

Wesen und Aufbau der Remission bei der Katatonie.

Von

Dr. Angel Ivanowski, Sofia (Bulgarien),
Facharzt für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Eingegangen am 13. Mai 1942.)

In der vorliegenden Arbeit versuchen wir an Hand einiger Fälle die Entwicklung des Remissionsvorganges der Katatonie und die daran beteiligten Grundfunktionen darzulegen. Dabei befassen wir uns nicht mit den krankhaften Erlebnissen und ihrer inhaltlichen Gestaltung, sondern richten unsere Aufmerksamkeit allein auf den objektiven psychischen Grundvorgang und versuchen die den primären Störungen bedingungsmäßig zugrunde liegenden Funktionen herauszuschälen. Wir wollen also das funktionelle Gefüge des Remissionsbildes darstellen.

Eine solche Arbeit bezweckt, aus dem objektiven Ablauf der Remission, die Zusammenarbeit der psychischen Funktionen zu vergegenwärtigen. Dies führt seinerseits zu Heraushebung gewisser, an dem Zusammenspiel der Funktionen beteiligter dynamischer Momente. Trotz dieses dynamischen Beiklanges bleibt unsere Untersuchung vorwiegend eine analysierende und auf die Herausschälung der der Remissionsentwicklung zugrunde liegenden Funktionen gerichtet. Ferner versuchen wir die fundierenden Funktionen zu einem begrifflichen Schema zusammenzufassen und dadurch zur Festlegung einer Grundstruktur des katatonen Remissionsbildes zu gelangen.

Unser Material umfaßt über 20 katatone Fälle, bei der Mehrzahl von denen, nach Behandlung mit Sauerstoff und nach Konvulsionstherapie mit Cardiazol, tiefgreifende Remissionen erzielt wurden¹. Es zeigte sich, daß nicht bei jeder Remission die Grundfunktionen in voller Deutlichkeit ausgeprägt sind. Hiernach bieten die künstlich erzeugten Remissionen viel bessere Gelegenheit zur Beobachtung des aufbauenden Prozesses als die spontanen. Bei letzteren verläuft die Remission meist ohne deutliche Abgrenzung der einzelnen Phasen, die Grundfunktionen fließen ineinander und ihre begriffliche Erfassung stößt auf größere Schwierigkeiten.

Allerdings fließen auch bei manchen künstlich erzeugten Remissionen die Phasen des Remissionsbildes zeitlich rasch ineinander, wodurch die strukturellen Momente des psychischen Ablaufs flüchtiger zum Ausdruck kommen. Abgesehen von diesem individuellen Unterschied der Ablaufsweise, zeigen alle beobachteten katatonen Remissionen eine einheitliche Struktur ihres funktionellen Grundvorganges.

¹ Die Beobachtungen wurden an dem klinischen Material der Nerven- und Psychiatrischen Klinik der Universität Sofia gemacht.

Die erwähnte Sauerstoffbehandlung der Schizophrenen wurde im Jahre 1935 von Prof. N. Krstnikoff an der hiesigen Nerven- und Psychiatrischen Klinik eingeführt. Bei der Mehrzahl der behandelten Fälle konnte man durch Sauerstoff eine günstige Wirkung im Sinne einer Stimulation des remittierenden Prozesses beobachten. Wir wendeten eine kombinierte Behandlung an: subkutane Injektionen von 200—600 ccm und Inhalationen von 100—200 Liter reinem Sauerstoff täglich. Im allgemeinen erwies sich der Sauerstoff als zuverlässiges biologisches Stimulans bei schizophrenen und depressiven Erkrankungen. Allerdings hat sich diese Behandlungsmethode am besten bei den toxischen Neuritiden und Polyneuritiden bewährt¹. Zur Unterstützung unserer Aufgabe beschreiben wir im weiteren einige typische Fälle von Katatonie, bei denen der funktionelle Grundvorgang des Remissionsaufbaus deutlich zum Ausdruck kommt.

Fall I. Mirtscho J., 14 Jahre, Schüler. Sein Vater berichtet, er habe in der Schule fleißig gelernt und sei immer gesund gewesen. Eine Schwester von ihm sei in ihrer intellektuellen Entwicklung zurückgeblieben. Sein Onkel leide an epileptischen Anfällen. Seinem Charakter nach sei er immer still, nachgiebig und empfindlich gewesen. Anfangs September 1935 merkten die Angehörigen, er habe seine Stimmung und Beziehungen ihnen gegenüber geändert. An seine Mutter richtete er seltsame Fragen: „Ob nicht im Dorfe gesprochen werde, daß er an Meningitis leide“ oder „daß er das Elternhaus angezündet habe“ u. a. Kurz danach habe er seinen Vater beschuldigt, daß er die Dorflehrer gegen ihn aufgehetzt habe, ihn aus dem Dorfe zu jagen usw. Dauernd ängstlich gespannt, habe er seine Nahrung nicht mehr eingenommen, da er fürchtete, vergiftet zu werden. Bei der ärztlichen Untersuchung habe er sich beklagt, daß das ihm gebotene Essen vergiftet sei, seine Eltern wollten ihn töten, der Vater ihm den Kopf abschneiden usw.

Am 29. 9. 35 wurde er in stuporösem Zustand in die Klinik eingeliefert. Der Kranke bietet das Bild einer akinetischen Form der Katatonie. Die Muskulatur ist gespannt, die Haltung anscheinend indifferent, zuweilen negativistisch. Gesichtsausdruck starr, gespannt. Beim Versuch mit befehlender Stimme einen Kontakt zu schaffen, gibt seine starre Mimik etwas nach und sein Blick richtet sich für einen Augenblick beunruhigt dem Arzte zu. Seltener wird der Stupor spontan überwunden, dann bricht er in Tränen aus, spricht leise einzelne Worte und verstummt wieder gleich danach. Ein andermal sprach er beim Erwähnen seiner Eltern plötzlich aus: „Herr Doktor, ich möchte meine Mutter sehen“, dann schließt er sich von der Umgebung wieder ab und versinkt in seine übliche regungslose Haltung. Gewöhnlich nimmt er keine Nahrung ein und wird mit Schlundsonde ernährt. Auch läßt er unter sich. Reichliche Salivation.

In den ersten Tagen nach seiner Aufnahme in die Klinik beobachtete man bei ihm als ständiges Symptom die Katalepsie, mit Neigung zu Einnahme der Haltung der wächsernen Biegsamkeit. Manchmal konnte der Kranke den Sperrungszustand durchbrechen und Fragen beantworten oder selbst solche stellen, ohne sich dabei vollständig ausdrücken zu können. Dieser Stuporzustand, begleitet von kataleptischen Erscheinungen, Negativismus, Mutismus, reichlicher Salivation u. a. dauerte mit vorübergehenden Schwankungen bis zum Tage der Einleitung der Sauerstoffbehandlung an.

¹ Krstnikoff, N.: Die Sauerstoffbehandlung toxischer Neuritiden und Polyneuritiden. Ther. Gegenw. 1940, H. 4. Hierin auch Näheres über die Methode der Sauerstofftherapie.

2. 11. 35. Morgens, einige Stunden nach der ersten Sauerstoffinjektion, konnte man bei ihm eine deutliche psychische Belebung beobachten. Der Kranke blickte ziemlich lebhaft und neugierig die anwesenden Personen an, versuchte an den allgemeinen Gesprächen teilzunehmen und sprach einige Worte über die Hawai-Inseln aus. Diese Belebung dauerte fast eine halbe Stunde an, wonach er wieder in seinen früheren stuporösen Zustand versank.

Im Laufe der folgenden Behandlungstage fiel beim Kranken die eingetretene motorische Beweglichkeit auf. Der stuporöse Zustand trat schon schwächer in Erscheinung, ebenso wie die kataleptischen Erscheinungen, Negativismus und Mutismus. Besonders schnell erfolgte die Wiederherstellung der vegetativen Funktionen. Der Kranke fing an freiwillig Nahrung zu sich zu nehmen, gut zu schlafen und den Stuhl zu halten.

