

## Zum Erlebnis der Vergeßlichkeit in schizophrenen Psychosen

J. GLATZEL

Neuro-Psychiatrische Klinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
(Direktor: Prof. Dr. U. H. Peters)

Eingegangen am 23. April 1971

### The Conscious Experience of Forgetfulness in Schizophrenic Psychoses

*Summary.* In two typical cases we studied the experience of forgetfulness, which is reported especially by younger schizophrenic patients. It may be described as a disturbance of "perspectivity", i.e. a special type of thought disorder.

*Key-Words:* Thought Disorder — Forgetfulness — Schizophrenia.

*Zusammenfassung.* Anhand zweier beispielhafter Krankheitsgeschichten wird die Klage über Vergeßlichkeit, die gerade von jungen Schizophrenen vielfach gehört wird, untersucht. Es zeigt sich, daß sie sich als eine Störung der Perspektivität darstellen läßt, indem die einzelnen, im Denken vergegenwärtigten Sachverhalte ihren Aspektcharakter verlieren.

*Schlüsselwörter:* Denkstörung — Vergeßlichkeit — Schizophrenie.

Die Beschäftigung mit der Psychopathologie endogener Psychosen offenbart immer wieder das Ungenügen aller Versuche einer angemessenen Deskription, eine Einsicht, die es in den Augen mancher nahezulegen scheint, gänzlich auf alle entsprechenden Bemühungen zu verzichten. Trotzdem und trotz der Fülle gedankenreicher Analysen psychopathologischer Tatbestände regt doch fast jede Äußerung des Geisteskranken dazu an, nach ihrer semantischen Beziehung zu fragen, ein vielleicht brotloses Unterfangen, aber doch ein recht abenteuerliches Unternehmen, in dem viel von dem faszinierenden Reiz klinischer Psychopathologie liegt.

Im Gespräch mit Schizophrenen, sowohl während früher als auch während später Verlaufsabschnitte, begegnet immer wieder einmal die Klage über „Vergeßlichkeit“. Die Kranken berichten etwa, sie vergäßen wichtige Ereignisse des Tages, Zusammenhänge, deren Kenntnis als Voraussetzung für die Erfüllung beruflicher Aufgaben von Bedeutung sei oder Teile eines gerade gelesenen Textes. Jene Vergeßlichkeit wird als außerordentlich quälend erlebt und vermittelt nicht wenigen Patienten die Überzeugung, „geisteskrank“ zu sein. In der Tat bedeutet sie

auch eine Beeinträchtigung, die schwerer wiegt als manche sehr viel aufdringlichere Störung des gesamtseelischen Gefüges.

Charakteristisch sind etwa Formulierungen, wie wir sie von dem Kranken Dieter Sch. erhielten.

Dieter Sch., geb. 12. 3. 1940, berichtete bei der 1. Aufnahme 1964: Es sei ihm in der letzten Zeit schwergefallen, in der Schule beim Unterricht zu folgen. Er müsse beständig anderes denken. Er habe nämlich in der Bibel vom Weltuntergang gelesen und seither müsse er ständig darüber nachsinnen. Er glaube, daß der Weltuntergang bald bevorstehe, bedenke man die Weltlage, die Atombomben und die ständigen politischen Auseinandersetzungen, so müsse es ja zur Katastrophe kommen. Er habe jedenfalls ein unheimliches Gefühl und schreckliche Angst. Überhaupt erscheine ihm die Welt unheimlich verändert. Wenn er über die Straße gehe, habe er das Gefühl, es sei jemand hinter ihm her, gesehen habe er noch niemanden. Er fühle sich dauernd gehetzt, die Leute sprächen über ihn, zögen über ihn her und hielten ihn für politisch unzuverlässig. Das rühre vielleicht daher, daß sein Lehrer ihn einen politischen Versager genannt habe, weil er im Sozialkundeunterricht nichts gewußt habe. Woher man aber solche Dinge über ihn wisse, könne er sich nicht erklären. Abends im Bett habe er des öfteren Stimmen vernommen, die sich abfällig über ihn äußerten und über seine intimsten Dinge Bescheid wüßten. Die Stimmen seien von draußen gekommen, gekannt habe er sie nicht. Er habe auch schon bemerkt, daß im Fernsehen in Anspielungen über ihn geredet worden sei. Dabei sei es wiederum um seine politische Haltung gegangen.

