

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Hamburg
(Direktor: Prof. Dr. BÜRGER-PRINZ).

Über das Reihungsphänomen als „schizophrene“ Denkstörung und ihre pathognomonische Bedeutung*.

Von

URSULA WANKEL und HERBERT LEWRENZ.

(Eingegangen am 12. Mai 1952.)

Die diagnostische Abgrenzung psychiatrischer Krankheitsbilder voneinander ist selbst bei den sogenannten klassischen Lehrbuchfällen mit ideal typisch ausgeprägten Symptomenverbänden häufig schwierig. Darum überraschen z. B. auch immer wieder blühend paranoid-halluzinatorische Psychosen mit allem Beiwerk sonstiger schizophrener Symptomatik durch defektlose Ausheilung, während rein stimmungsbestimmte depressive, manische oder auch mischbildartige Verläufe mit eindeutiger Defektheilung ausklingen. Diagnostische Sicherheit, ob man eine akute endogene Psychose dem manisch-depressiven Formenkreis oder der Gruppe schizophrener Erkrankungen zurechnen soll, stellt sich u. E. erst ein, wenn ein Krankheitszustand die Zeichen der Akuität verloren hat und nun entweder Übergang in einen Defekt erfolgte oder die *Restitutio ad integrum*. Was in dieser Weise im Hinblick auf die großen Symptomenverbände gilt, scheint uns auch dann noch nichts von seiner Richtigkeit einzubüßen, wenn die Krankheitsbilder einer differenzierten Analyse unterzogen und Symptomenverbände oder Symptome in Struktur, Schwere, Phänomenologie des genaueren durchgemustert werden. Die allgemeine Auflockerung des affektiven Gefüges im akuten Psychosestadium scheint die Symptomatik in weitgehend unspezifischer Weise zur Entfaltung zu bringen. Aber auch Defektzustände, seien sie hirnanorganisch oder durch schizophrene Prozesse bedingt, können unspezifische und schwer gegeneinander abgrenzbare Einzelsymptome zeigen. Die in einem bestimmten psychopathologischen System anscheinend charakteristische Störung verliert, herausgelöst aus dem psychopathologischen Gesamtfeld, häufig ihre typische Bedeutung.

Angesichts dieser Erfahrungen soll in den folgenden Untersuchungen ein Symptom des psychotisch gestörten Denkens herausgegriffen und auf seine pathognomonische Bedeutung hin betrachtet werden: „Das Reihungsphänomen“. Die Spezifität dieses Phänomens für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurde bisher kaum angezweifelt.

* Herrn Prof. Büssow, Alsterdorfer Anstalt Hamburg, danken wir für die Möglichkeit, auch dort Patienten untersuchen zu können.

Um zu zeigen, in welchem Bereich aller mit dem Denken zusammenhängenden Erscheinungen die Untersuchung sich bewegt, soll klar herausgestellt werden, daß zunächst das Gedachte, darüber hinaus das sprachlich Produzierte nach seiner Struktur befragt werden soll, um hieraus Schlüsse auf formalgenetische Faktoren zu ziehen (z. B. Antrieb, Feldeinengung, Ablauf in der Zeit). Dabei darf nicht verkannt werden, daß formale inhaltliche und logische Ähnlichkeit verschiedener Denkprodukte nicht formale Vollzugsähnlichkeit involvieren müssen.

BÜRGER-PRINZ beschrieb 1927 eingehend das „Reihungsphänomen“. Hiernach bringt der Patient Einfall auf Einfall hervor und verknüpft sie in steten Abwandlungen miteinander, wobei im Einzelnen gedankliche oder sprachliche Momente determinierend die Abwandlungsformen bestimmen, bis der Übergang zu einem anderen Inhalt erfolgen kann und nun die sprachlichen Produktionen nach dem gleichen Reihungsschema weiterlaufen. Wenn so der Patient am Frageninhalt immer wieder haften bleibt und, vom Inhalt aus gesehen, häufig nur sehr langsam und abschnittsweise vorwärts kommt, so muß doch hervorgehoben werden, daß nicht etwa generell Armut an inhaltlichen Einfällen das Phänomen bestimmt. Es besteht in dieser Hinsicht sogar gelegentlich ein ausgesprochener Einfallsreichtum. BÜRGER-PRINZ demonstrierte dieses an einem Fall eindrucksvoll:

(Ein schizophrener Patient berichtete zu seinen biographischen Daten):