11. 11. 35. Eindruck bei ihm macht die psychomotorische Lebhaftigkeit. Der Kranke steht spontan vom Bette auf, geht im Zimmer hin und her, beobachtet neugierig die Umgebung und die anwesenden Personen, reicht gern dem Arzt die Hand. Die kataleptischen Erscheinungen sind nur schwach vorhanden, doch ist die Neigung zur Einnahme von passiv gegebenen Stellungen noch angedeutet. Psychisch ist er dabei zugänglicher, auf Fragen blickt er lebhaft und prüfend auf und nach wiederholtem Befragen flüstert er mühsam die Antwort. Die reichliche Salivation dauert fort.

18. 11. 35. Heute kann man bei ihm eine Labilität der Affekte beobachten. Im klinischen Bilde herrscht ein Spannungszustand vor. Es überwiegen Unlustgefühle, dabei weint er oft ohne die Gründe dafür anzugeben. Der stuporöse Zustand mit den kataleptischen und negativistischen Erscheinungen ist nur leicht angedeutet. Nur die andauernde reichliche Salivation steht im Widerspruch mit der eingetretenen psychischen Besserung.

23. 11. 35. Die affektive Labilität dauert an. Beim Gespräch, insbesondere wenn man Fragen über Schule, Eltern u. a. berührt, verfällt der Kranke in eine bedrückte Stimmung und bricht zuweilen in Tränen aus. Nur nach Ablenkung seiner Aufmerksamkeit ändert sich rasch seine Stimmung und er beginnt sogar zu lachen. Dazwischen beobachtet man bei ihm sehr oft affektive Ambivalenzreaktionen.

Im Laufe der folgenden Wochen vertiefte sich die psychische Besserung. Die affektive Labilität und die Ambivalenzreaktionen traten allmählich zurück; die Gefühlssphäre wurde stabiler. Der Kranke zeigte schon gute Orientierung über Raum, Zeit und eigene Person, verhielt sich entsprechend der Umgebung gegenüber und beteiligte sich an den gemeinsamen Betätigungen und Spielen. Man konnte bei ihm eine gewisse Freiheit der Bewegungen, Initiative und Selbstvertrauen in den Beziehungen zu den anderen Personen beobachten. Auch äußerte er Interesse für seine Zukunft und seine Angehörigen. Die psychische Aktivität stellte sich jedoch bei ihm nicht genügend wieder her. In seiner Haltung und Beziehungen verblieb eine Hypoaktivität, besonders beim Sprechen. Er führte die Gespräche mit einer leisen und unsicheren Stimme, ohne entsprechende Überzeugungskraft. Auch die Salivationsneigung hörte nicht auf.

Die eingetretene Remission dauerte bis zum 18. 12. 35. Dann konnte man bereits bei ihm gewisse Zeichen einer neuen Verschlechterung des psychischen Zustandes wahrnehmen. Er schloß sich zunächst von der Umgebung ab, wurde schweigsam und negativistisch. Dann begann langsam bei ihm ein psychomotorischer Erregungszustand, begleitet von impulsiven und aggressiven Tendenzen. Schließlich trat noch ein Verwirrheitszustand auf, mit reichlichen halluzinatorischen und wahnhaften Erlebnissen. Dieser hyperkinetische Zustand wurde zeitweise von kurzdauernden stuporösen Phasen unterbrochen, wobei der Kranke stundenlang regungslos im Bette verblieb. Von Juli 1936 ab kam bei ihm eine kombinierte Behandlung mit Sauerstoff und Pyrotherapie zur Anwendung. Danach besserte sich sein

psychischer Zustand schnell und es trat eine tiefgreifende Remission ein. Der Kranke wurde am 31. 10. 36 im Zustande einer Vollremission aus der Klinik entlassen.

Bei diesem Kranken handelt es sich vorwiegend um eine akinetische Form der Katatonie. Die Entwicklung des Krankheitsbildes geht hier mit der charakteristischen schizophrenen Grundstimmung, unmotivierter Angst, Denkstörungen und Wahnerlebnissen einher. Für die Schwere des Prozesses spricht neben dem Zeichen des negativistischen Stupors noch die reichliche Speichelabsonderung. In der übrigen Symptomatik sind ferner die plötzlichen Durchbrechungen des Stupors durch impulsive und aggressive Ausbrüche hervorzuheben.

Die Remission wird bei diesem Fall von einer psychomotorischen Belebung, sowie von der Aufhebung der Hemmungen der vegetativen Funktionen eingeleitet. Diese motorische Lebhaftigkeit ist dabei noch als eine reaktive Ausdrucksform der belebten vitalen Triebe anzusehen. Gleichzeitig stellen diese reaktiv-motorischen Äußerungen gewissermaßen eine Triebentspannung dar. Mit der Belebung der Motorik begann der Kranke sich selbst zu nähren, ohne Unterbrechung zu schlafen u. a. Die Abschwächung des stuporösen Zustandes ging bei ihm ferner mit bedeutendem Nachlassen der kataleptischen Erscheinungen, des Negativismus und Mutismus, sowie der übrigen psychomotorischen Symptome einher. Seine Handlungsweise blieb in dieser 1. Phase ausschließlich triebhaft und durch Triebmotive bedingt.

Zu Beginn der zweiten Woche der Remission sehen wir die Entwicklung einer neuen, zweiten Phase. Die Belebung der Gefühlssphäre ist klinisch von einer affektiven Labilität mit vorübergehenden Ambivalenzreaktionen begleitet. Die beim Kranken herrschende unlustvolle Spannung erreicht zugleich den höchsten Grad. Ihre Entledigung erfolgt erlebnismäßig auf dem Wege der Affektreaktionen. Währenddessen wird auch das intellektuelle Gebiet stark angeregt. Die belebte assoziative und reproduktive Tätigkeit trägt dabei deutlichen Gegenwartsbezug. Auch vergangene Erlebnisse werden aktualisiert. Gleichzeitig fällt die Tendenz zur längeren Perseveration der Erlebnisse im Bewußtsein auf.

Mit der Beruhigung der Affektivität konnte man bei ihm eine dritte Phase der Remission begrifflich abgrenzen. Die autistische Haltung wurde allmählich aufgegeben. Der Kranke paßte sich immer mehr den Anforderungen der Umgebung an, indem er sich im Krankenzimmer an den allgemeinen Spielen und Arbeiten beteiligte. Auch begann er sich für die Zukunft und seine Angehörigen zu interessieren und Initiative zu zeigen. Nur die persistierende Salivationsneigung, obwohl nur leicht angedeutet, und die in seiner Haltung wahrnehmbare Aktivitätsschwäche standen nicht im Einklang mit der eingetretenen Remission. Die Entwicklung der Remission hielt in dieser 3. Phase der Persönlichkeitsgestaltung an. Die Persönlichkeit als Ganzes wurde beim Kranken nicht wiederher-

gestellt. Es kam zu einem erneuten psychotischen Schub, welcher vorwiegend unter einem hyperkinetischen Bild verlief. Danach trat eine zweite tiefgreifende Remission ein, bei deren Verlauf die beschriebenen drei Phasen des Remissionsaufbaus flüchtiger zum Ausdruck kamen. Zum Unterschied von der vorhergehenden Remission zeichnete sich die erste Phase hier durch die rasche Abschwächung und Beruhigung des Bewegungsdranges aus. Das Durcheinander der Antriebe wurde hiermit beseitigt und das motorische Gebiet in ein relatives Gleichgewicht gebracht.

