



Alfred Döblin

GEDÄCHTNIS-
STÖRUNGEN

bei der

Korsakoffschen

Psychose

Tropen Verlag

Alfred Döblin
Gedächtnisstörungen

— Inaugural-Dissertation zur
Erlangung der medizinischen
Doktorwürde — Vorgelegt der
hohen medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwig-Universität
zu Freiburg i. B. *Tropen Verlag*

Alfred Döblin

*GEDÄCHTNIS-
STÖRUNGEN*

bei der

Korsokoffschen

Psychose

Mit einem Nachwort von Susanne Mahler

Gedruckt mit Genehmigung

der medizinischen Fakultät

— *Dekan:* Prof. Dr. Axenfeld

— *Referent:* Prof. Dr. Hoche

SEINER LIEBEN MUTTER GE-

WIDMET VOM VERFASSER —



Gedächtnisstörungen bei der Korsakoff'schen Psychose

Kräpelin nennt das Gedächtnis die allgemeinste Grundlage aller geistigen Tätigkeit. Wie abweichend sich auch sonst Psychiater oder Psychologen in ihren Lehrmeinungen über die geistige Tätigkeit verhalten mögen, so finden sie sich in dieser Wertung des Gedächtnisses zusammen, und der Psycholog *Wundt* gibt ihm ähnliche Worte wie der Gehirnanatom *Flehsig* und die Kliniker *Kräpelin* und *Wernicke*. Es finden sich nun geistige Erkrankungen, bei denen vornehmlich diese Funktion der krankmachenden Attaque erliegt. Im Bilde der Korsakoff'schen Psychose erscheinen Gedächtnisstörungen in einer höchst eigentümlichen Form und stellen hier den sogenannten amnestischen Symptomenkomplex dar, den wir im Folgenden genauer analysieren werden.

Es ist unsere erste Frage: Welche Rolle spielt die Gedächtnisstörung bei der Korsakoff'schen Psychose?

Korsakoff selbst sprach die nach ihm benannte Krankheit für eine polyneuritische Psychose an und stellte die konstante Verbindung einer Polyneuritis mit einer Ge-

dächtnisstörung in den Vordergrund. Er kam aber in einer späteren Arbeit selbst von dieser Ansicht ab, da er und andere (9) beobachteten, dass die nervösen Erscheinungen fehlen oder doch so gering sein könnten, »dass man danach suchen müsste«, dass also die psychischen Symptome fast ganz oder ganz das Krankheitsbild beherrschten.

Was aber den psychischen Symptomenkomplex anlangt, der jetzt das unterscheidende Merkmal der Krankheit ausmachte, so wurde von mehreren Seiten darauf hingewiesen, dass er sich als blosses Zustandsbild bei den verschiedensten Erkrankungen findet und für eine einheitliche besondere Krankheit nicht beansprucht werden dürfte. Nach schweren Kopfverletzungen, im Senium, bei banaler Hirnlesion, nach Typhus und Influenza, bei Cerebrospinalmeningitis, bei multiplen Hirnabcessen und Thrombosen zeigt sich der amnestische Symptomenkomplex, bald mehr bald weniger ausgeprägt. Eine manische Erregung ist ein Symptom, Manie aber eine Psychose.

Von einer Korsakoff'schen Psychose kann demnach keine Rede sein, wofern man darunter eine Krankheit sui generis versteht, und unsere Frage nach der Rolle der Gedächtnisstörung im Rahmen der Korsakoff'schen Psychose zeigt sich als falsch gestellt.

Für das Wort Korsakoff'sche Psychose wurde aber bald ein neuer Inhalt gefunden. Nachdem es erst eine neuropsychische Erkrankung benannt hatte, dann zu einer Symptombezeichnung degradiert war, figurierte es schliesslich wieder als Krankheitsausdruck mit ätiologischer Rechtfertigung.

tigung. Schon *Mönkemöller* (24) sprach davon, dass dem Alkohol ein »Löwenanteil« an der Ätiologie der Korsakoff'schen Psychose zukomme, nachdem *Korsakoff* selbst eine Vergiftung im allgemeinen für die Erkrankung verantwortlich gemacht hatte: *Korsakoff* nannte seine Krankheit später eine »toxämische Cerebroopathie«, und die Gifte waren die bei Glykosurie, Pyämie, Typhus, faulem Abort, Darmverschluss sich bildenden. Auf dieser Linie folgte *Bonhöffer* (4) und belegte den Namen der Korsakoff'schen Psychose mit Beschlag für das chronische Alkoholdelir. Nur derjenige Krankheitsverlauf darf als Korsakoff'sche Psychose gelten, dessen Hauptzüge sind: bei Alkoholanamnese meist Einsetzen einer deliranten Phase, Zurücktreten der Sinnestäuschungen, Desorientiertheit, Mangel der Merkfähigkeit. Die Berechtigung zu solcher anscheinend gewaltsamen Identifikation der Krankheitsbegriffe »chronisches Alkoholdelir« und »Korsakoff'sche Psychose« mag bestritten werden. In der Tat aber war die Korsakoff'schen Psychose ein fehlerhafter Krankheitsbegriff, wie gezeigt; und die einzige Möglichkeit den Namen zu retten, lag darin, ihn für diejenige Krankheit festzulegen, bei der sich einige mit diesem Namen früher verbundene Symptome vorzugsweise finden. Wir werden uns dieser Auffassung *Bonhöffers* anschließen. Auf den Einwand, dass ein und dieselbe Psychose, etwa die Korsakoff'sche, sich sowohl doch auf dem Boden der Alkoholintoxikation, der Lues, verschiedener Infektionskrankheiten entwickeln könne, entgegnen wir noch einmal, dass kein Grund vorliegt, eine

mehr oder weniger flüchtige Constellation von Symptomen mit dem Namen einer Psychose zu belegen; ferner, dass eine wirkliche Psychose, die den Namen Korsakoffs verdient, tatsächlich existiert; schliesslich, dass es nosologisch wertvoller ist, ätiologisch Krankheiten abzugrenzen.

Im Rahmen des chronischen Alkoholdelirs nun spielt der amnestische Symptomenkomplex, – um nach Festlegung des Krankheitsbegriffs zur Beantwortung unserer Frage zu kommen –, eine grosse Rolle insofern, als er die wohl am meisten auffällige Erscheinung hier bildet. Jedoch nur im zweiten Stadium der Krankheit. Im ersten überwiegen delirante Erscheinungen, Hallucinationen, oder es tritt ein an Hirndruck erinnernder somnolenter Zustand ein, oder die Polyneuritis steht im Vordergrund. Im zweiten Stadium gehen jedoch die Sinnestäuschungen und Erregungszustände zurück; es zeigt sich jetzt der eigentümliche Symptomenkomplex, der uns interessiert, und macht das Charakteristische dieses Stadiums aus.

Die also für das zweite Stadium des chronischen Alkoholdelirs spezifische Geistesstörung ist folgende:

Hauptsächlich eine hochgradige Schwäche der Merkfähigkeit. Die Patienten vergessen fast momentan, was um sie her geschieht, was andere tun, was sie selbst verrichten oder verrichten wollen oder sollen. Die Schnelligkeit des Vergessens ist überraschend. *Bonhöffer* (4) konstatiert für die höheren Sinnengebiete eine gleichmässige Herabsetzung der Merkfähigkeit, »soweit sich dies bei der hier unzweifelhaft verschiedenen Dignität der einzelnen Sinnes-

territorien und dem Fehlen genauer Angaben über das normale Verhalten der Merkfähigkeit auf akustischem, optischen und taktilen Gebiete überhaupt sagen lässt«. Zahlen und Silben werden jedoch meist am frühesten und schnellsten vergessen. Während in manchen Fällen die Merkfähigkeitsstörung erst für optische Eindrücke auffällt. Es macht keinen Unterschied aus, ob das Merkmateriale von andern oder von dem Patienten selbst geliefert wird. Die Patienten vergessen ihre eigenen Angaben ebenso prompt wie Aufträge und setzen sich, ohne es zu merken, mit sich selbst in die größten Widersprüche. Darüber, ob eine Auswahl in dem Behalten und Vergessen nach dem Interesse, der Neuheit und Bekanntheit der Eindrücke stattfindet, liegen keine Angaben vor.

Neben der Störung im Erwerb neuer Vorstellungen und Erinnerungsbilder ist eine oft tiefgreifende Gedächtnisschwäche festzustellen, ein Ausfall der alten Erinnerungsbilder. Der Defekt betrifft vielfach und zunächst nur die jüngste Zeit. Im VII. Falle *Mönkemöllers* (24) meint der Patient: »Überhaupt fällt mir bei, dass ich mir auf Sachen gut besinnen kann, wenns länger ist, als wie auf das von gestern und heute; da weiss ich nicht, was ich heute und gestern gemacht habe.« Aber die Amnesie betrifft auch weitere Abschnitte des Lebens, – sie schreitet gleichsam rückwärts, und es kommt bisweilen zu einem fest umschriebenen Gedächtnisausfall und Amnesie für einen Zeitabschnitt, innerhalb dessen alles »wie ausgelöscht« erscheint. *Kräpelins* (18) Patient hatte die Erinnerung an 16 Jahre seines

Lebens, während derer er selbständig Stellungen bekleidet hatte, fast völlig verloren, während er sich der Zeit vorher durchaus gut entsann. Es ist gleichgültig, ob die vergessenen Ereignisse stark oder schwach gefühlsbetont waren: Die Hochzeit, Geburten von Kindern, Todesfälle etc. werden wie alles andere vergessen. Bisweilen also scheint sich die Amnesie bis auf einen bestimmten Zeitpunkt gewissermassen zu lokalisieren; im allgemeinen aber ist der Ausfallsbereich nicht scharf begrenzt.

Die Gedächtnistäuschungen, Fehlerinnerungen, Paramnesien, die einen weiteren Zug in dem Bilde dieser Amnesie stellen, erscheinen bald als falsche zeitliche Lokalisierungen der Erinnerungsbilder, – die Patienten geben etwa an, den Arzt, der eben im Zimmer war, vor einem Jahr gesehen zu haben, – bald in Form sogenannter Confabulationen, d. h. der Patient gibt nie erlebte phantastische Dinge für erlebt aus. Abenteuerliche Räubergeschichten, merkwürdige Seefahrten, Begegnungen mit exotischem Getier werden vorgebracht und mit reichem, oft minutiösem Detail ausgeschmückt.

Schliesslich finden wir den Kranken gänzlich unorientiert über die Zeit, den Ort, an dem er sich befindet, die Personen, denen er sich gegenüber sieht.

Seine Auffassung ist gestört; nach *Kräpelin* (18) ist die Auffassungszeit um 1/6 der Norm verlangsamt, was *Bonhöffer* (4) bestätigen kann.

Das sonstige psychische Verhalten ist mit dem Namen der apathischen Verwirrtheit, den *Korsakoff* gebrauchte,

am besten bezeichnet. Teilnahmslos liegen oder bewegen sich die Kranken, meist ohne jede stärkere Erregung. So verschlief ein Patient *Kräpelins* (18) monatelang den halben Tag und erklärte, so sein ganzes Leben verbringen zu wollen. *Mönkemöller* (24) bringt die Apathie mit dem allgemeinen Marasmus der meist älteren Patienten zusammen, bei denen der Krankheitsverlauf mehr chronisch ist; im übrigen sind nach ihm Affektanomalien die Regel. Die Kranken sind bald in Tränen aufgelöst, bald heiter, witzig, meist in entschieden gehobener Stimmung. Ja, nach *Binswanger* wird die psychische Erregung, die mit Verfolgungs- und Versündungsideen einhergeht, mitunter so heftig, dass man an akut verlaufende Paralyse denkt.

Um Einblick in diesen merkwürdigen eben resümierten Symptomenkomplex des chronischen Alkoholdelirs (*Korsakoff'sche Psychose*) zu gewinnen, werden wir versuchen, uns eine möglichst klare Vorstellung von der Gedächtnisfunktion zu bilden. Wir werden versuchen, uns eine Generalansicht über das Gedächtnis zu verschaffen, die einzelnen Faktoren und Komponenten, die zu dem Phänomen des Gedächtnisses zusammenwirken, herauszustellen und von hier aus eine Analyse des amnestischen Komplexes unternehmen.

Eine ungeheure Menge von Reizen trifft täglich die Sinnesorgane. Die Reize lösen, in einem physikalischen Bilde gesprochen, die Aktivität des organischen Individuums aus und geben ihm Angriffspunkte. Das Individuum aber beschränkt sich nicht darauf, jene spezifische Umwand-

lung der Reize zu Farben, Tönen, überhaupt Empfindungen vorzunehmen, welche die *Müller-Helmholtz'sche* Theorie ihm octroyiert. Mit dem Verschwinden des Reizes ist das Verschwinden der Empfindung nicht synchron, – man erinnere sich der Erscheinungen des Abklingens der Empfindungen, der Nachbilder. – Und sogar nach Einwirken vieler und starker Reize, und während ihres Einwirkens, bleibt etwas von jenem Urbild, von der Empfindung zurück: dies ist der Tatbestand des Gedächtnisses.

Während in der physikalischen Welt ein Vorgang den andern ablöst, und ein haltloses Nacheinander die Verhältnisse beherrscht, »haften«, wie man sich ausdrückt, die Geschehnisse im Psychischen. Es ist im Psychischen die Gegenwart des Physikalisch-nicht-gegenwärtigen möglich; das Gedächtnis spottet des physikalischen Gesetzes der Undurchdringlichkeit. Dieses »Haften« ermöglicht überhaupt erst das Sammeln von Erfahrungen; indem das organische Individuum sich jederzeit das Vergangene, seine Erfahrungen »vergegenwärtigen« kann, um darnach zu handeln, wird es von der Gegenwart emanzipiert. Das Gedächtnis hat damit die Befreiung des Individuums vom Reize, die Entmechanisierung des Individuums zur Folge. Es ist die Frage: Wie hat man sich das Haften zu denken, das die Bedingung für einen solchen Erfolg bildet? Wo oder was sind in jedem Augenblick die gesamten Erfahrungen und Kenntnisse, die das Individuum während seines Lebens magaziniert? Was wird aus den Empfindungen und Vorstellungen, sobald sie nicht mehr gegenwärtig sind?

Zur Beantwortung dieser Fragen bot sich wie von selbst ein Gedanke an, der an Physik erinnerte und darum Aussicht auf Wissenschaftlichkeit gewährte: der Gedanke von dem Beharrungsvermögen. Nach dem Verschwinden des Reizes, des Eindruckes leben die Empfindungen, die Vorstellungen fort und garantieren eine Kontinuität zwischen Reiz und Erinnerung. (15) Es werden also die psychischen Gebilde nach Analogie von physikalischen Körpern gedacht. Wir finden schon bei *Platon* im *Theätet* die Lehre von der Aufbewahrung der Vorstellungen in der Seele, die Ansicht vom Taubenschlag der Seele. *Herbart* hat sie von neueren Psychologen am breitesten ausgeführt und systematisiert, und sie bildet den Kern seiner *Statik und Mechanik des Geistes*. Ein gleichzeitiges Verharren und Nebeneinanderbestehen aller vergangenen Eindrücke im Psychischen anzunehmen, duldet nun die tägliche Beobachtung nicht, da immer nur ein winziger Ausschnitt der Erfahrungen gegenwärtig ist. Da, wie ihr jederzeit mögliches Wiederauftauchen beweist, die Vorstellungen aber doch vorhanden sind, so muss ihnen eine psychische Existenz ausserhalb des gegenwärtigen Bewusstseins zugeschrieben werden. Man gelangt so zur Erklärung des Gedächtnisses, zur Konstruktion eines »Unbewussten« oder »Unterbewussten« und verbindet Bewusstsein mit Unterbewusstsein durch die Schwelle, über welche das im Unterbewussten lebende in das Bewusstsein eintritt.

Diese gleiche Lehre spricht, ins Materialistische gewandt, von der Ablagerung der Erinnerungsbilder in Gan-

glienzellen und sucht für jede Vorstellung eine Ganglienzelle, oder Ganglienzellenkombination (33).

Rein physiologisch, ohne jene derbe materialistische Note, erscheint die Aufbewahrungstheorie als Lehre von der Fortdauer der Nerven- oder Zellenerregung. Das Gehirn resp. einzelne Teile des Gehirns oder die peripheren oder centralen Sinnesgebiete behalten einen gewissen massigen Grad von Erregung auch nach Schwinden des Reizes bei. In einer jüngst erschienen Arbeit (23) heisst es: »Die Ladung der das Gedächtnis vermittelnden Nervenzellen wäre der physiologische Vorgang, der der Aufbewahrung der Eindrücke entspräche, die Gedächtnis genannt wird.«

Es ist schon darauf hingewiesen, dass das Gedächtnis als Ort der aufbewahrten Eindrücke, mag man den Ort nun physiologisch als das Unbewusste oder materialistisch als Ganglienzelle und Nervenfasern oder psychophysiologisch als fortdauernde Nervenerregung bezeichnen, nie demonstriert, sondern nur erschlossen werden kann. Denn, wie auch *Lipps* (22) ausführt: »Das unterliegt doch wohl keinem Zweifel, dass das in der Nacht des Unbewussten ruhende ein völlig unbekanntes ist, von dem niemand zu sagen imstande ist, ob es hinsichtlich seines Inhalts sowohl als der Art seines Vorhandenseins mit dem, was Aufmerksamkeit und Reflektion daraus machen, auch nur die geringste Ähnlichkeit hat.«

Ist aber die Aufbewahrungslehre und das Gedächtnis als Ort der aufbewahrten Eindrücke richtig erschlossen? Der

klare Schluss, der auf diesen Begriff des Gedächtnis führte, lautet: Frühere aber nicht gegenwärtige Vorstellungen können gegenwärtig werden. Was wird, muss schon irgendwie vorhanden sein. Also sind die früheren aber nicht gegenwärtigen Vorstellungen vorhanden. Die zweite Prämisse enthält offenbar einen Fehler: In der physikalischen, der Körperwelt, wo mit dem Gesetz von der Erhaltung der Materie und der Energie gedacht werden kann, gibt es allerdings kein eigentliches Entstehen, welches hier immer als Entstehen aus dem Nichts abgelehnt wird. Die psychische Welt aber ist gerade Geschehen, Verlauf, Entstehen aus dem Nichts; von einem Gesetz der Erhaltung, sei es der Kraft oder der Energie, kann man hier wohl nur als Naturphilosoph sprechen. Da nun das Psychische immer nur ein Geschehen ist, so kann hier unter Aufbewahrung der Vorstellungen und Erinnerungsbilder, wofern man darunter etwas Psychisches versteht, keine Rede sein. Zwar ordnen sich manche Vorstellungen in Raum und Körper, aber die Vorstellungen selbst sind keine Körper. Jene Gedächtnistheorie ist Seelenphysik und darum ein Irrtum.

Jetzt lautet unsere Frage: Was sind die früheren, nicht gegenwärtigen Vorstellungen und Erinnerungsbilder, wenn und da sie nicht mehr psychisch sind? Die Antwort ist mit der Frage schon gegeben. Da »psychisch« und »physisch« ein Entweder-oder darstellen, da ferner die nicht-psychischen Vorstellungen sind, so sind sie physisch. Genauer: Nicht sie sind physisch, sondern das, was das Erinnern ermöglicht, ist ein physischer Tatbestand. Das Physische

aber kann verharren; so kann es den Ort des Gedächtnisses bilden.

Dann aber erhebt sich die Frage, wie, in welcher näher anzugebenden Weise der physische Tatbestand nun das Erinnern »ermöglicht«.

Hier tritt der Begriff der Disposition ein. Gewisse körperliche, schon gereizte Komplexe behalten von ihrer Reizung eine Veränderung zurück. Diese Veränderung »ermöglicht« das Erinnern und wird Disposition genannt; sie kann materiell oder funktionell sein.

Die Geneigtheit mancher physischen Komplexe, sich mehr als andere zum Substrat des psychischen Verlaufs zu machen, die Disposition des Physischen zum Psychischen, wird verschieden beschrieben. *Flechtsig* (8) schliesst auf eine Materialität der Gedächtnisspuren im allgemeinen daraus, dass chemische Stoffe, etwa der Alkohol, sie vorübergehend oder dauernd zum Verschwinden bringen können. Auch lehrt *Ziehen* (36) materielle Dispositionen. Und zwar werden molekulare Lagerungen in den körperlichen Elementen zur Erklärung herangezogen. Es wird von dem Stoffwechsel der Ganglienzellen gesprochen, von der leichteren Zersetzlichkeit mancher Verbindungen. Im Gegensatz zu ihnen lehnt *Wundt* (35) materielle Spuren als Reste vergangener Erregungen ab und sieht den Boden des Gedächtnisses in bloss funktionellen Dispositionen des Physischen.

