

Aus der Neuropsychiatrischen Forschungsabteilung (Prof. Dr. H. H. WIECK)
in der Universitäts-Nervenklinik Köln (Direktor: Prof. Dr. W. SCHEID)

Relevanzanalysen bei Kranken in der Bewußtseinstrübung und im schweren Durchgangs-Syndrom

Von

HANS HEINRICH WIECK und KLAUS PHILIPPS*

(Eingegangen am 19. Juni 1965)

A. Zum Begriff des Situativen

Das Leben des Menschen vollzieht sich in Situationen. Psychologie und Psychopathologie haben sich deswegen immer wieder mit der Grundtatsache des Situativen beschäftigt. Unausweichlich tritt sie in den abnormen Erlebnisreaktionen hervor. Die Konfliktsituation muß erfaßt werden, wenn die Psychotherapie sinnvoll sein soll. Zugang hierzu verschafft das *ärztliche Gespräch*. Auf seine Bedeutung hat MAUZ vor kurzem eindringlich hingewiesen. Systematische Tagesablauf-Analysen hat PAULEINKHOFF in die Psychopathologie eingeführt und sie auch bei psychotischen Kranken vollzogen.

Dem zentralen Thema des Situativen kann man sich von zahlreichen psychologischen und psychopathologischen Ansätzen aus nähern. Wir möchten kurz den *eigenen Weg* erläutern:

Der *seelische Seinsbereich* läßt das Erleben vom Diaphänomenalen unterscheiden^{26,28}. Das Erleben weist drei Grunderfassungen auf: die Gehalthaftigkeit, die Erlebenhaftigkeit (der Ablauf-Charakter des Erlebens) und die Augenblicklichkeit. Im Augenblick sind die Gehalte zu einem *Erlebnisgefüge* verdichtet. Viele aufeinanderfolgende Erlebnisgefüge bilden eine eng zusammenhängende *Erlebnisreihe*. In ihr wird die Augenblicklichkeit des Erlebens zur *Präsenz*.

Bei der Beschreibung der *vollen Erinnerung*²⁶ wurde es notwendig, bestimmte *Situationsbegriffe* festzulegen. Nach unserer Bezeichnungsweise entspricht dem Erlebnisgefüge die „Augenblickssituation“ und der Erlebnisreihe die „Gesamt-situation“. Dabei wurde unser Situationsbegriff so gewählt, daß er die gesamte Begegnung des Menschen mit seiner Umwelt umfaßt^{26,28}. Deswegen können wir an der Situation die Ich-Seite von der ich-transeunten Seite unterscheiden. Im Inneren des Menschen gehören zur Augenblickssituation die Augenblicklichkeit, zur Gesamt-situation die Präsenz. Von anderen Autoren wird allein die ich-transeunte Seite als „Situation“ bezeichnet. So umgreift die „Situation“ nach PAULEINKHOFF die „Umweltgegebenheiten eines Menschen, die mit seinem Erleben in Beziehung stehen bzw. in Beziehung treten können“. Bei diesem Vorgehen müßte die gesamte Situation anders benannt werden. Sehr gründlich hat sich auch ZEH mit dem Begriff der Situation auseinandergesetzt. — Wenn die verschiedenartigen Definitionen genau beachtet werden, dürften sich kaum Schwierigkeiten im Verständnis des jeweiligen Situationsbegriffs ergeben.

* Herrn Prof. Dr. FRIEDRICH MAUZ zum 65. Geburtstag gewidmet.

Augenblickssituationen setzen die Gesamtsituation zusammen; beide sind einem ständigen Wandel unterworfen. Die Gesamtsituationen umspannen wenige Sekunden bis Minuten, Stunden und schließlich einen Tag. Beständiges zeigt sich erst in einer anderen Situationsform, die wir die *Lebenssituation* genannt haben²⁶. Sie kann von Tagen bis zu Jahren, mitunter bis zum Tode des Menschen andauern. Alles in unserem Dasein — jedenfalls streckenweise — Beständige kann eine Lebenssituation abgeben: so die menschlichen Begegnungen, die Häuslichkeit, der Beruf, aber auch die innere Bildung oder etwa eine Krankheit.

Das seelisch-geistige Innesein der Lebenssituation in uns haben wir die *Relevanz* genannt²⁶. Wenn sich jemand verliebt, läßt sich das Relevanzwerden des Partners gut verfolgen. Diese Relevanz kann sich verstetigen und zur dauernden Liebe werden oder aber wieder abklingen.

Einen ersten Zugang zur Problematik der Relevanzen, wie wir sie sehen, möchten wir durch psychopathologische Untersuchungen gewinnen. Die vorliegende Studie soll sich auf die „exogenen Reaktionstypen“² beschränken. Das heißt aber nicht, daß die Relevanzlehre für die übrigen Gebiete der psychiatrischen Systematik unwichtig wäre. Das Gegenteil trifft zu. Denn die *abnormalen Erlebnisreaktionen* sind meist aus Relevanzspannungen erwachsen. Das *endogen psychotische Erleben* wird ebenfalls von der lebenssituativen Relevanz geprägt. So hängt die Angst- und Schuld-Thematik in der *cyclothymen Depression* nicht selten von den Relevanzen des Patienten ab^{11,25} u.a. Überdies vermuten wir, daß dem *schizophrenen Erleben* eine besondere Pathomorphose der lebenssituativen Relevanz zugrunde liegt²⁸. Die daseinsanalytischen Interpretationen des schizophrenen Wahns dürften in diesem Zusammenhang bedeutsam sein.

B. Syndromgenetische Analysen körperlich begründbarer Psychosen

Relevanzstörungen werden nicht nur bei der Cyclothymie und Schizophrenie, sondern auch bei körperlich begründbaren Psychosen im Sinne von SCHNEIDER beobachtet. Sie lassen sich in reversible und irreversible Syndrome einteilen (WIECK 1956). Bei fortschreitenden Hirnprozessen erscheinen zunächst Durchgangs-Syndrome, die an Schwere zunehmen, bis sie in die Bewußtseinstrübung übergehen. Schließlich kommt es zur Bewußtlosigkeit. Wenn der Hirnprozeß abklingt, bilden sich die Syndrome in der umgekehrten Reihenfolge zurück.