Fall 2. Stephana P., 21 Jahre, ledig. Den anamnestischen Angaben nach stammt sie aus einer psychisch gesunden Familie. Entwicklung im Kindesalter normal. Ihrem Charakter nach stets still, empfindlich und zu Schwärmereien geneigt gewesen. Regelmäßige Menstruation seit dem 14. Jahr. Während der Menstruation seelisch vollkommene Veränderung: sie sei schweigsam, nachdenklich geworden und habe körperlich abgenommen. Im Sommer 1933 sei sie bei ihrer Reifeprüfung durchgefallen. Ein Jahr später, nachdem sie die Prüfung bestanden hatte, habe sie vergebens eine Stellung als Lehrerin gesucht. Infolgedessen sei sie düster, verzweifelt geworden, habe anfangen sich schlecht zu nähren und unruhig zu schlafen. Während einer Februarnacht 1934 sei sie heftig aufgeregt gewesen, habe Angst empfunden und zerfahren gesprochen. Zwei Monate darauf habe sie versucht, sich aufzuhängen. In der Nacht am 3. 9. 35 sei sie plötzlich aufgeregt gewesen, habe heftige Angst empfunden, geweint und gelacht, Wahnideen geäußert, daß draußen etwas Schreckliches vor sich gehe: Vater und Bruder seien umgebracht, sie selbst müsse sterben usw. Sie habe fortwährend Schüsse gehört. Diese Aufregung, mit Halluzinationen und einem langdauernden Angsteffekt begleitet, sei allmählich in Gleichgültigkeit und Unempfindlichkeit übergegangen. Sie habe anfangen unbewegliche Stellungen einzunehmen, indem ihr Blick auf irgend einen Punkt gerichtet blieb, habe dabei wenig und zerfahren gesprochen. Sie habe jede Nahrung abgelehnt und unruhig geschlafen. Im Laufe der letzten Tage vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus habe sie überhaupt nicht mehr gesprochen und sei ständig in ihrem Bett gelegen.

Am 8. 10. 35 wird die Kranke in der Klinik mit einem deutlich ausgeprägten katatonischen Bild aufgenommen. Sie liegt längere Zeit mit eingefrorener Mimik in ihrem Bett, nimmt verschiedene passive Stellungen ein, welche ihr beigebracht werden; sie führt alles, was ihr befohlen wird (Befehlsautomatie), automatisch, kurz und maniert aus. Öfters nimmt sie Sphinxposen ein, streckt ihre Hände nach vorne und hebt den Kopf nach oben. Ihre Stimmung ist gleichgültig, teilnahmslos. Der psychische Kontakt ist teilweise möglich. Sie ist orientiert über Zeit, Ort und auch autopsychisch. Das Gedächtnis ist erhalten, die Untersuchung der intellektuellen Fähigkeiten ist ziemlich erschwert zufolge der Inkohärenz des Denkens, grobe Abweichungen von der Norm sind jedoch nicht festzustellen. Auf Befragen gibt sie langsame, stereotype Antworten, meist ohne logischen Zusammenhang. Die Spaltung der assoziativen Zusammenhänge tritt deutlich in ihren Reden hervor, z. B.: „Ich befinde mich in Sofia, im Gebärhaus. Es gibt Bewußtsein und Unterbewußtsein. Bitte um Verzeihung, daß Sie ein Arzt sind. Dadurch würde meine Unschuld verletzt werden.“ Bei einem anderen Gespräch erklärt sie: „Dieser Raum ist für Kranke, hier irrt man ein wenig. Ein Bewußtsein habe ich schon gehabt, aber wo ist es eigentlich? Kontrollieren Sie, wenn Sie wünschen; ich bin aus Yambol. Ein Gesetz, eine Kette aus Gesetzen.“ Die körperliche Untersuchung ergab keine groben Abweichungen von der Norm. Konstitutionelle Zugehörigkeit zur asthenischen Gruppe. Nahrungsaufnahme erfolgt nur unter Zwang, Schlaf nur infolge der Schlafmittel. Öftere Salivation.

Zuerst wurde die Kranke mit Pyrotherapie behandelt, doch verschlechterte sich ihr psychischer Zustand dabei sehr; sie verfiel bald in einen tiefen katatonen Stupor mit Mutismus, wechselnder Muskelspannung und Katalepsie, nebst dem Symptom der wächsernen Biegsamkeit. Sie verhielt sich meist negativistisch, lehnte jede Nahrung ab, so daß Sondenernährung nötig war; ferner fing sie an, unter sich zu lassen.

Am 7. 12. 35 begann die Sauerstoffbehandlung. Schon nach den ersten Injektionen trat deutlich eine Veränderung im klinischen Bilde ein. Die Kranke erklärte, daß sie sich verhältnismäßig gut fühle und daß es ihr leicht zu Mute sei. Ihr Schlaf ist zurückgekehrt, sie fängt an von selbst mit Appetit zu essen. Sie hat aufgehört unter sich zu lassen; auch die Salivation hat aufgehört.

13. 12. 35. Gleichzeitig mit der Besserung der vegetativen Funktionen ist bei der Kranken eine gewisse motorische Belebung wahrzunehmen. Sie verfolgt mit belebtem Blick alles um sich herum, versucht zuweilen im Zimmer herum zu gehen und spricht etwas energischer. Die kataleptischen Erscheinungen sind dabei bedeutend schwächer ausgedrückt, der Mutismus fehlt fast vollkommen. Der psychische Kontakt mit ihr ist wiederhergestellt. Diese Belebung im motorischen Gebiete wechselt zeitweise mit vorübergehenden Starrheitszuständen: die Kranke verbringt dann ganze Stunden regungslos oder sitzend in ihrem Bett, ohne irgend welche Initiative oder ein sichtbares Interesse für ihre Umgebung zu zeigen.

21. 12. 35. Die emotionellen Töne sind belebt. Im klinischen Bilde dominiert eine Labilität der Affekte. Die kontrast-affektiven Zustände wechseln ziemlich rasch ab, wobei kurzdauernde ambivalente Reaktionen beobachtet werden. Ihre Stimmung ist dabei vorwiegend gedrückt: sie weint spontan oder infolge ganz geringer äußerer Anlässe, insbesondere beim Gespräch. Parallel mit dem Auftreten der Emotionen nimmt die psychomotorische Belebung bedeutend zu. Fast während des ganzen Tages spaziert die Kranke im Zimmer herum, zeigt Initiative und führt Gespräche mit den Leuten ihrer Umgebung.

3. 1. 36. Die Kranke ist orientiert über Ort, Zeit und ihre eigene Person, benimmt sich zurückhaltend und ruhig. Sie ist wenig gesprächig und motorisch beweglich. Die frühere affektive Labilität ist nicht mehr zu beobachten. Trotzdem sind die affektiven Verbindungen der Kranken mit der Außenwelt nicht genügend aktiv. Ihr ganzes psychisches Verhalten weist deutlich die Prägung einer autistischen Beziehung auf, die mit infantilen Zügen gesättigt ist: „Heute ist ein schöner Wintertag,“ schreibt die Kranke, „die Dächer und der Boden sind mit einer weißen Decke bedeckt, was im Menschen eine angenehme Stimmung hervorruft. Noch angenehmer ist es aber, wenn kleine Schneeflocken vom Himmel fallen. Wenn ich zum Fenster hinaus schaue, bemächtigt sich meiner der Wunsch, wie ein Vogel davon zu fliegen und bröckelige, weiße Kugeln mit meinen eigenen Händchen zu machen, damit mein ganzes Wesen erfrischt wird. Allem Anscheine nach wird die Sonne nachmittags scheinen. Dies ist genügend, um Stimmung zu bekommen und zum Singen unserer Liedchen bereit zu sein, widrigenfalls würde ein tiefes Schweigen, eine Eintönigkeit antreten, welche den Geist tötet...“

Im Laufe der nächsten Wochen wurde die autistische Beziehung der Kranken zu der sie umgebenden Wirklichkeit immer schwächer ausgeprägt. Sie war bereits ziemlich sprechlustig und umgänglich, zeigte Teilnahme an der Umgebung, berufliche Interessen und Initiative in der Abteilung; sie half mit, beschäftigte sich mit Handarbeit usw. Auch in diesem Fall war bei aufmerkssamer Beobachtung das Vorhandensein einer, wenn auch schwach ausgedrückten, psychischen Hypoaktivität festzustellen. Die eingetretene tiefe Remission bei der Kranken hielt bis zu Ende ihres Aufenthaltes in der Klinik (1. 3. 36) an.

