

Aus der Nervenklinik der Charité der Humboldt-Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. K. LEONHARD)

Die Spielbreite der unsystematischen Schizophrenien, besonders der Kataphasie*

Von
K. LEONHARD

(Eingegangen am 22. Juli 1961)

Die beträchtliche Spielbreite der unsystematischen Schizophrenien ist es vor allem, die früher viele glauben machte und heute noch manche glauben läßt, die Schizophrenien stellten eine Krankheitseinheit dar, die nur durch sehr wechselnde Symptome ausgezeichnet sei. Je besser man die Spielbreite der unsystematischen Formen kennt, desto mehr sieht man, daß sie nur dieser bestimmten Gruppe von Schizophrenie eigen ist. Auch hier ist es voreilig, daraus auf Einheitlichkeit zu schließen, aber jedenfalls kommen in dieser Gruppe Überschneidungen im Symptombild vor. Bei der affektvollen Paraphrenie kann man auf katatone Zustände stoßen, bei der periodischen Katatonie sind ekstatische oder ängstliche Wahnbilder keine Seltenheit, die Schizophasie kann katatone und wahnhaftige Züge haben und selbst wieder den anderen Formen mit ihren Symptomen beigemischt sein.

Darüber hinaus ist die Spielbreite auch innerhalb der einzelnen Formen unsystematischer Schizophrenie recht groß; denn eine affektvolle Paraphrenie, die bis zu einem schwer phantastischen Krankheitsbild fortgeschritten ist, hat, wenn man das führende Symptom des Affektverhaltens außer acht läßt, nicht mehr viel Ähnlichkeit mit einer affektvollen Paraphrenie, die im Stadium eines gereizten Beziehungssyndroms oder auch eines systematisierten Wahns stehen geblieben ist. Es geht aber nicht nur um das Stadium, in welchem der Prozeß zum Abschluß gekommen ist, sondern ein Teil der Unterschiede erklärt sich daraus, daß die unsystematischen Schizophrenien ähnlich wie die cycloiden Psychosen nach verschiedenen Polen hin gerichtet sein können, so daß bei der affektvollen Paraphrenie ein fast reiner Größenwahn mit gehobener Stimmung ebenso möglich ist wie ein fast reiner Verfolgungswahn mit ängstlicher oder gereizter Stimmung. Diese Spielbreite innerhalb der einzelnen unsystematischen Schizophrenien soll mich vor allem in bezug auf die Schizophasie genauer beschäftigen, denn hier ist sie besonders groß.

* Das Ergebnis dieser Arbeit wurde auf dem Internat. Kongreß für Psychiatrie in Montreal am 6. Juni 1961 vorgetragen.

Man kann die unsystematischen Schizophrenien, wie ich an anderer Stelle kürzlich zum Ausdruck brachte, die „böartigen Verwandten“ der cycloiden Psychosen nennen. Jeder Form in der gutartigen Gruppe entspricht eine Form der böartigen Gruppe. Während man die cycloiden Psychosen aber quantitativ vom Normalen ableiten kann, kommen bei den unsystematischen Schizophrenien qualitative Veränderungen hinzu, die den Prozeß anzeigen und damit den Defekt ankündigen. So lassen sich die Wahnideen der affektvollen Paraphrenie nicht mehr im vollen Umfang von affektiven Schwankungen ableiten wie bei der Angst-Glücks-Psychose; die Schizophasie ist nicht mehr allein aus einer Erregung bzw. Hemmung im Denken erklärbar, die periodische Katatonie nicht mehr allein aus einer Erregung bzw. Hemmung in der Psychomotorik. Durch die qualitativen Veränderungen der unsystematischen Schizophrenien verwischen sich die Unterschiede, die durch Betonung des einen oder des anderen Pols zustande kommen. Zwar kann ich sagen, daß eine affektvolle Paraphrenie im Endzustand ganz vorwiegend expansiv oder ganz vorwiegend persekutorisch sein kann, aber der Gegensatz ist trotzdem bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei der Angst-Glücks-Psychose, bei der man extrem verschiedene Affektlagen vor sich hat. Nur bei der Schizophasie — so kann man jedenfalls meinen — kann auch eine sehr ausgesprochene Gegensätzlichkeit erhalten bleiben, denn hier kommen auch stumme Endzustände vor, die man katatone nennen möchte. Bei meinen Sippenuntersuchungen hat sich immer wieder ergeben, daß die Schizophasie auch als eine Katatonie in Erscheinung treten kann. Ich äußerte mich schon dahin, daß man hier die Parallele zur gehemmten Verwirrtheitspsychose vor sich habe, d.h. zum ratlosen Stupor, den man auch als Katatonie bezeichnen könnte, wenn man die günstige Prognose nicht in Rechnung zöge. Leider kannte ich die „Katatonien“ in der Sippe der Schizophasie bisher nur nach Krankengeschichten. Ich konnte daher nicht sagen, wodurch sie sich von der periodischen Katatonie unterscheiden lassen. Nach dem Verlauf allein ist das nicht möglich, denn die katatonen Zustände im Rahmen der Schizophasie können ebenfalls einen Wechsel zeigen, wenn auch nicht im gleichen Maße wie die periodische Katatonie. Auf Grund neuerer Beobachtungen ist es mir jetzt möglich, die katatonen Zustände im Rahmen der Schizophasie genauer zu beschreiben und damit zugleich die Bestätigung dafür zu geben, daß sie in Parallele zur gehemmten Verwirrtheit zu stellen sind.

