund dieser Erscheinung noch zu sprechen und beschränke mich, da eine ausführliche kritische Darlegung dieser Theorien später erfolgen soll*), hier auf eine kurze Gegenüberstellung: *Kraepelin*⁴⁾ sucht die Grundstörung in einer Veränderung der Gefühls- und Willenssphäre, ausgehend von der voluntaristischen Psychologie *Wundts*, ohne jedoch im einzelnen eine Analyse der Symptome von dieser Vorstellung aus zu versuchen, *Berze*⁵⁾ in einer Aktivitätsstörung, ausgehend von der Aktpsychologie, *Jung*⁶⁾ in Verdrängungsmechanismen entsprechend der *Freudschen* Lehre und *Bleuler*³⁾, der sich am eingehendsten und weittragendsten damit befaßt, im Sinne der Assoziationspsychologie in einem Zerfall der Assoziationen, wie er *später*⁷⁾ ausführt, infolge einer verminderten Spannung der Assoziationsenergie.

Ich begnüge mich mit dem Hinweis, daß in keiner Theorie von dem durchgängigen Symptom ausgegangen wurde, oder daß dieses ohne klare methodisch-kritische Einstellung zur Entwicklung einer hypothetischen Vorstellung verwendet wurde [z. B. *Berze*⁵⁾, *Jung*⁶⁾]. Vor allem ist auch die Zerfahrenheit, von der *Bleuler*^{2, 7)} ausging, nicht geeignet, weil sie nicht immer in typischer Weise vorhanden zu sein braucht und kein Grundsymptom ist; denn für die Erklärung der atypischen Fälle müssen Momente herangezogen werden, auf die sich die Zerfahrenheit selbst erst aufbaut.

Es ist bekannt, daß *Bleuler* die Endzustände der Schizophrenie seinen Analysen zugrunde legte und daß gerade die Anfangspsychosen Schizophrener oder die leichteren Fällen ein wesentlich anderes Aussehen haben. Deshalb äußert auch *Willmanns*¹⁾ Bedenken gegen die Auffassung *Bleulers*. Bevor man also nach der Grundstörung der Schizophrenie fragen darf, wird man erneut die Anfänge mit den Endzuständen, die leichten mit den schweren Fällen vergleichen müssen, um die durchgehenden Symptome festzustellen. Gerade hier herrscht eine empfindliche Unklarheit, die z. B. teilweise auch, abgesehen von der Unsicherheit der Methode, die Resultate der „Abderhalden“-Forschung getrübt hat. Abgesehen von den ausgesprochenen Fällen wird ja doch die Frage, was man schon als schizophren anzusehen habe, immer noch ganz verschieden beantwortet, nicht nur in der Abgrenzung gegen die Manie, sondern auch schon seit *Bleuler* gegen die Psychopathien, und neuerdings auch gegen die Epilepsie. Erst vor kurzer Zeit hat z. B. *Schröder* eine Reihe von Fällen veröffentlicht, deren Symptomatologie schizophren, deren Verlauf scheinbar „manisch“ ist und die er vorläufig als Degenerationspsychosen zwischen beide Krankheiten stellen will. Auf eine eingehende Kritik der *Schröderschen* Arbeit ist es hier nicht abgesehen. Sie würde durch die Gegenüberstellung von Fällen auch kaum zu geben sein, da man dabei auf die Wertung einzelner Merkmale, deren Bedeutung noch nicht geklärt ist, hinaus käme und dem subjektiven Ermessen, der sog. „Erfahrung“, zu weiter Spielraum bliebe. Im Gegenteil soll

*) Vgl. hierzu auch *Gruhle*.

hier ja gerade erst ein Maßstab für eine solche Wertung geschaffen werden, der die der Beurteilung unterliegenden Eindrücke, soweit sie für die Diagnose von Wichtigkeit sind, in deskriptive und genetische Begriffe bringt. Die Arbeit *Schröders* wurde hier nur erwähnt, weil sie für die herrschende Unsicherheit ein gutes Beispiel abgibt.

Was hier weiterhilft, ist nicht die Feststellung eines Plus oder Minus an Symptomen, auch nicht der „scheinbare“*) Verlauf, sondern lediglich die klare Einsicht in das Zustandekommen jedes einzelnen Symptoms, *die die ihm zugrunde liegende Erlebnisstörung eindeutig bestimmt* und seine Auswirkung im Zusammenhang der psychischen Gesamtorganisation festgelegt. Es ist, glaube ich, unbestritten ein Mangel an exakter Problemstellung, wenn man z. B. jetzt postencephalitische und schizophrene oder sogenannte schizoide und schizophrene Affektreaktionen unterschiedslos zusammenwirft, ohne nach Bedingungen und Wesen der Erscheinungen zu fragen, allein subjektiven Eindrücken überlassen, die bei jedem Forscher verschieden sein können. Ich komme hierauf noch ausführlich zu sprechen. Ich glaube aber, ohne weitere Begründung solchen Versuchen gegenüber die Forderung neu stellen zu dürfen, daß man zwei Erscheinungsreihen erst dann gleichsetzen darf, wenn sie nicht nur eindeutig beschrieben, sondern auch als aus gleichen Bedingungen hervorgehend erkannt sind.

Was wir suchen ist nicht nur ein Grundsymptom, sondern eine Erlebnisstörung, die das Wesen aller schizophrenen Symptome ausmacht. Wir suchen diese deskriptiv zu erfassen, um uns vor Begriffsspekulationen ohne anschauliches Korrelat zu hüten. Wir suchen die innere Bindung der schizophrenen Symptome anschaulich und begrifflich zu klären. *Im Gebiet des Psychischen ist allein das irgendwie Erlebbare das ausschließliche Kriterium für einen funktionellen Zusammenhang*; was wir als einheitlichen Zustand selbst erlebt haben, an dessen Einheit vermögen wir nicht zu zweifeln. Schwierig ist nur die ausreichende Begriffsbildung für das Erlebte, besonders dann, wenn uns wie in der Schizophrenie nicht die Inhalte eines Krankheitsbildes als Symbole für diese Einheitlichkeit dienen können.

Daß das manisch-depressive Irresein sich so ohne Schwierigkeit als Krankheitstyp durchgesetzt hat, findet in dieser Sachlage seine Erklärung. Die innere Bindung aller Symptome der Manie, der Depression und ihr Wechsel ist uns als eignes Erlebnis ohne Begründung evident. Beim schizophrenen Bewußtseinszustand ist das viel undurchsichtiger. Doch ist es, meine ich, keine unlösbare Aufgabe mehr, seitdem *Kraepelin* die Analogien zwischen schizophrenen Äußerungen und Traumsprache entdeckt und *Bumke* diese Entdeckung im Gebiet der Gedanken weitergeführt hat.

*) Vgl. später Mitteilung 6.

Ich⁸⁾ habe schon in einer kurzen Arbeit darzulegen versucht, in welcher Weise die von *Kraepelin* und *Bumke* angeführten Beispiele deskriptiv-analytisch zu behandeln sind und daß sich der Zerfahrenheit in Reden und im Denken als weiteres Analogon zu den Müdigkeitserlebnissen der „Gedankenentzug“ (und in dessen Gefolge die schizophrene Ratlosigkeit) anreihen läßt. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint der Gedankenentzug als ein Grundsymptom der Schizophrenie von dem aus sich eine Analyse des Bewußtseinzustandes Schizophrener geben läßt. Auch hier soll daher wieder von dem Symptom des Gedankenentzugs ausgegangen werden.

2. Über „Gedankenentzug.“

Das Symptom des Gedankenentzugs kommt bei drei Krankengruppen vor, bei sicheren Schizophrenien, bei kurzdauernden Psychosen mit sonst fehlenden oder nur angedeuteten schizophrenen Symptomen, bei wahnbildenden Prozessen, die vielleicht ins Gebiet der Paraphrenie und der *Dementia phantastica* gehören können. Die Fragestellung ist: Gehören diese Psychosen alle zu einer Krankheit wie hebephrene und katatone Verlaufsvarianten in der Schizophrenie und genügt das Symptom des Gedankenentzugs, um sie als Krankheitseinheit von allen anderen Psychosen abzugrenzen? Der Hinweis auf die Durchgängigkeit des Symptoms bei sicheren Schizophrenien genügt allein zur Beantwortung dieser Frage noch nicht. Die Klage über Gedankenentzug könnte ja auf dem Boden sehr verschiedenartiger Krankheiten erwachsen und die Andeutungen von Sprunghaftigkeit des Denkens und Mattheit der Affekte nur schizophren erscheinen ohne es zu sein.

Bejaht werden können die Fragen also nur dann, wenn es gelingt, das Symptom des Gedankenentzugs als eine allen anderen klassischen schizophrenen Symptomen koordinierte Erscheinung zu erweisen; den Beweis zu erbringen, daß sie alle einem identischen Mechanismus entspringen. An diesem Punkte hängen mithin die Probleme der Umgrenzung der Schizophrenie und der genetischen Analyse ihre Symptome eng zusammen. Läßt sich der „Gedankenentzug“ nicht nur als das durchgängigste aller schizophrenen Symptome, sondern auch als fest mit allen übrigen schizophrenen Zeichen verankert auffassen, so kann man ihn in der Tat als Umgrenzungsmerkmal benutzen; denn dann bedeutet er nicht irgendein Erlebnis, über das irgendeine Kranke klagt, sondern er ist Ausdruck für eine spezifische, eben die „schizophrene“ psychische Erlebnisstörung und alles was über Gedankenentzug klagt, ist schizophren.

So verschiebt sich denn die allgemeine Fragestellung dieser Arbeit zu der Vorfrage, welche Erlebnisstörung liegt der Klage über Gedankenentzug zugrunde, eine Frage, aus der dann die andere notwendig her-

vorgeht: liegt dieselbe Störung auch in den übrigen schizophrenen Symptomen vor, bzw. in welchem Verhältnis stehen die schizophrenen Symptome, auch die variablen, zum Symptom des Gedankenentzugs.

Erhält man vom Kranken selbst oder seinen Angehörigen wirklich genaue Angaben über den Beginn der Erkrankung, so ergibt sich, daß dem ersten Erlebnis des Gedankenentzugs ein Stadium nervöser Unruhe und Reizbarkeit vorausgeht, mit oder ohne Angst, aber stets ohne besondere inhaltlich irrealen Erlebnisse. In einer Anzahl von Fällen steigern sich die Beschwerden rasch zu quälender Intensität, vor allem spielen Klagen über heftigsten Kopfschmerz eine große Rolle. Plötzlich taucht das Erlebnis des Gedankenentzugs oder ein ihm gleichzusetzendes Erlebnis auf, nachdem vorher dem Kranken schon eine gewisse Konzentrationsunfähigkeit und Unaufmerksamkeit an sich aufgefallen war. Diese typische Entwicklung spricht m. E. für eine organische Entstehung des Symptoms, auf Grund eines allmählich erst volle Stärke erreichenden, mit allgemeinsten körperlichen Symptomen einhergehenden krankhaften Prozesses. In den geringeren frühesten Graden wirkt die Störung noch einfach leistungshemmend, erst von einer gewissen Intensität ab tritt an Stelle dieses Unbehagens und der Konzentrationsunfähigkeit das bis dahin noch nie erlebte Entziehen der Gedanken auf. Während bis dahin dem Kranken seine Beschwerden zwar unerklärlich, aber doch nicht so neu waren, daß er nach besonderen Erklärungsgründen gesucht hätte, erscheinen sie ihm nun als Folgen des „Gedankenentzugs“, er kann nicht mehr denken „weil man ihm die Gedanken nimmt“.

Neben der Entwicklung unter organischen Begleitsymptomen und der Erfahrungsfremdheit läßt sich noch ein Merkmal für die organische Entstehung des Gedankenentzugs anführen; die Vergesellschaftung mit dem Erlebnis des Gedankeneingebens, die sich in den frühesten Erkrankungsfällen überaus häufig findet. Es ist nicht eine irgendwie „normale“ Konzentrationsunfähigkeit, eine irgendwie bedingte Aufmerksamkeitsstörung, die auch der Gesunde hat und die der Schizophrene nur umdeutet, sondern eine Denkstörung, die auf Erlebnisformen zurückführt, welche sich in keinem wachen normalen Bewußtsein vorfinden.

Auf den organischen Ursprung des Symptoms ist deshalb Wert zu legen, weil — wie aus späteren Ausführungen noch hervorgehoben wird — wir derartige organische Vorgänge immer nur zu sehr allgemeinen psychischen Grundstörungen in Beziehung setzen dürfen, aus denen sich Schlüsse auf die allgemeinen Erlebnisformen ziehen lassen, nicht aber sie mit irgendwie neuartigen, aber „isolierten“ Erlebnissen in Verbindung bringen können. Die organische Entstehung des Symptoms „Gedankenentzug“ spricht daher schon für sich dafür, daß hier nicht einfach ein isoliertes, neuartiges, pathologisches, gegenständliches Er-

lebnis zugrunde liegt, sondern daß die Kranken in ihm eine sehr allgemeine formale Erlebnisstörung bewußt erleben, ähnlich wie wir die organisch bedingten z. B. fieberhaften Unruhezustände oder sonstige intoxikatorische Konzentrationsunfähigkeitszustände erleben und von psychologisch verständlich motivierten unterscheiden. Auch der Zusammenhang mit dem Erlebnis des Gedankeneingebens spricht für die Deutung des Gedankenentzugs als einer sehr allgemeinen psychischen Erlebnisstörung, wir wissen ja aus eigener Erfahrung, daß eben gerade im Wechsel der Gedankenreihen solche allgemeine Störungen ihren Ausdruck finden.

Aber diesen noch „normalen“ Störungen des Gedankenablaufs ist die Grundstörung, die im „Gedankenentzug“ zutage tritt, doch nur ähnlich in allgemeiner Beziehung. Man hat allen Grund anzunehmen, daß sie von ihnen spezifisch verschieden ist. Schon die Tatsache, daß die Bedeutung des Begriffs doch nur Schizophrene voll erfassen können, daß er allen anderen Kranken unverständlich bleibt, spricht dafür. Aber außerdem noch die Sicherheit, mit der urteilskräftige Schizophrene zwischen „Gedankenentzug“ und sonstiger „normaler“ Konzentrationsunfähigkeit und Leistungsbehinderung unterscheiden. Weniger in dieser Hinsicht scheint mir das Gefühl des Aufgezwungenen ins Gewicht zu fallen; denn diese Eigenschaft teilt der „Gedankenentzug“ nicht nur mit organisch, sondern auch mit psychologisch bedingten Zuständen allgemeiner Denkbehinderung. Das Gefühl des Zwangs ist hier nicht Ausdruck für ein besonderes Merkmal der Störung, z. B. für eine Spaltung des Ichbewußtseins, das alle Bewußtseinszustände begleitet, sondern einfach Korrelat für die Motivlosigkeit der zugrunde liegenden Erlebnisstörung.

Man könnte versucht sein einzuwenden, daß uns doch im Erlebnis nur inhaltliche Produkte, eben unsere Gedanken, bewußt würden und daß mithin *alle* Störungen des Gedankenablaufs in gleicher Weise zu beurteilen seien und als Gedankenentzug erlebt werden müßten. Doch trifft dieser Einwand nicht zu. Die Erlebnisstörung des Gedankenentzugs ist von einer anderen Ordnung als die der noch normalen Störungen des Denkens im wachen Zustande.

Für die Bestimmung der besonderen Art dieser Störung ist außerdem wichtig, daß die Erlebnisse des Müdigkeitsdenkens für eine komplizierte erlebbare Struktur unserer Denkerlebnisse sprechen, deren Veränderungen ebenfalls von uns erlebt werden können und gewisse Rückschlüsse auf verschiedenartige Bedingungen dieser Veränderungen erlauben.

Stellte man sich einfach auf den Standpunkt der Leistung, etwa in dem Sinne, daß dem Ausfall einer psychologischen Leistung stets derselbe Funktionsausfall zugrunde läge, so würde man sich über die tatsächlichen Verhältnisse fundamental irren. An sich erscheint eine der-

artige Auffassung ja nicht von vornherein unmöglich, zumal vom Standpunkt der Assoziationspsychologie, für die das Ergebnis psychischer Vorgänge ja doch immer eine funktionelle Leistung, nicht aber außerdem noch ein Erlebnis ist. Aber das würde doch zur Folge haben, daß z. B. zwischen dem Gedankenstocken der Arteriosklerotischen und dem Gedankenentzug der Schizophrenen alle Unterschiede verwischt würden. Schon in meiner früheren Arbeit habe ich darauf hingewiesen, daß zwischen dem Stocken der Gedanken beim Gesunden, dem Sichbesinnen und dem Entgleiten des Gedankengangs in der Müdigkeit sehr prägnante Unterschiede bestehen und daß man mit gutem Grund die Störung beim Müdigkeitsdenken in die formale, beim Gedankenstocken und Sichbesinnen in die gegenständliche Sphäre des Denkerlebnisses verlegen darf. Ich brauche hier auf diese der Norm entnommenen Beispiele, die zunächst weiter nichts verdeutlichen sollen als die Variabilität der Gedankenerlebnisse, nicht näher einzugehen, sondern kann mich Beispielen aus der Pathologie des Denkens zuwenden. Daß ich dem Gedankenentzug hier das Stocken der Gedanken beim arteriosklerotisch Hirnkranken gegenüberstelle, hat seinen Grund nur darin, daß das letztere eine scharf umrissene Denkstörung darstellt und offenbar in engsten Zusammenhang mit der arteriosklerotischen Erlebnisgrundstörung gebracht werden muß, so wie Gedankenentzug und Zerfahrenheit miteinander in Beziehung stehen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen findet der Arteriosklerotische oder der Senile den Faden wieder, den er verloren hatte. Ganz ähnlich wie auch der Gesunde ihn in Zuständen der Zerstreutheit nach schwerer Erschöpfung wiederfindet. Prüft man sich selbst in derartigen Zuständen auf die Bedingungen des Denkerlebnisses, so sieht man leicht, daß man den Gegenstand des Gedankens gar nicht aus dem Bewußtsein verloren hatte, sondern daß sich die Störung abspielte *in jenen das Gegenstandserlebnis umrankenden Gedanken, in denen alle möglichen inhaltlichen und repräsentativen Beziehungen zum Gegenstande mitgedacht wurden**). Man kann sagen, die Störung beim Stocken der Gedanken vollzieht sich „am“ Gegenstande. Der Gegenstand bleibt im Bewußtsein und darin liegt auch die Bedingung dafür, daß der Gedankengang nicht völlig unterbrochen wird. Das ist aber beim Gedankenentzug gerade der Fall, im Gedankenentzug verliert der Kranke den Faden „mit“ dem Gegenstande. Das hat die völlige Unterbrechung des Gedankenganges zur Folge.

Unser Bewußtsein ist stets von einer großen Anzahl von Gegenstandserlebnissen erfüllt, nicht nur von einem einzelnen Gegenstande mit Be-

*) Es kommt mir hier nicht darauf an, das Wesen dieser Störung und ihre Analogien im Denken des alternden Menschen und der senilen Demenz zu präzisieren. Ebenso möchte ich auf die Bedeutung dieses Satzes für die Analyse der Aphasieformen nur hinweisen.

schlag belegt. Diese Erkenntnis ist schon alt, ebenso wie die andere, daß alle in einem Moment vorhandenen Bewußtseinserlebnisse miteinander in sinnvoller Beziehung stehen. Schon *Leibniz* fundiert in dieser Tatsache mit dem ausdrücklichen Hinweis auf die Einheit unserer Gedanken seine Monadenlehre*). Aber erst in jüngster Zeit wird diese Erkenntnis wieder in den Vordergrund gerückt; mit theoretischer Auswertung vor allem kürzlich durch *Hönigswald*⁹⁾, mit Hervorhebung der inhaltlichen Komplexität des Bewußtseins durch *Bumke*¹⁰⁾. So wäre es denn ein Irrtum, anzunehmen, daß auch im „Gedankenentzug“ tatsächlich alle Bewußtseinserlebnisse eine Unterbrechung erfahren, so wie wir das von der Bewußtlosigkeit annehmen dürfen. Zwar reden manche Schizophrene davon, daß ihnen das Bewußtsein genommen werde, aber sie haben, wie nähere Befragung sofort lehrt, doch nur die gegenständlichen Beziehungen eines zur Zeit vorhandenen Gedankens verloren, nicht aber allgemeinere psychische Erlebnisse, z. B. Wahrnehmungen, Zeitbewußtsein, Ichbewußtsein, Affektregungen usw. Vor allem aber ist nicht das allgemeinste psychische Erlebnis des Wissens um die Bewußtseinsvorgänge gestört. Da wir nun mit dem Begriff „Bewußtseinstörung“ gewohnheitsmäßig eine Störung im Zusammenhang aller psychischen Vorgänge überhaupt benennen (weshalb wir als Kriterium für sie außer der Denkstörung noch die Störung der Orientierung der Wahrnehmung und des Ichbewußtseins verlangen), so erscheint uns also der Schizophrene im Moment des Gedankenentzugs nicht bewußtseinsgetrübt, sondern die Erlebnisstörung, die dem Gedankenentzug zugrunde liegt, betrifft ausschließlich die „Gedanken“, wobei mit dem Begriff Gedanken hier die unanschaulichen Gegenstandserlebnisse bezeichnet werden, nicht aber „Gedanke“ im Sinne von intentionaler Struktur des Psychischen überhaupt gemeint ist.

Wir können diese Erlebnisstörung, da sie von allen Gegenstandsbeziehungen unabhängig auftritt, nur im Gebiet der formalen Seiten unseres Denkens suchen, wodurch sich zugleich erklären würde, daß der jeweilige Gegenstand des Denkens infolge der Störung im Aufbau des Gedankens im Gedankenentzug aus dem Bewußtsein entschwindet. Nun gehören zu den sog. formalen Kriterien unseres geordneten Gedankenablaufs eine ganze Reihe von Faktoren, die Tatsache der Wiedererweckbarkeit von Erlebnissen, des Außerbewußtseinstretens einzelner Gedankengruppen im Verlauf eines und desselben Gegenstandserlebnisses, das allgemeine Beziehungserlebnis, das Wissen um die Einheit unserer

*) *Leibniz*: Monadologie S. 16: „Wir selbst erfahren eine Vielheit in der einfachen Substanz, wenn wir finden, daß der geringste Gedanke, dessen wir uns bewußt werden, eine Mannigfaltigkeit in seinem Gegenstande enthält. Wer also die Seele als eine einfache Substanz anerkennt, muß auch diese Vielheit in der Monade anerkennen.“

Gedanken, die spezifische Konstanz, Klarheit und Deutlichkeit unserer Gedanken, die Erfüllungserlebnisse und das Tempo des Wechsels unserer Gedanken.

Obwohl ich jeden Schizophrenen immer wieder nach dem Erlebnis des Gedankenentzugs befrage, habe ich keinen Anhaltspunkt dafür gefunden, daß die Ekphorierbarkeit von Erlebnissen, ihr Verschwinden aus dem Bewußtsein bei gleichbleibendem Denkgegenstande, ihre Beziehungssetzung oder das Tempo ihres Wechsels gestört waren (vgl. auch die späteren Beispiele). Das ist ja auch ohne weiteres aus dem Verhalten der Merkfähigkeit, der geübten Urteilsbildung, der Auffassung bei Schizophrenen zu erschließen, Leistungen, die ohne den ungestörten Ablauf jener zeitlichen Momente undenkbar wären. So blieben denn als vermutliche Erlebnisse, in denen die schizophrene Störung des Gedankenentzugs sich abspielte, von vornherein nur die Erfüllungserlebnisse und die Klarheit und Deutlichkeit der Gedanken übrig*).

Daß diese Vermutung tatsächlich zutrifft, dafür habe ich schon in meiner früheren Arbeit die Analogie mit dem Müdigkeitsdenken aus folgenden Punkten angeführt: 1. Die Verteilung von gestörten und ungestörten Erlebnissen und Leistungen ist bei beiden Zuständen analog. 2. Beide führen zu analogen Störungen im Sprechen und Denken. 3. Beide neigen zu spezifischen akustischen und optischen Täuschungen. Der Unterschied, der wahrscheinlich seine Erklärung in der biologischen Verschiedenheit der körperlichen Grundlagen dieser Funktionsstörung des Gehirns findet, besteht nur darin, daß in der Müdigkeit das Erlebnis des reflektierenden Wissens um die Bewußtseinsvorgänge rasch zu schwinden pflegt, während es im Gedankenentzug erhalten bleibt**). Daraus erklärt sich auch die Tatsache, daß wir die Müdigkeitserlebnisse nicht als durch äußere Einwirkung herbeigeführt denken, so lästig wir sie auch empfinden.

Gerade dem Müdigkeitsdenken aber liegt eine Störung im Bereiche der Erfüllungserlebnisse und eine Flüchtigkeit und Dunkelheit der Gedanken als formale Bedingung zugrunde, und man wird daher sowohl von der Analyse der Leistungsausfälle als auch der erlebnismäßigen Analogiesetzung berechtigt zu der Annahme geführt, daß im „Gedankenentzug“ eine Störung eben jener Erlebnisse vorhanden ist.

Die Benennung „Gedankenentzug“ für diese Gedankenstörung stellt bereits eine Kundgabe dar, die erst aus einer weiteren psychologischen

*) Ich möchte darauf hinweisen, daß diese von mir schon 1922 dargelegte Betrachtungsweise ihre Bestätigung in den Selbstschilderungen von Kranken *Be-ringers* (Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psychiatrie XLIII, H. 1/2, S. 56/57) findet. Auf Einzelheiten kann ich, da die Arbeit schon lange abgeschlossen ist, nicht eingehen.