Nach guter Remission kam er im Februar 1971 erneut zur Aufnahme. Die begleitenden Angehörigen erzählten, Dieter Sch. sei in den zurückliegenden Wochen und Monaten durch eine eigentümliche und „verschroben“ anmutende Ordentlichkeit und Gründlichkeit, sowie einen Hang zum „Systematisieren“ aufgefallen. So habe er beispielsweise an jedem Morgen auf vielen einzelnen Zetteln die geplanten Vorhaben des Tages vermerkt — durchaus auch Banalitäten bis hin zum Stuhlgang — habe gelegentlich auch nur Tageszeiten notiert. Er habe begonnen, seine Bücher zu katalogisieren, den Inhalt seines Schreibtisches in eine Liste einzutragen und man habe ihn eigentlich den ganzen Tag mit einem Notizbuch angetroffen.

Unmittelbarer Aufnahmegrund war aber ein Suicidversuch. Dieter Sch. berichtete, zur Tatzeit sei er fest entschlossen gewesen, auf diese Weise aus dem Leben zu scheiden. Er habe ein Pflanzenschutzmittel eingenommen, das er zu diesem Zweck viele Wochen zuvor eingekauft habe. Der feste Entschluß habe damals zwar noch nicht bestanden, er habe jedoch schon immer mit der Möglichkeit gespielt. Er habe das Pflanzenschutzmittel für den Fall gekauft, daß irgendwann einmal etwas Schreckliches geschehe. „Wenn eine ausweglose Lage kommt, ich will dann selber das Ende bestimmen“. Der eigentliche Grund für den jetzigen Suicidversuch sei jedoch, daß er so vergeblich geworden sei. Das sei allerdings nur manchmal zu bemerken, nicht in jeder Situation. Der Patient berichtet dann von einem Telefongespräch, das dem Suicidversuch unmittelbar voranging. Es handelte sich um Fragen, die eine Baustelle betrafen, an der seine Firma mit mehreren Aufträgen beteiligt war. Der Bau stand unter Termindruck. In dem Telefongespräch war davon die Rede, daß ein Lastkraftwagen mit Baumaterial aus irgendwelchen Gründen nicht rechtzeitig am Zielort eingetroffen sei. Eine Reihe damit zusammenhängender Ereignisse wurde geschildert, man erwartete eine Stellungnahme. Dem Kranken waren nach Ende des Gespräches alle Einzelheiten erinnerlich, der Name des Kraftfahrers, der Zielort, die Ladung, der Bauherr usw. Trotzdem wußte er mit dem ganzen Gespräch nichts anzufangen, konnte auf Befragen lediglich die gehörten

Einzelheiten mitteilen. Er war unfähig, eine Konsequenz aus diesen Daten zu ziehen und aufgrund des Gehörten zu einer Entscheidung zu kommen. „Ich wußte mit all dem nichts anzufangen.“

Zweifellos handelt es sich bei der Krankheit des Dieter Sch., um eine Psychose der Schizophreniegruppe. Nach dem ersten Schub ist es augenscheinlich zu einer recht guten Remission gekommen, die dem Patienten immerhin die Wiederaufnahme der Arbeit ermöglicht hat. Auch die jetzige Erkrankung, die die erneute stationäre Behandlung erforderlich werden ließ, wird man kaum als eine erneute Exacerbation der Psychose bezeichnen können. Gerade bei jugendlichen Kranken kennen wir jene vielfältige Intervallsymptomatik, die man immer wieder vergeblich auf einen Nenner zu bringen gesucht hat. So dominieren einmal Affektschwankungen — meist in Richtung des Dysthym-Morosen —, ein andermal Leibgefühlsstörungen unterschiedlichen Typs, dann Denkstörungen, dann Entfremdungen usw. Bisweilen kommt es zu einer plötzlichen Verdichtung und Intensivierung der Symptomatik, die für den Außenstehenden überraschend in einer abrupt hereinbrechenden depressiven Verstimmung in den Suicid einmünden kann.