Da ich damit endgültig nachweisen möchte, daß die genotypisch einheitliche Krankheit in zwei Gestaltungen vorkommt, deckt der Begriff der Schizophasie die Symptomatologie der Krankheit nur noch zur Hälfte. Gemeinsam ist beiden Gestaltungen der Abbau der Denkfunktionen. In Abhängigkeit davon leidet auch die sprachliche Funktion, jedoch bei der katatonen Form nur im Bereich der inneren Sprache, da

die Kranken größtenteils stumm sind. Grundsätzlich könnte man unter Hinweis auf die innere Sprache auch bei der letzteren Gestaltung noch von Schizophasie sprechen, aber es wäre doch wohl zu mißverständlich, zumal KRAEPELIN das Krankheitsbild der Schizophasie ausdrücklich unter Bezugnahme auf die äußere Gesprächigkeit beschrieben hat. Für diese eindrucksvolle Sonderart soll der Name daher vorbehalten bleiben. Für die gesamte Krankheit möchte ich dagegen die Bezeichnung *Kataphasie* wählen, um damit zum Ausdruck zu bringen, daß die Denk- und Sprachfunktion einen Abbau erleidet (kata = herab), mag der Abbau nach außen hin mit einer gewissen Erregung einhergehen wie bei der Schizophasie, mag gleichzeitig nach außen hin eine Hemmung bestehen wie bei den stummen Formen. In vielen Fällen fehlt die Neigung nach dem einen oder anderen Pol hin, die Kranken zeigen den gedanklichen Abbau, ohne zugleich gesprächig und ohne zugleich stumm zu sein. Das bestätigt, daß keine klare Trennung möglich ist. Bei einem kataphasischen Kranken, den ich gleich anführen möchte, war die Neigung nach dem einen Pol hin im Beginn sehr deutlich, denn er verhielt sich in dieser Zeit lange ganz mutistisch. Im Endzustand dagegen tritt der gedankliche und sprachliche Zerfall für sich hervor, ohne daß zugleich eine Gesprächigkeit oder zugleich eine Wortkargheit besteht.

Fall 1. Otto B., geboren 1914, war erstmals vom 3.2.1934 bis 8.8.1934 in der hiesigen Klinik. Der Vater war ein Einzelgänger, rechthaberisch und verschroben. Als ihm ein anderer Sohn starb, sagte er zu dem geisteskranken Sohn: „Warum bist Du nicht krepirt, sondern gerade der Hans?“ Der Vater des Vaters war ein ähnlicher Sonderling. Eine Schwester des Vaters hatte zeitweise „Tobsuchtsanfälle“. Sie schrie dann und zerschlug Gegenstände.

Der Pat. selbst war als Kind immer ruhig und geduldig; er machte nie Dummheiten mit. Weil er etwas schwächlich war, kam er erst mit 7½ Jahren in die Schule. Er war dann ein guter Schüler. Seine Mitschüler hatten ihn gern, er vertrug sich mit allen, hielt sich aber trotzdem mehr für sich allein. Nach der Schulentlassung wollte er Maurer oder Fleischer werden, fand aber keine Lehrstelle und arbeitete daher bei seinem Onkel in einer Gaststätte. Zu Hause half er bei Hausarbeiten gern mit, kochte hier oft sogar das Mittagessen. Einen Freund hatte er nicht. Aus Mädchen machte er sich nichts.

1934 äußerte er unvermittelt, man stelle ihm politisch nach, man werde ihn holen und erschießen. Er lief unruhig umher, aß schlecht und schlief kaum mehr. Er glaubte zu beobachten, daß man hinter ihm her sei, um ihn festzunehmen. Da er einen Selbstmordversuch unternahm, kam er in die Klinik. Hier war er sehr ängstlich und blickte mißtrauisch umher. Seine Antworten erfolgten sehr langsam. Oft brach er mitten im Satz ab. Sein ängstliches Mißtrauen trat immer wieder hervor. Einmal blickte er durchs Fenster und äußerte: „Was ist draußen auf der Straße? Meine Mutter, ist sie gestorben? Mein Vater auch nicht mehr?“ Nach der Bedeutung dieser seiner Worte gefragt, erklärte er: „Ich dort bin nicht gewesen, ich weiß davon nichts, das muß einer mit Hypnose gemacht haben“. Dann betrachtete er Bilder einer Zeitschrift, die auf dem Tisch lag und fragte: „Was sind das für Eisläufer?“ Auf die Frage, ob er sich krank fühle, gab er zunächst gar keine Antwort, auf Drängen erklärte er stockend: „Ich . . . ich fühle mich krank . . . momentan fühle ich

mich gut . . . Wer hat mir das damals in die Hand gesagt? . . . Das Frühstück . . . Ich weiß tatsächlich von nichts“. Als er in ein anderes Zimmer gebracht wurde, fragte er: „Hier soll ich sterben?“ In weiteren Gesprächen traten immer wieder ratlose und ängstliche Bemerkungen hervor, oft nur in Bruchstücken: „Ich weiß nichts . . . ich werde bestimmt sterben . . . Die wirklich gewesen sind, die sind nicht herausgekommen . . . Ich will alles auf mich nehmen . . . Lebt mein Vater noch . . . Hier ist eine Freimaurerloge, man hat es mir gesagt . . . Sie sind Arzt, untersuchen Sie mich wegen der Erschießung damals.“

Der Pat. blieb auch in der Folgezeit ängstlich, mißtrauisch und ratlos. Er erklärte, er habe den Reichstag nicht angesteckt, seine Eltern auch nicht. Er habe auch nicht gestohlen. Allmählich wurden seine Sprachäußerungen immer seltener. Schließlich sprach er überhaupt nichts mehr, sondern stand nur noch ratlos umher. Er mußte zum Essen gedrängt werden und beschmutzte auch gelegentlich seine Hose. Es ist auch von Negativismus die Rede, dann aber heißt es: „Das Verhalten des Pat. war in den letzten Wochen fast unverändert. Er stand auf, zog sich allein an, hielt sich sauber, aß allein. Es erfolgten aber keinerlei sprachliche Äußerungen, keine Antworten auf Fragen. Gleichmäßiger, etwas leerer Gesichtsausdruck. Bei Scherzen verzog sich sein Mund allmählich zum Lachen. Allmählich besserte er sich etwas, sprach allmählich wieder, wenn auch zunächst nur stockend und leise.“ Bei der Entlassung hatte er noch einen „mißtrauischen, prüfenden Blick“. Er hatte keine Krankheitseinsicht, äußerte aber keine neuen Ideen mehr.

Der Pat. blieb seither krank. Er lebte in der Familie als harmloser Sonderling, machte Gelegenheitsarbeiten, besorgte kleine Gänge, klopfte Teppiche, holte Kohlen, ging aber keinem Beruf nach. Während des Krieges versuchte man einmal, ihn in eine feste Stelle zu bringen, es mißlang aber, er blieb oft stundenlang von der Arbeit fern.