**) Unter anderen biologischen Bedingungen (symptomatische Psychosen) schwindet dieses Erlebnis wieder sehr rasch.

Verarbeitung des primären Erlebnisses durch isolierende Abstraktion hervorgehen kann. Nur wird man sich nicht vorstellen dürfen, daß diese Verarbeitung nicht auch einmal in sehr kurzer Zeit erfolgen könnte. Ihrer logischen Stellung nach imponiert diese Verarbeitung natürlich als ein Schluß, und man könnte leicht verführt sein, die allgemein übliche Vorstellung von der Umständlichkeit des Verfahrens auch auf seinen psychologischen Ablauf zu übertragen. Das ist jedoch nicht richtig. Jeder Mensch hat genügend methodische Kenntnisse und inhaltliche und gegenständliche Voraussetzungen in seinem Erfahrungsschatz, um einen derartigen Schluß blitzartig zu vollziehen: das habe ich erlebt, das muß so und so entstanden sein. Und daß die Störung nicht in inneren Bedingungen, sondern in äußeren Einwirkungen gesucht wird, ist tatsächlich gar nicht so unverständlich, wie es zunächst den Anschein hat. Denn was der Schizophrene hier erlebt, ist eine *neue Vollzugsweise seiner Gedanken*, die noch dazu in stetem Gegensatz zu der ihm vorher zwar nicht begrifflich geklärten, aber doch erlebnismäßig vertrauten früheren Vollzugsweise steht. Schon dieser Gegensatz würde genügen, um die Ursache der Störung nicht innerhalb des eigenen Denkens, sondern außerhalb wirkend zu suchen: Er kann ja anscheinend fortwährend auch „normale“ Denkleistungen vollziehen, warum soll er glauben, daß sein Denken sich verändert habe. Außerdem aber treibt den Schizophrenen in diese Schlußrichtung auch noch die allgemein menschliche gegenständliche Denkweise, der zufolge „Gegenstände“ den Ablauf des Denkens bestimmen.

Dafür, daß die Auffassung, dem Symptom des Gedankenentzugs liege eine allgemeine psychische Erlebnisstörung zugrunde, für die die Bezeichnung Gedankenentzug nur kundgebendes Symbol ist, spricht weiterhin die Erfahrung, daß weder ein und derselbe Schizophrene immer denselben Ausdruck dafür verwendet, sondern auch verschiedene Schizophrene in der Ausdeutung des Grunderlebnisses variieren: „Gedankenentziehen, das Bewußtsein genommen, hypnotisiert“ sind Synonyma für ein und dieselbe Grundstörung, wie sie je nach Laune, Erfahrungen, Bildungsgrad von den Kranken angewendet werden. Man wird sich bei derartigen Angaben in klinischer Beziehung nur immer vor Augen halten müssen, daß gelegentlich auch Manische von Hypnotisierung sprechen oder besonnene Epileptische von ihren Dämmerzuständen Ähnliches berichten.

3. Beziehungen zwischen Gedankenentzug, Gedankeneingeben und motorischer Beeinflussung.

Dem gegenständlich gerichteten Erleben des Gesunden am fernsten scheinen von allen schizophrenen Berichten die Angaben über Gedanken-eingeben zu stehen. Mitunter bezeichnen die Kranken damit nur die

Tatsache, daß sich Halluzinationen in ihren Gedankengang eindringen, sie ablenken, stören. Das würde, abgesehen von unserer Unkenntnis über die Zusammenhänge bei der Entstehung von Halluzinationen, unter der Voraussetzung der Halluzinationen an sich nicht unverständlich sein bzw. wenigstens keine neue Tatsache beweisen. Wie verhält es sich aber in jenen Fällen, wo die Kranken Stimmenhören und Gedankeneingeben prägnant unterscheiden? Die Kranken nennen dann Gedankeneingeben den Vorgang, daß sich in einen Gedankengang unvermittelt ein fremdartiger Gedanke einschleibt und es ihnen momentan unmöglich wird, ihren Gedankengang fortzuführen. Was plötzlich den eingeleiteten Gedankengang unterbricht, ist teils wieder ein unverständlicher Gedanke, teils Worte, Namen, die nach den Angaben der Kranken meist eine repräsentative Funktion für die störenden Gedanken haben. Wiederum haben die Kranken als Erklärung für dieses Erlebnis nur die Annahme eines fremden Einflusses, auf den sie zunächst mit mehr oder weniger Affekt reagieren, mit dem sie sich aber allmählich abfinden. Erhält man Angaben über die Inhalte der sich einschleibenden Gedanken, so sind sie meist recht verschwommen, öfters sind es ganz gleichgültige, öfters unangenehme, besonders irgendwie beschämende Gedanken, Erinnerungen an peinliche Erlebnisse, sexuelle Gedanken, deren Auftreten den Kranken quält. Doch kann es nicht allein dieses affektive, in den inhaltlichen Beziehungen begründete Motiv sein, daß die Kranken nur so verschwommene Angaben machen können, denn dasselbe Verhalten findet sich auch bei ganz gleichgültigen Inhalten.

Klinisch trifft man das Symptom meist mit dem „Gedankenentzug“ vergesellschaftet, doch kommen beide auch unabhängig voneinander vor, wobei häufiger Gedankeneingeben ohne Gedankenentzug vorzukommen scheint. Trotz dieser scheinbaren Unabhängigkeit der beiden Symptome voneinander stellen sie offenbar Ausdrücke für die gleiche Erlebnisstörung dar. Zahlreiche Kranke bringen nämlich beide Erscheinungen, ohne besonders darauf aufmerksam gemacht worden zu sein, miteinander rein deskriptiv in Beziehung: Entweder sie klagen darüber, daß durch die eingegebenen Gedanken ihre eigenen bis zur völligen Unterbrechung verdrängt würden, oder aber sie definieren Gedankenentzug geradezu als die Störung, welche durch das Auftreten störender Zwischengedanken mit völligem Verlust des Denkziels charakterisiert sei. Dafür sei ein typisches Beispiel von einem besonnenen Kranken hier angeführt:

(Werden Ihnen die Gedanken entzogen?) Ja. (Wie ist das?) Ja, Herr Doktor, mit einem Male ist es weg und es kommt ein Wort, das man garnicht haben wollte. Dann kann man plötzlich nicht weiter. Dann kann man nicht behalten was man sagen wollte, es fällt einem immer was anderes ein. (Ist man bewußtlos?) Nein. (Weiß man, was um einen herum vorgeht?) Jawohl.

Auch der Gesunde erlebt im wachen Denken häufig genug, daß sich in seinen Gedankengang alle möglichen Denkvorgänge störend einschieben, auch hier mit großer inhaltlicher Variabilität. Was sich vordrängt, sind mit dem Hauptthema locker in Beziehung stehende Nebengedanken, z. B. sich anbietende Worte als Nachklänge oder Anticipationen des Denkvorgangs, zwangsmäßige Selbstkontrolle, Reflexionen und selbst vollkommen beziehungslose Gedanken, — aber bei alledem fehlt gegenüber der Erscheinung des Gedankeneingebens das völlige Entgleiten des ursprünglich gemeinten Gegenstandes aus dem Bewußtsein. Der Gesunde verliert in derartigen Erlebnissen doch nur zeitweilig den Faden, sein Denkziel bleibt ihm trotz der Ablenkung vor Augen, aber beim Schizophrenen substituiert der sich einschiebende Gedanke den vorhergegangenen vollkommen. Es eröffnet sich eine neue Gedankenreihe, von deren besonderem Charakter es abhängt, ob sich an ihr die gleiche Erscheinung wiederholt oder nicht. Und zwar gelingen dem Kranken jetzt offenbar anscheinend nur geübte und geläufige Gedankenreihen; geben die „eingeschobenen“ Gedanken die Einleitung zu einem neuen Urteilsvorgang oder sonst einem neuen Gedankengang Anlaß, so wiederholt sich die Erscheinung. Auch dafür sei ein Beispiel in der Äußerung eines Kranken wiedergegeben:

(Wie ist das, wenn einem Gedanken gemacht werden?) Nun, man merkt eben, wie das schnell ein ganz anderer Gedanke wird, oder man sagt dann etwas anderes als man wollte und hat das ganz vergessen. Man hat einen Gedanken und der verändert sich plötzlich. Daran merkt man es.

(Bewußtlos dabei?) Nein.

(Wodurch vom Anfall [die der Kranke hat] unterschieden?) Weil man so etwas nicht gedacht hat, was einem plötzlich zum Bewußtsein kam. Man merkt es auch an der Art, wie die Gedanken kommen.

(Zum Beispiel?) *Ja, das ist mir auch eben wieder fortgenommen worden, daß man es nicht behalten kann, wenn man etwas Neues denkt.*

(Hört man die fremden Gedanken?) Nein, hören nicht. Das kommt einem einfach zum Bewußtsein. In dem Moment, wo man Antwort sagt, hat man einen neuen Gedanken.

(Unsinnige Gedanken?) Nein, aber komische. Aber ich war immer bei Verstand dabei.

(Unaufmerksam dabei?) Da ist man einen Augenblick gedankenlos, wie abwesend dann ist es gleich vorbei. Unvernünftige Worte kommen nicht, aber Gedanken.

(Wie geht es dann weiter?) Einen Augenblick muß man innehalten, dann gehen die eigenen Gedanken weiter. Wenn die Stimmen sprechen, das ist manchmal sehr ärgerlich, man ist blamiert dabei, denn das hören andere Leute auch.

(So?) Na, das merkt man schon. Manchmal werden die Gedanken auch aus dem Grunde weggenommen.

(Was heißt das?) Bevor man etwas aussprechen kann, ist es weg.

(Verliert man den Faden?) Man weiß nur, daß man etwas sagen wollte und es nicht kann.

Legen schon die Angaben der Kranken die nahe Beziehung des Gedankeneingebens zum Gedankenentzug dar, so wird sie noch erhärtet

durch die Analogie, die auch hier zum Müdigkeitsdenken besteht. In diesem erlebt auch der Gesunde die gleiche Erscheinung, daß scheinbar beziehungslose Gedanken einen bisher vorhandenen substituieren. Für den ersten Anschein tauchen diese Gedanken völlig aus dem Unbewußten auf, in der Tat findet sich auch mitunter gar kein Anhaltspunkt für ihr vorheriges Existieren im Bewußtsein, gelegentlich aber läßt sich nachweisen, daß sie schon vorher da waren, auch daß sie nicht völlig beziehungslos im Gesamthalt des Bewußtseins standen, ja gelegentlich hat man sogar auch das Beziehungserlebnis, d. h. einen Gedanken, dessen Gegenstand diese Beziehung bildete. Nur ist dieser Gedanke ebenso verschwommen und flüchtig wie alle anderen auch, so daß die Annahme naheliegt, daß er auch da, wo er völlig zu fehlen scheint, vorhanden war und nur nicht reflektierend erfaßt werden konnte. Ich gebe ein Beispiel solcher Gedankengänge in der Müdigkeit wieder.

Ich höre von meinem Jungen gesprochen „Settel“ und weiß aus seiner gleichzeitigen Handlung, daß dies eine Verstümmelung für „Schütteln“ darstellt. Indem ich darauf aufmerksam machen will, daß hier ein neues, noch nicht gebrauchtes Wort vorliegt, denke ich gleichzeitig über die Bedingungen nach, die die Verstümmelung veranlaßten. Dabei tritt der Begriff „Fehler“ unanschaulich in den Mittelpunkt. Das löst sehr verschwommene Gedanken über die letzten politischen Vorgänge und den letzten Notenwechsel aus, die mich schon den ganzen Tag bewegten. Ich erfasse diese Beziehung, die in dem Begriff „Fehler“ gegeben ist, deute aber in Gedanken darauf hin, daß dem Notenwechsel mehr ein Mißverständnis zugrunde liegt, und beantworte die Frage, was ich hätte sagen wollen, mit „Mißverständnis“ und vermag momentan nicht mehr anzugeben, was eigentlich der Ausgangspunkt der Gedankenreihe war. Erst geraume Zeit später gelingt es, ihn wiederzufinden.

In allen Punkten fast ist die Analogie zu den Angaben der Kranken vollkommen, vor allem aber besteht auch eine volle Analogie in den noch möglichen Leistungen und in der Verschwommenheit der davon möglichen Schilderungen. So ist denn der Schluß berechtigt, nicht nur, daß sich Gedankenentzug und Gedankeneingeben auf der Basis der gleichen allgemeinen Erlebnisstörung aufbauen, daß sie mithin symptomatologische Korrelate darstellen, sondern auch, daß tatsächlich dem schizophrenen Gedankenentzug und dem Gedankeneingeben jene Störung der Erfüllungserlebnisse und der Gedankenbildung zugrunde liegt, auf die schon die Analyse des Gedankenentzugs allein geführt hatte.

Die Analogie reicht jedoch noch weiter. Man ertappt sich in der Müdigkeit nicht allzu selten dabei, daß man plötzlich vor sich hin gesprochen hat. Das geschieht so unvermittelt, daß man gewöhnlich selbst darüber erschrickt und verwundert ist, wieso man ohne jede Absicht

und ohne jeden Zusammenhang hat sprechen können. Was man sagt, ist inhaltlich gewöhnlich einer jener beziehungslosen Gedanken, die oben geschildert wurden, aber es kommt auch vor, daß man über einen eben gedachten Gedanken spricht, wodurch dabei der Fortgang der Gedankenreihe gestört wird. Man erhascht vielleicht noch einen Gedankenzipfel gewissermaßen, der einem über dem Versuch, ihn mit dem Inhalt der Gedankenreihe zu verknüpfen, ebenso unwiederbringlich entgleitet wie alles andere.

Das Bedeutsame an dem Vorsichhinsprechen im Müdigkeitsdenken ist seine „Antriebslosigkeit“, die so weit gehen kann, daß man fast glaubt, ein anderer habe gesprochen. Damit wird auch den analogen Angaben Schizophrener, daß man sie auf unerklärliche Weise zum Sprechen veranlasse, obwohl sie gar nicht hatten sprechen wollen, daß es plötzlich aus ihnen gesprochen hätte, ihre bisherige Isoliertheit genommen. Sie fügen sich den bisherigen Analogien so widerspruchlos ein, daß man kaum fehlgeht, wenn man die auf Gedankenentzug und Gedankeneingeben angewendete Deutung auch auf sie ausdehnt. Damit ist freilich nur ihre theoretische Bedingung analysiert. In Wirklichkeit erlebt sie der Schizophrene ja eben nicht als Ausdruck einer ableitbaren Erlebnisstörung, sondern als Wirkungen fremden Einflusses. Warum das der Fall ist, hat auch hier nicht einen formalen, sondern einen gegenständlichen Grund. Er hängt zusammen mit dem neuen Weltgefühl des Schizophrenen, in das er mehr oder weniger klar reflektierend sich sehr rasch einzuleben pflegt und dessen Wurzel in der formalen Diskontinuität seiner Gedankengänge und in seinen halluzinatorischen Erlebnissen liegt. Die Analyse dieses schizophrenen Weltgefühls, von dessen Existenz wir jedenfalls in den Frühfällen etwas wissen, ist freilich erst ein letztes Ziel der wissenschaftlichen Forschung; was bisher dafür angeführt zu werden pflegt, scheint mir immer nur bedingt zuzutreffen und von wesensähnlichen Vorgängen nicht so scharf unterschieden zu sein, wie es die Eigentümlichkeit schizophrener Denkgegenstände eigentlich erforderte.

4. Die formalen Bedingungen des schizophrenen gegenständlichen Denkens.

Die Anwendung des Begriffes Demenz auf die Schizophrenie hat immer gewisse Schwierigkeiten bereitet. Ich verweise vor allem auf die kritischen Ausführungen *Bumkes* zu dieser Frage. *Bumke*¹⁰⁾ führt an, daß potentiell auch sehr schwierige intellektuelle Leistungen selbst bei schizophrenen Endzuständen noch möglich sind, so daß man eigentlich nie sagen könne, ob im gegebenen Falle schon die „Verblödung“ eingetreten sei. Und zwar handelt es sich dabei nicht nur um einen Wechsel im Leistungsgrad, wie er von Tag zu Tag bei Paralytikern

oder Senilen trotz im großen und ganzen fortschreitender Reduzierung der intellektuellen Leistungsfähigkeit noch vorkommen kann, sondern um ein tatsächliches Erhaltenbleiben des bei Krankheitsausbruch vorhandenen, wohl eingeübten Besitzstandes. Außerdem bleibt beim Schizophrenen auch in den Endzuständen die Schärfe der Auffassung, die Merkfähigkeit und außerhalb der schweren Krankheitsperioden auch die Urteilsfähigkeit ungestört — was hier an Reduzierung zu beobachten ist, läßt sich ungezwungen auf eine Bindung der Leistungsfähigkeit durch eine allgemeine Störung zurückführen und darf nicht als besonderes Symptom auf Grund selbständiger Störung der „Kritik“ gewertet werden.

Von den Autoren hat am eindringlichsten *Bleuler* diese Verteilung der Störung dargelegt, auf dessen klare Ausführungen zu dieser Frage ich deshalb verweise. Nur ein Moment, das *Bleuler* weniger hervorhebt, bedarf der näheren Erörterung. Die Urteilsfähigkeit des Schizophrenen ist weit weniger gestört als es den Anschein hat. Solange der Schizophrene, auch in den Endzuständen, sich überhaupt noch klar äußern kann und nicht durch Wahnbildungen usw. beeinträchtigt ist, urteilt er über die Gegenstände des täglichen Lebens durchaus zutreffend und sicher, um aber sofort zu versagen, sobald man den Umkreis geübter Anschauungen überschreitet und wirklich neue Erkenntnisleistungen von ihm fordert. Bei der üblichen Untersuchungstechnik leistet der Schizophrene daher nicht weniger als andere auch, und mit seinen Angehörigen unterhält er sich oft recht geordnet. Diese Erhaltung der Urteilsfähigkeit innerhalb gewisser Grenzen ist es nun auch, die darauf schließen läßt, daß das allgemeine Erlebnis der Beziehungsetzung zwischen Gegenständen und Inhalten beim Schizophrenen nicht gestört ist, sondern wieder wie auch alle anderen Erlebnisse nur sekundär in Mitleidenschaft gezogen wird — ein kardinaler Unterschied zu gewissen deliranten Psychosen. Man könnte sagen, beim Schizophrenen vollziehen sich diese Erlebnisse ungestört unter Verhältnissen, die abnorme gegenständliche Beziehungen zutage fördern. Wir sprechen zwar von einem Zerfall der Begriffe beim Schizophrenen. Doch scheint mir dieser Name den vorliegenden Sachverhalt nicht zu treffen. Das Auffällige an den sprachlichen Kundgaben Schizophrener ist für die Beschreibung zunächst die Freiheit, mit der sie die Bedeutung der gegenständlichen Namen der Begriffe verwenden, wozu sich dann als weitere Störung die Vermengung verschiedener Gedankenreihen im sprachlichen Ausdruck hinzugesellt, eine Störung, deren Analogie uns noch eingehend beschäftigen wird*). Auch belehrt jede Unterhaltung mit Schizophrenen sofort, daß dem Kranken die übliche Bedeutung der Gegenstände und

*) Mitteilung 2 und 3.

Gegenstandsamen gut geläufig ist, er kann sie ja jederzeit auch im üblichen Sinne verwenden — zerfallen kann der damit verbundene Begriff also kaum sein. Nur verwendet ihn der Schizophrene mit größerer Ungebundenheit, schiebt ihm Bedeutungen unter, die uns nicht ohne weiteres möglich sind. Diese vorsichtige Formulierung des Tatbestandes nach seiner formalen Beziehung hin — auf die eventuellen inhaltlichen Zusammenhänge gehe ich später ein — rechtfertigt sich noch aus anderen Erwägungen. Zunächst darf man nicht meinen, als ob man nun mit dieser Formulierung das Wesen der schizophrenen Denkstörung schon getroffen hätte. Denn auch beim Gesunden sind die Begriffe nichts Unwandelbares, jede neue Erfahrung kann wesentliche Bedeutungsänderungen eines Begriffes zur Folge haben. Der „Begriff“ ist ja überhaupt nur ein relativ starres Gebilde hinsichtlich seiner gegenständlichen Geltung innerhalb eines bestimmten Erfahrungsgebietes mit besonderen Methoden des Denkens — psychologisch ist er bei ein und demselben Individuum ein je nach der Situation und der Konstellation des Denkens variabler Gedanke. Gedanken aber sind stets Einheiten und können nicht zerfallen (vgl. *Hoenigswald*).

Von beiden Seiten her, der logischen und der psychologischen, bedarf daher m. E. die Bezeichnung „Zerfall der Begriffe“ einer Korrektur. In logischer Beziehung sind die Begriffsamen des Schizophrenen in der überwiegenden Mehrzahl aller Kundgaben nur ihres ursprünglichen Geltungsbereichs entrückt, treten in Beziehungen ein, die ihrer Gebietsgeltung nicht angemessen sind, können aber, wenn nicht andere Denkprozesse die Fixierung der Begriffe und ihrer Namen in der veränderten Bedeutung veranlassen, jederzeit in ihren üblichen Geltungszusammenhang eingefügt werden. Das ist an sich kein abnormer Vorgang, auch jeder Gesunde kann gelegentlich — ich erinnere an den Wortwitz — Namen und Begriffe in ungewöhnlichen Zusammenhängen verwenden. In psychologischer Beziehung aber sind Begriffe nicht Bündel von Assoziationen, die zerfallen könnten, sondern Gedanken über geltungsmäßige Gegenstandsbeziehungen.

Nun sind die Gegenstände schizophrenen Denkens nicht vollkommen neu, sondern dem Erfahrungsschatz des Kranken entnommen. Neue gegenständliche Inhalte entstehen auch beim Schizophrenen nur in der Weise der Beziehungssetzung zwischen Gedanken, wie sie in formalgleichem Mechanismus auch beim Gesunden entstehen. Formal urteilt der Schizophrene auch in seinen gegenständlich pathologischen Kundgaben genau nach demselben Mechanismus der Beziehungssetzung wie der Gesunde, über den er ja auch in nichtpathologischen Kundgaben jederzeit verfügt. Wir müssen daher die Störung in anderen Erlebnismomenten suchen. Auch diese können nur allgemeiner und formaler Natur sein, die Funktion der Gegenständlichkeit unserer Gedanken,

die mit dem Erlebnis der Beziehungssetzung in naher psychologischer Berührung steht, kann nicht betroffen sein — auch das pathologische Denkresultat des Schizophrenen hat, wenn es in geordneter Rede vorgetragen wird — die logischen Kriterien des Gegenstandes, nämlich die „urteilsmäßiger“ Verarbeitung seitens des Kranken unterworfen werden zu können (vgl. *Hoenigswald*). Man könnte geneigt sein, als schizophrene Grundstörung eine Störung des „Bedeutungsbewußtseins“ zu vermuten. Indessen ist dieser Ausdruck, der in denkpsychologischen Versuchsprotokollen neuerdings öfters verwendet wird, nur ein deskriptiver Name für gegenständliche Gedankenerlebnisse, die sich an Aufforderungen und gehörte Sätze anschließen, und bezeichnet keine formalen Denkerlebnisse. Störungen des „Bedeutungsbewußtseins“ können daher sehr verschiedener Phänomenologie und Genese sein.

Um nunmehr der Beantwortung der Frage nach der schizophrenen Denkstörung näher zu kommen, greife ich zurück auf die Analyse der Symptome Gedankenentzug und Gedankeneingeben. In beiden verhalten sich die Leistungen und Erlebnisse ganz genau sowie ganz allgemein in allen schizophrenen Zustandsbildern: Urteilsfunktion, Wissen um die Erlebnisse, Auffassung, Orientierung, Merkfähigkeit in ihren verschiedenen Wandlungen sind hier wie dort ungestört, nur der Prozeß der Gedankenbildung ist schwer verändert. Das legt doch den Gedanken zum mindesten sehr nahe, daß hier eine für alle schizophrenen Zustände und Symptome allgemeine Gesetzmäßigkeit obwaltet, deren Bestimmung das nächste Ziel der Untersuchung ist. Fanden wir in jenen Symptomen eine Störung allgemeiner Charaktere des gedanklichen Erlebens ausgedrückt, so ist nun zu fragen, ob diese Störung genügt, um die „schizophrenen“ Gedankenverbindungen zu erzeugen. Zunächst scheint bei derartigen Gedanken der Begriff der abnormen Beziehungssetzung der deskriptiv zutreffendste zu sein. Da aber das Erlebnis der Beziehungssetzung, des Urteils im eigentlichen Sinne, beim Schizophrenen auch in den pathologischen Gedankengängen potentiell erhalten ist, brauche ich lieber den Ausdruck „Gedankenverschmelzung“ zur Benennung der Tatsache, daß beim Schizophrenen heterogene Gedanken miteinander in Verbindung gebracht werden. Der Tatbestand ist folgendermaßen zu beschreiben: Zwei an sich dem Bereich der Erfahrungsgegenstände*) entnommene Gedanken treten zu einem gegenständlich gemeinten (Erhaltenbleiben der Gegenstandsfunktion!) Gedanken zusammen, der nunmehr außerhalb der gegenständlichen Erfahrung und dabei denkmöglich oder aber denkunnmöglich sein kann, in jedem Falle dem Denken des wachen, ausgeruhten Gesunden fremd ist;

*) Erfahrungsgegenstände sind definiert durch die Beziehung, daß die Summe der Erfahrungsgegenstände der Summe des aktuellen und potentiellen Wissens entspricht.

z. B. „die Schwester sagte guten Morgen zu mir, das war als ob ich ein Kind gehabt hätte in Berlin“ ist ein typisches Beispiel für derartige Gedanken, das von einem schizophrenen Erkrankungsfalle stammt. Gerade hier bewährt sich aber die Analogie mit dem Müdigkeitsdenken des Gesunden. Um diese Art Gedanken zu kennzeichnen, zitiert *Bumke* aus *Lichtenberg* das Beispiel: daß *Lichtenberg* der pythagoreische Lehrsatz wie ein Apfel erschien, den er noch nie so eßbar vor sich gesehen hatte. Und ähnliche Beispiele kann jeder an sich selbst beobachten, im Traum noch ausgesprochener als im Müdigkeitsdenken.