Wie steht es nach so heissem Bemühen um die Lösung des Gedächtnisproblems?

Wenn hier auf die Frage: »Wie hat man sich die jederzeit mögliche Gegenwart früherer, jetzt aber nicht gegenwärtiger Vorstellungen zu erklären? Wie ermöglicht der vorhandene körperliche Tatbestand das Erinnern?« geantwortet wird: »Mit der Disposition von physischen Elementen«, so heisst das ja nur: Wir können uns vergangener Dinge erinnern, weil wir uns ihrer erinnern können; der physische Tatbestand »ermöglicht« es mit der Möglichkeit. Denn Disposition ist nichts weiter als die Fähigkeit zum Gedächtnis, eben grade zu dem Zweck konstruiert und verdinglicht, um als Antwort auf jene Frage zu gelten. Man könnte sich schon diese Disposition und den Gedächtnisvorgang physiologisch und chemisch-physikalisch zurechtlegen: Es mag eine Nervenerregung zu einem Zentrum laufen, dort vermöge ihrer Spezifität spezifische Umsätze hervorrufen, und so etwa in dissociablen Verbindungen den Boden für eine spätere neue Umsetzung abgeben, – wobei unbekannt ist 1) die Nervenerregung überhaupt, 2) die Spezifität, 3) die Umsetzungen, – es mag eine Bahnung stattfinden: *Von Kries* (21) sagt in seiner Abhandlung über die materiellen Grundlagen der Bewusstseinserscheinungen darüber Näheres, – gewusst wird zunächst darüber nichts. Man weiss nicht, wie der physische Tatbestand aussieht, der »Spur« heisst. Und wenn man es wüsste, so wäre damit nichts beigetragen zur Lösung der Frage: »Wie hat man sich also das Erinnern zu erklären?« Denn im Erinnern haben wir grade eine Beziehung zwischen dem Physischen (d. h. Vergangenen) und dem Psy-

chischen (d. h. Gegenwärtigen). Welch grosses und fast scheint es unlösliches Rätsel hier aber vorliegt, ist nicht nötig erst zu sagen. Muss man es doch als ein ewig erstaunliches Geheimnis hinstellen, wie in einem Körper oder an ihm sich etwas Unkörperliches bindet, wie dieses Unkörperliche sich mit den Körperzuständen wandelt und sich, wie der Psychiater täglich sieht, verwirrt bei gleichzeitiger vielfacher Verwirrung von Körperfunktionen und Körperelementen. So dringend und ausserordentlich beunruhigend auch die Frage nach dem Wesen der Erinnerung ist, so macht sie dieser Begriff des Psychischen sofort unbeantwortbar: Entweder hört hier unser Wissen auf oder es gilt die Begriffe umzubilden. Die Aufbewahrungstheorie des psychischen Gedächtnisses trieb Begriffsrealismus, war Seelenphysik; die Dispositionslehre, ihr überlegen, sah die physische Natur der Spur ein, wollte dann zuviel und baute sich zwar eine Beschreibung der Spur nach billigen chemisch-physikalischen Analogien, fand aber für den Erinnerungsvorgang selbst nur ein leeres Wort. –

Aus der Erwägung, dass wir über die Spuren nichts Näheres wissen ergibt sich für die pathologische Anatomie der Korsakoff'schen Psychose das Gebot der Vorsicht bei Lokalisationen. Über den amnestischen Symptomenkomplex im ganzen redend, meint *Redlich*, (28) dass ihm eine Ernährungsstörung der Ganglienzellen und Nervenfasern der Hirnrinde zugrunde liege. *Soukhonoff* (28) vermutet, dass durch die noch unbekanntes Gifte eine Schädigung wie der peripheren Nerven so der Kollateralen im Gehirn

gesetzt werde. *Jolly* (28) zieht den von *Gudden* konstatierten Schwund der Tangentialfasern heran. Auch *Ziehen* spricht von einer Degeneration im Associationsfasersysteme. Wenn für die Erklärung einzelner Symptome ferner ein Untergang von Bahnen oder Zellendekomposition verantwortlich gemacht wird, so wird man solche Vermutung ebenso willkürlich finden, wie jene allgemeinen Hypothesen. So lange man von den Spuren nichts Näheres weiss, als dass sie sind und physisch sind, lässt sich naturgemäss hier nichts sagen. Für den speziellen Fall der retrograden Amnesie weist *Möbius* (4) mit Recht die Ansicht zurück, dass der Ausfall zeitlich zusammenhängender Erinnerungsbilder auf lokal fortschreitender Läsion beruhe. Wenn *Möbius* und ihm angeschlossen *Bonhöffer* (4) den rückschreitenden Erinnerungsverlust für eine funktionelle Störung ansprechen, so ist damit in der Tat doch nur ein dunkles Wort für eine dunkle Sache gebraucht; es war ja auch eben die Frage, wie man sich diese Beziehung der retroaktiven Amnesie zum Gehirn zu erklären habe. Nur dass überhaupt und ganz im allgemeinen Physisches zurückbleibt und spätere Erinnerung erklärt, lässt sich erschliessen. Alles Nähere dürfte Spekulation und Fehlschluss sein.

Gehen wir näher auf das Gedächtnis ein resp. auf die Erinnerung. Wir unterscheiden Gedächtnis, als das Vorstellungsmagazin, von der Erinnerung, als dem Vorstellungsakt. Das Gedächtnis, d. h. das physische Haften im Organismus ist Voraussetzung der Erinnerung; sein Vorhandensein erweist das Gedächtnis erst in Erinnerung,

und erst aus der Erinnerung kann so auf das im übrigen hypothetische Gedächtnis geschlossen werden. Jetzt seien die beiden Punkte charakterisiert, zwischen denen die Erinnerung sich abspielt: das Physische und das Psychische.

Was sich von dem Physischen sagen lässt, haben wir bei dem Bericht über die Spur schon erwähnt.

Wir fassen das Psychische als ein Geschehen, ein Entstehen auf. Daraus ergibt sich die weitere Bestimmung: das Psychische ist nur in der Gegenwart vorhanden; denn das Vergangene geschieht nicht, sondern ist; also ist Geschehen immer nur in der Gegenwart, also das Psychische nur etwas Gegenwärtiges. Man kann nur unter der Gegenwart, wie üblich, ein gewisses Zeitdifferential verstehen; aber erstens würde dieses überhaupt kein strenger Begriff der Gegenwart sein, ferner ist in dem kleinsten Zeitabschnitt noch immer ein »früher« und »später« zu unterscheiden, während doch das Characteristicum der Scheidung zwischen Physischem und Psychischem eben in der Strenge der Trennung liegt: Vergangenes und Gegenwärtiges. Gegenwart aber ist nur in den Augenblick zu setzen, der unzeitlich ist; denn nur die Gegenwart verharret nicht, auch keine Bruchteile von Sekunden. Demnach ist das Psychische als unzeitliche Gegenwart aufzufassen. Was psychisch geschieht, könnte nun, so meint man vielleicht, als die Kontinuität der einzelnen Gegenwartspunkte, als die Kontinuität der »fortrollenden« Gegenwart, der einzelnen »jetzt, jetzt, jetzt« begriffen werden. Damit wird man vor eine ganz sonderbare Aufgabe gestellt: man soll sich

nämlich denken, dass das Unzeitliche sich zeitlich aufreihen lasse, dass das Zeitliche eine Summe aus dem Unzeitlichen sei. Aber dieser absurden Aufgabe liegt eine falsche Annahme zugrunde, nämlich dass das Psychische wirklich ein Geschehen im Sinne jener Aufgabe sei; man hat es vielleicht mit Kopfschütteln bemerkt, dass wir dem Psychischen das Merkmal des Geschehens und doch auch das der Gegenwart, die unzeitlich ist, zugeschrieben, und meint, dies sei eine Chimäre von Gedanken. Aber grade dieses gegenwärtige Geschehen gibt uns einen wahrhaft strengen Begriff von dem Psychischen. Nämlich, da das Psychische etwas durchaus Wirkliches und Reales ist, so kann ihm nicht jenes Geschehen unterschoben werden, das man gewöhnlich als solches bezeichnet: das Geschehen des fallenden Steines. Und im Sinne dieses Beispiels ist das Psychische überhaupt kein Geschehen. Vom psychischen Standpunkt ist nämlich nur ein Moment im Fall des Steins real, das übrige ist Gedächtnis, physisch, abstrakt; real ist nur die Gegenwart. Geschehen und Zeit im gewöhnlichen Sinne gibt es nur im Physischen. Während nämlich im Physischen ein Stoff vorhanden ist, der geschehen kann, fehlt ein solcher im Psychischen völlig. Oder wer kann im Psychischen etwas aufweisen, das dauernd vorhanden ist? Gibt es ein Litermass, ein Metermass des Psychischen, ein konstantes Energiequantum von Gefühlen oder Vorstellungen? Wie wir schon sagten: Das Psychische kommt aus dem Nichts. Darum gibt es keine psychische Kausalität; der Zusammenhang der Vorstellungen mag logisch sein.

Trotzdem ist das Psychische eine eigene Art Aktualität, insofern es nämlich sich einstellt in jedem Augenblick von Neuem, explosionsartig da ist, ohne dass einer sagen oder berechnen kann, dass es auch im zeitlich nächsten Moment da sein wird. Hier verhindert kein Gesetz von der Erhaltung ein völliges Verschwinden. So ist das Psychische selbst Geschehen. Dagegen ist es unbeweglich, gegenüber seinem Inhalt; wir können es uns denken wie einen Kanal, durch den immer neues Wasser fließt, das physisch Geschehendes, der Gedächtnisstoff.

Wir haben die beiden Punkte aufgezeichnet, zwischen denen der Erinnerungsvorgang abläuft. Bekanntlich heisst der Beziehungsakt, durch den wir uns erinnern, das Associationsgesetz. Es ist demnach für uns eine psychophysische Formel. Sie gibt an, wie der Gedächtnisstoff das Psychische gewissermassen anlockt, oder auch in welcher Weise das Psychische sich inhaltlich bestimmt. Wir associieren nicht eine Vorstellung an eine andere, sondern eine Vorstellung ist befähigt, einen anderen physischen Tatbestand zum Substrat des Psychischen zu machen; letzteres wechselt so sein Lokal. Schliesslich ist dieser Ortswechsel, der Inhaltswechsel garnicht durch die Vorstellung bedingt; denn diese ist kraftlos dazu, sondern das eigentliche Associieren erfolgt im Physischen, und so ist in einem zweiten Sinne das Associationsgesetz eine physische Formel.

Dies sei in Kürze über die Faktoren des Erinnerungsvorganges fixiert. Der Akt selbst aber verläuft folgendermassen.

Wir lassen jene schon einmal berührte *Müller-Helmholtz'sche* spezifische Umwandlung der Reize fort. Es verläuft nur nach Auftreten des Reizes, d. h. nach Beginn der physischen Erregungen, zunächst eine gewisse Zeit, bis der Reiz wahrgenommen wird. Die Zeit, die von dem Augenblick des Reizauftrittes bis zum Eintritt der Wahrnehmung verläuft, variiert für die einzelnen Sinnesgebiete.

Die Wahrnehmung ist als die erste und roheste psychische Tatsache aufzufassen, als die roheste psychische Bestimmtheit. Was man sich unter ihr zu denken hat, gibt wohl am besten der Hinweis auf den eigentümlichen Zustand gleich nach dem Schlafen, den Zustand des Erwachens an. Eine Menge von Farbenflecken, Geräuschen, Gelenk- und Muskel-Sensationen finden sich da gewissermaßen blöde und stumm vor. Man sieht nicht den »Tisch«, die »Stühle«, hört nicht das Ticken der »Uhr«. Aus diesem wahrnehmenden dumpfen Zustande erfolgt der Übergang in das Wachsein durch den Akt der Auffassung, welcher Akt die nächste höhere Bestimmtheit des Psychischen bezeichnet. Die Wahrnehmung steht insofern für uns gesondert da, als allein bei ihr das Gedächtnis, das uns interessiert, noch nicht im Spiele ist. Erklärlich: Das Gedächtnis ist dem organischen Individuum eigen; in der Wahrnehmung aber ist nichts vom Individuum, sie ist überindividuell.

Von dem Augenblick der Auffassung an beginnt die Wirksamkeit des Gedächtnisses, wenn wir so sagen dürfen.

Bei dem erwachsenen Menschen greift das Gedächtnis überall ein, wir machen eigentlich nie eine Wahrnehmung allein, sondern »die wirklich entstehende Vorstellung ist ein Mischerzeugnis aus dem von der Wahrnehmung gegebenen Eindruck und aus unbestimmt vielen Bestandteilen von Erinnerungsbildern« (35). Wessen man sich erinnert, den Inhalt der Erinnerung, liefert die Spur, das physische Residuum früherer Erregung. Wie man sich erinnert, liefert, leistet das Associationsgesetz.

Es lassen sich von hier aus a priori zwei Typen von Gedächtnisstörungen unterscheiden. Störungen des Haftens der Vorstellungen, – die Spur verliert sich bald oder bildet sich schlecht oder bildet sich garnicht, – Störungen der Verbindung der Vorstellungen, – die Vorstellung zieht keine oder zu wenig andere nach sich. – Man versteht, was wir in dieser kurzen Ausdrucksweise bezeichnen: Gedächtnis- gegen Erinnerungsstörungen.

Es ist nunmehr klar, worin man »Auffassung« zu sehen hat. Auffassung ist die mehr oder weniger geläufige »Association« eines Erinnerungsbildes an eine Wahrnehmung. Das wahrgenommene optische Symbol 2 associiert das akustische Erinnerungsbild 2: d. h. das Symbol wird aufgefasst. Störungen der Auffassung nun stellen sich mannigfaltig dar. Schon den gewissermassen rohen Akt des stereoskopischen Sehens müssen wir unter der Rubrik Auffassung anführen, weil es sich hier um dasselbe handelt wie bei dem im engeren Sinne Auffassung genannten Phänomen, um die rasche momentane Vervollständigung der

Wahrnehmung durch Erinnerungen. Wenn beim binokularen Sehen inkongruente Netzhautbilder zu einem einheitlichen Bilde vereint werden, so liegt eine unmittelbare physische Verbindung hier nicht vor. Sondern es wird geschlossen: Wenn diese oder jene Augenmuskelempfindungen und diese optischen Eigentümlichkeiten vorliegen, so handelt es sich um einen Körper, weil, wie das Gedächtnis sagt, diese Empfindungen jedesmal da auftreten, wo der Tastsinn gleichzeitig oder nachher einen Körper konstatiert. Die Vereinheitlichung zu einem Bilde ist associativ vermittelt. Wo jene Augenmuskelempfindungen und optischen Eigentümlichkeiten fehlen, wird nicht Tiefendimension associiert; dem Kurzsichtigen bleibt alles Entferntere, dessen Feinheiten er nicht differenzieren kann, Farbenwisch und Fläche, weil jene Feinheiten eben, die Schattierung, der Hintergrund, die Erinnerung »Körperlichkeit« associieren. Es lässt sich hier eine Gedächtnisstörung konstruieren, die darin bestehen würde, dass die Verbindung zwischen jenen optischen und muskulären Körperzeichen und der Vorstellung der Körperlichkeit verloren gegangen ist. Die Literatur liefert in der Tat einen solchen Fall von Stereo-agnosis. *Van Vleuten* (32) berichtet von einem Korsakoff-Patienten, der nicht fähig war, das »rote, runde, oben etwas schwarze, längliche, das sich bewegt« als eine Krähe zu erkennen, trotzdem er jene Farbensnuancen scharf differenzieren konnte.

Was sich hier an der Verbindung der optischen und muskulären Empfindungen mit der Erinnerung Körperlichkeit

ereignete, kann sich im allgemeinen an der normalen Verbindung jeder sonstigen Wahrnehmung mit jeder sonstigen Erinnerung ereignen. Es handelt sich da in jedem Falle um Auffassungsstörungen. Wie oben berührt, zeigen sie zwei Typen: Haftstörung, – es sind keine auffassenden Vorstellungen da, weil sie nicht haften geblieben sind, Störungen der Spur; Verbindungsstörungen, – es sind zwar auffassende Vorstellungen da, aber sie verbinden sich nicht im gegenwärtigen Augenblick mit der gegenwärtigen Vorstellung. Im Falle der Haftstörung liegt eine Anomalie in der Grundfunktion des Gedächtnisses vor, im Falle der Verbindungsstörung eine Anomalie im Vorstellungsverlauf; hier Schwäche im Erwerb der Vorstellungen, Erinnerungen, dort Schwäche in der Disponibilität der Erinnerungen. Die Diagnose der reinen Haftstörung, des absoluten Vergessens, wird praktisch nie gestellt werden können; denn wenn eine Erinnerung sich in einem beliebigen Prüfaugenblick nicht zeigt, so folgt daraus noch nicht, dass sie spurlos verschwunden ist, sondern sie kann nur zu lose und an zu wenig assoziiert sein, sodass sie schlecht disponibel ist. Und selbst wenn eine Erinnerung während des ganzen Lebens nicht erfolgt, so ist immer die Möglichkeit der schlechten Disponibilität der Erinnerung, der Mangel an assoziierenden Faktoren gegeben. So handelt es sich praktisch für uns immer um Verbindungsstörungen, um Störungen in der Disponibilität der Vorstellungen, um relatives Vergessen. Den Index für die Enge oder Innigkeit der Verbindungen zweier oder mehrerer Vorstellungen gibt die

Zeitdauer ihres jedesmaligen Aufeinanderfolgens. Man findet ganz eng, fast unlöslich verbundene Vorstellungen und mehr lockere, leicht dissociable Verbindungen. Die ganz engen Verbindungen könnte man »Zwangsassociationen« nennen, – ohne jenen üblen Affektnebenton des Zwanges, – die loseren »freie« Associationen. Den dichteren Aneinanderschluß der Vorstellungen begünstigt vielfach Wiederholung: Repetito est mater studiorum. Je nach Anlage, Erziehung, Lebensmilieu sind bei den einzelnen Individuen die engen und weiten Verbindungen verschieden, auch schwankt sogar beim einzelnen Individuum die Innigkeit der Verbindungsbeziehungen: Im Zustande der Müdigkeit (2) findet eine Verschiebung in der Weite der zusammengehörigen Vorstellung statt; die Disponibilität hat tägliche Perioden. Was nun die Verbindungsstörungen in dem amnestischen Symptomenkomplex anlangt, so erfahren wir, dass es nach Alkoholgaben zu einer Verlangsamung der Auffassung kommt. »Die bereitliegenden Erinnerungsbilder, die durch den Reiz wachgerufen werden, entwickeln sich schwerfällig.« Nach *Narziss Ach* (1) setzt der Alkohol zu allmählich länger dauernder Wirkung auf die Disponibilität der Erinnerungsbilder ein. Wie sehr die Disponibilität bei Korsakoff-Patienten leidet, gibt die oben citierte Mitteilung *Kräpelins* und *Bonhöffers* an: Die Patienten besinnen sich 6mal so lange auf den Namen eines Gegenstandes als ein normaler. Die Disponibilität kann in einzelnen Fällen sogar so tief leiden, dass in der Prüfzeit überhaupt keine Auffassung stattfindet: Asymbolie. *Wer-*

nicke (33) berichtet von einem Fall, wo Störung der optischen Identifikation vorlag. Bei einer polineuritischen Psychose erkannte ein Patient *Kräpelins* (19) nur 1/10 der Buchstaben.

Ein Erklärungsversuch physiologischer Art sei hier angeführt: Nach *Rabl-Rückhard* (27) erzeugt die Erregung einer Ganglienzelle eine Verlängerung ihrer Neurodendren, wodurch die Protoplasma-Fortsätze gleichzeitig erregter Ganglienzellen sich nähern. Diese amöboide Bewegung der Ganglienzelle lähmt der Alkohol nach *Hellwig* (11). Was es mit solchen »Erklärungsversuchen« auf sich hat, wurde schon mehrfach oben gesagt.

Für die Physiologie der Spuren ist es von Wichtigkeit, ob eine verschiedene Herabsetzung der Disponibilität für die Erinnerungsbilder der verschiedenen Sinnesgebiete bei der Korsakoff'schen Psychose existiert. Die Literatur bietet aber keine Daten. Dies ist auch nicht verwunderlich, da die Auffassungsstörung im Bilde der Krankheit ziemlich zurücktritt. Auch dürfte es schwer sein, hier exakte Angaben zu machen. Denn die Prüfung hält nur fest, wie rasch ein Wort etwa an eine optische Wahrnehmung gebunden wird; dagegen lässt sich kaum feststellen, wie rasch direkt ein optisches Erinnerungsbild durch ein anderes optisches oder taktiles oder akustisches, und diese untereinander, assoziiert wird. Denn der Patient und der Arzt können sich nur durch Worte verständigen, und diese sind dann das einzig fassbare und beschuldbare; die übrigen Associationsvorgänge bleiben dem Untersucher verborgen.

