

(Aus der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik zu Budapest.)

Über das Verhältnis der amnestischen Aphasie zu Kurt Goldstein's „kategorialem Verhalten“.

Von

Karl Schaffer.

Mit 2 Textabbildungen.

(Eingegangen am 29. Mai 1933.)

Meine Bemerkungen über das Verhältnis der amnestischen Aphasie zu Kurt Goldsteins „kategorialem Verhalten“ möchte ich auf Grund eines Falles machen, welcher sich auf ein 42jähriges sehr intelligentes weibliches Wesen, dem Beruf nach Kontoristin, bezieht.

Dasselbe erlitt am 21. 2. laufenden Jahres einen Kopfschuß in der linken Schädelhälfte und wurde bewußtlos ins Krankenhaus gebracht; die tags darauf vorgenommene Röntgenuntersuchung ergab links im unteren Teile des Os parietale einen Defekt. Als sie am dritten Tag zu sich kam, verstand sie die Fragen schwer und war wortstumm; am 26. 2. konnte sie weder schreiben noch rechnen, am 28. 2. wurde nervenärztlich motorische Aphasie und Paragraphie festgestellt. Am 1. 3. wurde in Lokalanästhesie das Projektil entfernt; Wundheilung per primam; am 9. 3. Herausnahme der Nähte; am 14. 3. wurde neurologisch konstatiert, daß Kranke zusammenhängend zu sprechen unfähig ist, jedoch ist das Wortverständnis intakt, sie kann wohl nicht lesen, aber schreibt ihren Namen und das Datum fehlerlos und schreibt diktando gut. Am 1. 4. verläßt sie das Krankenhaus um am 3. 4. in die Klinik aufgenommen zu werden.

Hier benahm sie sich vom ersten Augenblick angefangen vollkommen geordnet, bekundete Interesse für die Umgebung. Ihr Wortverständnis war tadellos und was wir ihr anordneten, das hat sie alles fehlerlos vollzogen; die Aussprache ist stellenweise stockend und holprig, z. B. das Wort „Professor“ sprach sie anfänglich folgend aus: „Pro... Pro... Prof... Professor“, heute schon flott. Besonders längere Worte machten Schwierigkeiten auch schriftlich, denn es kam vor, daß sie ein bis zwei Buchstaben ausließ. Im Einmaleins macht sie hier und da Fehler, welche sie zumeist korrigiert. Bei 809×706 hat sie richtig die Endsumme 571154 herausgebracht, doch gelang ihr die Aussprache der Summe nicht; nun schrieben wir ihr zuerst 4, dann 54, ferner 154, 1154, 71154 und zuletzt 571154 auf und ließen je einzeln zugleich die Zahl lesen, was fehlerlos gelang; so erreichten wir es, daß sie schließlich die ganze Zahl richtig lesen konnte. In der Praxis kein Fehler: sie grüßt korrekt mit den Händen, sie macht richtig drohende Gesten, Kaffeemahlbewegungen, sie besorgt richtig einen kurzen Brief, welchen sie tadellos mit Petschaft schließt. Heute schreibt sie fließend auch stenographisch, ihr Konzept fehlerlos, wenn auch verlangsamt durch die Aufregung der

Patientin, welche sie schwer zu beherrschen versteht. Erkennt Farben auch in Abstufungen fehlerlos.