Es handelt sich zweifellos um eine vorwiegend schlaffe Form der akinetischen Katatonie. Anamnestisch beginnt die Psychose bei der

Kranken, zufolge ihrer Zurückstellung als Bewerberin für eine Anstellung als Lehrerin, mit ängstlicher Erregung, halluzinatorischen und Wahn-erlebnissen und Suicidversuch. Anschließend daran entwickelt sich ein stuporöser Zustand. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik bot die Kranke ein Krankheitsbild mit schlaffem Muskeltonus, Bewegungsarmut, Zerrfahrenheit des Denkens, Befehlsautomatie, Salivation u. a. Dieses Zustandsbild vertiefte sich deutlich nach erfolgloser Pyrotherapie bis zu voller Regungslosigkeit und Starrheit, begleitet von wechselnder Muskelspannung, Mutismus, Unreinlichkeit und Nahrungsverweigerung.

Auch bei diesem Fall sehen wir als erstes Zeichen der eintretenden Remission die Belebung der Motorik und die Stimulierung der vegetativen Funktionen der Nahrungsaufnahme, des Schlafes u. a. Das Nachlassen der psychomotorischen und Aktivitätsstörungen geht hier ziemlich rasch vor sich. In wenigen Tagen traten die motorischen Symptome, insbesondere die kataleptischen Erscheinungen und der Mutismus, bedeutend zurück. Demgegenüber ließ aber der Sperrungszustand nicht ganz nach. Die Kranke verfiel zeitweise in kurzdauernde stuporöse Zustände. Gleichzeitig mit der Belebung des Gefühlslebens in der 2. Phase der Remission schwand auch die Restsperrung auf motorischem Gebiete vollständig. Die im klinischen Bilde vorherrschende affektive Labilität wurde hiebei von einer unlustvollen Spannung begleitet. Auch Ambivalenzreaktionen traten in Erscheinung. Die zwischen dem affektiven und dem psychomotorischen Gebiete von neuem sich einstellende funktionelle Verbindung hatte ihren normalisierenden Nachklang auch hinsichtlich der Vorstellungstätigkeit. Bei aufmerksamer Untersuchung konnte man fast keine Spuren von der früheren gedanklichen Zerrfahrenheit mehr wahrnehmen.

Mit der affektiven Beruhigung in der 3. Remissionsphase trat deutlich die bestehende autistische Einstellung der Kranken zur Außenwelt in den Vordergrund. Der Wiederherstellung des vollwertigen Denkvermögens ging hier eine anhaltende autistische Periode voraus. Infolgedessen blieb auch der affektive Rapport mit der Kranken für längere Zeit mangelhaft. Das autistische Denken äußerte sich bei ihr vor allem in dichterischen Tagträumen, welche infantile Züge zeigten. Während dieser autistischen Phase blieb die Kranke sonst besonnen, bewegte sich in der Realität und verrichtete persönlich fast alle ihre alltäglichen Arbeiten.

Allmählich, im Laufe von Wochen, konnten ihr autistisches Verhalten und die bestehende Aktivitätsschwäche fast vollständig überwunden werden. Die Patientin wurde gesprächig, mitteilksam und umgänglich. Sie begann auch sich mit Handarbeiten zu beschäftigen, in der Abteilung mitzuhelfen u. a. Ferner zeigte sie geistige Interessen und Initiative für ihren zukünftigen Beruf als Lehrerin. Im Gegensatz zum vorhergehenden Fall verschwand hier das prognostisch ungünstige Symptom der Salivation schon in den ersten Tagen der funktionellen Wiederherstellung.

Fall 3. Paunka, A., 33 Jahre, Hausfrau. Anamnestiche Angaben über eine mögliche erbliche Belastung fehlen. Entwicklung im Kindesalter normal. An schweren Krankheiten hat sie nicht gelitten. Die Schule hat sie nicht besucht, weil sie, als sie noch ein ganz kleines Kind war, verwaiste. Menstruiert seitdem sie 15 Jahre alt ist ganz regelmäßig. Die ersten Zeichen der Geisteserkrankung waren Anfang September 1935, unmittelbar nach der Heirat, zu bemerken. Sie habe ihren Charakter und die Beziehungen zu ihrer Umgebung verändert, sei düster, unruhig geworden, pflegte stets im Bett zu liegen. Nachts habe sie Angst empfunden, habe getobt und öfters „hinaus, hinaus“ geschrien. In solchen Momenten habe sie sich auf den Kopf geschlagen und sei aus dem Hause fortgelaufen. Als man sie festzuhalten versuchte, habe sie schrill geschrien, gebissen und Fußtritte versetzt. Sie habe ferner gesprochen, daß man sie erschießen, umbringen wolle. Die Aufregung sei zuweilen durch einen Starrheitszustand abgelöst worden, wobei die Kranke regungslos, wie vom Blitz getroffen, erstarrt sei.

Bei ihrer Aufnahme in die Klinik am 4. 11. 35 macht ihre motorische Unbeweglichkeit Eindruck, sowie ihre Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber. Fast den ganzen Tag verbringt sie unter ihrer Bettdecke, spricht mit niemandem und zeigt kein sichtbares Interesse oder Initiative. Der Gesichtsausdruck ist augenscheinlich indifferent, ebenso die Stimmung. Absichtlich teilt man ihr mit, daß ihr Mann gestorben sei, doch reagiert sie darauf fast nicht. Nur ihre Mimik wird schwach belebt; sie scheint etwas sagen zu wollen, eine Frage zu stellen, doch kann sie es nicht tun. Im allgemeinen ist der psychische und sprachliche Verkehr mit ihr, zufolge des herrschenden stuporösen Zustandes, unmöglich. Sie ist sauber, nimmt ihre Nahrung aber nur ein, wenn man darauf besteht.

Im Laufe der nächsten Tage vertiefte sich der stuporöse Zustand bedeutend und berührte, außer der Motilität, auch die psychomotorischen Ausdrucksmittel. Ihre Mimik wurde unbeweglich und der Gesichtsausdruck ein maskenartiger, starrer. Es traten Symptome negativistischen Stupors und Salvationsneigung auf. Zuweilen überwand die Kranke kurzdauernd die motorische Starrheit und beantwortete die Fragen stereotyp mit: „Ich weiß nicht“, oder sie sagte, daß ihr „alles Weh täte“. Das beschriebene katatone Syndrom dauerte bis zum Beginn der Sauerstoffbehandlung am 19. 11. 35 an.

25. 11. 35. Seit 4—5 Tagen ist im Zustande der Kranken eine schwache motorische Beweglichkeit zu beobachten, begleitet von einer Abnahme der katatonen und negativistischen Erscheinungen. In ihrem Gesichtsausdruck, sowie in ihrem Blick, ist Zweifel zu bemerken; ihren Handlungen fehlt eine bestimmte Richtung und Zweckmäßigkeit. Dabei fällt noch das Vorhandensein vorübergehender motorischer Kontrastreaktionen auf: ein und derselbe äußere Reiz ruft entgegengesetzte Wirkungen hervor, Nachgiebigkeit und Entgegenkommen wechseln mit Negativismus und Ablehnung ab.

Abgesehen von diesen momentanen Kontrastreaktionen, lassen sich in ihrem Blick oft genug eine gewisse Neugier und Interesse feststellen. In solchem Zustande beantwortet sie Fragen und versucht selber mit den Kranken und dem Personal ins Gespräch zu kommen.

