(Aus der kantonalen Irrenheilanstalt Breitenau-Schaffhausen
[Dir.: Dr. H. Bertschinger].)

Über Shockwirkung infolge Aspiration und psychischen Shock bei Katatonie.

Von
Dr. Emil Oberholzer,
Sekundärarzt.

(Eingegangen am 12. November 1913.)

Die 42jährige Katatonika S. mußte am Abend des 30. VII. sondiert werden, da ihr reduzierter Ernährungszustand und die immer vollständiger werdende Nahrungsverweigerung künstliche Nahrungszufuhr erforderlich machten. Die Kranke setzte der Maßnahme einen ganz außerordentlichen Widerstand entgegen, so daß die Einführung der Sonde nur mit größter Mühe gelang. Noch beim Zurückziehen derselben regurgitierte die Patientin eine größere Menge der Milch, wobei sie sich verschluckte und, bevor es verhindert werden konnte, einen Teil des Erbrochenen aspirierte.

Sofort setzte ein sehr bedrohlicher Zustand ein. Die Pat. sank zurück, brach mitten im Reden ab und bekam in kürzester Zeit ein livides, verfallenes Aussehen. Die Respiration wurde stertorös, verflacht und beschleunigt. Gesicht und Extremitäten fühlten sich kalt an. Die Körpertemperatur sank unter 36. Auf einige Campherinjektionen erholte sich die Pat. nach einer halben Stunde. Eine eingehendere Untersuchung war wegen der psychomotorischen Unruhe, die sich der Kranken bemächtigt hatte, nicht gut möglich. Eine flüchtige Auskultation und Perkussion ergab außer vereinzelten Rhonchi keinen pathologischen Befund.

Pat. blieb die ganze Zeit über vollständig klar. Die leichte psychomotorische Unruhe, während der sie stöhnte und jammerte, man habe ihr die Lungen voll Milch geschüttet, man habe sie getötet, sie müsse sterben, ging bald vorüber. Gleichzeitig klagte Pat. über Schmerzen in der rechten Seite (sie bezeichnete die rechte hintere Lungenpartie) und über Lufthunger: sie müsse ersticken, sie bekomme keine Luft, die Sonde sei in der Lunge gewesen. Die anfängliche livide Verfärbung der Haut war zu dieser Zeit bereits verschwunden. Zahlreiche leere Hustenstöße wechselten mit einigen stärkeren Hustenanfällen, wobei Pat. etwas von der Flüssigkeit expectorierte. Die rechte Thoraxseite blieb bei der Atmung zurück.

Der Puls behielt auch in den folgenden Stunden seine hohe Frequenz und Kleinheit, die Respiration war anhaltend stark beschleunigt (50—60 Atemzüge in der Minute). Einigemal verschlechterte sich die Hertzätigkeit noch mehr. Der Puls stieg bis auf 160 oder war überhaupt nicht mehr zu zählen. Der verfallene Gesichtsausdruck kehrte zurück und an Stelle der Blässe und Kühle der Haut trat leichte Cyanose und eisige Kälte von Gesicht, Händen und Füßen. Wahrscheinlich hat sich die Hertzätigkeit viel häufiger intermittierend verschlechtert, als es bemerkt worden war und stellten jene collapsartigen Anfälle nur besonders auffällige Verschlimmerungen dar. Auf wiederholte Campherinjektionen trat jedesmal wieder Besserung ein.

Vier Stunden nach der Aspiration war der Befund kaum verändert: Puls 120 bis 140 und leicht zu unterdrücken, jetzt aber regelmäßig, 60 Atemzüge in der Minute, rechts flachere Respiration. Keine Cyanose, noch etwas blasses, sonst aber normales Aussehen. Allmähliche Erwärmung durch Wärmeflaschen. Pupillendifferenz, die früher nicht vorhanden war: rechte Pupille erheblich weiter. Lichtreaktion +.

Bis zum Morgen besserte sich der Zustand noch mehr. Nachts hatte die Pat. in warmem Brustwickel und auf eine kleine Morphiungabe fast kontinuierlich ruhig geschlafen. Im Laufe des Vormittags war die Respiration zur Norm zurückgekehrt. Das rechtsseitige Nachschleppen und die Pupillendifferenz war verschwunden, dagegen zeigte der Puls noch eine leichte Beschleunigung. Körpertemperatur normal.