Von den Angehörigen Dieter Schs. hören wir von seiner in den letzten Wochen deutlich gewordenen Neigung zum „Systematisieren“ und zur Gründlichkeit. Wir erkennen darin einen Aspekt psychotischen Gestörtseins, der in der Klinik sicherlich nicht genügend beachtet wird, obwohl er von vielen Kranken bei geduldiger Exploration zumindest in Andeutungen zu erfragen ist. Typisch ist etwa die Angabe, der Patient notiere alle Ereignisse des Tages, führe Buch über die Bemerkungen der Familienangehörigen. Von einem anderen Kranken erfuhren wir, daß er seit Wochen genau die Bewegungen der Außentemperaturen über den Tag verfolgte, von einem weiteren, daß er die Seitenzahlen aller Bücher, deren er habhaft werden konnte, sorgfältig registrierte. Die Darstellung jenes „Systematisierens“ bei Schizophrenen steht noch aus, zweifellos aber klingt hier einmal der erlebte Verlust der Übersicht und ganzheitlichen Zusammenschau der Wahrnehmungsgegenstände an, gleichzeitig aber auch jene hintergründige Angst des Schizophrenen, aus dem gemeinsamen raum-zeitlichen Koordinatensystem herauszufallen und den Bezug zur Welt der anderen zu verlieren. Wie das Erlöschen dieser Angst in späteren Stadien der Psychose jenes „Systematisieren“ etwa zur leeren Zahlenspielerei oder ziellosen Sammelwut gerinnen lassen kann, rührt an zentrale Fragen des Schizophrenieproblems.

Enge Beziehungen aber bestehen zu der Klage über Vergeßlichkeit. Der Untersucher wird die entsprechenden Angaben des Dieter Sch. am ehesten zu den schizophrenen Minussymptomen zählen und vielleicht — unter Berücksichtigung des übrigen syndromalen Kontextes — von

einem postpsychotischen Defizienzsyndrom oder einem blanden Residualsyndrom sprechen. In der Darstellung des Befundes werden die Klagen dann im einzelnen entweder gar nicht oder als „Vergeßlichkeit“ erscheinen. Wohl kein Psychiater aber wird von „mnestischen Einbußen“ sprechen, obwohl dieser gängige Terminus sich anzubieten scheint. Die Scheu, sich seiner in diesem Zusammenhang zu bedienen, hat ihren guten Grund. Sie macht deutlich, daß der erfahrene Kliniker spürt, daß er es hier mit etwas anderem zu tun hat als etwa bei der „Gedächtnisschwäche“ auf dem Boden einer organischen Hirnaffektion.