Bis jetzt haben wir Gedächtnisstörungen betrachtet, bei denen es sich handelt um die unmittelbare Verbindung eines Erinnerungsbildes mit einer Wahrnehmung. Wenn wir uns nun einer solchen Verbindung, einer solchen aufgefassten Wahrnehmung erinnern, so liegt ein Erinnerungsvorgang gewissermassen in zweiter Potenz vor. Und weiter: Wenn wir uns dieses entsinnen, in dritter Potenz und so fort. Um solches Potenzieren aber handelt es sich ersichtlich bei unseren meisten Vorstellungsverbindungen. Durch solches Potenzieren bereichert und vertieft sich der psychische Inhalt. Wir erinnern uns keiner Wahrnehmungen, sondern Auffassungen. Aber diese Erinnerung einer Auffassung ist natürlich selbst noch Auffassung, wofern wir unter Auffassung ganz im allgemeinen die Association von Erinnerungen mit Wahrnehmungen verstehen. Unter die Auffassungsfähigkeit fällt auch das Orientierungsvermögen. Wieviel und was associiert wird, ist prinzipiell gleichgültig; auch wie eng die Verbindung zwischen Wahrnehmung und Erinnerungsbild ist. Der Unterschied dieses Auffassungsvorganges von dem vorher geschilderten besteht darin, dass bei jener primitiven Auffassung eine Wahrnehmung ein einzelnes einfaches dummes Erinnerungsbild associiert, dass hier aber die Wahrnehmung viele, schon aufgefasste Erinnerungsbilder associiert. Es gibt nach der Vielheit der Erinnerungsbilder unterschieden demnach höhere und niedrige Auffassungen.

Wir erinnern uns keiner Wahrnehmungen, sondern Auffassungen. Nun tritt gegen den eben charakterisierten, ge-

wissermassen potenzierten Erinnerungsakt der simple primitive Auffassungsakt an praktischer Wichtigkeit weit zurück: Eine Auffassungsstörung stellt eine tiefe elementare Störung vor, aber eine Störung der Merkfähigkeit liegt mehr oder weniger nahe am Normalen und reicht ins Normale hinein. – Denn »Merkfähigkeit« heisst nach *Wernicke* die Fähigkeit zu dem Erinnerungsvorgang, von dem wir an dieser Stelle sprechen. – Dass noch bei tiefer Störung der Merkfähigkeit keine oder eine kaum merkliche Auffassungsstörung vorliegen kann, lässt sich damit erklären, dass beim Auffassungsvorgang die Verbindung einer Wahrnehmung mit einem Erinnerungsbild sehr eng ist, dass sie hier aber freier und durchaus nicht zwangsartig, sodass es schon eine tiefe und schwere Verbindungsstörung bedeutet, schon stark die freiere Auffassungsfähigkeit, die Merkfähigkeit, gelitten haben muss, ehe die primitive Auffassung leidet. Die verschiedene Enge der Vorstellungsverbindungen erklärt auch, was manche Beobachter als so frappierend an dieser Krankheit gefunden haben: dass die Patienten das klarste und nüchternste Raisonement besitzen und gleichwohl unorientiert sind über die grössten zeitlichen und lokalen Verhältnisse. Die oft durchlaufenen, auch durch Interesse und Wichtigkeit eng assoziierten Vorstellungen, die den Boden des Raisonements bilden, leiden viel schwerer und später als die meisten anderen Verbindungen. Wir werden das Einzelne des Näheren bei der Besprechung der Orientierungsstörung und der Confabulation entwickeln.

Unter Merkfähigkeit versteht also *Wernicke* die Fähigkeit, »sich etwas einzuprägen, neuen Erfahrungsstoff zu sammeln«. Wenn eine Merkfähigkeitsstörung vorliegt, so haften die Vorstellungen, die Wahrnehmungen, die neu auftreten, nicht. Unter dem Haften der Erinnerungsbilder müssen wir uns ein Zurückbleiben körperlicher Spuren denken; den Wahrnehmungen und Vorstellungen würde also, wenn sie nicht haften, eine mangelnde spurbildende Kraft, bildlich gesprochen, eigen sein. Ob sich nun Spuren bilden, kann man nur später aus dem Erinnerungsakt erschliessen, daraus, dass eine Wahrnehmung oder Vorstellung das betreffende Erinnerungsbild associiert. Denn die Spuren selbst resp. ihre Bildung kann man nicht sehen. Es kann also immer nur festgestellt werden, dass keine Association erfolgt. In jedem Falle ist es unzulässig, zu sagen, dass die Vorstellungen nicht haften.

Ob nun kein Erinnerungsakt später eintritt, kann überhaupt nicht festgestellt werden. Um dies festzustellen, müssten wir das ganze Leben des Patienten abwarten, und sehen, ob das Erinnerungsbild nicht doch einmal durch irgend welche Wahrnehmungen etc. associiert wird. Aber erstens können wir aus äusseren Gründen solche Beobachtungen nicht anstellen, und zweitens, wenn wir es könnten, so hätten wir im günstigsten Falle alle Worte und Handlungen des Patienten durchmustert. Aber die nicht gesagten Teile des Vorstellungsverlaufes bleiben uns verborgen; eine Association der fraglichen Vorstellung ist also möglich, ohne dass sie bemerkt werden.

Demnach ist es unzulässig und unmöglich, Haftstörungen als Ursache der Merkstörung anzutreffen, d. h. es braucht keine physische totale Auslöschung der Erinnerungsbilder vorliegen. Dies ist auch wahrscheinlich. Schon oben wurde darauf hingewiesen, dass auch im Normalen die Disponibilität sich nicht gleich bleibt; wir sprachen von Tagesperioden der Disponibilität. Man wird im Zustand der Müdigkeit oft finden, dass man sich nicht bestimmter eben erlebter Dinge erinnern kann, während diese im frischen Zustande später völlig parat sind; hier kann keine Haftstörung vorliegen, wie das Wiederauftauchen beweist. Solche Befunde bietet auch der Rausch. Das gewissermassen capriciöse der Erinnerung verleitet bald zu dem Vorurteil: »nicht gemerkt«. Dass sogar eine Erinnerungsstörung, die sich bis zur Asymbolie steigert, auf einer blossen Associationshemmung beruhen kann, zeigt folgender Hinweis: »Depersonalisation« ist nach *Heymans* (13) »ein schnell vorübergehender Zustand, während dessen alles, was wir wahrnehmen, uns fremd erscheint«. Eine »Herabsetzung der psychischen Energie, eine Erschlaffung der Aufmerksamkeit« liegt hier angeblich zu Grunde. Wir haben also kein Recht etwa in Hinblick auf die vorhandene schwere Degeneration des Zentralnervensystems dem Gehirn der Korsakoff-Patienten eine Art mangelnder Plastizität für Eindrücke zuzuschreiben.

Dass auch positiv hier im übrigen eine Associationsverlangsamung erscheint, tritt in der erwähnten Auffassungsstörung hervor.

Der Schluss also auf Haftstörung ist nicht statthaft: wir glauben auch, dass er falsch ist. Dies beweist die weitere Beobachtung der Patienten in späterer Krankheitszeit. *Korsakoff* berichtet: »Der Patient vergass augenblicklich alles, aber 1 oder 2 Jahre später begann manches von dem, was längst vergessen schien, wieder von Zeit zu Zeit im Bewusstsein aufzutauchen«; die Confabulationen enthalten des Weiteren auch rein oder korrumpiert anscheinend nicht Gemerktes.

Die Merkfähigkeit steht gegenüber als Fähigkeit, neues Erfahrungsmaterial zu sammeln, der Fähigkeit altes zu behalten. Sie steht gegenüber der Fähigkeit demnach Erinnerungsbilder mit einer Wahrnehmung zu verbinden. Also steht sie überhaupt nicht letzterer Fähigkeit streng genommen gegenüber, denn dann ist der Vorgang des Merkens prinzipiell derselbe wie der des Auffassens, der Vorgang des Merkfähigkeitbeweizens derselbe wie der des Erinnerns. Prinzipiell ist es gleichgültig, ob man sich alter oder neuer Dinge erinnert. Wenn *Spencer* sagt: »Gedächtnis ist werdender Instinkt«, so könnte man wohl auch sagen: »Merkfähigkeit ist werdendes Gedächtnis.« Was wir prüfen, wenn wir Merkfähigkeit prüfen, ist jedenfalls die Fähigkeit der Patienten, sich zu erinnern.

Unter dem weiteren Begriff »Auffassung«, – des Schemas einer Erinnerung oder auch des Paradigmas, – fiel die primitive Auffassungsfähigkeit, die Merkfähigkeit, Gedächtnisfähigkeit. Wir suchten uns oben die zweifellos nur geringe Auffassungsstörung bei unserer Krankheit und

ihren Gegensatz zu der enormen Merkfähigkeitsstörung damit zu erklären, dass, da die Verbindung von Wahrnehmungs- und Erinnerungsbild sehr eng bei dem aufzufassenden Objekte, freier und locker bei dem zu merkenden ist, die Verbindungsstörung schon einen hohen Grad erreicht haben muss, ehe die Auffassung leidet. Ähnliches dürfte den konstatierten Gegensatz erklären: hohe Merkstörung, geringe Gedächtnisschwäche; hier die engen, dort die freien Verbindungen. Die Auffassungsverbindungen sind die festesten und ältesten, die Gedächtnisverbindungen weniger fest und alt. zuletzt die Merkverbindungen, – was aber nicht unbedingt richtig ist; Interesse, physische Anlage etc. stellen Variationsbedingungen.

Es sind in neuerer Zeit über Merkfähigkeit eingehende Studien gemacht; grössere von Experimenten gestützte Arbeiten liegen von *Ranschburg* (25) und von *Finzi* (7) vor. Sie geben Näheres über das Verhalten des Merkeindrucks im psychischen Prozesse; sie zeigen den Merkeindruck in seinen einzelnen Phasen und auf verschiedenen Gebieten. – Da wir uns nur Auffassungen erinnern, so ist es erklärlich, dass »alle Bedingungen, die geeignet sind, die Stärke und Schärfe von Eindrücken abzuschwächen, auch die Merkfähigkeit herabsetzen«. Solche Bedingungen sind nach *Kräpelin* (18) Erschwerung der Auffassung, Ablenkbarkeit. Die Ablenkbarkeit setzt die Merkfähigkeit herab, weil sie die Auffassung erschwert. Denn es bedarf zur wirklichen Auffassung, zur Association aller für den Begriff wesentlichen Erinnerungsbilder einer gewissen Zeit, einer

Expositionsdauer. Bei den Personen, die *Finzi* (7) untersuchte, war die Zahl der richtigen Einprägungen nach verschiedener Expositionsdauer am grössten; bei der einen nach 4", der zweiten nach 6", der dritten nach 15", bei einer nach 30".

Durch den Alkohol, 30 gr, werden nach *Kräpelin* innerhalb 0"-60" die richtigen Einprägungen vermindert um 15%, die falschen vermehrt um 72%.

Es soll beim chronischen Alkoholdelir die Herabsetzung der Merkfähigkeit auf allen Sinncsgebieten gleichmässig sein (4). *Gefragt muss hier* werden: Können wir überhaupt ein einzelnes Sinnesgebiet prüfen? Können wir, wie die Schärfe des Auges, die Feinheit des Ohrs, auch die Gedächtnisse dieser Sinne prüfen? *Von Tschisch* (31) will den niederen Sinnen folgende Gedächtnisgradskala zuweisen: am schlechtesten der Raumsinn der Haut, besser der Ortsinn, dann Drucksinn, muskuläre Empfindungen, aktive Bewegungen, höhere Sinnesorgane. Der Merkakt setzt zweifellos einen Auffassungsakt voraus; wenn wir aber auffassen, associieren wir, wenn wir uns also erinnern, um Merkfähigkeit zu beweisen, so brauchen wir uns nicht grade mit dem Sinneszentrum zu erinnern, das der Merkreiz gereizt; der Merkreiz hat ja durch die Associationsanregung auch sonst Spuren hinterlassen und sich vielfach verankert. Der Reiz resp. die physische Erregung bleibt nicht lokalisiert. Jedes einzelne Individuum hat seine private Mnemotechnik und stützt sich auf Erinnerungsbilder, auf deren Associabilität es sich nach seinen Erfahrungen

verlassen kann (die Appzeptionsmassen der *Herbartianer*); auf bestimmte Gedächtnisspuren zentrieren sich bei dem einzelnen die Reize besonders. Dieses Hinausströmen und Verbreiten des Merkreizes konnte *Hermann Schneider* (30) bei seinen Untersuchungen über die Merkfähigkeit bei Altersdemenz schön beobachten. Die Worteinprägung nach vorausgegangener Exposition eines optischen Merkreizes etwa Hessen die Antwort erkennen: Die »Trommel« schlug zum Streite, die »Fahne« flattert hoch im Wind; und evident kam sie zum Vorschein, wenn statt »Pfeffer« »Käfer«, statt »Hund« »Bund« geantwortet wurde. Solche Associationsfähigkeit erklärt es auch, warum, wie *Ranschburg* (25) fand, »das reifere Alter sowohl Umfang als auch Sicherheit sämtlicher Spezialgedächtnisse vermehrt«: Der junge Mensch vermag das Merkmaterial nur schlecht in sich zu verankern, weil er über zu wenig Erinnerungsbilder verfügt, ihm nicht viele sichere Associationen zu Gebote stehen. Demnach können wir kein isoliertes Sinneszentrum prüfen, selbst dann nicht, wenn wir sinnlose Silben, Zahlen etc. merken lassen, die etwa als reine akustische oder optische Merkreize auftreten sollen. Im übrigen ist es ja auch nicht einmal ausgemacht, ob die Spuren grob auf Sinneszentra lokalisierbar sind, die spezifisch auf Reize reagieren. *L. Hermann* (12) sagt: »Insbesondere ist die Behauptung unerwiesen und selbst unwahrscheinlich, dass die sensuellen Erinnerungsbilder an bestimmten Stellen, und zwar in den betreffenden Sinnessphären der Rinde ihr materielles Substrat haben. – Auch die aus den Erschei-

nungen der Aphasie abgeleiteten Spekulationen über den Sitz sprachlicher und begrifflicher Erinnerungsbilder sind unbefriedigend.«

Besser als die Prüfungen der Sinneszentra ist jene, die *Ranschburg* (25) übte: Die Prüfung des Wort-, Personen-, Farben-, Orientierungs-, Namen-, Zahlen-Gedächtnisses. Der Associierung, der individuell beliebigen Sicherung des Merkeindrucks werden hier nicht die geringsten Schranken gesetzt; diese Methode ahmt den natürlichen Merk-vorgang nach.

Die Resultate *Ranschburgs* wie auch *A. Diehls* (6) bestätigen im wesentlichen, dass die Merkstörung zunächst die weniger associablen Reize betrifft, dass das Wort-, Namen-, Personen-Gedächtnis bei den geprüften Kranken und Gesunden zunächst zu leiden scheint. *Boldt* (3) findet aus der Merkprüfung von 50 Personen – und zwar: 13 Normale, 12 Paralytiker, 4 Taboparalytiker, 4 Lues cerebri, 5 epileptische Demenz, 1 postdiabetische Demenz, 2 alkoholische Demenz, 1 Korsakoff'sche Psychose, 2 Hysterie, 1 Imbecillität, 1 Dementia paranoides, – dass am stärksten das Zahlengedächtnis leidet, dann die Merkfähigkeit für sinnlose Worte, dann für Namen. *Kräpelin* konstatiert als sehr beachtenswert die Tatsache, dass bei diesen Versuchen die sonst überall hervortretende Übungswirkung gänzlich ausblieb; sie beruhe eben auf dem Haften von Spuren der vergangenen Tätigkeit. Diese Begründung können wir nicht anerkennen, es wird erstens schlecht aufgefasst, sodass es nie zur völligen Associationsentwicklung kommen kann,

also auch nicht zur Übung. Und wie wir oft gesagt haben, wissen wir von einer Haftstörung nichts.

Die vorliegende Vorstellungshemmung war dadurch charakterisiert, dass keine oder zu wenig Erinnerungsbilder associiert wurden. Es treten nun die zusammengehörigen Erinnerungsbilder dann nicht zusammen auf, wenn ihre Verbindung gelockert ist: Diese Lockerung der Verbindung unter den Vorstellungen resp. Erinnerungsbildern liegt aber vor, wenn nur wenige, oder etwa eins, sich jedesmal beim Besinnen einstellen. Es liegt aber eine völlige Dissociation der Vorstellungen vor, wenn bei der Vorstellung, etwa eines Jahresdatums, sich gar keine Erinnerung associiert. Wir haben dann ein völliges Versagen der Erinnerung, etwa betreffend der eigenen Erlebnisse und ihrer Zeitfolge, vor uns. Wenn jetzt Vorstellungen auf dem Boden solcher Dissociation auftauchen, d. h. durch irgend eine Wahrnehmung associiert werden, so wird *von* keiner Vorstellungsverbindung aus eine Kritik möglich sein an jenen auftauchenden Vorstellungen, da ja keine fest mit einer andern, insbesondere mit einer Zeitvorstellung, verbunden ist. Es kann wirklich Erlebtes falsch angesetzt, dislociert werden; es kann Erträumtes, Erlesenes, Halluziniertes als erlebt angesprochen, verwechselt, »commutiert« werden.

Die Dissociation der Erinnerungsbilder, die Gedächtnisschwäche, kann verschiedengradig sein bei der Korsakoff'schen Psychose. Es kann das alte Gedächtnis gut zur Verfügung stehen, es kann zu einer völligen Verwirrung der Erinnerung kommen, es können manche Lebensab-

schnitte wie ausgelöscht erscheinen. Für den letzteren Fall ist charakteristisch das allmähliche Fortschreiten der Einbusse der Erinnerungsbilder von der jüngsten Vergangenheit zur ferneren Vergangenheit (*loi de la regression Ribot*). Es ist oben bei der Erörterung der Beziehung zwischen Auffassungs-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung darauf hingewiesen, dass eine gewisse Parallelität besteht zwischen der Enge der Verbindungen und ihrem Alter, welche Parallelität zum Teil die hochgradige Merkstörung erklärt, die weniger hochgradige Gedächtnisstörung, die geringgradige Auffassungsstörung. Daraus erklärt sich natürlich auch die retrograde Amnesie. Dass diese Amnesie sich bestimmt lokalisieren kann, beweist *Liepmanns* (4) Patient, der 30 Jahre vergessen hatte, über die Zeit vorher aber wohl orientiert war. Eine völlig bestimmte Abgrenzung des Erinnerungsdefektes aber findet gewiss nie statt; wie *Bonhöffer* bemerkt, wird das Individuum nicht auf juvenile Stufe gedrückt trotz seines Gedächtnisdefektes; das Individuum behält den Charakter der Reife, d. h. es assoziiert, wie es in dem sonst vergessenen Lebensabschnitte zu assoziieren gelernt hat.

Gedächtnisschwäche ist Voraussetzung der Confabulation; Confabulation kann notwendig nur den Abschnitt des Lebens betreffen, für den sich keine festen Associationen bieten, sondern Dissociationen.

Die Zeichen der Confabulationen ergeben sich aus der das ganze Bild der Korsakoff'schen Psychose charakterisierenden Associationsschwäche. Eine geringgradige Disso-

ciation der Vorstellungen ist normal, d. h. es ist normal, dass bei einer Wahrnehmung nur ein Erinnerungsbild oder ganz wenige associiert werden, nicht der ganze zusammen aufgetretene Wahrnehmungskomplex. Dass dieser ganze Komplex des Urbildes nicht reproduciert wird, versteht sich von selbst, da ja auch nicht der ganze Urbildkomplex aufgefasst wird, sondern der gegenwärtige psychische Inhalt nur für wenig aus der Wahrnehmung im Augenblick der Wahrnehmung Erinnerungsbilder findet und für noch weniger jene potenzierten Vorstellungsgruppen. Bildlich gesprochen: Es findet eine Auswahl aus der Wahrnehmung statt. »Wir« haben eine Perspektive zu »unserer« Wahrnehmung. Wird schon bei der Auffassung ausgewählt, umsomehr bei der Reproduktion. Mit jeder erneuten Reproduktion aber verändert sich zugleich die Verbindung der Erinnerungsbilder bis zur Stärke einer primitiven Auffassung und leidet die Vollständigkeit der Erinnerung. So treten eine grosse Menge von Erinnerungsbildern ganz aus ihrem Zusammenhange heraus, entbehren jeder zeitlichen und räumlichen Bestimmtheit, sind dissociert, Fabulationsmaterial.