2. 12. 35. Die emotionelle Sphäre wird belebt. Es herrscht eine affektive Erregung im Gebiete der unangenehmen Gefühlstöne: die Kranke weint öfters. Der Gesichtsausdruck ist wach, gespannt, die Mimik beweglich; sie beobachtet dabei die Leute ihrer Umgebung mißtrauisch, sogar feindselig. Gleichzeitig mit der Aktivierung der Affekte fängt sie an, paranoische Ideen zu äußern, daß „ihr Mann ihren Bruder umgebracht habe, daß man sie ebenfalls umbringen werde“ u. a. Sie begegnet dem Arzt feindselig mit den Worten: „Warum lassen sie mich verschiedene Schweinereien essen; ihr wollt mich vergiften.“ Allgemein betrachtet verändert sich das psychische Verhalten der Kranken in paranoischer Richtung unmittelbar und gleichzeitig mit der Belebung der affektiven Sphäre. Sie ist schweigsam,

verschlossen und mißtrauisch geworden und nimmt allen gegenüber eine feindliche Haltung ein. Die Handlungen des Personals beurteilt sie schon ausschließlich nach der Richtung der in ihr selbst herrschenden wahnhaften Gefühle und Mißtrauens. Öfters sagt sie: „Warum gebt ihr mir Schweinereien zu essen? Ihr alle seid meine Feinde; dies ist kein Krankenhaus, sondern eine Fabrik.“ Ein anderes Mal: „Bringt mich um, übergibt mich der Polizei; warum quält ihr mich? Ihr zieht mich nackt vor so vielen Leuten, zum Spott, aus. Ich werde es euch allen vergelten!“

22. 12. 35. Im Laufe der letzten Tage macht eine gewisse Schwankung in ihrem Benehmen Eindruck. Das paranoische Verhalten mit den begleitenden negativistischen Erscheinungen wechselt mit kurzdauernden Zuständen von Nachgiebigkeit und Gehorsam. Während dieser hellen Pausen benimmt sie sich freundlich, reicht dem Arzt die Hand und beantwortet alle Fragen gern. Bei längeren Gesprächen ändert sie wiederum ihr Benehmen, wird negativistisch und blickt mißtrauisch umher.

Die erwähnten kurzdauernden Besserungszustände sind im Laufe der nächsten Wochen im klinischen Bilde in den Vordergrund getreten, wobei gleichzeitig die Wahnideen abgenommen haben; dabei haben dieselben ihre frühere Stärke und Überzeugungskraft verloren. In dieser Remissionsphase geriet die Kranke öfters in einen Zustand von Ratlosigkeit. Sie äußerte ihre Verwunderung darüber, daß sie sich der Personen und die Namen aller sie besuchenden Leute nicht erinnern könne: „Ich sehe Leute, viele Leute um mich herum, doch kann ich mich nicht erinnern, wer sie sind. Ich bin seit einigen Monaten verheiratet und bin immer krank; ich kann mich an gar nichts erinnern und sitze da wie der Ochs vorm Berge. Ich dachte, unsere Leute seien getötet, gestorben, doch sind sie gekommen, ich habe sie lebendig gesehen.“

Diese vorübergehende Periode psychischer Wiederherstellung, ausgefüllt mit abklingenden wahnhaften Erlebnissen, Ratlosigkeit und Fremdheitsgefühlen, dauerte bis zur zweiten Mitte des Januars 1936. Die affektiven und Fremdheits-erlebnisse, mit dem sie begleitenden schon leichten paranoischen Beiklang, beruhigten sich allmählich fast gänzlich. Die Kranke fing an, sich der Umgebung gegenüber ziemlich ordentlich zu benehmen, wurde mitteilssamer, beschäftigte sich mit Handarbeit, führte lebenswürdige Gespräche und äußerte keine Wahnideen mehr. In ihrem Verhalten ließ sich zuweilen immer noch eine gewisse Zurückhaltung und Mißtrauen wahrnehmen. Die eingetretene Remission dauerte bis zum Tage ihrer Entlassung (25. 2. 36) aus der Klinik.

Bei dem beschriebenen Zustandsbild sehen wir zwei spezifisch schizophrene Syndrome aufeinander folgen: das katatone und das paranoide Syndrom. Anamnestisch beginnt bei der Kranken die Psychose mit einer psychomotorischen und affektiven Erregung, begleitet von Angst-erlebnissen, paranoiden Ideen und plötzlich einsetzenden Zuständen der Regungslosigkeit. In der Klinik entwickelte sich daraus das Bild eines typischen katatonen Stupors mit Symptomen des Negativismus, Starrheit und Salivationsneigung. Der Remissionsvorgang verlief bei dieser Kranken strukturell ähnlich, wie bei den vorhergehenden Fällen. Erst beobachtete man bei ihr eine motorische Beweglichkeit, begleitet von Abschwächung der stuporösen Erscheinungen und des Negativismus. In dieser I. Phase der Remission fiel der rasche Wechsel von Antrieben und Gegenantrieben bei der Kranken auf, die sich gegenseitig nicht hemmten, ein Zustand, den wir als motorische Ambivalenz bezeichnen

könnten. Erlebnismäßig kann man sich den seelischen Sachverhalt bei diesen momentan wechselnden motorischen Kontrastreaktionen so vorstellen, als ob die Kranke eine gewisse Bewegung bzw. Handlung wolle und sie zugleich verneine.

Die Belebung der Gefühlssphäre in der 2. Remissionsphase zeichnete sich durch eine heftige affektive Erregung aus, begleitet von einer starken unlustbetonten Spannung. Der Umgebung gegenüber begann sie ein ablehnendes, unzugängliches und feindselig gestimmtes Wesen zu zeigen. Der katatone Restzustand wurde zugleich von den paranoiden Erlebnissen verschleiert. Dann verloren sich die katatonen Erscheinungen mehr und mehr, dafür aber traten die paranoiden immer deutlicher hervor. Sie wurde beim kleinsten Anlaß sofort erregt und aggressiv, beschuldigte das Personal und die Verhältnisse in der Abteilung usw. Erst mit dem Eintritt der affektiven Beruhigung der Kranken verblaßten auch die paranoiden Wahnideen und dadurch milderte sich ihre abweisende Haltung. Währenddem verfiel sie aber in einen anhaltenden Zustand von Ratlosigkeit, begleitet von Fremdheitsgefühlen. Diese, mit paranoiden Zügen vermischten Entfremdungserlebnisse, schwanden gleichzeitig mit der vollen Beruhigung der affektiven Erregung. Danach zeigte sie keine Denkstörung mehr, auch ihre paranoische Haltung wurde aufgegeben. In dieser 3. Phase des Remissionsaufbaues schloß sich die Patientin an die Umgebung immer näher an, wurde freundlich und mitteilend, verrichtete Handarbeiten u. a.

Die durch Cardiazolschocktherapie behandelten Katatoniker bieten im allgemeinen ebenfalls günstige Gelegenheit zur Beobachtung des Remissionsvorganges. Abgesehen von dem infolge mißglückten Cardiazolkrampf auftretenden quälenden Angstgefühl und sonstigen an die konvulsive Krise gebundenen Reaktionen, entwickelt sich die Remission bei der Cardiazolkrampfbehandlung strukturell gleichartig, wie bei den bereits beschriebenen Fällen. Zur Ergänzung unserer Untersuchung geben wir im folgenden kurz eine durch Cardiazol behandelte hyperkinetische Form der Katatonie wieder.

Fall 4. Eudokia K., 23 Jahre, ledig. In der Familienanamnese nichts auffallendes. Entwicklung während der Kindheit normal. Seelisch krank seit 28. 4. 40. In einer Gesellschaft habe sie plötzlich, ohne äußeren Anlaß, anfangen zu singen und zu lachen. Am folgenden Tag sei sie sehr unruhig geworden, habe begonnen zerfahren zu sprechen und zu toben. Sie habe dabei behauptet, eine Heilige zu sein, deshalb höre sie die Stimmen ihrer abwesenden Freundinnen u. a. Zeitweise sei sie für Stunden zu sich gekommen und ruhiger und zugänglicher geworden, dann aber wieder erregt und tobsüchtig.

