

Aus der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf und dem
Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf
(Direktor: Professor Dr. FRIEDRICH PANSE)

Zur Struktur der schizophrenen Antriebsstörung*

Von

WOLFGANG KLAGES und KURT BEHRENDs

(Eingegangen am 22. Juni 1961)

Wenn wir das Wort „schizophrene Antriebsstörung“ hören, so denken wir charakteristischerweise an die Fülle der antriebsgehemmten schizophrenen Patienten, die nun nach überstandener Psychose sehr spezifisch anmutende Veränderungen in ihrer affektiven Struktur erfahren haben. Obwohl diese Störung der Antriebshaftigkeit nach einer Psychose ganz dominierend ist gegenüber den Antriebsstörungen, wie sie z. B. im Sinne einer Enthemmung unter der Psychose selbst in Erscheinung treten können, ist es doch erstaunlich, wie wenig Autoren sich mit diesem Bild des sogenannten schizophrenen Antriebsdefektes intensiv befaßt haben. Fast mutet es so an, als bestehe eine gewisse Scheu, sich mit einem „Negativ“ zu befassen, doch können bei eingehender Betrachtung aus den Konturen dieses Negativs eine Reihe interessanter Schlüsse gezogen und gewisse Gesetzmäßigkeiten konstatiert werden, die zum Nachdenken anregen — wie auch die Philosophen, die das Nichts zu beschreiben versuchten, durchaus wesentliche Ergebnisse beigetragen haben. Aber nicht diese Überlegung allein ist das Ermutigende, sich mit dem Thema des schizophrenen Antriebsdefektes näher zu befassen.

Es ist zunächst unvermeidlich, sich kurz auf das zu besinnen, was in den nun folgenden Ausführungen als „Antrieb“ bezeichnet werden soll.

Wir wissen aus der geschichtlichen Entwicklung des Antriebsbegriffes, daß die einzelnen Auslegungen auf geisteswissenschaftlichem Gebiet und auf naturwissenschaftlichem Gebiet sehr verschieden gehandhabt wurden, doch hat sich — nach der neueren Literatur und auch nach der eigenen Erfahrung zu urteilen — immer mehr die der Naturwissenschaft nahestehende terminologische Grundkonzeption KRETSCHERS durchgesetzt, daß der *Antrieb* das *dynamische Moment* ist, das in alle motorischen, sensorischen und assoziativen Leistungen einfließt, diese erst ermöglicht und — das würden wir noch hinzufügen — in seiner qualitativen und quantitativen Verschiedenheit auch zur *individuellen Persönlichkeitsstruktur* eines Menschen *Entscheidendes beitragen kann*. Alle Antriebe fließen letztlich — wie BÜRGER-PRINZ gesagt hat — aus einem Antriebsreservoir, um dann im Laufe der Ausfaltung des Lebens den einzelnen Schichtungen der Persönlichkeit zur Verfügung gestellt zu werden und auch in gewissem Umfang mit ihnen feste Verknüpfungen einzugehen.

* Nach einem Vortrag auf der Tagung der Gesellschaft Nord- u. Nordwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Kiel am 22./23. 4. 1961.

Im Hinblick auf die nun zu besprechende schizophrene Antriebsstörung sind noch einige Zusätze notwendig, die die Normalpsychologie des Antriebs beleuchten sollen.

Der Antrieb als solcher ist nicht eine Größe, die allein aus dem *Eigenantrieb* besteht und unabhängig von der Umwelt wirkt, sondern die gesamten funktionellen Abläufe sind, insbesondere beim Menschen, sehr stark vom sogenannten „*Fremdantrieb*“ abhängig.

Fremdantrieb heißt dabei nicht immer, daß nun in befehlsartigem Ton eine Ankurbelung der Affekte hervorgerufen werden muß, sondern *Fremdantrieb* sind auch ein irgendwie adäquater optischer, akustischer oder taktiler Reiz, ein lustbetontes Erlebnis, die Reflexion auf eine positiv planende Zielsetzung usw. Es steht also dem *Eigenantrieb* stets der *Fremdantrieb* gegenüber und beide verhalten sich in der Art eines gleitenden Verhältnisses, wobei es zu Verschiebungen schon im Laufe des gewöhnlichen Tagesablaufs kommen kann. Grundsätzlich wird natürlich der *Eigenantrieb* in seiner Gesamtgröße weitgehend individuell verankert sein und der prozentuale Anteil der *Fremdanregbarkeit* wird auch grundsätzlich bei den einzelnen Menschen wieder persönlichkeitsgebunden sein. Auch die einzelnen Momente der *Fremdanregbarkeit*, der Fakten also, die den Antrieb von außen zu realisieren vermögen, sind wieder ganz individuell verschieden und die Skala der verschiedenen Gehalte dieser aktivierenden Momente reicht von einfachen Triebzielen bis zu höheren Wertsetzungen.

