

Über schizophrene Einstellungen und Verhaltensweisen.

(Bemerkungen zu einem Artikel E. Minkowskis).

1. Einleitende Bemerkungen.

E. Minkowski hat neulich in einem in den „Annales médico-psychologiques“ publizierten Artikel den Versuch gemacht, den Begriff der „schizophrenen Attitüden“ („les attitudes schizopreniques“) in die französische Psychiatrie einzuführen¹⁾. In der psychopathologischen Phänomenologie sollte demselben, nach seiner Meinung, ein besonderer Platz zugewiesen werden. Es lasse sich nämlich manches, was im Bilde der Schizophrenie zum Vorschein kommt, und für dasselbe auch wesentlich ist, am besten als eine besondere „Attitude“ auffassen. Erläuternd spricht Minkowski in demselben Sinne von „façon d'être“ und „comportement“²⁾.

Das französische Wort „Attitude“ ist nicht leicht zu übersetzen, wenn man nicht den auch in deutscher Sprache gangbaren Terminus „Attitüde“ gebrauchen will. Jedenfalls steht der Begriff der Attitüde im Sinne Minkowski's demjenigen nahe, was man in der deutschen Sprache als „Verhaltensweise“ respektive als „Einstellung“ zu bezeichnen pflegt. Die Begriffe der „Einstellung“ und der „Verhaltensweise“ sind nicht identisch; der erste meint eher eine Disposition, der zweite dagegen etwas Aktuelles. Es liegt aber auch beiden etwas Gemeinsames zugrunde, wodurch sie z. B. in einen Gegensatz zur „Vorstellung“ gebracht werden können. In diesem Sinne verwendet beide Begriffe unter anderen Betz, wobei er sie, was für uns von Wichtigkeit ist, der „Attitüde“ gleichstellt. So sagt er z. B.: „Und dieses Verhalten, diese Reaktion, diese Attitüde will ich hinfort immer mit dem Wort Einstellung bezeichnen, im Gegensatz zur Vorstellung...“³⁾.

¹⁾ E. Minkowski. Les regrets morbides. Annales médico-psychologiques. Bd. 12. Jahr 1925.

²⁾ Ibid. S. 345.

³⁾ W. Betz. Vorstellung und Einstellung. Archiv f. d. ges. Psychologie Bd. 17. S. 270.

Es ist hier nicht unsere Absicht die erwähnten Begriffe einer logischen Zergliederung zu unterziehen und ihren feinen Differenzen nachzugehen. Für unsere Zwecke wird es genügen sie in dem etwas unbestimmten Sinne zu verwenden, der durch das Sprachgefühl umgrenzt ist. Diejenigen, welchen eine genauere Präzisierung dieser Begriffe erforderlich scheint, verweisen wir auf die einschlägigen Arbeiten von Kries¹⁾ und Betz²⁾. So beruft sich auch Minkowski bezüglich einer genaueren Analyse des Begriffes „Attitude“ auf die diesbezüglichen Ausführungen von Binet und Simon.

Dasjenige, worauf es hier ankommt, sind nicht die Termini und deren strenge Definitionen, sondern die Forschungsrichtung, der Gesichtspunkt, unter dem psychopathische Erscheinungen gesehen und geprüft werden. Zwar hat man seit jeher die „Verhaltensweisen“ und die „Einstellungen“ der psychisch Kranken, insbesondere der Schizophrenen, beschrieben und analysiert ohne besonderen Vermerk, dass das analysierte keine „Idee“, keine „Vorstellung“ sei, sondern eben eine „Einstellung“ respektive eine „Verhaltensweise“. So ist z. B. die Echopraxie und die Echolalie eine solche längst bekannte „Verhaltensweise“ der Kranken, die sichtlich darauf „eingestellt“ sind, das Perzipierte nachzuahmen³⁾.

Das Studium von schizophrenen Verhaltensweisen führt kein Novum in die Psychiatrie ein. Es kann sich aber jemand zum methodologischen Princip stellen, solche Erscheinungen bei der Schizophrenie besonders aufzusuchen und sie einer systematischer wemöglich experimenteller Prüfung zu unterziehen. Er kann dabei die Hoffnung haben, dass sich manches Neue und Wesentliche gerade auf diesem Gebiete werde finden lassen. Man kann der Meinung sein, das Studium der krankhaften Verhaltensweisen könnte in mancher Hinsicht fruchtbarer werden als dasjenige der krankhaften „Ideen“. Wie oft bildet denn gerade das eventuell stumme Verhalten der Kranken dasjenige Moment, welches uns die Schizophrenie mit voller Bestimmtheit zu diagnostizieren gestattet, wogegen das Fahnden nach krankhaften „Ideen“ uns ganz im Stiche lässt.

1) I. v. Kries. Über die Natur gewisser, mit den psych. Vergängen verknüpften Gehirnvorgänge. Zeitschrift f. Psychologie. Bd. 8. J. 1895.

2) o. c.

3) Minkowski selbst würde die Echopraxie und Echolalie sowie die gleich zu besprechende „Ambivalenz“ nicht den „Attituden“ zurechnen, da er diesen Begriff zu eng fasst. Wenn er die „Attitüde“ dem „Symptom“ gegenüberstellt, so hat er darin nicht Recht. Denn es kann sehr wohl auch eine „Attitüde“ zum „Symptom“ der Krankheit werden.

Man muss nicht gerade ein Anhänger des „Formalismus“ geschweige denn des „Behaviorismus“ in der Psychiatrie sein, um einzusehen, dass „Einstellungen“ und „Verhaltensweisen“ der Kranken oft das Zentrale und eigentlich Charakteristische des Krankheitsbildes ausmachen und es zu einem einheitlichen Ganzen gestalten beim wechselnden „Inhalt“. Man ist aber vielleicht etwas zu wenig diesen mehr „formalen“ Bestandteilen der Psychose nachgegangen, hat zu wenig ihre Struktur, ihren Verlauf, ihre Abarten beschrieben und geprüft und fertigte sie zu rasch mit irgend einer „Erklärung“ ab.

