

Über eine besondere Form psychotischen Schimpfens Schimpfepisoden im Rahmen paranoider Verstimmungsstadien bei akuten und periodischen Psychosen

RUDOLF MEYENDORF

Nervenklinik der Universität München (Komm. Dir.: Prof. Dr. Max Kaess)

Eingegangen am 6. Oktober 1969

Abusive Episodes during Paranoid Moods in Acute and Periodic Psychoses

Summary. A psychotic syndrome is described which is difficult to classify. Episodes of abusive and offending language (Schimpfepisoden) which occur acutely and disappear abruptly in paranoid-parathymic states. The attacks are object-directed and aim to offend a specific person in a deriding and ridiculing manner with an underlying paranoid affect. This apparently aggressive behaviour is interpreted as a need for verbal abuse and vandalism when it occurs in certain stages of child development. This suggests a regressive tendency. The abusive language itself is a defence mechanism: "Abreaktion" of a paranoid affect. The episodes can be distinguished from koprolalia, and the sensitive premorbid personality is emphasised in contrast with the expansive psychotic syndrome.

Owing to its symptomatic "character", a transient acute brain syndrome was initially suspected (akuter exogener Reaktionstypus). A Transient organic paranoid brain syndrome or effects of drugs were excluded.

Key-Words: Psychotic Episodes with Abusive Language — Paranoia — Acute and Periodic Psychoses.

Zusammenfassung. Ein nosologisch indifferentes psychotisches Syndrom wird beschrieben: Akut auftretende und ebenso abrupt wieder abklingende Schimpfepisoden im Rahmen paranoider Verstimmungsstadien. Die Patienten zeichnen sich durch ihr ziel- und objektgerichtetes Beschimpfen von Bezugspersonen in Form von Hohn- und Schmähreden aus, die unter paranoidem Affekt vorgetragen werden. Ihr Verhalten wird als aggressive Belästigung empfunden und als Schimpf- und Randalierbedürfnis gedeutet, wie man es auch als Verhaltensstörung in bestimmten Entwicklungsstadien des Kindes beobachten kann. Unter diesem Gesichtspunkt sind die Schimpfepisoden als regressive Verhaltensweise aufzufassen. Das Schimpfen selbst wird als Abwehrmechanismus im Sinne des Abreagieren von paranoiden Affekten gedeutet. Die Schimpfepisoden werden von der Koprołalie abgegrenzt und der Gegensatz der sensiblen Primärpersönlichkeit zum expansiven psychotischen Syndrom wird betont.

Formal ließ der Charakter der Reaktionsform zunächst an eine körperlich begründbare Psychose denken, was sich stets als falsch erwies. Das Fehlen einer Bewußtseinsstörung sprach nicht dagegen. Insbesondere wurde ein paranoides Durchgangssyndrom und ein pharmakogenes Störsyndrom ausgeschlossen. Mit dieser Beobachtung der „exogen“ anmutenden Reaktionsform stießen wir jedoch auf eine

alte Erkenntnis, die wir an unserem Krankheitsbild lediglich bestätigen konnten: Es gibt „exogen“ anmutende Psychosen, die einwandfrei „endogen“ sind.

Schlüsselwörter: Psychotische Schimpfepisoden — Paranoia — Akute und periodische Psychosen.

Bei der in dieser Arbeit diskutierten „besonderen Form psychotischen Schimpfens“ handelt es sich um *akut* auftretende *paranoide Verstimmungsstadien*, die im Verlaufe endogener Psychosen, sowohl im cyclothymen wie im schizophrenen Formenkreis, aber auch bei ihren Überschneidungen, den „Mischpsychosen“, „Randpsychosen“, „cycloiden Psychosen“ auftreten und die ebenso plötzlich wie sie kommen wieder verschwinden. Es sei vorweg betont, daß es sich bei diesen Phänomenen nicht um „Durchgangssyndrome“ (Wieck) im Verlaufe körperlich begründbarer Psychosen bzw. unter der psychopharmakologischen Behandlung handelt. Zu beachten ist noch, daß es sich bei diesen paranoiden Verstimmungsstadien klinisch gesehen um ein *Syndrom* handelt, und nicht etwa um eine neuentdeckte Psychose im Bemühen um eine differenziertere Aufteilung der endogenen Psychosen, obwohl sich vom Erscheinungsbild her der Begriff „Schimpfpsychose“ geradezu anbietet.

Klinisches Erscheinungsbild und Abgrenzung von anderen Formen psychotischen Schimpfens

Die „*paranoiden Verstimmungsstadien*“ treten klinisch als akute Erregungszustände in Erscheinung, die von einem *dranghaften, enthemmten Schimpfen* beherrscht und von einem *Randalierbedürfnis* begleitet sind.

Von anderen psychotischen Zustandsbildern, bei denen Schimpfen ebenfalls Symptom sein kann, unterscheidet sich der Patient im paranoiden Verstimmungsstadium durch sein ziel- und objektgerichtetes *Beschimpfen* einer Bezugsperson oder -personen. Sein „Verhalten“ wird dadurch als *aggressive Belästigung* empfunden. Dieses aggressive, objektgerichtete, belästigende Schimpfen ist ein — paranoid gefärbtes — „*besonnenes*“ Schimpfen. Es ist kein reaktives oder querulierendes Schimpfen, wie wir es z. B. in der Manie antreffen, auch kein verworrenes, erregtes Schimpfen, wie es im Rahmen vieler anderer akuter Erregungszustände auftreten kann. Schimpfepisoden im Rahmen anderer Erregungszustände sind in der Regel situationsbezogen auf bestimmte Verhaltensweisen der Umgebung, haben ihren „Anlaß“, werden häufig erst provoziert und gelten als *Begleitsymptom* der Krankheit, das als solches nachlassen oder ganz verschwinden kann, ohne daß die Grundstörung behoben ist.