Das Wissen um dieses Verhältnis aber von *Fremdantrieb* und *Eigenantrieb* ist eine conditio sine qua non für das Studium des schizophrenen Antriebsdefektes.

Der *schizophrene Defekt*¹ als solcher, besonders die Form, die sich im Sinne einer Antriebshemmung bemerkbar macht, hat bei sämtlichen auf der Welt zu beobachtenden Schizophrenien immer wieder ein ganz ähnliches Ausssehen. Das hat der Internationale Kongreß für Psychiatrie in Zürich 1954 wieder deutlich sichtbar werden lassen (SCHULTE).

Die Autoren, die sich bisher mit dem schizophrenen Antriebsdefekt beschäftigt haben, verdienen vor der Darlegung unserer jetzigen Untersuchungsergebnisse noch der besonderen Erwähnung. Man kann bereits aus der Art der Formulierung, mit der sie den Defektzustand zu verdeutlichen suchten, ablesen, welche Gedanken sie sich über die Bewertung des Defektes machten. So sprach BERZE von einer „Hypotonie des Bewußtseins“, BERINGER von der „Entspannung des intentionalen Bogens“, STRANSKY von der „intrapsychischen Ataxie“, RÜMKE vom „Versiegen einer Energiequelle“, in jüngerer Zeit JANZARIK von einer „dynamischen Entleerung“ und CONRAD — vielleicht in anschaulichster Weise — von einer „Reduktion des energetischen Potentials“. Gültig ist aber bisher immer noch die Auffassung von v. BAAYER, daß es sich beim schizophrenen Defekt „um eine eigentümliche

¹ Wenn der Ausdruck „Defekt“ hier häufig verwendet wird, so sind wir uns darüber im klaren, daß dieses Wort nicht ganz ideal ist, aber es dient am schnellsten und sichersten der allgemeinen Verständigung.

Substanzveränderung und Verformung der Persönlichkeit handelt, deren Seiten durch verschiedene Begriffe wohl umschrieben, aber in ihrem innersten Wesen noch nicht getroffen werden können“.

Um nicht allein in der Begriffswelt hängen zu bleiben, haben wir planmäßig 33 *Kranke mit ausgesprochen schizophrenen Antriebsdefekten* untersucht, wobei darauf geachtet wurde, daß es sich nach Möglichkeit um Patienten handelte, bei denen der Antriebsdefekt nach dem ersten psychotischen Schub aufgetreten war und somit in möglichst unverfälschter Weise noch in die Hand des Untersuchers kam. Wir sind mit CONRAD der Ansicht, daß man zu diesem Zeitpunkt das Spezifische solcher residuären Zustände am besten erfaßt, da neue Krankheitsschübe eine bereits veränderte Struktur wieder verändern und überformen.

Einige typische Antriebsbilder aus unserem Material seien zur Verdeutlichung kurz skizziert:

W. N., 35 Jahre, Kinderpflegerin, Schizophrener Defektzustand: Die Pat. will morgens nicht aufstehen; sie beschwert sich, daß die Schwestern ihr die Mahlzeit nicht ans Bett bringen würden. Sie kleidet sich nachlässig, ist bar jeglicher Eitelkeit. Sie versucht mit zahllosen Ausflüchten, die kleinsten Arbeitsaufträge zu vermeiden; sie fühlt sich zu müde, habe keine passende Kleidung, sei krank und anders. „Lassen Sie mich bitte noch etwas warten. Ich erkälte mich am Unterleib, ich warte noch ab.“ Im Gegensatz zu diesem Verhalten betont sie mündlich und schriftlich stets ihren Arbeitswillen, der jedoch bei Konfrontation mit der Realität jedesmal sofort erlahmt. So soll sie z. B. für einen jungen Vogel einige Regenwürmer aus dem Garten holen. Sie geht sogleich „hilfsbereit“ davon, kehrt aber umgehend wieder zurück und bittet, sich doch vorher noch 1 Std ins Bett legen zu dürfen.