Unsere Bemühungen galten einmal dem Ziel, die Dynamik des reversiblen Syndroms zu erfassen. Sie ergaben strenge Korrelationen zwischen dem Schweregrad des Hirnprozesses und dem Ausmaß der seelischen Störungen. Ferner zeigte es sich, daß die symptomatologische Ausgestaltung als das „Sosein“ der Psychose (SCHNEIDER; PAULEIKHOFF) vom Störungsgrad abhängt. Das gilt vor allem von der „Seinsweise“ der Psychose, nicht aber so ausgesprochen vom „Thema“.

Zweitens strebten wir eine syndromgenetische Analyse an. „*Syndromgenese*“ nennen wir die Entstehungsweise des klinischen Bildes — hier des

reversiblen Syndroms — aus dem zugrunde liegenden Krankheitsprozeß³⁰. Die *psychopathometrischen Verlaufsbeobachtungen* eröffnen neuartige Möglichkeiten der syndromgenetischen Analyse, wie wir kürzlich gezeigt haben³⁰. In der jetzigen Studie wollen wir diesen Weg nicht weiter verfolgen, sondern die *Thematik* in den Äußerungen von Kranken untersuchen, die sich in einem schweren Durchgangs-Syndrom oder im Zustand der Bewußtseinstrübung befinden.

Schon früh wurden die *Besonderheiten in der Thematik interpretiert*. In der einfachen klinischen Sicht erscheint das schwere Durchgangs-Syndrom meist als „amnestischer Symptomenkomplex“³⁰, von dem die Bewußtseinstrübung oft nicht genau genug abgegrenzt wurde. Hinweise auf die Thematik finden sich deswegen meist in den Studien über Gedächtnisstörungen oder über das Korsakow-Syndrom. Im großen und ganzen können zwei verschiedenartige Linien der Interpretation verfolgt werden:

Die eine Deutungsweise entspricht dem *Regressionsgesetz* von RIBOT. Bei der allgemeinen und partiellen Auflösung des Gedächtnisses vollziehe sich „ein Rück-schritt vom Neuern zum Ältern, vom Zusammengesetzten zum Einfachen, vom Willkürlichen zum Automatischen, vom weniger bis zum besser Organisierten“. Vielfach abgewandelt wurde diese These von zahlreichen Autoren vertreten. Sie bildet heute noch eine weit verbreitete Lehrmeinung.

Genauen klinischen Beobachtern entging es aber nicht, daß die Thematik auch von ganz anderen Faktoren bestimmt sein kann. So wies schon KORSAKOW darauf hin, daß die „Pseudoreminiszenzen“ sehr oft — wenn nicht immer — auf tatsächliche Begebenheiten bezogen sind: „In Folge dessen tragen sie nicht ganz den gleichen Charakter bei verschiedenen Kranken. So werden gewisse Patienten, die Jagdliebhaber sind, wenn sie von ihren Erlebnissen erzählen, von Jagd, Fischfang und dgl. berichten. Freunde von Zechgelagen werden von ihren Kumpanen, von ihren Wirthshausbegegnissen und dgl. reden“.

Ähnliche Beobachtungen wurden im Laufe der Zeit immer wieder mitgeteilt und gedeutet.

Verkennungen der Situation hat HAASE kürzlich sorgfältig analysiert. Bei eigenen Verlaufsbeobachtungen von Kranken mit einer Hirnprellung²⁹ wurden die Situationen nach Maßgabe der Relevanzen verkannt: Ein Kranführer wähnte sich bei seiner Arbeit in der Fabrikhalle; ein Sekretär meinte, auf dem Betriebsbahnhof der Straßenbahn zu sein; er dirigierte Zusatzzüge aus dem Depot, um die Verkehrsspitzen beim Geschäftsschluß abzufangen¹⁵. Der Leiter einer Lehrlingsabteilung erklärte fortlaufend technische Fachausdrücke, während ein Finanzbeamter „Steuer-pflichtige“ abfertigte¹⁵. Verheiratete Frauen „leben“ oft in ihrer häuslichen Welt.

Diese klinischen Erfahrungen veranlaßten uns, systematisch zu untersuchen, wie die Relevanzen die Thematik im schweren reversiblen Syndrom bestimmen.

C. Eigene Beobachtungen

Bei 100 *Kranken* wurde der Verlauf der — meist abklingenden — Psychose regelmäßig verfolgt¹⁸. Sie wurde durch ätiologisch und pathogenetisch sehr verschiedenartige Hirnprozesse hervorgerufen, ohne daß

sich die jeweilige Ätiologie in der thematischen Bestimmung der Patientenaussagen niederschlug. Die psychopathometrische Untersuchung erfolgte mit dem Böcker-Test, der eigens für den Zweck entwickelt wurde, den Schweregrad des reversiblen Syndroms festzulegen. — Im übrigen wurden die Fragen des Untersuchers sowie die *Äußerungen der Kranken* genau aufgezeichnet.

Statt eine statistische Übersicht über unser Beobachtungsgut vorzulegen, möchten wir einen *Regelfall* — nämlich das Beispiel des Fräulein L. — *kasuistisch darstellen und analysieren*. Damit wird die Eigenart der Relevanzen gewürdigt, die das Augenmerk vor allem auf den einzelnen Menschen hinlenkt. Als Beifahrerin auf dem Motorrad ihres Verlobten erlitt die 18jährige L. einen Verkehrsunfall, der eine schwere Hirnkontusion verursachte. Bislang war sie als *Verkäuferin* in einem Lebensmittelgeschäft auf dem Lande tätig. Sie lebte bei ihrer *Mutter* und den *Geschwistern*; der *Vater* war 2 Jahre zuvor gestorben.