Welcher Psychiater hat nicht immer wieder Gelegenheit gehabt über die merkwürdige Verhaltensweise der Schizophrenen zu staunen, die z. B. flehentlich um einen Schluck Wasser bitten, im Moment aber, wo ihnen dasselbe geboten wird, es unter einem nichtigen Vorwand zurückweisen. Beispiele dieses wunderlichen Benehmens findet man öfters in der psychiatrischen Lehrbüchern, so die Kranken Bleulers, welche das Öffnen einer Tür dringend verlangen, aber von der einmal offen gelassenen Tür keinen Gebrauch machen. Bleuler nennt das Phänomen „Ambivalenz“¹⁾ und definiert es als „die Neigung der schizophrenen Psyche, die verschiedensten Psychismen zugleich mit negativem und positivem Vorzeichen zu versehen“²⁾. Es ist aber klar, dass dasjenige, was Bleuler sagt, eigentlich keine Definition, sondern schon eine Art von Erklärung oder wenigstens Interpretation darstellt. Dasjenige, was sich wirklich beobachten lässt, ist ein besonderes Benehmen des Kranken. Er verlangt Wasser und nimmt das angebotene nicht an. Er versucht die Tür zu öffnen, geht aber, wenn diese offen ist, nicht hinaus. Dies ist das Feststehende. Wie ihm aber dabei innerlich zugeht, ob er wirklich zu gleicher Zeit dasselbe wollen und nicht wollen, lieben und hassen, glauben und nicht glauben kann, ist schwer auszudenken und bleibt nur hypothetisch. Und ob sich die Erscheinung letzten Endes auf die „Dissoziation“ zurückführen und so begreifen lässt, das ist eine noch schwierigere Frage. Man muss bekennen, man steht vom Verständnis des Phänomens noch ziemlich weit. Man kann aber die Erscheinung lange studieren ohne sich genötigt zu fühlen, sie irgendwie gleich erklären zu müssen. Ist ein solcher Kranker nur einem bestimmten Gegenstand gegenüber ambivalent oder bildet die Ambivalenz immer eine allgemeinere Verhaltensweise? Sind die beiden Pole des

1) Respektive „Ambitendenz“.

2) Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. S. 43.

Gegensatzes einander wirklich gleichwertig, oder ist wenigsten der eine von ihnen unecht? So z. B. verlangt der erwähnte Kranke Wasser, weil er wirklich Durst empfindet und bedeutet somit die Absage eine echte Überwindung des Triebes, oder verlangt er das Wasser nur so, weil es ihm eben in den Sinn gekommen ist? Ist dieses Wasser nicht überhaupt nur „symbolisch“ zu verstehen? Steht nicht die „ambivalente“ Einstellung oft der spielerischen Einstellung der Kranken nahe? Vielleicht spielt nur eigentlich der Kranke, der sich immer und immer bemüht, die Tür zu öffnen. Öffnet man sie ihm aber, dann ist er böse sein Spiel verdorben zu finden. Ich hatte beim Beobachten der Ja- und Nein-Einstellung der Kranken manchmal den Eindruck, dass dieselbe wirklich dem Spiel näher stand als der echten Ambivalenz im Sinne Bleulers. Und so liegt vor dem Beobachter in dieser Richtung noch ein weites Feld, auf dem wahrscheinlich noch Vieles zu suchen und zu finden ist.

Ähnliches gilt für eine andere Verhaltensweise, die bei den Kranken täglich zu beobachten ist, das Sichauskleiden¹⁾. Man kennt das Phänomen, man hat vielfach versucht, es zu erklären, es ist aber eigentlich wenig studiert worden. Die Kranken sind in der Regel nicht imstande, die Gründe ihres Benehmens zu explizieren. Um so eher könnte es von Bedeutung sein, nach den anderen Verhaltensweisen dieser Kranken zu fahnden, denen dasselbe beizuordnen wäre. Wie verhält sich der betreffende Kranke, der das Hemd vom Leibe reisst, einem beliebigen Gegenstand gegenüber, dessen er habhaft wird? Zerreisst er dieselben ähnlich wie seine Kleidung? Versucht er nicht vielleicht, wenn dieselben mit irgend etwas umwickelt sind, dieselben ihrer Hülle zu entkleiden? Ist er nicht bestrebt auch vom Bett, auf dem er liegt, alles Abnehmbare herunterzureissen? Bleibt der Kranke nach dem Ausziehen nackt, oder hüllt er sich in etwas, z. B. in das Bettuch ein? Nur im Rahmen eines grösseren Komplexes von Verhaltensweisen, die sich gegenseitig ablösen und miteinander verquicken, kann die eine von ihnen richtig eingeschätzt und verstanden werden. Die theoretische Umgrenzung eines solchen Komplexes und dessen

1) Man wird natürlich einwenden können, es wäre zu gekünstelt das Sichauskleiden eine „Verhaltensweise“ zu nennen, da sich die Erscheinung ganz einfach als eine Handlung bezeichnen lässt. Der Einwand ist nicht unberechtigt, obwohl die Grenzen der Begriffe fließend sind. Aus Gründen, die erst später gültig gemacht werden können, sollen auch solche „Handlungen“ in die Untersuchung mit einbezogen werden.

eventuelle experimentelle Durchprüfung für jeden besonderen Fall muss zum Postulat erhoben werden.

Es liegt mir die Anmassung fern, den anderen die methodologischen Grundsätze vorzuschreiben. Es soll ein jeder die Grundsätze, deren Wert er preist, vor allem zu den seinigen machen. Ich interessierte mich nun für die „Verhaltensweisen“ der psychisch Kranken lange, bevor mir Minkowski's Artikel in die Hände kam. Dies geschah aus dem Grunde, weil das Problem der „Urteilsgefühle“, um dessen Lösung auch ich mich seinerzeit bemüht hatte¹⁾, mich zwang, den Begriffen der Einstellung und der Verhaltensweise näher zu treten. Es lag nun nahe, diese der allgemeinen Psychologie entnommenen Termini, auch auf die psychopathischen Erscheinungen anzuwenden. So fand ich bei Minkowski nur eine willkommene Stütze meiner Überzeugung, obwohl sich seine „Attitude“ nicht genau mit demjenigen deckt, was wir da als „Verhaltensweise“ untersuchen möchten.