E. F., 34 Jahre, Geschäftsfrau, Schizophrener Defektzustand: Die Pat. ist langsam und spärlich in ihren Bewegungen, interesselos und gleichgültig gegenüber der Umwelt; selbst um das Ergehen ihrer Kinder kümmert sie sich nicht. Sie hat ein starkes Schlafbedürfnis und ist nur mit größter Mühe zu irgend einer Arbeit zu bringen. So warf sie z. B. einmal die Arbeitsgeräte in die Toilette mit den Worten: „Ich habe keine Lust zur Arbeit. Die Welt ist tot. Für alles habe ich das Gefühl verloren.“ Ihr Äußeres ist vernachlässigt, sie uriniert gelegentlich vor dem Bett „um den Weg zur Toilette zu sparen“. Manchmal nimmt sie eine Illustrierte zur Hand, besieht dann aber nur die Bilder. Der Sexualtrieb hat stark nachgelassen, der Nahrungstrieb ist noch unverändert erhalten, sie isst auch gelegentlich von fremden Tellern, wenn diese für sie mühsamer zu erreichen sind. Es besteht eine völlige Kritik- und Entschlußfähigkeit.

L. F., 34 Jahre, Philologie-Studentin, Schizophrener Defektzustand: Die Pat. ist ohne Interesse für ihre äußere Erscheinung und völlig gleichgültig gegenüber der Umwelt. Sie schlafst viel und sitzt sonst mit leerem Gesichtsausdruck herum. Die Bewegungen sind langsam und schwerfällig. Sie ist zu keiner Arbeit zu bewegen und bleibt zeitweise als einzige auf der Station zurück. Allen Zukunftsproblemen gegenüber verhält sie sich ablehnend und desinteressiert, weist dann höchstens auf „ihre Methode“ hin, von der alles abhänge. Auf Fragen antwortet sie nur selten und zögernd mit schablonenhaftem leeren Lächeln. Sie weigert sich, in die Gärtnerei zu gehen und weist den Vorschlag, in der Bibliothek zu arbeiten mit den Worten zurück: „Nein, ich habe mich entschlossen, nicht mehr geistig zu arbeiten.“

Bei unseren Kranken wurden mit einem differenzierten Fragesystem und mit experimental-psychologischen Methoden, ergänzt durch Beobach-

tungsprotokolle, die einzelnen Bereiche untersucht, in denen der Antrieb vorwiegend seinen Niederschlag findet; das ist zunächst, wie schon in der zuvor begründeten Formulierung des Antriebsbegriffes gesagt, *die Psychomotorik*.

Neben der Verhaltensbeobachtung wurde versucht, die Antriebsveränderungen mit dem Klopftest und dem Ergogramm zu objektivieren. Danach ergab sich als besonders vordergründig das Bild einer *Rhythmusstörung*, wie sie in solcher Eindringlichkeit auch bei analogen Untersuchungen hirnorganisch Erkrankter nicht gesehen wurde. Bei der Betrachtung der Kurven des Ergogrammes fanden sich dementsprechend Verdichtung (Häufung) und Verdünnung (Verminderung der Spitzen), und es kam deutlich zum Ausdruck, daß die Kranken nicht in der Lage waren, sich 3 min lang dem Rhythmus des Metronoms anzupassen. Als zweiter auffälliger Faktor bei der experimental-psychologischen Untersuchung der Psychomotorik wurden *Abweichungen* im Bereich des *Antriebsniveaus* beobachtet. Hier fanden sich Tempo- und Intensitätsänderungen. Als drittes war die *Antriebsverteilung* als solche gestört. Der für die Arbeit aufzuwendende Antrieb wurde nach erfolgter Aktivierung am Anfang völlig „verpulvert“ und wahllos eingesetzt, so daß man von einer ausgesprochen unökonomischen Antriebsverteilung sprechen mußte. Die Patienten waren während der genannten Untersuchungen gleichgültig und desinteressiert; jegliche innere Zuwendung fehlte, und gerade diese Untersuchungen mit dem Charakter eines Leistungsexperiments gehörten zu den mühevollsten und zeitraubendsten des ganzen Projekts.