Fräulein L. wurde in den verschiedenen Stadien der abklingenden Psychose sowohl getestet als auch ausgiebig exploriert. Die Themenanalyse soll sich in dieser Studie auf die Bewußtseinstrübung und das schwere Durchgangs-Syndrom beschränken. Um jedoch das klinische Bild abzurunden, haben wir auch die Protokolle des mittelschweren und leichten Durchgangs-Syndroms auszugsweise wiedergegeben:

Fall L. Contusio cerebri, Liquorfistel, eitrige Meningitis 21.3.—18.5.1962. Universitäts-Nervenklinik Köln (302/62).

Vorgeschichte. Motorradunfall, sofortige Bewußtlosigkeit. Aufnahme in die Neurochirurgische Universitätsklinik Köln (Direktor: Prof. Dr. W. TÖNNIS). Einige Stunden bewußtlos, dann schwere Bewußtseinstrübung. Abducensparese und Ptose re. Facialislähmung li. Multiple Frakturen am Hinterhaupts- und Scheitelbein, Platzwunde re. am Hinterhaupt. Wegen zunehmender Unruhe wird die Verletzte am 11. Tage in die Universitäts-Nervenklinik verlegt. Es muß eine Tracheotomie durchgeführt werden. Sehr langsame Aufhellung der Bewußtseinstrübung. Am 26. Tage äußert L. von sich aus einige unverständliche Laute.

Mittelschwere Bewußtseinstrübung (31. Tag). (Wie geht es?) „Das ist jetzt da, der mit dem Moped fährt.“ (Wer ist das?) „Das weiß ich nicht.“ Die Pat. hört ein Schlüsselbund rasseln. „Mit dem Schlüsselbund!“ (Von welchem Haus ist das denn?) „Von unserem Haus. Ach ja! das ist ja hier unser Haus!“

(Woran denken Sie jetzt?) „Wie die Maschine hier rausfährt . . . die Maschine kommt jetzt!“ (Welche Maschine?) „Von Obst!“ (Welches Obst?) „Das Obst, das steht hier!“ (Wo?) „Die Maschine steht hier . . . Ein Kasten voll Äpfel und die Birnen dazu . . . Es ist kein leerer Kasten!“

(Was ist da drin?) „Weiß ich nicht!“ „. . . Ach, die drei!“ (Welche?) „Ihre Mutter . . . unter der Kreuzung.“ (Kennen Sie diesen Herrn — einen Medizinstudenten — hier?) „Ja“ (Woher?) „Ihr Vater.“ (Woran sehen Sie das?) „An der Brille und an dem Schmiß.“ — (Sind Sie schon einmal Motorrad gefahren?) „Wohin?“ (Überhaupt schon?) „Ja“ (Haben Sie einen Bekannten mit Motorrad?) „Das weiß ich nicht.“ — „Hab ich 'was Schnellboote, hab' ich das?“ (Was für ein Schnellboot?) „Mit denen ich getanzt habe.“ — „Ja, die Frau D. ist tot.“ (Wer?) „Sie!“

Leichte Bewußtseinstrübung (35.–41. Tag). (Wo sind Sie hier ?) „Ich arbeite bei C. Ich bin hier und bleibe auch hier!“ „Bei K., stimmt das?“ (Sind Sie krank ?) „Ich fühle so etwas.“ (Haben Sie Schmerzen ?) „Kopfschmerzen — müssen Sie die anderen Zentrale erzählen!“ (Welche ?) „Wo Sie da so stehen.“ (Was sind Sie von Beruf ?) „Verkäuferin“ (Was verkaufen Sie ?) „Hinter der Theke — Tee und Brot und so was.“ (Wo wohnen Sie ?) „In der Nähe, wo die Jungens wohnen.“ (Wo ist das ?) „Das ist ein Haushalt. — Mein Vater hat das Haus noch gar nicht aufgebaut. — Die braucht man bloß auszuschütten!“ (Sind Sie schon einmal Motorrad gefahren ?) „47 mal!“ (Wissen Sie das so genau ?) „Das weiß ich doch ganz genau. Fräulein, wieviel kriegte der vom Motorrad?“ (Wer ?) „Der die andere Stelle bezahlt hat! Fräulein — gehen Sie 'mal vor die Tür!“

(Die Frage wird wiederholt: Sind Sie krank ?) „Ja“ (Was haben Sie ?) „Grippe“. (Seit wann ?) „Das weiß ich nicht, da müssen Sie meine Mutter fragen, die weiß das besser.“ (Es wird die Frage wiederholt: Wo sind Sie hier ?) „In Linzenich, bei den kleinen Eifeler!“ (Was tun Sie da ?) „Ich helfe meinem Bruder.“ (Wobei ?) „Das ist so 'ne Serie, kann man bald sagen.“ (Was helfen Sie ?) „Die Öleimer in den Garten tragen, so wat all!“ (Helfen Sie Ihrem Bruder den ganzen Tag ?) „Nee, ich geh' auch bei meiner Schwester hin. — Bei S. war'se gewesen.“ (Wer ist das ?) „S. mit der Eifel.“ (Wer ist das denn ?) — Weint. — „Habe ich nicht nach dem Friseur gefragt?“

In der Zwischenzeit war die Mutter zu Besuch. Sie hat der Verletzten den Hergang des Unfalls berichtet.