E. Bleuler [1911, S. 184] beschrieb unter den *akuten Syndromen* der Schizophrenie „*Zorn- und Schimpfanfälle*“, die durch irgendein äußeres Ereignis ausgelöst werden. Nicht nur wenn man dem Patienten etwas Unangenehmes zu sagen hat,

sondern auch sonst, beim bloßen Gruß oder mitten in einem normalen Gespräch fangen die Kranken an zu schimpfen.“

Anders in den paranoiden Verstimmungsstadien: Hier werden Beschimpfen und Randalieren zur (vorübergehenden) „Grundstörung“ der Psychose. Das kommt vor allem durch den Charakter der „Reaktionsform“ zum Ausdruck und durch das akute Einsetzen und ebenso plötzliche Abklingen des Syndroms, was in der Regel zunächst die Verdachtsdiagnose einer körperlich begründbaren Psychose nahelegte und was sich stets als falsch erwies.

Wir wollen die hier zu besprechenden Schimpfepisoden im Rahmen paranoider Verstimmungsstadien noch von Episoden psychotischen Schimpfens abgrenzen, die im Verlaufe *chronischer Psychosen* auftreten. Kraepelin beschrieb die sog. „negativistische Verblödung“. Neben anfallsweisem Lachen treten bei diesen Patienten „heftige Schimpfausbrüche mit Neigung zu Gewalttätigkeit“ auf: „Der Inhalt ihrer Reden ist meist verworren und zerfahren, namentlich, sobald sie in Erregung geraten; sie sind unklar über ihre Lage und ohne Verständnis für die Vorgänge in ihrer Umgebung“.

Das Verworrne und Zerfahrene der Rede dieser Patienten und ihr zielloses und ungerichtetes Schimpfen ist hier zu beachten. E. Bleuler (1911, S. 185) unterschied bereits zwischen den beschriebenen Zorn- und Schimpfanfällen im Rahmen akuter schizophrener Syndrome und zwischen „endogenen, meist halluzinatorischen Zornanfällen, die namentlich oft im Laufe vieler chronischer Zustände auftreten“: „Unter dem Einfluß von Halluzinationen, selten ohne solche, beginnen die Patienten plötzlich unbändig zu schimpfen, werden auch zuweilen gewalttätig. Die Anfälle dauern einige Minuten bis einige Wochen und sind einander beim nämlichen Patienten oft sehr ähnlich.“

Leonhard beschrieb unter den systematischen Schizophrenien Zustände, die mit Erregung und Schimpfen einhergehen, so z. B. die „*sprechbereite Katatonie*“: „Die Kranken schimpfen manchmal ins Leere und scheinen Stimmen zu hören.“ Bekanntlich müssen diese Patienten zur sprachlichen Äußerung erst durch eine Anregung provoziert werden. Nur dann kommt die abnorme Sprechbereitschaft zum Vorschein. Wir beobachteten einen Fall einer regelrechten „*schimpfbereiten Katatonie*“, die allein gelassen, mutistisch vor sich hinlebte, wenn angedreht, auch durch harmlose Bemerkungen, unvermittelt in ein wüstes, ordinäres Schimpfen überging. Auch bei der „sprachträgen Katatonie“ Leonhards, die ebenfalls zu den Defektschizophrenien gehört, kommt es im Verlauf der Krankheit immer wieder zu Erregungen, in denen die Patienten ganz aufgehen und ohne Hemmung sprechen. Die Erregungen sind gerade darin charakteristisch, daß sie sich in *Worten entladen*, obwohl es sich doch um die sonst gerade sprachlich träge Katatonie handelt.

Dabei läuft die sprachliche Erregung ganz ohne Beziehung zur Umgebung ab. Es handelt sich hier vornehmlich um *halluzinatorische Schimpfattacken*, d. h., die Patienten nehmen von ihrer Umgebung kaum Notiz (abgelenkte Katatonie) und das Schimpfen ist Reaktion auf Stimmen, gegen die sie sich wehren.

Abgrenzen müssen wir noch die vorwiegend *sprachmotorisch-erregt-inkohärenten* Zustände. Die *inkohärente Paraphrenie* ist eine solche sprachliche Erregungsform. Sie ist eine ausgesprochen halluzinatorische Form. Im Vordergrund steht die Inkohärenz, die eine noch viel tiefere Zusammenhanglosigkeit verrät als die Inkohärenz einer Verwirrtheitspsychose oder einer verworrenen Manie. Die Patienten sind dauernd nach innen abgelenkt. Das sieht man am Minenspiel. Sie flüstern häufig vor sich her und geraten von Zeit zu Zeit in halluzinatorische Erregungen, in denen sie laut mit ihren Stimmen sprechen und schimpfen. Die Sprachverwirrtheit oder *Schizophasie Kraepelins* zählt auch zu diesen Formen.