Auch beim Normalen neigt nun grade die Zeitvorstellung und das Erinnerungsbild des Erlebnisses zur Dissociation (siehe *Höffding*, Psychologie 1887, S. 168: »Die bestimmte Beziehung der Vorstellung auf einen bestimmten Zeitpunkt bezeichnet einen Hauptunterschied zwischen Erinnerung und freier Phantasie«). Dass dies geschieht, ist nicht wunderbar; denn die Vorstellung »1894«

ist ganz lose an die Erlebnisse dieses Jahres gebunden; sie ist völlig äusserlich geblieben; besser schon ist associiert: »es war vormittags«, »im Herbst«. Welche Erlebnisse früher und welche später waren, muss darum auch von Normalen oft erst mühsam rekonstruiert werden mittels verwickelter mnemotechnischer Kunstgriffe. So tritt auch beim amnestischen Komplex besonders dieser Mangel deutlich hervor, und *Bonhöffer* konstatiert, dass besonders der chronologische Zusammenhang der Erinnerungsbilder bei den Korsakoff-Patienten leide. *Korsakoff* berichtet von einem Patienten, den er eben vor seinem Hinausgehen aus dem Zimmer gesprochen hat, und der bei seiner baldigen Wiederkehr angab, ihn vor 1 Jahr gesehen zu haben. Das Wort *Humes* besagt aber ganz mit Recht: »Die hauptsächliche Leistung der Erinnerung besteht überhaupt nicht im Festhalten einfacher Vorstellungen, sondern im Festhalten ihrer Ordnung und wechselnden Stellung.« (Treat. I sect. 3. S. 19). Die Gedächtnisschwäche beruht darum auch zum grossen Teil auf dieser Verbindungsstörung. Es kommt bei Erinnerungsversuchen leicht zur Dislokation fast aller Erinnerungsbilder. Wenn nämlich normaler Weise die Bestimmung der Zeit eines Erlebnisses nicht stattfinden kann, – wir sahen à propos auch oben bei der Diskussion der Merkfähigkeit, dass Zahlen sehr schlecht associiert werden, weil sie der Association zu wenig Angriffspunkte geben, – so wird die Frage: »Wann geschah dies?« schätzungsweise beantwortet, indem die ganze fest associierte Erinnerungsreihe, das Vorher und Nachher, reproduziert

wird und aus dem Inhalt des Erlebten ihm sein Platz zwischen Vorher und Nachher zugeteilt wird. Aber auch diese Bestimmung und Lokalisation einer Erinnerungsvorstellung ist unsern Patienten nicht möglich, weil sie keine Reihen associieren können resp. reproduzieren können. Im Bette liegend können sie angeben, spazierengegangen zu sein, eben von einem Geschäftsgange zurückzukehren, ähnliche nüchterne, gewissermassen frei herumschwimmende Erinnerung zum besten geben. Für diese Erinnerungsfälschungen macht schon *Korsakoff* (17) in einer These treffend »Defekte in dem Prozesse der Ideenassociation verantwortlich, wodurch Verbindungen möglich werden mit Ausfall einiger Glieder der Associationskette, die bei normalen Bedingungen des Seelenlebens für keinen Fall fehlen dürften. Deshalb kommen Pseudoreminiscenzen am häufigsten bei solchen Psychosen vor, welche mit einer Alteration des Processes der Ideenverbindung einhergehen«. Die bloss dislocierten Erinnerungsbilder und die offenkundigen Phantasmata haben eine gemeinsame Wurzel: Letzten Endes sind auch die Räubergeschichten, Begegnungen mit wilden Tieren auf die Verbindungsstörung zurückzuführen, indem an diese Erinnerungen, woher sie auch stammen mögen, nicht das weitere Erinnerungsbild ihrer Herkunft gebunden wird: »In dem und dem Buche habe ich gelesen«, »Im Traume«, »Halluciniert«. So sind auch diese Phantasmata Dissociationsprodukte, sie sind zum andern Teil bedingt durch das chaotische Gedächtnis; denn dem Patienten fehlt jede Handhabe irgendwie von

feststehenden Erinnerungen aus eine auftauchende Vorstellung zu korrigieren. »Eine auftauchende Vorstellung gewinnt den Charakter der persönlichen Erfahrung« und zwar nicht etwa darum, weil die Patienten diese Vorstellung stark gefühlsbetonten, sondern weil sie, auf die Vorstellung »erlebt« vom Arzte hingelenkt, eben diese Phantasmata associierten und demnach als erlebt produzierten. Man kann, da die Patienten ganz unklar über ihre Vergangenheiten sind, ihnen wie *Mönkemöller* (24) bemerkt, Erinnerungen auch suggerieren; man erntet bald ein: »Ach ja, richtig« von ihnen. Besinnen sich die Patienten, nach einem Erlebnisse gefragt, lange, vermögen sie nichts zu assoeiiieren, und associieren sie, vom Untersucher gedrängt, nach einer Weile doch etwas, so kann man wohl mit *Bonhöffer* von einer Verlegenheitsfabulation sprechen. Die Unterscheidung »Verlegenheitsfabulation« und »spontane Fabulation« betrifft die äussere Produktionsweise dieser wahnhaften Vorstellungen. Die Unterscheidung »Dislokation« und »Phantasma« (Commutation) betrifft die Fabulation selbst in Bezug auf ihre Genese.

Was den näheren Inhalt der einzelnen Phantasmata anlangt, so hat *Mönkemöller* (24) darauf hingewiesen, dass manche sich auf Umdeutungen neuritischer Symptome zurückführen lassen. Beispielsweise: der Patient fabuliert, er sässe in einem heissen Kasten; hier associiert die neuritische Hitzeparesthese dieses Bild, das bei der Desorientiertheit des Patienten unkontrolliert bleibt. Ob in dem bestimmten Falle sich immer Empfindungen, und welche

bestimmten, als Ausgangspunkt der Fabulationsgebilde und Situationsmissdeutungen finden lassen, lässt sich einesteils schwer feststellen, grösstenteils aber wird ohne solche Sensation gewiss darauflos fabuliert, sobald der Arzt die Vorstellung: »erlebt« angibt. Die Dislokationen, d. h. Erzählungen alltäglichen Erlebens mit vielen Einzelheiten, überwiegen.

Die Fabulationen der einzelnen Patienten wechseln oft rasch, manchmal aber verharren sie längere Zeit, Wochen hindurch (siehe *Korsakoff*: »Fixierter Wahn«). – Eigentümlich und sehr charakteristisch ist es, dass die Fabulationen, etwa wie im obigen Beispiel von einer einzigen Wahrnehmung ausgehend, keine aphoristische Einzelvorstellungen bleiben. Dies erklärt sich daraus, dass die Patienten zwar völlig desorientiert sind, jedoch in ihren Urteilen und Schlüssen fest associierte Vorstellungsgruppen noch besitzen; wir haben ja schon oben diese auffallende Intaktheit des Rasonnements hervorgehoben. Die Patienten suchen sich nun, gedrängt von diesen festen, tief eingewurzelten Vorstellungsgruppen, ein Bild von ihrer Lage zu machen. Dies geschieht an der Hand der Fabulation. Die Patienten logisieren und systematisieren demnach ihre Fabulationen mit mehr oder weniger grosser Gewandtheit, fabulieren systematisch, sodass die Wahnbildung einen paranoiden Charakter gewinnt. Sie spinnen also eine Fabulation aus, um »sich die Vorgänge, die sie sich nicht deuten können, zurecht zu legen«. (*Mönkemöller* 24). Während eines Monats hielt ein Patient *Mönkemöllers* an der Wahnidee fest,

der Arzt sei ein Polizeileutnant, es handle sich um polizeiliche Verhöre, er sei in einem Wachtlokal. Meist hat der Erklärungsversuch, die systematisierende Fabulation, die Absicht, (24) »die Vergangenheit in möglichst natürlicher Weise mit der Gegenwart in Einklang zu bringen«. Dass das System nicht konsequent ist und auch Lücken hat, erklärt sich zur Genüge aus der Associationschwäche des Patienten, der ja seine eigenen Angaben rasch vergisst.

Ob der Patient von der Realität seiner Confabulationen überzeugt ist, subjektiv sicher ist, an sie glaubt, wird man beantworten können, wenn man sich gegenwärtigt, welche psychologischen Merkmale Überzeugtheit und Glaube haben. Wenn wir von dem Affekthintergrund des Glaubens absehen, so liegt Glaube dann vor, wenn eine Vorstellung so eng an eine andere gebunden wird, dass keine Unsicherheit des Besinnens, d. h. keine Konkurrenz von Erinnerungsbildern entsteht. Es entsteht nun in dem Patienten offenbar keine Konkurrenz von Erinnerungsbildern, weil wie gesagt, jedes, wie es auftaucht, sofort produziert wird; der Patient nach seinen Erlebnissen gefragt, gibt jedem seiner Einfälle das Attribut, – nicht den Affekt, – »erlebt«. Durch tatsächliche Widersprüche in seinen Produktionen wird er nicht irre gemacht, denn er bemerkt sie nicht. Bemerkte er sie, aufmerksam gemacht, so kann er sie ruhig zugeben und ersetzt einen Widerspruch ruhig durch einen andern.

Das Charakteristische dieser eigentümlichen Fabulationen tritt vielleicht schärfer hervor, wenn wir sie mit den

normalen Fabulationen, den poetischen vergleichen. Es handelt sich in beiden Fällen um Verbindungsstörungen: Das wirklich Erlebte wird dislociert; Erträumtes, Erlesenes, Gedachtes, Halluziniertes wird vermengt, commutiert. Nun unterscheiden sich die Korsakoff-Fabulationen von den poetischen nebenbei bemerkt zunächst durch äussere Eigentümlichkeiten der Produzierenden im Augenblick der Produktion: Nach den Erfahrungen *Ribots* (29) (*La phantasie créatrice*): der Dichter mit Erregungssymptomen, »schwachem contrahierten Puls, bleicher kalter Haut, glühendem Kopfe, glänzenden blutunterlaufenen Augen«, der Kranke in völliger Ruhe, legt mit nüchterner Stimme seine Fabulationen hin; hier ein aussergewöhnlicher kurzer Augenblick, dort langdauernder Zustand. Der Dichter, wenn er überhaupt das Gedichtete für erlebt ansprechen sollte, tut dies nur im Augenblicke dieser Inspiration; der Patient glaubt immer an die Realität jeder Fabulation. Und nun der Kernpunkt: Bei der poetischen Fabulation, der poetischen Dislokation und Confusion (Commutation) von Erlebtem, Erlesenen, Geträumten associiert eine Vorstellung, die man auch Zielvorstellung nennen kann, rapide einzelnes von ihr Dislociertes und Konfundiertes; bei der Psychose wird nicht erst von einer gleichsam aktiven Vorstellung aus, durch das Vorherrschen einer Vorstellung, dislociert und konfundiert; die Dissociation ist bei der Psychose primär vorhanden. Ferner geschieht bei der Psychose die Association an eine sich aufdrängende Vorstellung sehr langsam.

Eine Besprechung der Desorientiertheit der Korsakoff-Patienten lässt sich schwer von der Besprechung der übrigen amnestischen Anomalien trennen, weil sie selbst ein Ergebnis dieser übrigen amnestischen Anomalien ist. Einen verschwindend kleinen Anteil an der Desorientiertheit dürfte die Störung der primitiven Auffassung haben. Einen wichtigen Faktor aber stellt die Vergesslichkeit betreffend das jüngst und eben Geschehene, die Merkstörung: Die Patienten wissen nicht, wie sie in dies Haus gekommen sind, was sie selbst tun; sie vergessen weiter die Jahreszahl, das Datum, alle Orientierungsmomente, sind oft über ihren eigenen bisherigen Beruf, ihr Alter desorientiert. Gibt die Auffassungs- und Merkstörung negativ die Faktoren der Desorientiertheit, so die Confabulation positiv die Faktoren der Situationsmissdeutung. Die Situationsmissdeutungen geben sogar meist den Boden der ferneren Fabulationen ab, bilden den Kern der paranoiden Systembildung.

Aus der tiefgreifenden Gedächtnisstörung lässt sich schliesslich auch die Verwirrtheit der Patienten erklären. An kaum eine Wahrnehmung oder Vorstellung associiert sich eine Erinnerungsreihe. Längere Reihen können selbständig überhaupt nicht gebildet werden. Die eben vorgebrachte kurze Vorstellungsreihe verschwindet rasch wieder, und so löst, meist über dem Tenor eine Situationsmissdeutung, eine confabulatorische Vorstellungsreihe oder -fragment das andere ab. Diese Vielheit von zusammenhanglosen Vorstellungen, der Mangel einer Zielvorstellung charakterisiert die Verwirrtheit. –

Wir fassen, ehe wir zur Schilderung und Erläuterung eines Falls von chronischem Alkoholdelir (Korsakoff'sche Psychose) übergehen, das Gesagte zusammen.

1) Der amnestische Symptomenkomplex wird gesetzt durch eine Störung in der Verbindung der Vorstellungen.

2) Aus dieser Associationsstörung (oder Associationsverlangsamung oder -hemmung) lässt sich die Auffassungsstörung, die Merkstörung, die Gedächtnisstörung, das Confabulieren, die Desorientiertheit, die apathische Verwirrtheit ableiten.

3) Die Ursache dieser Störung (physiologisch) kann nicht angegeben werden, da über die Gedächtnisspuren sowohl wie über die Association nichts angegeben werden kann.

Anamnese

E. F. G., Landwirt, 54 Jahr alt, ev.; Familienanamnese o. B.

Von sehr guter körperlicher und geistiger Veranlagung. 1875 verheiratet, 4 Kinder, glückliche Ehe. In seiner Gemeinde als Waisenrat in geachteter Stellung. Allmählich zunehmender Alkoholismus. Seit 4 Jahren sollen schon Hallucinationen bestehen. Nach Angabe von Sohn und Schwiegertochter hatte G. vor 2 Jahren das »Delirium«, seit 1 Jahr Ascites und Ödeme, die sich in Krankenhausbehandlung bessern. Seit der Zeit des »Deliriums« soll er »nie ganz richtig« gewesen sein. Je nachdem er mehr oder weniger trank, wechselte sein geistiger Zustand. Wenn er

viel getrunken hatte, äusserte er Eifersuchtsideen, deren Grundlosigkeit er in Zeiten geringerer Alkoholexcese zugegab. Unter dem Einflüsse der Abstinenz traten Juli 1904 plötzlich Verwirrtheit, Mangel des Orientierungsvermögens, motorische Erregung, Unruhe, Schlaflosigkeit, Temperatursteigerung auf. Am 18. Juli wird G. in der Klinik aufgenommen.

Befund und Verlauf

18. 7. 04. Befund aufgenommen von Dr. Schragenhein. Patient ist freundlich gestimmt, folgt willig zur Abteilung.

Körperlich: ein alter, gut gebauter und freundlich dreinschauender Mann von gebräunter Hautfarbe. Herz, Lunge o. B.; Conjunction leicht gelblich verfärbt, Leib wenig aufgetrieben. Urin o. B. Grobe Kraft der Arme gering; Gang unsicher. Keine Lähmung oder Atrophie. Geringer Tremor der Zunge und der Hände. Sensibilität: Nadelstiche werden bei Beginn der Prüfung nicht gespürt; aber prompt angezeigt, als Patient seine Aufmerksamkeit darauf richtet. Druck auf den Erbschen Punkt scheinbar sehr schmerzhaft, ebenso auf die oberflächlichen Ischiadicuspunkte, auf den Radialispunkt, weniger auf den Ulnaris und Peroneus (Köpfchen der Fibula). I. Trigeminusast sehr schmerzhaft, III. wenig, II. nicht. Starker Romberg. Reflexe: Pupillen reagieren auf Lichteinfall und Converganz. Patellarreflex auslösbar, Cremasterreflex fehlt.

Psychisch: Patient kann sich nicht orientieren; hält den Arzt für einen Bekannten, mit dem er vor kurzem nach Schopfheim gefahren sei; sei hier in Colmar auf einer Hochzeit; es sei Februar, 6° Kälte. Die Antworten erfolgen prompt und freundlich; Patient ist in bester Laune. Er will erst 29 Jahre alt sein, gibt dann aber sein Geburtsjahr und Alter richtig an. Werden einzelne Fragen nach kurzer Zeit wiederholt, werden sie anders beantwortet. Ist Patient unbeschäftigt, verlässt er das Bett, durchzieht mit schwankendem Schritte das Zimmer, lässt sich jedesmal ruhig wieder ins Bett legen. –

19. 7. Hält den Arzt für einen anderen Bekannten; will am frühen Morgen schon das Vieh gefüttert haben, darauf Heu gemacht. Wie alt? »24 Jahr.« Wann geboren? »55, oder 50.« Wann beim Militär gewesen? »Anno 50.« Sind sie krank? »Es könnte möglich sein; es sind 2 Jahre, dass es mich gepackt hat.« Wo, hier? »Im Höhlenwirthshaus in Hasel.«

23. 7. Fühlt sich krank (grobe Rasselgeräusche auf beiden Lungen), hält den Arzt für den Pfarrer, der ihm Sterbesakramente reichen will; dankt gerührt, nimmt gefasst Abschied.

24. 7. Zunehmende Verwirrung. Verlässt oft das Bett, um nach den Tieren zu sehen, die im Zimmer umherlaufen.

2. 8. Klagt heute unter Tränen, ihn drücke ein Sittlichkeitsverbrechen, das er alter Mann noch an einem Mutterkalb begangen habe. Lässt sich aber schnell begütigen.

19. 8. Will zur »Musterung« und verlässt darum häufig das Bett. Stimmung dauernd heiter, nur abends oft etwas

gerührt. Vorübergehend über diffuse Schmerzen in den Gliedern geklagt.

25. 8. Patient erkennt bisweilen den Arzt.

6. 10. Patellarreflexe fehlen. Druckempfindlichkeit am Ischiadicus und Femoralis. Pupillen (Untersucher Dr. Bumke) zeigen starke absolute Trägheit.

1. - 10. Novbr. Temperatur Steigerungen bis über 30°. Auf beiden Lungen feuchte Rasselgeräusche, Dämpfung rechts hinten bis zum untern Scapularwinkel; abgeschwächter Pectoralfremitus.

Pupillen reagieren ziemlich gut auf Convergenz, weniger ausgiebig auf Licht.

Urin o. B.

Weiterer Befund und Verlauf (Referent).

I. Exploration

24. 11. 04. Erkennt den Referent nicht, fragt höflich, mit wem er das Vergnügen habe und freut sich, den Referenten kennen zu lernen. Weist den Wärter an, als der Referent am Bett steht, einen Stuhl zu besorgen und schilt den Wärter wegen einer Unaufmerksamkeit. Als Referent behauptet, ihn zu kennen und zum Beweis dafür ihn beim Namen anredet, besinnt sich Patient lange und spricht den Unterredner für einen Bekannten an, mit dem er vor 2-3 Jahren im Wirtshause zu Hasel gesessen habe; es sei eine flüchtige Bekanntschaft gewesen; Näheres wisse er nicht mehr.

Er will hier in Hasel sein; das Jahr ist 1856, Herbst. Er selbst sei geboren 1856. Er sei 1870 im Kriege gewesen, (ist richtig), gibt richtig das Regiment an. Gleich nach dem Kriege habe er sich verheiratet, im Jahre 1856. Auf den Widerspruch aufmerksam gemacht, erklärt er lachend, das könne nicht stimmen, Referent solle in seinen Papieren nachsehen. Über geographische Verhältnisse ist er hinreichend orientiert. Aber der Kaiser, der jetzt regiert, heisse Friedrich V., er kenne ihn selbst, er habe ihn im Kriege gesehen. Die Religionen kennt er. Luther hat die evangelische Religion gestiftet; er habe Luther vor rund 20 Jahren gesehen, in Freiburg i. B. Gesprochen hat Patient nicht mit ihm, denn er kann sich doch nicht als einfacher Landwirt vor Luther hinstellen. Luther war ein starker kleiner Mann mit fester Stimme, es war ein grosses Gedränge um ihn. Rechnen kann er mit dem kleinen Einmaleins sicher, aber nicht schnell; er wiederholt stets mit lauter Stimme die Frage. Grössere Aufgaben kann er überhaupt nicht lösen; 6×13 soll gelöst werden: Patient rechnet $6 \times 10 = 60$, dann $6 \times 3 = 18$; und sagt dann: »Macht 18.« Auf die vorzunehmende Addition aufmerksam gemacht, rechnet er noch einmal, vergisst aber dann den ersten Summanden und verlangt nach Papier.