Befragt man den erwähnten Kranken genauer mit dem Ziele, eine möglichst detaillierte Schilderung der erlebten Einbuße zu erhalten, so ist man zunächst überrascht, wieviel tatsächlich erinnert wird und welche offensichtlich belanglosen Einzelheiten bei dringendem Nachfragen wiedergegeben werden können. Der Patient weiß den Gesprächsteilnehmer zu nennen, weiß zu berichten, daß sich die Unterhaltung um eine Baustelle an der X-Straße drehte, daß hier Beanstandungen vom Auftraggeber geäußert worden waren und manches andere. Betrachtet man die Vielzahl der Informationen, die von dem Patienten schließlich doch zu erhalten sind, so ist man versucht zu fragen, wo eigentlich sich jene Vergeßlichkeit manifestiere, durch die er sich beeinträchtigt sieht. Der Kranke antwortet auf einen entsprechenden Einwand: „Ich weiß doch nicht mehr, worum es ging“. Damit ist nun augenscheinlich nicht gemeint, daß er den eigentlichen Gegenstand der Besprechung vergessen hat, er berichtet von der Baustelle, kann deren Lage genau angeben, nennt den Gesprächspartner und weiß, daß es um eine Beanstandung ging. Was er nicht berichten kann ist, welcher Art die Beanstandung war, welche Bedeutung ihr für das gesamte Bauvorhaben des Betriebes zukommt, welche besonderen Konsequenzen sich aus dieser Mitteilung für die Situation des ganzen Betriebes ergeben. Der Kranke weiß offenbar mit der erhaltenen Information nichts anzufangen. An dieser Stelle ließe sich kritisch einwenden, es handele sich danach offenbar nicht um eine Vergeßlichkeit, sondern um einen Verlust an Übersicht und Zusammenschau unterschiedlicher Sachverhalte unter einem einigenden Leitgedanken. Eine derartige verminderte Physiognomierung des Bewußtseinsfeldes kennen wir gerade bei jungen initialen Schizophrenien. Sie verbirgt sich vielfach in der Klage über Konzentrationsstörungen, wie wir in einer früheren Untersuchung zu zeigen versuchten (Glatzel). Der Kranke aber spricht von Vergeßlichkeit und man tut gut daran, sich um ein Verständnis dieser Klage zu bemühen, statt allzu rasch zu konstatieren, er meine „eigentlich“ etwas anderes, sich damit der Mühe der Analyse des Gegebenen entziehend.

Prüft man, was der Patient behalten und was er vergessen hat, so kann er fast alle verbalen Mitteilungen reproduzieren, weiß aber nicht

mehr, was damit gemeint war. Das heißt, daß zwar der externe verbale Kontext erhalten, der interne verbale Kontext jedoch verlorengegangen ist. Externer verbaler Kontext meint dabei die Vielzahl der Einzelaussagen in ihrer Verbindung miteinander, interner verbaler Kontext den umgebenden Hof von Bedeutungen, die durch Einzelaussagen angesprochen sind und auf die diese verweisen. Bleiben wir bei unserem Kranken. Er hat die telefonische Mitteilung erhalten, daß der Lastwagen des Holzlieferanten nicht zum vorgesehenen Zeitpunkt auf der Baustelle eingetroffen ist. Die einzelnen Daten, die zu dieser Information zusammen treten, erinnert er, und er kann auch die gesamte Information wiedergeben. Was er „nicht mehr weiß“ ist, was die Mitteilung bedeutet, etwa für den Gesamtzusammenhang, in dem jene Baustelle nur einen Teil ausmacht. Die Information sagt ihm nichts, er weiß nichts mit ihr anzufangen. Wenn der Kranke also von Vergeßlichkeit spricht, so meint er damit nicht, etwas Erfahrenes sei ihm entfallen, das Erfahrene bleibt für ihn vielmehr beziehungslos, bleibt isoliert ohne einen seine eigentliche Bedeutung erschließenden Kontext.

Das Wesentliche dieser, wie wir meinen, sehr zentralen Störung, ist genauer darzustellen. Allem Erfahrenen — sei es optisch wahrgenommen, akustisch vernommen oder auch leiblich gefühlt — kommt stets Aspektcharakter zu. Damit ist gemeint, daß es immer auf etwas — noch — nicht Wahrgenommenes, Vernommenes oder Gefühltes verweist. Es ist Teil eines Ganzen und auf dieses bezogen. Erst durch diese Bezogenheit gewinnt es einen Sinn und eine Bedeutung. Die Tatsache, daß ein Lastkraftwagen eine Baustelle nicht erreicht hat, besitzt als eine isolierte Information Aspektcharakter. Sie verweist auf einen sinngebenden Zusammenhang — das Bauvorhaben und dessen Rolle in der umfassenden geschäftlichen Disposition — als ein Ganzes, das wiederum Aspektcharakter besitzt, etwa aus der Sicht der zuständigen Städteplanung. Das jeweilige Ganze, auf das das Wahrnehmbare als Aspekt verweisend bezogen ist, ist nicht unmittelbar gegeben — im vorliegenden Beispiel nicht mitgeteilt — es steht jedoch mit diesem in einem „Gestaltzusammenhang funktionaler Interdependenz“. Alles Erfahrene besitzt in diesem Sinne Gliedcharakter und verweist auf einen nicht unmittelbar gegebenen Zusammenhang. Jenes Mitgegebene erst gibt dem Erfahrenen einen Sinn, schafft die Voraussetzungen dafür, mit der Information „etwas anzufangen“.