Bekanntlich sind schließlich periodisch ausbrechende *katatone Erregungszustände* mit hochgradiger motorischer und sprach-motorischer Erregung, in denen sich die Patienten pathetisch und in einem merkwürdigen *deklamierenden Tonfall* an ihre Umgebung wenden. Verschrobene Wortneubildungen spielen dabei häufig eine Rolle. Sie schimpfen jedoch nicht und sind nicht aggressiv. Schimpfanfälle, oft verbunden mit Gewalttätigkeiten, sind auch für *Epileptiker* charakteristisch. Innerhalb der periodisch auftretenden Verstimmungszustände oder auch in Dämmerzuständen kann es zu diesen Schimpfanfällen kommen. Oft stehen sie im Zusammenhang über eine längst erlittene Benachteiligung. Die Epileptiker zeichnen sich ebenfalls häufig durch ein *pathetisches Schimpfen* und durch ein Sichhineinsteigern in immer heftigere Wut aus. Erwähnt sei schließlich das dranghafte Schimpfen, oft in Verbindung mit Koprologie, nach *Encephalitis epidemica*.

Klinik der Schimpfepisoden

Die Schimpfepisoden im Rahmen der paranoiden Verstimmungsstadien lösen eine Alarmsituation aus, weil durch die aggressive Belästigung die ganze Station in Mitleidenschaft gezogen wird. Man ist auf den psychotischen Ausbruch nicht vorbereitet. Unter paranoidem Affekt werden Anklagen, Verleumdungen, gröbste Beleidigungen in zügelloser Sprache vorgetragen. Die Patienten machen darin selbst vor dem Klinikdirektor nicht halt. Bei jeder Gelegenheit, während der Visite, der zufälligen Begegnung, beim Versuch einer Exploration wird man von den Patienten, ehe man noch das Wort an sie richtet, mit einer Flut von *Beschimpfungen* überschüttet. Charakteristisch sind *Hohn- und Schmähreden*, in denen sie den Betreffenden verspotten, lächerlich machen und

in seiner Ehre angreifen. Dabei bedienen sie sich gern des Dialektes mit seinen derben und groben Ausdrücken. Ihr unmittelbares Anliegen ist in der Regel die *Entlassung* aus der Klinik. Um diese zu erreichen, randalieren sie und lenken bewußt durch Vandalismus die Aufmerksamkeit auf sich: sie zerschlagen Geschirr, reißen Vorhänge herunter, zertrümmern Fensterscheiben. Auch hetzen sie ihre Mitpatienten gegen Ärzte und Pflegepersonal auf, suchen Gesinnungsgegnern, beschimpfen diejenigen, die sich von ihnen zurückziehen und suchen einen allgemeinen Aufstand zu provozieren. Sie werden aber nicht gemeingefährlich wie andere paranoide Psychotiker. Dennoch muß man sie regelmäßig fixieren.

Man kann die Patienten jedoch momentan einschüchtern, indem man sie barsch anfährt, sie praktisch ähnlich „beschimpft“ wie sie das selbst tun. Darin unterscheiden sie sich wieder von anderen psychomotorisch Erregten oder gereizten Manikern, bei denen man eher durch Einschüchterungsversuche Öl aufs Feuer gießt. Diese Patienten maulen dann zurück, wie wir es von Kindern gewöhnt sind. Solche Einschüchterungsversuche erweisen sich jedoch nach wenigen Minuten schon wieder als wirkungslos. Um so überraschter ist man dann, wenn diese Patienten sich plötzlich, wenn der ganze Spuk wie weggeblasen ist, als harmlos erweisen, schüchtern und zurückgezogen sind. Nach so einer Episode machen sie sehr oft einen besonders „vernünftigen Eindruck“, halten sich zurück und entschuldigen sich für ihr Verhalten. Auch das erinnert stark an kindliche Verhaltensweise.

Die Schimpfattacken treten *episodenhaft* auf. Intervalle von wenigen Tagen bis zu wenigen Wochen können zwischen den einzelnen schimpfpsychotischen Ausbrüchen liegen. Die Dauer der Episoden selbst liegt zwischen einem Tag, ja oft nur wenigen Stunden, bis zu mehreren Wochen. Es bestehen geringe Unterschiede in der Intensität des Krankheitsbildes, jedoch kaum formale. Das Besondere der Erregung liegt darin, daß weder Neuroleptica noch Elektroschockbehandlung eine entscheidende Hilfe sind. Eine Patientin begann eine $\frac{1}{2}$ Std nach dem Elektroschock wieder mit Schimpfen und Randalieren. Unter Psychopharmaka kommt es auch nicht zu einer Abschwächung des Syndroms. Daß es sich nicht um ein „pharmakogenes Delir“- oder „Durchgangssyndrom“ handelt, sei noch einmal ausdrücklich erwähnt.

In den folgenden *Fallbesprechungen* vernachlässigen wir bewußt diagnostisch-nosologische Gesichtspunkte. Es kommt darauf an, das Syndrom innerhalb der verschiedensten Psychosen darzustellen.

Fall 1. 26jährige Hausfrau. Ersterkrankung: Paranoid-depressives Bild. Prämorbid: Häuslich, gewissenhaft, peinlich sauber, liebt Kinder, „unkompliziertes Wesen“. Familienanamnese unauffällig.