Das Müdigkeitsdenken aber ist gerade durch seinen Mangel an Erfüllungserlebnissen und die Flüchtigkeit und Verschwommenheit des einzelnen Gedankens gekennzeichnet, es zeigt die analoge Verteilung der erhaltenen und gestörten Erlebnisse und Leistungen wie die Schizophrenie (über die Unterschiede vgl. oben). So dürfen wir mit hoher Wahrscheinlichkeit den Schluß ziehen, daß tatsächlich dem schizophrenen Denken eine psychologisch analoge Erlebnisstörung zugrunde liegt wie beim Müdigkeitsdenken. Selbstverständlich müssen wesentliche Unterschiede biologischer Natur — die ja schon in der Bewußtseinsstruktur zum Teil zum Ausdruck kommen, zum anderen Teil die Unterschiede der Verläufe bedingen — bestehen, aber der Fall des Müdigkeitsdenkens ist gerade dadurch bedeutungsvoll, als er zeigt, daß der schizophrene Bewußtseinszustand nicht eine jeder psychologischen Gesetzmäßigkeit entbehrende Reaktionsform des Gehirns auf bestimmte Schädlichkeiten darstellt.

Wie kommt nun die Gedankenverschmelzung zustande? Gewiß kann es sich hier nur um eine genetische, nicht um eine kausale Analyse handeln, weshalb hier auch immer nur von Erlebnis und Erlebnisstörung und nicht von Funktionen und Funktionsstörungen die Rede ist, aber wir können doch die deskriptiven Merkmale so fassen, daß ihr Vorhandensein als Bedingung für das normale oder kranke Denken erscheint, wodurch erst die vorliegenden gesetzmäßigen Beziehungen offenbar werden. *Mit dieser Einschränkung darf man sagen, daß im Müdigkeitsdenken durch eine irgendwie geartete biologische Störung das Erlebnis von Gedanken so verändert wird, daß Glieder einer Gedankenreihe, Teilbeziehungen eines allgemeinen Urteilstvorganges nicht mehr genügend konstant und deutlich erlebt werden, als daß sie noch im Beziehungserlebnis mit verwendet werden können.* Es ist nicht einmal notwendig, daß die Zwischenglieder eines Gedankenprozesses im Müdigkeitsdenken völlig ausfallen müßten (vgl. oben S. 61). Sie können wohl erlebt werden, aber so flüchtig und verschwommen, daß sie für die endgültige Form und Beziehung des resultierenden Gedankens nicht mehr oder nur teilweise verwertet werden können (s. o.). Welchem sachlichen Gebiet die miteinander verschmelzenden Gedanken entstammen, ist dabei absolut

gleichgültig. Unser Bewußtsein umspannt in einer Gedankeneinheit — und sei es nur in dem Gedanken: jetzt und hier erlebe ich in der und der Zeit das Vorhandensein der und der Gegenstände, Anschauungen, Gedanken, Strebungen — alle möglichen Inhalte, es genügt das Verschwimmen des zeitlichen Beziehungsgedankens, um bei dem Erhalten-sein dereinzigenartigen Einheit des Bewußtseins Inhalte wie pythagoreischen Lehrsatz und Apfel in einem Gedanken verschmelzen zu lassen. In genau demselben Sinne wirkt aber auch der Mangel an Erfüllungserlebnissen. Wenn man seinen Gedankengang in der Müdigkeit gut beobachtet, so merkt man, daß außer der Inkonzanz und Undeutlichkeit der Gedanken sie auch noch in eigentümlicher Weise unabgeschlossen, gleichsam nicht zu Ende gedacht erscheinen, obschon sie logisch und psychologisch vollkommene Urteile bzw. Beziehungssetzungen darstellen. Ich nenne dieses Merkmal des wachen Denkens Erfüllungserlebnis (über die Berechtigung, darin ein Grunderlebnis des Denkens zu sehen, vgl. später), und vermisse sie im Müdigkeitsdenken regelmäßig. Mit dem Charakter der Überzeugung von der Richtigkeit der erlebten Beziehung oder von ihrer gegenständlichen Realität haben diese Erfüllungserlebnisse nichts zu tun. Man kann trotz Fehlen der Erfüllungserlebnisse von der Realität der gegenständlichen Beziehungen, die durch Gedankenverschmelzung entstanden sind, sehr überzeugt sein.

Wir haben also, um das Resultat dieser Erörterungen über die formalen Denkerlebnisse beim Schizophrenen zusammenzufassen, hinreichende Gründe für die Annahme, Müdigkeitsdenken und schizophrenes Denken erwachsen auf dem Boden eines sehr weitgehend ähnlichen Bewußtseinszustandes, der im wesentlichen durch eine Störung in der formalen Struktur der Gedankenerlebnisse einschließlich ihrer Erfüllungscharakter gekennzeichnet ist. Noch bedarf es zwar der Bestätigung dieser Annahme durch den Nachweis ihrer Bedeutung für die weiteren schizophrenen Symptome, um sie von einer heuristischen Hypothese zu dem Range einer Theorie zu erheben, aber es ist doch jetzt schon erlaubt, aus ihr einige allgemeine Folgerungen zu ziehen, die für den Fortgang der Untersuchung von Wichtigkeit sind.

Merkfähigkeit, Auffassung und Gedächtnis, mehr noch auch der ständige Wechsel der Gedanken bei einheitlichem Gegenstand des Denkens erwiesen sich als primär ungestört. Damit hängt zusammen, daß das Bewußtsein des Schizophrenen nichts von seinem Reichtume an gegenständlichen Inhalten einbüßt. Wollte man ein Bild brauchen, so könnte man sagen: das Angebot an Gegenstandsbeziehungen ist im Bewußtsein des Schizophrenen unvermindert, es verarmt nicht daran, aber ihre Verwertung ist minderwertig, weil sie für die Verarbeitung zu fertigen Resultaten nicht genügend vollendet sind, trotzdem alle die Verarbeitung besorgenden Mechanismen an sich intakt arbeiten.

Zweitens aber ermöglicht die Erhaltung des Erlebnisses des Wissens um seine Gedanken im Verein mit dem ausschließlichen Befallensein einzelner formaler Kriterien der Gedankenerlebnisse den Umstand, daß beim Schizophrenen der allgemeine Mechanismus der „Einstellung“ nicht Not leidet. Auf die Bedeutung dieses Faktors für bestimmte Symptome der Schizophrenie komme ich noch zu sprechen (vgl. das Kapitel über die schizophrenen Äußerungsformen).

Immer wieder ist die Frage aufgeworfen worden, ob denn der Schizophrene das, was er sagt, auch wirklich meine. Oder wenigstens der Zweifel geäußert, die Analyse der schizophrenen Denkstörung sei deshalb nicht möglich, weil man ja nie wisse, ob der Schizophrene seinen Gedanken habe richtig sprachlich Ausdruck geben können. Man muß aber hier unterscheiden zwischen Kundgaben von Gegenstandserlebnissen — beim Schizophrenen Gedankenverschmelzungen — und Ausdrücken für Gegenstände. Beim Schizophrenen weisen erstere stets auf Gedankenverschmelzungen hin, letztere entspringen der veränderten Einstellung des Schizophrenen gegenüber den Gegenstandsamen. Erstere meint auch der Schizophrene stets so, wie er sie kundgibt, bei letzteren muß er nicht den im Namen ausgedrückten Gegenstand meinen, sondern kann den Namen umdeuten. Wenn daher ein Schizophrener sagt, er sei der Sohn des Sinai, so braucht er nicht damit einen Gedanken kundzugeben, den er mit diesem Inhalt wirklich gedacht hat, sondern er kann auch die Namen Sohn und Sinai in einem starken Bedeutungswandel als Symbol für eine reale oder ir-reale Gegenstandsbeziehung verwenden. Die intendierte Bedeutung der Namen ist dabei stets das Resultat eines inhaltlichen Entwicklungsprozesses, während die gegenständlichen Produkte der Gedankenverschmelzung stets unvermittelt aufsteigen, wenngleich auch ihre Komponenten im Bewußtsein vorbereitet waren.

5. Die Halluzinationen.

Das Auftreten von Gehörshalluzinationen ist ein Grundsymptom der Schizophrenie (*Bleuler*). Sie finden sich, man kann wohl sagen, so regelmäßig in jedem schizophrenen Erkrankungsfalle, ja sogar in allen Verlaufsperioden derselben konstant, daß sicheres Fehlen von Gehörshalluzinationen stets den Verdacht erwecken sollte, es handle sich nicht um Schizophrenie, sondern um eine andersartige Psychose.

Wir nennen Halluzinationen „sinnlich völlig deutliche Wahrnehmungen, denen kein äußeres Objekt entspricht“ (*Bumke*). Ich halte mich zunächst an diese Definition der Halluzinationen, die vom „Standpunkt der Leistung“ ausgegeben ist, möchte aber, bevor ich die Theorie der Halluzinationen und deren Definition erörtere, erst in diesem schwierigsten aller symptomatologischen Probleme der Psychiatrie, in welchem

außerdem durch das Hineintragen erkenntnistheoretischer und hirne-physiologischer, ja selbst anatomischer Momente ein heillosen Wirrwarr entstanden ist, möglichst deskriptiv vorgehen, um zunächst rein empirische Beziehungen zu finden.

Es ist allgemein bekannt — *Bumke* betont das besonders —, daß die Schizophrenen im allgemeinen nicht sprachgewandt oder geschult genug sind, um den psychischen Tatbestand der Gehörshalluzination eindeutig zu beschreiben. Es sind „Stimmen“, in denen die Kranken gelegentlich sogar Bekannte oder die Eigentümlichkeiten von Männer- oder Frauenstimmen wiederzuerkennen glauben, die aber in der Mehrzahl derartiger Merkmale entbehren. Der letztere Modus eines der besonderen Qualitäten entbehrenden Stimmenhörens ist unstreitig häufiger als der erste. An diesem wirken, soweit ich sehen kann, immer andere Faktoren mit, Hineinversetzen in bestimmte Situationen, Wahnideen, Wünsche — kurzum Faktoren allgemeiner psychologischer Natur, die mit dem Vorgang des Halluzinierens an sich nichts zu tun haben, sich vielmehr an ihn anschließen. Dieses Anschließen geschieht freilich nicht auf dem Umwege der gedanklichen Ausdeutung, sondern als unmittelbarer Assimilationsvorgang zwischen Halluzinationen und reproduzierten Elementen, es ist also so viel wie ein gedankliches Illusionieren an der Halluzination. Es wäre ein Irrtum, wenn man annehmen wollte, daß die inhaltlichen der vorgestellten Situation oder den im Bewußtsein aktuellen Gedanken entnommenen Voraussetzungen für das Illusionieren an der Halluzination nun immer normalpsychologischen Aufbau haben müßten. Im Gegenteil sind sicher nicht nur Wahnideen, sondern auch durch Gedankenverschmelzung entstandene Situationsvorstellungen an dem Vorgang beteiligt. Aber daran ist festzuhalten, daß der Vorgang selbst, der Assimilationsprozeß als solcher, genau derselbe ist wie beim Gesunden, daß also hier aus pathologischen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen im Zusammenwirken mit einem nichtpathologischen Vorgang ein Endprodukt entsteht, das in vieler Hinsicht noch eben normalen, bzw. nichtorganischen Wahrnehmungsverfälschungen entspricht. Einige Beispiele mögen das illustrieren.

Eine Kranke hört Frauenstimmen: (Warum gerade Frauen?) Es klingt so *ähnlich*. (Kennen Sie sie?) Nein. Sie kommen mir nicht bekannt vor.

Oder ein anderer: (Hören Sie Stimmen?) Ja, jetzt wieder. Ich höre sie schon seit 1920 im Sommer.

(Was sagen die?) Manchmal schlechte Reden, manchmal etwas bessere. Viel Schimpfworte.

(Zum Beispiel?) Alles mögliche, was es an Schimpfworten gibt.

(Bezieht sich das auf Sie?) Ja, die sind auf mich gemünzt.

(Warum?) Da bin ich nicht davon unterrichtet, was das für einen Zweck haben soll. Ich habe keine Ahnung, warum das gemacht wird. Das machen hauptsächlich Frauen.

(Woran merken Sie, daß es Frauen sind?) Das hört man doch ganz deutlich, wie sie so *ähnlich* sprechen.

(Der Kranke entwickelte zumeist sehr unklare Gedankengänge über seine Beziehungen zu Frauen.)

Im allgemeinen zeigen die schizophrenen Halluzinationen einen viel einfacheren Aufbau. Nicht daß sie jeder sinnlichen Qualität entbehrten, aber sie sind doch von den übrigen Wahrnehmungen unterschieden. Schon die vielen Vergleiche, die die Kranken benutzen, weisen darauf hin. Noch nie habe ich von besonnenen Kranken die Auskunft erhalten, daß dieses Stimmenhören den sonstigen akustischen Wahrnehmungen wirklich gleich wäre. Gewiß ist es ein Hören, aber wenn man ihnen gleich einreden will, daß sie die Stimmen genau so wahrnehmen, wie die Fragen des Untersuchers, so sträuben sie sich, zweifeln immer wieder, um

schließlich mit einem non liquet, den Versuch einer Schilderung des Tatbestandes aufzugeben, oder sie geben an, daß es eigentlich „Gedanken“ wären. So viel ist jedenfalls sicher, daß wir nicht berechtigt sind, aus den Angaben der Kranken auf den wirklichen Wahrnehmungscharakter der Halluzinationen zu schließen (vgl. *Bumke, Kraepelin*). Im Gegenteil, alles weist darauf hin, daß sie sich von echten Wahrnehmungen unterscheiden. *Bumke*¹⁰⁾ führt aus, daß man gerade bei Schizophrenen häufig im unklaren bleibe, auf welchem Sinnesgebiet die Kranken eigentlich halluzinieren, ja, daß häufig die Wahrnehmungstäuschungen auf verschiedenen Sinnesgebieten ineinander überzugehen scheinen. Aber auch da, wo die Kranken das „Hören“ der Stimmen ausdrücklich unterstreichen, bleibt dieses Hören von der akustischen Wahrnehmung deutlich auch für den Kranken unterschieden. Daß die Kranken es trotzdem immer wieder gelegentlich auf Äußerungen ihrer Umgebung beziehen, braucht nicht wunderzunehmen, wenn man erkannt hat, daß selbst an Halluzinationen sich noch illusionäre Prozesse anschließen können. Auch spricht ja die Regellosigkeit, mit der der einzelne Kranke seine Stimme bald als irgendwoher kommende Erscheinungen auffaßt, bald auf diesen, bald auf jenen Mitmenschen bezieht, nur dafür, daß es sich in letzteren Fällen um Mitwirkung sekundärer Faktoren handeln muß, die meistens in den kleinen Zufälligkeiten des Verkehrs der Kranken deutlich genug begründet sind.

Im allgemeinen weist eben alles darauf hin, daß Gehörshalluzination und akustische Wahrnehmung voneinander verschieden sind. So bleibt man immer im unklaren, ob die Stimmen laut oder leise sind, bei ein und demselben Kranken ist es mitunter nur Flüstern, mitunter ein lautes Reden, meist können die Kranken gar keinen Stärkegrad angeben. Die Stimmen sind auch nicht nah oder fern, sondern eigentlich unlokalisiert, weshalb viele Kranke auch die Stimmen in ihren Kopf verlegen. Doch vermögen allerlei, nicht immer ohne weiteres durchsichtige Momente den Kranken auch zu einer Lokalisation veranlassen, wobei wiederum im Einzelfall keinerlei Regel aufzufinden ist und häufig auch die Lokalisierung in die einzelnen Körperabschnitte erfolgt. Alle Vergleiche der Kranken weisen in die gleiche Richtung, der Unterscheidung zwischen Wahrnehmung und Halluzination: Es ist ein Gedankenübertragen, es sind Luftstimmen, Telephonstimmen (dem Hören am Telephon haftet gegenüber der unmittelbaren Wahrnehmung eine gewisse Übersinnlichkeit an!) oder noch prägnanter: es sind gehörte Gedanken:

„Worte sind das nicht eigentlich, es sind mehr Gedanken“, sagte eine Kranke.

Auf der anderen Seite geht ganz eindeutig aus den Angaben der Kranken die Tatsache hervor, daß die Halluzinationen mit Vorstellungen nichts zu tun haben. Niemals beziehen sie die Kranken auf Zustände ihres Ichs, auch schildern sie sie zu sehr als eindringliche Erlebnisse, als daß man sie mit den schattenhaften Vorstellungen in eine Linie stellen dürfte. Man kann das auch so ausdrücken: die Halluzinationen unterscheiden sich durch das Fehlen der repräsentativen Funktion von den Vorstellungen. Ferner haben wir gar keine Anhaltspunkte dafür, daß die Vorstellungstätigkeit der Schizophrenen irgendwie Not gelitten

hätte*). Befragt man besonnene, gebildete Schizophrene darüber, so ergibt sich, daß sie sich genau so ein Wort, ein Bild, ein Geräusch „vorstellen“ können wie wir. In diesem Zusammenhang verdient eine Eigentümlichkeit der schizophrenen Halluzination näher hervorgehoben zu werden, die meines Wissens weder deskriptiv noch theoretisch genügend gewürdigt worden ist. Fragt man nämlich die Kranken, was sie denn hören, so geben sie in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle einfache Worte als den Inhalt der Stimmen an. Viel seltener sprechen die Stimmen Sätze und auch diese sind immer nur sehr kurz. Schon *Hagen* hat darauf hingewiesen. Ich führe hier eine Selbstschilderung einer Kranken an:

„Soll ich mich immer mit diesen Worten befassen? Z. B.: Wind, Dreck, Regen, Steine, Giest, Reif, Nebel, Post, Bahn, Auto, Kirche, Uhr, Milch, Tee, Fleischbrühe, Wein, Kaffee, Rindvieh, Gänse, Hühner, Ziegen, Pferde, Hunde, Esel, Visite, Arzt, Freudendame, Kuppelmutter, Pfui, Luder. Wo soll ich wegnehmen, Frau Härtel, die Wahrheit. Wer mir einen Kuß gibt, ist erkannt; Ehebruch. Augen zu. Was auf mich kommt, blas ich hinein. Blutschlange. Das Biest bleibt da. Fahren Sie. Schuhe. Kleider. Betten. Kaffee kochen. Sonne. Ja. Ja. Zigeunerin. Raus. Krankenschwester. Hure. Schneppe. Schauspieler. Serbischer Kronprinz. Wo ist die Treue. Ich liebe nur dich. Süße Worte. Du bist verrückt. Zu heiß. Gießbad. Morphiumspritze. Schweine, Mistschweine. Standarte. Unterstand. Gewebe gereinigt.“

Dagegen vermögen die Kranken häufig den Inhalt des Gehörten nicht wörtlich, sondern nur allgemein in längeren Sätzen anzugeben. Fragt man sie dann, ob sie auch das alles wirklich gehört hätten, so geben sie sofort zu, das sei nicht der Fall gewesen, sie hätten nur das „eben so“ gehört. Z. B. äußerte eine Kranke:

„Die sagen immer, meine Tochter wäre eine Hure, das ist doch gar nicht wahr?“

Exploration ergab, daß sie an ihre Tochter gedacht und dabei das Wort Hure gehört hatte. Aus diesen Tatsachen rechtfertigt sich der Schluß, daß an den Halluzinationen doch weit mehr gedankliche Prozesse teilnehmen als den Kranken selbst bewußt wird, oder anders gewendet, daß die Halluzination nur Teile des in der Halluzination zutage tretenden Gedankens in akustische Vorgänge umsetzt. Diese Anschauung wird direkt durch folgende Angabe einer Kranken bestätigt:

(Wie sind die Stimmen?) Das sind wie Gedanken. Man unterhält sich mit meinen Gedanken.

(Was heißt das: wie Gedanken?) Es ist bloß ab und zu mal ein Wort, das andere ist Gedanke.

(Eingegeben?) Ja.

Das rechtfertigt sich ja auch aus der vor allem von *Kraepelin*¹¹⁾ hervorgehobenen Tatsache, daß die Inhalte der Gehörshalluzinationen stets mit dem Gesamtinhalt des Bewußtseins in engster, ihre ungeheure Gewalt für das Handeln und Denken bedingender Beziehung stehen.

*) Über eine Ausnahme s. u.

Man wird nur diese Beziehung zwischen Gedankeninhalt und Halluzination nicht zu engherzig im Sinne der Assoziationslehre auffassen dürfen. Denn der tatsächliche Inhalt des Bewußtseins an Gedankenbeziehungen ist in jedem Moment sicher außerordentlich komplex und kann reproduktiv von jedem Gedanken aus mit neuen Gedanken bereichert werden, die sich an Sachliches und Sprachliches (z. B. auch die Reihenbildung im vorhergehenden Beispiel) anschließen können. Häufiger spielen irgendwelche Erinnerungen eine Rolle oder in der Halluzination erscheinen Produkte gedanklicher und sprachlicher, spezifisch schizophrener Verschmelzungsprodukte. In den Halluzinationen können sich eben auch die einen Hauptgedanken umrankenden Nebengedanken anschaulich kundgeben*). Dies ist wahrscheinlich auch, da man diese Nebengedanken für gewöhnlich nicht beachtet, der Grund, warum so häufig beziehungslose, nur aus geläufigen Einstellungen herzuleitende Halluzinationen auftreten. Auch die untrennbare Verbindung zwischen Halluzination und Gedanke, die in alledem zum Ausdruck kommt, spricht nicht gerade dafür, daß die Halluzinationen den Vorstellungen phänomenal irgendwie näher verwandt wären.

Und nun noch ein letztes Merkmal der schizophrenen Gehörshalluzinationen. Sie drängen sich immer wieder störend in den Gedankengang ein, substituieren ihn. Anfänglich leiden die Kranken gerade darunter außerordentlich, später finden sie sich damit ab, lernen sich mit ihrer Tätigkeit so einzuschränken, daß sie nicht durch die Halluzinationen beeinträchtigt werden (daß sie nicht mehr affektiv reagieren, ist etwas anderes) oder aber sie beschränken sich geradezu darauf, die Stimmen über sich ergehen zu lassen, zu registrieren was sie sagen, einen eigenen Gedankengang aber gar nicht mehr zu versuchen. Auch das unterscheidet die Halluzinationen von Vorstellungen; diese sind immer organisch als repräsentierende Gebilde in einen bestehenden Gedankengang eingefügt.

Die Wahrnehmungsfunktion des Schizophrenen, sagen wir, ist intakt, d. h. die vielgestaltigen psychologischen Vorgänge, die zu dem in sich abgeschlossenen Resultat des einheitlichen Wahrnehmungsgegenstandes führen, laufen in der Regel ohne Störung ab. Man wird daher zunächst auch nur so viel schließen dürfen, daß für gewöhnlich die Wahrnehmungsdinge sich für den Schizophrenen nicht verändern oder so viel, daß Gegenstandsurteil, Gestaltsauffassung, Gliederung, Erweiterung und Umbildung der Wahrnehmungsdinge potentiell beim Schizophrenen sich wie beim Gesunden verhalten. Das schließt natürlich pathologische Störungen in irgend einem Moment dieses Gesamtprozesses nicht aus, und in der Tat begegnen wir pathologischen Fehldeutungen,

*) Solche Nebengedanken können ja auch erst „auftauchen“ und dabei sofort in halluzinatorische Form gegossen werden.

pathologischen Verkennungen und Gestaltsveränderungen beim Schizophrenen relativ häufig. Jedoch ergibt keine dieser Möglichkeiten die Halluzination. Für Fehldeutungen und Verkennungen liegt das ohne weiteres auf der Hand. Aber auch für die Gestaltsveränderungen der Wahrnehmungsdinge trifft es bei näherer Betrachtung zu. Zunächst vollzieht sich diese „Wahrnehmungswandlung“, z. B. das Anderswerden von Gesichtern, nur am optischen Wahrnehmungsding, während doch die spezifisch schizophrene Halluzination akustisch erlebt wird, dann aber unterscheiden auch die Kranken selbst das Erlebnis der Wahrnehmungswandlung von den Halluzinationen. Und schließlich ergibt der Rückgang auf die Erlebnischaraktere, dessen Resultate später aufgeführt werden sollen, dasselbe.

Auch die Vorstellungsfunktion des Schizophrenen ist intakt. Intelligentere Kranke, die ja ausschließlich darüber Angaben machen können, berichten übereinstimmend, daß sie über vorstellungsmäßige Schemata und über Phantasiebilder in gleicher Weise verfügen wie Gesunde und wie in ihren gesunden Tagen.