Bei ihrer Aufnahme in die Klinik am 31. 5. 40 fällt ihre heftige psychomotorische Erregung sowie ihr unstillbarer Rededrang auf. Sie schwatzt ständig und in ihren Reden kann man keinen Zusammenhang finden (Logorrhoe); auch der sprachliche Inhalt ist sehr eintönig. Während des ganzen Tages läuft sie dabei im Zimmer herum, schreit heftig, macht auffällige Faxen, klettert auf das Fenstergitter u. a.; oft zerreißt sie auch ihr Kleid. Der Bewegungsdrang an sich ist bei der Kranken anscheinend ohne Motiv, zwecklos und äußert sich in ständigen Wiederholungen und

Stereotypien. Ziemlich selten treten jedoch dazwischen echte impulsive Zielhandlungen auf. Ihr Gesichtsausdruck ist ziemlich lebhaft und gespannt, mit einem verbissenen, zornigen Zug; dabei oft grimassiert. Orientierung über Ort und eigene Person verhältnismäßig gut erhalten, über die Zeit ist sie jedoch nur sehr mangelhaft orientiert. Sie verhält sich zu allem widerstrebend, negativistisch. Der psychische Rapport mit ihr ist deswegen erschwert. Der Gedankengang ist deutlich zerfahren. Meist antwortet sie auf Fragen nichts oder wiederholt mehrmals eintönig das Gesagte. Ein andermal spricht sie zusammenhängender, dann beschimpft sie Ärzte und Personal mit zynischen Worten, wird aggressiv, zuweilen äußert sie auch erotische Tendenzen. Oft wiederholt sie den gleichen Satz: „sie sei sehr reich, ganz aus Gold und habe 38 Männer“. Selten kann man bei ihr kurzdauernde stuporöse Zustände beobachten. Sie bleibt dann minutenlang irgendwo im Zimmer mit starrem Blick und regungslos wie eine Statue stehen. Der Nahrungsaufnahme setzt sie stets Widerstand entgegen. Nachts ist sie meist erregt und schläft nur mit Beruhigungsmitteln. In letzter Zeit unrein.

Die Konvulsionsbehandlung begann am 2. 9. 40. Im Laufe von drei Wochen hat die Kranke 6 Cardiazolkrämpfe durchgemacht. Schon nach dem zweiten Krampf konnte man bei ihr eine Milderung der katatonen Erregung beobachten, welche sich allmählich vertiefte. Der Rededrang trat schwächer in Erscheinung und die Logorrhoe schwand völlig. Die Abschwächung des Bewegungsdranges zeigte sich hier vor allem in einem bedeutenden Nachlassen des Übermaßes an Bewegungen und der impulsiven Ausbrüche. Man konnte inzwischen an ihren motorischen Äußerungen bereits eine gewisse Zweckmäßigkeit wahrnehmen. Die Belebung der Gefühlssphäre trat nach dem dritten Krampf deutlich in Erscheinung und äußerte sich in heftigen affektiven Lust-Unlustreaktionen; bei kleinster Gelegenheit begann sie laut zu weinen, um kurz danach in Lachen auszubrechen. In der Übergangsperiode beider Kontrastzustände beobachtete man zuweilen momentan auftretende Ambivalenzreaktionen. Die affektive Erregung dauerte einige Tage an und ließ nach dem vierten Krampf rasch nach. Gleichzeitig mit der Affektivität beruhigte sich auch die Erregung auf psychomotorischem und sprachlichem Gebiete völlig. Die Kranke wurde auffallend lebenswürdig, begann sich verständlich zu verhalten und zweckmäßig zu handeln. Dabei half sie unermüdlich dem Pflegepersonal in der Abteilung bis zum Tage ihrer Entlassung. Diese tiefgreifende Remission trat verhältnismäßig schnell ein und nach dem sechsten Cardiazolkrampf wurde die Konvulsionsbehandlung ausgesetzt. Im Zustande einer vollen Remission verließ die Patientin am 23. 9. 40 die Klinik.

Bei diesem kurz geschilderten Fall von hyperkinetischer Katatonie tritt deutlich der den akinetischen Formen analoge Gang der Remissionsentwicklung hervor. Nur die 1. Phase des Remissionsaufbaus ist gewissermaßen uncharakteristisch. Dies hängt teilweise mit dem Umstand zusammen, daß der katatone Erregungszustand äußerlich sehr oft recht untypisch und klinisch meist nur durch die beigemischten Symptome von dem akinetischen Bilde sicher abzugrenzen ist. Das Nachlassen des motorischen Erregungszustandes mit dem ihn begleitenden Bewegungsdrang ist hier das erste Zeichen der eintretenden Remission. Dies sehen wir vor allem in der deutlichen Herabsetzung der motorischen und sprachmotorischen Impulse und Äußerungen.

Auch bei dieser Kranken wird die 2. Phase der Remission durch die Belebung der affektiven Sphäre eingeleitet. Dennoch ist hier der affekt-labile Zustand verhältnismäßig mit ziemlich heftigen Lust-Unlust-

reaktionen begleitet. Beim Ansprechen bricht die Kranke öfters in starkes Lachen oder Weinen aus; die herrschende affektlabile Erregung ist vorwiegend impulsiver Art. Erst mit der Beruhigung der Affektivität nach dem vierten Cardiazolkrampf trat auch die noch schwach angedeutete motorische bzw. sprachmotorische Erregung völlig zurück. Das psychomotorische Gebiet wurde dadurch geregelt und die Bewegungsimpulse ins Gleichgewicht gebracht. Auch die grobe Störung des gedanklichen Ablaufs wurde hiermit beseitigt. Daran schloß sich die 3. Phase der Remissionsentwicklung an, welche die Wiederherstellung ihrer Persönlichkeit als Ganzes umfaßt. In dieser Periode begann die Patientin sich schon ruhig, besonnen zu verhalten und zweckmäßig zu handeln. Ferner zeigte sie beim Umgang ein liebenswürdiges und verständiges Wesen, arbeitete in der Abteilung u. a.

Der katatone Abbauprozess stellt bekanntlich ein eigenartiges Naturexperiment für die Verselbständigung der psychischen Apparate dar. Durch Lockerung der funktionellen Gliederung des Seelischen treten im katatonen Bilde isolierte Strukturen hervor, besonders auf dem Gebiete der Psychomotorik und Affektivität. Diese aus dem strukturellen Gesamtverband gelösten Funktionen verselbständigen sich zu automatischen Tätigkeiten oder bleiben lahmgelegt. Hierin liegt ein Grundunterschied anderen Akinesiearten gegenüber. Speziell, im Gegensatz zur strio-pallidären Akinese, zeigt der katatone Funktionsabbau eine tiefere psychische Verwurzelung. Es fehlen da nicht bloß die unwillkürlichen instinktiven Antriebe und die körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten der Affekte, sondern vor allem sind die Emotionen von der Gesamtpsyche gespalten. Meist wird der katatone Funktionsabbau von vorübergehenden depressiven Spannungszuständen begleitet.

Bei den hyperkinetischen Formen insbesondere besteht eine ausgesprochene Neigung zur Absonderung und Verselbständigung der Ausdrucksbewegungen, infolge der Lockerung ihrer Beziehungen zu den höheren Willensvorgängen. Diese motorischen Äußerungen haben sozusagen den willensmäßigen Zusammenhang mit der gesamten Persönlichkeit verloren. Die gestörte Psychomotorik wird hierbei als automatenhaftes, mechanisiertes, d. h. von der Gesamtpsyche gespaltenes Handeln erlebt. Die Steigerung der Triebenergie erscheint bei der hyperkinetischen Störung als ein Übermaß von Antrieben und Bewegungsimpulse. Die daraus sich ergebenden Mehrbewegungen stellen gewissermaßen die Entladung der krankhaften motorischen Antriebe dar. Hingegen ist das Verhältnis bei tiefgreifender Akinese anders. Die Antriebe sind hier infolge der Sperrung lahmgelegt und können sich nicht auswirken. Es liegt also bei allen diesen krankhaften kinetischen Äußerungen als wesentliche Funktionsstörung eine Herabsetzung oder Steigerung der Antriebe zugrunde; damit verbindet sich auch die innerseelische Störung der Einstellungsvorgänge. Es besteht wahrscheinlich eine Regulations-

störung im seelischen Haushalte der Triebenergie und ihrer Auswirkungsmöglichkeiten. Auch gehirnpysiologisch entspricht den motorischen und Antriebsstörungen ein Aufbau von integrierenden Regulationssystemen, deren Beschreibung nicht in den Rahmen unserer Aufgabe gehört.