(Wie geht es ?) „Schlecht, meine Mutter will mich holen. Die kann besser aufpassen.“ (Wo sind Sie hier ?) „In Köln im Krankenhaus.“ (Sind Sie krank ?) „Ja, im Kopf. Ich bin mit dem Kopf auf die Straße geschlagen.“

(Nach wenigen Stunden wird L. wieder befragt: Wo sind Sie hier ?) „In Linzenich, in der Stadt!“ (Nicht in Köln ?) „Nein, in Euskirchen.“ (Wann sind Sie geboren ?) „43“ (Am wievielten ?) — Weint — „Mutti, wann bist Du geboren?“ (Wo sind Sie hier ?) „In Linzenich.“ (Wo da ?) „Die linke Seite vom Haus aus.“ (Nicht im Krankenhaus ?) „Nein, da war ich.“ (Was sind Sie von Beruf ?) „Rechenschaffnerin.“ (Nicht Verkäuferin ?) „Das bin ich auch nebenei. Also richtig bin ich Verkäuferin.“ (Was verkaufen Sie ?) „Lebenssachen!“

Schweres Durchgangs-Syndrom (49. Tag). (Wo sind Sie hier ?) „Im Krankenhaus“ (Wo ?) „In Euskirchen!“ (Was sind Sie von Beruf ?) „Krankenschwester.“ (Nicht Verkäuferin ?) „Ja, auch 'mal.“ (Und jetzt ?) „Jetzt feiere ich krank.“ (Weshalb ?) „Weil ich mich wehgetan habe.“ (Wie kam das ?) „Ja, ich bin vom Motorrad gefallen und dann auf den Kopf gefallen.“ (Wer fuhr das Motorrad ?) „Mein Verlobter.“ (War der schon zu Besuch ?) „Ja.“ (Und Ihre Mutter ?) „Die auch. — Sagen Sie 'mal, steht da hinten nicht meine Mutter?“ (Nein) „Ich habe sie doch gesehen! Die wollte mich doch besuchen!“ (Was für ein Tag ist heute ?) „Mittwoch“ (Nein, Freitag!) „Dann kommt meine Mutter heute! Wollen Sie die kennenlernen?“ Bei diesen Worten sieht die Pat. sehnstüchtig zur Tür. (Wann kommt Ihre Mutter ?) „Das weiß ich nicht.“ (Ungefähr ?) „Um drei Uhr.“ (Und jetzt haben wir elf Uhr!) „Elf Uhr ? Ach!“ Die Pat. wendet sich enttäuscht ab.

Mittelschweres Durchgangs-Syndrom (55. Tag). (Wie lange sind Sie schon hier ?) „Acht Wochen!“ (Weswegen ?) „Ich bin vom Motorrad gefallen!“ (Wissen Sie das noch ?) „Nein, ich bin gefallen, und dann weiß ich nichts mehr.“ (Hat Sie Ihr Verlobter schon einmal besucht ?) „Ja, vorige Woche!“ (Seit wann sind Sie verlobt ?) „Seit vorigem Jahr im Januar.“ (Wo ist Ihr Verlobter zuhause ?) „Im selben Dorf, wo ich wohne, in Linzenich.“ (Was sind Sie von Beruf ?) „Verkäuferin.“ (Wo ?) „Im K. in Eundorf, das ist bei Euskirchen.“ (Was verkaufen Sie ?) „Lebensmittel.“

(Lebt Ihr Vater noch ?) „Nein.“ (Wann ist er gestorben ?) „In Linzenich gestorben. Vor zwei Jahren.“ (Woran ?) „Das weiß ich nicht, hat mit dem Bauch zu tun,

mit Wasser, mit die Leber.“ (Welchen Beruf hatte er?) „Polizeiwachtmeister.“ (Wo?) „Zuhause noch.“ (Wo war das?) „In Kolberg in Pommern.“ (Wann sind Sie von dort gekommen?) „46, mein Vater 50.“ — Auch über ihre Geschwister und über ihre Berufsausbildung macht L. geordnete und richtige Angaben.

(Nach der Durchführung des Böcker-Testes: Es geht aber schon gut!) „Ja? — Ich möchte nach Hause.“ (Was machen Sie denn dann?) „Schlafen.“ (Das können Sie auch hier.) Lacht: „Ja, ich muß aber sicher noch 'was liegen. Meine Mutter, kommt die heute?“ (Nein, erst morgen!) „Haben wir heute Donnerstag?“ (Ja!) „Dann kann sie ja erst morgen kommen.“

Leichtes Durchgangs-Syndrom (65. Tag). (Wie geht es?) „Och, danke.“ (Hatten Sie gestern Besuch?) „Ja!“ (Wer?) „Meine Mutter und mein Verlobter.“ (Haben Sie sich gefreut?) „Es geht!“ (Wieso?) „Stur.“ (Wer?) „Mein Verlobter.“ (War er zum ersten Mal da?) „Ja! Er ist selber krank am feiern. Und da hat er sich auf's Motorrad gesetzt und ist hierhin gekommen. Von Zülpich aus.“ (Ist das Motorrad wieder ganz?) „Nee, war ein anderes. Ich setz' mich aber wieder d'rauf!“ (Aber nur mit Sturzhelm!) „Ja, ich geh' mir erst einen Sturzhelm kaufen.“ (Weshalb feiert Ihr Verlobter krank?) „Der hat die Grippe, der hat sich erkältet.“

L. ist auf eine andere Station verlegt worden. (Ist es hier besser?) „Och, es geht. — Die Stimmung, die Unterhaltung, hier redet jeder mit, und drüben, da konnte man ja nicht mit jedem reden. Manche waren zu stur.“ (Sind die Schwestern auch nett?) „Ja, es ist bloß das einzige, daß sie nicht mit einem spazieren gehen.“ (Gehen Sie noch gar nicht selbst?) „Doch, und wie! Sogar Treppen 'rauf und 'runter. — Dat ist für mich das Furchtbarste, was es gibt!“

D. Themenanalyse im schweren reversiblen Syndrom

Werden die Äußerungen der Kranken in der Bewußtseinstrübung und im schweren Durchgangs-Syndrom näher betrachtet, so lassen sich die Inhalte folgenden Gruppen zuordnen:

1. den fragebezogenen Antworten oder
2. den freien — von der Frage unabhängigen — Äußerungen
 - a) mit Präsenzthematik
 - b) mit Relevanzthematik.