Seit dem 16.12.1959 ist der Pat. ohne Unterbrechung wieder in der hiesigen Klinik. Sein Zustand hat sich in all diesen Monaten, in denen ich ihn beobachten konnte, nicht verändert. Er ist meist freundlich, beschäftigt sich etwas auf der Abteilung, geht im Klinikgelände frei aus und sucht sich hier überall Zigarettensreste zusammen. Er neigt etwas zu läppischen Scherzen. Zum Beispiel zog er einmal die Hand bei der Begrüßung zurück, lief unter Lachen weg und rief: „Habe Angst vor dem schwarzen Mann.“ Oder er antwortete auf das „Guten Morgen“ des Arztes mit: „Morgen ist auch ein Tag.“ Oder er setzte sich auf den Boden, zündete ein Streichholz an und hielt es ganz nahe an die Beine des Arztes. Teilweise sind diese Verhaltensweisen schon Ausdruck seiner Denkstörung, denn er äußert oft zugleich verworrene Sätze, z. B.: „Ach, Dornröschenschlaf aus dem Jahrhundertschlaf kommt jetzt, vielleicht ist das die Erna. Der Fischverkauf, der Fischverkauf.“ Im allgemeinen spricht er aber von sich aus wenig. Erst durch stärkere Anregung kann man manchmal eine gewisse Gesprächigkeit erreichen. Über einfache Vorgänge der Umgebung gibt er gelegentlich einige gedanklich und sprachlich geordnete Antworten. Sobald er mehr spricht, wird er verworren.

Bei häufigen Ermunterungen äußert er z. B. folgendes: „Ich kann doch bald entlassen werden, hier wird man ja mit jeck. Was man ist, kann ich selber beurteilen, brauche keinen Professor zum Visiten, 3 × 7 ist Donnerstag und dann noch mal. Nach Wittenau und nach Herzberge auch noch nicht ausgestiegen, Straßenbahn, meine Jekheit und auch meine Verrücktheit kann ich selber nachrechnen, dazu brauche ich keinen Professor zu haben. Was macht der denn, damit kann er nicht kommen, alles selbst gemacht und visitet, lachhaft. Gehirnverletzung auch Frau Doktor habe mir gesagt 100% krank, nicht nachrechnen, weil erst die Apparate nicht hier waren. Habe eine Zeit lang Zeitungen ausgetragen und nun bin ich krank, 12 Jahre schon durch Röntgen, zu viel, immer von oben alles und da haben die

festgestellt, Blutarmut, zu schlecht gewesen. Schlechter Lehrling, nee von Schlachten, nein ick Schlächterfleischerlehrling, so is richtig aber zu schwach dazu, nicht genug Kraft. Wann kommen wir raus, Herr Professor, können Sie mir noch nicht sagen, Blasenkrankheit für Hufeland, großer Mann. Ist doch nicht so wichtig, wann wollen Sie mich rausschicken, ich muß mit anderen Menschen zusammenkommen wieder. Ich war doch selber Krankenpfleger, Oderbruch, Landesheilanstalt, war nicht zu heilen, unheilbar gewesen. Da muß ich schon Kräfte haben, bin ich auch zu dick, im Moment acht kann sein, Blut ist besser, noch zu dick, viel trinken, Schweineblut. Am besten ist Rizinus mit Pfeffer und Salz, schmeckt gut, schmackhaft muß sein, viel Blut gesund, macht kräftig, viel Gewürz ran, machen gut, besser Geschmack gehabt.“ Auf Intelligenzfragen gab er unter anderem die folgenden Antworten: (Unterschied Kiste und Korb) „Habe früher nie einen Korb getragen. Jetzt zum Schluß Zentnerkosten. Ein Zentner kostet 65 Pfund. Habe mal übernachtet bei Doktor. Überall, Berliner Börsenzeitung, in Wiener Tagesblatt. (Die gleiche Frage zu einem anderen Zeitpunkt) „Werde ich lieber einen Korb geben, damit Sie mich nicht noch länger aushorchen können.“ (Treppe und Leiter) „Ich habe doch nicht angefangen bei der Feuerwehr oder bei der Straßenbahn als Halbwüchsiger. Warum soll ich es Ihnen denn gerade sagen. Sie sind doch Professor am Lehrstuhl, Sie müssen das besser wissen.“ (Die gleiche Frage zu einem anderen Zeitpunkt) „Leiter ist steiler als die Treppe, allmählich, die Treppe geht stufenweise. Ich war auch einmal bei der Feuerwehr und da war ich auch auf einer Leiter.“ (Bach und Teich) „Bin Greifenhagener, 07 geboren, Hilfsschule, visitet. Bach stehendes Wasser, nee Teich fließendes, Bach steht, nee wohl umgekehrt. Hatten ein Kellerbachmühle.“ (Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm) „Sagt man so, wenn einer Vererbung hat nach Vater und Mutter.“ (Der Krug geht so lange . . .) „Galau, Hinterpommern, die konntn nicht Wasser pumpen, weil das Dorf so weit auf dem Berg war. Die mußten, wenn sie wollten, ein langes Rohr haben, 15 m.“ (Morgens stunde . . .) „Ach, da haben wir früher viel Witze mitgemacht, da muß man auf die Toilette gehen.“ (Das gleiche Sprichwort zu einem anderen Zeitpunkt) „Na ja, da sind es aber Verse, davon kann man nicht viel schreiben und so weiter. (Keine Rose ohne Dornen) „In der Branche bin ich nicht gewesen. Hat mal einen als Gast eingeladen. Eine Rose ohne Dornen.“