Eine systematische Übersicht aller Arten von „Einstellungen“ und „Verhaltensweisen“, die für die Schizophrenie pathognomonisch sind, liegt nicht im Plane dieser Arbeit. Sie bezweckt nur über einen Teil der Beobachtungen und Versuche, welche einige bei Schizophrenen öfters vorfindbaren Verhaltensweisen zum Gegenstand haben, vorläufig zu berichten.

2. Über „intellektuell-affektive“ Verhaltensweisen.

Minkowski unterscheidet zwei Arten von „Attitüden“: die rein intellektuellen und die intellektuell-affektiven. Zur ersten Gruppe gehört z. B. die „Attitüde des Fragens“ („l'attitude interrogative“) und der „krankhafte Rationalismus“ („rationalisme morbide“), der zweiten dagegen werden eingerechnet „das krankhafte Schmollen“ („bouderie morbide“), „das krankhafte Träumen“ („rêverie morbide“ und „das krankhafte Bedauern“ („les regrets morbides“). Man wundert sich gleich, dass die motorischen Attitüden dabei keine Berücksichtigung finden. Ohne aber diesen Punkt weiter zu urgieren, wollen wir die von ihm als „idéo-affectiv“ bezeichneten Verhaltensweisen näher ins Auge fassen, um darüber einige Bemerkungen auszusprechen.

Dass der schizophrene Prozess im Anfangsstadium oft das Gemütsleben der Kranken aufrüttelt, ist eine vielfach diskutierte Erscheinung, die manchmal auch diagnostische Schwierigkeiten

¹⁾ Über Urteilsgefühle. Lemberg 1916. Verlag der Ševčenko-Gesellschaft.

mit sich bringt. Man konstatiert, dass das schizophrene Krankheitsbild mit depressiver Verstimmung oder manischer Erregung einsetzen kann. In diesem Sinne lässt Kahlbaum die Katatonie mit melancholischen Symptomen anfangen. So spricht man andererseits von der melancholischen *Dementia praecox*¹⁾. Das schwierige Problem der „Mischpsychosen“ hat in diesen Erscheinungen seinen Ausgangspunkt. Wenn aber sogar „echte“ Manie und Melancholie kein immer gleiches Bild präsentieren (so steht zum Beispiel der heiteren Manie eine „zornige“ und „nörgelnde“ zur Seite), so gilt dasselbe in viel höheren Masse für die „manischen“ und „melancholischen“ Episoden der Schizophrenie.

Es lässt sich nicht bestreiten, dass manche dieser affektiven Episoden den echten manischen und melancholischen Zuständen wesensverwandt, eventuell sogar mit denselben identisch sind. Die Mehrzahl zeigt aber eine besondere Struktur. Erstens ist die Gefühlsskala, in der sich die Kranken da ausleben können, viel breiter als bei der Manie-Melancholie. Nicht nur Freude und Trauer, Zorn und Angst, sondern alle anderen Gefühlsnüancen können einzeln oder in gegenseitiger Verflechtung respektive Abwechslung dem Krankheitsbild für längere Zeit hindurch ihre Färbung ausdrücken. So z. B. das Gefühl des Staunens (den Kranken erscheint alles rätselhaft und wunderbar), das Unheimlichkeitsgefühl und der Ekel. Das letzte Gefühl scheint sich am liebsten mit Angst zu vergesellschaften. Einen meiner Kranken verfolgte es zu gleicher Zeit in seinen Erinnerungen, in seinen Halluzinationen und Nachts träumen (Würmer, die in einer klebrigen Masse auf der Glans des Penis herumkriechen, Schlangen, die er im Bette hinter dem Rücken zu spüren meint u. s. w.). Es handelt sich da oft um Gefühlserlebnisse, die den Normalen schwer zugänglich und nacherlebbar sind, uns aber manchmal auch von den Psychasthenikern geschildert werden, denjenigen nämlich, die der Schizophrenie nahestehen. So das Gefühl des Wirrwarrs, der Unordnung.

Es ist vielleicht irreführend, dass man diese ganze Mannigfaltigkeit der Gefühlsqualitäten mit dem Namen der depressiven und manischen Zustände belegt und so den Eindruck einer Gleichartigkeit erweckt, die gar nicht vorhanden ist. Einen Zustand z. B., in dem die Gefühle des Ekels und des Wirrwarrs die dauernde

¹⁾ G. Halberstadt. La démence précoce mélancolique. *Revue neurologique*. Bd. 11. S. 718. — Kraepelin spricht im gleichen Sinne von der „depressiven Verblödung“ und Bleuler von den depressiven und manischen Zuständen bei der Schizophrenie.

Grundnote bilden, kann man natürlich, wenn man will, depressiv nennen. Und doch ist er weit davon entfernt, was man gewöhnlich unter Depression versteht. Das psychologisch Interessante an der Schizophrenie ist eben dies, dass sie die verschiedensten emotionalen Komponenten des menschlichen Seelenlebens einmal zur Allgemeinherrschaft erheben kann.

Zweitens ist die Beziehung der Gefühle zu den intellektuellen Psychismen (Vorstellungen, Urteilen) in diesen affektiven Episoden der Schizophrenie in der Regel eine andere als in den echten manisch-melancholischen Zuständen. Da das Gefüge der intellektuellen Elemente und Funktionen durch den schizophrenen Prozess in sich selbst mehr gelockert ist, kann die plastische Wirkung der emotionalen Stimmung auf die Sphäre des Intellektes dadurch viel stärker werden. Es gelingt den Gefühlen infolge des verminderten Widerstandes des Intellektes leichter, die Vorstellungen und Urteile in Dienst zu nehmen und sich in ihnen zu objektivieren. Die erwähnten Episoden gestalten sich eben dadurch zu „ideo-affektiven“, wie sich Minkowski ausdrückt.