Wieder gefragt, wo er sei, antwortet er: »In Todtmoosau, im Wirtshaus.« Referent sei Notar, mit dem er sich über allerlei Ernstes unterhalte. Er ist um 10 Uhr morgens von Hasel hierher nach Todtmoosau gefahren, jetzt ist es 12 Uhr. »Aber haben Sie denn noch kein Mittag gegessen?« Ja

richtig, zu Hause schon; jetzt ist es 5 Uhr nachmittags und er wolle Kaffee trinken.

Patient folgt aufmerksam den Fragen und Einwendungen des Referenten, lässt sich durch Zwischenrufe der andern Patienten, durch Eintreten des Wärters, Hereinbringen des Kaffees, Anzünden des Lichts nicht ablenken.

Er fasst prompt auf, was er gefragt wird, versteht die vorgehaltenen Widersprüche augenblicklich und ohne Mühe. Als Referent ihn mehrfach absichtlich missversteht, korrigiert Patient ihn.

Nur das zur Frage gehörige wird geantwortet, – ein oder zwei Sätze, – darauf sieht Patient den Unterredner an und erwartet neue Fragen. Die Antworten werden mit unbedenklicher Sicherheit gegeben.

25. 11. Patient erkennt den Referent nicht wieder. Aufgefordert, sich doch zu besinnen, meint er: »Ach, Sie sind der Herr Notar. Ja wohl, ich kenne Sie, kenne Sie ganz genau, Herr Notar«. Beginnt zu weinen, und während des Folgenden schlägt er bald einen feierlichen Ton an, bald schluchzt er halbe Minuten lang vor sich hin. Referent will angeblich ein Testament verlesen, das eine jüngst verstorbene Verwandte hinterlassen hat. Wir sind hier auf dem Rathause von Hasel. Er sei heute morgen hierher gekommen, nachdem er gestern vorgeladen worden sei. Er beschreibt genau seinen Weg von zu Hause bis zum Ratslokal; getroffen hätte er unterwegs keinen. »Aber wie kommen Sie denn dazu, im Bette im Rathause sich aufzuhalten?« Ja, das sei in Hasel Mode; das käme öfter vor, wenn es Not täte; er sei

ja auch krank, habe Knochen- und Gehirntuberkulose. Patient wird einer Auffassungsprüfung unterworfen: Schlüssel, Streichholzschachtel, Bücher, Kartenspiel, Photographien werden sofort als solche erkannt; ebenso vielerlei Gerät in einem Bilderbuche, Haustiere und einige wilde Tiere. Patient weiss auch, was mit dem Schlüssel der Schachtel etc. zu tun ist. Mit dem Löwenbild verbindet er nur das Wort »Löwe«; was das für ein Tier sei, was es treibe, weiss er nicht. Gefragt: »Kräht der Löwe?« antwortet er: »Er brüllt.« Die weitere Associationsprüfung setzt Frage und Antwort nebeneinander:

hell - dunkel	kalt - weiss
dunkel - schwarz	warm - ist auch weiss
weiss - schwarz	leise - Leute
rot - grün	laut - eine recht feste Stimme
gelb - gelb	Schlaf - Anfall, Schlaganfall
blau - grau	Gesetz - das preussische
rauh - schwarz	bitter - schwarzer Kaffee
glatt - sehr glatt	salzig - Kornsäck (hat Salzsäck verstanden)
fest - recht fest	süss - leise
hart - mürb	schmerzhaft - Zahn
weich - schwarz	kitzlich - Gips
durstig - Wirtshaus	schön - Wein, nein Bier
Kanonen - Donner	Infanterie - in Frankreich und in Deutschland
Zorn - die Katz(»Warum?«)	(sie hat mal eine Wurst vom Schrank genommen)

Liebe – die Liebe

Kaffee – das ganze Dorf trinkt jetzt Kaffee

Bürgermeister – der alles regiert im ganzen Dorf

Waisenrat – das bin ich

26. 2. Patient hat Referent schon einmal gesehen, weiss nicht, wann und wo. Referent sei ein verständiger Mann vom Vieh; richtig der Tierarzt. Wir sind hier *auf* dem Schiff in Nordamerika. »Wie kommen Sie zu der Ansicht?« Es schaukelt fortwährend. Die Bäume draussen beweisen, dass wir im Hafen sind. Welches Jahr? Weiss er nicht, 1856 oder 1904 ist es aber nicht. Heute morgen ist er von St. Louis fortgegangen, nachdem er dort glänzend gefrühstückt hatte, beschreibt das Frühstück, Chokolade etc. Es sei ein Weg gewesen wie von Hasel nach Basel so lang. Er ist vom Hasler Verein nach Amerika zum Viehverkauf geschickt; vor 4 Monaten ist er von Hasel aufgebrochen. Die Leute, die hier liegen, sind Kranke, die gemessen werden, damit ihre Temperatur mit der des Viehes verglichen werden könne; dies geschieht, damit das Vieh die richtige Temperatur behalte. Das Vieh liegt weiter unten im Schiffe; er hat es heute schon gesehen und auch blöken hören. Referent solle sich gleich mal das Vieh ansehen. Referent ist nicht Arzt für Menschen. Der Doktor war heute schon da, ein grosser Herr, heisst Rhein, ein Amerikaner, mit diesem habe er einen Spaziergang gemacht. Es handelte sich in dem Gespräche um den Verkauf eines Bettes, das in der Nebenkajüte steht, und das von einem Agenten in

Deutschland gekauft ist; der Doktor interessiert sich für dies Bett, Patient hält auch noch 1 Stunde, während derer Merkprüfungen gemacht werden, an der Situationsmissdeutung fest: »Ich kann jetzt nicht lesen, es ist dunkel auf dem Schiff, die Laternen sollen angesteckt werden.« Es wird eine Merkprüfung vorgenommen.

Als Objekte werden bunte Farbenblätter benutzt, Zahlen (schwarz auf weiss), Bilderbücher bunt und unkoloriert, ein geistliches Gesangbuch. Es werden die Objekte nur angesehen, nicht laut benannt. Der Patient wird darauf aufmerksam gemacht, dass er bald nach den gesehenen Dingen gefragt werden wird. Nach einem verschieden lang gewählten Intervall, während dessen obige Unterhaltung weiter geführt wird, wird gefragt und das Objekt zum Wiedererkennen vorgelegt.

Die bekannten Tiere: Hahn, Hund, Katze, Maus werden nach 1 1/2 Minuten wiedererkannt; gefragt vorher (nach 1 Minute), was er gesehen habe, antwortete er, es sei ihm nichts gezeigt worden; die wiedererkannten Bilder will er vor 1/4-1/2, Stunde gesehen haben. Der Referent wird schon, nachdem er sich bloss mit dem Bilderbuche umgedreht und dem Wärter um Licht gebeten, nicht mehr wiedererkannt. Eine Giraffe wird überhaupt nicht aufgefasst, als sie ihm bezeichnet ist und er laut den Namen nachgesprochen hat, wird sie im Verlauf der Untersuchung noch dreimal vorgelegt. Patient erkennt sie keinmal wieder. Die Tiere sind farbig und farblos im Bilderbuch; Patient weiss sich nicht zu erinnern, ob sie farbig, und welche Farben sie

hatten, sobald das Buch auch nur geschlossen wird; zur selben Zeit weiss er noch, dass es eine Katze etc. war. Das Tun, die Haltung, die Umgebung der Tiere, wie sie auf dem Bilde dargestellt war, soll angegeben werden: Die Katze hat nach dem Patient das Mäuschen mit der rechten Vorderpfote ergriffen, rasch herangerissen und aufgefressen. (Tatsächlich steht eine Katze vor einer Mausefalle, in der eine Maus sitzt). Die Erwiderung, dass auf dem Bild doch nur eins stehen könne, ist ihm nicht klarzumachen. Von einem Baum, den das Bild ganz isoliert gab, wird behauptet: eine Schlange habe sich um ihn geringelt. Diese Schlange wird auch nachher, als er sich keines tatsächlich gesehenen Tieres spontan entsinnt, nach kurzem Besinnen jedesmal angegeben. Fragt man, ob er denn keine Katze und Maus gesehen habe, sagt er: »Ja, es waren viele Katzen da, grosse Katzen und recht kleine.«

(Es liegt immer nur ein Bild der Katze vor).

Von einem Hahn will er auch die Farben kennen, aber er nennt falsche; der Hahn, der ohne Umgebung gezeichnet war, sass nach dem Patienten auf einem kleinen Misthaufen; es sei eine Herme dabeigesessen, die dieser »prächtige Hahn« bespringen wollte. Er gibt genau an, wo die Henne gesessen hat. Fünf Minuten später nach dem Hahn gefragt, soll er sich überschlagen, Purzelbäume gemacht haben und sehr wild gewesen sein. Als ihm jetzt der Hahn gezeigt wird, sagt er, dass er diesen schon gesehen habe, aber dieser war es nicht, den er meine; und er sucht in dem Buche nach dem andern Hahn. Auch die Katze war vorhin eine andere.

Farben erkennt er nach ganz kurzer Zeit nicht wieder. Referent lässt, nachdem er nur einen Schritt an den Tisch gegangen ist, aus den sämtlichen Farben wählen: es wird für Burgunderrot helles Blau wiedererkannt, für Gelb Schwarz. Wenn sofort dieselbe Farbe wieder vorgelegt wird, wird sie gleichfalls nicht wiedererkannt, stricte geleugnet und eine andere gewählt. Patient erkennt die bloss schwarz-umrissenen Tiere, Räume, Geräte rascher wieder, als die farbigen. (Es besteht keine Farbenblindheit). Referent spricht Zahlen vor; Patient darf sie nicht nachsprechen. Nach i Minute: »Was haben Sie sich gemerkt?« Kann sich nicht besinnen. »War es eine Zahl?« »Sechs« (Stimmt). 113 soll gemerkt werden; nach 1 Minute gefragt, was er sich gemerkt habe, antwortet er: »6«. Leugnet 113 völlig ab. 2,7 soll gemerkt werden, Resultat nach 1 Minute: »weiss nicht«. Gibt aber zu, dass er sich eine Zahl habe merken sollen. »9« Merkbjekt, Resultat nach 2 Minuten: »8«. »3« Merkbjekt, Resultat nach 1/2 Minute: »3«. »65« Merkbjekt, Resultat nach 1/2 Minute: »65«.

Die Unterhaltung wird ausgesetzt zwischen den Proben; der Patient sich selbst überlassen, starrt vor sich hin; die Merkergebnisse werden schlechter: Patient leugnet mehrfach, sich überhaupt etwas merken zu sollen; es werden dreimal auf verschiedene Merkerfragen die Antworten: »9« gegeben, und daran die Frage vom Patienten angeschlossen: »Ist's richtig?«

Die Zahlen werden vom Patienten laut nachgesprochen. Das Resultat: Merkbjekt »17«, Resultat »16« (das s in

sechzehn wird lang gezogen und echzehn angefügt) »25«:
(nach 1 Minute) »5«. »99«: (nach 1/2 Minute) »99«. »55«:
(nach 2 Minuten) »99«. »14«: (nach 1 1/2 Minuten) »weiss
nicht«; »war's fünf?« »in«: (nach 1 1/2 Minuten) »in«.

Die Zahlen werden z. T. von einer Tafel für Sehprüfung
abgelesen; nur die gewählte bleibt sichtbar; die Tafel wird
in einer Entfernung gehalten, die der Patient selbst be-
stimmt. Die Zahlen werden nur gelesen, ein »ja« bezeich-
net, dass Patient sie erkannt hat; genannt wird sie nicht.
»2«: (nach 2 Minuten) »2«. »27«: (nach 1 Minute) »27«.
»19«: (nach 1 1/2 Minuten) »weiss nicht«. »55«: (nach 1
1/2 Minuten) »55«. »38«: (nach 1 Minute) »36«. »7«: (nach
2 Minuten) »weiss nicht«. »99«: (nach 2 Minuten) »weiss
nicht«. »1«: (nach 2 Minuten) »weiss nicht«.

Prüfung muss wegen starken Hustens und Brustschmer-
zen des Patienten abgebrochen werden.

27. 11. Patient kennt den Referenten nicht. Er ist hier
im Hafen von St. Louis. Beschreibt seine heutigen Spazier-
gänge. Es gelingt, ihn durch ernste Auseinandersetzungen,
und suggestive Hinweisungen auf das Zimmer, den Wär-
ter, die Bäume etc. glauben zu machen, dass er in Hasel sei.
»Ja, ich habs doch aber gedacht, ich bin in Amerika. – Aber
es wird schon stimmen, wenn sie es sagen.« »Wie heisst
dies Haus?« (Frage des Patienten). Referent: »Aber Sie ken-
nen doch das Wirtshaus Zum grünen Lamm?« Patient:
»Nein, das kenn ich nicht; das muss neu sein. Sie sind
wohl der Besitzer?« Referent: »Ja. Erzählen Sie mir mal, wie
das Haus von draussen aussieht.« Patient: »Ja, das ist ein

schönes grosses Haus mit vielen Treppen. Ein sehr schönes Haus ist es; ein Garten ist auch dabei.» Referent: »Haben Sie schon unsere ›grüne Lammwurst‹ gegessen?« Patient: »Ja, die hab ich schon gegessen. Die sind berühmt überall, Lammwurst.« Referent: »Und wie ist der Wein?« »Er ist teuer in Amerika.« Referent: »Aber wir sind in Hasel.« »In Hasel?« »Ja so; in Hasel ist der Wein gut, nicht teuer.«

Es wird eine erneute Merkprüfung angestellt. Das Bild eines Kindes wird gezeigt, (Photographie), der Name des Kindes: Ernst Martin genannt. Der Name wird laut mehrmals wiederholt von Patient und Referent. Nach 1 Minute wird das Bild wieder vorgelegt; hat das Bild noch nicht gesehen. Es wird dasselbe noch einmal gesagt. Nach einer Minute wird das Bild »vorhin« gesehen; Name nicht erinnerlich. Erneute Einprägung; Vorlegen des Bildes: sie wird wiedererkannt, schon öfter gesehen; Name nicht erinnerlich. »Heisst das Bild August?« »Das kann schon sein.« »Oder Ernst?« fa, das kann auch sein. Ernst wird's wohl heissen.« Erneute Einprägung; Vorlegen: Bild bekannt, Name August. Bild eines jungen Mädchens, es wird der Name Marie genannt. Es wird hinzugesetzt, dass sie in Basel geboren sei, Patient fragt, was sie schaffe; es wird ausführlich erzählt und vom Patienten mit anscheinendem Interesse angehört. Auf den Wunsch des Patienten wird auch der Nachname »Sold« genannt. Das Bild wird fortgenommen. Vorgelegt, wird es nicht erkannt. Erneute Einprägung, wobei Patient dasselbe wie vorhin fragt. Vorlegen nach einer Minute: schon gesehen; sie ist aus Freiburg, Name weiss er

nicht. Erneute Einprägung: Schon gesehen, Name Martha aus Basel: »Ein tüchtiges Mädchen, das überall Bescheid weiss und eine rechte feste Hand hat« (passt auf die Erzählung bei der Einprägung).

Bild eines andern jungen Mädchens; ihr Alter soll gemerkt werden (22 Jahr). Vorlegen; Bild nach 2 Minuten nicht wiedererkannt, Alter 20 Jahr. Erneute Einprägung. Vorlegen, Bild wird erkannt, Alter 21 Jahr. Wiederholung, Alter 21 Jahr.

Bild eines älteren Mannes, Alter 63 Jahr. Ausführliche Erzählung des Lebenslaufes, Charakters etc. Wird nach 1/2 Minute wiedererkannt; Alter: »das haben Sie noch nicht gesagt«. Erneute Einprägung; nach 2 Minuten: »wird schon über 60 sein«. Wiederholung nach 1/2 Minute: »63«.

Ein Apfel wird gezeigt; ein Pfund kostet 15 Pfg. Referent unterhält sich mit Patient über die Höhe des Preises, die Qualität des Apfels. Fortnehmen des Apfels. Wird nach 1 1/2 Minuten wiedererkannt; Preis wird auf 10 Pfg. geschätzt. Wiederholung; nach 1 Minute: Preis 10 Pfg.

Eine Kartoffel, Preis eines Pfundes 4 Pfg. Patient findet 2 Pfg. für den passenden Preis. Nach 1 Minute: Kartoffel wird wiedererkannt, 2 Pfg. Wiederholung; dasselbe Resultat nach 1 Minute. Wiederholung; Hinweis darauf, dass diese Kartoffelsorte besonders teuer sei, denn sie sei sehr fein; sie werde besonders gepflegt etc. Resultat nach 1 Minute; die Kartoffel sei sehr fein, sie kostet 3 Pfg.

Es wird nach dem Vorschlage *Ranschburgs* des weiteren auf Zahlen geprüft; eine Strasse mit Nummer wird genannt;

die Nummer soll bei Nennung des Namens reproduziert werden. »Kaiserstr. 23«. Merkaufgabe wird wiederholt vom Patienten. Resultat nach 1 Minute: negativ, weiss nicht. »Baslerstrasse 7«. Resultat wie oben. »Bergstrasse 12«. Resultat wie oben. Wiederholung, nach 1 Minute Resultat: »11«. Wiederholung, nach 1 Minute Resultat: »12«.-

Die Prüfung wird abgebrochen.

3. 12. 04. Erkennt den Referent nicht. Wir sind in St. Louis. Wir schreiben 1890, er ist 90 Jahre alt. Geboren 1850. Die Zehn Gebote heissen, Hanuar, Februar, März, Januar, Februar. – Er ruft den »Knecht« an, zum Vieh herunterzugehen. »Wo sind wir?« »In Constantinopolitan.« Was er da wolle? Er habe sich trauen lassen, sei hier auch zur Schule gegangen. Das Jahr hat fünf Monate, bis Mai, er kann die übrigen fliessend hersagen. Die übrigen Monate gehören nicht zum Jahre; sie sind dem »ehrwürdigen Fürsten Bismark« – zum Present gemacht. »Und was soll Fürst Bismark mit den Monaten?« Er verleiht sie an verdiente Bürger. Ein Monat sieht lang und schwarz aus. Der Monat hat 38 Wochen, die Woche 12 Tage, der Monat 250 Monat Tage. –

Patient fühlt sich sehr müde. Er hat heute schon Mist abgeladen, ist in die Stadt gefahren, ist vom Wagen auf die Seite gefallen. In welche Stadt? Besinnt sich fast eine Minute. Dann: »In eine grosse schöne Stadt.« »Hasel?« »Nein.« »St. Louis?« »Ja, St. Louis.« Es muss abgebrochen werden, weil der Patient bei jedem dritten Satze einen minutenlangen Hustenanfall bekommt.