Ferner ist eine Reihe von Themen nicht sicher zu klassifizieren.

Fragebezogene Antworten sind in der Bewußtseinstrübung selten. So antwortet L. auf die Frage, ob sie krank sei, kurz: „Ich fühle so etwas“, oder auf die Frage nach Beschwerden: „Kopfschmerzen“. Erst nachdem die schweren Psychosestadien abgeklungen sind, hängt die Thematik durchweg mit der gestellten Frage eng zusammen.

Im schweren Durchgangs-Syndrom und vor allem in der Bewußtseinstrübung ist der Gedankenablauf inkohärent: auf diese Denkstörungen hat WEITBRECHT vor kurzem mit Nachdruck hingewiesen. Thematisch homogene Erlebnisreihen — und damit die gesamtsituative Präsenz — dauern nur eine kurze Zeitspanne an. Die Kranken vermögen deswegen die Fragen oft nicht oder nicht richtig aufzufassen, so daß neben den fragebezogenen Antworten auch „freie“ Äußerungen nachzuweisen sind. Sie treten selten im leichten und mittelschweren Durchgangs-Syndrom auf, nehmen aber vom schweren Durchgangs-Syndrom an mit fort-

schreitendem Störungsgrad zu, bis schließlich in der schwersten Bewußtseinstrübung infolge des völligen „Gestaltzerfalls“ (CONRAD) nur noch unartikulierte Laute ausgestoßen werden.

Die *Thematik der freien Äußerungen* kann entweder aus der Präsenz oder aus der Relevanz stammen.

Oft regen Vorgänge in der Umgebung des Kranken die Thematik an. Wir sprechen dann von einer *eigenständigen Präsenz*¹⁸. So reagierte Fräulein L. auf das Rasseln eines Schlüsselbundes nach einer anderslautenden Frage mit der knappen Äußerung: „Mit dem Schlüsselbund!“ Doch können auch leibliche Gefühle — meist Mißempfindungen — die eigenständige Präsenz bestimmen, wenn etwa die Kranken fortwährend „Durst! Durst!“ rufen.

Die meisten freien Äußerungen der bewußtseinsgetrübten Kranken werden *thematisch von Relevanzen bestimmt*. Auf die Frage, woran sie denke, schlägt L. sofort ein Relevanzthema an: „Wie die Maschine hier 'rausfährt . . . die Maschine kommt jetzt!“ In der überraschenden Äußerung auf die Frage, um welche Maschine es sich handele, tritt die Berufssituation noch deutlicher hervor: „Von Obst!“ Die Präsenzwirkung dieser Kernrelevanz ist nachhaltig; L. läßt keinen Zweifel aufkommen, indem sie kurzerhand erklärt: „Das Obst, das steht hier!“ Trotz der mittelschweren Bewußtseinstrübung werden die kurzen Erlebnisreihen mit anschaulichem Gehalt erfüllt: „Ein Kasten voll Äpfel und die Birnen dazu . . . Es ist kein leerer Kasten!“ Der unbefangene Beobachter kann sich am Krankenbett immer wieder davon überzeugen, wie intensiv Lebenssituationen durch derartige Äußerungen des Patienten heraufbeschworen werden. Sie lassen gleichsam den auch unter unpsychotischen Bedingungen wirksamen Relevanzdruck auf das Erleben unmittelbar erkennen. Wie im Falle L. ließ sich auch bei nahezu sämtlichen Kranken unseres Beobachtungsgutes eine Relevanzthematik nachweisen.

Mitunter gelingt es nicht, den *Inhalt* der freien Äußerung entweder der Präsenz oder der Relevanz *zuzuordnen*. Dann muß die Themenanalyse offen bleiben. Mit voreiligen Deutungen ist wenig gewonnen.

E. Zur Relevanzanalyse

Der Mensch befindet sich meist nicht nur in einer einzigen Lebenssituation, sondern in mehreren Lebenssituationen. Deswegen schließen sich die entsprechenden Relevanzen zu einem Gefüge zusammen. *Relevanzgefüge* sind zwar für längere Zeit beständig, aber nicht unwandelbar; vielmehr läßt sich aus der jeweiligen Biographie immer eine *Relevanzdynamik* erkennen. — Zwischen der gesamten Lebenssituation und der Relevanz lassen sich grundsätzlich drei verschiedene Formen der Zusammenhänge, die „*Situationsformen*“, erkennen: erstens die „aktive“

Eigenrelevanz, zweitens die „passive“ Feldrelevanz und drittens die Binnenrelevanz.

Ferner können sich die Relevanzen auf *verschiedene Seinsgebiete* beziehen. In der ersten Übersicht unterscheiden wir die *Allgemeinformen* von den *Einzelformen*. Für unsere jetzige Erörterung ergibt sich somit folgende Gliederung:

1. die Relevanzdynamik,
2. der Aufbau der Relevanzgefüge,
3. die Situationsformen der Relevanz,
4. die Allgemeinformen der Relevanz und
5. die Einzelformen der Relevanz.

1. Relevanzdynamik

Durch den Unfall wurde Fräulein L. plötzlich aus ihren bisherigen Lebenssituationen herausgerissen. Für sie ergab sich eine völlig neue — „aktuelle“ — Lebenssituation¹⁸: das Verletzsein und der damit verbundene Aufenthalt im Krankenhaus. Während der Bewußtseinstrübung reicht die Spannweite der gesamtsituativen Präsenz jedoch *nicht* aus, die *aktuelle* Relevanz aufzubauen. Die *Relevanzdynamik* ist also vollständig *erloschen* und die Relevanzthematik kann daher nur von den *bisherigen* Lebenssituationen bestimmt werden, die also bis zum Unfallereignis wirksam gewesen sind.