6 Wochen vor Ausbruch der Krankheit zog sie sich zurück, war mißtrauisch-mürrisch. Von einem Tag auf den anderen empfing sie den Ehemann mit wüsten,

ordinären Beschimpfungen: Er sei homosexuell, wolle sie seit langem vergiften. Sie begann ihn zu ohrfeigen und zu treten. In der Klinik fiel sie sofort durch lautstarke sich ständig wiederholende vulgäre Beschimpfungen auf: „Dieser Heini, dieser Schwule, dieses Schwein, ich möchte ihn nicht mehr sehen, er ekelt mich an, ich kann ihn nicht mehr sehen, er will mich umbringen. Der Charlie, der Charlie, der Heini.“ Sie schrie den Arzt an: „Warum soll ich euch denn alles erzählen, ihr wißt ja schon alles, es kotzt mich an, immer das gleiche. Los, na fang doch schon endlich an.“ Dieser Zustand hielt 3 Wochen an. Plötzlich schlug das Bild um: Vor der Regelblutung wurde die Patientin depressiv, lag apathisch, teilnahmslos im Bett, schämte sich, den Ehemann derartig „verrückt“ beschuldigt zu haben und entschuldigte sich für ihr Benehmen. Sie war krankheitseinsichtig und blieb bis zur Entlassung, 6 Wochen später, völlig unauffällig.

Fall 2. 32jährige Verkaufsleiterin. Ersterkrankung: Paranoide Psychose. Familienanamnese unauffällig. Prämorbid: Schüchtern, still, „hält mit der Meinung zurück, fresse alles in sich hinein.“ Im Geschäft sehr gewissenhaft und genau.

10 Tage vor Ausbruch der Schimpfepisoden kam es zu einer „Krise“. Nach Einnahme von insgesamt 4 Tabletten Katovit fühlte sie sich „fremd“ in ihrer Wohnung. Die Bilder an den Wänden „lösten sich auf“. Taractan und Melleril be-seitigten diesen Zustand. 10 Tage später entwickelte sie Kaufwut, fühlte sich schließlich beeinträchtigt. In der Klinik überschüttete sie den Arzt mit Beschimpfungen: „Geht doch weg mit eurer Blödheit. Ihr könnt was erleben, das verspreche ich euch, eure blöde Dummheit, die euch da immer überkommt, euch werd' ich was erzählen, na wartet nur. Ganz und gar dämlich habt ihr euch benommen. Alle Geheimnisse umwandeln, eure Blödheit, eure Dummheit und eure Faxen. Na wartet nur. Die ganze Bibel und die ganze Welt mußtet ihr zusammenholen und immer wieder in Scheiterhaufen verwandeln. Na wartet nur, so brutal dämlich wie ihr seid, na wartet nur. Euch werd' ich was erzählen, euch werd' ich ärgern.“ Auf Frage nach dem Ort des Aufenthaltes: „Im Arsche.“ „Ihr seid schon wieder im Zigeunerwagen angetanzt. Ihr seid total verblödet, wartet nur, bis Du dran bist, wartet nur, bis ich wieder zu Hause bin. Umsonst haben wir uns das nicht aufgebaut. Na wartet nur.“ Als dieser Schimpfausbruch energisch durchbrochen wird, begann die Patientin zu weinen, verkroch sich unter der Decke und sagte: „Ach seien Sie doch ruhig, ach lassen Sie mich doch in Ruhe.“

Die Patientin machte 4 Schimpfepisoden durch: 1. Episode 7 Tage, freies Intervall: 1 Tag. 2. Episode 12 Tage, freies Intervall: 2 Tage. 3. Episode 1 Tag, freies Intervall: 1 Woche. 4. Episode 2 Wochen, danach kein Rückfall. Die Schimpfausbrüche ähnelten sich alle formal und inhaltlich. Die Patientin mußte immer wieder fixiert werden. In den freien Intervallen war sie jeweils völlig unauffällig und entschuldigte sich für ihr Verhalten.

Fall 3. 31 jähriger Musiker. Alkohol- und Polymorphsucht. Paranoide Psychose mit 25 Jahren. Mehrere Rezidive. Der Patient kam nach einem Suicidversuch zur Aufnahme und erschien zugänglich, auffallend freundlich, überhöflich, fast devot. Während des Aufenthaltes in der Klinik machte er mehrere Verstimmungsstadien durch, in denen er gereizt war, zu toben, zu schreien und zu schimpfen begann. Er mußte jedesmal fixiert werden. Von einem Tag auf den anderen klangen diese Zustände ab. Zwischendurch fiel er immer wieder durch sein überdevotes Verhalten auf. EEG unauffällig, kein „Defektsyndrom“, kein Nachweis toxischer Auslösung. Während einer Exploration kam es zu folgendem Schimpfausbruch: „Ich kann nicht unter KZ-Wächtern leben, die geben mir keine Medikamente, sondern die schlagen mich. Ich will in eine andere Klinik, in eine Nervenklinik nach Berlin verlegt werden. Die weiße Hierarchie kotzt mich an wie Sie und ganz Europa.“ Auf Frage

weshalb er die Ableitung des EEGs verweigert habe: „Hier leiten Huren das EEG ab. Das ist eine Vergewaltigung des Geistes, die ist schlimmer als die des Körpers. Ich weiß, ich bin verrückt und Sie sind dumm! Ich bin sexuell. Sie (der Oberarzt) leiden an Schizophrenie und 13, das kann ich beweisen, nicht hier, aber in Philadelphia. Unter Perversen verkehre ich nicht. Für mich sind Sie ein bisexueller Lustmolch.“