In den oben beschriebenen Fällen haben wir schon die wesentlichen konstitutiven Merkmale des bei der Verwirklichung der Remission sich abspielenden funktionellen Grundvorganges erörtert. Dabei konnten wir im objektiven Ablauf des Remissionsbildes begrifflich drei integrierende Phasen unterscheiden:

Die I. Phase zeichnet sich bei den akinetischen Formen durch Wiederbelebung der Triebhaftigkeit und der Motorik aus. Die belebten vitalen Triebe werden von reaktiv-motorischen Ausdrucksbewegungen begleitet, welche zugleich ihre Entspannung bzw. Befriedigung bedeuten. Gleichzeitig wird auch die motorische Hemmung der vegetativen Funktionen (Nahrungsaufnahme, Schlafbedürfnis u. a.) aufgehoben. Ebenso schwinden rasch die an die veränderten motorischen Aktionen gebundenen kinetischen Störungen der Muskelkontraktion. Die triebhaften und reaktiven Bewegungen machen in dieser Stufe des Remissionsaufbaus immer noch einen mechanisierten Eindruck. Mit der Belebung der Psychomotorik wird auch der die Akinese begleitende Antriebsmangel, sowie die Störung der gedanklichen Einstellungen durchbrochen. Die psychomotorischen Symptome und die Aktivitätsstörungen lassen im klinischen Bilde rasch nach. Allmählich wird damit die Verbindung zwischen den niederen automatischen Äußerungen und der übrigen Willenspersönlichkeit lebendiger. Die Belebung der Psychomotorik geht gleichsam mit einer erhöhten Beanspruchung der Reflex- und Muskelinnervationen einher, auf welche sich die eigentlichen Willensmechanismen aufbauen. Allerdings sind in dieser Phase nur Trieb- bzw. Willkürhandlungen möglich. Ergänzend ist hier wohl zu berücksichtigen, daß bei unvollständiger Automatisierung des Motorischen die niederen Willensformen gewissermaßen lebendig bleiben. Ihre vollständige Beherrschung von der übrigen psychischen Persönlichkeit wird in dem Remissionsaufbau rascher erfolgen, als bei den Fällen mit völliger Abspaltung der motorischen Funktionen. Die Möglichkeit einer Wiedereinschaltung von höheren Motiven und die Ausführung von Willensakten ist erst mit der Reaktivierung der Affekte gegeben. Zu betonen ist, daß in dieser Periode der tätigen Triebregungen Lust-Unlustmomente kaum angedeutet sind.

Mit dem Fortgang der Besserung schwinden allmählich die krankhaften Veränderungen der Bewegungsapparate und dadurch wird die Akinese im hohen Grade gemildert. Dies führt weiterhin nicht bloß zu einer gewissen Normalisierung des motorischen Gebietes, sondern vor allem werden die Denkvorgänge von der hemmenden Wirkung der Sperrung gelöst. Mit der Aufhebung der Akinese löst sich auch die

Sperrung der sprachlichen Äußerungen. Gleichzeitig mit der Belebung der vitalen Triebkräfte drängt sich im klinischen Bilde ein Spannungszustand in den Vordergrund.

In Gegensatz zu den herabgesetzten und ganz verarmten motorischen Aktionen bei der Akinese bzw. Hypokinese, sehen wir bei hyperkinetischen Bildern eine Steigerung der Antriebe und Bewegungsimpulse, welche äußerlich fast ohne Motiv und sogar ziellos erscheinen. Gewiß liegen jedoch der Einförmigkeit und Ziellosigkeit in der Handlungsweise der Hyperkinetischen ursprünglich sinnvolle Zweck- und Ausdrucksbewegungen zugrunde. Die 1. Remissionsphase ist hiebei ziemlich uncharakteristisch und äußert sich in einer Abschwächung der durch die Überzahl von Antrieben bewirkten kinetischen Störungen; damit wird vor allem das Durcheinander der Antriebe größtenteils beseitigt. Erst nach der Beruhigung der affektiven Erregung in der folgenden Phase wird der Bewegungsdrang völlig überwunden und hiermit das psychomotorische Gebiet ins Gleichgewicht gebracht. Im allgemeinen zeigen die 2. und 3. Remissionsphasen bei hyperkinetischen Bildern einen den akinetischen Formen analogen Remissionsvorgang.

Die 2. Phase zeichnet sich durch die Wiederbelebung der Gefühlsphäre aus. Das klinische Bild wird von einem starken, die Affektreaktionen begleitenden Spannungszustand beherrscht. Die Labilität der Affekte, mit Neigung zu vorübergehenden Ambivalenzreaktionen, tritt stark hervor. Die Erlebnisse der Kranken zeigen deutlich einen Gegenwartsbezug. Auch die Erlebnisse aus der Vergangenheit werden gegenwärtigt. Währendem wird die assoziative und reproduktive Gedankentätigkeit stark angeregt. Konstellative Motive werden wieder tätig. Es kommt zu Erweiterung der Einstellungen auf mehrere Gedankenkreise. In dieser Phase sind die Affektreaktionen vorwiegend unlustbetont, bei vielen Fällen zeigen sie eine Neigung zu Vertiefung in depressiver Richtung. Wir beobachten zugleich, daß die Vorstellungen bzw. die Erlebnisse des Kranken eine deutliche Tendenz zu längerer Perseveration im Bewußtsein aufweisen. Die Auswirkungen der Antriebe können hier einen kurzdauernden, leicht angedeuteten Zustand der Ratlosigkeit zur Folge haben. Endlich kommt es zur Regelung der Willensimpulse und der Handlungsweise. Durch die Einschaltung des höheren Willensvorganges werden zugleich die eventuellen Reste des Sperrungszustandes vollständig abgebaut. Die Voraussetzungen zur Ausführung von Wahlhandlungen werden hierdurch geschaffen. Die Entwicklung dieser 2. Phase der Remission wird mit der Beruhigung der affektiven Labilität bzw. Erregung vollendet.

Bei der 3. Phase tritt die Wiederherstellung der Persönlichkeit des Kranken als Ganzes in den Vordergrund. Die autistische Einstellung wird bereits überwunden und somit die Entfremdung des Innenlebens des Kranken zur gesamten Außenwelt allmählich beseitigt. Die Ichfunktion

wird gefestigt und die Icherlebnisse vereinheitlicht. Der Ausbau des vollständigen Willensvorganges, von den niederen Willensstufen der triebhaften und reaktiven Äußerungen bis zu den höheren motivierten Handlungen, wird vollendet. Die Ausführung von Wahl- und Entscheidungshandlungen erfolgt fast hemmungslos. Ergänzend sei betont, daß bei der Vorbereitung dieser höheren Willensformen den Trieben, besonders dem vitalen Streben und Begehren, eine erhebliche Rolle zuzuschreiben ist. Dies wird durch die in dieser Stufe des Remissionsaufbaues bereits hergestellte glatte Verbindung zwischen dem Triebleben und der höheren Willenspersönlichkeit gewährleistet. Auch die höheren geistigen Triebe, wie die der Wertgefühle und Werthaltungen, werden wieder tätig. Es folgt eine aktivere Wendung der Persönlichkeit zur Außenwelt und Einbeziehung ihrer Interessen in das Gemeinschaftsleben.

Die Remissionsentwicklung kann eigentlich in jeder Phase stehen bleiben. Bei unserem Material konnten wir zwei Fälle mit beginnenden Remissionen beobachten, bei denen die Besserung schon in der 1. Phase stockte. Bei dem einen Fall kam es zur Aufhebung der akinetischen Störung, wobei der Mutismus anhielt. Bei sonst regem Gesichtsausdruck sprach die Kranke während ihres ganzen Verbleibens in der Klinik fast kein Wort. Sie verständigte sich mit den umgebenden Personen hauptsächlich mimisch. Die andere Kranke zeigte eine andere Art partieller Aufhebung der Sperrung. Bei sonst flotter Sprache und reger Körpermotorik blieb die Mimik ziemlich starr und ausdruckslos.