Der bei unserer Kranken sofort nach der Aspiration einer kleinen Flüssigkeitsmenge aufgetretene Symptomenkomplex deckt sich in allen wesentlichen Teilerscheinungen mit der Wirkung des sog. Shock, für den das plötzliche und unmittelbare Einsetzen nach dem veranlassenden Reiz und das ebenso schnelle Verschwinden der Symptome nach dessen Aufhören (wenn nicht tödlicher Ausgang eintritt) das charakteristische ist. Über das Zustandekommen des Shock sind die Meinungen auch heute noch geteilt. Nach den einen beruht sein Wesen in einer durch Quetschung resp. Erschütterung sensibler Nerven hervorgerufenen reflektorischen Lähmung des vasomotorischen Zentrums, nach anderen ist der Shock die Folge einer primären reflektorischen peripheren Gefäßlähmung mit sekundärer Herabsetzung des Blutdruckes im Gehirn, insbesondere im verlängerten Mark. Die Veranlassungen, welche von jenen Erscheinungen (Herabsetzung der Körpertemperatur, Blässe und Kühle der Haut, kleiner und frequenter Puls, Alteration der Atmung, verfallenes Aussehen), in akuter Weise gefolgt sein können, sind bekanntlich äußerst verschiedenartig und mannigfaltige (elektrische Schläge, Blitzschlag, psychische Traumen, operative Eingriffe, Verletzungen u. a. m.). Allbekannt ist der Goltzsche Klopfversuch, bei dem durch wiederholtes Klopfen auf den Bauch eines Frosches ein Kollapszustand entsteht, der durch Herzlähmung tödlich werden kann. An ihm und den ganz analog beim Menschen beobachteten Shockerscheinungen nach Kontusionen des Abdomens (Stoß in die Magengegend usw.), sowie an den experimentellen auch auf die Pleura ausgedehnten Untersuchungen Höbers¹⁾ vermittelt Injektionen reizender Stoffe in die Peritoneal- und Pleurahöhle, wo die Verminderung oder Lähmung des Gefäßtonus mit der konsekutiven Blutdrucksenkung und dem Temperaturabfall (letzterer durch vermehrte Wärmeabgabe infolge der Stagnation des Blutes vor allem in den Venen der abhängigen Teile, normalerweise des Abdomens) durch die mechanische oder chemische Reizung der

¹⁾ Über experimentellen Shock durch Reizung der serösen Häute. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol. 1897, S. 241.

serösen Häute und der Intestina hervorgerufen wird, vermögen wir unsere eigene, durch den Angriffsort des Reizes ungewöhnliche Beobachtung unschwer zu orientieren.

An Stelle der Intestina und des Peritoneums tritt hier die Reizung der Luftwege und des Lungenparenchyms, sowie der Pleura, indem die aspirierte Flüssigkeitsmenge der Schwere nach bis in die tiefsten Teile der Lunge, also bis an die Peripherie gelangte. Die Reizung mußte um so intensiver ausfallen, als die gereizte Fläche zufolge der in den Luftwegen stattgehabten Verteilung der Flüssigkeitsmenge in toto eine recht große gewesen war, eine Annahme, die wir unbedenklich machen dürfen¹⁾. Die Beteiligung der Pleura ergibt sich aus den in der Zwerchfellsgegend lokalisierten Schmerzen (analog den Seitenstechen des Pleuritikers), die wegen der Erschwerung tiefer Inspirationen zu einem mäßigen Grad von Dyspnoe und dem respiratorischen Nachschleppen der betreffenden Seite führten. Auf die pleuritische Reizung ist ferner die Pupillendifferenz (Erweiterung der rechten Pupille) zu beziehen, die bis zum folgenden Mittag mit Rückkehr normaler Verhältnisse wieder verschwand²⁾. Endlich sind wie beim Goltzschen Klopffversuch auch bei Reizung der Luftwege und der Pleura diejenigen Bedingungen gegeben, die noch dem Hemmungsnervensystem des Herzens beim Shock eine Rolle zu spielen erlauben, indem in beiden Fällen durch den Insult die Endäste des Vagus selbst direkt getroffen werden. Eine Pulsverlangsamung ist aber bei der Patientin nicht beobachtet worden³⁾.