So begnügt sich das Angstgefühl solcher Kranken in der Regel nicht mit vagen Ahnungen und Vermutungen, wie es oft bei der Neurose und der Melancholie der Fall ist, sondern findet sich bald einen konkreten Inhalt, eine bestimmte Idee. Verbindet sich die Angst mit Grauen, so wird auch der Inhalt entsprechend ins Grauenhafte umgestaltet. (Der Kranke weiss, dass man ihn und seine Angehörigen martern wird, dass ihnen die Nägel ausgerissen werden sollen, dass man sie zerstückeln will u. s. w.).

Ein weiteres Moment, welches die Struktur dieser Episoden öfters mitbedingt, ist die Spieleinstellung. Toulouse und Schiff sprechen vom Eintreten eines „Spielsydroms“ im Verlaufe mancher Manien¹⁾. Mag dasselbe auch am Boden der Manie zum Vorschein treten, so ist dessen Rolle bei der Schizophrenie gewiss von grösserer Wichtigkeit. Aber nicht nur auf das motorische Spiel kommt es da an, welches die Schizophrenen so oft mit nie ermüdendem Fleiss treiben, sondern auf das Spiel mit „Ideen“. Ich meine eben dasjenige, was die genannten Autoren als „activité mentale de jeu“ bezeichnen. Schon die Einstellung auf Reimen, deren sich die Spieleinstellung so gerne als Vehikel bedient, bringt den Kranken dazu, auch mit Ideen zu „jonglieren“. Man sieht, wie leicht es ihm in

¹⁾ E. Toulouse et P. Schiff. Syndrome de jeu et activité mentale de jeu. Revue neurologique. Mai 1925. S. 695. (Sitzungsbericht).

der Regel fällt, dieselben mit Gewalt der Reimeinstellung unterzuordnen. Der Kranke selbst nimmt aber nicht ganz ernst den Inhalt solcher Produktionen. So bewegen sich auch die Ideen, welche den emotionalen Einstellungen entspringen, in einer besonderen Sphäre, die nicht diejenige der Wirklichkeit zu sein braucht. Es ist ein Spiel mit Vorstellungen, denen der Wirklichkeitsakzent nur in einem gewissen immer wechselnden Grade verliehen wird. Der volle Glaube an die Wirklichkeit ist nur ein Grenzfall, sofern die Geisteskraft des Kranken noch überhaupt imstande ist, dieses hohe Niveau der psychischen Synthese zu erschwingen. Die Spannung der geistigen Kräfte lässt nach der Meinung der beiden erwähnten Autoren bei diesem „Spielsyndrom“ so weit nach, dass das Individuum auf niedrigere Entwicklungsstufe, diejenige des Kindes regrediert, auf der zwischen Wirklichkeit und Phantasie keine festen Grenzen bestehen.

Auch dieser Umstand macht es den Gefühlen leichter, sich ein intellektuelles Korrelat zu verschaffen und so auch bei geringerer Intensität sich zu aktualisieren. Es wird dadurch aber auch das Band, welches beide zusammenhält, lockerer werden müssen. Wenn also manche Kranke, wie Bleuler bemerkt, über ihre eigenen depressiven Gedanken lachen können, dann muss dies nicht notwendigerweise durch eine Spaltung der Seele oder durch eine Schwächung der Affekte erklärt werden. Die Spielregeln sind nicht so ernst zu nehmen, wie diejenigen der Wirklichkeit. Auch sind das überhaupt andere Regeln.

Die Spieleinstellung macht auch oft die Maniertheit des Gefühlsausdrucks verständlich. Grollt zum Beispiel der Kranke über ein Unrecht, das ihm vermeintlich widerfahren ist, und glaubt er selbst nicht recht an dieses Unrecht, so kann auch der Groll kein echter sein. Das Pathos der Entrüstungsworte klingt hohl, die Geste der Empörung erscheint künstlich; und dies macht eben die Maniere aus.

Diese Momente bedingen die Struktur der intellektuell-affektiven Bilder der Schizophrenie. Es interessieren uns hier aber nicht diejenigen Fälle, wo die Halluzinationen und Wahnideen das Bild beherrschen, sondern solche, in denen eine besondere intellektuell-affektive Einstellung respektive Verhaltensweise für sich selbst die psychische Situation am eindeutigsten charakterisiert.

In Anbetracht der erwähnten Mannigfaltigkeit der Gefühlsqualitäten, welche der schizophrene Prozess zur Prävalenz bringen kann, bilden auch diese Verhaltensweisen eine bunte Mannigfaltigkeit.

tigkeit. Es kommen aber manche häufiger vor als die anderen und diese verdienen es deskriptiv fixiert zu werden. Darin scheint uns Minkowski recht zu haben. So möchte auch ich an dieser Stelle zwei Typen solcher Verhaltensweisen, wie ich sie beobachten konnte, an konkreten Beispielen demonstrieren.

Das erste Beispiel betrifft die schizophrene ironische Einstellung. Das manche Schizophrene gerne ironisieren, wurde schon öfters bemerkt. Es hängt dies gewiss zusammen mit der „klügelnden“ Einstellung, dem „krankhaften Rationalismus“ zusammen, welche Minkowski als Beispiel eine schizophrene „Attitude“ anführt. Denn die Ironie, obwohl immer von einem Gefühl getragen, erheischt eine ausgesprochene Mitwirkung des Intellektes.

Was macht aber die Ironie der Schizophrenen zu einer schizophrenen Ironie? Sie kann schizophren sein in dem Sinne, dass eben der schizophrene Prozess eine latente Disposition des kranken Individuums zum Ironisieren aktualisiert. Sie trägt aber abgesehen davon in der Regel in sich selbst, d. h. in ihrer Struktur, Merkmale, die sie zu einer schizophrenen stempeln.