Nur einer Erscheinung kann man begegnen, nämlich einem „Kleben“ eines Phantasiebildes oder eines Vorstellungsschemas. Jedoch gibt diese selbstverständlich keine Halluzination. Unter „Kleben“ einer Vorstellung ist hier übrigens nur ein Teil dessen zu verstehen, was *Sommer**) bei Schizophrenen beschrieben und in Zusammenhang mit dem „Abtasten“ und „Benennen“ *Leupolds* gebracht hat. Es mag nur beiläufig angemerkt werden, daß auch von dem im *Sommerschen* Sinne erweiterten Begriff des „Klebens an Vorstellungen“ aus keine Theorie der schizophrenen Symptome überhaupt entwickelt werden kann. Diese Erscheinungen sind weder spezifisch schizophren noch in der Schizophrenie allgemein und die Diskussionen in der vorliegenden Untersuchung ergeben ganz andere Voraussetzungen. Das „Kleben“ an Vorstellungen im Sinne von Phantasiebildern und Schemen ist aber möglicherweise für die Analyse der schizophrenen Halluzinationen nicht unwesentlich. Zeigt sich hier doch eine Tendenz zu größerer Konstanz und Lebhaftigkeit der Vorstellungen, deren Bedingungen möglicherweise im Gesamterlebensmodus des Schizophrenen zu suchen sind.

Jedenfalls ergeben auch diese Erwägungen das Resultat, zu dem schon die Beschreibung der schizophrenen akustischen Halluzination geführt hatte, daß die Halluzinationen der Schizophrenen sich von Wahrnehmungen und Vorstellungen unterscheiden. Nur haben die letzten Erörterungen schon einen Schritt weiter geführt. Die Beschreibung der schizophrenen Halluzinationen lieferte uns den Schluß, daß die „fertige“ Halluzination sich von der „fertigen“ Wahrnehmung und Vorstellung unterscheidet. Jetzt darf man schließen, daß auch die am Aufbau der Wahrnehmung und Vorstellung beteiligten Erlebnisse selbst in ihren Störungen keine Halluzinationen ergeben.

Mit dieser Vorstellung ist aber nichts darüber ausgesagt, ob die Halluzinationen nicht genetisch aus Erlebnismomenten hergeleitet wer-

*) Unter *Sommers* Begriff fallen ja auch „Gedanken“.

den dürfen, die auch in Wahrnehmung und Vorstellung begrifflich abgesondert werden können. Nur der Erlebnismechanismus der Wahrnehmung und Vorstellung als ganzes liefert keine Halluzination.

Die nächste Frage ist also: welcher gegenständlichen Erlebnisklasse die schizophrene Halluzination angehört. Der allgemeine Name „Sinnestäuschung“ hat m. E. die Überlegungen zu sehr dazu gedrängt, auch die schizophrene wie jede „echte“ Halluzination in die Klasse der Wahrnehmungserlebnisse zu verlegen. Wir sind jedoch zu der Anschauung geführt worden, daß sie weder der gegenständlichen Erlebnisklasse der Wahrnehmungen noch der Vorstellungen einzureihen sind. Sie können aber auch nicht einfach „Gedanken“ sein. Denn die Kranken unterscheiden die akustische Halluzination vom Gedanken, auch vom vorstellungsmäßig repräsentierten und vom pathologischen, eingegebenen.

Die schizophrene Halluzination scheint also in der Tat eine völlig neue gegenständliche Erlebnisklasse zu repräsentieren und wir werden nun weiter versuchen müssen, in deren Analyse so weit wie möglich vorzudringen. Dabei möchte ich von vornherein betonen, daß das Hineintragen erkenntnistheoretischer Erwägungen in die Untersuchungen der Klärung des Problems durchaus nicht förderlich ist und nirgends, wo es geschah, zu einem anderen Resultat geführt hat, als daß man die Nutzlosigkeit derartiger Standpunktwechsel demonstrierte. Die vorliegende Untersuchung bleibt daher durchaus auf psychologischem Standpunkt.

Wir gehen aus vom Prozeß der Wahrnehmung. *Ebbinghaus* hat ausgeführt, daß an dem hypothetischen Empfindungssubstrat durch den Prozeß der Wahrnehmung nach vielen Richtungen hin eine Umwandlung vor sich gehe, und zwar finde an ihm statt: eine Auslese, eine Gliederung, eine Erweiterung und Umbildung. Die „Auslese“, die mit dem Herausheben einzelner Teile einer Gesamtwahrnehmung zusammenfällt, ist ein Gedankenprozeß. *Bühler* weist darauf hin, daß je nach dem beobachtenden oder genießenden Verhalten des Wahrnehmenden die Wahrnehmung ganz verschieden ausfalle und daß man so viele Arten der Wahrnehmung unterscheiden könne als es Denkrichtungen gebe. Auch er führt den Unterschied zwischen Beobachtung und einfacher Wahrnehmung in diesem Zusammenhang an. Ich möchte noch auf eine Tatsachengruppe hinweisen, die hierher gehört. Neben affektiven Faktoren ist an der „Bekanntheit“ einer Wahrnehmung auch der beteiligt, daß man bei wiederholter Wahrnehmung immer neue Einzelheiten gedanklich heraushebt, gleichsam studiert, bis allmählich erst der Gesamteindruck in allen Einzelheiten simultan aufgenommen wird.

Schon in diesem etappenweisen Erfassen vollzieht sich die Gliederung der Gesamtwahrnehmung. Daß aber der Eindruck in jeder Phase des Erfassens gegliedert wahrgenommen wird, hängt offenbar weniger

von dem Herausheben neuer Einzelheiten ab als davon, daß die schon erreichten Phasen gedanklich reproduziert werden. Man kann das recht schön beim Mikroskopieren komplexer Präparate beobachten, weil da der Einfluß des in die Wahrnehmung hineingetragenen Wissens ziemlich deutlich zu sein pflegt und auch andererseits individuelle Unterschiede klar hervortreten.

Die Erweiterung und Umbildung der Wahrnehmung sind anschaulich reproduktive Prozesse, die heute schon recht genau bekannt sind und auf die ich daher nicht weiter einzugehen brauche. Nehmen wir die Empfindungsanteile der Wahrnehmung hinzu, so hätten wir also in der Wahrnehmung zu unterscheiden:

1. den anschaulichen Anteil der Gegenstandsbeziehung;
2. den unanschaulichen Anteil der Auslese in gegenständlicher Beziehung;
3. den reproduktiv unanschaulichen Anteil der Gliederung;
4. den reproduktiv anschaulichen Anteil der Erweiterung und Umbildung.;
5. den hypothetischen Empfindungsanteil, den wir nur in unmittelbarster Mischung mit den anschaulich reproduktiven Anteilen erleben, dem wir aber Raum- und Zeitgestalt der Wahrnehmung, ihre Sinnesqualität usw. zuschreiben dürfen.

Diese „Momente“ der Wahrnehmung heben sich als ein simultan in einem Gedanken erfaßter *Gegenstand* markant vom übrigen Gedanken-erleben ab*), das sich nicht wie die eben unterschiedenen Gedanken „in“ sondern „an“ der Wahrnehmung vollzieht.

Wenn ich auch in diesem Zusammenhang nicht auf Einzelheiten eingehen kann, so möchte ich doch nicht unterlassen, wenigstens kurz darauf hinzuweisen, daß die Wahrnehmung entsprechend zahlreichen krankhaften Störungen unterliegen kann. Diese werden schon je nach der Phase des Wahrnehmungsprozesses recht verschiedene klinische Erscheinungen zur Folge haben. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß außerdem, vor allem in den gedanklichen Anteilen der Wahrnehmungen, zwischen verschiedenartigen Störungen erlebnismäßig-definierbare Unterschiede aufzuzeigen sind. Zwei Modi lassen sich schon heute kurz darstellen: 1. Störung der reproduktiven, wie sie bei Agnosien und einzelnen Demenzformen die Wahrnehmung trüben; 2. Störung der produktiven Denkannteile der Wahrnehmung, die bei in allen Anteilen der Wahrnehmung ungehinderter Reproduktion eigentüm-

*) Obwohl beide selbstverständlich immer in ihrer formalen Struktur gleichen intentionalen Wesens sind. „Anschauungen“ = Anschauungsanteile der Wahrnehmung und reine Vorstellungen sind nicht besondere Funktionen, sondern intentionale anschauliche Gegenstandserlebnisse, die mit den unanschaulichen Gegenstandserlebnissen durch die Tatsache des Gemeintwerdens verbunden sind.

liche Wahrnehmungsverfälschungen herbeiführen. Solche kommen in der Müdigkeit und anscheinend bei der Schizophrenie vor, worauf ich noch zurückkomme. Diese Möglichkeiten der Unterscheidung haben, wie ich glaube, hohe Bedeutung für die gesamte Lehre von der Schizophrenie, werden wir doch einer gleichen Unterscheidung auch im Gebiet der Sprache unter anderen Bedingungen wieder begegnen.

Für den jetzigen Gedankengang hebe ich zwei Ergebnisse der heutigen Wahrnehmungsforschung heraus. Zuerst die Tatsache, daß Empfindungs- und Vorstellungsanteile in der Wahrnehmung untrennbar erlebt werden.

Wollen wir den Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung definieren, so werden wir infolge dieser Tatsache nicht von Wahrnehmung und Vorstellung schlechthin, sondern vielmehr von Wahrnehmungs- (plus Empfindung) Vorstellung und reiner Vorstellung sprechen dürfen. Aber auch dann ist es unmöglich, einen klaren, definitorischen Unterschied zwischen Vorstellung und Wahrnehmung zu finden, wenn man sich an den anschaulichen Teil der Erlebnisse hält, was ja zunächst durch das Merkmal: Auslösung durch Außenreiz oder Fehlen derselben das Gegebene zu sein scheint. Man hat die Schwierigkeit durch den hypothetischen Rückgang auf die ersten kindlichen Wahrnehmungen zu überwinden gesucht. Dabei ist man aber nur auf die Tatsache gestoßen, daß Wahrnehmungsanschauung und anschauliche Vorstellung genetisch auf die gemeinsame Wurzelempfindung zurückzuführen sind und daß praktisch ein breites Übergangsgebiet zwischen beiden existiert (*Lindworsky*).

Man muß, glaube ich, aus diesem Ergebnis den Schluß ziehen, daß auf diesem Wege der Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung überhaupt nicht gefunden werden kann und zur Erklärung der Tatsache, daß sich der Gesunde, ausgeruhte Erwachsene nur sehr selten über die Frage, ob Wahrnehmung oder Vorstellung täuscht, von einem ganz anderen Standpunkt ausgehen.

Ich spreche, um von vornherein der Tatsache Rechnung zu tragen, daß Empfindungs- und Vorstellungsanteil in der Wahrnehmung nicht zu trennen sind, überhaupt nur von „Anschauung“, gleichviel ob diese Anschauung nun bloß Empfindung, bloß Vorstellung oder verschiedenartiges Mischungsverhältnis beider darstellt. Je nachdem variiert Konstanz, Lebhaftigkeit, Klarheit der Anschauung — Momente, mit denen zwischen der Anschauung in der Wahrnehmung und in der Vorstellung kein scharfer Unterschied gefunden worden ist und nach der Lage der Sache gar nicht gefunden werden konnte. Zudem war es auch aus den angegebenen Gründen gar nicht zutreffend, daß man mit den Merkmalen der Anschauung eine Unterscheidung zwischen Wahrnehmung und Vorstellung vollziehen könne. Das geht schon daraus hervor, daß

in den bekannten Täuschungsfällen (vgl. *Bumke*) die Versuchspersonen „wahrnahmen“, wo sie doch bloß „vorstellen“. Sie nahmen die Anschauung als durch den äußeren Reiz gegeben hin, ohne daß dies objektiv der Fall gewesen wäre. Sie haben sich also über den Dingwert ihrer Anschauung getäuscht — nicht aber über Vorstellung und Wahrnehmung; denn vom Standpunkt ihres Erlebens aus nahmen sie wirklich wahr, und stellten nicht bloß vor. Der Erlebnistatbestand war der der Wahrnehmung, nicht der der Vorstellung, nur mit dem Unterschied, daß der anschauliche Teil der Wahrnehmung einmal nicht aus Empfindung und Vorstellung gemischte, sondern reinvorgestellte Anschauung war.

Wir werden also fragen müssen, wodurch sich der Erlebnistatbestand der Wahrnehmung von dem der Vorstellung unterscheidet, wenn aus der Anschauung durchgreifende Unterschiede nicht gefunden werden können.

Jaspers hat von der Leibhaftigkeit der Wahrnehmung im Unterschied zu der Bildhaftigkeit der Vorstellung gesprochen und hierin zwischen Wahrnehmung und Vorstellung einen unüberbrückbaren Unterschied gesehen. *Bumke* hat sich gegen die letzte Auffassung *Jaspers* gewendet und seinen Standpunkt auf die Übergänge in der Anschauung gegründet. Selbstverständlich bestehen in der „Anschauung“ Übergänge zwischen Wahrnehmung und Vorstellung, nur fragt es sich eben, ob von der Anschauung aus überhaupt ein Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung genügend gekennzeichnet werden kann. *Jaspers* spricht von „Bildhaftigkeit“ der Vorstellung. Dieser Ausdruck steht recht gut im Einklang mit einer Äußerung *Ziehens*, daß man nicht laut oder leise, sondern „als“ laut oder leise vorstelle. Damit ist offenbar nicht gemeint, daß nicht auch einmal eine Wahrnehmung von so geringer Intensität sein könne, daß sie von einer lebhaften Vorstellung nicht unterschieden werden könne, sondern daß unsere Vorstellungen zu unserem Denken in einem fundamental anderen Verhältnis stehen als unsere Wahrnehmungen, in eben dem Verhältnis, das *Jaspers* mit den Ausdrücken Bildhaftigkeit und Leibhaftigkeit zu kennzeichnen sucht. *Jaspers* redet auch von Wahrnehmung und Vorstellung, nicht aber von reiner Vorstellung und Anschauung in der Wahrnehmung. Denn die Anschauungen der einzelnen Sinnesgebiete sind überhaupt inkommensurable Erlebnisse, und wenn der Ausdruck Leibhaftigkeit die Anschauungsanteile der Wahrnehmung treffen sollte, so müßte man ebenso viele Arten und Grade der Leibhaftigkeit unterscheiden, als es Sinne gibt. Denn dann könnten für die Leibhaftigkeit doch nur die Merkmale der Konstanz, der Lebhaftigkeit und Intensität ausschlaggebend sein und diese sind z.B. für optische und akustische Anschauung bei vergleichsweise derselben Bedingungen ganz verschieden. Zudem würde ein durchgängiger Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung, auf den *Jaspers* doch hinaus will, tatsächlich, darin ist *Bumke* recht zu geben, nicht gefunden sein, schon deshalb nicht, weil auch in der Wahrnehmung sehr viel Vorstellung enthalten ist.

Wie ich glaube, ist aber *Jaspers* doch im Recht. Der Ausdruck Bildhaftigkeit für die Vorstellung heißt ebensoviel wie daß in der Anschauung der Vorstellung der Gegenstand nicht „als er selbst“ „gemeint“ wird, sondern daß die Anschauung den Gegenstand nur „repräsentiere“, daß sie als Bild fungiere, wobei dieses Bildsein der Anschauung gleich-

zeitig „gewußt“, eventuell in einem besonderen Gedanken ausdrücklich mitgedacht wird.

Demgegenüber ist in der Wahrnehmung der Gegenstand „selbst“ gegeben, das ist so viel wie, er ist „leibhaftig“ da, d. h. die Anschauung fungiert nicht mehr bloß als Bild, sondern wird ausdrücklich als der Gegenstand selbst gewußt bzw. gedacht, die Anschauung repräsentiert nicht den Gegenstand, sondern „fundiert“ ihn*). Das hängt augenscheinlich damit zusammen, daß überall, wo wir wahrnehmen, mit der Anschauung sich die oben erwähnten gedanklichen Operationen vollziehen, die, wo wir „vorstellen“, fehlen. Wenn wir nun lediglich reproduktiv anschauen, aber an der reproduktiven Anschauung die „wahrnehmenden“ Gedankenoperationen vollziehen, da „täuschen“ wir uns auch über „Wahrnehmung“ und „Vorstellung“, d. h. eben wir stellen nicht mehr vor. Und dieser Deutung fügen sich alle bisher bekannten Fälle von Täuschung über den Vorstellungscharakter eines wahrgenommenen Gegenstandes.

Erlebniskomplexe von der Struktur der Wahrnehmungen unterscheiden sich nun von den Vorstellungen noch dadurch, daß sich nicht nur in ihnen, sondern auch „an“ ihnen Gedankenoperationen vollziehen, daß sie nicht als Begleitvorgänge unseres Denkens wie die Vorstellungen, sondern als Ausgangs- und Endpunkte desselben fungieren. Auch dieses Merkmal ist dann, wenn man sich über seine „Vorstellung“ (Anschauung) täuscht, immer gegeben. Auch dann ist die Anschauung Substrat eines verwickelten Denkprozesses, nicht dessen bildlicher Ausdruck.

Alle diese Erwägungen bestimmen mich, den Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung nicht in ihrem Anschauungsteil zu suchen, sondern in ihrem Verhältnis zu unseren Denkerlebnissen. So sehr auch die Konstanz, Deutlichkeit und Lebhaftigkeit der Anschauung in Wahrnehmung und Vorstellung wechselt, das Verhältnis zum Gedankenablauf, daß in der Wahrnehmung Gegenstände fundiert werden, „als sie selbst gemeint“ werden, während in der Vorstellung die Anschauung den Gegenstand nur „abbildet“, repräsentiert, bleibt ihnen gewahrt. Und dieses konstante Verhältnis muß, wie ich glaube, Ausgangspunkt der erlebnismäßigen Definition sein. Jeder Versuch, die „Anschauungen“ als Ausgangspunkt der Unterscheidung anzunehmen, führt mit Notwendigkeit über das Erleben hinaus zu physiologischen Kriterien, deren Bedeutung völlig hypothetisch ist, die aber außerdem ein Aufgeben des in der Psychologie notwendigen Standpunktes darstellen, daß überall für psychologische Begriffe die Erlebnisaraktore selbst und nicht deren möglichen physiologischen Korrelate die hinreichenden Merkmale abgeben.

*) Mit dem möglichen Realitätsurteil über den Gegenstand hat das natürlich nichts zu tun.

Erst wenn wir so Wahrnehmung und Vorstellung voneinander abgegrenzt haben, haben wir die Voraussetzung für eine Analyse der schizophrenen Halluzinationen gewonnen. Auch sie stellen irgendwie anschauliche Erlebnisse dar. Wir werden aber nun nicht mehr den aussichtslosen Versuch machen, die „Anschauung“ der Halluzination unter Wahrnehmung oder Vorstellung zu subsumieren, nachdem wir gesehen haben, daß schon die gewöhnliche Anschauung zu einer Unterscheidung zwischen Wahrnehmung und Vorstellung nicht ausreicht. Sondern wir werden fragen, ob in der schizophrenen Halluzination ein „Fundierungs“- oder ein „Repräsentations“-Verhältnis zwischen Anschauungen und Gedanken vorliegt.

Mit dieser Formulierung läßt sich nun auch klarer als sonst hervorheben, in welchen Beziehungen Wahrnehmungen und Vorstellungen zum Ablauf unseres Denkens stehen. Wahrnehmungen können das Denken ablenken, ohne doch den gedachten Gegenstand aus dem Bewußtsein zu verdrängen. Überall nämlich treten Wahrnehmungen stets nur vermöge ihrer gedanklichen Anteile in positive oder negative Sinnbeziehung in unsern Gedankengang ein, wir erleben ein Beziehungserlebnis zwischen Wahrnehmungsgegenstand und jeweiligem Denkgegenstand, wenn wir auf eine Wahrnehmung aufmerksam achten, und wo wir es nicht erleben — auf die Wahrnehmung nicht aufmerksam werden — nehmen wir nicht wahr, gleichviel ob das Beziehungserlebnis an sich möglich wäre oder nicht. Vorstellungen aber begleiten nur die Gedanken, ihnen kommt für den Ablauf des Denkens kein selbständiger Wert zu*).

Die schizophrenen Halluzinationen, so vermuten wir, haben nun mit den Wahrnehmungen insofern Verwandtschaft, als sie den Ablauf des Denkens stören, aber sie verdrängen den gedachten Gegenstand aus dem Bewußtsein, was bei Wahrnehmungen nicht der Fall ist. Die Kranken reden deshalb von Hineinsprechen in ihre Gedanken, von Gedankenlautwerden. Dadurch treten die schizophrenen Halluzinationen schon allein, ohne die noch zu erörternden Gründe, in nahe Beziehung zu den Symptomen Gedankenentzug und Gedankeneingeben.

Aber von Wahrnehmungen und Vorstellungen scheinen sich die schizophrenen Halluzinationen noch durch ein weiteres Merkmal zu unterscheiden. Bei ihnen scheint weder ein Fundierungsverhältnis noch ein Repräsentationsverhältnis vorzuliegen, sondern eine ganz neuartige Beziehung von Anschauung und Gedanke, die den Gedanken selbst als Anschauung erleben läßt. Diese Annahme wird nahegelegt erstens durch die relative Einfachheit der halluzinatorischen Erlebnisse im Gegensatz zur Komplexität des halluzinierten Sachverhaltes, der sich ganz analog

*) Das gilt auch für sprachliche Vorstellungen im Verlauf eines Gedankengangs.

wie jeder Gedanke nur in einem Satz wiedergeben läßt. Und zweitens durch die innige Beziehung, in der die Halluzinationen zum Denken des Kranken stehen. Drittens aber, weil die Kranken doch sehr gut Wahrnehmungen, Vorstellungen und Halluzinationen unterscheiden, so sehr sie sich auch in der dinglichen Realität der Halluzinationen täuschen.

Ich definiere daher die schizophrene Halluzination zunächst einmal als ein anschauliches Erlebnis von unsinnlichem Charakter, aber großer Lebhaftigkeit, das weder in einem Fundierungs- noch in einem Repräsentationsverhältnis, sondern in einer innigeren Beziehung zum mit der Anschauung verbundenen Gedanken steht, vermöge deren der erlebte Gedanke selbst anschaulich zu werden scheint.

Ist nun erstens eine derartige Beziehung zwischen Anschauung und Gedanken möglich, und ist sie zweitens beim Schizophrenen wirklich vorhanden? Den nächsten Ausgangspunkt für die Entscheidung der ersten Frage kann nur das eigene Erlebnis des Gesunden abgeben. Es ist nun ja seit langem bekannt, daß beim Gesunden eine ganze Reihe „Sinnestäuschungen“ vorkommen, über deren Natur jedoch noch Unklarheiten bestehen. Schuld an der Unsicherheit in der theoretischen Beurteilung dieser Phänomene scheint mir vor allem die ausschließliche Berücksichtigung des objektiven Wahrheitscharakters in der Definition dieser Täuschungen über Erlebnisse zu sein bei Vernachlässigung der erlebnismäßigen Kriterien. Für die Analyse dieser noch normalen anschaulichen Erlebnisse ist aber die Frage, ob durch einen äußeren Reiz ausgelöst oder nicht, gerade im Hinblick auf ihre Beziehungen zu den schizophrenen Halluzinationen ganz unwesentlich gegenüber der anderen, wie sie sich zu den Gedanken verhalten.

Ich beginne mit den sog. Illusionen. Sie haben zweifellosen Wahrnehmungscharakter. Sie fundieren Gegenstände. Zwar überwiegen in ihnen die Vorstellungsanteile der Anschauung, aber indem man in einen vorhandenen Gegenstand einen anderen hineinillusioniert, stellt man doch den illusionierten Gegenstand nicht mehr vor, sondern nimmt in ihm den gemeinten Gegenstand wirklich wahr, d. h. aber die Anschauung fundiert den Gegenstand des Erlebnisses. Ob diese Erscheinungen unter starken Affekten oder unter der Erwartung oder wie bei den Pareidolien*) ohne stärkere affektive Momente lediglich infolge eines Interesses vorkommt, ist für die Definition gleichgültig, da alle anderen Kriterien des Erlebnisses von diesen verschiedenen Auslösungsmechanis-

*) Deren nahe Beziehung zu den Illusionen betont auch *Bumke*. Er berichtet, daß die Kranken nicht allzu selten Pareidolien erleben und sie nicht für reale Dinge halten, sondern für gemachte Bilder, d. h. sie nehmen die Erscheinung wahr, halten sie nicht für eine Gesichtstäuschung, sondern für eine echte Wahrnehmung, verneinen aber das Urteil über die Existenz des Gegenstandes.

men nicht berührt werden. Und pathologisch ist nicht der Erlebnismechanismus als solcher, sondern die Bedingung, unter der er eintritt, und diese Bedingungen haben fast mehr Bedeutung für die Eigenart der illusionierten Gegenstände und deren weitere gedankliche Verarbeitung als für den Grad der Störung.

Weit schwerer sind die sog. Pseudohalluzinationen zu beschreiben. Sie sollen unwillkürlich auftreten, woraus man schließt, daß sie sich von den Vorstellungen unterscheiden, es soll ihnen aber die Leibhaftigkeit der Wahrnehmungen fehlen.