Bei diesem Patienten liegt eine schwere Schizophasie vor. Sowohl bei den spontanen Äußerungen wie bei Intelligenzfragen, die ihm gestellt wurden, ist die starke Denk- und Sprachstörung erkennbar. Manchmal tritt die letztere mehr hervor, da man erkennt, daß der Patient etwas Sinnvolles vorbringen wollte, aber sprachlich — vor allem grammatikalisch — entgleiste. Trotz seiner Verworrenheit gab er bei einfachen Fragen, die sich auf seine unmittelbare Umgebung bezogen, gelegentlich geordnete Antwort. Das entspricht dem, was man auch sonst bei Schizophasikern finden kann. Sie brachten vielleicht eben völlig verworrene Äußerungen vor und führen gleich darauf ein kurzes sachliches Gespräch über Dinge des Alltages, etwa die Arbeit, die sie im Anstaltsbereich ausüben. Wahrscheinlich handelt es sich um die gleiche Erscheinung, wenn Schizophasiker, wie schon KRAEPELIN vermerkte, in einfachen Tätigkeiten verständig und zuverlässig sein können. Wie es scheint, ist das Denken noch zu einer gewissen Ordnung fähig, wenn es konkret durch die unmittelbaren Erlebnisse des Alltages angeregt wird. Man darf darin

vielleicht sogar ein charakteristisches Merkmal gerade der schizophasischen Denkstörung sehen, die, wie wir noch sehen werden, wohl doch nicht primär die Denkfunktion betrifft, sondern eher einem Mangel in der gedanklichen und sprachlichen Beweglichkeit entspringt. Bei sehr bestimmten, durch den Alltag oft wiederholten Anregungen braucht sich dieser Mangel noch nicht auswirken. Er tritt aber hervor, wenn eine Flüssigkeit der inneren Abläufe zur Denkleistung erforderlich ist.

Von einer Gesprächigkeit kann man bei B. nicht reden, denn er spricht im allgemeinen nur, wenn man ihn ermuntert und immer wieder zum Weitersprechen auffordert, wie es bei den Äußerungen geschah, die oben wiedergegeben sind. Er war andererseits auch nicht wortkarg. Es liegt hier also ein kataphasischer Endzustand vor, bei dem die Neigung nach dem einen oder anderen Pol ganz verlorengegangen ist. Im Beginn dagegen war die Krankheit sehr deutlich nach dem einen Pol hin ausgerichtet. Als der Patient mit 19 Jahren erkrankte, bot er einen sub-stuperösen später ganz stuperösen Zustand. Er zeigte zugleich Ratlosigkeit, Angst, Beziehungsideen und Bedeutungsideen. Man könnte nach der Krankengeschichte an eine gehemmte Verwirrtheitspsychose denken, denn es wird sehr deutlich geschildert, daß der Kranke im wesentlichen nur mutistisch war, sich aber sonst frei bewegte, sich selbst versorgte und sichtlich nichts im engeren Sinne Katatonies an sich hatte. Auf den kommenden Denkerfall scheint es aber schon hinzudeuten, wenn manche der spärlichen Äußerungen ungrammatisch vorgebracht werden. B. wurde nach Abklingen des Stupors auch nicht einsichtig. Nach der späteren Entwicklung, welche die Krankheit nahm, erkennt man, daß es sich bei seinem ersten Krankheitsschub um die „böartige Verwandte“ der gehemmten Verwirrtheit gehandelt hat, d.h. eine stumme Kataphasie.

Viel deutlicher konnte ich diese stumme Gestaltung, um die es mir in meiner Darstellung nun vor allem geht, bei der folgenden Patientin beobachten.

Fall 2. Emma D., geboren 1907, ist seit dem 23. 1. 1959 ohne Unterbrechung in der hiesigen Klinik. Der Vater war immer leicht erregt, sonst ist in der Aszendenz keine Auffälligkeit festzustellen. Der Sohn der Pat. wird uns unten beschäftigen. Die Pat. erkrankte Mitte 1958. Sie klagte, daß sich ihre Nerven zusammenkrampften. Sie äußerte Angst, glaubte, der Ehemann habe sich das Leben genommen, sie selbst müsse sterben. Sie bezog harmlose Vorgänge der Umgebung auf sich. Wenn die Kirchenglocken läuteten oder im Radio eine traurige Melodie erklang, meinte sie, jetzt sei ihre Sterbestunde gekommen. Allmählich wurde sie teilnahmsloser, stand nur noch auf Drängen auf, setzte sich im Nachthemd an den Tisch. In der Klinik war sie von Anfang an sehr antriebsarm, fast stumm. So ist sie bis heute. Teilweise gibt sie auf Fragen gar keine Antwort, teils ganz einsilbig und nichts-sagend. Dazwischen allerdings stößt sie manchmal einen Satz laut und rasch heraus. Sie sitzt in schlaffer Haltung da und hat einen ratlosen oder auch leeren Gesichtsausdruck. Sie erscheint apathisch, doch tritt immer wieder einmal eine Angst hervor. Auch äußert sie bruchstückhaft Beziehungsideen, es sei etwas gegen sie im

Gänge, man wolle sie umbringen. Einmal breitete sie ihre Decke mitten im Saal aus und weigerte sich, ins Bett zu gehen, sichtlich weil sie glaubte, dort werde ihr etwas angetan. Auf Drängen erklärte sie dann: „Machen Sie doch Schluß mit mir.“ Als ihr Sohn, den sie zwei Jahre nicht gesehen hatte, zu Besuch kam, schien sie sehr erfreut zu sein. Sie umarmte ihn. Gleich darauf war sie aber wieder unbeteiligt, sie verließ den Sohn schon nach kurzer Zeit, um in ihr Zimmer zurückzukehren. Manchmal muß sie gefüttert werden. Meist nimmt sie Nahrung von sich aus, wenn auch mit langsamen Bewegungen. Unrein ist sie nie. Meist wartet sie, bis sie aufgefordert wird, zur Toilette zu gehen. Wenn das nicht rechtzeitig geschieht, sucht sie diese aber auch von sich aus auf.