Ich konnte vor einigen Monaten bei einer Kranken in der Nervenabteilung des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg folgendes eigentümliches Verhalten beobachten. Die Kranke sprach wenig und ungerne, so dass man nur selten eine Antwort von ihr hören konnte. So bekam man auf die Fragen nach der zeitlich-räumlichen Orientierung, und ob sie krank sei, niemals (während des dreimonatlichen Aufenthaltes auf der Abteilung) eine Antwort. Auch folgte sie nicht den Anordnungen der Ärzte. Auch mit dem Essen gab es zeitweise grosse Schwierigkeiten (einen Monat hindurch musste die Kranke mit Sonde ernährt werden). Servierte die Pflegerin der Kranken das Essen, so nahm sie einfach keine Notiz davon ohne irgend welche Begründung oder Rechtfertigung. Versuchte ich, die Kranke zum Essen zu überreden, so bekam ich oft keine Antwort. Manchmal aber reagierte sie auf meine Worte in einer eigentümlichen Weise. So wenn ich sagte: „Essen Sie doch!“ erwiderte die Kranke: „Ich werde essen. Ich werde überhaupt alles tun, was Sie verlangen. Verlangen Sie noch mehr, ich tue es“. Wenn ich ihr aber gleich nach diesen Worten das Essen anbot, nahm sie nichts davon, ohne dies irgendwie zu motivieren; sie schwieg, wenn ich sie über die Gründe ihrer Inkonsequenz befragte. Dies wiederholte sich einige Male. Ähnlich benahm sich die Kranke, wenn ich sie bat, mit mir in das Untersuchungszimmer zu gehen. Ihre Antwort lautete: „Ich gehe gleich. Ich gehe überall,

wohin sie nur wollen. Sie haben doch das Recht da zu befehlen. Auch in den Keller können sie mich führen. Ich werde Ihnen folgen“. Nach diesen Worten ging aber die Kranke nicht, ohne ein Wort weiter zu sagen. Fasste ich sie an der Hand und versuchte sie mitzuführen, dann machte sie einen verbissenen Gesichtsausdruck und wehrte sich mit aller Kraft dagegen. Auch dies wiederholte sich einige Male mit fast stereotyper Ähnlichkeit.

Wir haben da wiederum das Beispiel eines Ja- und Nein-Verhaltens. Kann es als Ausdruck einer Ambivalenz aufgefasst werden? Sicherlich nicht. Es ist ein Zeichen der Ironie, ein Produkt der ironischen Einstellung der Kranken dem Arzte gegenüber. Es trägt aber diese Ironie deutlich die Züge des Krankhaften, Schizophrenen.

Das Benehmen der Kranken lässt sich nun mit deren sonstigen Verhaltensweisen gut in Einklang bringen. Ihre Einstellung der Umgebung gegenüber war abwechselnd einmal diejenige der entschiedsten aktiven Ablehnung (die „Trotzeinstellung“) und ein andermal diejenige des passiven Sichgewährenlassens. Sie war einmal negativistisch; nichts liess sie willig mit sich geschehen. Die Einführung der Nährsonde musste einen heftigen Widerstand überwinden. An anderen Tagen dagegen liess sie alles mit sich tun. Sie nahm zwar selbst kein Essen, liess sich aber willig den Schlauch in den Magen einführen. Sie urinierte auch nicht von selbst, liess sich aber ohne Widerstand kateterisieren. Einmal weinte sie, jammerte und schrie mit heulender Stimme ununterbrochen einige Stunde so heftig, dass man schliesslich durch ein Narkotikum die Kranke beruhigen musste, manchmal dagegen (freilich viel seltener) lachte sie laut ohne wahrnehmbaren Grund. Einmal machte sie sich auch über ihre Nachbarin lustig, indem sie dieselbe wegen ihres Namens verspottete.

So pendelte die Kranke immer zwischen zwei entgegengesetzten Polen, ohne sie zu einem Ausgleich bringen zu können. In ihrer Ironie begegneten sich beide Pole, aber so zu sagen nicht mit gleichem Ernst. Sie liess alles mit sich machen, aber nicht wirklich, sondern sie spielte nur mit diesem Gedanken, und sie widersetzte sich dem Willen des Arztes mit vollem Ernst. Es war ein Scherz und ein bitterer Hohn, ein Spott über den Arzt und ein Protest gegen das Schicksal. Die Kranke soll vor der Krankheit viel Kummer gehabt haben; zuerst wegen des Bräutigams, der ihr untreu wurde und zweitens wegen Zwistigkeiten mit der Familie in Vermögensangelegenheiten. Ihre Ironie konnte also dadurch

motiviert sein wie auch das Weinen und Lachen. Dieser Grund konnte aber nur vermutet werden, denn die Kranke selbst wollte mit dem Arzte über dieses Thema niemals sprechen.

Das zweite Beispiel, das wir hier anführen wollen, betrifft diejenige Einstellung, deren Kundgebungen man mit den Ausdrücken: „Groll“, „Mürrischsein“, „Schelten“ andeuten könnte. Einen einzigen passenden Namen dafür zu finden ist schwer. Es handelt sich da nicht um heftige Wut- und Zornausbrüche, die natürlich auch bei Schizophrenen vorkommen können, sondern um eine eigenartige prothrahierte nörgelnde Einstellung, die durchgängig keine starken Gefühlsparoxysmen produziert, dafür aber eine leichte Ansprechbarkeit und starke Aktualisationstendenz aufweist.

Das Nörgeln kommt bekanntlich auch bei der Manie vor, man beobachtet es gelegentlich auch bei Fieberdelirien; dasjenige der Schizophrenie hat aber öfters einen anderen Charakter. Das manische Nörgeln geht vom Herzen aus und ist immer vom Willen geleitet, mit der Umgebung den Kontakt zu erhalten; der Manische nörgelt, da er ernstlich überzeugt ist, dass ihm Unrecht geschehe. Der Schizophrene scheint viel eher die Motive seiner Unzufriedenheit nicht ganz ernst zu nehmen. Auch ist das Nörgeln bei ihm mehr die Waffe des „Autismus“, ein Mittel, den anderen den Verkehr mit ihm zu verleiden. Es bildet oft die allgemeine Einstellung des Kranken der Aussenwelt gegenüber. So geschieht manchmal, dass der Kranke, sich selbst überlassen, in ganz ruhiger, selbstgenügsamer Stimmung irgend etwas treibt, was ihm eine Satisfaktion zu bereiten scheint. Tritt aber jemand an ihn heran, dann macht er gleich ein unzufriedenes Gesicht und findet rasch etwas, vorüber er ungehalten werden kann. Und wenn irgend ein Bedürfnis ihn selbst zwingt, die Sphäre der Selbstgenügsamkeit zu durchbrechen und sich an die Umgebung zu wenden, so macht er es in einem mürrisch befehlenden Ton. Das, was er verlangt, wird dargestellt als etwas, was nur durch die Vernachlässigung seitens anderer nicht längst schon geschehen ist.