Fall 4. 28jährige Verkäuferin. Ersterkrankung mit 19 Jahren: Paranoide Schizophrenie. Sie arbeitete danach fast 10 Jahre im elterlichen Geschäft. Von den Dorfbewohnern glaubte sie sich als „Narrische“ verschrien und behauptete wahnhaft, zuckerkrank zu sein und entstellende „Augenringe“ zu haben, die operiert werden müßten. Die Schwester des Vaters und Großvaters mütterlicherseits waren in einer Nervenheilanstalt.

Plötzlich erneuter Ausbruch der Psychose: Sie kannte den Vater, meinte, er sei der Chef des Lokals, griff ihn an, zerschlug mit der Faust die Fensterscheiben und öffnete den Gashahn. In der Klinik erschien sie zunächst 1 Woche lang geordnet. Sie klagte lediglich ihr Leid, daß sie zum Gespött ihres Dorfes geworden sei. Dann plötzliche Erregung und wüstes Beschimpfen der Schwestern und Mitpatientinnen. Sie begann zu randalieren, warf ein Wasserglas durch den Krankensaal, griff eine Patientin an. Sie mußte fixiert werden, da sie ständig schimpfend vor der Tür des Arztkabinetts stand, auf sie einschlug und laut brüllte, sie wolle raus. Von einem auf den anderen Tag war dieser Zustand abgeklungen. In Abständen von 10–14 Tagen wiederholten sich diese Schimpfepisoden insgesamt 4 oder 5 mal. Nach 3 Monaten Entlassung und nach 1 Jahr Wiedervorstellung in der Klinik. Sie hatte ohne Zwischenfall das ganze Jahr gearbeitet und wirkte psychisch unauffällig.

Fall 5. 30jährige Vertreterin. Ersterkrankung: Postpartum-Psychose. Familienanamnese unauffällig.

3 Wochen nach der Geburt des zweiten Kindes kam es zu einem maniformen Zustandsbild. In der Klinik fiel die Patientin dadurch auf, daß sie ihre Mitpatientinnen aufs gröbste beleidigte und beschimpfte. Dadurch zog sie sich den Zorn der ganzen Station zu. Nur gelegentlich beschimpfte sie auch das Pflegepersonal. Meistens fühlte sich sich als „Vertraute“ der Ärzte, auf „deren Seite“ sie stand. Aus ihrem Gesamtverhalten entnahm man, daß sie ständig auf der Lauer und in Abwehrhaltung war. Sie wünschte sich durch ihre Schimpfattacken gegen ihre Mitpatientinnen verteidigen zu müssen. Bei den Ärzten suchte sie Gesinnungsgenossen. Sie stand fortwährend vor der Tür des Arztkabinetts und kloppte unter fadenscheinigen Gründen alle 5–10 min mit dem gleichen Anliegen an: „Da sind nur ein paar Weiber, die wollen den Winter hier überleben. Die wollen sich hier nur durchfressen. Da ist ja ein Strolch drin (im Aufenthaltsraum); ihr wißt ja von nichts, das ist eine Müllerei, wenn der Doktor raus ist, wenn er . . . lieb und brav und charmant sind sie dann, ach Herr Doktor, Sie wissen ja nicht, wie naiv Sie sind. Die betrügen Sie wo sie nur können, die Salontiere, nicht alle, es gibt Gute, wie ich z.B. Sagen Sie nicht, daß ich gepetzt habe.“ Das Syndrom war plötzlich nach 3 Monaten abgeklungen, als man dem Wunsch der Patientin entsprach und sie in ein Privatzimmer verlegte.

Diskussion

1. Inhaltliche und formale Gesichtspunkte

Die ersten 3 Fälle zeigen sehr deutlich, was in den anderen Fällen weniger klar zutage tritt, aber aus dem Gesamtverhalten der Patienten zu ersehen ist: Es sind akut einbrechende *paranoide* Vorstellungen und

Erlebnisse, die zum Ausbruch der Schimpfattacken führen. Die Patienten geben jedoch niemals zu, sich bedroht oder beeinträchtigt zu fühlen. Direkte Fragen in dieser Richtung reizen sie vielmehr zu immer heftigeren und größeren Beschimpfungen. Dabei erwecken sie den Eindruck, sie fühlten sich „durchschaut“ oder „ertappt“, man frage nur, um sie „hereinzulegen“ und man wisse genau, worum es gehe. So scheinen die Kranken manchmal sogar verschlüsselt und in Andeutungen zu schimpfen, um ihr Bezugsobjekt zu „täuschen“. Deshalb entgegnen sie häufig, man solle nicht so „unverschämt“, „blöd“ oder „dämlich“ fragen. Das Eigentümliche ist, daß das Schimpfen und Randalieren viel *einfühlbarer* und „*natürlicher*“ wirkt, als die Psychose es vermuten ließ. Dieser Eindruck bestätigt sich auch, wenn man auf die formalen Eigentümlichkeiten der „Schimpfpsychose“ achtet. Die erregte, vom paranoiden Gedanken-gang eingeengte, Rede empfindet man zwar als ungeordnet; sie unterscheidet sich jedoch von der ideenflüchtigen, verworrenen oder inkohärenten Rede anderer Erregungszustände. Man empfindet sie weniger als reinen psychomotorischen Rededrang, als vielmehr unter dem Einfluß eines starken Affektes zustande kommend. Deshalb wirkt das ganze Bild so echt und man hat nie den Eindruck des Pathetischen, Gewollten, Spielerischen oder Hysterischen. Wir bezeichnen deshalb diese Schimpfrede als ein paranoid gefärbtes *besonnenes Schimpfen*. Es ist mit dem aufgeregts-abwehrenden Schimpfen zu vergleichen, das man bei Kindern beobachtet, die sich ertappt fühlen.

