

- ¹¹ Erkwow, R., H. Saß: Störung mit multipler Persönlichkeit: Alte Konzepte in neuem Gewande. *Nervenarzt* 64 (1993) 169–174
- ¹² Ford, C. V., D. G. Folks: Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics* 26 (1985) 371–383
- ¹³ Frankel, F. H.: Hypnotizability and Dissociation. *Am. J. Psychiatry* 147 (1990) 823–829
- ¹⁴ Freud, S., J. Breuer: Studien über Hysterie. *GW* 1 (1895) 75–312
- ¹⁵ Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW* 11, Kapitel XXIV (1916/17)
- ¹⁶ Freyberger, H. J., C. Spitzer, G. Kuhn, N. Magdeburg: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck (1993)
- ¹⁷ Frischholz, E. J., L. S. Lipman, B. G. Braun, R. G. Sachs: Psychopathology, Hypnotizability and Dissociation. *Am. J. Psychiatry* 149 (1992) 1521–1525
- ¹⁸ Greaves, G. B.: Multiple personality: 165 years after Mary Reynolds. *J. Nerv. Ment. Dis.* 168 (1980) 577–596
- ¹⁹ Guze, S. B., R. A. Woodruff, P. J. Clayton: A study of conversion symptoms in psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry* 128 (1971) 643–646
- ²⁰ Herman, J. L., J. C. Perry, B. A. van der Kolk: Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 146 (1989) 490–495
- ²¹ Hoffmann, S. O.: Psychoneurosen und Charakterneurosen. In: Kisker, K. P., H. Lauter, J. E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Band 1. Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (1986)
- ²² Horevitz, P., B. G. Braun: Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. *Psychiatr. Clin. North Am.* 7 (1984) 69–87
- ²³ Janet, P.: *The major symptoms of hysteria*. Macmillan, New York (1907)
- ²⁴ Kernberg, O.: *Borderlinestörungen und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt am Main (1978)
- ²⁵ Kluft, R. P.: First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 144 (1987) 293–298
- ²⁶ Kohut, H.: *Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt am Main (1973)
- ²⁷ Laplanche, J., J. B. Pontalis: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. 11. Auflage. Suhrkamp, Frankfurt (1992)
- ²⁸ Loewenstein, R. J. (Hrsg.): *Multiple personality disorder*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 14, 3 (1991)
- ²⁹ Mace, C. J., M. R. Trimble: "Hysteria", "functional" or "psychogenic"? A survey of British neurologists' preferences. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84 (1991) 471–475
- ³⁰ Mentzos, S.: *Hysterie*. Fischer, Frankfurt (1986)
- ³¹ Merskey, H.: The importance of hysteria. *Br. J. Psychiatry* 149 (1986) 23–28
- ³² Modestin, J.: Multiple personality disorder in Switzerland. *Am. J. Psychiatry* 149 (1992) 88–92
- ³³ Nemiah, J. C.: *Dissoziative Störungen*. In: Freedman, A. M., H. I. Kaplan, B. J. Sadock, U. H. Peters (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik*, Band 4. Psychosomatische Störungen. Thieme, Stuttgart, New York (1988) 89–112
- ³⁴ Nemiah, J. C.: *Somatoforme Störungen*. In: Freedman, A. M., H. I. Kaplan, B. J. Sadock, U. H. Peters (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik*, Band 4. Psychosomatische Störungen. Thieme, Stuttgart, New York (1988) 60–88
- ³⁵ Pfeifer, S., L. Brenner, W. Spengler: Störung mit multipler Persönlichkeit. *Nervenarzt* 65 (1994) 623–627
- ³⁶ Riley, K. C.: Measurement of Dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176 (1988) 449–450
- ³⁷ Ross, C. A., S. Heber, G. R. Norton, D. Anderson, G. Anderson, P. Barchet: *The dissociative disorder interview schedule: a structured interview*. John Wiley and Sons, New York (1989)
- ³⁸ Ross, C. A.: *Multiple personality disorder: diagnosis, clinical features, and treatment*. Wiley, New York (1989)
- ³⁹ Ross, C. A., S. D. Miller, P. Reagor, L. Bjornson, G. A. Fraser, G. Anderson: Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am. J. Psychiatry* 147 (1990) 596–601
- ⁴⁰ Saxe, G. N., B. A. van der Kolk, R. Berkowitz, G. Chinman, K. Hall, G. Lieberg, J. Schwartz: Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am. J. Psychiatry* 150 (1993) 1037–1042
- ⁴¹ Semler, G.: *Reliabilität und Validität des Composite International Diagnostic Interview*. S. Roderer Verlag, Regensburg (1990)
- ⁴² Spiegel, D., E. Cardena: Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J. Abn. Psychol.* 100 (1991) 366–378
- ⁴³ Spitzer, C., H. J. Freyberger, D. Kömpf, Ch. Kessler: Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen. *Nervenarzt* 65 (1994) 680–688
- ⁴⁴ Steinberg, M., B. Rounsaville, D. V. Cicchetti: The Structural Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am. J. Psychiatry* 147 (1990) 76–82
- ⁴⁵ Steinberg, M.: *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. APA, Washington, DC (1993)
- ⁴⁶ Steinberg, M., R. P. Kluft, P. M. Coons, E. S. Bowman, C. G. Fine, D. L. Fink, P. E. Hall, B. J. Rounsaville, D. V. Cicchetti: Multicenter field trials of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). *Yale University School of Medicine, New Haven, CT* (1989–1993)
- ⁴⁷ Terr, L. C.: *Childhood traumas: an outline and overview*. *Am. J. Psychiatry* 148 (1991) 10–20
- ⁴⁸ Veith, I.: *Hysteria. The history of a disease*. The University of Chicago Press, Chicago (1965)
- ⁴⁹ Wing, J. K., T. Babor, T. Brugha, J. E. Cooper, R. Giel, A. Jablenski, D. Regier, N. Sartorius: SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch. Gen. Psychiatry* 47 (1990) 589–593
- ⁵⁰ Wittchen, H. U., H. Saß, M. Zaudig, K. Koehler: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-III-R*. Beltz, Weinheim, Basel (1989)
- ⁵¹ Wittchen, H. U., G. Semler: *Composite International Diagnostic Interview. Interviewheft und Manual*. Beltz-Test, Weinheim, Basel (1991)
- ⁵² Wölkl, W.: *Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts*. *Nervenarzt* 63 (1992) 149–156
- ⁵³ World Health Organisation: *Composite International Diagnostics Interview (CIDI); a) CIDI-Interview (Version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI-Training manual, d) CIDI-computer programs*. WHO, Genf (1990)
- ⁵⁴ World Health Organisation: *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO, Genf (1991)
- ⁵⁵ World Health Organisation: *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. WHO, Genf (1991). Deutsche Übersetzung: Güllick-Bailer, M. v., K. Maurer, unveröffentlichtes Manuskript, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Dr. Harald J. Freyberger