Ich konnte diese Verhaltensweise u. A. gut bei einem 25-jährigen Mädchen beobachten, welches gleich nach Ausbruch des ersten Schubs in das hiesige Spital gebracht wurde. Sie lag allein in einem Zimmer und dies sagte ihr sichtlich am meisten zu. Niemals verlangte sie, dass jemand zu ihr komme, weder vom Pflegepersonal noch von der Familie. War niemand sonst im Zimmer, dann war sie fast immer mit irgend etwas „beschäftigt“. So zog sie z. B. die Matratzen von den Betten herunter (es standen

zwei Betten in diesem Zimmer), machte sich aus ihnen ein Lager am Fussboden, legte sich darauf und sprach laut zu sich selbst oder sang (sie besuchte vor dem Ausbruch der Krankheit das Konservatorium), wobei sie Wortspielereien trieb und öfters reimte. Kam nun jemand ins Zimmer, dann machte sie gleich einen grimmigen Gesichtsansdruck und wandte sich vom Eintretenden ab; manchmal deckte sie sich auch dabei den Kopf mit der Bettdecke zu. Redete man sie an, dann bekam man von ihr oft keine Antwort, oder sie fertigte den Fragenden mit irgend einer kurzen, im mürrischen Tone gesprochenen Bemerkung ab. Nur selten war es möglich, von ihr direkt manches über ihre inneren Erlebnisse zu erfahren (sie meinte manchmal, irgend jemand werde sie ermorden¹⁾). Es kommt zum Beispiel die Mutter der Kranken zu Besuch und setzt sich neben ihr am Bettrand. Die Kranke sieht es, scheint aber keine Notiz davon zu nehmen. „Warum reichen sie der Mutter die Hand nicht?“ frage ich. „Man kann jemand auch im Geiste grüssen“ antwortet sie mürrisch und bleibt weiterhin stumm. Ich betrete ein andermal das Krankenzimmer; die Kranke erwiedert nicht meinen Gruss, sie fixiert mich nur einige Zeit mit grimmigen Gesichtsansdruck. Dann sagt sie im scharfen befehlenden Ton: „Die Dame, die dort im Nebenzimmer liegt, hat Honig. Ich muss auch Honig haben. Lassen Sie mir auch Honig geben, aber gleich“. (Die Behauptung der Kranken war unrichtig; niemand von den Kranken hatte Honig bekommen). Als ich nun der Kranken den Vorschlag machte, mit mir hinzugehen und sich zu überzeugen, dass sie sich geirrt hatte, ging sie nicht darauf ein, sondern wandte sich von mir ab und schwieg. Hatte die Kranke wirklich Appetit, dann bat sie nicht ums Essen, sondern sie schimpfte: „Das Essen, das meine Mutter mir ins Spital zugeschickt hatte, ist schon lange da (die Behauptung der Kranken war falsch); warum lässt man mich hungern“.

Man konnte sich aber des Eindrucks nicht erwehren, die Kranke wisse es irgendwie, dass sie keinen echten Grund zum zürnen hätte und spiele nur eine ihr bequeme Rolle. Sie wüsste, dass ihr Groll von aussen her nicht recht motiviert sei, und darum klinge ihre Entrüstung nicht echt, sondern künstlich pathetisch. Es gelang auch manchmal die Kranke gewissermassen zu überrumpeln und sie aus ihrer Rolle zu bringen. So trat einmal eine Ärztin, die die Kranke bis jetzt nicht gekannt hatte, rasch

¹⁾ Die Kranke ist auch wirklich später von ihrem Bruder „aus Mitleid“ erschossen worden.

an dieselbe heran und sagte in einem scherzenden aber herzlichen Ton: „Guten Tag Fräulein W. Reichen sie mir doch die Hand zum Gruss“. Die Kranke, welche in der Regel niemand die Hand reichte, schien nun einmal aus der Fassung zu kommen. Der grimmige Gesichtsansdruck verschwand, sie wurde sichtlich verlegen, und sagte dann in einem Tone, als ob sie sich vor sich selbst entschuldigen wollte: „Ja, wirklich, meine Hand ist heute zufälligerweise rein“, worauf sie ihre Hand zum Gruss entgegenstreckte.

Das Benehmen der Kranken hat etwas Gemeinsames mit den von Borel als „bouderie morbide“¹⁾ beschriebenen Fällen, stellt aber im Ganzen einen besonderen Typus dar.

So schafft sich der schizophrene Kranke einen besonderen „Stil“ des Verhaltens, der eine konstante nicht immer leicht zu beschreibende Gefühlslage in verschiedenen Varianten zum Ausdruck bringt. Und trotz im Ganzen launenhaften und unberechenbaren Benehmens zeigen die Kranken in dieser Hinsicht eine merkwürdige Konstanz.

3. Über „handlungsartige“ Verhaltensweisen.