„Ich habe nichts zu klagen gehabt, es ist mir gut gegangen, ich hatte keine Klagen. Ich war in verschiedenen Branchen tätig, durch die lange Überfahrt war ich etwas geschwächt, denn die Überfahrt war lang (Pat. war in Amerika), 10 Tage hat sie gedauert oder 8 Tage durch den Atlantischen Ozean, über das große Wasser. Die Überfahrt war eben lang, und ich war geschwächt. Dann habe ich Magenschmerzen gehabt, zuerst in Amerika durch das Essen wegen der ausländischen Speisen, wegen des ausländischen Essens. Ich war dann zuerst in einer Brotfabrik (nennt die Firma, Stadt, Straße, Hausnummer genau), das war so eine Brotfabrik, so eine Bäckereifabrik, eine große Bäckerei. Es war zu heiß, die Hitze konnte ich nicht vertragen, der Arzt hatte mir verboten, denn ich konnte es nicht ertragen, es war zu heiß. Da hat es mir nicht gepaßt, ich habe nicht hineingehört in den Betrieb; war dann in einer anderen Fabrik. Die machten Lederfarben, Lederschmierungen, Ölfarben, Ölspritzungen, da habe ich Leder mit gepreßt, Leder gefärbt mit Ölfarbe, Ölfarbenspritzten, Lederpasten. Dann war ich in einem Spital, in einem großen Krankenhaus, ein Hospital, ein deutsches Hospital (nennt Straße und Hausnummer). Draußen war ein Schild, ein großes Schild, ein Firmenschild. Da stand drauf „Deutsches Hospital“. Da war ich in der Küche für das Dienstpersonal, 2 Monate war ich dann in der Wäsche, mußte die Wäsche fahren, die schmutzige Wäsche mußte ich holen, die frische Wäsche auf die Station fahren. Alle die Wäsche, die schmutzig wurde, mußte zusammengefahren werden. Frische Wäsche mußte auf die Abteilungen gefahren werden, und diese Wäsche fuhr ich, war dort $\frac{3}{4}$ Jahr im Waschraum.“

BÜRGER-PRINZ schreibt dann weiter zum Verhalten des Patienten in der Rapportsituation:

Bei Beginn des Gesprächs ist er völlig komponiert, antwortet sachlich, wandelt aber auch dann schon alles, was er sagt, ab. Dabei reiht er zunächst ruhig Einfall an Einfall. Im Laufe der Unterhaltung macht er aber weiter immer mehr den Eindruck eines verworrenen Menschen. Er spricht allmählich immer hastiger; einmal intensiv redend, ist er kaum durch Zwischenfragen unterbrechbar, er hört nicht mehr auf den Untersucher, kümmert sich nicht mehr um die Situation, bleibt von äußeren Vorgängen unberührt. Er wird erregter, das Gesicht rötet sich, Schlag auf Schlag folgt Einfall auf Einfall. Schließlich spricht er wie ein Mensch, der mit leidenschaftlicher Anteilnahme mit seinem Thema beschäftigt ist, nur mit dem Unterschied, daß er sich in keiner Weise an seine Umgebung wendet. Beim genauen Mitschreiben ergaben sich einfache Linien, nach denen seine ganze, zunächst ungeheuer in der Fülle anmutende quallig und strukturlos wirkende Masse seiner Produktion verlief. Fast jeder gegenständliche Inhalt wird abgewandelt und umschrieben. Minutiöse Einzelheiten eines Gesamtkomplexes werden aufgereiht. Es findet sich Situationserweiterung und Ausbau im Sinne der Bereicherung des Einzelinhaltes und seiner Bedeutungsfülle.

BÜRGER-PRINZ selbst hielt zur Zeit der Veröffentlichung seiner Untersuchungen das Symptom der „Reihung“ für eine spezifisch schizophrene Denkstörungsform. Im Hinblick auf die aufgetretenen Wortklangassoziationen und sprachlichen Kontaminationen wies er auf die sprachliche Bedingtheit des ganzen Phänomens hin. Er maß der Sprache sowohl die Bedeutung des „Motors im Sinne eines erhöhten Sprechantriebes“, als auch des „formenden Gestaltungsfaktors“ zu. Wenn er also zusammengefaßt in der „Reihung“ das Resultat einer veränderten Relation zwischen Denkprozessen und Sprechmotorik sah, indem er formulierte: „Die Produktion, die anfangs denkend beherrscht ist, wird immer mehr sprachlich und immer weniger denkend bedingt“, so erfolgte damit eigentlich schon eine Herauslösung des Phänomens aus dem Komplex der Symptomenverbände schizophrener Erkrankungen und ganz allgemein die Subsummierung unter veränderte motorische Antriebsmechanismen. Es müßte sich demnach die „Reihung“ außerhalb schizophrener Erkrankungsformen auch im Rahmen bestimmter Veränderungen von Antriebssituationen wiederfinden, soweit die verlagerten und erweiterten Antriebsreserven Einfluß auf die Sprache des Patienten nehmen. Hierfür könnten Beispiele aus den Veröffentlichungen PFERSDORFFS vom Jahre 1906 sprechen. Er beschrieb in 3 Fällen Stereotypen bei Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis. Alle 3 Fälle zeigten nach den Protokollen rhythmisch motorische Allgemeinproduktionen, also hyperkinetische Symptomatik. Die Patienten hatten vor der zur Frage stehenden Erkrankung schon phasische, meist depressiv gefärbte Psychosen durchgemacht, nach denen sie vollständig genesen waren. Bei zwei der Erkrankungen klang auch die zur Frage stehende Psychose wieder vollkommen ab, ohne einen Defekt zu hinterlassen. Eine Patientin starb, offenbar durch Übergang des Krankheitsbildes in eine febril-hyperkinetische Episode. Die veröffentlichten Protokolle PFERSDORFFS zeigten eindeutige „Reihenbildung“, zum Teil auch in wortspielartigen Kombinationen.