Was nun als zweites die Antriebsstörungen im Bereich der *sensorischen Leistungen* anbetrifft, so konnten wir feststellen, daß die Empfindungsreaktionen reduziert waren. Die sogenannten Leibgefühle, wie Frieren, Erhitztsein, Schmerzempfindung, leibliches Unbehagen, Hunger, Durst, Spannung, Erwartung, Beklemmung und andere Funktionen, waren abgeschwächt. Interessant war, daß dieser allgemeinen Intensitätsminderung auch eine Veränderung der Wahrnehmung zu entsprechen schien. Das Wahrnehmungsvermögen war als solches intakt, doch schienen die Wahrnehmungen an plastischer Frische verloren zu haben. Es fanden sich Aussagen über fade Geschmacks- und Geruchswahrnehmungen und über blasses Farben, während lediglich die akustischen Reize noch in unverfälschter Stärke wahrgenommen zu werden schienen.

Diese subjektiven Äußerungen der Patienten über das Ablassen der Farbqualitäten ließen sich sehr schön im Rahmen der *Farbwahl* belegen, wie wir sie nach der geeichten Tabelle von PFISTER durchführen ließen. Vergleichen wir die Ergebnisse mit den bekannten Tabellen, wie sie von HEISS u. HILTMANN sowie STERN angeführt wurden, so zeigen sich bei unseren Patienten bei der Wahl der drei Lieblingsfarben Bevorzugungen von Violett und Weiß, während das sonst führende Rot auf

den zweiten Platz rückt und die sogenannten Stimulationsfarben Gelb und Orange in erheblichem Maße ihren sonst bei Gesunden so hohen Stellenwert verloren haben. Auch bei sehr zurückhaltender Bewertung der Farbwahl runden diese Ergebnisse doch das Gesamtbild weiter ab.

Ein dritter Bereich, der als Indicator für den Antrieb gewertet werden kann, sind die *assoziativen Leistungen*, also die Vorstellungsabläufe. Die Ergebnisse schienen im Vergleich zu einer Serie geistig Gesunder abzufallen, aber ganz offensichtlich nur deshalb, weil die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche und die Unfähigkeit, den einmal intendierten Antrieb nun auch für eine bestimmte Zeit aufrecht zu halten, alle konsequenter auf das Denken abgehobenen Untersuchungen immer wieder beeinträchtigten. Wir nehmen an, daß auf diese Weise auch die Ergebnisse von WITTER zu verstehen sind, der als einziger im deutschen Schrifttum mit dem Hamburg-Wechsler-Test die assoziativen Leistungen Defektschizophrener untersuchte und hier zu einer Herabsetzung des Intelligenzniveaus kam.

Bemerkenswert ist ferner, — und hier lassen sich die Beobachtungen von STOERRING voll bestätigen, — daß die assoziativen Abläufe nicht gestört zu sein scheinen, solange es sich um *sach- und gegenstandsgebundenes Denken* handelt, — wie dieses ja meist in den landläufigen Intelligenztests von den Patienten gefordert wird. Sowie aber persönliche Momente einfließen, die eine *wertende Stellungnahme* erfordern, so scheinen sich die Vorstellungsbäume aufzulockern. Bei dieser wohl differenzieritesten, sicherlich phylogenetisch jüngsten und typisch menschlichen Fähigkeit des Wertens scheint der Antrieb nicht mehr auszureichen.

Aufs Engste verbunden mit dieser Beeinträchtigung des wertenden Denkens ist eine *Entscheidungsschwäche*, die uns in Form einer ständigen Ambivalenz gerade beim Schizophrenen oft signifikant begegnet, und zwar nicht selten bis hinab zu den einfachsten Handlungsabläufen. Entschlüsse und Entscheidungen fordern ja Höchstleistungen des Antriebs und setzen darüber hinaus grundsätzlich eine affektive Beeindruckbarkeit voraus. Beides aber, sowohl Antrieb wie affektive Resonanz, sind bei unseren Patienten gestört. Die im Leben ständig notwendige „freie Entscheidung“ und die Konfrontation mit der eigenen Initiative, ist für diese Patienten zu einer quälenden Last geworden. Über eine Stufe des Zögerns und Zauderns, der *Ambivalenz* und der „*Standpunktlosigkeit*“ (KLOOS) fällt die Entschlußfähigkeit in sich zusammen bis auf das Niveau eines unbeteiligten Verharrens, das jedoch nicht dem gleichzusetzen ist, was man als bloße Ungestimmtheit (BOLLNOW) bezeichnet; denn diese ist noch mit dem mißtönigen Erleben der Langeweile gekoppelt. Alles Mißtönige ist aber bereits wieder an das Vorhandensein eines Antriebs, wenn auch eines fehlgesteuerten, gebunden.