Nachdem der Großteil der Erscheinungen sich zwanglos auf die vasomotorische Reflexlähmung hat zurückführen lassen, bleibt ein kleiner Teil, der in ursächlicher Beziehung jener nicht zugeschrieben werden kann. Der Grad der durch die Pleurareizung verursachten Kurz-

¹⁾ Bei Bauchverletzungen (Kontusionen) treten nach Seliger, Über den Shock, namentlich nach Kontusionen des Bauches, Prager med. Wochenschr. 1900, bei gleicher Erschütterung um so eher lokale und allgemeine Shockwirkungen auf, je breiter die getroffene Fläche und je gespannter das Gewebe ist.

²⁾ Außer bei Phthise, wo die Pupillendifferenz (fast ausschließlich Erweiterung auf der kranken Seite) auf einer Reizung des Hals sympathicus beruht (v. Muralt u. a.), wurde dieselbe meines Wissens auch bei Pneumonie und Pleuritis beobachtet und der Versuch gemacht, sie zur Lokalisation des Prozesses zu verwenden. Aber auch vom Peritoneum aus scheint Anisokorie ausgelöst zu werden. Sie wurde bei Typhus und Tuberkulose, wo sie auf eine Mitbeteiligung des Wurmfortsatzes bezogen wurde, sowie bei Appendicitis selbst konstatiert und zur Erklärung eine Reizung sensibler Nerven vom mitaffizierten Bauchfell aus angenommen (Jeziński, Hensen). — Die Nervenversorgung der Lungen entstammt bekanntlich dem aus Vagus- und Sympathicusfasern gemischten Plexus pulmonalis.

³⁾ Bezüglich seiner experimentellen Befunde vermittelt Injektionen in die Pleurahöhle, wobei sich Blutdruck- und Temperaturveränderungen nicht annähernd mit solcher Regelmäßigkeit und Deutlichkeit wie bei den Peritonealreizungen erreichen ließen, denkt Hoeber noch an eine unmittelbare Beeinträchtigung der Herz- und Thoraxaktion durch die Flüssigkeitsmenge als solche (S. 261 und 267).

atmigkeit war keineswegs derart, daß sie an sich die bedeutende Atemfrequenz erklärt hätte, und es bestand auch keine der vorhandenen und eine Zeitlang recht bedrohlich sich ausnehmenden Dyspnöe kongruente Cyanose. Der Lufthunger war vielmehr an erster Stelle psychisch bedingt und die Atmung namentlich in ihrer psychischen Komponente geschädigt. Vereinzelte Äußerungen der Kranken (sie sei noch nicht tot, man solle sie nicht lebendig begraben) entbehren gewiß nicht der schizophrenen Übertreibung und Verzerrung, entspringen aber einer wohl motivierten Angst um ihr Leben. Mußte doch auch das ärztliche Urteil — wenn auch später auf Grund anderer Überlegungen — die Prognose über den Ausgang des Vorfalles vorerst offen lassen und auch mit einer schlimmen Wendung rechnen. Die Angst malte sich denn auch deutlich in der mit Schreck und Entsetzen gemischten Mimik und dem Gebaren der Patientin. Durch diesen, der tatsächlich vorhandenen Gefährdung durchaus konformen und die Psyche der Kranken beherrschenden Gedankenzug (ersticken zu müssen) wurde nicht nur der Lufthunger und die hohe Atemfrequenz, sondern zumal die vorübergehende psychische Alteration verursacht. Soweit wir im damaligen psychischen Gesamtzustand Affektwirkungen vor uns haben, die selbst wieder mit größter Regelmäßigkeit und in hohem Grade von Veränderungen verschiedener körperlicher Funktionen, namentlich Schwankungen der Herztätigkeit und des Blutkreislaufes, sowie der Atmung begleitet sind, wie wir sie schon bei leichtesten derartigen Gemütsbewegungen nachweisen können, müssen wir ihnen einen nicht unbedeutenden Anteil am Zustandekommen der Shockerscheinungen zuerkennen. (Psychischer Shock).