(Pat. deutet auf ein Löschblatt): „Das ist falsches Papier, Sie haben kein Papier, Tupfer drauf, es war das Deckblatt, ich habe es herabgeworfen. Der Scharfrichter kommt, er ist Meister, Direktor. (Hört Spatzen vor dem Fenster). Es gibt keine Spatzen und keine Katzen. Große Bäume hat man herausgemacht und nachts fortgeführt. Und er sollte abzupfen und konnte nicht mit der Hand. Und die reiche Bauersfrau hat sie verklagt, ich kannte sie, Sie kannte sie und war Witwe. Ich kenne sie ganz gut, ich kenne sie. Er ist nicht nahe gekommen. Ich weiß den Namen nicht. Er soll noch gelebt haben, sonst wäre er nicht gekommen, ich weiß den Namen nicht, ich weiß nicht, wie er geheißen hat. Du meinst, der Kaiser, nein, den alten Kaiser Napoleon meine ich nicht. Was soll ich das alles wissen, was schon Hunderte von Jahren begraben liegt? Es sind viele Kinder umgebracht worden, die Leichen liegen einher. Es sind viele Bäume ausgegraben worden von Bauersleuten, es ist guter Wein da. Sie habe Bäume fortgeführt, noch Weinfässer darunter.“

Ein Unterschied zu dem Beispiel von BÜRGER-PRINZ wird sofort deutlich. Die Produktion des Patienten ist nicht an eine bestimmte Aufgabe gebunden. Damit ist auch nicht der Rahmen für einen in sich geschlossenen Bericht gegeben. „Situationserweiterung“ und „Ausweitung der Einzelinhalte“ tritt zurück. Im übrigen wird aber auch hier ohne weiteres deutlich, wie immer wieder im Zuge des Produzierens die Sprache als motorisches Phänomen die Führung übernimmt. Wie ein Einfall, sei es vom Inhalt her, sei es über die motorische Gestalt der Einzelwortbildung oder auch der syntaktischen Form — bzw. der motorischen Satzgestalt — eine Strecke weit die Produktionen in fast spielerisch anmutenden Abwandlungen bestimmt, bis die sprachlichen Produktionen in ihren Abwandlungsformen vom Klang, vom Inhalt oder der Form her zum nächsten Glied der „Reihung“ führen, wenn nicht der neue Einfall, von außen gelenkt oder auch frei spontan, einschießt. Auf diese Weise können sehr einfache lineare Gebilde in übersichtlichen Verknüpfungen zustande kommen, wie in einem anderen PFERSDORFFschen Beispiel:

„Salzig ist Salz, Pfeffer ist Pfeffer. Pfeffer ins Maul, den Kindern ins Maul, Pfaffen, Pfaffen, Teufel, Teufel.“

Klang, Inhalt und Form können im Modus der Verknüpfung aber auch untrennbar ineinander verschlungen sein, wie: „Ein rotes Röckchen, das Röckchen ist rot, das Kind ist tot.“ Sie führen dann u. U. auch zu schwerer durchschaubaren Bildungen, wenn die Verknüpfungsmodi miteinander verschmelzen oder einander ablösen, wie im letzten Teil des obigen Beispiels von PFERSDORFF.

Was hinsichtlich der Denkprozesse in den Erscheinungsformen der Denkstörungen überhaupt gilt, möchten wir noch einmal für das „Reihungsphänomen“ hervorheben: Nicht lediglich die Modi der Verknüpfung der Glieder sind gestört, d. h. es erschöpft sich die Störung in ihrem Grundphänomen nicht in einer „Assoziationsstörung“, sondern greift, wie sich schon aus dem Hinweis auf die erweiterten und gegeneinander verschobenen Antriebsreserven ergeben sollte, wesentlich tiefer in den Prozeß der Denkfunktion hinein. Man könnte mit HÖNIGSWALD formu-

lieren: „Es handelt sich um einen Mangel an charakteristischer Schichtung im System der Denkaufgaben, Wandlungen der Rangordnung ihrer Elemente, Stellenwechsel der Hauptaufgaben und gewisser ihm unmittelbar oder mittelbar zugeordneter Nebenaufgaben.“ So erklärt sich auch das von BÜRGER-PRINZ hervorgehobene eigentümlich „Flächenhafte“ der Produktion, die Stellenwertlosigkeit der Einzeleinfälle, das Fehlen jedes „stufenmäßigen Aufbaues, die mangelnde „Ordnungshierarchie“. WERNICKE nannte es die „Nivellierung des Denkens“. Es fehlt dem Denken, wie BERINGER sagte, die vom Gesunden immer eingenommene Einstellung auf das Ganze. Darin zeigt sich auch, wie wenig die Produktion denkend beherrscht wird. Es wird immer wieder mit jedem Einfall neu begonnen, ohne daß die sprachlichen Äußerungen insgesamt auf einen sinngefüllten Abschluß zielen. Sie fordern auch keine Resonanz aus der Umgebung.