Mit besonderer Vorliebe wird in der Literatur darüber berichtet, daß *vergangene* Situationen durch Inhalte des bruchstückhaften Erinnerns und durch die Situationsverkennung heraufbeschworen werden. Diese Beobachtungen treffen durchaus zu. Es kann sogar zu einem „Wieder-relevantwerden“ vergangener Lebenssituationen^{26,28,30} kommen. HAASE spricht auch von einer „aktiven retrograden Umdeutung der Gegenworts-situation.“

In der Thematik unserer Kranken treten aber die Relevanzen vergangener Lebenssituationen bei weitem zurück. Durchweg handelt es sich vielmehr um die bis zur Erkrankung *gegenwärtigen Relevanzen*. Das lehrt der Fall L. in typischer Weise. Die Thematik in der Bewußtseinstrübung knüpfte unmittelbar an das an, was noch bis zum Unfall für L. bedeutsam war.

Im schweren *Durchgangs-Syndrom* zeigten sich bei L. die *ersten Ansätze der aktuellen Relevanz*. Das gilt allgemein für abklingende Syndrome. L. konnte ihre Umgebung mitunter als Krankenhaus erkennen und angeben, daß sie einen Unfall erlitten hatte. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß sie ihre Tätigkeit mit „Krankenschwester“ umreißt und auf eine Rückfrage ihren wirklichen Beruf in die Vergangenheit verweist. In dieser Umdeutung zeigt sich die zunehmende Kraft der aktuellen Relevanz. Durchweg führte die aktuelle Lebenssituation zunächst nur zu

einer passiven Feldrelevanz. — Gegen Ende des schweren Durchgangs-Syndroms und zumal im *mittelschweren Durchgangs-Syndrom* gewinnt die aktuelle Relevanz meist — wie auch im Falle L. — immer mehr an Gewicht.

2. Zum Aufbau des Relevanzgefüges

Im Relevanzgefüge lassen sich die Kernrelevanzen von den weniger bedeutsamen Randrelevanzen unterscheiden. Durchweg treten während der Bewußtseinstrübung und auch noch im schweren Durchgangs-Syndrom die Randrelevanzen zurück oder fehlen völlig, so daß Kernrelevanzen die Themen bestimmen. Allerdings können die Relevanzen in der Themenanalyse nicht immer eindeutig dem Kern oder dem Rand zugeordnet werden. Hier stellen sich oft erhebliche Schwierigkeiten in den Weg.

Zu den *Kernrelevanzen* der L. zählt ihre innere Einstellung zum Beruf; sie wähnte sich — wie schon ausgeführt wurde — als Verkäuferin an ihrem Arbeitsplatz. Die Berufsrelevanz wurde im Verlauf der Exploration während der leichten Bewußtseinstrübung deutlich. So äußerte L. unvermittelt: „Die braucht man bloß auszuschütten!“ Ein wenig später wurde eingeflochten: „Fräulein, wieviel kriegte der vom Motorrad?“ Hier wurden unmittelbar Erlebnisweisen vollzogen, wie sie als Verkäuferin üblich sind. Ähnliches ereignete sich, als L. äußerte: „Fräulein, gehen Sie 'mal vor die Tür!“ — Wahrscheinlich ist auch das Verhältnis zur Mutter eine Kernrelevanz.

An den Relevanzgefügen können ferner die *Einheitlichkeit* und die *Differenziertheit* erfaßt werden. Hier möchten wir an die Ausführungen von MAUZ anknüpfen, der den Gedanken von JASPERS über den Grad der Differenziertheit im Seelenleben aufgegriffen hat. Dieses Maß wirkt sich auf alle seelischen Erscheinungen — und somit auch auf die Relevanzen — aus. Selbst in der Bewußtseinstrübung macht sich der Grad der Relevanzausformungen bemerkbar, wie die Schlichtheit in den Äußerungen der L. lehrt.

3. Über die Situationsformen der Relevanzen

Einmal gestaltet die Relevanz die Lebenssituation: *Eigenrelevanz*. Sie greift aktiv in das Leben ein. Im Falle L. erschien vor allem die Berufssituation als Eigenrelevanz.

Umgekehrt folgt die „*Feldrelevanz*“ passiv den lebenssituativen Gegebenheiten. Im zwischenmenschlichen Bereich war bei L. das Verhältnis zur Mutter als Feldrelevanz ausgeformt. Die bewußtseinsgetrübte Verletzte rief ihre Mutter zu Hilfe, als sie eine Antwort nicht geben konnte: „Das weiß ich nicht. Da müssen Sie meine Mutter fragen, die weiß das besser.“ Wenige Tage später hieß es: „... meine Mutter will mich holen. Die kann besser aufpassen.“ Im schweren Durchgangs-Syndrom fragte L.: „Sagen Sie 'mal, steht dahinten nicht meine Mutter?“

Als die Frage verneint wurde, entgegnete L.: „Ich habe sie doch gesehen!“ — Der verstorbene Vater wird nur einmal kurz als eine für den Hausbau aktive Person erwähnt: „Mein Vater hat das Haus noch gar nicht aufgebaut!“

Neben der Eigenrelevanz und der Feldrelevanz muß die „*Binnenrelevanz*“ erwähnt werden. Hierbei handelt es sich um eine reine Relevanz ohne situative Auswirkungen. Wunschrelevanzen gehören in diese Gruppe. Bei L. lassen sich derartige Binnenrelevanzen nicht nachweisen. Wie später noch kurz gezeigt wird, können bei maniformen Ausgestaltungen des Durchgangs-Syndroms reflexive Binnenrelevanzen die Thematik bestimmen.