An dieser Stelle muß auf einige Gedanken Sexauers eingegangen werden, die die Beziehung zwischen Emotionalität und Denkstörung betreffen. Das gegenständliche Erleben, so sagt Sexauer, ist von Emotionalem sphärenartig umrankt und umgeben. Zum Verständnis seiner Ausführungen ist es wichtig zu wissen, daß sich Sexauer der Gefühlstheorie Kruegers bedient — „diese einzige fruchtbare Gefühlstheorie

der letzten Jahre“ — unseres Wissens übrigens der erste Versuch, die Gedanken Kruegers auch in die Behandlung psychopathologischer Probleme einzuführen. In der für den Schizophrenen so kennzeichnenden allgemeinen Mattigkeit der Affektäußerungen bei oft qualitativ uneingeschränktem Reichtum sieht Sexauer auch das Denken nicht mehr bezogen auf den emotionalen Hintergrund „bewußtseinserfüllender Breite“ (Krueger). Das Denken gewinne dadurch den Stilearakter der Hintergrundlosigkeit. Die Rede von der Hintergrundlosigkeit des Denkens faßt Sexauer schärfer, indem er sagt, Hintergrundlosigkeit des Denkens meine, daß der formulierte Gedanke nicht über sich hinaus auf ein komplexes Erlebnis hindeute, dessen Exponent er sei. Daraus resultiere ein Verlust des Überblicks, eine mangelnde Spannweite und ein Zerfall in Details. Sexauer gewinnt hier Anschluß an die Überlegungen Beringers, die er insofern weiterführt, als er die Grundlage dieses pathologischen Denkstils in einer emotionalen Veränderung sieht. Wir haben in einer früheren Untersuchung gezeigt, daß die Gedanken Sexauers viel zum Verständnis der Denkstörung bei Cyclothymien beitragen können (Glatzel) und möchten unter Bezug auf das oben Angedeutete hinzufügen, daß jenes „Systematisieren“ des jungen Schizophrenen vermutlich zu einem guten Teil dem Erlebnis der Hintergrundlosigkeit — und zwar nicht nur des Denkens, sondern des Details schlechthin — erwächst.

Um das Erlebnis der Vergeßlichkeit bei manchen Schizophrenen verstehen zu können, müssen diese Überlegungen jedoch weitergeführt werden. Ohne sich ausdrücklich auf Sexauer zu beziehen, hat Kühn in einer interessanten und viel zu wenig beachteten Arbeit die „Störungen des Sympathiefühlens bei Schizophrenen“ untersucht. Es ging ihm darum, die Bedeutung des Emotionalen beim Schizophrenen für den Bezug zur Umwelt darzustellen. Er benutzte dabei den Begriff des Gefühls auch etwa im Sinne von Krueger und bemühte sich zu zeigen, daß zwischen „Denkfunktionen“ und „intentionalen Fühlensfunktionen“ ein Abhängigkeitsverhältnis besteht. Die emotionale Störung bedinge eine intentionale Schwäche im Sinne einer Verkleinerung der Denkperspektive, einer Unfähigkeit zur Denkübersicht über einen komplexen Sachverhalt. Kühn spricht von einem Defekt der emotional-kognitiven Funktionen. Beide, Kühn und Sexauer, beschreiben in der Darstellung des schizophrenen Denkstils einen Gestaltzerfall und Zucker meint augenscheinlich dasselbe, wenn er von einer „Störung der Materialtendenz“ spricht. Die Untersuchungen aller 3 Autoren behandeln damit zweifellos einen besonders wichtigen Aspekt gestörten Denkens vor allem bei blanden, phänomenal wenig eindrucksvollen schizophrenen Zustandsbildern. Nach unseren eigenen Erfahrungen wird die von ihnen intendierte subjektive, sich im Formalen nicht manifestierende Denkstörung von den Kranken meist als Konzentrationsstörung beschrieben.