Nun fließt der Antrieb aber nicht allein in die Bereiche des Psychomotorischen, des Sensorischen und des Assoziativen, sondern ist auch stark beteiligt an den *vital zentrierten Trieben*. So können wir die Auswirkungen einer Antriebsstörung auch ablesen am Nahrungstrieb (orale, anale und ähnliche Triebe und Automatismen), an den Gefahrenschutztrieben (Aggressions-, Abwehr- und Fluchttrieb und Automatismen), den Sexualtrieben, den reinen Bewegungstrieben und schließlich an den mit der Schlaf-Wachsteuerung zusammenhängenden Trieben.

Wenn wir diesen Gesamtkomplex, also die letztlich im Zwischenhirn verankerte Triebskala einmal auf Grund unserer Untersuchungen betrachten, so läßt sich eine *stufenförmige Abbaufolge der einzelnen Triebqualitäten* feststellen.

Es erfolgt zunächst eine Einschränkung der Gruppe der *Bewegungstribe*. Dabei ist kurz einzuflechten, daß die Gesamtsumme der Vitalenergie sich ja nicht in den einzelnen Triebbedürfnissen erschöpft, sondern daß noch ein beträchtlicher freiverfügbarer Rest übrig bleibt. Dieser äußert sich im Bewegungsluxus, in spielerischen Bewegungen. Gerade diese sozusagen überschüssigen Energien fallen als erstes dem Nachlassen des Antriebs zum Opfer und können als feiner Indicator für die beginnende Auskristallisierung eines Defektes bewertet werden.

Alles wird auf eine Ruhigstellung abgestimmt. Es kommt so zu einer Verschiebung zum passiven Pol hin, zum *Schlaf (Schlaf-Wachsteuerung)*. Die *Gefahrenschutztriebe*, also die Aggressions- und Fluchttriebe sowie die Automatismen, verkümmern, die *Sexualtriebe* lassen gleichfalls erheblich nach. Der *Nahrungstrieb* wird als letzter und offensichtlich stabilster von dem Sinken des Antriebsspiegels nur geringer betroffen.

Wenn wir uns vor Augen halten, daß *sämtliche Triebe* eine *polare Bauart* aufweisen, — und dies ist eine tiefverwurzelte, besonders von E. KRETSCHMER herausgearbeitete biologische Grundtatsache —, dann verdient es hervorgehoben zu werden, daß gerade dieser *polare Charakter* der Triebe völlig *erlischt*. Man kann diese Tatsache geradezu als ein wesentliches Kriterium des echten schizophrenen Defektes ansehen. Das wird besonders deutlich, wenn wir uns der Antriebsstörungen z. B. bei Katatonien erinnern, die durchaus noch polare Verhaltensweisen sämtlicher Einzeltriebe zeigen.

Auch die sogenannten *triebverwandten Haltungen* werden von der Antriebsstörung betroffen. Dies wird z. B. beim Brutpflegeinstinkt besonders evident.

Werfen wir noch einen Blick auf die *komplexer strukturierten Strebungen*, das heißt die höheren Ziel- und Wertvorstellungen religiöser, ethischer und ästhetischer Art. Sie scheinen besonders leicht arrodierbar zu sein und fallen schon sehr frühzeitig bei der Entwicklung eines Defektes

dem Nachlassen des Antriebs zum Opfer, bevor die Vitalität der elementaren Triebe bedroht ist.

Nun erhebt sich verständlicherweise die Frage: läßt sich vielleicht schon aus der Art der *prämorbidien Persönlichkeit* ableiten, ob nach einem schizophrenen Schub ein ausgesprochener Antriebsdefekt zurückbleibt?