4. Allgemeinformen der Relevanz

Sie sollen hier nicht näher analysiert, sondern in einer eigenen Studie abgehandelt werden. Es sei nur erwähnt, daß religiöse Bindungen, Werthaltungen, Ausformungen des Gewissens oder Naturbeziehungen den Allgemeinformen zuzuordnen sind. Unmittelbar aus dem Wesen der Relevanzen — nämlich dem Gegenwärtigen-Zukünftigen — läßt sich der „*Relevanzausgriff*“ herleiten. Die Relevanz greift von der Gegenwart in die Zukunft aus, wobei die Spannweite sehr verschieden groß sein kann. In der Bewußtseinstrübung bestimmen die bisher „gegenwärtigen“ Relevanzen zwar die Präsenthematik, sie *besitzen* aber *keinen Ausgriff*, rich-ten nichts mehr aus, haben ihre Zukunft verloren. Erst mit dem Aufbau der aktuellen Relevanz im schweren und zumal im mittelschweren Durchgangs-Syndrom zeigen sich die *ersten Ansätze eines Ausgriffs*. L. meinte ihre Mutter zu sehen und betonte: „Die wollte mich doch besuchen!“ Auch die weitere Exploration belegt, daß der Relevanzausgriff wirksam geworden ist.

5. Einzelformen der Relevanzen

Wir möchten vier Formen unterscheiden: erstens die zwischenmenschlichen oder Interrelevanzen, zweitens die mitmenschlichen oder Korelevanzen, drittens die Ichrelevanzen und schließlich die Reflexrelevanzen.

Mit den *zwischenmenschlichen Beziehungen* sollen die Wechselwirkungen von einem Ich zum anderen Ich gemeint sein. Zwei Personen begegnen sich als menschliche Wesen in ihrer geschichtlichen Einmaligkeit. Trotz unseres aufgeklärten und von naturwissenschaftlichen Erkenntnissen bestimmten Zeitalters spielen die *Interrelevanzen* eine entscheidende Rolle. So betreffen die zum Suizidversuch führenden Konflikte nach unseren umfangreichen Erfahrungen meist die Interrelevanzen. Der Selbstmordversuch wird oft mit Arzneimitteln durchgeführt; die toxische Psychose kann genau verfolgt werden.

Wie andernorts ausführlich dargestellt³⁰, rief eine 23jährige Arbeiterin R., die wegen ihres Verlobten Hans in suicidaler Absicht etwa 50 Tabletten Nervoopt, Optalidon und Gelonida eingenommen hatte, in der schweren Bewußtseinstrübung

neben „Durst!“ fortwährend: „Hans, komm!“, später: „Holen Sie Mutter und Hans!“ Die den Suizid bedingende Kernrelevanz prägte hier die Thematik der Bewußtseinsgetrübten. Ähnliches lässt sich bei Selbstmordversuchen oft beobachten.

Im Falle L. erschienen — wie schon erwähnt — die zwischenmenschlichen Beziehungen eher in der Form der passiven Feldrelevanzen. Überdies trat der Verlobte in der freien Thematik deutlich zurück. Er wurde erst fragebezogen erwähnt. Dagegen wird die Welt der jungen Leute häufiger angesprochen.

Nicht nur bei männlichen Kranken, sondern auch bei berufstätigen Mädchen und Frauen entspricht dem Beruf eine *aktive Korelevanz*, die sich themenbildend in den schweren Psychosestadien auswirkt. Das zeigte sich auch bei L., wie wir schon belegt haben.

Werden Situationen verkannt, erscheinen die Wohnung und der Heimatort oft als themenbildende *Feldrelevanz*. In der leichten Bewußtseinstrübung entgegnete L. auf die Frage, wo sie sei: „Ich arbeite bei C. Ich bin hier und bleibe auch hier!“ Später: „In Linzenich, bei die kleinen Eifeler!“ „Die linke Seite vom Haus aus.“ Im schweren Durchgangs-Syndrom wurde die Umgebung als Krankenhaus richtig erkannt, jedoch in ihren Arbeitsort lokalisiert.

Ichrelevanzen beziehen sich auf die eigene Person und *Reflexrelevanzen* auf die Geltung im zwischenmenschlichen und mitmenschlichen Bereich. Sie ließen sich im Falle L. nicht mit genügender Sicherheit aufzeigen. Nach unseren Erfahrungen treten sie in der Themenbildung auch sonst zurück. Nur wenn maniforme Gefühle vorherrschen und die aufgelockerte Kritikfähigkeit Größenideen zuläßt, treten Reflexrelevanzen hervor, die mitunter als Binnenrelevanzen zu deuten sind. In diesem Zusammenhang sei besonders auf die Größenideen der Paralytiker hingewiesen. Nach SCHEID spielen auch hier ätiologische Momente keine wesentliche Rolle. Werden Soldaten vom Fleckfieber oder Typhus abdominalis befallen, so wähnen sie sich gelegentlich zu einem hohen Offizier befördert. Das gilt auch für das Tsutsugamushi-Fieber. Ein Kranker von RIPLEY berichtete — zitiert nach SCHEID — „über abenteuerliche Heldentaten, die ihm die Beförderung zum Dreisterne-Admiral eingebracht hätten“.

Zusammenfassung

Bei 100 Kranken wurde die Thematik während der — meist abklingenden — körperlich begründbaren Psychose verfolgt und der jeweilige Störungsgrad mit einer psychopathometrischen Testserie festgelegt. Die an anderer Stelle beschriebenen Ergebnisse werden am Beispiel einer traumatischen Psychose erläutert. Die Themenanalyse in der Bewußtseinstrübung und im schweren Durchgangs-Syndrom ergibt folgendes:

1. Neben den fragebezogenen Antworten lassen sich vor allem „freie“ Äußerungen nachweisen. Deren Thematik ist entweder von der gesamtsituativen Präsenz oder von der lebenssituativen Relevanz bestimmt.

2. Die Relevanzthematik wird im kasuistischen Bericht über eine Kontusionspsychose analysiert.

3. Es wird gezeigt, daß die Relevanzdynamik in den schweren Psychosestufen völlig erloschen ist. Die aktuelle Lebenssituation — etwa des Verletztseins — kann erst in den Durchgangs-Syndromen wirksam werden. Bei plötzlich oder doch schnell einsetzenden Psychosen bestimmen die bis zum Erkrankungsbeginn entwickelten Relevanzen die Thematik.