Wenn Sexauer von der Hintergrundlosigkeit des Denkens spricht — ein Begriff, der überraschenderweise in der zeitgenössischen struktural-psycho-pathologischen Literatur offenbar nicht begegnet —, so ist damit ein Zerfall der Denkfigur als Gestalt, d. h. als in sich gegliederte Ganzheitlichkeit in eine Und-Verbindung beziehungslos nebeneinanderstehender Stücke im Sinne von Metzger gemeint. Die Hintergrundlosigkeit des Denkens korrespondiert mit einer verminderten Physiognomierung des Bewußtseinsfeldes, wie wir es bei den Konzentrationsstörungen mancher blander psychotischer Syndrome darstellen konnten. Vom Kranken wird sie erlebt als ein Verlust der Übersicht und als Unfähigkeit, einen gegebenen komplexen Sachverhalt zu erfassen.

Vergeßlichkeit aber meint mehr. Hier gelingt es nicht, Erfahrenes zu reproduzieren, indem das Gegebene nicht mehr als für das zu Vergewärtigende stehend erlebt wird. Wir wiesen oben darauf hin, daß alles Erfahrene Aspektcharakter besitzt, indem es auf ein übergreifendes Ganzes verweist, dessen Glied es ist. Das Quälende für den Kranken ist, daß er von einem solchen Zusammenhang durchaus weiß, daß er weiß, daß das Wahrgenommene nur dadurch einen Sinn erhält, daß es auf einen Spielraum von zugehörigem Wahrnehmbarem verweist. Er ist aber unfähig, diesen Gestaltzusammenhang nachzuvollziehen. Am Beispiel unseres Patienten: Er weiß, daß durch die Mitteilung, die Lastwagen usw. betreffend, noch ein Mehr an Information gegeben ist, er weiß, daß diese Mitteilung für „etwas anders“, einen größeren Zusammenhang Meinendes und damit Bedeutsameres steht, aber eben dieses umgreifende „Etwas“ gewinnt für ihn nicht Gestalt. Da auch das Ganze, auf das die Einzelaspekte des Erfahrenen verwiesen sein müssen, um einen „Sinn“ zu erhalten, wiederum Gliedcharakter besitzt, weil also die Struktur des Ganzen durch die Verweisungen seiner Glieder auf ein Anderes als sie selbst bestimmt wird, deswegen ist dieses Ganzes perspektivisch im Sinne von Graumann („perspektivisch heißt in Abschattung gegeben sein“).

Was von Dieter Sch. als Vergeßlichkeit erlebt wird, läßt sich demnach als eine Störung der Perspektivität beschreiben. Dieter Sch. konnte trotz seiner Krankheit seiner Tätigkeit weiter nachgehen, wenn seine Arbeit auch zu wünschen übrig ließ. Immerhin blieb er in der Lage, Nachrichten zu übermitteln, auch wenn er gezwungen war, seinen Mitarbeitern eine Fülle von Einzelheiten mitzuteilen, aus denen das „Eigentliche“ zu erschließen diesen überlassen blieb. Es ist kennzeichnend und unmittelbarer Ausdruck des krankheitsbedingten besonderen Denkstils, wenn die Kollegen während dieser Zeit Dieters lästige Weiterschweifigkeit und Umständlichkeit kritisieren. Nicht, daß der Kranke unfähig wäre, Wesentliches von Unwesentlichem zu scheiden, er ist unfähig, das Wesentliche zu vergewärtigen. Und gerade weil er als

das Wesentliche ein perspektivisches Ganzes erkennt, dessen Erschließung nicht gelingt, weil der Verweisungscharakter der Einzelaspekte zwar gewußt, aber nicht im Denken realisiert werden kann, eben deshalb leidet er und unternimmt schließlich einen Suicidversuch.