Am 17. 3. 1961 habe ich die Pat. genau untersucht. Es ergab sich dabei folgendes: Kommt mit etwas unwilliger Miene herein, läßt sich schieben, blickt mit etwas unruhigen, fragenden Bewegungen um sich, macht auch gewisse, etwas grimassierend aussehende Mundbewegungen, nestelt an sich herum, bleibt sofort stehen, wenn man sie nicht mehr schiebt. Auf leichtes Schieben setzt sie sich auf den Stuhl, nicht in bequemer Haltung, sondern sie bleibt am Rand, wo man sie hingesetzt hat, sitzen. Es treten wieder einige unruhige Bewegungen an den Händen und am Mund auf, dann bleibt sie in der gleichen Haltung sitzen und bewegt nur gelegentlich etwas die Lippen, blickt auch gelegentlich etwas fragend hin und her. Das Gesicht ist nicht starr, zeigt jedoch — abgesehen von den Mundbewegungen und abgesehen von den fragenden Blicken — keinen Ausdruck. (Wie geht es?) Eine Antwort erfolgt nicht. Sie blickt nunmehr mit ihrem etwas mißmutigen Gesicht unruhig hin und her, bewegt sich auch sonst wieder mehr, macht aber gar keine Anstalten, Antwort zu geben. Wenn man sie bedrängt und bei Fragen auch anstößt, ändert sich nichts in ihrem Verhalten. Es tritt nur immer wieder ein stärkeres Nesteln und eine stärkere Unruhe am Mund auf, die aber nicht wie ein Flüstern aussieht. Die Kranke wird, wenn man sie stärker bedrängt, nicht unwilliger als vorher, der Gesichtsausdruck behält auch dann seine etwas mißmutige und etwas ratlose Art bei. Aufgefordert aufzustehen, zögert sie anfangs etwas, blickt erst mal hier hin und dort hin, setzt zum Aufstehen an und hält wieder inne, erhebt sich aber schließlich auf mehrmaliges Auffordern. Sie bleibt dann vor dem Stuhl in ihrer bewegungsarmen Art stehen. Aufgefordert, hin und her zu gehen, dreht sie sich erst mal um, blickt nach der Rückseite, wo sie hingehen soll. Muß recht oft und energischer aufgefordert werden, dann geht sie schließlich hin und her mit langsamen Schritten, während sie die Hände an den Körper heranhält, aber ohne Starre in ihrer Gesamthaltung. Im Gegenteil schwankt der Körper beim Laufen etwas lose hin und her. Ihre Schritte setzt sie sehr langsam.

Zweifelloos erinnert der Zustand der Patientin an eine gehemmte Verwirrtheit, denn es besteht ein völliger Mutismus, während einfache Reaktivbewegungen erhalten sind und keine starre Motorik erkennbar ist. Der Gesichtsausdruck der Kranken zeigt aber nicht nur die Ratlosigkeit, die für die gehemmte Verwirrtheit so charakteristisch ist, sondern es war von Anfang an die Leere oder Stumpfheit des Ausdrucks erkennbar. Die Patientin verfolgt die Umgebung nicht mit einer inneren Unsicherheit, einem inneren Fragen und einem Verkennen der Vorgänge, sondern sie verfolgt sie meist gar nicht, ist stumpf und in sich zurückgezogen. Es bedarf stärkerer Anregungen von außen, um eine deutlicher ratlose und mißtrauische Haltung hervortreten zu lassen. So hätte ich vielleicht, wenn ich das Bild der gehemmten Kataphasie schon genügend gekannt

hätte, die Diagnose stellen können. Tatsächlich wurde ich aber erst durch die Krankheit des Sohnes in dieser Richtung geleitet. Ich füge seine Krankengeschichte an.

Fall 3. Günther D., geboren 1927, war vom 20.9.1951 bis 26.12.1956 in der Heilanstalt H. Er wurde verwahrlost, umherirrend von der Polizei aufgegriffen und dorthin gebracht. In der Anstalt sprach er davon, daß die Speisen einen „anderen“ Geschmack hätten, daß er seinen Großvater im Krankensaal gesehen habe. Dabei wird vermerkt, daß er auf Fragen daneben sprach und zerfahrene Antworten gab. Oft verhielt er sich ablehnend. 1953 war er eine Zeitlang stuperös, dann auch kurze Zeit erregt, wobei er Bettwäsche zerriß. 1954 wird seine starke Zerfahrenheit vermerkt. 1955 hieß es, daß er antriebsarm und interessenlos herumsitze und zeitweise unruhig sei. 1956 arbeitete er bei der Beschäftigungstherapie gut mit, äußerte aber hypochondrische Ideen und schien akustisch zu halluzinieren. Er glaubte, daß sich seine Eltern auch in der Anstalt befänden. Seine Zerfahrenheit wird weiterhin vermerkt. In diesem Zustand wurde er nach Hause entlassen. Er lebt seitdem bei seinem Vater, geht keiner Arbeit nach, sondern erhält eine Rente.

Wir luden ihn zu einem Besuch seiner Mutter ein und konnten ihn aus diesem Anlaß untersuchen. Das Gespräch ging zunächst über seine Kriegsverletzung, bei der ihm ein Ohr weggeschossen worden war: „Es geht mich ein bißchen besser, als es mich damals da drin gegangen ist, denn man hat seine Arbeit und kann sich unterhalten, überall, man hat Menschen, man kommt mit Menschen zusammen, mich kennt mich schon jeder. Es meint jeder, es wäre eine Kriegsverletzung, trotzdem, daß ich nun die Strahlung habe, merken die meisten das nicht, aber trotzdem muß ich darunter zu leiden. Wenn die Lust haben, dann ärgern die auch meinen kleinen Zehen damit, oder die Haare blasen sie mich vom Kopf, also es gibt alles, manchmal wieder am Ohr, das geht immer von oben nach unten und von unten nach oben, manchmal auch von den Händen. Das ist weiter nichts als für die eine Unterhaltung. Das ist alles international, in H. ist das Zentrum, von da aus geht alles aus, es ist ungerecht. Da war ein Mord im Krankenhaus, da war Dr. LUMANN, das war gewesen das katholische Stadtkrankenhaus. Da war auch ein Beschädigter. Ich habe nicht genau mehr den Mord gesehen, der wurde bestialisch.“