Wenn ich meine eigenen Erfahrungen hier zugrunde legen darf, die in den wesentlichsten Gesichtspunkten mit den bekannten Schilderungen übereinstimmen, so kann ich folgendes sagen: Ich sehe Pseudohalluzinationen nach langem Schreiben, Lesen und Mikroskopieren, wenn ich mich noch in Gedanken mit der jeweiligen Beschäftigung abgebe, ob schon sie nur mehr im Hintergrund des Bewußtseins steht, und zwar dann Schriftseiten ohne erkennbaren Inhalt und mikroskopische Bilder, im übrigen sehe ich vor allem abends Fratzen oder die Köpfe meiner Angehörigen, nie die mir sonst begegnender Personen, gelegentlich Bäume u. dgl. Ich erlebe die Erscheinung öfters, aber nicht immer tags wenn ich ausruhend die Augen schließe, mit größerer Regelmäßigkeit abends, wenn ich nicht sehr müde bin und wenn man sich ziellosem Denken vor dem Einschlafen überläßt. Die Erscheinungen sind hell, sehr deutlich, aber nicht lebhaft gefärbt und befinden sich in einem fortdauernden, durch keine Anstrengung aufzuhaltenden Fluß. Einen Einfluß auf die Gegenstände, die erscheinen, habe ich nicht, doch kann ich die Erscheinungen beobachten, wobei sie oft zu verschwinden pflegen, um nach einiger Zeit wiederzukommen. Dagegen erinnere ich mich sehr deutlich, daß ich als Kind mich der Fratzen wegen ängstigte und wünschte, ich möchte einen Weihnachtsbaum sehen, der auch ins Gesichtsfeld trat. Jetzt finde ich, daß ich einen derartigen Einfluß nicht ausüben kann. Die wesentlichste Voraussetzung für das Auftreten scheint mir zu sein, daß ich mich völlig ziellosem unkonzentriertem Denken überlasse. Ist das der Fall, so nehme ich zuerst den Lichtstaub des dunklen Sehfeldes der geschlossenen Augen wahr, eine Weile danach beginnt das Spiel der Erscheinungen, die, obwohl klar, doch nicht sinnlich deutlich sind und ohne Ort im dunklen Sehfelde schweben.

Für die Deutung des Ganzen scheint mir nun wesentlich, daß man die Pseudohalluzinationen nur bei dunklem Gesichtsfeld erlebt*). Wesentliche Vorbedingungen für das Auftreten von Pseudohalluzinationen des Gesichts scheint also die Entspannung der Konzentration und das Vorhandensein des Lichtstaubes im dunklen Sehfelde zu sein. Auch

*) Vgl. J. Müller, *Wundt*.

spricht mir die Art, wie sich der Lichtstaub des dunklen Sehfeldes in die Erscheinungen umwandelt, dafür, daß es sich hier um die Verschmelzung von entoptischen Lichtpunkten mit Vorstellungsanteilen handelt. Deshalb glaube ich auch, daß prinzipiell jeder Mensch in der Lage ist, optische Pseudohalluzinationen zu erleben.

Die so entstandenen Anschauungen sind gewiß lebhafter als die gewöhnlichen „Vorstellungen“, aber nicht so deutlich wie Wahrnehmungen. Sie fundieren auch niemals Gegenstände, sondern immer begleitet sie das Bewußtsein, daß sie lediglich repräsentative Funktion besitzen, wenn auch das Schwergewicht des Erlebens diesmal nicht auf den gegenständlichen Gedanken liegt.

Den Pseudohalluzinationen des Gesichts entsprechen gewisse akustische Phänomene, die im ausruhenden Denken, das wiederum möglichst ziellos sein muß, aber darum doch nicht jeder gegenständlichen Richtung entbehren darf, oder in der Erschöpfung auftreten, häufig durch Nikotingenuß begünstigt werden. Hierher gehört es, wenn ein Offizier sich im Felde mit „Herr Rittmeister“ anrufen hört (vgl. *Bumke*). In allen derartigen Fällen ist nämlich der Inhalt des Gehörten derart, daß man aus ihm und der jeweiligen allgemeinen Situation die repräsentative Funktion des Gehörten zum Bewußtsein vorhandenen überwertigen Gedanken ohne weiteres herauslesen kann. Außerdem entstehen derartige Täuschungen unter denselben Bedingungen wie die optischen Pseudohalluzinationen: Fehlen der Konzentration, Mangel äußerer Reize, Vorhandensein entotischer Geräusche (Nikotin!). Auch Geräusche kann man unter derartigen Bedingungen sehr lebhaft pseudohalluzinieren (vgl. *Bühler*).

Pseudohalluzinationen stellen daher anschauliche Erlebnisse von Vorstellungscharakter dar, bei denen das Repräsentationsverhältnis zwischen Anschauung und Gedanke vorhanden ist, nur eine größere Deutlichkeit der Vorstellungen besteht und denen unter den obwaltenden Denkbedingungen eine relative Selbständigkeit zuteil wird.

Noch aber sind die anschaulichen Erlebnisse des Gesunden nicht erschöpft. Wir erleben noch hypnagoge akustische, sehr viel seltener optische Halluzinationen. Diesen sind die Traumwahrnehmungen innig verwandt. Ich bin auf die hypnagogen akustischen Halluzinationen schon in meiner früheren Arbeit eingegangen und möchte hier nur einzelne Bemerkungen hinzufügen. Was man hier hört, kann recht deutlich und eindringlich sein, viel deutlicher als gewöhnliche Vorstellungen, etwa von der Deutlichkeit einer Pseudohalluzination. Jedenfalls aber erreicht es nicht den Deutlichkeitsgrad der Sinneswahrnehmungen. Aber was wichtiger ist: Man hat nicht die Wahrnehmung eines gesprochenen Wortes, auch nicht die Vorstellung desselben, sondern man weiß, daß man einen eigenen Gedanken eben nicht gedacht, sondern gehört

hat. Mit anderen Worten: es liegt *weder ein Fundierungs- noch ein Repräsentations-, sondern ein Verschmelzungsverhältnis* zwischen Anschauung und Gedanke vor, und auch hier erlebt man die Eigentümlichkeit, daß man das Gehörte nicht gut wörtlich, sondern in einem Satz wiedergeben kann, und daß ferner das Gehörte, das mit dem letzten Denkgegenstand nicht in direkter Beziehung zu stehen braucht, aber doch dem Gesamtinhalt des Bewußtseins entnommen ist, sich dem letzten Gedanken substituiert. Über die Traumwahrnehmungen kann ich mich kurz fassen. Sie bevorzugen das optische Gebiet, zeigen aber sonst alle Merkmale der hypnagogen akustischen Halluzination, nämlich: große Deutlichkeit, aber nicht völlige sinnliche Lebhaftigkeit, Verschmelzungsverhältnis zwischen Anschauung und Gedanke, Substitution des letzten Denkgegenstandes.

Durch diese Definition werden hypnagoge und schizophrene Halluzinationen mit ihren wesentlichsten Charakteren in nahe Beziehung gebracht, die durch die Analogien zwischen Müdigkeitsdenken und schizophrenem Denken noch enger gestaltet wird. Die Vermutung, als stelle die in beiden Zuständen vorhandene Erlebnisstörung die Bedingung für das Auftreten halluzinatorischer Erlebnisse dar, liegt bei dieser Sachlage doch recht nahe. Sie läßt sich durch zwei Erwägungen zu nahezu völliger Gewißheit erheben.

Echte akustische Halluzinationen scheinen außer in der Schizophrenie doch nur noch bei Zuständen der Bewußtseinstrübung vorzukommen, echte optische Halluzinationen überhaupt nur in der stärkeren Bewußtseinstrübung (*Bumke*). Die Halluzinationen der Bewußtseinstrübung aber kennen wir alle aus gelegentlicher eigener Erfahrung. Ich kann zwischen ihnen und den hypnagogen Halluzinationen bzw. den Traumwahrnehmungen keinen erlebnismäßigen Unterschied entdecken, sie alle sind von lebhafter Anschaulichkeit ohne eigentliche sinnliche Lebhaftigkeit, substituieren unsere jeweiligen Gedanken und stellen Verschmelzungsprodukte aus Anschauung und Gedanke dar*). Das ist das erste. Zweitens aber wissen wir klinisch, daß die Denkstörung der Bewußtseinstrübung formal der schizophrenen Denkstörung analog ist und die eigene Erfahrung lehrt für Müdigkeit und Bewußtseinstrübung genau dasselbe. Man kann daher den Tatbestand auch so ausdrücken: In allen mit Bewußtseinstrübung einhergehenden Zuständen ist neben anderen Erlebnisstörungen auch die der Müdigkeit, d. h. der Mangel an Erfüllungserlebnissen und Inkonstanz und Undeutlichkeit der Gedanken mit enthalten. An diese Störung ist das Auf-

*) Auf Unterschiede im einzelnen bei verschiedener Ätiologie der Bewußtseinstrübung kann ich hier nicht eingehen, ebensowenig auf die Verschiedenheiten des Verhaltens der Kranken, die im wesentlichen von der Beschaffenheit der übrigen Funktionen abhängt.

treten von bestimmt gearteten Anschauungstäuschungen geknüpft, die daher auch in allen derartigen Zuständen mit großer Gesetzmäßigkeit auftreten, wobei die Regel gilt, daß mit zunehmender Bewußtseins-trübung die Anschauungstäuschungen vom akustischen zum optischen verschoben werden (auf die Gründe dafür komme ich gleich zu sprechen).

Alle anderen Sinnestäuschungen bei anderen psychischen Störungen ohne jene Erlebnisstörung stellen mit größter Wahrscheinlichkeit (vgl. darüber auch *Bumke*, dessen Ausführungen darüber ich nur nachdrücklich unterstreichen kann) andersgeartete Vorgänge dar und gehören wohl sämtlich in das Gebiet der Illusion, der Pareidolien und der Pseudohalluzination. Der Unterschied zwischen der *Bumkeschen* und der hier gegebenen Darstellung beruht — abgesehen von der ganz verschiedenartigen Begründung — im klinischen Resultate nur darin, daß ich auch die Halluzinationen der Schizophrenie außer denen der Bewußtseins-trübung zu den echten Halluzinationen rechne.

Ich habe bis jetzt, um begrifflich das Wesen der Halluzinationen gegenüber Wahrnehmung, Vorstellungen und ihren normalen und pathologischen Varianten zu kennzeichnen, einfach den Ausdruck Verschmelzungsprodukt von Anschauung und Gedanke gebraucht. Er war zunächst rein deskriptiv gemeint, da tatsächlich in der Halluzination, soweit wir überhaupt sehen können, beide Teile des Vorgangs in besonders inniger Beziehung stehen. Ich glaube aber, man darf dem Ausdruck gleichzeitig eine genetische Bedeutung geben.

Aus Mangel an anderweiten Theorien hat man für die Genese der Halluzination immer wieder Reizzustände der Sinnessphären in Anspruch genommen. Wie ich glaube, ohne ausreichende Begründung. In der überwiegenden Mehrzahl der einschlägigen Arbeiten ist unterschiedslos jede Sinnestäuschung als Halluzination gewertet oder die allgemeinen Bewußtseinsbedingungen nicht berücksichtigt. Enthalten aber tatsächlich alle Psychosen mit echten Halluzinationen eine bestimmte Erlebnisstörung, von der das Auftreten der Halluzinationen abhängt, so läßt sich sehr wohl auch eine psychologische Theorie der Halluzination ohne anatomisch-physiologische Hilfsvorstellungen entwickeln. Ihre Grundzüge sind folgende:

Bei dem Fehlen von Empfindungsanteilen in der Halluzination (welches sich aus ihrem unsinnlichen Charakter und dem Mangel äußerer Reize erschließen läßt), kommen für die Entstehung der Halluzination überhaupt nur noch Gedanken und Vorstellungen in Frage. Aus beiden ist daher die Halluzination entstanden zu denken. Da bei der Schizophrenie, deren Halluzinationen denen der Bewußtseins-trübungen phänomenologisch und deskriptiv prinzipiell gleich sind, eine eigentliche Störung des Vorstellens nicht vorhanden ist, so kann der Grund für die Entstehung der Halluzination nur in der Veränderung der Gedanken-

erlebnisse gesucht werden. Die Störung wirkt nun in zweierlei Weise: Einmal indem sie die unanschaulichen Erlebnisse ihrer gewöhnlichen Konstanz und Deutlichkeit entkleidet, zweitens indem sie durch Verhinderung gegenständlich geordneten Denkens Bedingungen schafft, unter denen nach allgemeiner psychologischer Erfahrung unsere Vorstellungen besonders deutlich zu werden pflegen. Über den Grad der Lebhaftigkeit vgl. *Bühler*. Dieser kann sehr hoch sein. Daß dies auch bei der Schizophrenie der Fall ist, geht aus den Erscheinungen des Klebens der Vorstellungen, wie es *Sommer* beschrieben hat, hervor. So kommt es, daß entgegen der sonstigen Verhältnisse die anschaulichen, vorstellungsmäßigen Elemente unseres Bewußtseins ein erhebliches Gewicht gegenüber den Gedanken erlangen, so daß sehr zahlreiche Gedanken mit lebhaften Anschauungsbildern ins Bewußtsein treten. Daß dabei die repräsentative Funktion der Vorstellungen verloren geht, liegt daran, daß die Erlebnisse infolge der Grundstörung so flüchtig und schattenhaft sind, daß für ein derartiges Beziehungserlebnis der Repräsentation kein Raum mehr bleibt.

Ich möchte nicht unterlassen, hier auf die schöne Beobachtung *Cramers* hinzuweisen, daß taubstumme oder taube Schizophrene nicht akustisch halluzinierten, sondern ihre Halluzinationen als motorische Erlebnisse, evtl. sogar als innere Gebärdensprache schilderten. Daraus geht hervor, daß als Bedingungen der Halluzination unter allen Umständen die dem halluzinierenden Sinnesgebiet zugehörnde Vorstellung notwendig ist. Daß Halluzinationen deswegen noch nicht gleich Vorstellungen sind, ist ausführlich erörtert worden und bedarf keiner weiteren Hervorhebung.

So erscheint denn auch die schizophrene Halluzination als Korrelat der im Gedankenentzug angenommenen Erlebnisstörung. Damit steht sehr gut in Einklang, daß die optischen Sinnestäuschungen Schizophrener gewöhnlich keine echten Halluzinationen darstellen (vgl. auch *Bumke*).

Bumke betont, daß die echten optischen Halluzinationen mit den Zuständen stärkerer Bewußtseinstrübung verbunden sind. Dafür läßt sich nunmehr eine hinreichende Erklärung geben: Im allgemeinen sind die optischen Wahrnehmungen zeitlich konstanter als die akustischen, gegenüber denen sie deswegen und wegen der engen Beziehung zwischen Denken und repräsentativer akustischer Sprachvorstellung überwiegen, und deshalb auch resistenter gegenüber Störungen in den Gedankenanteilen der Wahrnehmung. Erst wenn die Denkstörung stärkere Grade erreicht, beginnt auch im Gebiet der optischen Wahrnehmungen sich der reproduktive Anschauungsanteil stärker geltend zu machen und der gedankliche Anteil flüchtig und schattenhaft zu werden. Erst dann sind auch hier die Bedingungen dafür gegeben, daß die Empfindungsanteile der Anschauung zurücktreten und nunmehr die Verschmelzung

von Gedanken und optischen Vorstellungsanteilen sich abspielen kann. Denn vorher werden die rein reproduktiven optischen Vorstellungen ohne äußeren Anlaß durch die konstanteren Wahrnehmungen im Bemerkwerden unterdrückt; erst wenn die optische Gesamtwahrnehmung sich auflöst, fällt diese Behinderung der rein reproduktiven optischen Anschauungen fort.

Es fragt sich nur, ob die Auflösung der optischen Wahrnehmung, von der hier die Rede ist, auch tatsächlich beobachtet werden kann und nicht etwa nur eine Hilfshypothese ist. Das letztere ist sicher nicht der Fall. Ich verfüge leider bei nichtschizophrenen Psychosen noch nicht über ausreichende Erfahrungen in diesem Punkte, möchte aber darauf hinweisen, daß im Alkoholdelir nicht allzu selten dem Stadium der optischen Halluzinationen ein Stadium des Verschwimmens optischer Wahrnehmungen vorausgeht. Mir scheint hier etwas Analoges vorzuliegen wie in der Müdigkeit, wo man besonders, wenn man am Tage mit Schlafsucht zu kämpfen hat, dieses Auflösen der optischen Wahrnehmungen recht gut beobachten kann. In Vorträgen, die ich ermüdet anhörte, bemerkte ich öfter, wie Gesichter und Gegenstände, die ich zunächst für einen Moment wahrnahm, rasch unter der Mitwirkung reproduktiver Vorstellungen andere Formen annahmen, z. B. bestimmte Gesichtsförmlichkeiten in Bulldoggenköpfe, Formen, die ganz flüchtig sich in Verzerrungen auflösten. Erkennbar war dabei auch, daß die Gedankenanteile den Wahrnehmungen den Anschauungsanteilen nicht kongruent gingen, so daß z. B. dem Anschauungsbild der Bulldogge schon ein Gedanke entsprach, der der nächsten auftretenden Form des einfachen Hundekopfes hätte zukommen müssen.

Es ist nun außerordentlich interessant und als Bestätigung für die hier entwickelte Theorie der schizophrenen Halluzinationen wichtig, daß auch die Schizophrenen dieses Auflösungsstadium der eigentlichen optischen Halluzination nicht allzu selten erleben. Berichte über plötzliche Veränderung der Wahrnehmung von Gegenständen, vor allem von Gesichtern, von Verzerrungen der Passanten, von Verkehrtschen sind ja als typische schizophrene Symptome bekannt. Wir sehen hier, daß sich der eigentümliche Bewußtseinszustand der Schizophrenen auch im Gebiet der Wahrnehmungen dem Zustand der Müdigkeit analog verhält, andererseits aber eine Vorstufe zu Zuständen eigentlicher Bewußtseinsstörung darstellt, in denen sich zu der Erlebnisstörung der Gedanken noch andere Erscheinungen je nach der Art der Bewußtseinsstörung hinzugesellen.

Daß bei Schizophrenen auch nicht spezifische Sinnestäuschungen vorkommen, darf ja nicht wundernehmen. Schließlich ist doch diese Erscheinung nicht anders zu beurteilen als z. B. das Auftreten hysterischer Zustände im schizophrenen Krankheitsbilde. So kann es kein

Zweifel sein, daß Schizophrene gelegentlich akustisch und optisch illusionieren oder pseudohalluzinieren. Ich habe aber nicht den Eindruck gewonnen, daß es besonders häufig wäre. Außerdem scheinen derartige Erlebnisse auf die Schizophrenen einen viel geringeren Eindruck zu machen als die akustischen Halluzinationen. Schon daraus wäre ersichtlich, daß jene eine andere Stellung im Krankheitsgeschehen einnehmen als diese.

Ein Kranker berichtete:

(Haben Sie auch etwas gesehen?) Ja, Bilder. Das sind bloß Illusionen. Das sieht man schon manchmal. Aber man weiß nicht, ob es auch so ist. Vor allem abends.

(Was?) Das weiß man doch nicht genau. Deutlich habe ich nichts gesehen. Fratzen. Blieben manchmal auch länger stehen und standen vollkommen fest. Es war grau oder wie Nebel, manchmal blau.

(Wodurch kam das?) Wurde nicht durch Strahlen gemacht. Ich denke, daß die Bilder durch etwas fortbewegt werden, denn von alleine sieht man doch so was nicht. Das ist Ferndarstellungskunst.

(Was haben Sie denn gesehen?) Immer nur Fremdes, manchmal sah es nicht hübsch aus.

Es hat sich wohl um Pareidolien gehandelt. Die Schilderung entspricht ganz der Darstellung *Bumkes*. Es ist übrigens auch zu erwägen, ob nicht auch an den Pareidolien die Auflösungsprozesse der Wahrnehmung vor sich gehen könnten. Ich habe derartige Beobachtungen nicht erheben können.

Weit wichtiger ist die Klasse von Sinnestäuschungen, auf die ich bisher noch nicht eingegangen bin; ich meine die sog. Halluzinationen der Gemeingefühle. Sie spielen im Leben der Kranken eine ungeheure Rolle, so sehr, daß manche Krankheitsbilder überhaupt nur von diesen Vorgängen erfüllt zu sein scheinen. Die Zerrfahrenheit, der Autismus können in solchen — wie mir scheint gar nicht allzu seltenen — Fällen ganz zurücktreten, jahrelang werden die Kranken nur von ihren Täuschungen beherrscht, viele leiden offenbar qualvoll darunter, so daß die spezifischen Affektstörungen klinisch kaum in Erscheinung treten. Aber auch — in weniger ausgesprochenem Maße — kommen bei der Mehrzahl aller Fälle derartige Täuschungen und ihre physikalischen Erklärungen vor. Der Formenreichtum der Erlebnisse ist kaum zu übersehen: Stechen, Kneifen, Brennen, die Haut verstopfen, unterminieren; mit Spiritus bespritzt werden, die Schädeldecke auf- und zuklappen, das Gehirn umwenden, mit elektrischen Strömen beeinflussen, durchzucken, emporgeworfen werden, zu fliegen vermeinen, aufgetrieben werden, Erlebnisse von Schwanken des Hauses u. dgl.

Solche Erlebnisse sind auch dem Müdigkeitsdenken meist fremd*) und es fragt sich, wie sie zu deuten sind. Zunächst einmal ist festzustellen,

*) Abgesehen von Flugelerlebnissen, Erlebnis des Fallens.

daß die präzisen Angaben der Kranken das eigentlich zugrunde liegende anschauliche Moment nur umschreiben, auch wenn sie nur sagen z. B.: ich werde mit Messern unter der Haut gestochen. Sensationen der Hautsinne vermögen wir ihrer besonderen Qualität nach überhaupt nur durch Vergleiche zu beschreiben. Und diese Tatsache behält allem Anschein nach auch für die Schizophrenen ihre Geltung. Die Angaben der Kranken — von den daran sich anschließenden Erklärungen der Kranken abgesehen — sind daher nur Ausdrücke für zugrunde liegende Erlebnisse unbeschreibbarer Qualität. Es fragt sich aber doch immer noch, ob nun das, was die Kranken als Unterlage ihrer Namen wirklich erleben, ein neues sinnliches Erlebnis ist oder ob es nicht auch an sich physiologische Empfindungen sein können, die nur unter dem Einflusse der spezifischen Bewußtseinsstörung der Schizophrenen als etwas Neuartiges erlebt werden. Entscheidende Antwort hierauf ist nicht zu geben. Immerhin kann man die Theorie dieser Erlebnisse doch weiter führen, als es zunächst den Anschein hat. Denn so ganz ohne Analogien sind diese Erlebnisse offenbar nicht.

Im Beginn der Narkose kann man ein leichtes Ziehen und Zucken in den Extremitätenenden verspüren, später glaubt man auf- und abzuschweben — das wären qualitativ neue Erlebnisse. In einer leichten Bewußtseinsstörung, die durch bei einer Nasenoperation in Lokalanästhesie reichlich verschlucktes Alypin und durch 0,02 Morphium erzeugt war, erlebte ich, daß meine Hände anschwellen, die Finger schienen undeutlich wurstförmig zu sein, viel größer und dicker als in der Norm*). Jede Schätzung der Handgröße war mir verloren gegangen, ich griff fehl, wenn ich nach etwas tastete, weil ich von der wirklichen Handgröße keine Vorstellung mehr hatte. Die Bewußtseinsstörung war jedoch nicht so stark, daß ich nicht von Zeit zu Zeit, wie mir schien unter dem Einfluß erhöhter Willensanspannung, wieder klar wurde. Dann hatten meine Hände auch ihre natürliche Größe wieder, um sofort von neuem anzuschwellen, wenn ich in die leichte Umnebelung mit ihren flüchtigen Gedankengängen zurücksank. Gerade aus diesem Wechsel im Erleben mit seinem Parallelismus zwischen Bewußtseinszustand und Handgröße scheint mir die „zentralste“ Natur der ganzen Störung hervorzugehen. Das muß aber ja nicht der Fall sein und bei den eigentümlichen Halluzinationen der Cocainisten scheint der jeweilige Bewußtseinszustand nicht verändert (deshalb brauchen diese Cocainhalluzinationen noch nicht peripher zu sein, sie liegen nur, um im Bilde zu bleiben, peripherer als die Halluzinationen im Gefolge von Bewußtseinsstörungen).

*) Auch Schizophrene erleben dieses Größerwerden des ganzen Körpers, des Kopfes oder der Glieder!

Jedenfalls lehren diese Beispiele, daß toxische Einflüsse neuartige nur mit vergleichenden Ausdrücken zu belegende Gemeinempfindungserlebnisse erzeugen können und daß bei einem Teil dieser Erlebnisse am Zustandekommen ein Bewußtseinszustand mitwirkt, der formal dem Erleben in der Müdigkeit gleichzusetzen ist.

Andererseits werden auch physiologische Reize in der Narkose ganz anders erlebt als in der Norm. Ein Schnitt in die Haut wird gefühlt, evtl. sogar noch als Schmerz erlebt und beantwortet, aber er erscheint zugleich unendlich fern, er scheint in seiner Distanz zu wechseln, oder er erscheint von vornherein in einer völlig unbeschreibbaren Qualität.

Es scheint dabei die besondere Gestaltung der Erlebnisse — ob mehr physiologische Empfindung oder pathologische Empfindungsvarianten oder Vorstellung in der Verbindung mit den unumgänglichen Gedanken-erlebnissen hervortritt — zum Teil von der Tiefe der Bewußtseinsstrübung, zum Teil von der Art der toxischen Schädlichkeit abhängig zu sein. Für die Schizophrenie aber geht aus derartigen Vorgängen zweierlei hervor: 1. die Analogie der Bewußtseinszustände, in deren Verlauf solche Erlebnisse vorkommen. Damit fügen sich auch die „physikalischen“ Halluzinationen den bisherigen Analysen widerspruchlos ein. 2. Die Halluzinationen des Gemeingefühls weisen auf eine irgendwie toxische Entstehung der schizophrenen Grundstörung. Sie treten teilweise aus dem Rahmen des im Müdigkeitserleben noch Beobachteten heraus, ohne sich doch den allgemeinen Bewußtseinsbedingungen desselben zu entziehen. Vielmehr ist zu schließen, daß hier verschiedene Schädlichkeiten formal ähnliche Bewußtseinsvorgänge im Gefolge haben, daß sich aber doch entsprechend der Natur der Schädigung Unterschiede im Erleben feststellen lassen.