5. 12. 04. Hat den Referent schon gesehen. Wo, weiss er nicht. Er glaubt beim Viehverkauf, Referent ist Tierarzt. Erinnert sich eines Besuches von Verwandten den er Tags zuvor gehabt hat; nennt fast jeden richtig bei Namen. Einzelheiten der Unterhaltung mit den Verwandten kann er nicht mehr angeben. Als er wieder einen schweren Hustenanfall bekommt, ruft er den Wärter und sagt: »man solle heim telegraphieren«. Er ist krank, der Doktor war heute schon da. Näheres über das Aussehen des Doktors, den Namen kann er nicht mitteilen. Er ist schon lange krank; die Gedanken kann er auch nicht zusammennehmen. Er ist im Spital in Hasel. Das Telegraphieren hat er bloss gesagt; er meint nach Haus schicken. Draussen lärmen die Kinder – (Patienten, die im Bade schreien). Er ist in den »fünfziger« alt; geboren 1850; es mag jetzt 1895 sein. »Wo waren Sie heute Morgen?« »Habe gelegen.« »Erzählen Sie mir etwas von Ihrem Leben.« Ist im Kriege 1870 gewesen, seine Eltern sind beide tot, er ist Landrat in Hasel und Waisenrat. Er ist ungeduldig, dass er liegen muss, und trägt dem Referent auf, seinem Schwiegersohne auf die Finger zu sehen, dass er recht auf das Vieh achte. Er ist hier im Spital vor 1-2, Wochen schon gewesen, weil er schlecht gehen konnte und arge Schmerzen überall hatte. Es war ein anderes Zimmer als dies; das betreffende Zimmer liegt auf der gegenüberliegenden Seite des Korridors. »Waren Ihre Beine damals dick? « »Ja, es war das Wasser. « »Trinken Sie denn nicht?« »O ja, wenn ich trinken mag.« Es wird eine Prüfung der Merkfähigkeit angestellt. Die Bilderpro-

ben fallen um ein ganz geringes besser aus. Für die Zahlenprobe schlägt Referent sich als Objekt vor; er sei 26 Jahre alt. Patient hält den Referenten für jünger, etwa 22 Jahre. Referent erzählt von seiner bisherigen Tierarztztätigkeit in Basel, Schopfheim und Freiburg, von mehreren Reisen, imponiert schliesslich dem Patienten durch einige Aphorismen über Klauenseuche und Hühnercholera als erfahrener Mann. Nach 1 Minute, während derer Patient sich Bilder ansieht und die Texte liest, wird auf Frage des Referenten das Alter auf 30 Jahre angegeben oder etwas mehr. »Sie sind ein verständiger Mann.« – Buchstaben werden vorgeprochen und nachgesprochen, »r« wird schnarrend von dem Patienten mehrmals wiederholt; nach 1 Minute wird auf die Frage, was er sich gemerkt habe, »r« gesagt. »a«; nach 1 Minute schnarrendes »r«; auf die Frage, ob er sich nicht »a« gemerkt habe, wird geantwortet: »ja, vorher«. »1«, »m« nach 1 Minute richtig. – Buchstaben werden gelesen, nicht genannt, »c« nach 1 Minute: »weiss nicht«, »i« wird zugegeben mit Bestimmtheit. »1« nach 1/2 Minute: »1«. »g« nach 1 Minute: »weiss nicht«, »g« wird für möglich gehalten, »z« nach 1 Minute: »wars d oder b?« »r« nach 1 Minute: »weiss nicht«, »r« ist möglich. – Buchstaben werden gelesen und nachgesprochen, »p« nach 1 Minute: »p«. »z« nach 1 Minute: »z«. »i« nach 1 1/2 Minuten: »weiss nicht«, »wars i?«, »kann sein«, »r« nach 2 Minuten: »weiss nicht«, »wars r?«, »ja«, »m« nach 1 Minute: »weiss nicht«; »m« wird für möglich gehalten.

Buchstaben werden gelesen und nur vom Referenten ge-

nannt. »o« nach 1/2 Minute: »o«. »k« nach einer Minute: »weiss nicht«, »k« wars nicht, »r« nach 2 Minuten: »weiss nicht«, »r« – es blieb eine durch anderes ausgefüllte Pause von 1/2 Stunde zwischen dieser und der letzten »r« Prüfung – nach 1 Minute: »r«. »l« nach 1 Minute: »l«. »e« nach 1 Minute: »i«.

Orientierungsprüfung:

Dem Patienten wird das Gesicht mit seinem Kissen bedeckt. Er soll angeben, was das Fenster, die Tür sei, wo der Referent zuletzt stand, was im Zimmer stände, wo sein eigenes Bett stände. Es wird alles richtig angegeben.

Geruchsprüfung:

Ein Fläschchen Aquae Menthae piper, ein Fläschchen Salmiakgeist, ein kleines Schächtelchen mit Asa foetida, eine Rose, eine Hyazinthenstaude, ein Fläschchen Petroleum, ein Fläschchen Kirschwasser wird als Merkmaterial verwandt, ferner eine Tasse heisser Kaffee.

Salmiak wird gerochen, (lebhaftere Reflex- und Abwehrbewegungen); nach 2 Minuten wird auf Frage geleugnet, etwas gerochen zu haben; Petroleum wird aber abgelehnt, Salmiak gleichfalls. Pause von 10 Minuten. Pfeffermünz wird nach 1 Minute nicht wiedererkannt. Die Rose auch nicht. Pause von 5 Minuten.

Asa foetida wird mit Abscheubewegungen gerochen. Die Hyazinthe wird für das Merkobjekt angesprochen, Asa foetida geleugnet. Pause von 5 Minuten.

Kirschwasser wird nach 1 1/2 Minuten, nachdem Patient den Geruch bei der Einprägung auch richtig diagno-

stiziert hatte, mit der Hyazinthe verwechselt. Kirschwasser wird geleugnet. Pause von 5 Minuten.

Salmiak wird als schon »gerochen« bezeichnet. Petroleum wird geleugnet, Salmiak wieder erkannt. Pause von zwei Minuten.

Kirschwasser schon gerochen. Gefragt nach 1 Minute, was es war, weiss er es nicht. Die Rose (ihm werden beim Vorhalten der Rose die Augen geschlossen) wars nicht, Kirschwasser wars. Pause 5 Minuten.

Kaffee wird (mit geschlossenen Augen) gemerkt und richtig diagnostiziert. Die Hyazinthe (nach 1 Minute) »kann es sein«. Wars Petroleum? »Nein.« Kaffee wird beim Wieder Vorhalten als möglich anerkannt. Pause 2 Minuten.

Die Hyazinthe wird (mit geschlossenen Augen) für eine Maiblume angesprochen. Nach einer Minute gefragt, gibt er die »Maiblume« an. Der Geruch des Petroleums wird abgelehnt. Kaffee gleichfalls, die »Maiblume« anerkannt.

Letzte Exploration

21. 2. 05. Patient kennt den Ref. nicht. Patient ist hier bei seinen Eltern im Hause; beide Eltern leben noch. Die Mutter ist 40 Jahre alt, er auch. Der Vater lebt auch »wenn er nicht im Augenblicke gestorben ist«. Die andern Kranken sind Arbeiter, die gepflegt werden müssen wegen allerlei Krankheiten; nach dem neuen Gesetze müssen sie ja alle versichert werden.

Der Wärter ist sein Schwiegersohn.

$6 \times 3 = 18$; $6 : 3$ geht nicht; $10 : 2$ geht auch nicht; $8 : 2$ geht auch nicht; $2 : 8$ geht auch nicht; $2 + 8 = 10$; $2 \times 8 = 16$; $8 - 2$ geht nicht; $2 - 8$ geht auch nicht; $7 - 3$ geht. $7 + 3 = 10$; $11 + 2 = 13$; $12 : 6 = 6$; $6 : 3 = 6$; $11 + 12 = ?$

Er wird vom Ref. über das Abziehen aufgeklärt.

$7 - 3 = 4$; $12 - 2 = 9$; $8 - 3 + 6$ oder 5 ; $7 - 3 = 10$. Zahlen- und Buchstabenprüfung, ebenso Bilderprüfung wird wiederholt. Bemerkenswert nur folgender Fall: »t« wird vom Ref. genannt, Patient besinnt sich nach einer Minute spontan nicht auf den Buchstaben. Der Buchstabe wird zufällig vom Ref. zum Wiedererkennen nicht genannt. Die nächste Photographie darauf (jenes obige Mädchen Marie) wird mit diesem Namen benannt vom Ref.; nach einer Minute wird »t« genannt bei Vorlegen des Bildes, und Patient behauptet, Ref. hätte das Bild so benannt.

Taktile Prüfung

Objekte: ein Würfel, eine Glaskugel, eine runde Holzsäule eines Baukastens. Es wird mit geschlossenen Augen befühlt. Resultate völlig negativ.

Musikalische Prüfung

Objekte: hohe, tiefe Töne; Intervalle; fremde Liedmelodie, bekannte Liedmelodie.

Es wird teils gepfiffen, teils gesungen, teils auf einem kleinen Xylophon angegeben.

Resultate: hohe und tiefe Töne werden beliebig verwechselt beim erneuten Vortrag zum Wiedererkennen; ebenso Intervalle.

Eine unbekannte einfache Liedmelodie («Was kommt dort von der Höh») wird vom Ref. mit »lala« als Text gesungen; nach 2 Minuten nicht wiedererkannt.

Eine bekannte Melodie («Es braust ein Ruf») wird vom Patienten selbst laut mit Text gesungen. Nach 2 Minuten wird der Liedertext spontan angegeben. »Ich hatt' einen Kameraden« ohne Text gesungen, wird abgelehnt, »Es braust ein Ruf« (ohne Text gesungen) wird anerkannt. Eine textlose Liedmelodie, ein dem Patient bekannter Militärmarsch wird vom Ref. gepfiffen. Nach 2 Minuten wird sie vom Patienten nicht wiedererkannt.

Eine vom Patienten gewählte Liedmelodie, textlos, ein Marsch, wird vom Patienten gebrummt und gesungen. Nach 2 Minuten wird sie spontan vom Patienten nicht wiedergefunden, »Heil dir im Siegerkranz« wird abgelehnt; die vom Ref. begonnene Melodie wird vom Patienten fortgeführt und mit gleichzeitigem Kopfnicken identifiziert.

Betrachtung des Falls

Es sollen im folgenden nur einige für uns wichtige Punkte aus dem beobachteten Stoff hervorgehoben werden. Viele Einzelheiten erklären sich selbst.

Die primitive Auffassung ist, soweit sich dies ohne größeren psychologischen Apparat feststellen lässt, nicht verlangsamt. Es werden alle Gegenstände, Bilder, Farben,

richtig benannt; auch ihre Verwendung, wenn es sich um ihre Verwendung handelt, ihr Tun, wenn es sich um Haustiere handelt, wird richtig angegeben. (25. 11.)

Die Association an vorgeschlagenen Worten (25. 11.) zeigt zu 2/8 Klang, Gegensatzassociation, Association des Reizwortes selbst; die übrigen Antworten geben naheliegende Prädikatsbestimmungen. Diese Prüfung zeigt also eine geringe Breite der Association, die entweder auf einem Mangel von Associationsmaterial, oder einem Mangel in der Vergegenwärtigung des Materials beruhen kann. Die Associationen, die ohne direkte Prüfung im Verlauf der Unterhaltungen beobachtet werden, zeigen dagegen normale Breite, sodass ein Mangel in der Vergegenwärtigung des Associationsmaterials bei den Prüfungen wahrscheinlich ist. Der Hahn der Merkprüfung (26. 11.), – also keiner direkten Associationsprüfung, – erinnert an Misthaufen, Henne etc. Das Schaukeln des Bettes (26. 11.) oder die Einbildung des Schaukelns führt die Association Schiff, – diese wahrscheinlich Amerika herbei. Das Lärmen der übrigen Patienten erinnert an spielende Kinder (5. 12.). Der schwere Hustenanfall bringt auf Heimtelegraphieren (über dem Zwischengliede Abschiednehmen und Sterben).

Weitere Associationsprüfungen, die Prüfung der elementaren Kenntnisse ergibt auf geographischem, historischem Gebiet im wesentlichen Intaktheit. Die Fakta sind vorhanden, aber die Schlacht bei Sedan war am 20. 2. 1870, die Schlacht bei Jena vorher, und so haben alle Zahlassociationen gelitten. Die Prüfung der Rechenfähigkeit ergibt: Das

kleine Einmaleins ist gut associiert; was aber über 10 ist, wird mündlich nicht mehr multipliziert. Das Addieren einstelliger Zahlen (21. 2. 05) gelingt ohne Fehler. Das Subtrahieren gelingt zunächst überhaupt nicht. Patient weiss nicht, wie er es anfangen soll; er addiert entweder oder »es geht nicht«. Belehrt vom Referenten, gelingt es nur mit Fehlern und Rückfall ins addieren. Am schlechtesten geht das Dividieren: Auch hier weiss der Patient zunächst nicht, wie er es anfangen soll; schliesslich rechnet er, aber nicht ein einziges Mal ein richtiges Resultat. Die Ursache dafür ist wohl darin zu suchen, dass das Addieren und das Multiplizieren auch sonst die einfachsten, gewissermassen die primären Rechenfunktionen sind, die deshalb auch am letzten leiden. Die sonstigen Schwächen der Zahlassociationen zeigen unter anderm folgende Angaben: Der Monat hat am 3. 12. 04 38 Wochen, die Woche 12 Tage, der Monat 250 Tage; die 10 Gebote werden mit den Monatsnamen verwechselt (Gemeinsamkeit der Reihe). Bei den Monatsangaben liegen zum Teil Verwechslungen vor (Monat 30 Tage, Jahr 360 Tage).

Das alte Gedächtnis ist bei jeder Prüfung lückenhaft gefunden worden. Im allgemeinen zeigt sich aber bei den Beobachtungen, dass keine konstante Gedächtnislücke, kein zeitlich umschriebener Gedächtnisdefekt besteht. Am 5. 12. 04 will Patient im Spital sein, und erinnert sich der vor 1 1/2 Jahren stattgehabten Krankenhausbehandlung. Am 21. 2. 05 leben jedoch seine schon vor längerer Zeit verstorbenen Eltern noch. Auch beginnt von diesem Punkte

an nicht scharf die Amnesie: Die Eltern leben noch, aber das Arbeiterversicherungsgesetz betrifft eine Zeit nach dem Tode der Eltern (21. 2. 05). Andererseits: Er ist am 5. 12. 04 im Spital, wo er vor 1 1/2 Jahren war, erinnert sich aber aus der folgenden Zeit (vor 4 bis 5 Tagen) der von ihm gemachten Mitteilung, dass heim telegraphiert wurde, und erinnert sich andererseits nicht, dass er schon vorher das Delirium hatte. Ferner ist zu bemerken: Bei allen Confabulationen hat Patient die Formen eines im Menschenverkehr gewandten Mannes, ab und zu mit amtlichem Anstrich (24. 11. 04 Patient ist Waisenrat gewesen); sein Verhalten entspricht immer seinem tatsächlichen Alter und seinem früheren Umgang, nicht seinen Paramnesien. Für die Ansicht, dass der zeitlichen Folge von psychischen Erlebnissen jüngere und ältere Associationsfasern entsprechen, die nach ihrem Alter degenerieren, lässt sich aus diesem Fall jedenfalls nichts heranziehen.

Die Prüfung der Merkfähigkeit suchte trotz theoretischer Bedenken alle Sinne isoliert zu prüfen. Die *Ranschburg'sche* Methode der Versuchs Ordnung wurde teils angewandt, teils dahin erweitert, dass möglichst alle natürlichen Merkbedingungen gegeben wurden; bei einigen Prüfungen wurde versucht, den eventl. Einzelanteil der Sinne an dem Merkresultat zu ermitteln.

Als sehr bemerkenswert ist zunächst hervorzuheben, das Wiederauftauchen von anscheinend nicht Gemerktem. Zweimal war es evident, das dritte Mal wahrscheinlich. Am 21. 2. 05 trat es im Versuche hervor, wo der nicht

gemerkte Buchstabe »t« nach etwa 3 Minuten an eine Photographie associiert wurde, der ein Name zu geben war. Am 5. 12. 04 trat es zufällig hervor, wo das Heimtelegraphieren auf einer richtigen Erinnerung des Patienten beruht. Es waren wegen schlechten Gesundheitszustandes des Patienten seine Verwandten benachrichtigt worden, was vor dem Patienten von Arzt und Wärter mehrere Tage vorher gesagt wurde. Er selbst versteht diese Erinnerung nicht und dementiert sie, weil sie nicht in sein augenblickliches System passt. Es ist wahrscheinlich schliesslich, dass die Angabe desselben Tages, der Arzt sei dagewesen, auf einer richtigen Erinnerung beruht.

Die Merkfähigkeitsstörung ist enorm. Es besteht eine gewisse Parallelität zwischen dem günstigen Ausfall der übrigen Associationsprüfungen und der Merkprüfung eines Tages. An dem auch sonst guten Tag 9. 12. 04 fallen die Bilderproben besser aus als sonst; im übrigen jedoch sind die Schwankungen der Prüfungstage zu gering, um Schlüsse zuzulassen. Ferner betreffend die Beziehung zwischen Intensität der Merkstörung und Gedächtnisstörung, so war an dem Tage, an dem das Gedächtnis am besten war (9. 12. 04) auch die Merkfähigkeit am besten; auch über das Verhalten von Intensität der Gedächtnisschwäche zur Merkstörung ist im übrigen sicheres nicht zu ersehen.

Bezüglich der einzelnen Proben: Es zeigte sich bei der Zahlenprüfung am 26. 11., dass der Patient besser merkt, wenn er sich zwischen den Proben unterhält und aufmerken muss, um vieles aber schlechter merkt, als er sich

selbst überlassen wurde. Hier scheint die Wichtigkeit der psychischen Anspannung, des Aufmerkens hervorzutreten.

Spontan wird mehrmals die Zahl erst angegeben, als gefragt wird, welche Zahl er sich gemerkt habe, während die Frage, was er gemerkt habe, keine Erinnerung auslöst. Patient gebraucht also diese Nachhilfe zur Association. Nach einer halben Minute sind alle Merkergebnisse richtig, nach eine Minute viele falsch, nach 1 1/2 Minuten die Mehrzahl falsch, nach 2 Minuten nur 1 richtig. Die Verbesserung der Merkergebnisse durch Associationsstützen zeigen folgende Beobachtungen: Gut merkbare Zahlen wie 111 und 55 werden zum Teil noch nach 1 1/2 Minute reproduziert, wo schlecht merkbare ausfallen. Andererseits wird auch die gut merkbare 1 nach 2 Minuten nicht mehr erinnert. Wird vom Patienten die Prüfnzahl nachgesprochen, so tritt an den Fehlern das Merken vermittels Klangbilder hervor, was beim Vorsprechen durch den Referenten allein nicht der Fall war. Beim Prüfen mittels Photographien, Kartoffel, Äpfel, zeigt sich, dass ausführlichere Beschreibung und Debatte die Merkfähigkeit unterstützt.

Die Buchstabenprüfung zeigt im wesentlichen: Bloss gelesene Buchstaben werden schlechter gemerkt als gelesene und zugleich gehörte, diese nicht besser als gelesene und zugleich selbst laut gesprochene. Gut merkbare Buchstaben a z werden in zwei Fällen nicht gemerkt. Evident hat Patient, abgespannt, die leichte Merkbare nicht erfasst. Das Buchstabengedächtnis ist schlechter als das Zahlengedächtnis, was sich leicht verstehen lässt.

Die Merkfähigkeit für sinnlose Worte ist nur an zwei Proben zu ersehen; trotz mehrfachen Einprägens, möglicher Ausdehnung der Associationsbreite durch Erzählung etc. gelingt es beidesmal nicht, ein positives Resultat zu erzielen.

Was den optischen Sinn anlangt, so frappiert aufs Höchste die Störung der Merkfähigkeit für Farben; die Merkfähigkeit für Farben ist auch beim Normalen gering, besonders beim Mann. Dass unkolorierte Bilder besser gemerkt werden als kolorierte, hat wohl seinen Grund in der Aufdringlichkeit der Farben, wodurch die Einprägungskraft der blossen Form verringert wird. Bilder werden, wenn sie Bekanntes geben, noch nach 1 1/2 Minuten wiedererkannt, und zwar alle, während fremdere nach kürzester Zeit trotz wiederholter Einprägung nicht identifiziert werden. Nähere Einzelheiten der Bilder werden nicht mit reproduziert. Spontan ferner wird das später wiedererkannte Bild nicht reproduziert oder bezeichnet. Die Merkfähigkeit für Bilder ist besser als für Zahlen. Die Ursache dafür die offenbar grössere Associabilität der Bilder.

Die Prüfung der Merkfähigkeit des Tastsinns fiel gänzlich negativ aus; abgesehen davon, dass die Merkfähigkeit des Tastsinns auch beim Normalen nicht hoch entwickelt ist, dürften neuritische Taubheitsempfindungen in den Händen für den negativen Ausfall mit verantwortlich gemacht werden.

Die Geruchsprüfung frappte fast ebenso wie die Farbenprüfung; das scharfstechende Salmiak wird nicht ge-

merkt, nach 1 Minute die scheusslich stinkende Asa foetida mit der Hyazinthe identifiziert; der Ausfall betrifft auch die vielleicht leichter merkbaren Gerüche des Pfeffermünz, Kirschwassers, Kaffees.

Die Confabulation bedient sich der alltäglichen Erinnerungen zum grossen Teil. Was bei den einzelnen Fabulationen auf Dislokation und was auf Commutation beruht, lässt sich bei der unvollständigen Anamnese nicht entscheiden. Nur in einem Falle liess sich ein möglicher Ausgangspunkt erkennen: die Empfindung des Schaukelns.

Mehrfach zeigte sich die Suggestibilität des Patienten, darauf beruhend, dass die Fabulationsgedanken nur lose associiert sind und jede bestimmt auftretende andere Vorstellung sich an ihre Stelle setzen kann. Patient kehrt aber immer wieder auf seine eigene Fabulation zurück, wahrscheinlich durch die Empfindung gewogen, die auch vorher den Ausgangspunkt derselben Fabulation bildete.