Dennoch bestimmen formale Störungen das Krankheitsbild. Kraepelin zählte Schimpfen im Zusammenhang mit einem Erregungszustand bereits zu den *katatonen* Symptomen. Die Schimpfepisoden sind ebenfalls als katatonen Phänomen aufzufassen. Das betrifft jedoch nur die sprachlichen Äußerungen. In der übrigen Motorik wirken diese Patienten durchaus nicht kataton. Dadurch unterscheiden sie sich z.B. von der „periodischen Katatonie“ Leonhards. Bei dieser polaren Kata-tonie beherrschen hyperkinetische oder akinetische Züge rein formal das klinische Bild, selbst wenn die Patienten erregt schimpfen.

So fallen parakinetische, stereotype oder iterative Bewegungsabläufe auf, die bei den Schimpfepisoden oder paranoiden Verstimmungsstadien ebensowenig anzutreffen sind, wie mutistische oder negativistische Episoden, die plötzlich die erregte Phase unterbrechen. Die psychomotorische Erregung wirkt vielmehr, dem paranoiden Affekt entsprechend, „affektabéquat und situationsgemäß“.

2. Zum „Schimpfmechanismus“

Schimpfen ist, auch außerhalb der Psychose, kein isoliert zu betrachtendes Phänomen. Es tritt unter dem Einfluß *starker Affekte* zutage. Als solches steht es, wie wir später sehen werden, im Dienste der Aggression oder der Affektabfuhr und ist psychologisch einfühlbar. Inhaltlicher und formaler Aspekt stimmen überein, und das Schimpfen, begleitet von der psychomotorischen Erregung, wird als Initiativ-, Expressiv- oder auch als Reaktivbewegung als *affektabéquat* angesehen (Wernicke, 1906, S. 14).

Dieser Sachverhalt tritt auf die Schimpfepisoden zu, hinter denen aber auch ein regelrechter *Rededrang* steht.

Wir unterscheiden zwischen dem allgemeinen und dem reinen (isierten) Rededrang. Der *allgemeine Rededrang* wird als *Trieb- und Drangzustand* aufgefaßt, der sich als impulsiver Bewegungsdrang, ähnlich anderer impulsiver Handlungen, äußert. Es handelt sich um einen *psychomotorischen Rededrang*. Charakteristisch für den psychomotorischen Rededrang ist, daß die Absicht, eine geordnete Form der Rede beizubehalten, mit dem psychomotorischen Drange in einem Widerstreit steht. Dadurch kommt oft ein falsch angebrachtes Pathos, ein deklamierender oder salbungsvoller Klang der Rede zum Vorschein. Der Rededrang ist hier, wie z. B. in der Manie, Ausdruck der Hyperkinese. Der Affekt ist dabei meist heiter.

Beim *reinen (isierten) Rededrang* geht es mehr um den Sprech- und Bewegungsakt als um den Inhalt der gesprochenen Worte. Es handelt sich um eine motorische Erregung im Sprechapparat, ohne daß uns dies aus Affekten verständlich würde. Ohne den Zweck der Verständigung und der Mitteilung, wird sinnlos alles Mögliche vor sich hingesprochen. Es ist ein regelrechter *Redefluß*. Bei den paranoiden Schimpfausbrüchen ist das nicht der Fall. Der formale Teil der Sprache bleibt im großen und ganzen intakt; er ist auf ein „Thema“ bezogen.

Dennoch handelt es sich mehr um einen isolierten, als um einen allgemeinen Rededrang. Der isolierte Rededrang muß nämlich nicht immer mit einem *offensichtlich inkohärenten Gedankengang* und inadäquatem Affekt einhergehen. So gibt es z. B. die „*Sprechbedürftigen*“ (Meyendorf), die sich durch einen Rededrang auszeichnen, hinter dem Lust am bloßen Reden zum Ausdruck kommt und bei denen der Inhalt der Rede erst bei längerem genauen Zuhören sich als unzusammenhängend herausstellt, weil der adäquate Affekt über die Sinnlosigkeit der Rede hinwegtäuscht, ähnlich wie das beim Korsakow-Syndrom der Fall ist. Dieser „adäquate Affekt“ ist auch für den schimpferfüllten Rededrang unserer Patienten charakteristisch. Eine stricke Trennung zwischen allgemeinen und isoliertem Rededrang ist jedoch nicht möglich. In bezug auf das „*organisch Anmutende*“ der erregten Schimpfepisoden ist eine Beobachtung Wernickes (1906, S. 375) bemerkenswert. Bei Paralytikern stellte er neben paraphasischen Rededrangen, der als motorisches Reiz-Symptom aufgefaßt wird, einen isolierten Rededrang ohne spezifisch hyperkinetische Färbung bei „sonstigem, anscheinend besonnenem Verhalten“ fest. Den gleichen isolierten Rededrang stellte er auch, als einziger bekannte Ausnahme, bei leichtesten Fällen von zirkulärer Geisteskrankheit fest. Wir sehen, die Unterscheidung körperlich begründbar/endogen ist oft unmöglich.