Bei den für unsere Zwecke herausgegriffenen Beispielen von PFERSDORFF und BÜRGER-PRINZ handelt es sich prinzipiell um das gleiche Phänomen. Damit zeigt sich, daß es im Bereich verschiedener Krankheitsformen und wesentlich voneinander abweichender psychischer Gesamtkonstellationen vorkommt.

Wir möchten durch Beispiele aus unseren eigenen Beobachtungen den Kreis der Krankheitsformen, in denen das Symptom der „Reihung“ auftreten kann, erweitern und neben schizophrenen, manisch-depressiven Erkrankungen vor allem noch die Epilepsie anführen.

1. *Pat. Schu.*: Familie in der Aszendenz unauffällig. Ein Bruder soll mit 6 Jahren an Krämpfen gestorben sein. Der Pat. erlitt mit 15 Jahren die ersten Krampfanfälle. Nach den vorliegenden Schilderungen handelt es sich um himnorganische Anfälle. Mit 27 Jahren mußte er 1920 erstmalig in unsere Klinik aufgenommen werden. Seit dieser Zeit traten auch Dämmer- und Ausnahmezustände auf, die bis zum Jahre 1938 8mal zur Aufnahme führten. Ein Aufnahmeprotokoll liegt im Stenogramm vor und soll hier wiedergegeben werden:

„Sein Sie vorsichtig, Sie haben einen kranken Menschen vor sich, ich will, ich will, Gott der Allmächtige wird es beweisen, das Übel, ja, ich bin krank, sehr krank, jawohl, eine Krankheit, wo kein Mensch weiß, eine Seelenkrankheit — Du sollst der Kaiser meiner Seele sein — ja, das wollten wir doch meinen, daß ich seelisch krank bin, jeder Mensch muß eine Karenzzeit mitmachen, jeder hat eine Bestimmung im Leben, jeder hat einen bestimmten Platz, einen Platz zu vertreten, ihn einzunehmen, auf dem Posten zu sein. Es gibt höhere Klassen und niedere. Jeder hat seinen Platz; die Höheren sind da, um die Niederen zu unterdrücken, zu unterjochen, umzubringen, dann ist er zufrieden, mit sich selbst zufrieden. Ich stehe unter Gottes Gewalt, habe mit unserem Herrgott gesprochen, Sie können mir glauben, voll vertrauen, wie kann sowas angehen, Sie können mir glauben oder auch nicht glauben, wir haben ein höheres Wesen. Ich soll die ganze Welt wieder aufrichten, es kann nicht zugehen, es kann auf keinen Fall so gehen.“

Der Patient begann schon nach wenigen Worten zu deklamieren und ließ sich vom Schwall seiner Worte mitziehen. Er blieb dabei aber immer sehr langsam und gedehnt in seinem Rapport, suchte auch immer wieder

nach Ausdrücken, die er umbaute, wiederholte. Dabei zeigte er einen zähflüssigen, nicht mehr in Beziehung zu seinem Gesprochenen stehenden, und darüber hinaus nachklingenden, meist gereizten Affekt. Ohne Vorgeschichte würde man aus dem vorliegenden Stenogramm nur schwer eine Diagnose stellen können. Wie in den Literaturbeispielen wird auch hier die für das „Reihungsphänomen“ typische Überwertigkeit eines Produktionsmomentes für eine ganze Sphäre von Gesprochenem deutlich. Es bestimmt die Formen der Wort-, Satz- und Klangbildungen, fließt in die neu intendierten Inhalte ein, um schließlich mit einem neuen Glied die Kette der ausgeweiteten Inhalte weiter zu bilden. Bei diesem Patienten war nicht wie in den Fällen PFERSDORFFS die „Reihung“ eingelagert in grobe krankhafte Veränderungen des motorischen Allgemeinverhaltens. In der Einengung des Antriebsstromes auf seine sprachlichen Produktionen zeigte der Patient aber weitgehende Gleichheit mit dem von BÜRGER-PRINZ beschriebenen Fall. So wurde auch er bei breiter deklamatorischer Sprechweise wie durch einen Sog von seinen gedanklich äußerst unscharf konturierten sprachlichen Entäußerungen fortgezogen.

2. Pat. Wu.: 35-jähriger Pat., hat seit dem 16. Lebensjahr Krampfanfälle, machte mehrfach Serien von Anfällen durch, erlitt außerdem häufiger epileptische Ausnahmezustände, in denen er sich in schwere Erregungen hineinsteigerte, zu aggressiven Handlungen neigte, so daß Dauerunterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt erforderlich wurde. Er befindet sich seit 18 Jahren in einer Anstalt und wurde dort von uns untersucht. Aus der Familie wurde uns über psychiatrische Auffälligkeiten nichts bekannt. Während der Testuntersuchungen kam es auf die Frage nach dem Unterschied zwischen einem See und einem Meer zu folgender Produktion:

„Unter einem See und einem Meer, das kann ich Ihnen auch sagen, ein Meer ist noch größer wie die Nordsee, und auf der Welt sind mehrere, mehrere Meere, und vor England ist da die große Nordsee, und hinter der Nordsee fängt der Atlantische Ozean an, und der führt ganz rüber nach Amerika, und die Leute sagen meist, Amerika ist die neue Welt, und als früher im Jahre 1400, als Luther gelebt hat, da war die alte Welt, und da hatten die alle gemeint, die Welt sei eine ebene Fläche, und da haben sie wohl in Europa auch gar nicht so geraucht wie heute, und da er die Bibel übersetzt hat, zu richtigen die Lebendigen und die Toten, und gelesen hab ich das im Neuen Testament ja auch, wie ich im vorigen Jahr unschuldig und das Neue Testament habe ich ganz durchgelesen, und wenn man das zum erstenmal durchliest, kann man wohl eine Kleinigkeit vergessen, und früher habe ich Grimms Märchen gelesen, und wenn man das öfter gelesen hat, dann vergißt man das nicht mehr. so.“

Sehr gut zeigt sich an diesem Beispiel, wie wenig das Phänomen der „Reihung“ von einem Mangel an Einfällen abhängig ist. Viele Einfälle reihen sich mit wenig Sinnbezug, in diesem Falle in außerordentlich schleppendem Rapport ausgeweitet, aneinander. Den Patienten zu unterbrechen, während er sprach, war kaum möglich. Er steigerte sich in eine fast ekstatische Haltung hinein und nahm nicht die geringste Notiz von seiner Umgebung. Nach wenigen Worten glitt der Patient in einen Zu-

stand „freischwebenden Denkens“. Flächenhaft, ohne eigenes intentionales Zutun reihten sich bei ihm die Gedanken aneinander. Ein Gedanke lockte den anderen und leitete zu einer neuen Einfallssphäre über. Eine Determinierung für das Gesprochene insgesamt fehlte. Die Frage wurde kaum beantwortet, der Patient überließ sich ganz seiner sprachlichen Produktion, die auf kein Ziel zusteuert und aus im Grunde sehr einfachen Denkfiguren zusammengesetzt ist. Es fehlt für das Gesprochene die „Spannweite des intentionalen Bogens“ (BERINGER); unter diesem werden beim Gesunden die Einzelinhalte zu sinnträchtiger Einheit zusammengefügt, während hier dagegen meist der Störungsprozeß in die durch die Einfälle vorgeschriebenen Gliederungsmomente des Gedachten eingreift und der Aussage ihre Prägnanz nimmt. Die Sprache verliert damit ihren Appellwert und ihre kommunikative Funktion. Es wird nur noch eine sehr aufgelockerte „stoffliche Steuerung“ (BÜHLER) deutlich, z. B. durch Meer — England — Ozean — Amerika — Neue Welt — Alte Welt — Testament — Grimms Märchen. Ohne eigentliche inhaltliche Nötigung fügen sich Vorstellungs- und Bildkreise wie gestaltete Erinnerungen unverbindlich zusammen.

Vergleicht man wieder dieses Beispiel mit dem zuvor gegebenen, so lassen sich an der formalen Zusammensetzung des Gesprochenen keine grundsätzlichen Unterschiede herausstellen. Ohne den Patienten vor sich zu haben, um einen Blick für die gesamten psychopathologischen Gegebenheiten zu gewinnen, könnte man keine Diagnose stellen.

3. *Pat. Rieg.*: Pat. hat Krampfanfälle und Absenzen seit dem 12. Lebensjahr. Die Familie ist gesund. Tod des Vaters und damit verbundene soziale Schwierigkeiten machten die Einweisung des pflegerisch sehr anspruchsvollen Pat. in eine Heil- und Pflegeanstalt notwendig. Beim Testversuch wurde folgendes Protokoll aufgenommen:

(Unterschied zwischen Treppe und Leiter): „Leiter stellt man an den Schrank oder zum Säubern für die Lampen und eine Treppe, da geht man rauf nach oben.“ (Geschieht bei der Leiter doch auch): „Das stimmt, aber sie ist noch schräger, da sind nur schmale Stäbe, die anderen sind so breit, da geht man rauf und runter, bei der Leiter auch.“ (Wie war die Frage?) „Unterschied zwischen Leiter und Treppe. Mit einer Leiter kann man auch Obst pflücken, Äpfel, Birnen, Pflaumen, Kirschen. Sie ist schmal und steht viel schräger, die Treppe ist nicht so schmal. Treppe und Leiter, das ist doch ein Unterschied, man geht rauf und runter.“