Diese Störung kann aber noch weiter reichen, sie kann zu einer noch weitergehenden Einengung führen. Geht man davon aus, daß eine ganze Hierarchie von übergreifenden Ganzen zu denken ist, die unter sich in einem Gestaltzusammenhang funktionaler Interdependenz stehen, so wird eine Störung der Perspektivität dann besonders deutlich sein, wenn bereits wenig komplexe Ganze über den Verweisungszusammenhang nicht mehr erschlossen werden können. Die Störung der Perspektivität bedeutet immer eine Minderung der Fähigkeit, eine Situation zu verstehen und diese Verständnislosigkeit wird dann besonders krasse Formen annehmen müssen, wenn überhaupt nur noch das unmittelbar Wahrnehmbare erfahren wird und dieses seinen Charakter als Aspekt eines Verweisungszusammenhanges gänzlich einbüßt.

Die zweifellos sehr zentrale Störung der Perspektivität kann dann weit beunruhigendere und für den Betrachter sehr viel eindrucksvollere Formen annehmen.

Wir denken dabei an ein abnormes Erlebnis, das in verdünnter und gleichsam maskierter Form sicherlich bisweilen gesehen wird, so aufdringlich und bildbestimmend wie bei dem Kranken Burkard K. aber wohl nur selten.

Burkard K., geb. 28. 3. 1941, erste Aufnahme 1961. Der Pat. berichtete damals u. a.: Beim Bundesgrenzschutz sei ihm ein Kamerad aufgefallen, der ihn mit seinem Blick hypnotisiert habe. Er habe ihn immer so merkwürdig angesehen. Er habe das Gefühl gewonnen, er stehe unter Hypnose. Vorübergehend habe er dieses Gefühl auch schon daheim gehabt. „Die Hypnose kommt von der gedanklichen Übertragung. Ich glaube schon, daß ich irgendwie beeinflußt wurde. Ich habe in meinem Inneren fremde Gedanken gehabt, oft in einer sehr quälenden Weise, die sagen: Du mußt dich wegschaffen. Die fremden Gedanken haben meine eigenen verdrängt. Ich konnte mich nicht wehren, denn fremde Gedanken haben auch meinen Willen gelähmt. Außerdem glaubte ich, daß die anderen ganz genau wissen, was ich denke. Meine Konzentration war schwach, schließlich habe ich nur noch einen Wunsch gehabt, mich selbst verhungern zu lassen. Ich war innerlich so unruhig und gehetzt.“ Mit seinem Gemüt habe irgend etwas nicht gestimmt, so habe er einmal zu seiner Mutter gesagt, er könne nicht verstehen, wie er überhaupt als Toter noch leben könne. Er habe nicht das Gefühl gehabt, daß sein Körper noch ihm gehöre. Er sei das Eigentum eines Anderen gewesen. Schließlich habe er sich unter Zwang und unter dem Gefühl der Hypnose vor eine Straßenbahn geworfen.

Nach guter Remission berichtete er im Anschluß an einen erneuten „Zusammenbruch“: Während eines Wettlaufes hätten sich merkwürdige Störungen eingestellt. „Dann war das mit dem Laufen. Ein richtiges Unsicherheitsgefühl. Ich mußte die Beine kontrollieren, bewußt Schritt für Schritt gehen, ein Unsicherheitsgefühl, als wenn man in ein Loch hereinfallen würde. Ich konnte nicht den Kopf beim Gehen heben, mußte immer den Gang kontrollieren. Ein eigentümliches Gefühl in den

Beinen, ein bißchen schwammig.“ Später sei es dann gewesen, als wenn er ein schlechtes Gehör bekomme. „Ich saß im Zugabteil, die Leute neben mir redeten. Sie haben sich unterhalten, ich habe das Geräusch und die Laute gehört, aber nichts verstanden, nicht verstanden, was sie sagten. In dem Moment war ich völlig irre, wie ein Kind, das auf die Welt kommt und einen Wasserkopf hat. Es war nicht ganz wie bei einer fremden Sprache, dann merkt man doch, wann einer absetzt, wann ein Wort aufhört und ein neues anfängt, aber ich habe nur Laute, nur Sprechen gehört. Vielleicht war das auch etwas leise, aber deutlich habe ich es gehört. Die Leute neben mir sprachen, es waren aber nur Laute, im Kopf war alles leer.“