Sehr bemerkenswert ist das Herausgehen der Kranken aus ihrem katatonischen Zustande während und eine Zeitlang nach der Shockwirkung. Es lohnt sich, auf diese Tatsache ausführlicher einzugehen, gehören doch ärztliche und lückenlose Beobachtungen solcher Vorkommnisse nicht zu den alltäglichen Erfahrungen. Sie reagierte ganz bedeutend normaler, als es seit ihrem Eintritt je geschehen war. Der früher steinerne, eigentümlich verbissene Gesichtsausdruck und die steife Mimik hatten der Situation vollständig adäquaten und normalen Affektäußerungen Platz gemacht. Die Kranke konnte ferner flüssig sprechen, während sie vordem, sobald sie dazu ansetzte, mitten im Wort oder mitten im Satz stecken blieb und verstummte. Auch äußerte sie, solange sie unter dem Einfluß der Shockwirkung stand, keine ihrer früheren Wahnideen und befolgte bereitwillig (leise Andeutungen von Negativismus waren zurückgeblieben) die getroffenen Anordnungen, während sie sonst fast allem widerstrebte und in üblen Manieren und unangenehmen Sonderbarkeiten Hervorragendes geleistet hatte. Leider ist es unmöglich, die Summe der Änderungen in Mimik, Ton der Stimme

und Motilität einzeln und überzeugend zu beschreiben. Es muß deshalb die Versicherung genügen, daß sich die Kranke während dieser Zeit kaum von einer Gesunden unterschied, im Gegensatz zu vor- und nachdem, als nach einem Besuch des Mannes das alte katatonische Verhalten zurückgekehrt war. Seitdem hat sich ihr Zustand weiter verschlimmert. Sie ist heute völlig unzugänglich, duldet keine Einwirkung, sitzt steif im Bett oder geht ruhelos herum, ist mutazistisch, oft gewalttätig, voller Wahnideen und häufig mit ihren Exkrementen beschäftigt. Alles Symptome, die schon vor dem obigen Ereignis, nur weniger stark ausgebildet, vorhanden waren.

Vorübergehende und definitive Besserungen und Remissionen im Anschluß an äußere Geschehnisse, welche auf die Kranken infolge psychischen Einflusses umstimmend wirken, bilden bei der Schizophrenie keine Seltenheit. Wie Riklin (Psych. Neurol. Wochenschr. 1905) für die Besserungen alter Katatonischer bei Versetzungen in neue Verhältnisse gezeigt hat, sind sie zumeist in hohem Maße von psychologischen Verknüpfungen abhängig und existiert deshalb keine Regelmäßigkeit in diesen Beziehungen, indem die äußeren Veränderungen je nachdem in dem einen Falle von einer Besserung gefolgt sind, in einem zweiten aber zu einer Verschlimmerung führen oder den ersten Krankheitsanfall überhaupt auslösen¹⁾. Vorkommnisse wie das von uns beobachtete dagegen müssen, wie im folgenden entwickelt werden soll, auf die Erscheinungen akuter Komplexwirkung zurückgeführt werden und sind vom Standpunkt unserer Anschauungen über die Psychopathologie des Schizophrenen ohne weitere Kenntnis der Tiefenpsychologie verständlich.

Der von Bleuler als Autismus bezeichnete Abschluß des Schizophrenen von der Außenwelt und das Überwiegen des von affektiven Bedürfnissen dirigierten Binnenlebens ist mit Leichtigkeit auch bei unserer Kranken nachzuweisen. Er hatte damals den größten Anteil an der hochgradigen Affektstörung, ihrer allgemeinen Gleichgültigkeit und Affektlosigkeit und war die Ursache der meisten Störungen ihres Wollens und Handelns (der Interesslosigkeit, der mangelnden Anpassung an die Umgebung, des stuporösen Verhaltens und des Negativismus). Sie reagierte deshalb auf ihre Umgebung und die für sie wichtigsten und intimsten Dinge entweder gar nicht oder doch nur mit angedeuteten

¹⁾ Eine versuchsweise Entlassung z. B. kann von einer Besserung begleitet sein, häufig genug bewirkt sie aber auch das Gegenteil oder es tritt schon eine Verschlimmerung ein, wenn die Entlassung nur in Aussicht steht. Vgl. dazu Bleuler, Frühe Entlassungen, Psychiatr. Neurolog. Wochenschr. 1905 und seine Monographie in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, Gruppe der Schizophrenen 1911, S. 372, auf deren Ausführungen für die folgenden Betrachtungen verwiesen sei.

Affekten oder überwiegend in feindlicher Weise, weil sie die Wirklichkeit abgespalten hatte oder die Erinnerung daran nur negative Affekte zu wecken vermochte, weil sie die Kranke in ihren autistischen Phantasien störte. Über den Inhalt derselben sind wir nur zum kleinsten Teil aus gelegentlichen abgerissenen Äußerungen und aus ihren Wahnideen orientiert. Was wir von ihnen wissen, ist um wenige Komplexe zentriert, unter denen eine unüberwindliche Abneigung gegen den Mann zurzeit im Vordergrund steht.