Die auffallendsten Schwierigkeiten zeigen sich in der *Wortfindung*. Auf die Frage, was würde sie nach dem Erwachen tun, antwortet sie folgendes: „ich... ich... (nun blickt sie zur Decke empor, als würde sie einen Ausdruck suchen) ... ich wasche mich ... ich ... ich ... ich bürste meine Zähne und ferner ich frisiere, ich frisiere, ich frisiere (hier beachtenswert die Perseveration) ... mich“. Auf die Frage, was sie zu allererst täte: „zuerst ... ein Kombiné (hier errötet sie flüchtig) ... nachher Strümpfe und Schuhe und ... und nachher ... ein Jumper und ein Schoß“. Gesetzt sie haben die Ankleidung vollendet, was dann?: „folgt ... das Frühstück“. Was ist das, wenn sie einen Bettler beschenken? „Almosen.“ Wie nennt man diese Tat? „Wohl ... Wohl ... Wohltat.“ Was ist das, wenn einer nicht die Wahrheit sagt? „Eine Unwahrheit“; was hat der Betreffende dann getan? „Er ... er ... begann ... er begeht eine Lüge.“ Die Kranke benennt folgende Gegenstände sofort und richtig: Bleistift, Papier, Tisch, Fotöl, Tür, Klinker (wohl zuerst „Kline“), Fenster, Schublade, Armsessel, Lampe, Papiermesser, Schere, Federhalter, Lineal; schließlich wird ihr ein Tubus Syndetikon vorgehalten, worauf sie wiederholt „Syndikon“ sagt, doch meint sie selbst „das ist nicht richtig“; sagen wir nun probeweise: „Rettig“? verneint sie energisch um auf das nun vorgehaltene Wort Syndetikon mit einem lebhaften „Ja“ zu reagieren.

Obige Befunde wollen wir noch mit zwei Feststellungen ergänzen. Vor allem ist das Gesichtsfeld intakt, d. h. ohne hemianopischen Ausfall. Dann wollen wir eine Röntgenaufnahme der linken Kopfhälfte vorführen (Abb. 1), welche uns einen ovoiden Knochendefekt in der unteren Parietalgegend zeigt, dessen Längsdurchmesser 3 cm, Querdurchmesser 2 cm mißt; die Knochenlücke entspricht der Übergangsstelle zwischen unterem Parietallappen zum Temporallappen und sitzt genau an der hinteren Umbiegung der ersten Temporalfurche, liegt daher im unteren Abschnitt der Angulariswindung, eben am Übergang in die erste und zweite Temporalwindung. Abb. 2 stellt die Projektion des Knochendefektes auf die Hemisphärenoberfläche dar, aus welcher die genaue topographische Relation zwischen Schädelverletzung und Hirnstelle hervorgeht.

Wir sehen aus obigen Befunden, daß die Kranke die gestellten Aufgaben sofort und restlos *begreift* und als sie sich an die Lösung derselben heranmacht, so zeigt sich der Hauptmangel darin, das *Begriffliche* (Konkrete und Abstrakta) ins *Sprachliche* umzusetzen, mit anderen Worten: sie weiß, was sie will, nur findet sie die adäquaten Worte nicht. Kommen wir aber mit einer passenden Bezeichnung ihr zu Hilfe, so nimmt sie diese mit freudevollem Gesichtsausdruck an; ist aber das angebotene Wort ein falsches, so weist sie dieses energisch zurück. Hieraus folgt, daß ihre Intentionen normal-aktiv sind, nur ihre Wortsuche ist oft erfolglos. Fehlen unserer Patientin die Worte? Scheinbar ja, tatsächlich aber nein, denn sie erkennt die vorgehaltenen Worte als richtige oder als falsche.

Auf Grund dieses Verhaltens müssen wir betonen, daß weder im begrifflichen Denken noch im Wortschatz ein wirklicher Ausfall nach-

zuweisen ist, hingegen ist allein die erschwerte, zum Teil mangelhafte Erweckung der Worte, der kinästhetischen Wortengramme das Wesentliche und dieser Defekt kann nur in einer *Leitungsstörung* gesucht

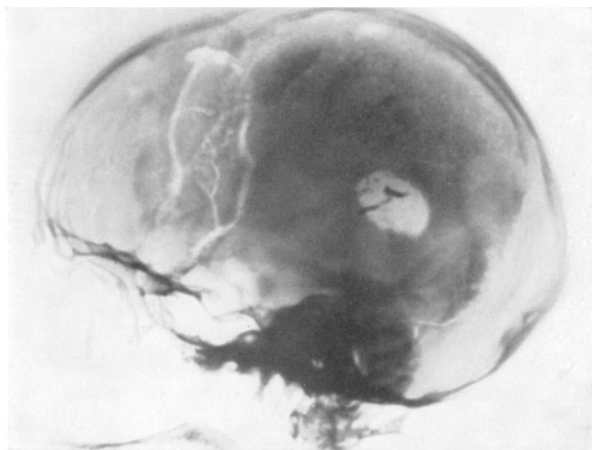


Abb. 1.