Auch hier werden die Einfälle, ohne Richtung auf die Aufgabenerfüllung zu nehmen, aneinander gereiht, der Patient sprach relativ flüssig, wenn auch zeitlich deutlich gedehnt. Zum Unterschied von den bisher gegebenen Beispielen blieb sein Denken um den Fragenkomplex zentriert. Es wurden immer neue Formulierungen und Abwandlungsformen gefunden. Nicht aber in dem Sinne, als handele es sich um immer wiederholte Denkakte, die einen Sachverhalt unter verschiedenen Gesichtspunkten von verschiedenen Seiten beleuchten sollten. Es handelte sich hier auch nicht um ein wie beim Gesunden auftretendes Besinnen

bzw. Suchen nach Benennung von sprachlich nicht formulierten Inhalten. Der Patient sucht also nicht in diesem Sinne Stützen an anderem sprachlichen Material auf dem normalen Wege der Auswahl des Geeigneten, sondern die Abwandlungsformen ergaben sich lediglich nach der zufälligen Liquidität der Begriffe. Sie zeigten keine logischen Abstufungen aller Beziehungssetzungen unter einem „Leitgedanken“. Hierin gewinnt das vorliegende Protokoll wieder den gemeinsamen Nenner mit den vorstehend wiedergegebenen. Der Versuch, die Aufgabe zu lösen, wurde schließlich von dem Patienten selbst aufgegeben. Die Einfälle um den Fragenkomplex versiegten; dabei stellte sich aber kein „Erfüllungserlebnis“ ein. Man erkennt aus dem Protokoll, daß der Patient zwar fähig war, Einzelbegriffe zu intendieren und sprachlich zum Ausdruck zu bringen, jedoch nicht, diese intendierten Begriffe in einem „intentionalen Akt“ zur Lösung der Aufgabe zusammenzufassen. Die Einfälle wurden bei ihm aber auch nicht wie bei den zuvor angeführten Beispielen im Wechsel führender Produktionsmomente linear weitergesponnen, sondern der Fragenkomplex blieb determinierend für jeden Einzeleinfall. Wir möchten diese „Reihungsform“ als „Sphärenreihung“ bezeichnen. Die Einzeleinfälle umkreisen dabei den Komplex, ohne aber endgültig in ihn hineinzuführen. Man könnte sagen, der Denkkakt besitzt bei dieser „Reihungsform“ weniger „Sprachnähe“, d. h. rein sprachliche Elemente sind weniger führend für die Produktion, wie dieses z. B. in sehr ausgeprägtem Maße die PFERSDORFFSchen Fälle zeigten. Bei diesem Patienten lag das denkende Bemühen noch in jedem Einzeleinfall, und damit gewann sein Denken auch nicht den für die „Reihung“ sonst außerordentlich charakteristischen „freischwebenden Zustand“, wenngleich auch die Intensionskraft bei ihm nicht genügte, das geforderte Ziel zu erreichen.

Auf eine andere Testfrage traten bei dem gleichen Patienten neben den „sphärischen“ auch „lineare“ Reihungsformen auf:

(Testfrage: Viele Hunde sind des Hasen Tod.) „Wenn mehrere Hunde auf einen Hasen, wenn gejagt wird, dann wird der Hase ängstlich, dann kommt er in die Enge, dann kommt er in die Klemme, dann kommt er in die Höhe. Wenn einige Menschen, die nicht gerade auf denjenigen zu sprechen sind und begrüßen denjenigen mit einem frohen „Guten Morgen“ oder „Guten Mittag“, und man fragt erstmal, wie es geht, wie es dem oder demjenigen geht, der Frau, den Eltern, den Großeltern.“

Das gleiche Phänomen trat auch beim WARTEGG-Erzählttest wieder auf: (Pat. sollte folgenden Erzählungsbeginn fortsetzen: Der D-Zug D 37 hatte die Station Ascherweiler passiert, der Bahnhofsvorsteher wollte sich gerade eine Pfeife anzünden, da . . .) „Lief der Zug ein, na, ich verstehe ja nun nicht, ich bin kein Zugbeamter. Bin sehr wenig gereist. Ich verstehe da nicht viel von. Sie sind ja mehr gereist, weil Sie Ihre Verwandten in Königsberg haben und im Krieg waren und so überhaupt. Außerdem sind Sie ja noch ein paar Jahre älter, allerdings auch nicht viel, die 5 Jahre, sind ja erst 32, und wann Sie Geburtstag haben, weiß ich auch . . .“

(Erzählungsbeginn: Mitten in der Nacht wachte ich auf, mir war als ob . . .) „als ob irgend jemand bei mir gewesen ist, oder das kann man ja nun auch, bei mir gestanden hat, mich irgendwie angefaßt hat und geweckt hat, das kann man auch sagen. Er und ich erschranken, wir bekamen beide einen Schreck, oder waren beide erstaunt im ersten Augenblick. Er erschrak und ich erschrak auch; wir konnten uns nicht besinnen, und dann merkte ich, daß ich geschlafen hatte.“