Es hat sich nicht nur vor Jahren der erste Krankheitsanfall aus einem nach der Verlobung aufgetretenen Angstzustand vor der Heirat herausentwickelt und sind heute Nachrichten vom Manne regelmäßig von Verschlimmerungen ihres Zustandes im Sinne der Ablehnung (Zunahme der Unzugänglichkeit bis zur ausgesprochen feindseligen Einstellung und aggressiven Handlungen gegen Ärzte und Wartpersonal, Mutazismus oder vermehrte Wahnproduktion u. a. m.), sondern es finden sich in der Symptomatologie selbst untrügliche derartige Hinweise. Die Kranke zeigte zu Hause eine unmotiviert, nur als Kompensationserscheinung verständliche Ängstlichkeit und Besorgnis um den Mann, griff ihm geheimnisvoll fortwährend an Puls und Stirn und äußerte Verdacht, er habe Hirnentzündung. Andere Wahnideen entspringen einem Schuldgefühl (Onaniekomplex — die Patientin hat typischen Waschzwang und darf die Hand nicht reichen — und Wunschphantasie vom Tode des Mannes?): niemand darf sie berühren, der Fußboden, auf dem sie steht, muß desinfiziert werden, ihre Kleider sind voll von Bacillen, sie müsse ins Zuchthaus, werde geholt vom Staatsanwalt, sie habe einmal gelogen, alles sei nicht wahr, eine große Lüge, wenn sie es nur nicht getan hätte usw. Noch andere Wahnideen haben uns zurzeit noch nicht näher bekannte Komplexe zur Quelle. Auf den sexuellen Komplex scheint der Wahn, daß alles brenne, zu deuten. Alle diese verschiedenen Komplexe gehen mehr weniger isoliert neben einander her und nehmen abwechselnd Anteil an der Symptombildung.

Von anderen äußeren Ereignissen nun wesentlich verschieden verhält sich auch für den Schizophrenen die Gefährdung des Individuums in seiner Fortexistenz. Der Autismus ist keineswegs mit Lebensüberdruß schlechtweg identisch¹⁾. Wohl hat der Schizophrene mehr oder weniger vollständig seine Beziehungen zur Außenwelt verloren, lebt aber dafür in einer eigenen, erträumten Welt, die ihm ebenso viel oder mehr bedeutet als die Wirklichkeit. Hatte unsere Kranke, an deren Autismus auch unsere therapeutischen Bemühungen wirkungslos abgeglitten waren, die bisherigen äußeren Ereignisse nicht an sich herankommen lassen, weil sie sich mit ihren Wünschen und Komplexen nicht vertrugen, so hat letzteres für die plötzliche Ich-Bedrohung keine Geltung. Deren Anerkennung stand deshalb nichts im Wege, sondern war seitens

¹⁾ Auch wenn die Wirklichkeit im übrigen völlig abgespalten ist, existiert sie für den Kranken immer noch beim Essen usw. und nur höchst ausnahmsweise scheint der Autismus bis zur Selbstvernichtung festgehalten zu werden, indem er auch in jenen für die Selbsterhaltung unentbehrlichen Funktionen auf die Dauer nicht mehr durchbrochen wird. Vielen Kranken ist allerdings das Leben verleidet. Dann aber ist bereits der Selbsterhaltungstrieb untergraben und es melden sich Selbstvernichtungsideen und Suicidimpulse.

der Ich-Triebe gesichert und erregte daher — wie jede Wahrnehmung einer gefährdenden Situation — Angst und Schrecken. Durch beide Affekte werden unübersehbare körperliche Gemeinempfindungen verändert. Mit diesen Änderungen, die in unserem Falle besonders stark ausgefallen waren, weil sich die Shockwirkungen der peripheren Reizung hinzuaddierten, war dem Assoziationskomplex der Wahrnehmung im Augenblick der stärkste Aufmerksamkeitston zugefallen¹⁾. Wie jeder neue Komplex alles andere neben sich in den Hintergrund treten läßt und eben noch aktuell gewesene Vorstellungen (durch Hemmung der Aufmerksamkeit) zu unterdrücken vermag, so mußte bei der Kranken der autistische Gedankeninhalt den durch die Wahrnehmung der Gefahr hervorgerufenen und durch sie unterhaltenen Gedankenzügen weichen. Deshalb tauchen die noch zu Beginn der Sondierung geäußerten Wahnideen erst mit der Rückkehr des katatonen Zustandes wieder auf und blieb das rätselhafte Lächeln, das ihr einen fast strahlenden Gesichtsausdruck (Wunschphantasie von der Befreiung vom Manne?) verliehen hatte, wie der früher eigentümlich suchende und fragende Blick solange verschwunden. Da ferner die überwältigenden bei der Wahrnehmung der Gefahr entstandenen Affekte stark genug waren, die frühere Affekthemmung²⁾ zu durchbrechen, traten an Stelle der bisher steifen Affekte und starren Gesichtszüge nicht nur adäquate, sondern normal geäußerte Gefühle und normale Mimik.