Immerhin hat sich ja doch die These von MAUZ bisher vielfach bestätigt, daß der Defekt nicht einfach eine fertige, von der Krankheit her bestimmbare absolute Größe ist, sondern durch die präpsychotische Persönlichkeit mitbestimmt wird und daß sich der schizophrene Defekt besonders gerne im Bereich einer schon etwas schwach angelegten Seite der Persönlichkeit ausbreitet. In diesem Zusammenhang ist interessant, daß bei den von uns untersuchten schizophrenen Patienten mit späterem Antriebsdefekt immer wieder auffällt, daß sie meist schon vor der Erkrankung auch über keinen starken Eigenantrieb verfügten und häufig Berufe ergriffen, die nur eine geringe eigene Initiative erforderten.

Ein eklatantes Beispiel für die Beziehung von präpsychotischer Persönlichkeit und Defektausformung ist das Modell der Spätschizophrenen, die sich in gesunden Tagen meist durch eine zielstrebige Vitalität auszeichnen (W. KLAGES). Die Krankheit läuft hier viel seltener in einen Antriebsdefekt aus, vielmehr liegt bei einem eventuellen Defektsyndrom der Akzent auf der Kontaktstörung, der Verschrobenheit usw.

Wenn wir alles zusammen nehmen, so läßt sich feststellen, daß der *schizophrene Antriebsdefekt* einen *spezifischen Charakter* trägt.

Es drängt sich die Frage auf, ob uns nicht gerade diese nach einer Psychose verbleibenden und weitgehend therapieresistenten Restsymptome vielleicht eine Chance geben, einem anzunehmenden organischen Pol der Schizophrenie näher zu kommen. Auf diese Möglichkeit hat KRETSCHMER schon des öfteren gesprächsweise aufmerksam gemacht. Erfolgversprechend scheinen uns hierzu *vergleichende psychopathologische Untersuchungen*.

Wenn wir deshalb unter diesem Gesichtspunkt einmal die Struktur des *schizophrenen Antriebsdefektes* mit cerebralorganisch faßbaren Schädigungen vergleichen, z. B. mit der frontalen und diencephalen Antriebsschwäche und dabei eine frühere Tabelle¹ zugrunde legen, die von uns zur psychopathologischen Differentialdiagnose der frontalen und diencephalen Antriebsschwäche ausgearbeitet wurde, dann ergibt sich folgendes Bild:

Der schizophrene Antriebsdefekt hat mit der *frontalen Antriebsschwäche* die Einförmigkeit in der Verlaufsform gemein, die Aspontaneität bei geringer Fremdanregbarkeit und die völlig gleichgültige subjektive Einstellung zu der eigenen Antriebsstörung. Mit der *diencephalen Antriebsschwäche* hat der schizophrene Antriebsdefekt hingegen die

¹ Vgl. diese Z. 191, 378 (1954).

Intensitätsminderung der Sinnesleistungen gemein. Dagegen würde eine gewisse Selbständigkeit des schizophrenen Antriebsdefektes in der ausgeprägten Rhythmusstörung der Leistungskurven zu sehen sein und vielleicht auch in der geradezu dissozierten Art der Vorstellungsbäume und des integrierenden Denkens, die einmal — sachbezogen — gut erhalten und dann wieder — auf das Personale und Wertende eingestellt — irritiert sein können.

Wenn also die schizophrene Antriebsstörung bei dieser Aufstellung offensichtlich zwischen dem Typ der frontalen Antriebsschwäche und dem der diencephalen Antriebsschwäche gelagert zu sein scheint, so bedeutet das natürlich keine topologisch hirnlokalisatorische Verpflichtung. Immerhin aber ist es doch nicht zu übersehen, daß sich die einzelnen Symptome des schizophrenen Antriebsdefektes grundsätzlich auch bei hirnlokalen Psychosyndromen finden. Eine solche detailliertere vergleichende Untersuchung erscheint deshalb durchaus lohnend und sie ist auch letztlich einer der Hintergründe, die zu dieser Studie den Anlaß gaben.

Zusammenfassung

Nach der näheren Begriffsbestimmung und nach dem Eingehen auf die bisherige Literatur wurde das Ergebnis von Untersuchungen an 33 schizophrenen Patienten mit ausgesprochenem Antriebsdefekt vorgelegt. Bei diesen Kranken wurden mit einem differenzierten Fragebogen, mit experimental-psychologischen Methoden, ergänzt durch Beobachtungsprotokolle, die einzelnen Bereiche untersucht, in denen der Antrieb vorwiegend seinen Niederschlag findet.