Schließlich beschrieb Wernicke (1906, S. 464) selbst einen Fall, der sich von anderen psychomotorischen Erregungszuständen deutlich unterscheidet, bei dem es sich im wesentlichen um Schimpfepisoden handelt, wie wir sie beschreiben: Die 28jährige Patientin neigte zu periodisch auftretenden „impulsiven Akten“, in denen sie ganz unvermittelt zu gewaltsamen Handlungen und Schimpfausbrüchen neigte. In der Zwischenzeit war sie vollkommen unauffällig. Wernicke führte die impulsiven Handlungen, ebenso wie die „Sprachbewegungen“ (Schimpfen), auf „unter krankhaftem Reiz stehenden Zielvorstellungen“ zurück. Die Patientin gab später bestimmt an, nie Stimmen oder Befehle gehört zu haben. Das stimmt mit unseren Beobachtungen überein.

Wernicke faßte das Schimpfen in diesem Zusammenhang allerdings als zwanghaftes Symptom, wie es bei der Koprołalie zu beobachten ist, auf. Das zwanghafte Schimpfen in der *Koprołalie*, das die Patienten oft zu unterdrücken versuchen und als quälend empfinden, ist affektinadäquat und geschieht in der Regel nicht im Zusammenhang mit einem Rededrang. In den Schimpfepisoden entschlüpfen die Schimpfworte dem Patienten nicht gegen seinen Willen, obszöne oder ordinäre Ausdrücke sind nicht zwanghaft in die erregte Rede eingeflochten, das Beschimpfen ist zielgerichtet und gewollt.

3. Psychologische und dynamische Deutung der Schimpfepisoden

Schimpfen an sich ist noch kein psychopathologisches, viel weniger ein psychotisches Phänomen. Schimpfen ist ein *Abwehrmechanismus*. Als reine *verbale Aggression* kann es bewußt darauf gerichtet sein zu verletzen und steht so im Dienste des *Aggressionstriebes*, oder es dient der *Aggressionsabfuhr* und des *Abreagierens von Affekten* und schließlich kann es als Abwehrmechanismus unbewußter aggressiver *Impulse* dienen. Es kann anderen Formen der Aggression — als Warnung — vorausgehen, diese „verraten“, jene bewußt ankündigen oder begleiten.

So schwer es ist, den Aggressionstrieb zu unterdrücken, so unmöglich ist es oft, das Schimpfen zu unterlassen. So wie es die nach innen, gegen die eigene Person, gerichtete Aggression gibt, so kennt man auch, wie allgemein bekannt ist, das Sichselbstbeschimpfen.

Als zum Aggressionstrieb gehörig stellt das Schimpfen die Aufgabe der *Beherrschung*. Inwieweit dies gelingt, ist eine Frage der Persönlichkeit, der Erziehung und des Temperamentes.

Es sei in diesem Zusammenhang an die *Schmährede* großer Persönlichkeiten erinnert. Sie ist seit altersher ein Kampf- und Stilmittel in der Auseinandersetzung mit Gegnern und spiegelt sowohl die Schwächen als auch die geschickte Taktik des Schmähenden wider.

Jedem Trieb entspricht ein *Bedürfnis*. Der Aggressionstrieb macht da keine Ausnahme und da wir das Schimpfen als einen Ausdruck der Aggression sehen, können wir von einem „*Schimpfbedürfnis*“ sprechen. Die Schimpfepisoden wurden bereits in einem anderen Zusammenhang

(Meyendorf, 1968) beschrieben und es wurde gesagt, daß bei diesen Patienten ein „Randalier- und Schimpfbedürfnis“ vorliegt. Neben den „Sprechbedürftigen“, „Mitteilungsbedürftigen“ und „Aussprachebedürftigen“, bei denen reine verbale Belästigung im Vordergrund steht, gibt es die „Randalier- und Schimpfbedürftigen“, bei denen es, unter Hinzutreten paranoider Vorstellungen und Erlebnisse, zur aggressiven Belästigung kommt. Das normale Bedürfnis dieser Funktionen spiegelt sich in der *Entwicklung des Kindes* wider: Neben Phasen, in denen ein allgemeiner Rededrang bei Kindern besonders ausgeprägt und lästig sein kann, treten auch solche heftigen Schimpfens hervor. Dies geschieht einmal in den Phantasiespielen, zum anderen da, wo das Kind sich ängstigt und sich bedroht fühlt, und in Situationen, denen es nicht gewachsen ist. Aggressives Schimpfen, oft in Verbindung mit „Vandalismus“, ist hier Abwehrmechanismus und Reaktion auf eine allgemeine Verunsicherung der Umwelt (plötzliches Herausgerissenwerden aus der Familie, Störungen des familiären Gleichgewichts durch Tod eines Elternteiles oder Eindringen einer neuen Bezugsperson) und tritt als *Symptom einer Verhaltensstörung* auf. Auch hier kommt es zu plötzlichem Auftreten und Abklingen des Syndroms.