Bei unserer Kranken setzte der alte Zustand am folgenden Vormittag nach einem Besuch des Mannes wieder ein. Bei der tiefen Abneigung der Patientin mußte der Besuch als neuer Komplex wirken und die Masse jener negativen Affekte mobil machen. Vor deren Ansturm flüchtete sie neuerdings in die autistische Abwehr und damit war der frühere Mechanismus der allgemeinen Ablehnung wieder eingeschaltet. Die Kranke war unmittelbar hernach wieder steif und unzugänglich und hatte ihre alte Miene und die starren Gesichtszüge wieder angenommen.

Im Gegensatz dazu war die gleichfalls durch eine plötzliche völlige Inanspruchnahme der Person zustande gekommene Besserung in dem folgenden Falle von jahrelanger Dauer, ja, der Kranke hatte sich im Anschluß daran so gut erholt, daß er bis zu seiner Wiedererkrankung für geheilt gehalten und die Diagnose *Dementia praecox* damals nicht gestellt wurde.

¹⁾ Vgl. die Darstellung von Jung, Über die Psychologie der *Dementia praecox*, Halle a. S. 1907.

²⁾ Vgl. dazu Bleuler, l. c., S. 300: „Da die abgespaltenen Affekte dennoch ihre Wirkungen zum Teil beibehalten, ja sie in mancher Beziehung geradezu ungehemmter entfalten können, üben sie einen unterdrückenden Einfluß auch auf die Entstehung anderer Affekte aus: der Kranke erscheint überhaupt affektlos, gleichgiltig.“ Zu dieser Affekthemmung kommt die durch den Autismus bedingte Affektanomalie hinzu.

Bei dem Patienten B. war Jahre vor der heutigen Krankheit, die ihn in einem akuten katatonen Anfall in die Anstalt führte, kurz vor seinem Schlußexamen ein Krankheitsanfall von halbjähriger Dauer in Form eines bei der Schizophrenie so häufigen initialen „Depressionszustandes“ aufgetreten. Er verlor allen Mut, Arbeitslust und Energie, empfand an nichts mehr Freude, alles ließ ihn gleichgültig. Auch um seine früher mit Eifer betriebenen Studien kümmerte er sich plötzlich nicht mehr, trotz der Aussicht auf eine verlockende Laufbahn nach Beendigung der Prüfung. Er hielt sich von jeder Gesellschaft fern, saß allein auf seinem Zimmer und träumte oder bummelte allein und ziellos tagelang über Land. Er vermochte sich keine Rechenschaft zu geben, wie das alles gekommen war und äußerte selbst seine Verwunderung darüber, machte sich anderseits aber auch keine besonderen Sorgen über seinen Zustand. Ob damals schon Gehörstäuschungen vorhanden waren, ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen, doch machen es verschiedene Umstände wahrscheinlich. Die unternommenen Kuren waren ohne Erfolg, dagegen besserte sich dieser erste Krankheitsanfall plötzlich, als er damals bei einer Bootfahrt in Begleitung und auf Initiative einiger Kollegen beim Kippen des Botes in den noch halb vereisten See fiel, wobei einer derselben ertrank. Er selbst hatte sich nur unter Aufbietung aller Kräfte retten können und einen mächtigen seelischen Eindruck von dem gewaltsamen Tode des Freundes, dem er ohnmächtig zusehen mußte, davon getragen, dankte aber der entronnenen Lebensgefahr die Wiedererlangung geistiger Gesundheit, die ihm keine ärztliche Bemühung hatte wiedergeben können. Er fühlte sich fast unmittelbar nachher wie ehemals, nichts mehr von Affekt- und Mutlosigkeit und bestand trotz sehr knapp bemessener Zeit noch im selben Semester sein Examen. — Heute steht im Krankheitsbild die gemüthliche Verblödung im Vordergrund.