Es ist mir nicht gelungen, tiefer in die Phänomenologie der schizophrenen Störungen des Allgemeingefühls einzudringen.

Immerhin scheint mir das Ergebnis dieser Erörterungen doch das zu sein, daß auch die Halluzinationen des Gemeingefühls auf dem Boden der schizophrenen Grundstörung der Gedankenerlebnisse erwachsen. Damit würde sich der Ring der eigentlichen konstanten schizophrenen Grundsymptome schließen. *Sie alle: Gedankenentzug, Gedankeneingeben, motorische „Entfremdungserlebnisse“*) und spezifische Halluzinationen entstehen auf der Grundlage einer formal auch dem Gesunden bekannten Erlebnisstörung, die durch Mangel an Erfüllungserlebnissen und Flüchtigkeit und Undeutlichkeit der Gedanken charakterisiert ist.* Diese Symptome sind daher gegenseitige Korrelate und infolge ihrer direkten Beziehung zur Grundstörung — Namen für verschiedenen Erlebensweisen derselben Störung — auch über das ganze Gebiet der

*) Womit ich die im 3. Kapitel ausgeführten motorischen Erscheinungen be-
nennen möchte.

Schizophrenie nicht variabel. Sie sind die eigentlichen Primärsymptome der Schizophrenie.

Alle übrigen Symptome und Syndrome sind erst Erlebnisse aus dem Zusammenwirken dieser Grundstörung mit den übrigen gegenständlichen Erlebnissen [*Sekundärsymptome**)]: Schizophrene Gedankengebilde, Affektivität, Motivation, Zerfahrenheit, Motilität] oder mit der individuellen Persönlichkeit des Kranken (*Tertiärsymptome*). Beide Gruppen sind im Prinzip variabel, wenn sie auch immer den Mutterboden der zugrunde liegenden Erlebnisstörung erkennen lassen. Jedoch sind es die Sekundärsymptome in anderem Sinne als die Tertiärsymptome.

Bei jenen hängt die Variabilität im wesentlichen von der Intensität der Störung ab, bei diesen kommen bei anscheinend gleicher Intensität der Störung Variationen vor, die mit den Charakteren und den Temperamenten der Kranken in engster Beziehung stehen. Typisch sind die so entstehenden Symptome in beiden Gruppen, aber in jeder doch typisch in verschiedener Ordnung: die Sekundärsymptome sind typisch, weil sie allgemein psychologischen Erlebniszusammenhängen entspringen, die Tertiärsymptome sind es, insofern jede spezifische Erlebnisstörung spezifische individuelle Reaktionen und Entwicklungen hervorruft.

6. Die Affektivität der Schizophrenen.

Die Affektivitätsstörung der Schizophrenen wird in der Regel mit dem Begriff „Abstumpfung“ benannt. *Bumke* äußert hierüber, daß dieses Symptom mit das konstanteste aller schizophrenen Krankheitszeichen sei und daß eigentlich nur über die Deutung des Symptoms Differenzen bestünden. *Kraepelin* ist geneigt, die Gefühlsstörungen als das Grundsymptom der Schizophrenie aufzufassen. Aber *Bleuler* macht doch schon darauf aufmerksam, daß auch bei scheinbar völlig stumpfen Kranken mitunter sehr starke und tiefe Affekte auftreten können, und daß das affektive Verhalten beim einzelnen Kranken ebenso wie beim Vergleich aller Fälle zum mindesten äußerst wechselvoll sei. In der Tat unterscheiden sich Früh- und Spätfälle, wahnbildende und zerfahrene Schizophrene in diesem Punkt meist nicht unwesentlich: in den Endzuständen häufen sich die „abgestumpften Fälle“, ebenso unter den Zerfahrenen. Die Differenzen sind — darüber kann kein Zweifel bestehen — ganz erheblich, aber auch hier gilt kein durchgängiges Prinzip, wer heute stumpf erschien, braucht es morgen nicht zu sein und umgekehrt. Das ist ein kardinaler neuer Unterschied (vgl. oben) zu eigentlichen Verblödungsprozessen, wie Paralyse oder senile

*) Ich muß es mir hier versagen, auf die Stellungnahme *Bleulers* näher einzugehen. Die Einteilung lehnt sich an die *Bleulersche* Scheidung in „Primär“- und „Sekundär“-symptome an.

Demenz. Die Abstumpfung, die bei diesen auftritt, ist immer und ausnahmslos vorhanden. Für die Schizophrenie erweckt jene Eigentümlichkeit den Verdacht, auch die „Affektivität“ der Kranken könne, wie ihre „Intelligenz“, nur durch die Grundstörung verdeckt sein bzw. die Affekttäuschungen ebenso wie die Intelligenzleistungen nur sekundär durch sie in Mitleidenschaft gezogen sein. Wo wir Grund haben anzunehmen, daß auch das affektive Erleben der Kranken an seinen Wurzeln primär gestört ist, wie eben bei späteren Stadien der Paralyse oder ganz allgemein in der senilen Demenz, da verhalten sich auch die klinischen Bilder anders. Ich komme auf diese, wie ich glaube, für die Analyse sehr wichtigen Unterschiede noch ausführlich zu sprechen. Immerhin genügt schon der bloße Hinweis auf diese allgemein geläufige Erscheinung, die den diagnostischen Eindruck des Beobachters am nachhaltigsten beeinflußt, um von neuem eine eingehendere Analyse der schizophrenen Affektstörung zu versuchen, weist sie doch darauf hin, daß mit den Begriffen „Abstumpfung, Wurstigkeit, Mangel an Initiative“ das Affektleben der Schizophrenen noch nicht restlos gekennzeichnet ist. Wir wissen außerdem, daß nicht allein die affektiven Reaktionen auf Umwelt und Innenwelt gestört sind, sondern daß auch vor allem im Beginn mancher schizophrenen Formen Affektschwankungen im Sinne symptomatischer melancholischer oder manischer Verstimmungen auftreten und daß sie sich auch im späteren Verlauf wiederholen können. Außerdem aber könnten manche sprachlichen und gestischen Äußerungen der Kranken darauf hinweisen, daß sie überhaupt neue Affekte erleben, die nur der Schizophrenie eigentümlich sind.

Jaspers hat auf sie besonders aufmerksam gemacht. Die Kranken erleben ekstatische Zustände, versinken im All, fühlen sich übermächtig stark oder stürzen in bisher ganz ungekannte Vernichtungsgefühle. Es wäre nun völlig unverständlich, wenn hier absolut neue Affekte auftreten würden. Nirgends sonst in der Psychiatrie ist ein derartiges Auftauchen außer jeder psychologischen Erfahrung stehender Erlebnisse bekannt. Überall „arbeitet“ die Psychose mit dem Material, das auch beim Gesunden vorhanden ist, überall gestaltet es sie nur nach offenkundigen Gesetzmäßigkeiten in typischer Weise um. Fragt man daher nach den Bedingungen derartiger affektiver Erlebnisse, so zeigt sich, daß stets mit ihnen zusammentreffen: Gedankenverschmelzungsprozesse und Erregungszustände. Sie finden sich nur in akuten Schüben und bleiben auch dem erlebenden Kranken selbst in den ruhigeren Zwischenzeiten unverständlich.

Es scheint sich bei diesen Erlebnissen also doch nicht ohne weiteres um absolut neue Gemütszustände zu handeln, sondern vielmehr darum, daß an dem Zustandekommen der Affekteigentümlichkeiten die in derartigen Schüben immer sehr hochgradige Störung der Gedanken wesent-

lich mitbeteiligt ist. Unter diesem Gesichtswinkel rücken aber derartige Zustände dann in nahe Beziehung zu Traumerlebnissen, wo diese eigentümlichen Affekte recht bekannt sind. In geringerem Grade und weit seltener kommen sie aber auch im Müdigkeitsdenken vor. Aus dem Traumerleben aber wissen wir, daß die affektiven Begleitvorgänge unserer Gedanken sicher denen des wachen Zustandes qualitativ entsprechen, daß es vielmehr die eigentümliche Verschwommenheit unserer Gedanken ist, die ihnen ihre neue Note verleiht. Ich würde daher den Sachverhalt bei der Schizophrenie so schildern, daß hier die Kranken in der Tat gegenständlich neuartig bezogene Affektzustände erleben, daß aber deren Analyse wiederum auf die eigentümlichen Bedingungen des Denkens führt, unter denen der Schizophrene überhaupt steht.

Viel wichtiger für die Theorie der schizophrenen Affektivität sind die mittelschweren Fälle, die die oben erwähnten Schwankungen in ihrem affektiven Verhalten zeigen.

Ich glaube, die einfachste Formel für die ungeheure Mannigfaltigkeit der hier zu beobachtenden Reaktionen ist die: die Stimmung der Kranken geht, soweit die Qualität, die Auslösbarkeit und die Dauer ihrer Affekte in Frage kommt, ihren Ideen und Halluzinationen parallel. Ob ein Schizophrener von seinen Angehörigen nichts wissen will oder Angst hat oder sich geflissentlich fernhält von anderen Kranken, auf sie einschlägt, auf sie schimpft — immer steckt dahinter irgendein schizophrener Gedanke, eine Halluzination od. dgl. Denn wo solche Sinnbeziehungen fehlen, da ist auch in den ruhigen Zeiten die affektive Beziehung zur Umwelt qualitativ nicht gestört, dann kann auch auf irgendwelche Einwirkung die entsprechende Affektreaktion veranlassen, dann hält diese Reaktion genau so lange an wie beim Gesunden. Man braucht nur über eine große Schizophrenieabteilung zu gehen, um sich davon zu überzeugen: Da ist das Interesse an der Außenwelt wach, die Kranken sorgen sich um ihre Kinder, verlangen ihre Entlassung, ärgern sich über ihre Stimmen, quälen sich um ihre Beeinflussungen. Dieses Verhalten der Kranken hat offenbar auch den Anlaß abgegeben dafür, daß *Bleuler* das Wesen der Schizophrenie in pathologischen Komplexwirkungen sah. Außerhalb der „Komplexe“, die alle Gegenstände menschlichen Erlebens und Strebens betreffen können, sind ja eben die Kranken qualitativ normaler affektiver Reaktionen fähig. Ja noch mehr, in der Regel sind auch die qualitativen Beziehungen zwischen Gedanken und Stimmungslage normal: Immer wieder sieht man Schizophrene auch in Endzuständen, die qualitativ gar nicht abgestumpft sind gegenüber ihren wahnhaften Einfällen, sondern ihre Rolle recht gut durchführen, z. B. vor allem in religiösen Ideengängen sieht man die Kranken sich mit ihren Stimmen herumschlagen u. dgl.

Natürlich ist von außen gesehen die Stimmung solcher Kranker nicht durchgängig normal, aber doch nur insofern, als sie infolge ihrer pathologischen Gegenstände die Beziehungen zur Umwelt stört. Von dem Erlebnis zur Stimmung führt auch hier die qualitativ richtige Verbindung — solange das jeweilige Erlebnis den Kranken beherrscht. Aber gerade hier darf man nicht immer die Stimmung zur *causa movens* machen. Die Gedanken Schizophrener entstehen ja doch oft aus primären Störungen der Gedanken, unabhängig von irgendeiner Verstimmung, sie entstehen in akuten Schüben als Einfälle ohne Beziehung zur herrschenden Grundstimmung, die dann im Gegenteil sich nach ihnen richten kann, sofern nicht der Grad der Denkstörung jede affektive Reaktion verhindert.

Wir hätten also bezüglich der Beziehungen zwischen Denkstörung und Affektstörung der Schizophrenen dreierlei bisher festzustellen: 1. Die Erlebnisstörung kann das Auftreten eigenartiger affektiver Zustände, meist ekstatischer oder verzweifelter Färbung durch Verschmelzungsmechanismen bedingen. 2. Sie wirkt außerdem dadurch, daß sie mannigfaltige Denkprozesse veranlaßt und zwar insofern, als diese infolge ihrer Beantwortung mit qualitativ normalen Affekten nunmehr die affektiven Beziehungen zur Umwelt stören. 3. Sie schließt nicht aus, daß umgekehrt aus beliebigen Grundstimmungen der Affektqualität adäquate Gedankengänge hervorgehen.

Hier ist der Ort für einige allgemeinere Erwägungen über die Affektivität. Man ist zur Zeit geneigt, offenbar unter dem Einfluß der weitgesponnenen Diskussion über Wahnbildung und der Erfahrung an manisch-depressiver im allgemeinen den Affekten im Denken die Rolle des *primum movens* zuzuschreiben. Man sagt, daß sich der Gedankeninhalt der Stimmung anpasse. Für alle formal der Norm des Gesunden im Wachen entsprechenden Gedankengänge ist das auch unbestreitbar zutreffend. Ob es aber auch unter den formal ganz anders zu bewertenden Erlebnisbedingungen der Schizophrenie gilt, das bedarf doch noch eingehender Untersuchung.

Die Analogie mit dem Müdigkeitserleben trägt hier nicht weit. In der Müdigkeit wächst die Neigung zu gereizten Stimmungen bei den meisten Menschen. Und auch beim Schizophrenen sind gereizte Stimmungen nicht selten. Aber damit ist für die große Mannigfaltigkeit des Affektlebens Schizophrener doch nicht viel gewonnen. Höchstens könnte man damit in Zusammenhang bringen, daß dem An- und Abschwellen der Intensität des Krankheitsvorganges beim Schizophrenen Phasen der reizbaren Erregung und der ruhigen Mittellage wechseln (wobei noch anzufügen ist, daß dieser Wechsel nicht identisch ist mit manischen und melancholischen Phasen. Diese kommen auch bei Schizophrenen nur vor, wenn die präpsychotische Persönlichkeit damit im Einklang steht. Es ist aber wahrscheinlich, daß in dem Wechsel zwischen Ruhe und Erregung bei den chronisch verlaufenden Schizophrenen sich die Auswirkungen der allgemein biologischen Periodizität auf den biologischen Krankheitsprozeß der Schizophrenien kundgeben.)

Man ist also für die allgemeine Erörterung des Zusammenhanges zwischen Gedankeninhalt und Stimmungslage beim Schizophrenen lediglich auf die Beobachtung am Kranken angewiesen. Da steht zunächst fest, daß zweifellos auch beim

Schizophrenen häufig eine längerdauernde Stimmungslage (das primäre ist*), der sich die Gedanken, die Halluzinationen usw. anpassen, ebenso wie auch die schizophrene Erregung mit ihrer Gereiztheit häufig gerade unangenehme halluzinatorische Erlebnisse zutage fördert. Aber es ist doch nicht immer so. Häufig kann man beobachten, wie ein ganz ruhiger Kranker plötzlich für eine Weile laut losschimpft, zornig wird, auflacht und nach kürzester Zeit wieder in sein gewohntes geordnetes Verhalten zurückkehrt. Für gewöhnlich handelt es sich dann um Erscheinungen, die durch irgendwelche unangenehme Halluzination oder unangenehme bzw. heitere „eingegebene“ Gedanken ausgelöst worden sind. Es ist zum mindesten gezwungen, hier nun, trotzdem nichts im Verhalten des Kranken darauf hinweist, eine primäre Änderung der Stimmungslage zu hypostasieren und die Deutung, daß die vorübergehende Stimmungsänderung durch das pathologische Denkerlebnis ausgelöst wurde, viel naheliegender. Beim Gesunden pflegen derartige der allgemeinen Situation nicht entsprechende Gedanken nun in der Tat sehr selten aufzutreten, daß sie ganz fehlten und daß sie nicht die entsprechende Stimmung nach sich zögen, wird auch beim Gesunden niemand behaupten wollen. Aber beim Schizophrenen liegen die Verhältnisse doch etwas anders. Die stimmungsfremden Gedanken Gesunder stehen ausnahmslos in enger gedanklicher Beziehung zum jeweiligen Denkinhalt, während die Schizophrenen Einschübe ganz zusammenhanglos und störend das Denken unterbrechen können. Am deutlichsten ist das, wenn der bisher ruhige Kranke eventuell mitten in der Unterhaltung plötzlich gereizt losschimpft. Zur Erklärung dieser Tatsache wird man wieder auf die allgemeineren Bedingungen des schizophrenen Denkens zurückgreifen müssen. Schon wiederholt habe ich auf die inhaltliche Komplexität der gegenständlichen Bewußtseinsinhalte in einem gegebenen Zeitpunkt hingewiesen, die es ermöglicht, daß man mit irgendeinem Gedanken beschäftigt doch noch an fernliegende, aber häufig wiederkehrende Dinge und Erlebnisse denkt. Dadurch ist nun beim Schizophrenen jederzeit die Möglichkeit gegeben, daß die Denkstörung in Form einer Gedankeneingebung, einer Halluzination, eines Gedankenentzugs, diese komplexen Inhalte verschmelzt und durcheinanderwirft und der Inhalt des pathologischen Erlebnisses nun die entsprechende Affektreaktion mit sich führt. Daneben können natürlich auch die auf formal richtigem Wege entstandenen Gedankengänge eine kurzlebige Stimmungsänderung herbeiführen, wiewohl das augenscheinlich nicht häufig ist. Die Dauer der Affektschwankung — sei sie nun durch normale oder pathologische Denkvorgänge ausgelöst, verhält sich beim Schizophrenen genau wie beim Gesunden. Auch diesem fällt gelegentlich etwas ein, was ihn den Tag mürrisch macht u. dgl., und man wird sich deshalb beim Schizophrenen nicht wundern dürfen, wenn ihn sein Erlebnis noch längere Zeit affektiv bindet, um so mehr, als bei ihm ja alle möglichen hemmenden Einflüsse wegfallen, die den Gesunden zur Unterdrückung seiner Stimmung veranlassen.

Diese Beobachtungen stellen nur eine Bestätigung der Tatsache dar, daß Affekt und Gedanke Sinneinheiten sind. Ebensowenig aber wie die Gedanken, die selbst als Sinneinheiten erlebt werden, in keiner Weise in Bruchstücke zerfallen können (vgl. *Hönigswald*), können auch Affekt und Gedanke als zwei Funktionen von einander losgelöst werden. Es entspringt einer unzulässigen hypothetischen Anschauung über die Grundlagen der Psychologie, wenn man eine Spaltung zwischen Affekt

*) Diese muß übrigens nicht direkt vom schizophrenen biologischen Krankheitsprozeß abhängen, sondern kann auch den Stimmungsschwankungen des Gesunden analog sein.

und Gedanke etwa im Sinne der *Strauskyschen* Lehre von der Nomo- und Thymopsyche für theoretisch möglich halten wollte. Ganz abgesehen davon, daß ja auch die Beobachtung am Kranken die Gültigkeit der Lehre von der Sinneinheit zwischen Affekt und Gedankeninhalt immer wieder auch in der Schizophrenie bestätigt. Man wird daher die allgemeine spezifische Affektstörung des Schizophrenen ganz anders beschreiben und deuten müssen.

Die Erörterungen bezogen sich bislang nur auf die Qualität, Auslösbarkeit und Nachhaltigkeit schizophrener Affekte. In diesen Momenten verhält sich die Affektivität der Schizophrenen immer parallel den gegenständlichen Gedankeninhalten, nur daß unter verschiedenen Gesichtspunkten die Wirkung der Denkstörungen verschieden erscheint. Hier wechselt das affektive Verhalten der Kranken je nach dem Grad der Denkstörung, der Phase des Prozesses, dem schizophrenen Gedankenprodukt. Aber über diesen Wechsel lagert sich doch etwas Gemeinsames: eine in allen schizophrenen Zuständen ganz gleiche Intensitätsstörung. Wir reden normaliter von tiefen und oberflächlichen Affekten, aber in diese Bezeichnung geht doch schon auch das Moment der Dauer des Affekts mit ein. Für die normale Intensität des Affekts fehlt eigentlich die treffende sprachliche Bezeichnung. Sie entspricht dem, was die alten Griechen für alle Affekte mit *ὀξύς* bezeichneten. Es ist kein Zweifel, daß die Kraft der Affektäußerung im einzelnen Affekt bei allen Schizophrenen in typischer und spezifischer Weise gestört ist. Ich bezeichne den schizophrenen Affekt daher als „matt“. Immer wieder treffen wir auf diese Erscheinung, vor allem auch in den qualitativ ganz normalen, auch normal ausgelösten und normal nachhaltigen Affektäußerungen der Kranken, in denen die Abstumpfung nicht einfach die Gleichgültigkeit gegen die Umwelt infolge Bindung des Interesses an pathologische Gegenstände des Denkens darstellt. Sie ist auch abhängig vom Grad der Denkstörung und bedingt in den schwersten Fällen mit den Eindruck völliger Affektleere — aber sie ist immer vorhanden, auch in den leichtesten Fällen und selbst in den ersten Phase der Erkrankung, wo immer nur das Symptom des Gedankenentzugs vorhanden ist. Der Schizophrene bringt einfach nicht mehr die gleiche Kraft auf, affektiv zu reagieren, er ist, um mit *Kretschmer* zu reden, „lahm“.

Bevor ich dazu übergehe, diese Intensitätsstörung noch näher auf ihre Bedingungen und ihre charakteristischen Merkmale zu untersuchen, möchte ich noch einen Blick auf ihre Beziehungen zur Affektstörung der Müdigkeit zu werfen. Hier scheint etwas ganz Ähnliches vorzuliegen. Auch hier die Qualität des Affekts entsprechend an den jeweiligen Gedanken, an das jeweilige Erlebnis gebunden, schon der Stetigkeit im Wachen entbehrend, auch hier die Ansprechbarkeit von außen dadurch

erschwert, daß wir alle in der Müdigkeit von unseren eigenen Gedanken absorbiert sind, auch hier die „Lahmheit“, die „Mattigkeit“ des Affekts. Die Nachhaltigkeit kann bei dem passageren Charakter der Müdigkeit für die Analogie nicht in Frage kommen.

Aber die Analogie, die beim lebendigen Vergleich viel deutlicher wird, als beim abstrahierenden Schildern, reicht noch weiter. In der Müdigkeit steigt die Neigung zur Gereiztheit, die wir ebenso bei vielen Schizophrenen finden, unabhängig von allen sonstigen Erscheinungen des Affektlebens als eine durchgängige Disposition. Außerdem jedoch bleiben in der Müdigkeit die primitiven Affekte, die Triebe und die Strukturen des Temperaments doch weitgehend erhalten. Ist das nun in der Schizophrenie ebenso? Die Differenzen im Temperament lasse ich hier außer acht. Sie sollen in klinischen Mitteilungen an der Hand von Krankengeschichten erörtert werden. Immerhin glaube ich, wird man auch ohne jede Beweisführung nach dem allgemeinen Eindruck zugeben müssen, daß einem, wenn man viele Schizophrene nebeneinander sieht, die Temperamentsunterschiede recht deutlich auffallen, sofern nicht die Denkstörung alles überlagert. Aber die Einzelfragen dazu sollen erst später diskutiert werden.

Dagegen sind die primitiven Affekte wie Wut, Zorn, Trauer, Freude, Angst auch beim Schizophrenen sicher nicht in ihrer Intensität gestört. Im Gegenteil, man ist sogar verblüfft, wie heftig bei scheinbar ganz abgestumpften Schizophrenen die primitiven Affektreaktionen ausfallen. Und nicht minder ist das bei den Trieben der Fall. Sie pflegen sich recht deutlich zu äußern. Die Auslösbarkeit, die Nachhaltigkeit dieser primitiveren Seiten des Gefühlslebens entsprechen ganz dem Verhalten, wie es oben für die Affektivität ganz allgemein geschildert wurde. Die Anomalien sind abhängig vom Grad der Denkstörung, von der Phase des Prozesses, von der Bindung des Gedankengangs durch pathologische Denkgegenstände. Wo diese Bedingungen es zulassen, äußern die Schizophrenen ihre Triebe und primitiven Affekte ebenso wie die Gesunden.

Von der Intensitätsminderung, der Mattheit betroffen sind alle feineren affektiven Regungen, die ästhetischen, ethischen Affekte, die Beziehungen zu Angehörigen und Verwandten, die Sphäre der intellektuellen Interessen, die Sorge um die Zukunft usw. Darum erscheinen die Kranken auch initiativlos, immer wie losgelöst von der Umgebung, kalt usw. Und zwar gilt das für alle Zustände, für die Anfänge des Leidens*) ebenso wie für die Endzustände, für die Schübe wie für die Defektheilungen. Wie sich nun diese Grundzüge zu einem konkreten Fall mit den vorhandenen Charakteranlagen zum klinischen Bilde des

*) Das ist besonders wichtig, weil es zeigt, wie eng Affektstörung und Denkstörung miteinander verknüpft sind.

Falles vereinigen und unter welchen allgemeinen und individuellen Bedingungen das geschieht, davon wird später noch die Rede sein. Hier kam es mir nur auf die allgemeinen Prinzipien der Verteilung an.