Zum Unterschied von den vorigen Beispielen erreichte der Patient einen Abschluß in dieser Erzählung, die aber auch eine geringere Leistung forderte, als eine Sprichwörterklärung. Man erkennt sehr deutlich, wie das Denken bei ihm Richtung auf eine ungefähre Ausdrucksform nahm, sich zugleich aber eine Ausbreitung auf eine viel weitere Sphäre einstellte als beim Gesunden (z. B. „als ob jemand bei mir gewesen ist oder, das kann man ja nun auch, bei mir gestanden hat, mich irgendwie angefaßt hat und geweckt hat“). Die Parallelität im Formalen zu dem Fall von BÜRGER-PRINZ wird hier besonders deutlich (z. B. „es war zu heiß, die Hitze konnte ich nicht vertragen, der Arzt hatte es mir verboten. Da hat es mir nicht gepaßt, ich habe nicht hineingehört in den Betrieb, war dann in einer anderen Fabrik“). Diese für die Reihung wesentliche Ausbreitung auf eine andere begriffliche oder auch gegenständliche Sphäre zeigte in ausgeprägter Form ein von LOTMAR im Jahre 1920 veröffentlichter Fall. Der hirnerkrankte Patient mit Dehnung des sprachlichen Rappports in der Zeit und Wortfindungsstörungen berichtete in Versuchen mit Selbstbeobachtung über sprachliche Zwischenerlebnisse, die sich in der Form des Reihens vollzogen.

Wie wenig sich die Formalia der Produktion bei grundsätzlich voneinander verschiedenen Krankheitszuständen unterscheiden können, wird deutlich, wenn man dem letzten Beispiel die nachfolgenden Sätze eines hebephrenen Patienten aus unserer Klinik gegenüberstellt:

4. *Pat. See.*: (Testfrage: Viele Köche verderben den Brei.) „Ja, das ist so, wenn viele Köche an einem Topf stehen und in dem Brei rühren, mit dem Löffel darin herumfahren, und wenn mehrere Leute gleiche Sachen machen wollen, so daß dann diese Sachen verderben, wenn mehrere die gleiche Arbeit machen oder wenn sie alle ein Ding erledigen wollen, wenn der eine sie so machen will und der andere so, durch dieses viele Hin und Her wird aus der Arbeit erst recht nichts.“

Auch hier „Sphärenreihung“, die über das in der Fragestellung liegende Bild in abgewandelten Einzelfällen den Fragenkomplex umkreiste und schließlich in ihn hineinführte.

Keine wesentlichen Unterschiede zeigen auch die nächsten Sätze eines hypomanischen Patienten:

5. *Pat. Loh.*: (Testfrage: Wer anderen eine Grube gräbt . . .) „Wenn man die Leute foppt, dann fällt man auf, dann übt man sich da — und auch darin, denn jedes Ding hat 2 Seiten. Es kommt nur auf den Standpunkt an, auf die Weise, wie man es ansieht, von welcher Seite man ansteht, je nachdem, was man will, aber wenn man einem anderen was am Zeug flicken will, eine Intrige oder so spinnt, dann will man ihn reinlegen oder liegt selbst nachher drin.“

Von dem gleichen Patienten ein Beispiel linearer „Reihung“:

(Testfrage: Unterschied zwischen See und Meer.) „Ein Meer, das hat eben große Bogen, nicht so wie ein See. Aber ich weiß nicht, wie man das vom Gelehrtenstandpunkt aus betrachtet, man muß es vielleicht anders nennen. Es wird hier ja alles anders gemacht. Aber was ich gemacht habe, das kann ich auch verantworten, ich habe niemals gegen das Gesetz verstoßen, habe mich niemals vergangen oder jemandem was getan. Was ich getan habe, kann ich vor meinen Gott verantworten, Gott helfe mir, Amen, auch wenn ich nicht die Kirche besucht habe, aber was Gott tut, das ist wohlgetan; aber man hätte mir einen starken Pastor an die Hand geben sollen, man hätte mich anders führen sollen, hätte mir anders helfen sollen, aber es ist keiner gekommen, und wenn einer gekommen wäre, dann wäre ich auch nicht ängstlich gewesen.“

Man sieht, wie der Patient aus dem Fragenkomplex völlig herausgeglitten war. In sehr lockerem Sinnzusammenhang waren die Einfälle miteinander verknüpft und gewannen wie bei den Beispielen von epileptischen und schizophrenen Patienten durch immer neue Abwandlungsformen jeweils unter einem determinierenden Einzelmoment immer mehr an Breite. Die ganze Produktion trug in sich keine Prononcierungen und strebte keinem übergeordneten Denkziel entgegen. Bei mangelnder Fähigkeit, sich innerlich auf einen gezielten Denkakt auszurichten, fehlte dem Patienten die Fähigkeit zur Selektion von Einzeleinfällen, die sich gerafft dem intendierten Denkbild unterordnen ließen. Damit deckt sich auch die subjektive Seite des Erlebens dieser Denkstörung. Der intelligente Patient See. berichtete: „Ich habe sehr viele Gedanken und doch keine. Wenn mein Denken sehr reich an Stoff ist, denke ich am schlechtesten, und wenn ich ganz gedankenleer bin, denke ich am lebhaftesten.“ Ob das Phänomen in gleicher Weise von den Epileptikern und dem hypomanischen Patienten erlebt wurde, muß dahingestellt bleiben. Mit der vorliegenden Schilderung beschreibt der Patient aber die Denkstörungsform, wie sie sich auch aus unseren Protokollen immer wieder ablesen läßt. In allen Fällen gelang es den Patienten nicht, ihre relativ zahlreichen Einzeleinfälle nach Selektion in einem intentionalen Akt zusammenzufassen. An eingestreuten, gewohnheitsmäßig gebrauchten, schon fertigen Sätzen, wie „Gott helfe mir, Amen“, oder „Was Gott tut, das ist wohl getan“, sieht man, wie sprachnah der ablaufende Denkprozeß ist, wie die Darstellungsmittel des Sprachlichen den eigentlichen Denkakt überwuchern und die Sprachfiguren, so wie sie auftauchen, ohne Reflektion in die Produktion einfließen, sie aber doch in ihrem Fortgang bestimmen können. Dabei erscheinen diese sprachlichen Darstellungsmittel mit der Masse der Wiederholungen zunehmend immer einförmiger. Im gleichen Sinne tritt auch hinsichtlich der Modulation, des Rhythmus und vor allem der affektiven Beteiligung, wenn man die Patienten ihren sprachlichen Produktionen überläßt, eine immer mehr zunehmende, zuletzt verzerrt erscheinende Einförmigkeit zutage. Gerade diese sich steigernde affektive Beteiligung läßt auch ihrerseits die intentionale