Es gibt diese Störungen allerdings auch, ohne daß ein (offensichtlicher) „Anlaß“ gegeben ist. Es sei auch an episodenhaft auftretende Verstimmungen bei hirngeschädigten und oligophrenen Kindern erinnert, die sich in Schimpfen und Randalieren äußern. Während man bei den Hirngeschädigten „endogene Verstimmungen“ im Sinne eines organisch bedingten Drangzustandes annimmt, hat man bei den normal- insbesondere aber bei den schwachsinnigen Kindern den Eindruck, es komme bei ihnen vorübergehend zu einer paranoiden Verarbeitung der Umwelt.

Das aggressiv-abwehrende, objektgerichtete Schimpfen in den Schimpfepisoden, die im ganzen eher „lästig“ und „ungehörig“ als psychotisch empfunden werden, erinnert stark an kindliche Verhaltensweisen. Dazu gehört auch, daß die Patienten bewußt verletzen und beleidigen wollen. In diesem Zusammenhang fassen wir die Schimpfepisoden als *Abwehrmechanismus* gegen einbrechende paranoide Vorstellungen und Erlebnisse auf, die sich durch eine „*regressive Verhaltensweise*“ äußern.

Um einen „Abwehrmechanismus“ handelt es sich auch bei den Schimpfattacken halluzinatorischer Defektschizophrener. Im Unterschied zum „Schimpfpsychotiker“ nimmt der Defektschizophrene keine Kenntnis mehr von seiner Umwelt. Er ist dauernd nach *innen abgelenkt* und kann Fragen daher nicht voll erfassen. Nur wenn er von innen her, wohin seine Aufmerksamkeit gerichtet ist, angeregt wird, kommt es zu den halluzinatorischen Schimpfattacken. Die „Schimpfpsychotiker“ haben vor Ausbruch der Psychose noch kein gestörtes Verhältnis zur Umwelt. Die Umwelt erscheint ihnen im Gegenteil erst während der Krankheit vorübergehend aufs schwerste verändert und gestört, worauf sie paranoid „reagieren“. Sie sind nach *außen abgelenkt*.

Wesentlich für die Beurteilung der Schimpfepisoden erscheint es mir noch, auf die *Primärpersönlichkeit* des Patienten aufmerksam zu machen.

Das Schimpfen und Randalieren in den psychotischen Episoden steht durchweg in einem bemerkenswerten Gegensatz zur Primärpersönlichkeit. Das entnehmen wir nicht nur den späteren Entschuldigungen für ihr „Verhalten“ während der Psychose. Die Patienten imponieren vor Ausbruch der Schimpfepisoden durch ihr unauffälliges und zurückhaltendes Wesen. Sie sind im Umgang mit Menschen eher reserviert und verschlossen. Zur depressiv-anankastischen Struktur gesellen sich mißtrauisch-sensitive Züge. Sie „fressen alles in sich hinein“. Häufig wirken sie überhöflich und devot. In allen Fällen überraschte und bestürzte jedoch der Ausbruch der Schimpfattacken Angehörige und Personen, die die Kranken seit längerer Zeit kannten. Der Kontrast der sensitiven Persönlichkeit zur expansiven Psychose sticht ins Auge. In diesem Zusammenhang erscheint die „Schimpfpsychose“ verständlich als Ausdruck einer „akuten paranoiden Reaktion ohne (offensichtlichen) Anlaß“. Diese Reaktion, die im Gegensatz zur Primärpersönlichkeit steht, wird sozusagen im Rahmen der regressiven Verhaltensweise „sanktioniert“.

Herrn Prof. H. Dietrich danke ich für seine freundliche Unterstützung und Kritik bei der Entstehung der Arbeit.

Literatur

- Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie, Bd. 4/1, S. 184, 185. Hrsg.: G. Aschaffenburg. Leipzig-Wien: Franz Deuticke 1911.
- Conrad, K.: Die symptomatischen Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart II. Hrsg.: H. W. Gruhle et al. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.
- Cornu, F.: Pharmakogene psychische Störungen und ihre Behandlung. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 101, 161–169 (1968).
- Helmchen, H., Hippius, H.: Exogener Reaktionstypus und psychiatrische Pharmakotherapie. Dtsch. med. J. 19, 299–304 (1968).
- Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Bd. III/2, S. 888. Leipzig: J. Ambr. Barth 1923.
- Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen, S. 321. Berlin: Akademie-Verlag 1957.
- Meyendorf, R.: Das Belästigungs-Syndrom als psychotisches Durchgangs-Syndrom, S. 13. Dissertation, München 1968.
- Scheid, W.: Die sogenannten symptomatischen Psychosen, ihre Stellung im System der Psychiatrie und ihre psychopathologischen Erscheinungen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 28, 137 (1960).
- Specht, G.: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Z. ges. Neurol. Psychiat. 19, 104–116 (1913).
- Weitbrecht, H.: Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome. Fortschr. Neurol. Psychiat. 25, 46 (1957).
- Wernicke, C.: Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen S. 14, 375, 464. Leipzig: G. Thieme 1906.

Dr. med. R. Meyendorf, M.D., C.M.
Nervenklinik der Universität
8000 München 15, Nußbaumstr. 7