Mir scheint nämlich in dieser Verteilung der wesentliche Grund dafür zu liegen, daß uns die Affektstörung des Schizophrenen als spezifisch gegenüber anderen auffällt. Nirgendwo sonst in der Psychiatrie treffen wir die gleiche Verteilung an. Denn von den ethisch stumpfen Psychopathen unterscheiden sich die Schizophrenen eben doch dadurch, daß bei ihnen die altruistischen Affekte da sind, auch geäußert werden können, nur mit der spezifischen Intensitätsstörung, während sie bei jenen gar nicht recht zur Ausbildung gelangen. Und wo beim Schizophrenen auch die altruistischen Affekte ganz fehlen, da waren sie auch in der präpsychotischen Persönlichkeit nicht vorgebildet. Ich erinnere an *Kretzschmers* Schilderung des Falles „Katt“, der ein gutes Beispiel dieses schizophrenen Charaktertypus darstellt. Im großen Zusammenhang gesehen sind gerade solche Fälle ein Beweis dafür, daß sich recht viel von der präpsychotischen Charakterstruktur in der schizophrenen Psychose erhalten kann, wenn die Grundstörungen keinen allzu hohen Grad erreichen.

Wie kommt es nun zu dieser eigentümlichen Verteilung der Affektintensitätsminderung in der Schizophrenie?

*Bühler*¹²⁾ weist darauf hin, daß der Hauptunterschied zwischen primitiven Gefühlsreaktionen und „Affekten“ sensu strictiori in ihrer verschiedenen Gegenständlichkeit liege. Das „Gefühl“ sei wie die Empfindung relativ gegenstandsfrei, ein Zustand, der „Affekt“ gegenständlich und darum dem Gedanken nahestehend. Diese Unterscheidung trifft in der Tat zu. Wir erleben die Triebe und primitiven Affekte, die einfachen Gefühle in ganz anderem Sinne als Zustände unseres Ichs, als die höheren Affekte; jede sind subjektiver, ichbezogen, diese objektiver, gegenstandsbezogen, jene sozusagen immateriell gegen diese. Wenn wir nun in den Affekten den gedanklichen Anteil von dem gemütlichen Satz der innigen Bindung abzutrennen vermögen, so liegt das einmal an der relativen Konstanz des Gemütsanteils gegenüber dem Wechsel der auf einen Gegenstand bezogenen Gedanken und dann daran, daß wir gleiche gemütliche Reaktionen auf verschiedene Gegenstände erleben. Aber diese Trennung ist doch rein begrifflich aus der unabhängigen Variation der einzelnen Momente des Erlebnisses abstrahiert. Für das Erleben selbst kann man solche Unterscheidungen nicht durchführen, das ist immer ein einheitlicher Vorgang. Daraus erklärt sich auch, daß wir, worauf *Bumke*¹³⁾ aufmerksam macht, zwischen Gedanken und höher differenzierten Affekten keinen prinzipiellen Unterschied machen können. Beide sind im Erleben eigentlich immer vereinigt, da ein affektfreies Denken nur in seltenen Ausnahmefällen vorkommen

dürfte. Da nun die Grundstörung der Schizophrenie die komplizierten Gegenstände, besonders die unanschaulich gegebenen besonders trifft, so steht die Bevorzugung der höher differenzierten, gegenständlicheren Affekte durch die schizophrene Störung mit dieser Auffassung eigentlich recht gut im Einklang, um so mehr als wir die gleiche Verteilung auch in der Müdigkeit vorfinden.

Der Vergleich mit dem Müdigkeitsdenken lehrt ein Mißverständnis abwehren, das möglicherweise aus der hier gegebenen Formulierung entspringen könnte. Es könnte den Anschein haben, als würden damit die Affekte gänzlich in den Denkverlauf hineingenommen, etwa so wie es in dem „Gefühlston der Assoziationen“ geschehen ist. Das hieße natürlich den Eigenwert und die Eigengesetzlichkeit des Affektlebens verkennen. So ist es aber auch nicht gemeint. Sondern insofern auch die Affekte psychische Erlebnisse (nicht Funktionen) sind, die in Sinn-einheit mit Gegenständen stehen, insofern sie als Erlebnisse Teil haben an der allgemeinen Struktur des Psychischen, im Erleben „gemeint“ zu werden, unterliegen sie wie alle Erlebnisse der formalen Störung, die das Wesen der Schizophrenen nach der hier vertretenen Auffassung ausmacht. Da nun überall die verwickelten Erlebnisse am leichtesten von dieser Störung betroffen werden, so werden auch die ihnen entsprechenden Affektreaktionen am ehesten und ganz allgemein gestört. Auch hier prägt sich die eigentümliche formale Einheit alles Psychischen aus, unter die die Affekte nicht minder fallen wie Wahrnehmungen, Vorstellungen, Denkvorgänge im engeren Sinne.

Nunmehr greifen wir noch einmal zurück auf das, was oben über den möglichen Einfluß der Affektlage auf die schizophrenen Äußerungen gesagt wurde. Die schizophrene Erlebnisstörung ist unabhängig von allen qualitativen Beziehungen. Es ist sehr gut möglich, daß Stimmungsschwankungen auf das Zustandsbild und seine Gestaltung im einzelnen (Inhalte der Äußerungen, Erregung, Negativismus, Steigerung aller Erscheinungen usw.) Einfluß haben. Doch geschieht das nur sekundär, weil möglicherweise dadurch komplexe Erlebnisse auftreten, die leichter von der Erlebnisstörung ergriffen werden, nicht primär durch eine funktionale Wirkung der Stimmung.

So würde denn die Formel für die Affektstörungen der Schizophrenen folgende sein: Sie entstehen auf dem Boden der durch das Symptom des Gedankenentzugs definierten schizophrenen Erlebnisstörung. Dabei dürfte die Mattheit der schizophrenen Affekttäuschungen, die vorwiegend die höheren Affekte betrifft, als direkte Folge der Grundstörung gewertet werden. Sie ist die spezifisch schizophrene Affekt-abstumpfung. Ebenso werden die scheinbar neuartigen Affekte der schizophrenen Schübe, die schizophrene Stimmungslabilität, die Affekt-leere der schweren Zerfahrenheit und die paradoxen Affektäußerungen

als direkt durch die Erlebnisstörung hervorgerufen bewertet werden dürfen. Dagegen ist die Störung in der Auslösbarkeit der Affekte, deren Loslösung von den gewohnten Beziehungen zur Umgebung und häufig mangelhafte Nachhaltigkeit nur indirekt mit der Grundstörung verknüpft, insofern diese hier erst auf dem Umweg über pathologische Denkprodukte, Einstellungen usw. wirksam ist. Erscheint der Schizophrenie auch in dieser Beziehung affektiv stumpf, so ist die Störung immer, sei es zeitlich durch stärkeres Anschwellen des Krankheitsprozesses bedingt oder gegenständlich durch den Gedankeninhalt begrenzt, circumscrip't, und schließt einen Wechsel oder normales Verhalten auf anderen Gegenstandsgebieten nicht aus. Im einzelnen aber ergibt sich durch das Erhaltenbleiben der Temperamentsstrukturen und durch verschiedenen Grad der Störung und die Verschiedenheit in den qualitativen Reaktionen eine erhebliche Variationsbreite.

Die schizophrene Affektivität ist also nach dieser Auffassung durch die Erlebnisstörung bedingt, die allerdings mit der sprachlichen Zerkahrenheit nicht identisch ist, sondern eine neue Erlebnisweise der Gedanken, eine neue Gesamtbewußtseinsstruktur darstellt. Es ist aber nun noch notwendig, diese Auffassung gegen zwei andere neuere Theorien der schizophrenen Affektivität abzugrenzen.

*Kretschmer*¹⁴⁾ hat in der Affektivität der Schizophrenen wesentliche Züge der präpsychotischen Persönlichkeiten wiedergefunden, eine Beobachtung, die auch nach meiner Auffassung zutrifft. Er hat aber weitergehend dieselben Züge im Bereich des sicher Normalen zu entdecken geglaubt und sich berechtigt gefühlt, alle diese Züge zu einem charakterologischen Konstitutionstyp zusammenzufassen, dem er pathogenetische Bedeutung zuschreibt, insofern er mit der vererbten Disposition zur Schizophrenie eng zusammenhänge, ja geradezu den Ausdruck für eine solche Disposition darstellt. Später¹⁵⁾ hat er hinzugefügt, daß nur ein „Prozeßfaktor“ zu dieser Disposition hinzutreten müsse, um die Schizophrenie zu erzeugen. Er sucht diese charakterologische Disposition durch den Begriff der „psychästhetischen“ Proportion zu umschreiben.

Nun beweist die Tatsache, daß sich präpsychotische Charakterzüge auch in der Schizophrenie erhalten können, gar nichts für die Pathogenese. Denn das ist doch a priori bei jeder Psychose möglich, und ist nur für die Schizophrenie bislang nicht genügend beachtet worden, weil man allgemein nur die schweren schizophrenen Zustände mit ihrer Verdeckung aller Charakterzüge im Auge hat. *Kretschmer* hat deshalb auch als eigentlich pathogenes Moment den „Prozeßfaktor“ noch einführen müssen. *Ewald*¹⁶⁾ ist daher durchaus im Recht, wenn er *Kretschmer* einwendet, daß im schizoiden Charaktertyp nur bestimmte normale Charaktere gezeichnet sind, deren pathogenetische Bedeutung für die Schizophrenie durchaus strittig sein könnte. In der Tat scheint auch die Sachlage vielmehr so zu sein, daß sehr verschiedene Charaktertypen schizophren werden können und in der Psychose sich in wesentlichen Grundstrukturen erhalten, während sie infolge des Prozesses, der vom Charakter völlig unabhängig sein und isoliert vom Charakter vererbt werden könnte, manche Ähnlichkeit in den feineren affektiven Reaktionen erhielten.

Auch weist ja eigentlich nichts darauf hin, daß gerade die wesentlichen schizophrenen Symptome irgend etwas mit dem Charakter zu tun hätten. Jedenfalls

zeigt die vorangegangene Darstellung der schizophrenen Affektivität, daß man ihre charakteristischen Merkmale unter der Voraussetzung einer wohldefinierten Grundstörung erklären kann, daß gerade das Typische an der schizophrenen Affektivität von dieser Grundstörung abhängt und daß man für diese typischen Erscheinungen des Rekurses auf die präpsychotische Charakterologie nicht bedarf. Diese bedingt gerade nur die individuellen Züge in den klinischen Bildern.

Außerdem aber geht aus dieser Untersuchung hervor, daß sich diese schizophrenen Merkmale des Affektlebens von den Bedingungen des wachen gesunden Zustandes weit entfernen. *Kretzschmer* ist also gar nicht berechtigt, die Züge des schizoiden Normalen, des präpsychotischen Schizoiden und des Schizophrenen ineinander zu sehen. Denn es ist methodisch falsch, anzunehmen, man könnte normale Affektivität zu pathologischem Denken einfach hinzuaddieren mit Hilfe eines hypothetischen „Prozeßfaktors“. Vielmehr ist es so, daß die schizophrene (wie übrigens jede andere organische) Gehirnkrankheit bestimmte formale Störungen setzt, die psychologisch definierbar sind, sich über alle Erlebnistatbestände gleichmäßig erstrecken, da ja alles Psychische zur Einheit verwoben ist, und von deren Struktur es abhängt, wieviel präpsychotische oder normale Züge sich im klinischen Gesamtbilde auffinden lassen.

Man kann also die Lahmheit des gesunden Schizoiden gar nicht mit der des Schizophrenen vergleichen, weil ja ersteren der charakteristische schizophrene Bewußtseinszustand fehlt. Im Gegenteil hätte *Kretzschmer* erst nachweisen müssen, daß die übrigen schizophrenen Symptome für die theoretische Auffassung der Affekte belanglos wären, ehe er sie mit der normalen verglich. Dieser Nachweis aber kann nicht geführt werden, weil die Analyse der schizophrenen Affektivität überall sofort auf abnorme Bewußtseinsbedingungen stößt. Der Begriff der psychästhetischen Proportion ist also in dieser Hinsicht unzureichend, ja unzutreffend, ganz abgesehen davon, daß in ihn keine einwandfreie Definition des Begriffes Charakter eingeht (vgl. später, auch darüber, inwieweit *Kretzschmer* überhaupt methodisch berechtigt war, aus seinem Charakterbegriff pathogenetische Schlüsse zu ziehen).

Tatsächlich ist auch der „lahmste“ Schizoide niemals „affektmatt“ in dem oben definierten Sinne. Gerade den „lahmen“ Typen fehlt die Inkongruenz zwischen feinerer und primitiverer Affektivität. Hier sind auch die primitiven Affekte ebenso „lahm“ wie die feineren, und die anderen Typen haben eher eine besonders intensive höhere Affektivität. Daher kommt es denn auch, daß der gesunde Schizoide niemals in seiner Affektivität einen wirklich schizophrenen Eindruck macht. *Kretzschmers* Darstellung liegt also nicht bloß eine unzureichende Begriffsbildung zugrunde.

Die andere Theorie der schizophrenen Affektivität kommt in einer Arbeit *Staezelins*¹⁷⁾ über die psychischen Folgezustände der Encephalitis epidemica zum Ausdruck. Entsprechend einer jetzt weit verbreiteten Analogiebildung zwischen schizophrener und durch Erkrankung der subcorticalen Ganglien bedingter Symptomatologie, mit der ich mich noch bei der Analyse der Motilitätsstörungen eingehender zu beschäftigen haben werde, meint *Staezelin*, es bestünden nahe Beziehungen zwischen hebephrenen und postencephalitischen Affektstörungen. Genau wie *Kretzschmer* und übrigens auch *Fränkel*¹⁸⁾, auf dessen Arbeit ich ebenfalls im Zusammenhang mit der Motilität noch eingehen will, unterliegt er dem methodischen Fehler, den Gesamtzustand des Bewußtseins nicht zu berücksichtigen, aus dem selbst klinisch ähnliche Zustände eine recht verschiedene genetische Deutung erfahren müssen. Es ist eben weder für die klinische noch für die theoretische Auffassung der Affektivität wie jedes anderen Symptoms gleichgültig, mit welchen Erscheinungen sonst es sich in einem Bewußtsein vereinigt findet. Außerdem haftet *Staezelin* an rein äußerlichen Ähnlichkeiten der schizophrenen wie der postencephalitischen Affektivität, wie ihrem Wechsel, ihrer Zügellosigkeit, ihrer

Triebhaftigkeit, ohne doch die näheren Bedingungen dieser Erscheinungen aufzusuchen.

Ganz abgesehen davon, daß Halluzinationen, Gedankenentzug usw. dem Symptomenbilde dieser postencephalitischen Zustände fremd sind, verhält sich der Kranke ganz anders als der Schizophrene. Er spricht hastig, ist sprunghaft in seinem Gedankengang, aber niemals zerfahren, er spricht moduliert und gliedert seine Modulation entsprechend der Gedankengliederung (auf die Bedeutung dieser Erscheinung komme ich bei der Analyse der Zerfahrenheit zurück), er ist affektiv ansprechbar und alle die Momente, die die Auslösbarkeit der Affekte bei Schizophrenen stören, sind bei ihm nicht vorhanden. Seine Affekte sind nicht nachhaltig, viel weniger nachhaltig als die wirklich geäußerten Affekte Schizophrener zu sein pflegen. Er ist nicht stimmungslabil. Er ist auch nicht läppisch — es fehlt ihm die heitere Note des Läppischseins.

Er ist unaufmerksam, zerstreut, fahrig, unausgeglichen, zu Neckereien aufgelegt — er ist unstet und ablenkbar. Dabei erlebt er ein quälendes Unruhegefühl, das mit schizophrenen Unruhezuständen nichts zu tun hat. Er entbehrt nicht jeder feineren Affektivität, aber sie tritt zurück gegenüber allerhand triebhaften, impulsiven Handlungen, die alle wieder ihre Wurzel in der ständigen Unrast des Kranken haben. Dabei ist nicht die Gegenstandsbezogenheit maßgebend, und die Oberflächlichkeit der Affekte gilt für Trieb und innere Affektivität gleichmäßig. Es fehlt jeder „Autismus“.

Kurzum, ein in allen theoretisch wesentlichen Punkten von der Hebephrenie abweichendes Bild, das nur allgemeine Ähnlichkeit zu dieser aufweist: Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe, Zügellosigkeit, Triebhaftigkeit. Was nun die Deutung anlangt, so ist schon der Schluß nicht zwingend, daß sich hier die „Affektivität der Stammganglien“ geltend mache. Denn auch der Encephalitis epidemica sind Rindenveränderungen nicht fremd. Dann aber hat das Symptomenbild entschieden mehr Ähnlichkeit mit der kindlichen Psyche, vor allem mit ihrer Affektivität. Da nun derartige Reaktionen anscheinend vorwiegend bei jugendlichen Individuen vorkommen — die Reaktionen der Erwachsenen haben auch nach *Staehelein* eine ganz andere Symptomatologie —, so liegt es doch näher, das Auftreten dieser Zustandsbilder nicht auf gänzlich hypothetische Funktionen der Stammganglien zu beziehen (als Reiz-, als Ausfallserscheinung?), sondern anzunehmen, daß die organische Schädigung des Gehirns bei einem jugendlichen Individuum auch infantile klinische Züge in das Symptomenbild hineinträgt. Damit würde doch auch viel besser passen, daß die Erwachsenen in der Regel ganz anders auf diese Schädigung antworten. Jedenfalls hat der Zustand bei näherer Betrachtung gar nichts mit der Schizophrenie gemein. Und es ist daher auch nicht möglich, ihn für die Theorie schizophrener Symptome heranzuziehen. Im Gegenteil würden derartige Beobachtungen eher zu der Anschauung führen, daß die „hebephrenen“ Affektzustände auch nur die Reaktionsform jugendlicher Individuen auf die Schizophrenie, also sekundäre Symptome darstellen.

Und was für diese Form vorwiegend subcorticaler Erkrankungen gilt, das läßt sich ohne weiteres auf alle subcorticalen Ganglienerkrankungen im Kindesalter verallgemeinern. Ihre Affektivität ist klinisch von der der Schizophrenen verschieden, ja noch mehr, sie hat nicht einmal Züge, die auf ihren besonderen Sitz hinweisen, sondern sie ist die Affektivität der organischen Defektzustände während des kindlichen Alters: sie ist triebhaft, unstet, gegenstandsfern, harmlos oder eigensinnig, oberflächlich. Von den leichteren Graden der naiven egoistischen Enphorie der *Formes frustes* der *Athetose double* und der Debität bis zu den explosiven primitiven Triebäußerungen der schweren Verblödungen aller Art, führt hier eine in sich geschlossene Reihe, die zu der Affektivität der Schizophrenie in keiner genetischen Beziehung steht.

7. Die Gedankenwelt der Schizophrenen und die schizophrene Lebensform.

Jede Darstellung der schizophrenen Gedankenwelt muß heute von den Forschungsergebnissen *Bleulers* ausgehen. Ist es doch *Bleulers* Verdienst, zum erstenmal, über eine rein symptomatologische Betrachtungsweise hinausgehend, auch die Schizophrenen als kranke Menschen gewertet zu haben, bei denen Gesundheit und Krankheit durch zahlreiche inhaltliche Beziehungen verknüpft sind. Mag man dabei diesen Beziehungen nun eine ätiologische Bedeutung zuweisen dürfen oder nicht, an der Tatsache, daß die Schizophrenen die Gedankeninhalte in der Psychose aus ihren Erfahrungen nehmen können, besteht seit *Bleuler* und den anschließenden Arbeiten von *Jaspers*¹⁹⁾, *K. Schneider*²⁰⁾ u. a. kein Zweifel mehr. Was zurzeit noch fehlt, ist eine klare Beschreibung des verschiedenen psychopathologischen Wertes der von den Schizophrenen geäußerten Gedankeninhalte. Vorurteilsfreie Betrachtung lehrt bald, daß man nicht alle Gedankengänge Schizophrener als direkte Folgen der Grundstörung betrachten darf, und ferner, daß an den eigentlich „schizophrenen“ Gedankengebilden unter dem Einfluß des Gesamtniveaus des Kranken, wie andererseits an den normalen Gedanken Schizophrener unter der Wirkung pathologischer Denkprodukte mannigfache Umformungen und Anpassungen sich abspielen können. Das schließliche klinische Bild ist nicht sofort fertig dem psychotischen Denken entsprungen, sondern das Resultat eines psychologischen Verarbeitungsprozesses, dessen Ausmaß und Vollendung von der Schwere der Grundstörung, dem Bildungsniveau des Kranken, seinem Lebensalter und Charakter und von der Eigenart der Gedankengegenstände abhängt. Die Annahme, daß auf die jeweilige Gedankenwelt alle diese Faktoren ihren Einfluß ausüben, ist ja schon durch die Tatsache nahegelegt, daß schizophrene Erkrankungen gebildeter und älterer, „fertiger“ Menschen klinisch anders aussehen als die einfacher und jüngerer, „unfertiger“ (worauf *Willmanns* neuerdings²¹⁾ wieder hingewiesen hat), sie geht auch aus den Verschiedenheiten hervor, die die Gedankeninhalte männlicher und weiblicher Schizophrenien aufweisen. Vor allem aber ist ja die Möglichkeit zu einer solchen psychologischen Entwicklung der Gedankenwelt eines Schizophrenen im schizophrenen Bewußtseinszustand selbst gegeben. Auffassung, Merkfähigkeit, Wissens- und Erfahrungsschatz, Affektqualität usw. sind ja nicht primär gestört, sind wenigstens potentiell funktionstüchtig — nur die „aktuellen“ Gedanken sind gestört. Gewiß kann diese Störung so hochgradig sein, daß sie jede Fixierung dieser „aktuellen“ Gedanken als neuen Erfahrungsschatzes verhindert oder die Möglichkeit, sie zu äußern, unterbindet, aber dann kreisen die Gedanken der Kranken immer noch um die wichtigen Erlebnisse aus gesunden Tagen, um das Gesamtwissen, das bereits

erworben wurde, schöpft die Psychose ihre Inhalte aus dem Umkreis der bislang gewonnenen Erfahrungen. Wenn die Kranken uns über die Inhalte der akuten Phasen berichten können, tritt das immer wieder zutage. Die meisten dieser in den akuten Phasen oder den schwereren Zustandsbildern auftauchenden Gedanken werden — das liegt in ihrer Flüchtigkeit und Verschwommenheit — sehr rasch wieder vergessen. Einzelne haften, werden fixiert, werden selbst wieder „Gegenstände“ und geben Anlaß zu verschiedenartigen Denkprozessen. Warum das so ist, kann ich nicht sagen. Inhaltliche oder affektive Momente können, aber müssen nicht dabei eine Rolle spielen. Oft ist es so, daß sehr vieles haftet, aber nur einiges, das sonst vorhandenen Strebungen kongruent ist, verarbeitet wird, oder es ist so, daß der pathologische Gedanke allein durch seine affektive Wucht sich für längere Zeit durchsetzt — immer mit der Einschränkung, daß die vorhandene Grundstörung den Verarbeitungsprozeß jederzeit unterbrechen kann oder neue Gedankengebilde auftauchen, die die alten ersetzen. So kommt es denn, daß die Gedankenwelt eines konkreten Falles mit allerhand halbfertigen Entwicklungen, mit Schlacken durchsetzt ist und der einheitlichen Linie entbehrt.

Hier wollen wir einen Augenblick haltmachen. Die schizophrene Grundstörung zerstört nicht den jeweiligen geistigen Besitzstand des Kranken, sie verhindert nur die Verarbeitung desselben, seine zweckmäßige Ausnutzung. Dafür lassen sich zwei Beweise anführen: 1. die Intelligenz ist nur potentiell gestört (*Bumke*), 2. die Erfahrungen und Erlebnisse des Kranken können in der Psychose erhalten bleiben, ja ihre klinische Ausgestaltung entscheidend beeinflussen (allgemeines Resultat der „Komplex“-theorie *Bleulers*). Andererseits verhindert sie nicht die Bildung von Gedanken überhaupt, auch nicht die Fixierung wenigstens einzelner solcher Gedanken. Drittens aber nimmt sie den auftauchenden Gedanken auch nicht ihren Charakter, überhaupt Gegenstandsbeziehungen darzustellen, sondern sie verändert nur die Inhalte der Gegenstandsbeziehungen, wirft die realen Gegenstandsbeziehungen durcheinander, ohne daß dabei inhaltliche Faktoren allein ausschlaggebend sein müßten. Die allgemeine Funktion*) der Gegenständlichkeit des Denkens bleibt auch in der Schizophrenie erhalten; das hängt davon ab, daß die Funktion*) des Wissens um seine Erlebnisse beim Schizophrenen ungestört ist. Denn diese ist das Substrat der Gegenständlichkeit unserer Gedanken. Nur weil wir um unsere Gedanken wissen, können wir sie zum Ausgangspunkt weiterer Gedanken machen, wird der Gedanke von einem Erlebnis, in welchem ich denke, zu einem „Etwas“, über das ich denke (vgl. *Hönigswald*).

*) Funktion hier im erkenntnistheoretischen, nicht im biologischen Sinne!

Diese drei allgemeinen Merkmale des schizophrenen Denkens setzen für die Art der anzunehmenden Grundstörung recht wichtige, nicht zu übersehende Bedingungen. Sie kann nur allgemeiner und formaler Natur sein, darf nur das „aktuelle“ Denken, das Gedankenerlebnis selbst betreffen und muß von den Gegenstandsfunktionen abhängig sein. Die Annahme, zu der die Analyse der schizophrenen Primärsymptome geführt hatte, genügt diesen Bedingungen (und steht darüber hinaus mit der sonstigen Symptomatologie der Schizophrenie so in Einklang, daß sie sich überall als deren Voraussetzung erweisen läßt). Ist sie also richtig, so würde sie die Lösung des Problems bedeuten, das an der Schizophrenie das rätselvollste und fundamentalste ist, daß sich das Denken, ohne seinen Gegenstandswert zu verlieren, von allen realen Gegenstandsbeziehungen entfernen kann.