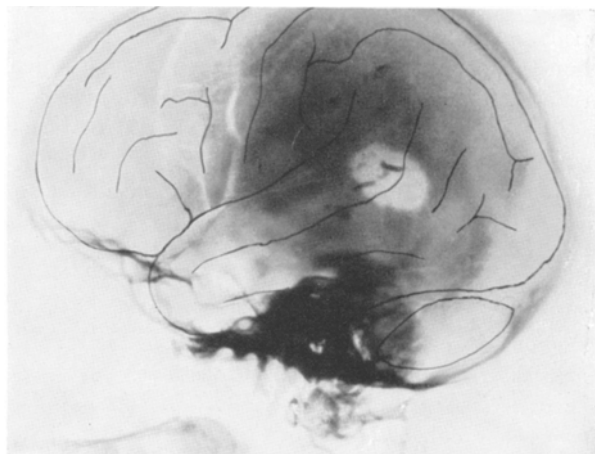


Abb. 2.

und mit dieser uns verständlich gemacht werden. Die verletzte parieto-temporale Stelle ist ja eine solche, welche reichlich Assoziationsbahnen zwischen den akustischen, optischen und kinästhetischen Wortbildern enthält. Hier wäre auch der Befund *Schaffers*¹ zu erwähnen, wonach in einem Fall von sprachlichem Hochtalent eben die hinter der Angularis liegende untere hintere Scheitelwindung (Gyrus parietalis

inf. post.) eine ganz außergewöhnliche Oberflächenausbildung zeigte, womit die Bedeutung dieser Stelle für die Sprache in den Vordergrund tritt. *Niessl v. Mayendorf*² äußerte vor vielen Jahren die Ansicht, daß eine Möglichkeit der Entstehung von amnestischer Aphasie in der Zerstörung der zwischen den Wortbildzentren sich ausspannenden Zwischengebieten gegeben sein kann und eben dieser Mechanismus soll nach ihm der reinen Form von amnestischer Aphasie entsprechen, welche Auffassung auch wir vollkommen teilen.

Ich hatte den Fall vorgeführt, denn in die Lehre der amnestischen Aphasie brachte vor kurzem *K. Goldstein*³ eine als neu erscheinende Betrachtungsweise, wonach es sich um eine Intelligenzstörung handeln soll, in der Form einer Beeinträchtigung des sog. „kategorialen Verhaltens“, d. h. sich begrifflich zur Außenwelt verhalten zu können. *Goldstein* bemerkt nämlich, daß, obschon die erschwerte Wortfindung im Vordergrund stehe, es doch seitens der Kranken noch zahlreiche andere Symptome gäbe, die gewöhnlich nicht genügend beachtet werden, welche aber auf die wirkliche Störung hinweisen und durch diese die Bedeutung der erschwerten Wortfindung ins richtige Licht versetzt werden. Auf Grund seiner Analysen weist *Goldstein* darauf hin, daß die Kranken längeren Reden besonders abstrakten Inhaltes nicht wohl folgen können wie in gesunden Tagen und betont, daß es sich nicht um eine primäre Unterwertigkeit des für den *Sprachvorgang* in Betracht kommenden physiologischen Substrates handelt, sondern „es kommt hier nur deshalb nicht zur Erregung des in Betracht kommenden physiologischen Substrates, weil derjenige physiologische Vorgang, den wir uns als das materielle Korrelat des kategorialen Verhaltens denken können und an dessen normalen Ablauf die Erregung des Sprechapparates bei der Wortfindung gebunden ist, beeinträchtigt ist“. *Goldstein* bezeichnet eben das „Schläfenlappen-Insel-Scheitellappengebiet“ als jene Stelle, welche hierbei in Betracht komme.