Unter den verschiedenartigen Verhaltensweisen der Schizophrenen gibt es noch eine, von Minkowski nicht berücksichtigte Gruppe, bei der nicht die wörtlichen Äusserungen der Kranken sondern ihr „Tun“ (respektive Nicht-Tun) auf dem ersten Plan steht. Oft ist übrigens dieses Tun das Einzige, was sich bei dem Kranken beobachten lässt, wenn nämlich seine Verhaltensweise ganz „stumm“ ist. Von einem Tun im Sinne einer „Handlung“ kann man da manchmal nur im erweiterten Sinne des Wortes sprechen. So wenn ein stumm hinbrütender Kranker den ihm vorgezeigten Gegenstand eine längere Zeit fixiert, als wäre er von ihm „magnetisch“ angezogen (ohne etwas dazu weder spontan noch auf Befragen zu sagen), so ist das eine bestimmte Verhaltensweise, die für seinen psychischen Zustand charakteristisch ist, eigentlich aber keine „Handlung“. Oder wenn der Kranke einen ihm gezeigten Gegenstand selbst nicht in die Hand nimmt, ihn aber, wenn derselbe einmal in die Hand geschoben wird, dennoch mit den Fingern festhält, ohne sich aber weiter um den Gegenstand zu kümmern, so kann man da, wenn man will, von einer „Instinktivhandlung“ sprechen. Das Charakteristische dabei ist aber nicht, dass der Kranke den Gegenstand in der Hand hält, sondern,

¹⁾ A. Borel. Réveurs et boudeurs morbids. Journal de psychologie. J. 1925.

dass er sich die Mühe gibt, ihn festzuhalten, obwohl ihn derselbe offenbar gleichgültig lässt und er damit nichts Weiteres anfängt. Es liegt da also eine besondere Verhaltensweise des Kranken vor, die sowohl durch positive wie auch durch negative Momente gekennzeichnet ist.

Charakteristisch für eine Verhaltensweise kann also nicht nur dasjenige sein, was der Kranke tut, sondern auch dasjenige, was er unter gegebenen Umständen zu tun versäumt. So, wenn der Kranke auf einzelne hinter seinem Rücken plötzlich vernehmbare laute Knallgeräusche so reagiert, dass er sie z. B. laut rechnet, ohne aber sich umzudrehen und nach deren Ursache zu spähen (Ausfall einer „Instinktivhandlung“).

Die „handlungsartigen“ Verhaltensweisen weisen für den Forscher den Vorteil auf, dass sie sich oft auch da provozieren und experimentell beeinflussen lassen, wo der mündliche Kontakt mit dem Kranken gänzlich aufgehoben ist. Leider gibt es aber bis jetzt keine Tests, die überall in Krankenhäusern eingebürgert, bei jeder Krankenuntersuchung berücksichtigt und in allen diesbezüglichen Krankengeschichten vermerkt eine entsprechend breite und feste Grundlage zur theoretischen Bearbeitung dieser Verhaltensweisen und deren praktischen Verwendung bei Differentialdiagnose bilden könnten¹⁾.

In der Absicht, diese „handlungsartigen“ Verhaltensweisen der Kranken kennen zu lernen, habe ich mir vorgenommen, jedem psychisch Kranken meiner Beobachtung, mit dem ein richtiger sprachlicher Kontakt unmöglich war, eine gewisse Anzahl von immer gleichen Gegenständen auf immer gleiche Art zu präsentieren und das Verhalten der Kranken denselben gegenüber zu notieren. Es waren dies teils Gebrauchsgegenstände (eine zugekorkte Flasche mit Flüssigkeit gefüllt, eine kleine Schachtel), hauptsächlich aber Spielsachen (ein Gummiball, eine kleine gekleidete Puppe, winziges Küchengeschirr). Dies alles wurde dem Kranken in einer Glasschale zusammen präsentiert in einer solchen Entfernung, dass er die Gegenstände leicht in die Hand nehmen konnte. Es wurde dabei kein Wort gesprochen (auch bei den Kranken, die auf Zurufe reagierten) und nur dafür gesorgt, dass der Kranke

¹⁾ Die Wichtigkeit der Verhaltensweisen und Einstellungen in der Struktur mancher nicht schizophrener Psychosen betont Grüntal in seiner in Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92. veröffentlichten Arbeit über „Einstellungsstörungen“. Auch Homburger sieht gerade in besonderen „Verhaltensweisen“ das Charakteristische mancher Psychopathieformen (Psychopathologie des Kindesalters).

dieselben in Sicht bekam. Griff der Kranke nicht zu, dann wurden ihm die Gegenstände einzeln in die Nähe der rechten Hand gelegt. Fasste er auch dann keinen Gegenstand mit der Hand, so wurde ihm einer derselben in die Hand geschoben. Am zweiten, eventuell am dritten Tag wurde die Probe in gleicher Weise wiederholt.

Ich werde über die Ergebnisse dieser Versuche, die noch nicht abgeschlossen sind, später berichten und dabei auch zum Vergleich dasjenige berücksichtigen, was mir von ähnlichen Untersuchungen anderer bekannt ist. Vorläufig will ich nur davon manches mitteilen, was mir geeignet scheint, die Eigenartigkeit der handlungsartigen Verhaltensweise bei Schizophrenen zu charakterisieren.

Erstens muss festgestellt werden, dass man bei dieser Methode sehr oft seitens solcher Kranken eine positive Reaktion bekommt, bei denen man es von vornherein eigentlich nicht erwarten würde. Viele Kranke, von denen kein Wort zu hören ist, und die sich scheinbar für nichts interessieren, strecken gleich die Hand nach irgend einem der präsentierten Gegenstände¹⁾. Autistische Kranke zeigen in der Regel dabei keine Verwunderung, kein Staunen und keine Freude, sie verfahren den Gegenständen gegenüber nur „handlungsmässig“. Die kleine Schachtel wird dabei in der Regel gleich geöffnet (eventuell mit Hilfe von Zähnen), wobei über das Leersein derselben keine Enttäuschung geäußert wird. Die Flasche wird entkorkt und es wird eventuell an ihr gerochen.

Das sind Verhaltensweisen, die uns gewissermassen als „normale“ anmuten. Es ist interessant, wie manche Kranke dabei bedacht sind, der Eigenart der Gegenstände gerecht zu werden. So wird das winzige etwa 4 cm lange Messerchen zart am Griff gefasst und nicht an der „scharfen“ Knnte. Dies geschieht aber nicht immer. Der Kranke nimmt den Gegenstand in die Hand und macht dabei etwas, was mit dessen üblicher Verwendung nichts Gemeinsames hat. So bekommt man ziemlich oft zu sehen, wie der beliebige Gegenstand z. B. der Ball an verschiedene Gegenden des Körpers sukzessive gepresst wird (häufig an die Brust, manchmal auch an die Genitalien oder an den Nabel).

¹⁾ Meine Versuche wurden bis jetzt hauptsächlich an weiblichen Kranken durchgeführt.