Bei der Untersuchung der Psychomotorik stand eine Rhythmusstörung im Vordergrund, die in dieser Eindringlichkeit bei analogen Studien bei hirnorganisch Erkrankten nicht gesehen wurde. Weiter fanden sich Abweichungen im Bereich des Antriebsniveaus im Sinne einer Tempo- und Intensitätsänderung und drittens war die Antriebsverteilung als solche im Sinne eines unökonomischen Verhaltens gestört.

Bei der Prüfung der sensorischen Leistungen waren die Empfindungsreaktionen reduziert, das Wahrnehmungsvermögen war als solches intakt, doch schienen die Wahrnehmungen an plastischer Frische verloren zu haben. Dieses ließ sich auch im Rahmen der Farbwahl nach PFISTER belegen.

Die assoziativen Leistungen ließen eine schon früher von STÖRRING beobachtete Dissoziation erkennen. Das sach- und gegenstandsgebundene Denken war nicht gestört. Dagegen setzte eine Auflockerung der Vorstellungsbäume ein, sowie das Denken auf das Personale und Wertende eingestellt war.

Im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung des wertenden Denkens mußte auch die Entscheidungsschwäche, die über eine Ambivalenz zur

Standpunktlosigkeit bis auf das Niveau eines unbeteiligten Verharrens heruntersank, bei diesen Kranken konstatiert werden.

Die vital zentrierten Triebe wurden fast stufenförmig abgebaut. Zunächst erfolgte eine Einschränkung der Bewegungstribe, dann setzte eine Verschiebung in der Schlaf-Wachsteuerung ein, die Gefahrenschutztriebe verkümmerten, die Sexualtriebe ließen nach, während der Nahrungstrieb am geringsten betroffen wurde. Der polare Charakter der Triebe ging verloren.

Sehr früh abgebaut wurden die komplexer strukturierten Strebungen religiöser, ethischer und ästhetischer Art.

Die prämorbid Persönlichkeit schien für die Ausformung des Defektes mitbestimmend zu sein.

An Hand des spezifischen Charakters des schizophrenen Defektes wurden vergleichende psychopathologische Betrachtungen zur Struktur hirnorganischer Antriebsstörungen, insbesondere der frontalen und diencephalen Antriebsschwäche, angestellt.

Literatur

- BAYER, W. v.: Über die Prinzipien der körperlichen Behandlung seelischer Störungen. *Nervenarzt* **30**, 1 (1959).
- BEHREND, K.: Untersuchungen zur Antriebsstruktur Defektschizophrener. Diss. Düsseldorf 1961.
- BERINGER, K.: Beitrag zur Analyse schizophrener Denkstörungen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **93**, 55 (1924).
- BERZE, J.: Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Wien: Deuticke 1914.
- BOLLNOW, O. F.: Das Wesen der Stimmungen. Frankfurt: Klostermann 1943.
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: G. Thieme 1958.
- HUBER, G.: Klinische und neuroradiologische Untersuchungen an chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt* **32**, 7 (1961).
- JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- KLAGES, W.: Frontale und diencephale Antriebsschwäche. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **191**, 365 (1954).
- KLAGES, W.: Psychologie und Psychopathologie des Antriebs. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **24**, 609 (1956).
- KLAGES, W.: Die Spätschizophrenie. Stuttgart: F. Enke 1961.
- KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie, 11. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1956.
- MAUZ, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig 1930.
- ORTEGA Y GASSET, J.: Der Mensch und die Leute. Stuttgart: Dtsch. Verlags-Anstalt 1957.
- RÜMKE, H. C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* **29**, 49 (1959).
- STERN, E.: Die Tests in der klinischen Psychologie. Zürich: Rascher 1955.
- STÖRRING, G. E.: Besinnung und Bewußtsein. Stuttgart: G. Thieme 1953.
- STRANSKY, E.: Von der Dementia præcox zur Schizophrenie. Schweiz. *Arch. Neurol. Psychiat.* **72**, 319 (1953).
- WITTER, H.: Psychometrische Untersuchungen bei schizophrenen Defektzuständen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **200**, 639 (1960).

Priv.-Doz. Dr. W. KLAGES,

Düsseldorf, Psychiatrische Klinik der Medizin. Akademie, Bergische Landstraße 2