Die Tenacität der einzelnen Fabulationssysteme ist verschieden gross; einzelne dauern 1-2 Tage, andere wochenlang. Die Consequenz der Systeme ist ziemlich gering, die Ursache dafür ist schon angegeben; die Widersprüche betreffen im wesentlichen Zeitangaben. Das gröbere Gerüst des Systems wird aber konsequent errichtet. Die blaue Mappe des Referenten und dessen Notizmachen führen den Notar herbei, dann Testament, dann das Rathaus, dann die Vorladungsorder etc. Sogar offensichtliche Widersprüche der gegenwärtigen Situation, – so, dass Patient doch nicht im Bette liegend sich im Rathaus befinden könne, – wer-

den nach Systematikerart mit Gewalt in System untergebracht. Die Konsequenz und Tenazität der einzelnen Fabulationen wechselt an den verschiedenen Prüftagen; an Tagen, die auch sonst bei den übrigen Prüfungen sich besser erwiesen, war sie grösser als z. B. an dem 3. 12. 04, dem schlechtesten Prüftag, der schwere fieberhafte Brustbeschwerden zeigte.

Bezüglich der Orientierung sei noch hinzugefügt, dass es niemals, selbst durch Suggestivfragen und Bemerkungen nicht, gelingt, den Patienten über sich selbst zu desorientieren. Patient weiss immer seinen Namen, seinen Geburts- und Wohnort, seine Beschäftigung; er weiss immer, dass er verheiratet ist und Kinder hat, seine innigsten Assoziationen. – In den wesentlichen Punkten scheint demnach der vorliegende Fall die im ersten Teil am Schluss ausgesprochenen Thesen zu bestätigen. –

Aus einem Fall von Dementia senilis, der gleichzeitig beobachtet wurde, seien vergleichsweise kurz einige Daten herangezogen.

Frau Z.; die Erinnerung für ältere Erlebnisse ist zwar gestört, aber um vieles weniger als bei G. Die Störung betrifft fast durchweg die Frage, was vorher und was nachher war. Die einzelnen Fakta scheinen grösstenteils wohl behalten zu sein.

Ebenso wenig hochgradig im Vergleich zu G. ist die Merkstörung. Bei den Zahlen- und Buchstabenprüfungen versteht Frau Z. besser als G., das gut Merkbare als solches

zu erfassen. Ihre Mnemotechnik ist manchmal durchsichtig, z. B. Patient soll »r« merken, sagt »Ernst«, statt »i« »Wiese«. Das Perseverieren ist viel stärker als bei G. an den Fehlern zu erkennen; es kommt vor, dass 4 oder 5mal derselbe Merkbuchstabe bei aufeinander folgenden Prüfungen wiederholt wird. Die Normalzeit der Reproduktion ist bei beiden annähernd gleich, für Zahlen schlechter bei Frau Z., für Buchstaben besser bei ihr. Um vieles besser ist bei der senilen Patientin das optische Gedächtnis als bei den Korsakoff-Patienten; Farben werden nach 1 Minute, einige nach 2 Minuten wieder erkannt; für Bilder und Formen stehen beide auf derselben Stufe. Auch die Geruchsprobe gibt weit bessere Resultate. Fabulationen und Situationsmissdeutung anlangend, so finden wir grössere Constanz und Tenacität der Wahngelbilde, viel geringeres Systematisieren, überhaupt wenig Versuche, die Beobachtungen in Einklang zu bringen, bei der senilen Patientin als bei G. Es werden ebenso nüchterne und alltägliche Confabulationen vorgebracht als dort: gestern gekocht, heute Feuer geschürt etc.

Die Patientin ist orientierter als G.; will im Krankenhaus, in einem Stift etc. sein. Suggestiv ist sie nicht zu bewegen. Über ihre Art zu associieren, gibt folgender Auszug Auskunft:

Zucker: süss,

Träne: wenn man weint,

hoch: ein Haus, dasselbe ist niedrig,

Himmel: das ist oben,

Rose: wo man Wohlgefallen hat,
schmerzlich: wenn man krank ist,
durstig: wenn man etwas trinken will,
Zorn: das ist der Ärger,
Kind: das ist dies (zeigt auf das Bilderbuch),
langsam: wenn man langsam in der Arbeit ist,
weiss: die weisse Farbe (zeigt auf das Bett),
schnell: geschwind.

Kurz zusammengefasst:

Der Korsakoff-Patient zeigt grösseren Reichtum der Fabulation, grössere Associationsbreite, stärkere Merkstörung auf mehreren Gebieten. Insbesondere das Fabulieren ist es, wodurch sich der Korsakoff-Patient vor der dementen Patientin auszeichnet, und durch das er seine grössere geistige Rüstigkeit beweist. Für das Associieren der dementen Patientin gilt, was vortrefflich *Ranschburg* präcisiert: »Das absolute Überwiegen der begrifflich verwandten Verknüpfungen, ferner auch das völlige Fehlen mittelbarer Associationen weisen einmütig auf die Tatsache hin, dass die verknüpfende Kraft der Vorstellung sich nicht aus dem Kreise des Ausgangsbegriffes zu entfernen vermag.« Und er spricht ferner von den wenig weiten »Sprüngen« der Association bei Altersdemenz.

Am Schluss der Arbeit will Ref. nicht versäumen, für die Überlassung der beiden Fälle und für die Anregungen und Hinweise Herrn Prof. Dr. Hoche seinen Dank auszusprechen.

Literaturangabe

- 1) *Narziss Ach*: III. Bd. d. psychol. Studien Kräpelins.
- 2) *Aschaffenburg*: Associationen i. d. Erschöpfung.
(Kräpelins psychol. Studien.)
- 3) *Boldt*: Ref. i. Zentralblatt f. Nervenheilkunde und
Psychiatrie 179.
- 4) *Bonhöffer*. Die akuten Geisteskrankh. der
Alkoholiker.
- 5) *Bonhöffer*: Neurol. Zentralblatt 1905, X, 483, Ref.
- 6) *A. Diehl*: Zum Studium der Merkfähigkeit, Berlin,
S. Karger.
- 7) *Finzi*: III. Band der psychol. Studien Kräpelins.
- 8) *Flechsigt*: Gehirn und Seele.
- 9) *Gudden*: Archiv f. Psychiatrie VIII, 643.
- 10) *Hartmann*: Die Orientierung, Leipzig, Verlag Vogel.
- 11) *Hellwig*: Zeitschrift f. Psychol. und Physiol, d. Sinnes-
organe XXI. Bd.
- 12) *L. Hermann*: Lehrbuch der Physiologie 1905.
- 13) *Heymans*: Zeitschrift f. Psychol. und Physiol. d.
Sinnesorgane Bd. XXXVI.

- 14) *G. Hirth*: Thesen zu einer Lehre v. d. Merksystemen. Ref. d. Ztschrft. f. Psych. u. Phys. d. S., Bd. XX.
- 15) *Höffding*: Psychologie.
- 16) *Korsakoff*: XXI Bd. d. Archiv f. Psychiatrie.
- 17) *Korsakoff*: Erinnerungstäuschungen; 47. Bd. Der Allgem. Ztschrft. f. Psychiatrie.
- 18) *Kräpelin*: Lehrbuch der Psychiatrie.
- 19) *Kräpelin*: Monatsschrift f. Psychiatrie VIII, 1900.
- 20) *Kräpelin*: Erinnerungsfälsch., Archiv f. Psychiatrie 17.
- 21) *von Kries*: Über die materiellen Grundlagen der Bewusstseinserscheinungen. Ref. i. d. Ztschrft. f. Psychol. u. Physiol, d. Sinnesorg.
- 22) *Lipps*: Grundtatsachen des Seelenlebens.
- 23) *Semi Meyer*: Übung und Gedächtnis. (Grenzfragen d. Nerv. u. Seelenlebens).
- 24) *Mönkemöller*: Allgemeine Ztschrft. f. Psych.
- 25) *Ranschburg*: Monatsschrift f. Psychiatrie, IX. Bd.
- 26) *Ranschburg*: Allgem. Ztschrft. f. Psychiatrie 57. Bd.
- 27) *Rabl-Rückhard*: Sind die Ganglienzellen amöboid? Neurol. Zentralblatt 7, 1890 Referat.
- 28) *Remak*: Neuritis und Polyneuritis, aus Nothnagels speziell. Pathol.
- 29) *Ribot*: La phantasie créatrice, dtsch. von Mecklenburg.
- 30) *Herrn. Schneider*: III. Bd. d. psychol. Studien Kräpelins.
- 31) *von Tschisch*: Referat über, in Ztschrft. f. Psychol. 20. Bd., Ref. 209.
- 32) *van Vleuten*: Funktionelle Seelenblindheit, i. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, No. 181.

- 33) *Wernicke*: Lehrbuch d. Gehirnkrankheiten.
- 34) *Wernicke*: Gesammelte Aufsätze u. kritische Referate über Pathol. d. Nervensystems.
- 35) *Wundt*: Grundriss der physiol. Psychologie.
- 36) *Ziehen*: Physiol. Psychologie.
- 37) *Ziehen*: Psychiatrie.

Lebenslauf

Am 10. August wurde ich in Stettin als Sohn eines Kaufmanns geboren. Hier begannen 1884 auf dem Friedrich-Wilhelms Realgymnasium die Schuljahre, die nach mehreren Unterbrechungen auf dem Köllnischen Gymnasium zu Berlin fortgesetzt und Michaelis 1900 durch das Abiturientenexamen beendet wurden. Von Michaelis 1900 folgen bis Juni 1905 Studienjahre; sieben ihrer Semester verliefen in Berlin, zwei in Freiburg i. B. Der Gegenstand des Studiums war die Medicin. Das Staatsexamen, in Freiburg i. B. abgelegt, beschloss diese Studienjahre.

In ihrem Verlauf gaben die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren reiche Gelegenheit zu lernen:

Axenfeld, Bäumlcr, v. Bergmann, Dessoir, Engelmann, E. Fischer, Gierke, Hegar, Hertwig, Hoche, Kraske, Kraus, Krönig, Lasson, v. Leyden, Litten, Nagel, Orth, Schottelius, E. Schultze, Schwendener, Thomas, Waldeyer, Warburg, v. Willamowitz-Möllendorf, Ziegler.

Der Verfasser vorliegender Arbeit ist den genannten Herren als seinen Lehrern zu Dank verpflichtet.

Nachwort

Poetik des Vergessens

Susanne Mahler

Alfred Döblin war promovierter Mediziner im Fach Psychiatrie und praktizierte von 1911-1933 im Berliner Osten als Kassenarzt für Nervenkrankheiten in der eigenen Praxis.

Dieser Aspekt seiner Biographie wird allgemein weit weniger mit dem Namen Döblin in Verbindung gebracht, als sein großer Romanerfolg *Berlin Alexanderplatz* von 1929. Der akademische und praktische Erfahrungshorizont des Arztes öffnete dem Literaten und Kunsttheoretiker jedoch vielfältige Perspektiven und stellt den heutigen Döblin-Leser vor eine Reihe von Fragen; Welche Psychiatriediskurse des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts beeinflussten das Schaffen des Kulturmenschen Döblin? In welcher Form kehren seine Medizinkenntnisse als Ideen einer ästhetischen Konzeption wieder? Kurzum: Was genau hat Döblin gemeint, als er 1913 im *Berliner Programm* an Romanautoren und ihre Kritiker die Empfehlung richtete »man lerne von der Psychiatrie«?¹

In ihrer Nachdrücklichkeit beim Wort genommen lenkt diese Aussage den Blick hinter die Fassade des großen

dichterischen Werks auf das medizinische Wissen von Doktor Döblin.

»Man kann sich meine ersten Studien nicht merkwürdig genug vorstellen«,² beschreibt Döblin seine frühen studentischen Eindrücke, nachdem er sich im Wintersemester 1900/01 an der Universität Berlin für Medizin immatrikuliert hatte. Zu jener Zeit präsentierte sich das Fach als selbstbewußte Wissenschaft. Die wichtigsten methodischen und teils bis heute gültigen Ansätze hatten Ergebnisse des ausklingenden 19. Jahrhunderts geliefert. Namhafte Mediziner wie Rokitansky und Virchow konnten bereits vor Döblins Zeit Fundamente des Zellaufbaus erforschen und so den Kurs der pathologischen Anatomie vorgeben.

Durch die fachliche Ausrichtung auf Mikroskop- und Sezierstunden bedeutete die erste Ausbildungsphase für den Studenten Döblin eine Desillusionierung. »Ich gestehe offen«, reflektiert er seinen medizinischen Studienalltag später, »daß mich die Namen der Knochen und Gelenke, die Muskelzuckungen und der Mechanismus der Urinsekretion nicht interessierten.«³ Döblin, damals Anfang zwanzig, hatte die Entscheidung seiner Ausbildung nicht aufgrund eines besonderen Interesses an Anatomie oder Physiologie getroffen. Seine Motivation war eine andere: »Erkennen, was die Welt im innersten zusammenhält«, formuliert er rückblickend im *Journal* 1952/53 sein Verlangen nach naturwissenschaftlicher und medizinischer Kenntnis. Diese philosophischen Ambitionen konnten an-

gesichts der Erfahrung der akademischen Lehre nur enttäuscht werden. Denn wo »Gehirne wie Käse zerschnitten«⁴ wurden, lag das Erkenntnisinteresse mehr im Fokus einer anatomischen als einer ontologischen Wahrheit und Döblins Frage, »was ein Medizinstudent im Sezierraum, auf dem Präparierboden oder bei physiologischen Übungen «erkennt«⁵, versteht sich zweifelsfrei als rhetorische. Dennoch hielt Döblin an der Idee einer tragenden Symbiose zwischen Naturdisziplinen und Philosophie fest, und sie blieb besonders für das Verhältnis von Arzt und Dichter immer von essentieller Bedeutung. Was das Medizinstudium betraf, so verharrte Döblin »hochmütig und geärgert notgedrungen bei der Suppe«, die er sich »eingebrockt«⁶ hatte. Am 30. Juli 1902 schloss er die Vorklinik mit der Gesamtnote »gut« ab.

Nach dem Wechsel an die medizinische Fakultät der Universität Freiburg belegte er im Sommersemester 1904 im Rahmen des klinischen Studiums bei seinem späteren Doktorvater Alfred Hoche das erste Psychiatrieseminar. Psychotische und psychologische Dimensionen der Medizin hatten mit Döblins Interessenlage und seinem Anspruch an das Studienfach weit mehr gemein als harte anatomische oder neurologische Fakten. Schon bevor er an der Universität mit der Psychiatrie in Berührung kam, schrieb er den Roman *Worte und Zufälle*, der wie eine psychologische Untersuchung das Verhältnis von »Pathologischem« und »normalpsychologischem Verhalten«⁷ spiegelt. Aber erst während der Ausbildungszeit in der Klinik fand sich

ein motivischer Anknüpfungspunkt für Döblin und schließlich »das Staunen vor dem kranken Menschen«. ⁸ Nicht nur der Einfluß seines Freiburger Lehrers Hoche – damals in Deutschland ein bekannter Psychiater und strikter Vertreter der psychiatrischen Nosographie sowie scharfer Kritiker Sigmund Freuds –, sondern auch ein privates Interesse an der Psychiatrie führten Döblin zu seinem Dissertationsthema. Zwar hatte er selbst zuvor ein anderes Thema zur Promotion vorgeschlagen, nahm dann aber Hoches Vorschlag zur Analyse der Korsakoffschen Psychose an. In einem Brief an Herwarth Waiden, den Herausgeber des *Sturm*, schreibt er, »wie es scheint eine Alkoholsache«. ⁹

Aus medizinischer Sicht hat Döblins Arbeit über *Gedächtnisstörungen bei der Korsakoffschen Psychose* den Forschungsstand wenig vorangetragen. »Woher haben sie das?« wurde Döblin bezüglich seiner Spekulationen über die transformierende Wirkung des chronischen Alkoholeinflusses auf das Gehirn vom Doktorvater Hoche gefragt. Seine Antwort »ich stelle mir das so vor« ¹⁰ zeigt, daß er das Dissertationsthema mehr mit Intuition denn mittels empirischer Forschung bearbeitet hat. Bei seiner Form des wissenschaftlichen Arbeitens kam es weniger darauf an, exakte, meßbare Ergebnisse zu produzieren, als vielmehr eine Beschreibung intensivster Beobachtungen zu geben. Auffallend sind die stilistischen Parallelen zu seinen frühen Novellen: Nicht im Sujet, sondern in der Methode des Beobachtens und Beschreibens erwies sich die Psychiatrie

als ideales medizinisches Fach für Döblin. Auch in späteren medizinischen Publikationen¹¹ wird stets das soziale Milieu der Patienten sorgfältig einbezogen, präzise beobachtet und diagnostiziert.

Döblin schätzte die Arbeit mit dem psychisch kranken Menschen. »Damals merkte ich«, beschreibt er eine Erkenntnis während seiner Assistenzzeit, »daß ich nur zwei Kategorien Menschen [...] ertragen kann: nämlich Kinder und Irre. Und wenn man mich fragt, zu welcher Nation ich gehöre, so werde ich sagen: weder zu den Deutschen noch zu den Juden, sondern zu den Kindern und zu den Irren.«¹² Nicht das Labor, sondern die stete Beobachtung, das Gespräch mit dem kranken Menschen bildeten den Ausgangspunkt für die interdisziplinäre Berührung von Medizin und Literatur. In seinem im November 1912 erschienenen ersten Erzählband *Die Ermordung einer Butterblume* zeichnet Döblin präzise Psychopathogramme seiner Protagonisten. Die poetische Inszenierung paranoider Entwicklungen mit Abwehrritualen und Wahnausbreitung war bedingt durch die psychiatrischen Erfahrungen und Kenntnisse. »In Freiburg im Breisgau im letzten Studienjahr kam mir beim Spazieren über den Schloßberg das Thema der Novelle *Die Ermordung einer Butterblume*, ich wußte nun etwas von Zwangsvorstellungen und anderen geistigen Anomalien.«¹³

Nicht nur *Die Ermordung einer Butterblume*, eine Schlüsselerzählung der literarischen Moderne, auch *Australia* oder *Die Tänzerin und der Leib* entstanden allesamt in

den Jahren 1904/1905. Zeitlich und motivisch gehören sie demnach in das Umfeld seiner psychiatrischen Abschlußarbeit.

Daß Döblin kritische Einwände zur Dissertationsschrift hinnehmen mußte, heißt jedoch nicht, daß er seinem Thema, gemessen am damaligen Forschungsstand, nicht gerecht wurde – immerhin bewertete Hoche die Arbeit insgesamt mit der Note »gut«. Wenn spätere psychiatrische Erkenntnisse Döblins Definition der Korsakoffschen Psychose auch ihre Gültigkeit absprechen mögen, so ist die Studie methodisch betrachtet immer noch ein Dokument ihrer Zeit.

Zur Jahrhundertwende rückte die Krankenbeobachtung stärker ins Zentrum der psychiatrischen Diagnostik. Mit dem bahnbrechenden Diktum des Heidelberger Ordinarius Emil Kraepelin, nach dem »Irrenärzte es nicht mit einzelnen Gebieten des Seelenlebens, sondern mit dem ganzen Menschen zu tun haben«¹⁴ ging die Psychiatrie immer mehr dazu über, die akuten Probleme der Kranken in den Kontext ihrer Lebensgeschichte zu stellen. Abseits von Mikroskop und Seziertisch gelangte das beobachtende und beschreibende Verfahren zu psychiatrischen Befunden. Durch sorgfältiges Sammeln Tausender Krankengeschichten entwickelte Kraepelin in den zahlreichen Revisionen seines Lehrbuchs (1887, 1889, 1893, 1896, 1899) ein System deskriptiver Psychiatrie. Dies, obwohl seine methodische Neuerung nicht überall auf fruchtbaren Boden fiel: In Anspielung auf die ständigen Neufassungen des Lehrbuchs

sprach Hoche von den »Jahresmeinungen«,¹⁵ der Wiener Psychiater Constantin von Economo hielt Kraepelin ob seiner selbstbewußten Didaktik für einen »norddeutschen Dorfschulmeister im Riesenformat«,¹⁶ und der berühmte Neurologe Carl Wernicke verhöhnte seine Arbeit als »feuilletonisch«.¹⁷ Trotzdem fuhr Kraepelins langzeitlicher Ansatz der Krankenbeobachtung einen historischen Sieg ein, der die bis dato biologisch und anatomisch orientierte Psychiatrie als »Hirnmythologie« abqualifizierte. Wenn Döblins medizinische Arbeiten also grundsätzlich einen besonderen Fokus auf die Beobachtung der Patienten legen, der auch sein poetisches Werk beeinflussen sollte, so kamen die Kraepelinschen Innovationen Döblins individueller Disposition zwar sicher entgegen, schwerer aber wiegt, daß sie dem gesamten damaligen Psychatriediskurs den methodischen Takt vorgaben.