Auch bei Burkhard K., der ebenso wie Dieter Sch. zweifellos an einer schizophrenen Psychose leidet, ist es nach dem ersten Schub zu einer guten Remission gekommen. Von der Intervallsymptomatik wissen wir wenig. Wir finden aber auch bei diesem Kranken Angaben, die zu der Gruppe abnormer Erlebnisweisen zählen, die wir oben sicher wenig glücklich mit dem Begriff des Systematisierens belegt haben. Er habe Schritt für Schritt kontrollieren, bewußt Schritt für Schritt gehen müssen — auch hier der Zerfall einer Ganzheitlichkeit in eine Und-Verbindung. In diesem Zusammenhang aber ist die Angabe Burkard Ks. wichtig, er habe während dieser Eisenbahnfahrt seine Mitreisenden plötzlich nicht mehr „verstanden“. Dabei meint diese Verständnislosigkeit sowohl den internen als auch den externen verbalen Kontext, ja auch die Gesamtheit der gehörten Laute verweist nicht mehr auf einen im resultierenden Wort chiffrierten Sinn. Hier handelt es sich offenkundig um eine besonders weitreichende Störung der Perspektivität, die Burkard K. jeder Möglichkeit zur verbalen Kommunikation beraubt.

Die beschriebene Form schizophrener Vergeßlichkeit als ein Denkstil, dessen wesentliches Element eine Störung der Perspektivität darstellt, findet sich bei vielen Kranken. In der Regel begegnet sie in relativ frühen Verlaufsabschnitten, da Voraussetzung für dieses Erlebnis ein gewisses Maß an Krankheitsgefühl und Selbstreflexion ist, ohne das naturgemäß keinerlei Form subjektiver Denkstörung möglich ist.

Die schizophrene Vergeßlichkeit gehört zu den abnormen Erlebnisweisen, die dem „Gefühl der Veränderung“, dem „gespürten Bedrohtsein“, wie es Mauz formuliert hat, zugrunde liegen. Jeder Psychiater weiß, wie gefährdet die Patienten gerade während dieses Stadiums der Krankheit sind.

### Literatur

- Beringer, K.: Beitrag zur Analyse schizophrener Denkstörungen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **93**, 55 (1924).  
— Denkstörungen und Sprache bei Schizophrenen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **103**, 185 (1926).  
Glatzel, J.: Denkstörungen bei endogenen juvenil-asthenischen Versagenszuständen. Nervenarzt **39**, 393 (1968).

- J. Glatzel: Denkstörungen und Gefühlsentfremdung bei der cyclothymen Depression. Arch. Psychiat. Nervenkr. **210**, 359 (1968).
- Graumann, C. F.: Grundlagen einer Phänomenologie und Psychologie der Perspektivität. Berlin: de Gruyter u. Co. 1960.
- Krueger, F.: Über das Gefühl. Darmstadt: Wiss. Buchges. (o. J.).
- Kühn, H.: Über Störungen des Sympathiefühlens bei Schizophrenen. Ein Beitrag zur Psychologie des schizophrenen Autismus und der Defektsymptome. Z. ges. Neurol. Psychiat. **174**, 418 (1942).
- Mauz, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme 1930.
- Metzger, W.: Psychologie. Darmstadt: Steinkopff 1968.
- Sexauer, H.: Emotionalität und Denkstörung in der Schizophrenie, ein psychopathologisches Problem. Z. ges. Neurol. Psychiat. **156**, 742 (1936).
- Zucker, K.: Funktionsanalyse in der Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **110**, 465 (1939).

Prof. Dr. J. Glatzel  
Oberarzt der Neuro-Psychiatrischen  
Universitäts-Klinik Mainz  
BRD-6500 Mainz  
Deutschland