Im vorgeführten Fall waren nicht die geringsten Spuren einer primitiveren Persönlichkeit, einer Niveausenkung des Intellektes zu bemerken, denn Patientin ist begrifflich intakt. Wir müssen also sagen, daß *die Kranke im produktiven Substrat des Gehirns nicht litt, jedoch ist dieses Substrat vermöge der oben betonten Assoziationsstörung isoliert, förmlich blockiert, daher in der freien Ausübung seiner Tätigkeit behindert und läßt so das Scheinbild einer geistigen Verarmung entstehen.*

Vor einem Jahre widersprach dieser Auffassung von *Goldstein* besonders energisch *A. Hauptmann*⁴, der sehr richtig darauf verwies, daß das Niveau des kategorialen Verhaltens und die erschwerte Wortfindung voneinander ganz unabhängig sind und hob hervor, daß in den Fällen, wo neben amnestischer Aphasie auch Tiefstand des kategorialen Verhaltens nachweisbar war, er zugleich auf einen Prozeß schließen konnte, der die Rinde in größerer Ausdehnung betraf. Ferner macht *Hauptmann*

sehr treffend auf folgendes aufmerksam: „Hält man sich andererseits vor Augen, daß das Bild der amnestischen Aphasie doch auch gerade durch einen in der Parietotemporalgegend lokalisierten Prozeß hervorgerufen werden kann, so ist es schwer verständlich, wie ein Krankheitsvorgang, der so ein eng umgrenztes Gebiet der Rinde schädigt, eine solch umfassende Allgemeinstörung hervorrufen sollte, wie es der Tiefstand des kategorialen Verhaltens ist, es sei denn, daß dieses Herabsinken erst die Folge der amnestischen Aphasie ist.“ Und so schließt *Hauptmann* mit Recht, daß die *Goldsteinsche* Lehre, weil diese das Problem amnestische Aphasie in den Demenzbegriff untergehen läßt, einen Rückschritt bedeutet, um so mehr, denn die Herauslösung der Aphasie und Apraxie aus der Demenz war gemäß *Hauptmann* ein wertvoller wissenschaftlicher Fortschritt, „den wir uns nicht wieder rauben lassen sollten“.

Nachtrag. Nach Abschluß dieses kurzen Aufsatzes las ich *F. Lotmars* Arbeit¹: „Zur Pathopsychologie der erschwerten Wortfindung bei Aphasischen“, aus welcher, im wesentlichen sprachlich-analysierenden Arbeit ich nur den 4. Punkt der Zusammenfassung wiedergebe: „In einer größeren Reihe weitgehend bis sehr weitgehend restituerter Aphasiker (überwiegend Hirnverletzte) wird durch Einzelbeispiele erschwerter Wortfindung von neuem belegt, daß *bei durchaus adaequater gegenständlicher Intention* selbständige, primär rein *sprachliche* Reproduktionshemmnisse zugrunde liegen“, eine Bestimmung, mit welcher sich meine obige Auffassung deckt; auch weist er eine primär-gedankliche („nötische“) Störung im *Goldsteinschen* Sinne zurück.

Literaturverzeichnis.

¹ *Schaffer*: Über das hirnanatomische Substrat der menschlichen Begabung. Arch. f. Psychiatr. **96** (1932). — Begabung und Gehirn. Psychiatr.-neur. Wschr. **1932**. — ² *Niessl v. Mayendorf*: Die aphasischen Symptome. Leipzig: Wilhelm Engelmann 1911. — ³ *Goldstein, K.*: Die Lokalisation in der Großhirnrinde nach den Erfahrungen am kranken Menschen. Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie, Bd. 10. — ⁴ *Hauptmann, A.*: Ist die amnestische Aphasie Teilerscheinung einer Beeinträchtigung des „kategorialen Verhaltens“? Mschr. Psychiatr. **79** (1932).

¹ Schweiz. Arch. Neur. **30**, H. 1—2 (1933).