»Das Gedächtnis ist die allgemeinste Grundlage des Menschen« – mit diesem Zitat Kraepelins führt Döblin in der Dissertationsschrift den Untersuchungsgegenstand des Korsakoff-Syndroms ein. Als zentrales Merkmal dieser Psychose betont Döblin den Symptomkomplex der Amnesie. Sein psychiatrischer Zugriff läßt ihn das Diskursfeld »Gedächtnis« über die gravierendste Dysfunktion begehen: das Vergessen. Seinen Beobachtungen zufolge überwogen bei der Korsakoff-Amnesie im ersten Stadium délirante Erscheinungen, Halluzinationen und somnolente Zustände. Im zweiten Stadium traten die Sinnestäuschungen und Erregungszustände hinter der hochgradigen Schwäche der

Merkfähigkeit zurück. Neben der Störung im Erwerb neuer Vorstellungen und Erinnerungsbilder diagnostizierte Döblin eine tiefgreifende Gedächtnisschwäche der Kranken, die im kompletten Ausfall der alten Erinnerungsbilder münden konnte. Die Paramnesien und Fehlerinnerungen erschienen dem Arzt als zeitlich falsche Lokalisierungen der Erinnerungsbilder – Patienten datierten erinnerte Erfahrungen in der Chronik des eigenen Lebens falsch – oder es stellten sich die sogenannten Konfabulationen ein, bei denen die Kranken »phantasierte Erlebnisse mit minutiösen Details für real erfahren«¹⁸ ausgaben.

Augenfällig bei Döblins Pathologie des Vergessens ist, daß dem Gedächtnisverlust mit den Symptomen Fehlerinnerung, Paramnesie und Konfabulation zugleich ein Mechanismus zur Seite steht, der dem Vergessen einen Platz in der Reihe produktiver Gedächtnisleistungen einräumt. Auch im Rahmen seiner Poetik wird Döblin diesen Platz amnestischen Prozessen freihalten. Für kulturelle Theoriebildungen mag dies paradox klingen. Weil Erinnerung und Erzählung seit der Antike untrennbar miteinander verbunden sind, wird das Vergessen als Konzept der Destruktion oder zumindest Unterbindung betrachtet und gründen konsistente Kulturentwürfe traditionell auf der ersten aller Gedächtnisleistungen: der Erinnerung. Die Psychiatrie jedoch lehrte Döblin einen veränderten Blickwinkel auf das Funktionsspektrum des Vergessens.

Besonders anschaulich erklärt das Symptom der Konfabulationen den Brückenschlag zwischen psychiatrischer

Pathologie und Poetik. Die Psychiatrie der Jahrhundertwende unterschied zwei Formen, beide offenbaren das kreative Potential dieses psychopathologischen Phänomens. Die psychiatrische Diagnostik zur Zeit Döblins beschrieb die erste Form im Sinne der auch beim Alkoholdelir typischen Verlegenheitskonfabulationen. Sie wurden als direkte Folge des Gedächtnisausfalls bewertet. In Kraepelins Lehrbuch *Psychiatrie* von 1904 heißt es dazu: »In einer gewissen Attentheit und geistigen Regsamkeit suchen die Kranken die durch eine Frage aufgedeckte Gedächtnislücke durch eine ad hoc konfabulierte Ausrede zu verdecken.«¹⁹ Der Inhalt besagter Ausreden war zwar indifferent, aber kombinatorisch und logisch schlüssig, und der Patient von ihrer Wahrheit absolut überzeugt. »Es ist bemerkenswert«, formuliert der Mediziner Karl Bonhoeffer bereits drei Jahre zuvor, »daß zugleich ein hochgradiger Defekt der Merkfähigkeit und eine weitgehende Amnesie bei gut erhaltener formaler Denkfähigkeit vorliegen kann.«²⁰ Den Korsakoff-Patienten, so schlußfolgert auch der Psychiater Döblin in seiner Dissertation, mangle es also auch im Hinblick auf »die vorhandene schwere Degeneration des Zentralnervensystems nicht an der Plastizität der Eindrücke«.

Aus psychiatrischer Sicht stellte der paradox anmutende Zusammenhang von Gedächtnisverlust einerseits und geistiger Aktivität andererseits eine experimentell belegte Tatsache dar. Noch eindeutiger bestätigte diesen Befund die zweite Form, bei der die Konfabulationen über die durch

Gedächtnisschwäche bedingte Erklärungsnot hinausgingen. Die Kranken erzählten dann spontan abenteuerliche Erlebnisse. Die phantastische Konfabulation war in manchen Fällen so dominant, daß sie das Krankheitsbild beherrschte. Experimente mit psychotischen Patienten zeigten eindrucksvoll die assoziative Störung der sogenannten Ideenflucht, die auch der Konfabulation zugrunde liegt: Beim Vorzeigen komplizierter Bilder wie dem von Bauersleuten, die auf dem Feld arbeiten und Heu sammeln, wurden spontan Heuwagen, Pferde und beladene Erntewagen assoziiert und der Kranke projizierte seine Phantasiegebilde sofort in Gestalt von Halluzinationen in das vorgelegte Bild. Ein Taschentuch wurde als Studentenmütze verkannt und erzeugte sofort die Halluzination von vorüberziehenden Studenten.

Entgegen dem »normalen« Mechanismus der Assoziation ist die Ordnung gedanklicher Strukturen in solchen pathologischen Zuständen unterbunden. Die einzelnen Erinnerungsbilder sind dissoziiert: Lösgelöst von seinen Kontexten steht der alte Gedächtnisschatz den Kranken dennoch voll zur Verfügung. Um der Irritation der Lösung entgegenzuwirken, werden Bilder in den willkürlichen Zusammenhang einer »Erzählung« gebracht, die ihr reales empirisches Umfeld wenig berücksichtigen muß. Es treten, beschreibt Döblin, »eine große Menge von Erinnerungsbildern aus ihrem Zusammenhange heraus, entbehren jeder zeitlichen und räumlichen Bestimmtheit, sind dissociiert, Fabulationsmaterial«.

Das kreative Potential der Konfabulation hat seinen Ursprung in der Tilgung der Erinnerung und konkretisiert eine Analogie zu Döblins literaturtheoretischer Konzeption. Die Konfabulation befreit die Erinnerung von regulativen Merkprozessen; einmal Erlebtes oder Aufgenommenes kann auf eine Weise vergessen werden, daß es in eine inaktive Gedächtnissphäre abtaucht und von dorthier spontan in anderem Zusammenhang Wirkungskraft entfaltet. Für die Schreibpraxis kommentiert Döblin derartige Stimulierungen, die vom Vergessen herrühren: »Nach Erlöschen des Gesamtablaufs [verblieb] nur eine düstere Erinnerung an die einzelnen Wegsteine, an denen die Erregung vorbeifloß.« Solche, vage an medizinisches Vokabular der Reizregung angelehnte Formulierungen verdeutlichen in der Reflektion des Entstehungsprozesses seines China-Romans *Die drei Sprünge des Wan-lun*, auf welche Weise Döblin das psychiatrische Wissen über Gedächtnisstörungen für die literarische Arbeit nutzt. »So zahlreiche Bücher bin ich in jener Zeit über China durchgegangen, aber man hätte mich schon eine Stunde nach der Lektüre vergeblich gefragt, was nun eigentlich in dem Buche stand.«²¹ Geschrieben hat er seinen Chinaroman trotzdem.

Döblin sieht in den komplexen Vergessens- und Erinnerungsstrukturen die produktive Ausgangssituation des Erzählens. Die Schlüsselrolle spielt dabei das in der literarischen Moderne variierend eingesetzte poetische und poetologische Theorem des Vergessens. Wenn bei Mallarmé die Wahrhaftigkeit der poetischen Aussage dem Chiffre der

Abwesenheit (*absence*) entspringt, markiert das Vergessen (*oubli*) jenen Ort, an dem keine sensuelle Wahrnehmung die Reinheit der geistigen Anschauung beeinträchtigt. Vergessen wird als Quelle poetischer Intensität gedacht. Für Döblin beginnt die produktive Zerfaserung von Erinnerungszusammenhängen bereits in der initialen Schreibsituation, dem poetischen »Inkubationsstadium«, und wenn, noch vor der Aktivierung des eigentlichen Erzählvorgangs, »eine innere Beschäftigung [statt]findet, [...] ein Denken ohne Gedanken«,²² dann ist damit die Dissoziation gemeint.

In der Dissoziation werden bestimmte geistige Prozesse vom Hauptkörper des Bewußtseins abgespalten, die sich dann unterschiedlich stark verselbständigen. »Verborgener gehen da Dinge vor, [...]. Der ganze Organismus, die Seele tritt in eine Bereitschaft.« In diesem »Prodromalstadium«²³ teilt der nervöse Mechanismus der Dissoziation den Denkprozeß in eine dominante und eine latente, unbewußte Gedankensequenz. Die Funktionsweisen solcher kognitiver Teilungsprozesse gehören in den Fachdiskurs der Psychiatrie und stehen in engem Zusammenhang mit dem schreibtheoretischen Denken Döblins. Im Aufsatz *Der Bau des epischen Werks* wird exemplarisch ein kreativer Arbeitsprozeß geschildert. Nicht nur die Initiation, der gesamte Verlauf hängt stets von der Spaltung des dichten Subjekts ab. Für Döblin sind im Schreiben »zwei Instanzen da, die tragende beobachtende, die leicht unruhig wird und allerlei Nahrung herbeischleppt, und eine getra-

gene«.²⁴ Seine Autorinszenierungen vollziehen sich auf einer Ebene des Denkens, auf die das bewußte Ich keinen Zugriff hat. Die unbewußte Dynamik literarischer Produktionsmechanismen kann deshalb gerade nicht das bewußt erinnernde Gedächtnis bewältigen. Kreativität mobilisiert sich vielmehr vergessend. »Das Ich, der Mitarbeiter, verliert seine führende Haltung gegenüber dem Werk, es legt Masken an, es erleidet sein Werk, es tanzt um sein Werk herum.«²⁵ Der Verzicht auf die produktive Dominanz des dichtenden Subjekts, die »Entselbstung« des Autors ist es, die hier zum Tragen kommt.

Das psychopathologische Symptom der Depersonalisation kehrt in Döblins Poetik als Konzept der »Depersonation« wieder: »Ich bin nicht Ich, sondern die Straße, die Laternen, dies und jenes Ereignis, weiter nichts.«²⁶ Vor dem Hintergrund psychiatrischer Erkenntnisse gewinnt ein solcher Entwurf der Selbstmedialisierung im literarischen Produktionsprozeß klare Konturen. Besonders die französischsprachige Psychiatrie zwischen 1878 und 1907 versuchte Depersonalisationsphänomene²⁷ auf eine Störung der Cénesthésie zurückzuführen, dem Gefühl, daß der Körper ununterbrochen dem Ich als zugehörig erscheint. In der Depersonalisation unterliegt das Ich der Illusion, sich selbst verlassen zu haben, indem es sich neben seine Wahrnehmungen stellt. Es ist sich nicht mehr bewußt, deren Subjekt zu sein; es ist bloß Spiegel und Bildschirm der Wahrnehmung, somit wirklichkeitsleer und selbst dem Bereich der Erscheinungen, Phantome oder Fiktionen zu-

gehörig. Jegliche Aktivität wird als automatisch empfunden. Im Zustand der Depersonalisation erleben sich Patienten gleichermaßen als Zuschauer und Medium ihrer selbst und sind sich der Absurdität dieses Eindrucks durchaus bewußt. Im System poetologischer Beschreibung bedeutet depersonalisierendes Vergessen folglich keineswegs die vollkommene Löschung, sondern vielmehr eine Möglichkeit zur Neuordnung. Auch wenn Patienten in der Depersonalisation das Gefühl haben außerhalb der Realität zu sein, hören sie nicht auf, Realität wahrzunehmen. Eine solch »entseelte Realität«²⁸ zeigt, daß im Vergessen unbewußt Leben vor sich geht. Erinnerungen und Tendenzen werden in neue Zusammenhänge gebracht, oft zu einem bildhaften Geschehen gestaltet, das – wie im Traum – die äußere Realität wenig berücksichtigt, sie oft aber völlig realitätsgerecht abbildet. Weil erst das Vergessen die Voraussetzung für ein solches, dissoziativ losgelöstes Verhalten von Erinnerungsbildern schafft, gilt es für Döblins Vorstellung von literarischen Entstehungsprozessen als grundlegendes Strukturprinzip.

Mit dieser Poetik der Amnesie erhält das Vergessen einen Platz im System literaturtheoretischer Beschreibung, demzufolge Fiktion der Realität nicht als Nachahmung (*mimesis*), sondern als existentialisierte, eigene Wirklichkeit gegenübersteht. Das in der Dissoziation und Depersonalisation agierende Modell der Gedächtnisstörung bewirkt für Döblin eine »wissenlose Freiheit« im Sinne Nietzsches, die ganz essentiell den Weg zu neuer Kreativität bereitet.

Nicht zuletzt aufgrund seines psychiatrischen Wissens konnte Döblin erzählerische Kognitionsmechanismen als subtile und reziproke Kommunikation zwischen Vergessen und Erinnern denken und sich damit in der Galerie der modernen Romanciers an besonderer Stelle positionieren. Denn die Denkfigur der Amnesie bewirkt eine poetische Inszenierung die im Modus ihrer Entstehung vorherrschenden poetologischen Traditionen zuwiderläuft: Zwar repräsentiert die Erinnerung noch immer das Reale, doch das Vergessen stellt das Erzählenergie entbindende und damit hierarchisch übergeordnete Konzept dar.

Daß Döblin mit seiner auf Irrealisation und Entsubjektivierung beruhenden psychiatrischen und poetologischen Denkweise intuitiv weiteren Entwicklungen beider Disziplinen Vorgriff, war ihm selbst nicht bewußt. Entgegen der Vermutung zu Anfang des 20. Jahrhunderts, daß es irgendwo im Gehirn ein singuläres Zentrum geben müsse, in dem alle Informationen zusammenlaufen und einer einheitlichen Interpretation zugeführt werden, erbrachte die Neuromedizin den Beweis, daß eine solche Zentrale nicht existiert. Es war und ist bis heute unklar, wie ein derart organisiertes System dazu kommt, das Bild einer kohärenten Wahrnehmungswelt zu entwerfen. Diese Problematik, die von Neurologen »Bindungsproblem« genannt wird, äußert sich bereits für Döblin in einem sprachpoetologischen Diskurs, der seine Objekte anders als das traditionelle Mimesis-Modell erschafft, anstatt sie nur abzubilden. Für den literarischen Bereich bedeutet dies, daß wer die Inhalt-

lichkeit eines Erzähltextes naiv auf ein Autorsubjekt zurückführt, verkennt, daß der Verfasser erkenntnislogisch nicht selbst zu der Aussage werden kann, deren Schöpfer er ist. Diese literaturtheoretisch bedeutsame Konstellation ist es letztlich, die hinter Döblins Poetik des Vergessens steht. Und auch wenn der medizinische und psychiatrische Erfahrungshorizont durch sein großes Erzählwerk in Vergessenheit geraten ist, hat der Dichter den Arzt Döblin auf seine besondere und typische Weise positiv in Erinnerung behalten: »Ich bewahre dem schlanken, nicht großen Mann mit der Doktorsbrille ein gutes Gedächtnis und würde mich eigentlich freuen, wenn Sie mir verraten würden, was dieser Anonymus, dem ich selber nicht Autor, sondern bloß Mensch gewesen bin, Ihnen über mich erzählt hat.«²⁹

Quellennachweis

- 1) Alfred Döblin: Schriften zu Poetik, Ästhetik und Literatur. Olten/Freiburg i. Br. 1989, S. 121.
- 2) Alfred Döblin: Schriften zu Leben und Werk. Olten/Freiburg i. Br. 1986, S. 240.
- 3) Ebd.
- 4) Der Psychiater Carl Wernicke über den Anatomen Rudolf Virchow. Vgl. Karl Bonhoeffer: Lebenserinnerungen. Karl Bonhoeffer zum 100. Geburtstag. Berlin 1969, S.45.
- 5) Alfred Döblin: Schriften zu Leben und Werk, S. 240.
- 6) Ebd.
- 7) Alfred Döblin: Briefe. Olten/Freiburg i. Br. 1970, S. 22.
- 8) Alfred Döblin: Schriften zu Leben und Werk, S. 240.
- 9) Alfred Döblin: Briefe, S. 27.
- 10) Alfred Döblin: Schriften zu Leben und Werk, S. 485.
- 11) Alfred Döblin: Über einen Fall von Dämmerzuständen [1908], Zur perzinös verlaufenden Melancholie [1908] und Aufmerksamkeitsstörungen bei Hysterie [1909] und Zur Wahnbildung im Senium [1910].

- 12) Alfred Döblin: Autobiographische Schriften. Olten/
Freiburg i. Br. 1980, S. 25.
- 13) Alfred Döblin: Schriften zu Leben und Werk, S. 360.
- 14) Emil Kraepelin: Der psychologische Versuch in der
Psychiatrie, S. 8.
- 15) Vgl. Oswald Bumke: Alfred Erich Hoche. Archiv für
Psychiatrie und Neurokrankheiten, 116, 1943, S. 339-346.
- 16) Zitiert in Erwin Stranskys Manuskript »Autobiogra-
phie«, das im Wiener Institut für Geschichte der Medizin
eingesehen werden kann. HS 2065, S. 272.
- 17) Bonhoeffer: Lebenserinnerungen, S. 46.
- 18) Carl Birnbaum: Psychosen mit Wahnbildungen und
wahnhafte Einbildungen. Halle a.d. Saale 1908, S. 24.
- 19) Emil Kraepelin: Psychiatrie. Lehrbuch für Studierende
und Ärzte. Bd. I und II, 7.Aufl., Leipzig 1904, S. 178.
- 20) Karl Bonhoeffer: Die akuten Geisteskrankheiten der
Gewohnheitstrinker. Eine klinische Studie. Jena 1901, S. 15.
- 21) Alfred Döblin: Schriften zu Leben und Werk, S. 26.
- 22) Alfred Döblin: Schriften zu Ästhetik, Poetik und
Literatur, S. 230.
- 23) Ebd.
- 24) Ebd., S. 232.
- 25) Ebd., S. 234.
- 26) Ebd., S. 122f.
- 27) Der Begriff der Depersonalisation geht auf den belgi-
schen Psychiater Gerard Heymans zurück. Vg. G. Hey-
mans: Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der
Sinnesorgane, Bd. XXXVI. Und ders.: Gesammelte kleinere

Schriften zur Philosophie und Psychologie. Bd.I Erkenntnistheorie und Metaphysik. Haag Martinus Nijhoff 1927-28) Alfred Döblin: Schriften zu Ästhetik, Poetik und Literatur, S. 121.
29) Ebd., S. 35.

Susanne Mahler, geb. 1975 in München,
promoviert am Institut für deutsche Sprache
und Literatur der Universität zu Köln
über die Poetik Alfred Döblins.

Der vorliegende Text bezieht sich auf die
Originalausgabe in der Deutschen Zentral-
bibliothek für Medizin, Köln. Persönliche und
zeitspezifische Besonderheiten in Schreib-
weise und Interpunktion wurden weitest-
gehend beibehalten und behutsam vereinheit-
licht. Eindeutige Satzfehler wurden korrigiert.

Tropen Verlag
ISBN 3-932170-86-5

Copyright

© Patmos Verlag GmbH & Co. KG/
Walter Verlag, Düsseldorf
© 2006 für diese Ausgabe Tropen Verlag
GmbH, Berlin
Alle Rechte vorbehalten
Erste Auflage 2006

Gestaltung und Satz
Tropen Studios, Leipzig

Druck
Ueberreuther Print
Printed in Czech Republic

Die Gedächtnistäuschungen, Fehlerinnerungen, Paramnesien, die einen weiteren Zug in dem Bilde dieser Amnesie stellen, erscheinen bald als falsche zeitliche Lokalisierungen der Erinnerungsbilder, – die Patienten geben etwa an, den Arzt, der eben im Zimmer war, vor einem Jahr gesehen zu haben, – bald in Form sogenannter Confabulationen, d. h. der Patient gibt nie erlebte phantastische Dinge für erlebt aus. Abenteuerliche Räubergeschichten, merkwürdige Seefahrten, Begegnungen mit exotischem Getier werden vorgebracht und mit reichem, oft minutiösem Detail ausgeschmückt.

Alfred Döblin

ISBN 3-932170-86-5