Auf Intelligenzfragen gab er unter anderem folgende Antworten: (Rose ohne Dornen) „Es ist verschieden. Ich kann ja nur vielleicht dabei zu bleiben, so wie ich erst gesagt habe. Also ich habe schon gehört, aber ich kann mir nicht allzu viel dabei vorstellen, weil es eine Rose ohne Dornen nicht zu geben tut oder nicht gibt, ist besser.“ (Lügen haben kurze Beine) „Das ist schon sehr alt, das kennt man schon als Kinder, das sagen schon die Eltern, das stimmt. Das ist, wenn ich jemand belügen tue und vielleicht nicht die Wahrheit erzählen tue oder ich tue jemand etwas damit. Das ist eben eine solche Mundart.“ (Bach — Teich) „Ich meine, nicht wahr, der Teich, nicht wahr, ist eben ruhiges Wasser und der Bach, nicht wahr, der kann anfangen zu rauschen, das ist lebendes Wasser.“ (Treppe — Leiter) „Treppe ist Treppe und Leiter ist Leiter, aber dasselbe ist es nicht, das kann es auch nicht sein. Ich kann eine Leiter nicht als eine Treppe benutzen und ich kann umgekehrt dergleichen auch nicht, und das muß so sein. Man muß eben zu wissen, für was man die Leiter kann zu gebrauchen oder die Leiter.“ (Irrtum — Lüge) „Im Rätselraten, da bin ich natürlich noch nicht so sehr in Form gewesen. Also, ich glaube ja, ich habe erst gesagt, ich könnte dasselbe zu sagen, was ich gesagt habe, aber Irrtum und Lüge. Der Mensch, der kann sich zu irren und eine Lüge ist eben von all dem ist es Schwindel.“ (Satz aus Winter — Ofen — Baum) „Man könnte sagen, die Bäume im Ofen, aber das ist zu primitiv. Die Bäume werden im Winter in den

Ofen gesteckt, aber das kann man nicht sagen, aber man muß ja das Holz vorher zu sägen und zu hacken sowie alles, was dazu gehört.“

Der Patient war freundlich, fast heiter und geriet in einen gewissen Rededrang, in welchem er sich schwer unterbrechen ließ. Er fand sichtlich nichts besonderes dabei, daß man ihn so genau ausfragte, obwohl er ja nur als Besucher seiner Mutter gekommen war. Nach der Krankengeschichte sowohl wie auch nach den Äußerungen, die er uns gegenüber von sich gab, schien er dauernd zu halluzinieren, vor allem akustisch.

Bei Schizophasie gehören Sinnestäuschungen an sich nicht zum Bild, sie kommen aber häufig vor, was bei dem unsystematischen Charakter der Schizophasie nicht verwunderlich ist. Der ganze Zustand sonst ist charakteristisch für diese Krankheitsform. Die sprachlichen Störungen fallen beim Patienten noch mehr auf als die gedanklichen. Vor allem geht die grammatische Ordnung immer wieder völlig verloren. Außerdem zerstören falsche Einschiebungen, vor allem des Wortes „zu“ oder des Wortes „mich“ das Satzgefüge. Auch andere Worte kehren stereotyp wieder wie „nicht wahr“. Wortneubildungen kommen dagegen kaum vor. Diese fand ich viel deutlicher bei den wortkargen Kataphasikern, während die grammatikalische Entgleisung mehr den erregten Formen eigen ist. Wortwiederholungen kommen bei beiden Formen vor. Auch bei dem erstgeschilderten Patienten B., der weder wortkarg noch gesprächig ist, kehren bestimmte Worte, etwa die Wortneubildung „visitet“ oft wieder. So bietet der Patient D. das ausgesprochene Bild einer Schizophasie mit gewisser Erregtheit. Die Krankheit der Mutter bestätigt sich damit als eine stumme Kataphasie.

Ich habe seither gelernt, auch bei anderen Kranken die richtige Diagnose dieser Gestaltung der Kataphasie zu stellen. Ich darf die Gesichtspunkte, die dabei leitend sind, nochmals hervorkehren. Die Kranken haben, trotz ihres stummen Verhaltens, sonst gar nichts Katatonies. Sie sind wohl langsam, zögernd in ihren Reaktionen, erscheinen also allgemein antriebsarm, aber die Psychomotorik im engeren Sinne ist nicht verändert. Der Ablauf der Bewegungen ist nicht unnatürlich, die Mimik nur verarmt aber nicht verzerrt, die Haltung nicht abnorm. All das findet man ganz ähnlich bei der gehemmten Verwirrtheit. Gemeinsam ist beiden Zuständen auch, daß die Kranken einfachen Aufforderungen folgen, wenn auch oft etwas zögernd, daß sie auch die notwendigsten Verrichtungen von sich aus durchführen, sich selbständig anziehen, selbständig ausziehen, von sich aus essen, auch ihren körperlichen Bedürfnissen nachgehen, wenn sie nur eine gewisse Anregung dafür erhalten. Wenn bei der gehemmten Verwirrtheitspsychose wie bei der stummen Kataphasie zusätzliche Symptome vorkommen, so ist es nicht verwunderlich, da ja immer Überschneidungen zur Motilitätspsychose bzw. periodischen Katatonie möglich sind.

Weiterhin kommen aber bei der Kataphasie im allgemeinen schon im Beginn Symptome hinzu, die den Rahmen der gehemmten Verwirrtheitspsychose überschreiten. Besonders typisch ist bei der letzteren die Ratlosigkeit. Mit ihren fragenden, suchenden, oft auch ängstlichen Blicken verfolgen die Kranken das, was um sie vorgeht. Sie zeigen dadurch zwar, daß sie infolge einer Denkhemmung die Umgebung nicht mehr recht erfassen können, sie lassen zugleich aber auch erkennen, daß sich ihnen die Unfähigkeit störend bemerkbar macht, da sie doch trotz der Behinderung dauernd bemüht sind, zur inneren Klarheit zu kommen. Die Beziehungs- und Bedeutungsideen, die den „ratlosen Stupor“ auszeichnen, entspringen diesem Bestreben der Kranken, ihre Beobachtungen doch irgendwie einzuordnen. Bei der stummen Kataphasie ist diese Ratlosigkeit nur angedeutet, man findet auch noch oft etwas Fragendes in der Mimik, aber es ist bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei der gehemmten Verwirrtheit, statt dessen hat der gesamte Ausdruck — vor allem auch der Ausdruck des Blickes — etwas Unbeteiligtes, Stumpfes, Uninteressiertes an sich. Man erkennt, daß sich die Kranken mit ihrer Störung innerlich nicht mehr auseinandersetzen. So ist die Stumpfheit des Ausdrucks charakteristischer als die Ratlosigkeit.