Wir fragen also nunmehr, ob sich die Gedankenwelt der Schizophrenen den Bedingungen fügt, die die im Gedankenerlebnis angenommene Grundstörung für das gesamte Denken eines Menschen setzt. Noch einmal weise ich darauf hin, daß man nach dem Ergebnis der klinischen Beobachtung, wie der theoretischen Analyse, wohl berechtigt ist, für die Beschreibung der schizophrenen Gedankenwelt immer den gesamten Menschen heranzuziehen, denn das bisherige Resultat der Untersuchung, das im weiteren Fortgang immer von neuem bestätigt wird, war, daß die schizophrene Grundstörung nur formale Momente des Gesamterlebens betrifft und daß die Denkerlebnisse, die über die aktuellen Denkprozesse hinaus die Kontinuität des Erfahrungsschatzes eines Individuums über lange Zeitstrecken hinaus und andererseits die Einheit der Bewußtseinsinhalte wahren, auch beim Schizophrenen erhalten sind.*). Oder anders ausgedrückt, daß die schizophrenen Menschen mit vollem geistigen Besitzstand und voller Intelligenz sind, die unter pathologischen Bedingungen denken. Weil dies der allgemeine Tatbestand ist, deshalb kann man im Rahmen einer kurzen Arbeit auch nicht den tatsächlich beobachteten Umfang der schizophrenen Gedankenwelt schildern. Es kommt eben alles in ihr vor, was Menschen überhaupt denken, Hohes und Niederes, Allgemeines und Individuelles. Und der Schizophrene kann fast gedankenleer sein oder aber erfüllt von wesentlichen und für ihn neuen Erkenntnissen. Ich hoffe später in einer monographischen Darstellung der Schizophrenie das nachtragen zu können, was in dieser Untersuchung hier wie bei allen anderen Symptomen an feinerer Detailschilderung fehlt. Vorläufig muß ich mich darauf beschränken, die typischen Vorgänge näher zu beschreiben.

Im schizophrenen Denken sind zunächst die spezifischen schizophrenen Gedankengebilde zu unterscheiden. *Bumke*²²⁾ hat auf diese

*) Über die denkpsychologische Begründung dieser Auffassung vgl. meine frühere Arbeit.

Gedanken mit besonderem Nachdruck hingewiesen und zugleich ihre Analogie mit dem Gedanken des Müdigkeitsdenkens erkannt, so daß es meine Aufgabe nur noch ist, ihre Merkmale und ihren Entstehungsmechanismus näher zu definieren. Es sind die Gedanken vom Bau der im 2. Kapitel bereits kurz erwähnten Beispiele: „Es müßte vortrefflich kühlen, sagte ich, und meinte den Satz des Widerspruchs, ich hatte ihn noch nie so eßbar vor mir gesehen.“ (*Lichtenberg* zitiert nach *Bumke*.) Ich habe schon oben auseinandergesetzt, daß derartige Gedanken nach dem Mechanismus der „Gedankenverschmelzung“ entstehen (S. 66). Beispiele für diese Art Gedanken liefert fast jeder Schizophrene, vor allem die akuten traumhaften Schübe sind voll davon. Nicht nur Erinnerungen, auch zufällige Wahrnehmungen fließen mit den Gedanken zusammen, die Kranken „identifizieren“ sich mit irgendeinem Aus-sending, weil sie es sahen, als sie irgend etwas dachten, Personenver-kennungen entstehen auf diese Art, der Kranke „ist“ ein Tier, „ist“ ein Chinese, wie mir eine Kranke einmal sagte, oder sehr klar in dem schon erwähnten Beispiel: „Die Schwester sagte guten Morgen zu mir, das war, als wenn ich ein Kind gehabt hätte.“ Auf diese Weise „kommt“ die Seele eines anderen Menschen in den Kranken, wie in *Schreibers* Denkwürdigkeiten die Seele *Flechsigs* in *Schreiber*. Oder eine Kranke sagte: „Mir wurde eingegeben, ich sollte Christus als Arzt auf der Sonne heiraten“ in dem Moment, als der Arzt zur Visite kam. Die Kranke hatte religiöse Ideen schon geäußert. Sie stand am Fenster und sah in die Sonne.

Derartige Gedanken erscheinen dem Kranken entweder als „Ein-fälle“ oder als Folge übersinnlicher Einwirkung, sie werden immer so als Einheiten originär erlebt und daher in adäquaten Ausdrücken sprachlich wiedergegeben. Sie entstehen auch objektiv primär, ohne psychologische Vorbereitung, und dokumentieren sich dadurch wie durch ihren Aufbau aus heterogenen Beziehungen als unmittelbarer Ausfluß der Denkstörung. Ihrem gegenständlichen Wert nach werden sie vom Kranken als gegenständlich aufgefaßt und dementsprechend in einer prädikativen Aussage wiedergegeben. Aber sie sind niemals absolut neu, sondern ihre Beziehungen entstammen den Erfahrungen des Kranken, z. B. seinen Erinnerungen: „Herr Doktor, es kommt mir vor, ich werde jetzt ein Tier. Unser Lehrer sagte doch, der Mensch stammt von Tieren ab“.

In anderen Fällen entstammen ihre Inhalte allgemeinen primitiven oder differenzierteren Anschauungen oder Strebungen (vgl. ein Beispiel weiter unten), immer aber Gedanken und Erlebnissen, die im Moment der Entstehung tatsächlich im Bewußtsein vorhanden waren. Das ist aber entscheidend für die Auffassung solcher Gedanken; denn gerade deshalb wird ihre Analogie zum Müdigkeitsdenken so vollkommen.

Diese Gedanken sind also „originäre Einfälle“, ohne psychologische Vorbereitung entstanden, gegenständlicher Prädikation fähig, aber jeder methodischen Gegenstandsnorm entzogen. Sie können dem Kranken verständlich erscheinen, ihm aber auch völlig unverständlich sein. Die Kranken reden dann einfach von „komischen“ Gedanken, die ihnen kommen, und suchen vergeblich nach einer sprachlichen Formulierung. Im allgemeinen sind sie aus diesen Gründen auch einem weiteren Ausbau nicht zugänglich, sondern tauchen unter, wie sie gekommen sind, und wir erfahren nur gelegentlich davon. Aber wie auch in der Müdigkeit, im Traum, im Fieberdelir einzelne solcher Gedankengebiete deutlicher sind, evtl. auch sprachlichen Ausdruck finden können, so bleiben auch aus den fluktuierenden unfaßbaren Gedankengängen beim Schizophrenen immer wieder einzelne haften. Man darf prinzipiell daran festhalten, daß sie nicht logisch verarbeitet werden. Das ist durch ihre Entstehung ausgeschlossen, aber sie wirken gelegentlich sei es durch ihren Stimmungscharakter, sei es anderweitig im Bewußtsein fort und können zu kurzlebigen Wahnideen Anlaß geben.

*Storch*²³⁾ hat unter dem Eindruck der eigentümlichen Inhalte schizophrener Gedankengänge von einem „archaischen“ Denken in der Schizophrenie gesprochen. In der Tat ähneln sehr viele Gedanken Schizophrener den primitivsten gegenständlichen Gedankenbildungen. Aber es muß doch darauf aufmerksam gemacht werden, daß mit dem Hinweis auf diese primitiven Denkformen nicht das Wesen der schizophrenen Denkstörung getroffen ist. Denn auch das primitive Denken ist doch in seinen formalen Kriterien normal, nur die Verschwommenheit und Fluktuation der Gegenstandsbeziehungen teilt es mit den primär-pathologischen Gedanken der Schizophrenen. Überall, wo wir in die spezifisch pathologischen Denkprozesse Schizophrener eindringen können — von einem sachlichen Verstehen kann dabei keine Rede sein, nur von einem Erfassen der formalen Bedingungen —, ist der Mechanismus der Gedankenbildung fundamental von dem auch des gegenständlich primitivsten Denkens unterschieden. Schon der Hinweis auf die originär „autochthone“ Entstehung schizophrener Gedanken ohne (verständlichen) einfühlbaren Zusammenhang mit den sonstigen Bewußtseinsinhalten (die Erklärung aus dem tatsächlichen gegenständlichen Bewußtseinsbestand ist ja etwas ganz anderes) und die psychologische Isoliertheit der primär schizophrenen Gedanken genügen zur prinzipiellen Abtrennung des eigentlich pathologischen schizophrenen von dem archaischen Denken.

Vielmehr scheint mir die Sachlage folgende zu sein: Mitunter sind gerade die primitivsten Anschauungen das Substrat, an denen sich schizophrene Gedankenverschmelzungen abspielen. Das Erlebnis der Veränderung seiner selbst treibt manchen Kranken in eine primitive

Denkrichtung. Und darüber bedarf es gar keiner Diskussion, daß in jedem von uns recht viele unklare animistische oder sonstige archaische Gedanken wurzeln. Wir verhalten uns ja — ein letzter Rest archaischen Denkens — doch auch im alltäglichen Leben oft rein einführend, einem unklaren Verdinglichen der Zustände unseres Ichs in den Außenobjekten hingegeben. Kein Wunder, daß die Umwälzung des Erlebens die der Schizophrenie an sich erfährt, solche Anschauungen eruptionsartig an die Oberfläche schleudert und daß auch die Denkstörung an derartigen Gedankengängen sich auswirken kann.

Häufig scheint aber auch die andere Möglichkeit vorzukommen, daß „archaische“ Denkweisen bei Schizophrenen einfach aus der Einstellung der Kranken auf geheimnisvolle Deutungen entspringen. Derartige Gedanken sind für unsere heutige Zeit *abnorm*, weil sie den jetzigen gegenständlichen Normen unseres heutigen Denkens nicht entsprechen, aber sie sind doch in ihrer formalen Bildung nicht pathologisch, vor allem nicht schizophren. Sondern sie entspringen einer Denkweise, die in Andeutungen bei jedem Menschen vorhanden ist und deren Residuen wir in den Märchenerzählungen, vor allem den primitivsten Verwandlungsmärchen, einführend miterleben können. Ihr wesentlichstes Merkmal ist die Objektivierung der Gedanken und Stimmungen in äußeren Gegenständen und die daraus resultierende Beseelung und gegenseitige Vertretbarkeit aller Dinge. Dieses Denken muß sich übrigens beim heutigen Gesunden nicht gerade immer in „primitiven“ Anschauungen kundgeben, sondern es ist in durchaus gleicher Beschaffenheit auch im „emotionalen“ Denken (*Meyer*), in der ästhetischen Einfühlung und in sonstigen „prälogischen“, „intuitiven“ Gedankengängen mit enthalten und in zahlreichen dichterischen Vergleichen niedergeschlagen. Auf diesem an sich normalen Wege kommen Gedankengänge wie der folgende zustande: Ein Kranker berichtete mir gelegentlich, er denke jetzt häufig, daß er ein Luchs wäre. Eine Dame hätte ihm über seinen Jungen gesagt, er habe Luchsaugen. Deshalb müsse doch auch er selbst die Eigenschaften eines Luchses an sich haben. Er prüfte alle möglichen Analogien zwischen sich und seiner Vorstellung von einem Luchs und fand sie bestätigt, obwohl er die ganze Anschauung doch nur als ein Symbol wertete, freilich mit sehr weitgehender Identifizierung. So etwas berührt sich unmittelbar mit totemistischen Anschauungen — ist auch typisch für gewisse häufige Denkweisen der Schizophrenen, aber es ist nicht aus der spezifischen Denkstörung unmittelbar hervorgegangen, sondern in normalen Mechanismen aus einer sekundären Einstellung infolge des gegenständlich gewerteten Erlebnisses der primär schizophrenen Denkstörung. Der Gedankengang hat ja auch, wenngleich er von keinem Menschen, und auch vom Kranken nicht — von vornherein logisch gedacht war, sondern nur verschwommen einführend, immerhin

deutliche Gliederung, die eine logische Präzisierung möglich machen, er hat wie alles emotionale und archaische Denken logische Tendenz — Merkmale, die dem spezifisch schizophrenen Denken nicht zukommen. Dieses ist nicht prälogisch, sondern seiner Natur nach alogisch.

An der Befestigung dieser gegenständlichen Denkrichtung ist nun die schizophrene Grundstörung selbst wieder, wie an ihrer Auslösung, wesentlich mitbeteiligt. Physikalische Sinnestäuschungen und Stimmen, die Erlebnisse des Gedankenentzugs erfahren ja auf diese Weise ihre erste Deutung. Diese bestätigt sich immer wieder in der Erfahrung des Kranken, denn jedes neue derartige Erlebnis lehrt ihm, daß solche Einwirkungen nur auf ganz geheimnisvolle Weise möglich sind, es eröffnet ihm immer wieder die Augen für scheinbar seltsame Beziehungen, Verwandlungen, Einflüsse. So wird der Kranke immer wieder in eine Bahn gedrängt, die dem emotionalen Denken, prälogischen Beziehungsetzungen, mystischen Deutungen weiten Spielraum läßt. Spezifisch schizophren hinsichtlich ihrer Genese sind auch diese Gedankengänge nicht, aber sie sind typisch für die Schizophrenie, weil einzig und allein bei dieser die Vorbedingungen für derartige Anschauungen in diesem Ausmaß realisiert sind.

Sind solche Gedanken Wahnideen? Die spezifisch schizophrenen Gedanken gewiß nicht. Ihnen fehlt alles, was an Wahnideen charakteristisch ist, vor allem können sie überhaupt keiner Gegenstandsnorm unterworfen werden. Aber auch auf die andere skizzierte Art und Weise entstehen keine Wahnideen. Sondern diese Gedankenwelt Schizophrener ist eine Weltanschauung, mitunter ein überzeugungstreu festgehaltener Glaube, ihr Geltungsanspruch ist aus allgemeinen, nicht individuellen Voraussetzungen hergeleitet.

Aber alle derartigen Gedanken können zu Wahnideen Anlaß geben, sobald sie mit entsprechenden affektiven Tendenzen der Kranken ko-indizieren. Diese affektiven Grundlagen müssen nicht immer schon im Charakter des Kranken vorgebildet sein, sondern können auch in mehr zufälligen Strebungen oder aber in pathologischen Verstimmungen wurzeln. Hier gibt es die mannigfachsten Kombinationen und alle Übergänge von einzelnen wahnhaften Überzeugungen bzw. zu ausgesprochenen fixierten Wahnsystemen, hinter denen die gesamte Affektivität der Kranken steht. Was entsteht, hängt ab von dem Charakter der Kranken, der Intensität des Krankheitsvorgangs und der Art der Wahnideen. Es ist unwesentlich, hier prinzipielle Scheidungen aufzustellen. Nur so viel sei gesagt, daß bei gleicher Intensität der Grundstörungen komplizierte Wahnsysteme nur entstehen, wenn dem Charakter der Kranken wahnbildende Temperamenteigentümlichkeiten gegeben sind. Sonst überschreitet der Umfang der Wahnideen nicht die Grenzen, die den Erwartungen, Befürchtungen, Wünschen und Hoffnungen des Menschen

überhaupt gesetzt sind. Ich komme auf die klinische Bedeutung der Wahnideen in der Schizophrenie noch in einer späteren Studie zu sprechen. Welcher Richtung und Genese aber die Wahnideen auch sein mögen, in ihrem Aufbau sind sie nicht den spezifisch schizophrenen, sondern sonstigen, in ihrer formalen Erlebnisweise normalen, nur gegenständlich pathologischen Denkprozessen gleichzusetzen und bezeichnend für die Natur der Krankheit ist nur ihre Einfügung in das Gesamtkrankheitsbild.

So bestätigt die klinische Beobachtung, was die theoretische Analyse der psychischen Grunderlebnisse von vornherein hatte erwarten lassen: die Mannigfaltigkeit der noch möglichen normalen und nicht (formal-) spezifischen, sondern (gegenständlich-) typisch pathologischen Denkprozesse, die unabhängig von Individuum und Erfahrungsniveau oder unter deren Mitwirkung bei gleicher Intensität der Grundstörung in der Schizophrenie vorkommen. Daß sie in ihren speziellen Merkmalen (Inhalte, Verarbeitung, Dauer des Bestehens) typisch sind, liegt nicht an den Gedankeninhalten selbst, sondern neben den gegenständlichen Denkfolgen der Erlebnisstörung, direkt auch an den besonderen Einstellungen, die die spezifische Grundstörung durch ihr Erlebtwerden auslöst.

Man wird gerade an dieser Tatsache nicht vorübergehen dürfen. Denn erst dadurch wird man der Erscheinung gerecht, daß unabhängig von allen Einwirkungen auf gegenständliches Denken und Affektleben der Kranken die spezifische Grundstörung den Schizophrenen in eine ganz neue Situation versetzt, ihn in eine Sphäre rückt, von der aus ganz allgemein seine Beziehungen zur Umwelt entscheidend beeinflußt werden. Manches an der Lebensform des Schizophrenen, der wir uns damit zuwenden, ist nur aus dieser allgemeinen Einstellung zu erklären, anderes steht mit der Grundstörung in direkter Beziehung, aber auch diese relativ isolierten Erscheinungen entstehen nur im Rahmen des allgemeinen, den ganzen Menschen auf der Basis der spezifischen Störung nach psychologischen Gesetzen ergreifenden Umwandlungsprozesses. Auch hier hat natürlich der Grad der Grundstörung entscheidenden Einfluß auf die klinische Gestaltung des Krankheitsbildes. In den schwersten Graden hört naturgemäß jede Beziehung zur Umwelt auf. Das ist auch leicht verständlich, ohne daß man dabei auf die zufälligen Gedankeninhalte bezug nehmen müßte. Man darf nach allem, was hier über die Grundlagen schizophrener Symptome ausgeführt wurde, sehr wohl voraussetzen, daß in den schweren schizophrenen Zuständen das Erleben des Kranken von einer ganz besonderen Flüchtigkeit und Verschwommenheit ist und es darf nicht wundernehmen, daß sich dadurch der Kranke von der Umwelt loslöst. Auf diese Zustände „autistischen“ Verhaltens trifft zu, was *Bleuler* von Autismus gesagt hat, daß dieser der Bewußtseinstrübung nahestehe.

Aber in den mittleren und leichteren Krankheitsformen ist die Denkstörung nicht mehr der alles beherrschende Faktor, sondern nur ein Vorgang im verwickelten psychischen Geschehen, der die Mitwirkung anderer Faktoren nicht ausschließt und auf den sich, da er erlebt wird, die Kranken einstellen können. Einstellungen dieser Art sind sehr geläufig und können daher außerordentlich typisch sein (z. B. das Nichtbeachten und Beachten gewisser Vorgänge in der Umgebung auch beim Gesunden, obwohl ihnen die Aufmerksamkeit nicht zugewendet ist). Sie müssen auch nicht an affektive Faktoren gebunden sein. Das, was gemeinhin als autistisches Verhalten der Schizophrenen bezeichnet wird, weil die Kranken zu den Verhältnissen der Umgebung, auch ohne unter dem Einfluß von irgendwelchen zufälligen Gedankengängen zu stehen, nur lockere Beziehungen haben, das entspringt dieser Einstellung. Die Kranken sind durch ihre Denkstörung der Umwelt entfremdet, nicht weil diese ihnen jede Beziehung zur Umgebung unmöglich machte, auch nicht weil sie lediglich ihren Gedanken sich hingeben, sondern weil das einmalige Erleben des Losgelöstseins in ihnen eine Einstellung bewirkt hat, die das Zurückfinden in die gewöhnlichen Bedingungen erschwert. Nicht anders verhält sich auch der nicht schizophrene Kranke oder der Gesunde. Wie schwer kann es sein, nach intensivem Nachdenken zu den Erlebnissen des Alltags zurückzukehren. Darum ist diese Art „Autismus“ auch mühelos bis in das gesunde Verhalten hinein zu verfolgen*). Es wäre aber falsch, hier nur ein „Nichtwollen“, eine intendierte „Absperrung von der Außenwelt zu sehen. Auch beim Gesunden ist dieser Vorgang schon ein „Nichtanderskönnen“. Es ist eine zwangsmäßige Fesselung des Individuums durch irgendein komplexes psychisches Geschehen. Damit steht recht gut im Einklang, daß auch die Kranken, nicht anders als der Gesunde in solchen Situationen auch, mitunter den ganzen Zustand recht lästig empfinden und sich darüber beklagen, daß sie sich allem gegenüber fremd fühlen, nicht mit können. Es liegt nahe, dafür beim Schizophrenen die Affektstörung verantwortlich zu machen. Aber dagegen spricht, daß die Schizophrenen, die solche Klagen äußern, gar nicht besonders „affektstumpf“ zu sein brauchen und daß auch beim Gesunden in solchen Fällen nicht von einer Affektstörung die Rede sein kann. Im Gegenteil ist das Bewußtsein der Möglichkeit wenigstens, mit der Umgebung in affektiven Rapport zu treten, auch bei solchen Schizophrenen recht lebhaft vorhanden.

Die Unterscheidung zwischen spezifisch und reaktiv (einstellungsmäßig) bedingtem „Autismus“ ist nicht bloß theoretische Spielerei,

*) Da diese Erscheinung individuell je nach dem Temperamenten variiert, liegt hier eine neue Fehlerquelle für die Bemühungen, „schizophrene“ „Symptome“ und schizoide Reaktionen aufeinander zu beziehen.

sondern hat eine wichtige praktisch-diagnostische Folge. Manche Defektzustände nach depressiven klimakterischen Psychosen (psychische Schwächezustände) führen zu einer ganz analogen Einstellung (vgl. z. B. *Medow* über erstarrende Rückbildungsmelancholie). Diese Bilder sehen mit leichtem Defekt geheilten Spätschizophrenen zum Verwechseln ähnlich. Tatsächlich handelt es sich auch beide Male um den gleichen Mechanismus, der sich nur auf verschiedener Grundlage aufbaut. Die Diagnose darf dann eben nicht beim Gesamtbilde haltmachen, sondern muß dessen Bedingungen analysieren; eine Aufgabe, die keineswegs leicht ist, weil in unmittelbarer Folge der Loslösung von der Umgebung auch die Ausdrucksbewegungen andere werden. Sehr viele Manieren, Verschrobenheiten, Bizarrieren entstehen lediglich dadurch, daß das Individuum seiner Umgebung entfremdet ist, ganz unabhängig davon, woher diese Entfremdung kommt. Auch hier wieder ist der Vergleich mit den rückbildungsmelancholischen Schwächezuständen außerordentlich lehrreich! *Medows* Krankengeschichten bilden ausgezeichnete Beispiele dafür.

Für den Negativismus liegen die Verhältnisse ganz ähnlich. *Bumke* hebt hervor, daß negativistische Reaktionen teils aus einer Affektlage der Ablehnung, teils als primäre Krankheitserscheinungen auftreten können. Es muß übrigens auch der Negativismus, wenn er nicht der Affektlage der Ablehnung entstammt, darum nicht unmittelbar primäres Krankheitssymptom sein. Negativistische Reaktionen kommen auch beim Gesunden, vor allem beim Kinde, ohne eigentliche ablehnende Grundstimmung als gelegentliche Einzelreaktionen vor.

Auf dem Boden dieses schizophrenen Lebensgefühls erwachsen nun die zahlreichen Verschrobenheiten und Manieren der Schizophrenen. Ich brauche in dieser Untersuchung auf Einzelheiten nicht einzugehen, da es nur auf das allgemeine Resultat dabei ankommt, daß alle diese Vorgänge zwar typisch, aber nicht spezifisch für die Schizophrenie sind, und daß man daher in der diagnostischen und noch mehr in der theoretischen Verwertung dieser Symptome, die für den klinischen Eindruck entscheidend zu sein pflegen und „katatonisches“ Aussehen von verschiedenartigen Psychosen bedingen können, sehr vorsichtig sein muß. Noch ist heute viel zu wenig bekannt, welcher genetische Wert solchen Erscheinungen z. B. in manisch-depressiven Psychosen zukommt. Es muß aber zur Zurückhaltung veranlassen, wenn solche Verschrobenheiten bei der Schizophrenie erst in sekundärer Beziehung zum Krankheitsvorgang stehen. Man kann dann eben gegebenenfalls nicht ohne weiteres von „Legierung“ wesensverschiedener Krankheiten sprechen, sondern nur davon, daß verschiedene Krankheitsvorgänge gelegentlich wesensgleiche sekundäre Mechanismen auslösen. Es ist auch nicht so, daß die mit dem Begriff der Legierung ausgedrückte

pathogenetische Deutung der Zusammenhänge auf dem Umwege über den Charakter wiedergewonnen werden könnte, nachdem sie direkt nicht möglich ist. Denn ganz abgesehen davon, ob die Charakterstruktur überhaupt für die Schizophrenie pathogene Bedeutung hat oder nicht, sind derartige Einstellungsvorgänge auch ganz unabhängig vom Charakter möglich; sie werden oft nur vom Charakter begünstigt, ohne doch allein durch ihn bedingt zu sein.

Es bleibt nun nur noch eine allgemeine Frage zu erörtern: Wie hängt der primitive Negativismus mit der schizophrenen Grundstörung zusammen? Zufällige Gedankeninhalte kann man nicht dafür verantwortlich machen, charakterologische Eigentümlichkeiten können offenbar einen Einfluß darauf haben, wenigstens im Sinne der Verstärkung eines auch ohnedem vorhandenen Mechanismus. Ich kann nur so viel sagen, daß auch in der Müdigkeit die Neigung zu negativistischen Reaktionen wächst, ohne über die Bedingungen dieser Erscheinung ins Klare gekommen zu sein.

Abgeschlossen: August 1923.

Literaturverzeichnis am Schluß der 6. Mitteilung.