Diese „auteerotische“ Verhaltensweise zeigt Übergänge zu einer „magischen“; so erklärte später eine Kranke, welche die Flasche an den Nabel drückte, auf diese Weise die Schlange aus ihrem Bauch herauszulocken. Verfügt man nicht über wörtliche Äusserungen der Kranken, dann ist die Zuweisung einer einzelnen Handlung in eine bestimmte dieser Gruppen oft unmöglich. Oder der Kranke ist destruktiv eingestellt. Er versucht jeden Gegenstand, den er in die Hände bekommt, zu zerdrücken oder zu zerreißen.

Es ist nicht meine Absicht, alle bei diesem Versuch feststellbaren Arten von „Handlungen“ aufzuzählen und zu ordnen. Es soll da nur folgendes vermerkt werden, das dieselben im Ganzen charakterisiert. So bilden in der Regel die Verhaltensweisen eines jeden Kranken in dieser Sphäre ein System, das eine einheitliche Struktur aufweist. Diese Struktur weist oft eine bemerkenswerte Beharrungstendenz auf. Die Einstellung den präsentierten Gegenständen gegenüber, die der Kranke an einem Versuchstag bekundet, ändert sich oft in den nächsten Tagen sehr wenig, so dass man das Bild der „photographischen Treue“ der Verhaltensweise zu sehen bekommt. Die Verhaltensweise des Kranken offenbart einen eigentümlichen, persönlichen „Stil“, an dem er durch eine längere Zeitspanne festhält.

Nehmen wir ein Beispiel. Einer schizophrenen Kranken, die ganz mutistisch ist, sich selbst überlassen Bewegungstereotypien treibt, auf Zuruf sowie auf starke Geräusche in keinerlei merklicher Weise reagiert, mit der also scheinbar jeder Kontakt abgebrochen scheint, werden die erwähnten Gegenstände vorgelegt. Sie greift gleich nach dem Ball, nimmt ihn in die Hand und drückt ihn an die Herzgrube, dann an den Bauch und zuletzt an die Genitalien. Nachher nimmt sie den Ball vom eignen Körper weg, umschliesst ihn mit den Fingern der rechten Hand und drückt ihn mit aller Kraft zusammen.

Versucht man ihr den Ball aus der Hand zu nehmen, dann drückt sie ihn umso fester. Wird er ihr aber mit Gewalt entrissen, so kümmert sie sich um ihn nicht mehr. Gibt man ihr nun die Puppe, so wiederholt sich das Gleiche mit der Abänderung, dass der eigene Körper jetzt kürzer damit „abgetastet“ wird. Wegen der Schwierigkeit, die von der Kranken genommenen Gegenstände wieder zu erhalten, werden an diesem Tage der Kranken die anderen Gegenstände nicht mehr präsentiert. Am nächsten Tage wird der Versuch mit denselben Gegenständen wiederholt. Und

wiederum wird der Ball in die Hand genommen, der Körper damit abgetastet und dann zerdrückt. Die Probe, der Kranken den Ball zu entreissen, trifft auf Widerstand. Dasselbe geschieht mit der Puppe.

Eine andere Kranke nimmt an einem Tage den Ball in die Hand, schleudert ihn gleich zu Boden und versucht dann ihn zu fangen. Die Puppe aber stellt sie mit den Füßen auf die eigene Stirn und macht dort mit derselben balancierende Bewegungen. Am zweiten Tag greift sie ganz ähnlich nach dem Ball und schleudert ihn zu Boden. Was nun die Puppe anbelangt, so unterliegt die Verhaltensweise von gestern nur einer kleinen Abänderung, welche durch die Änderung der Umstände verständlich ist. Am vorigen Tage lag die Kranke während des Versuches; es bildete also die Stirn eine horizontale Fläche, auf der die Puppe aufrecht stehen konnte. Am zweiten Tag dagegen sass die Kranke; es war also die Stirn zum Aufrechtstellen der Puppe nicht mehr geeignet. Die Kranke verwendet jetzt also nicht die Stirn, sondern den linken Vorderarm als Postierungsfläche für die Puppe, wo nun mit derselben ganz gleich wie gestern balancierende Bewegungen ausgeführt werden.

Wiederum eine andere Kranke ist am ersten Versuchstage bemüht, die Puppe zu entkleiden, wobei dies am Hals der Puppe angefangen wird. Beim nächsten Versuch tut sie genau das Gleiche auf die gleiche Art.

Zwei Momente müssen dabei, wie schon erwähnt, hervorgehoben werden. Erstens: Provoziert man bei einem Kranken eine Reihe von „Handlungen“, so kommt darin oft eine bestimmte, einheitliche Verhaltensweise zum Vorschein. Es offenbart sich dabei eine eigenartige Einstellung (respektive ein System von Einstellungen), welche allen diesen „Handlungen“ einen spezifischen Charakter, einen „Stil“ verleiht. Und zweitens: Die Einstellung und somit auch die Verhaltensweise weist eine bedeutende Festigkeit auf, die ihr erlaubt sich länger zu behaupten. Diesen beiden Momenten tut keinen Abbruch die Tatsache, dass das Spezifische eines solchen Systems von Einstellungen einer genaueren Präzisierung und Benennung manchmal grosse Schwierigkeiten bietet¹⁾.

¹⁾ Dass man bei verschiedenen spontanen „Handlungen“ der Schizophrenen, deren Sinn uns unverständlich ist (z. B. das Sichauskleiden), vor allem nach der allgemeineren Einstellung fahnden soll, denen diese Handlungen entspringen, war das Postulat, welches wir schon früher formulierten.

Es liegt da also etwas ähnliches vor, wie wir es in der intellektuell-affektiven Sphäre beobachten konnten. Den intellektuellen und den intellektuell-affektiven Verhaltensweisen und Einstellungen der Schizophrenen sind also die „handlungsartigen“ zur Seite zu stellen, mit denen sie wesensverwandt sein können. Ihr Studium ist umso lohnender als sie, wie es sich zeigt, den experimentellen Methoden nicht allzuschwer zugänglich sind.