Sicher ist der Abbau der Denkfunktionen, die eben hier nicht nur gehemmt sind, für das unterschiedliche Verhalten verantwortlich. Ein unmittelbarer Nachweis dafür, daß die Kranken auch in ihrem Mutismus schizophasisch sind, kann nicht erbracht werden. Aber ich kenne Schizophasische, die ich von jeher dafür gehalten habe, die sehr wortkarg sind und zugleich sehr ausgeprägt gedankliche und sprachliche Entgleisungen zeigen. Sie stellen also Übergangsfälle zu den völlig mutistischen Formen dar. Außerdem beobachte ich seit Jahren eine Kranke, die auf Anregungen meist einen Rededrang entwickelt und dabei hochgradig schizophasisch ist, die aber zwischendurch in einen Mutismus verfällt, der in allem dem stumpf-ratlosen Stupor entspricht, wie ich ihn als charakteristisch für die Kataphasie erkannt habe. Man kann hier bestimmt nicht annehmen, daß sich das hochgradig schizophasische Denken im Stupor normalisiert. Man findet die Störung manchmal auch unmittelbar bestätigt, denn wenn man die stuperöse Kranke mit Fragen sehr bedrängt, dann stößt sie manchmal irgendeinen Satz heraus, der völlig unverständlich ist, d. h. ganz den Äußerungen gleicht, die sie im Rededrang von sich gibt.

Durch die zwei Gestaltungen der Kataphasie zeigt sich, daß ihre Spielbreite auffällig groß ist, wesentlich größer als bei der affektvollen Paraphrenie und der periodischen Katatonie. Ich glaube aber, daß der Unterschied mehr äußerlicher Natur ist. Ob Kranke sprechen oder ob sie nicht sprechen, das gibt nach außen hin einen ausgeprägten Gegensatz; könnte man die Kranken aber von innen her sehen, dann wären sie ein-

ander vielleicht gar nicht so unähnlich. Die schwere Denkstörung beherrscht sicher hier wie dort das Bild. Sie tritt nur in einem Fall wegen der gewissen Erregtheit nach außen hervor, während sie im anderen Fall wegen einer gewissen Gehemmtheit auf die innere Sprache beschränkt bleibt. Kleine Verschiebungen nach dem einen oder nach dem anderen Pol hin erzeugen bei der affektvollen Paraphrenie nur eine verschiedene Tönung der Wahnideen. Bei der Kataphasie reicht wahrscheinlich eine ähnliche Verschiebung nach der einen und nach der anderen Seite hin aus, um die äußere Gestaltung der krankhaften Erscheinungen so unterschiedlich zu gestalten. Außerdem ging ich bei Schilderungen der Kataphasie sicher zu sehr von den extremen Formen aus, die vor allen Dingen in die Augen springen. Die Mehrzahl der Fälle ist so gestaltet, wie mein obengenannter erster Fall, d.h. die meisten Kataphasiker sind weder deutlich gesprächig noch auch stumm. Die ausgesprochen erregten wie die ausgesprochen gehemmten Fälle sind jedenfalls im abgelaufenen Endzustand nicht häufig und insofern vielleicht den seltenen Fällen der affektvollen Paraphrenie gleichzusetzen, bei denen tatsächlich dauernd eine wesentlich gehobene oder dauernd eine wesentlich ängstliche Stimmung erhalten bleibt.

Die periodische Katatonie habe ich bisher absichtlich außer acht gelassen, da ich hier die Frage nach zwei Gestaltungen des Endzustandes etwas genauer ins Auge fassen möchte. Ich habe „lahme“ und „stumpfe“ Endzustände der periodischen Katatonie beschrieben, d.h. verschiedene Schweregrade, aber keine Unterschiede im Sinne der Erregtheit oder der Hemmung aufgewiesen. Ich frage mich, ob ich hier etwas übersehen habe; denn theoretisch könnte man sich denken, daß es periodische Katatonien gibt, die im Endzustand etwas Hyperkinetisches behalten. Beobachtung dieser Art kann ich nicht anführen. Man sieht in jedem Stadium der periodischen Katatonie eingeschobene hyperkinetische Zustände, aber es handelt sich hier um neue Schübe, keine Dauerzustände. Ich vermute, daß der allgemeine katatone Abbau eine eigentliche Hyperkinese nicht mehr hervortreten läßt. Wahrscheinlich tritt eine erhöhte Aktivität nur noch als allgemeine psychomotorische Gespanntheit in Erscheinung. Unter den Endzuständen nach periodischer Katatonie gibt es solche, die allgemein etwas Schlaffes an sich haben, schlaffe Gesichtszüge aufweisen, im Sitzen in sich zusammensinken und im Stehen den Kopf hängen lassen. Es gibt andererseits Fälle, die im Gesichtsausdruck etwas Gespanntes an sich haben, verkrampft im Bett liegen und im Sitzen und Stehen unnatürliche Haltungen zeigen. Impulsive Erregungen, die ich für die Endzustände periodischer Katatonien beschrieben habe, sind bei solchen gespannten Fällen häufiger als bei den anderen. Auch ein Grimmassieren, eine Neigung zu stereotypen Einzelbewegungen kann man bei solchen Fällen häufiger beobachten. Wahrscheinlich bestehen

beim allgemeinen katatonen Abbau nur noch diese Möglichkeiten der Hyperkinese.

Was die katatonen Endzustände allgemein von der gehemmten Kataphasie unterscheidet, das ist das Psychomotorische in der Störung. Akinetische Motilitätspsychosen unterscheiden sich von gehemmten Verwirrtheiten dadurch, daß der Bewegungsablauf selbst abgeändert ist, daß flüssige Bewegungen überhaupt nicht mehr zustande kommen, sondern immer eine Erschwerung erkennbar ist. In der Mimik, in der allgemeinen Haltung erkennt man das an einer allgemeinen Erstarrung. Ganz ähnlich unterscheidet sich der Endzustand der periodischen Katatonie von einer gehemmten Kataphasie. Bei allen Bewegungen ist nicht nur eine gewisse Trägheit erkennbar, sondern immer auch eine Starrheit in den Bewegungsabläufen, mag die gesamte Haltung entsprechend der oben gegebenen Schilderung mehr schlaff oder mehr gespannt sein. Beide Formen wieder unterscheiden sich von der akinetischen Motilitätspsychose dadurch, daß immer zugleich Verzerrungen in der Haltung und Bewegung bestehen. Auch die schlaffen Formen haben etwas Unnatürliches in ihren Haltungen, sie sinken vielleicht so weit zusammen, daß sich Kontrakturen bilden oder sie weisen trotz ihrer Schlaffheit Verdrehungen des Körpers auf oder zeigen zugleich grimassierende Bewegungen. Überhaupt habe ich mit dem Hinweis auf schlaffe und gespannte Formen wieder nur Extreme geschildert, die meisten Fälle sind auch hier weder nach der einen oder anderen Seite hin gerichtet, sondern zeigen eine allgemeine Bewegungsarmut, wobei sich in wechselnder Weise Spannungen, Verzerrungen der Haltung, grimassierende Bewegungen, impulsive Handlungen hinzugesellen. Es bleibt eben auch hier in der Regel nur noch der allgemeine Abbau bestehen, während die Richtung nach dem einen oder anderen Pol hin verloren geht.