Spannung verblassen und führt zum Verlust der inhaltlichen Sinnfüllung. Die so verzerrten Formqualitäten sind trotz ihres starken Hervortretens außerordentlich verarmt. Die Darstellungsmittel der Sprache haben ihre funktionale Bedeutung eingebüßt, und der innere Gestaltzusammenhang des Gesprochenen geht damit verloren.

Betrachtet man das „Reihungsphänomen“ jetzt nur vom Medium der Sprache her, so handelt es sich um eine tiefgreifende Zerstörung des gesamten Sprachgefüges, um eine Reduktion der sprachlichen Formqualitäten auf ein verarmtes und im Prinzip immer einförmigeres und berechenbareres Niveau.

Das „Reihungsphänomen“ ist, wie wir zeigen konnten, keineswegs pathognomonisch für eine bestimmte Erkrankungsform. Immer, wenn ein Störungsmoment in den komplizierten Mechanismus des Denkprozesses eingreift, kann das Resultat eine Denkstörung vom Typus der „Reihung“ sein, ohne daß sich damit ein Hinweis ergibt auf den psychopathologischen Gesamthintergrund, aus dem es stammt. Sicher scheint uns zu sein, daß es sich hier um ein bestimmtes Störungsverhältnis von Denkvorgang und Antrieb, oder strenger Sprachantrieb, handeln muß.

Zusammenfassung.

Es wurde über das „Reihungsphänomen“, eine besondere Form sogenannter „schizophrener“ Denkstörungen berichtet. Das Phänomen wurde von BÜRGER-PRINZ 1927 zuerst beschrieben. Es galt als eine typisch schizophrene Denkstörungsform. Wir versuchten jetzt zu zeigen, daß die beschriebenen Reihenbildungen im Denken, abgelöst vom psychopathologischen Gesamthintergrund einer Erkrankung keinen diagnostischen Schluß möglich machen, sondern völlig unspezifisch sind. Das „Reihungsphänomen“ kommt sowohl bei schizophrenen Psychosen als auch bei Psychosen aus dem Kreis der manisch-depressiven Erkrankungen vor und vor allem auch bei schweren hirnnorganischen Wesensänderungen sowie bei epileptischen Ausnahme- und Dämmerzuständen.

Literatur.

BERINGER, K.: Z. Neur. **93**, 55 (1924); **103**, 185. — BÜRGER, H.: Z. Neur. **111**, 107 (1927). — BÜHLER, K.: Sprachtheorie. Jena 1934. — DOMARUS, E. v.: Z. Neur. **108**, 703 (1927). — FROSTIG, J.: Das schizophrene Denken. Leipzig 1929. — GRUHLE, H.: Z. Neur. **78**, 454 (1922). — GRUHLE-BERZE: Psychologie der Schizophrenie. Berlin 1929. — HÖNTGSWALD, R.: Die Grundlagen der Denkpsychologie. Leipzig 1925. — ISSERLIN, M.: Erg. Physiol. **29**, 129 (1929); **33**, 1 (1931); **34**, 1065 (1932). — KRAEPELIN, E.: Psychol. Arb. **5**, 1 (1910). — MEERWEIN, F.: Schweiz. Arch. Neur. **LXVI** (1950). — PFERSDORFF, K.: Zbl. Nervenheilk. **17**, 745 (1906). — REISS, E.: Z. Neur. **78**, 488 (1922). — SCHNEIDER, C.: Z. Neur. **78**, 252 (1922). — Arch. f. Psychiatr. **73**, 47 (1925). — Z. Neur. **95**, 623 (1925); **96**, 251 (1925). — Die Psychologie der Schizophrenen. Leipzig 1930. — STRANSKY, E.: Zwanglose Abhandlungen Alt-Hoche, VI, H. 4/5, 3 (1905).

Dr. H. LEWRENZ, (24a) Hamburg 20, Martinistr. 52.