Die klinische Erfahrung zeigt eindeutig, daß die pathologische Beeinträchtigung der Bewegungsfunktionen beim katatonen Stupor nicht durch Zerstörung der entsprechenden Apparate bedingt ist. Das gilt auch für die anderen funktionellen Gebiete der Katatonie. Die Wiederherstellung der Leistungsstörungen zeigt aber Abstufungen. Individuelle Verschiedenheiten beobachtet man auch bei dem Ablauf des Remissionsvorganges. Anfangs haben wir schon betont, daß nicht bei jeder katatonen Remission die fundierenden Funktionen in voller Deutlichkeit ausgeprägt sind. Bei leichteren Formen insbesondere beobachtet man eine flüchtigere Ablaufsweise. Außer der Schwere des psychotischen Prozesses spielt wahrscheinlich für die Ablaufsart und Gestaltung der Remission eine gewisse Rolle auch die Kraft der im Organismus wirkenden remittierenden Tendenz, sowie die anlagebedingten Unterschiede der Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Kranken. Trotz ungleicher Deutlichkeit des Phasenablaufs zeigen alle Remissionen, in individuellen Grenzen, eine einheitliche funktionelle Grundstruktur. Die drei integrierenden Phasen behalten als Hilfschema ihren empirischen Wert, da sie einen Blick in die Struktur des sich einheitlich abspielenden Innenvorganges bei den einzelnen katatonen Remissionen ermöglichen.

Als erstes Zeichen der auftretenden Besserung haben wir bei den akinetischen Formen auf die Wiederbelebung der Triebhaftigkeit und

der Motorik hingewiesen. Die pathologische Beeinträchtigung der Bewegungsfunktionen bzw. der motorischen Leistungen wird hiermit bis zum gewissen Grad gemildert. Die reaktiven und Ausdrucksbewegungen tragen dabei immer noch das Zeichen einer gewissen Automatisierung. Motorische Beweglichkeit, Nachlassen der psychomotorischen Symptome und der Aktivitätsstörungen, sowie Ausführung von Trieb- und Willkürhandlungen kennzeichnen diese erste Phase der Remission. Der Auswirkung der Antriebe folgt hier eine Aktivierung der gedanklichen Einstellungsvorgänge. Spannungszustände drängen sich allmählich auf. Allerdings erreicht die Spannung ihren Höhepunkt während der zweiten Remissionsphase gleichzeitig mit der Belebung der Affektivität. Hier, in der Übergangsperiode des Phasenablaufs, erscheinen die Gefühlstone vorübergehend als gegenstandslos. Man hat hier oft den Eindruck von einem Durchbruch der gestauten Triebenergie, deren Verwertung oder Befriedigung durch den psychotischen Prozeß gehindert war. Allmählich löst sich dann die Spannung in eine Reihe von Unlustempfindungen und Affektreaktionen auf. Die Gedankentätigkeit zeigt hier eine ausgesprochene emotionelle Färbung. Die Unlustgefühle herrschen eine Zeitlang in dem psychischen Bilde vor. Man hat dabei den Eindruck, als hänge der Fortgang der Remission von der Wirkung dieses Spannungsfaktors ab. Je intensiver die Spannung, desto deutlicher treten die strukturellen Grundlagen des Remissionsbildes hervor. Auch die Ausdruckskraft der affektiven Zustände scheint von diesem Spannungsmoment mitbedingt. Mit der Beruhigung der affektiven Labilität bzw. nach Lösung der Ambivalenzreaktionen büßen auch die Erlebnisinhalte ihre ursprünglich starke emotionelle Färbung ein.

Das Spannungsmoment gehört überhaupt zur inneren Bestimmung des Triebhaften. Es kommt in den motorischen und Triebreaktionen, beim Erleben der körperlichen Bindungen des Triebhaften, zum Ausdruck. Unseres Erachtens weist es auf eine Art von aktiver Anstrengung, von zielbezogenem Tätigkeitsdrang hin. Der bei dem Remissionsvorgang beobachtete Spannungszustand ist vorwiegend unlustbetont und deutet ferner auf eine Steigerung der innerseelischen Reizmenge hin. Die Entledigung dieser Unlustspannung erfolgt auf dem Wege der Affektreaktionen; denn in den Affekten wirken sich Triebkräfte aus. Der Gehalt an Triebenergie bestimmt auch den dynamischen Wert der affektiven Erlebnisse innerhalb des Erlebnisanzen.

Den innerseelischen Auswirkungen der belebten Affekte kommt eine ausschlaggebende Bedeutung für die weitere Gestaltung der Remission zu. Assoziationen und Reproduktionen werden wieder lebendig. Allerdings sind die Objektbeziehungen des Ichs in dieser Phase vorwiegend gefühlsmäßig gefärbt. Auch perseverierende Tendenzen treten deutlich hervor. Durch konstellative Einstellungen werden die Gedankenkreise erweitert. Die Triebstrebungen werden bestimmten Zielen zugeordnet, die Ziel-

setzungen selber fester und stetiger. Andererseits führt die Wiederherstellung der Affektivität zu einer gewissen Regelung der Willensimpulse und der Handlungsweise. Die sich einstellende Verhaltung der Handlungen bereichert ihrerseits die Gedankentätigkeit und führt zu klarerer Gegenstandserfassung. Der Abschluß dieser Entwicklung deckt sich mit der Beruhigung der affektiven Sphäre.

In der dritten Phase der Remissionsentwicklung wird die Vereinheitlichung der Funktionen verwirklicht. Die Kranken überwinden bereits den psychotischen Prozeß und erreichen wieder ihr Gleichgewicht. Überstandene Reste von halluzinatorischen Erlebnissen und wahnhaften Auffassungen der Objekte verlieren ihren pathologischen Boden und verblasen gänzlich. Die Einheit und Festigkeit der Persönlichkeitsstruktur ist dadurch wiederhergestellt.

Es gibt selbstverständlich Stufen dieses inneren Ausbaues der seelischen Struktur. Nicht bei jeder Remission wird das vereinheitlichte Ichleben voll erreicht. Dies hängt vor allem von den Triebeeinstellungen selber ab. Auch der Charakter ist irgendwie verändert und deckt sich nicht mehr mit dem prämorbidem. Gewisse Zusammenhänge innerhalb der Persönlichkeitsstruktur sind zerstört. Aus den verbleibenden Teilen bildet sich eine neue Persönlichkeitsstruktur, die weiterhin ausgebaut werden kann. Meist leiden die Wertgefühle, insbesondere die Beziehungen zu den Mitmenschen. Diese Beeinträchtigung der sozial-ethischen Haltung steht wahrscheinlich in Zusammenhang mit der bei mehreren Remissionen beobachteten postpsychotischen Hypoaktivität.

Zusammenfassend können wir die drei Remissionsphasen als funktionelle Teilstrukturen bezeichnen, die dem Gesamtgefüge einheitlich eingegliedert sind. Während der Schwerpunkt der ersten Phase auf das motorische Gebiet fällt, der der zweiten vorwiegend auf die Affektivität, umfaßt die dritte Phase die Wiederherstellung der Gesamtpersönlichkeit mit ihren Einstellungen, Haltungen und Werterlebnissen. Dennoch wollen wir, mit der in unserer Darstellung angegebenen begrifflichen Unterscheidung, durchaus nicht scharfe Grenzen zwischen den einzelnen Phasen ziehen; letztere sind vielmehr nur Teilansichten des sukzessiv verlaufenden funktionellen Grundvorganges, dessen Ausdruck in dem objektiven Remissionsablauf ein sehr variabler sein kann.

Wir haben bisher die Wiederherstellung des gelockerten Funktionsgefüges bei der Katatonie durch die drei Phasen des Remissionsaufbaus verfolgt. Ferner haben wir versucht darzulegen, wie die dissoziierten psychotischen Erscheinungen bei remittierenden Katatonikern abklingen und sich die einheitliche seelische Struktur wieder aufbaut. Unser aus dem objektiven Ablauf des Krankheitsbildes abgeleitetes funktionelles Schema beleuchtet diesen Gang der Remissionsentwicklung. Dieses Strukturschema, das freilich nur relative Konstanz hat, liegt bedingungs- mäßig dem katatonen Remissionsbilde zugrunde.