Wenn der Defektzustand in einem gewissen Gegensatz zu den akuten Störungen steht, dann muß man sich fragen, was er bei den unsystematischen Schizophrenen in bezug auf die akuten, polaren Zustände, bedeutet. Am ersten kann ich für die affektvolle Paraphrenie eine Antwort geben. Die Affektivität dieser Kranken hat, wie ich es ausdrückte, ihre Modulationsfähigkeit verloren. Sie verbindet sich mit den Wahnideen und zeigt hier auch größere Tiefe, aber es ist kein bewegliches Mitschwingen mehr vorhanden, sondern nur ein gröberes Einschließen und Verharren des Affekts. Statt von mangelnder Modulationsfähigkeit könnte man ebenso von einer Erstarrung des Affekts sprechen. Daraus erklärt sich sicher auch die gröbere Wahnbildung der affektvollen Paraphrenie gegenüber der Angst-Glücks-Psychose. Ekstatische und ängstliche Ideen der cycloiden Psychose sind von einem zwar abnorm tiefen aber doch normal beweglichen Affekt abhängig. Die Ideen sind daher dem Normalen, der sich in die Tiefe des Affekts einfühlen kann, noch ver-

ständig. Bei der affektvollen Paraphrenie dagegen geht das Bewegliche des Affekts verloren. Es entstehen jetzt Ideen, die mehr auf der Starrheit des Affekts als auf seiner abnormen Tiefe beruhen. Dem Normalen, der solch eine Erstarrung in seinen Affekten nicht kennt, werden die Ideen jetzt uneinfühlbar.

Vielleicht geht bei der Kataphasie die Modulationsfähigkeit in ähnlicher Weise verloren, nur nicht im Bereich des Gefühlslebens, sondern des Denkens. Wie dort die Gefühlsschwankungen unter den normalen Einwirkungen ausbleiben, so ist hier vielleicht das Denken nicht mehr in der Lage, Anregungen, die von außen oder auch von innen kommen, mit genügender Beweglichkeit zu verarbeiten. Daß die Störung irgendetwas mit dem Tempo, mit der inneren Beweglichkeit zu tun hat, also vielleicht nicht primär in den Denkfunktionen liegt, möchte ich gerade daraus entnehmen, daß sie sich doch im gewissen Sinne von der Denkstörung der Verwirrtheitspsychose ableitet, d. h. einer Krankheit, die vom Tempo her zu verstehen ist, die auch überleitet zur Temperamentskrankheit (EWALD; STÖRRING) mit der manischen Erregtheit und depressiven Hemmung im Denken.

Bei der periodischen Katatonie schließlich mag der Modulationsmangel die Psychomotorik betreffen und hier dazu führen, daß in ihrem Bereich die Anregungen von außen oder von innen nicht mehr mit beweglicher Anpassung aufgegriffen werden können, sondern statt dessen grobe motorische Entäußerungen, allgemeine Spannungen, Erschlaffungen, Impulshandlungen, Sterotypen usw., herbeiführen.

Zusammenfassung

Bei den unsystematischen Schizophrenien findet man eine große Spielbreite der Symptome, die unter anderem damit zusammenhängt, daß eine Verwandtschaft zu den cycloiden Psychosen und damit eine Bereitschaft besteht, nach dem einen oder dem anderen Pol hin gerichtet zu sein. Am größten ist die Spielbreite bei der Kataphasie, die einerseits als erregte Form (Schizophrenie), andererseits als mutistische Form in Erscheinung treten kann. Wahrscheinlich ist der Unterschied der beiden Gestaltungen aber mehr äußerlich. Die Denkstörung ist hier wie dort herrschend, sie tritt aber im äußeren Erscheinungsbild nicht hervor, wenn die Kranken nicht sprechen. Die mutistische Form der Kataphasie konnte in Ergänzung zu früheren Untersuchungen jetzt genauer beschrieben und von katatonen Zuständen einerseits, vom ratlosen Stupor der Verwirrtheitspsychose andererseits abgegrenzt werden. Grundsätzliche Fragen über die Art des Defekts bei den unsystematischen Schizophrenien wurden aufgeworfen.

Literatur

- EWALD, G.: Temperamente und Charakter. Berlin: Springer 1924.
- KLEIST, K.: Aphasie und Geisteskrankheit. Münch. med. Wschr. **61**, 8 (1914).
- KLEIST, K., u. H. SCHWAB: Die verworrenen Schizophrenien auf Grund katalamnestischer Untersuchungen. I. Teil: Die Schizophrenien von H. SCHWAB. Arch. Psychiat. Nervenkr. **182**, 333 (1949).
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie, 8. Aufl. Leipzig: Barth 1913.
- LEONHARD, K.: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Sammlung psychiatr. u. neurolog. Einzeldarstellungen, H. 11. Leipzig: Thieme 1936.
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. 2. Aufl. Berlin: Akademie-Verlag 1959.
- STÖRRING, G. E.: Wesen und Bedeutung des Symptoms der Ratlosigkeit bei psychischen Erkrankungen. Sammlung psychiatr. u. neurolog. Einzeldarstellungen, H. 14. Leipzig: Thieme 1939.

Prof. Dr. K. LEONHARD, Berlin N 4,
Universitäts-Nervenklinik, Charité, Schumannstraße 20—21