4. Im Aufbau des Relevanzgefüges lassen sich die Kern- von den Randrelevanzen unterscheiden. Während der Bewußtseinstrübung und im schweren Durchgangs-Syndrom prägen vor allem Kernrelevanzen die Inhalte freier Äußerungen.

5. Unter den Situationsformen sind „aktive“ Eigenrelevanzen, „passive“ Feldrelevanzen und Binnenrelevanzen gleichermaßen wichtig.

6. Der Ausgriff der Relevanzen ist in den schweren Psychosestadien aufgehoben oder hochgradig gemindert.

7. Nach der Bezogenheit können vier Einzelformen unterschieden werden: die Interrelevanzen, die zwischenmenschliche Beziehungen einschließen, die mitmenschlichen oder Korelevanzen, die auf die eigene Person gerichteten Ichrelevanzen und schließlich die Reflexivrelevanzen, die auf die Geltung im zwischen- und mitmenschlichen Bereich abzielen. Alle vier Formen können die Thematik in freien Äußerungen der schwer psychotischen Kranken bestimmen.

Literatur

- ¹ BÖCKER, F.: Eine Methode zur genaueren Erfassung von Bewußtseinstrübungen und Durchgangs-Syndromen. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 88, 332—338 (1961).
- ² BONHOEFFER, K.: Die exogenen Reaktionstypen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 58, 58—70 (1917).
- ³ CONRAD, K.: Zur Psychopathologie des amnestischen Symptomenkomplexes. Gestaltanalyse einer KORSAKOWSchen Psychose. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 170, 35—60 (1959).
- ⁴ — Die symptomatischen Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart. II: Klinische Psychiatrie*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- ⁵ ESSER, J. H.: Systematische Untersuchungen über die klinischen Erscheinungsformen der Bewußtseinstrübung des Durchgangs-Syndroms. Dissertation, Köln 1965.
- ⁶ HAASE, H.-J.: Amnestische Psychosyndrome im mittleren und höheren Lebensalter. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- ⁷ JASPER, K.: *Allgemeine Psychopathologie*, 7. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- ⁸ KORSAKOFF, S.: Eine psychische Störung combiniert mit multipler Neuritis (Psychosis polyneuritica seu Cerebropathia psychica toxæmica). *Allg. Z. Psychiat.* 46, 475—485 (1890).
- ⁹ KORSAKOW, S. S.: Über eine besondere Form psychischer Störung, combiniert mit multipler Neuritis. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 21, 669—704 (1890).
- ¹⁰ — Erinnerungstäuschungen (Pseudoreminiscenzen) bei polyneuritischer Psychose. *Allg. Z. Psychiat.* 47, 390—410 (1891).

- ¹¹ KRANZ, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **23**, 58–72 (1955).
- ¹² MAUZ, F.: Das ärztliche Gespräch. *Therapiewoche* **1960**, 311–316.
- ¹³ PAULEIKHOFF, B.: Über Seinsweise (Form) und Thema (Inhalt) bei der abnormen Erlebnisreaktion. *Msch. Psychiat. Neurol.* **125**, 641–654 (1953).
- ¹⁴ — Über Veränderungen des Situationsgefüges bei dementen Erscheinungsbildern. *Nervenarzt* **26**, 510–515 (1955).
- ¹⁵ — Über Veränderungen des Situationsgefüges bei paranoid-halluzinatorischen Erscheinungsbildern. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **193**, 277–294 (1955).
- ¹⁶ — Der Tageslauf. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **86**, 273–291 (1960).
- ¹⁷ — Die Tageslaufanalyse als Methode zur Untersuchung der Persönlichkeit in ihrer Situation. *Z. Psychother. med. Psychol.* **10**, 140–157 (1960).
- ¹⁸ PHILIPPS, K.: Systematische Untersuchungen über die Thematik bei 100 Kranken mit einer reversiblen körperlich begründbaren Psychose. Dissertation, Köln. (In Vorbereitung.)
- ¹⁹ RIBOT, TH.: *Les maladies de la mémoire*. Paris: Alcan 1881.
- ²⁰ — Das Gedächtnis und seine Störungen. Hamburg u. Leipzig: Voss 1882.
- ²¹ SCHEID, W.: Die psychischen Störungen bei Infektions- und Tropenkrankheiten. In: *Psychiatrie der Gegenwart. II. Klinische Psychiatrie*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- ²² SCHNEIDER, KURT: Klinische Gedanken über die Sinngesetzlichkeit. *Msch. Psychiat. Neurol.* **125**, 666–670 (1953).
- ²³ — *Klinische Psychopathologie*, 6. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1962.
- ²⁴ WEITBRECHT, H. J.: Zur Frage der Demenz. In: *Psychopathologie heute*. Stuttgart: G. Thieme 1962.
- ²⁵ — Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- ^{26*} WIECK, H. H.: Zur Psychologie und Psychopathologie der Erinnerungen. Stuttgart: G. Thieme 1955.
- ²⁷ — Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen. *Dtsch. med. Wschr.* **81**, 1345–1349 (1956).
- ^{28*} — Zur allgemeinen Psychopathologie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **25**, 2–40 (1957).
- ²⁹ — Zur Psychopathologie des traumatischen Hirnschadens. *Dtsch. med. Wschr.* **87**, 1140–1143 (1962).
- ^{30*} —, u. K. STÄCKER: Zur Dynamik des „amnestischen“ Durchgangs-Syndroms. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **205**, 479–512 (1964).
- ³¹ ZEH, W.: *Die Amnesien*. Stuttgart: G. Thieme 1961.

Prof. Dr. H. H. WIECK,
 Neuropsychiatrische Forschungsabteilung in der Universitäts-Nervenklinik Köln,
 KLAUS PHILIPPS,
 Remscheid-Lüttringhausen, Remscheider Straße 75

* Hier ausführliche Literaturverzeichnisse.