Man möchte gerne wissen, warum das affektreiche Ereignis hier von einer Besserung gefolgt war, die auf viele Jahre vorgehalten hat und als Heilung imponierte resp. auf welche Weise jene akute Komplexwirkung es zuwege brachte, den Kranken nach ihrem Abklingen mit der Außenwelt wieder in Kontakt zu bringen. Den leichteren Krankheitsfall allein wird man dafür nicht verantwortlich machen können. Vielleicht könnte einen Anhaltspunkt die interessante Andeutung des Kranken bei seiner letzten in viel schwererem Zustand erfolgten Aufnahme bilden, daß er etwas Ähnliches als Heilversuch auch jetzt erwarte.

Ich kann mir nicht versagen, schließlich noch auf die scheinbare Gegensätzlichkeit der Verursachung mannigfaltiger geistiger Störung (Verwirrtheit und delirante Zustände, sinnlose tobsuchtsartige Erregung, an Katatonie erinnernder Stupor u. a. m.) bei vorher Gesunden und der Auslösung schizophrener Anfälle (nach Kraepelin auch solcher des manisch-depressiven Irreseins) durch ebendieselben Bedingungen und Umstände hinzuweisen, die in unseren Beobachtungen bei manifester Krankheit plötzlich normale Reaktionen und normalen Ablauf der psychischen Funktionen hervorbrachten¹⁾. So kann sich an einen Fall

¹⁾ Es ist mir sicher, daß derselbe Mechanismus, die Inanspruchnahme der Person auch bei den, manchmal überraschend weitgehenden psychischen Besserungen mit eine Rolle spielen, die beim Schizophrenen so häufig körperliche Krankheiten begleiten, während sich schon die Rekonvaleszenz jeweiligen durch Rückkehr

ins Wasser — Bleuler braucht an einer Stelle eben dieses Beispiel — eine Schizophrene anschließen, und wir nehmen dann an, daß der damit verbunden gewesene Schreck die bereits (latent) veränderte Psyche zu abnormer Reaktion veranlaßt habe. Jene sehen wir bei großen Unglücksfällen und erschütternden Massenunglücken, wo die Affekte (der Angst und des Schreckens) infolge der besonderen Natur der Ereignisse eine eminente Intensität erreichen (Emotions- und Schreckpsychosen)¹⁾. In der bei unserer Kranken aufgetretenen allerdings nicht hochgradigen und zudem durch die auffälligeren „heilsamen“ Folgen der akuten Komplexwirkung in den Hintergrund gedrängten psychomotorischen Aufregung, die unter den psychischen Erscheinungen des Shocks viel ausgesprochener, bis zu einem erethischen Symptomenkomplex gesteigert sein kann und bei der Patientin vor- und nachdem derart nicht beobachtet wurde, vermögen wir aber in nuce auch jene deletäre Affektwirkung zu erkennen. Andererseits scheint es ja einleuchtend, daß es für die Wirkung einer gefahrdrohenden Situation nicht ohne Unterschied bleiben kann, ob sie an ein intaktes Ich herantritt, oder ob dasselbe wie beim Schizophrenen in so viele Persönlichkeiten als Komplexe und selbständige Strebungen auseinanderfällt.

des alten Verhaltens ankündigt. Andererseits sehen wir auch hier das Umgekehrte, nämlich schizophrene Erkrankung z. B. an fieberhafte Krankheiten sich anschließen. Beiläufig soll hier in diesem Zusammenhang noch erwähnt sein, daß, wie ich einem Referat entnehme, nach Bonhoeffer auch bei bestehender schwerer Benommenheit durch bestimmte, namentlich gefühlsbetonte Vorstellungskomplexe die Aufmerksamkeit wieder bis zu einem hohen Grad psychischer Leistungsfähigkeit geweckt werden kann, wenn auch nur vorübergehend (Benommenheit und Handlungsfähigkeit, *Ärzt. Sachverst. Zeitg.* 1907, S. 157.)

¹⁾ Vgl. Stierlin, Über die medizinischen Folgezustände der Katastrophe von Courrieres unter eingehender Berücksichtigung der ursächlichen Momente, mit vergleichenden Beobachtungen über die Katastrophen von Hamm und die Erdbeben von Valparaiso und Süditalien, Berlin 1909, S. 72—88.