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Universität
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck

Subjektives Erleben in der Katatonie: Systematische Untersuchung bei 24 katatonen Patienten

Georg Northoff, Wilfried Krill, Jens Wenke, Heinz Travers, Burkhard Pflug, Frankfurt

Zusammenfassung: Das subjektive Erleben katatonen Patienten hinter ihrer „Fassade der Immobilität“ ist im akuten Zustand kaum zu erfassen. Daher führten wir eine retrospektive Untersuchung (drei Wochen nach dem akut katatonen Zustand) zum subjektiven Erleben bei 24 katatonen Patienten mit einem speziell hierfür von uns entwickelten Selbstbeurteilungsbogen durch. Im Unterschied zum äußeren Erscheinungsbild zeichnet sich das Innenleben katatonen Patienten weniger durch ein Gefühl der motorischen Einengung, sondern durch starke psychische, bzw. affektive und kognitive Veränderungen aus. Bezüglich des subjektiven Erlebens läßt sich ein emotiver Subtypus, wo vor allem Angst die Bewegungen hemmt, von einem non-emotiven, wo eine starke Ambivalenz die Handlungen blockiert, bei der Katatonie unterscheiden.

Subjective Experience in Catatonia: Systematic Investigation in 24 Catatonic Patients: Catatonic patients are often not able to communicate their subjective experiences behind their "facade of immobility". Therefore we retrospectively (3 weeks later) investigated subjective experiences in 24 catatonic patients with a self-assessment-scale especially for catatonia developed by us. Our results showed that catatonic patients subjectively experience less their altered movements but rather cognitive, i.e. ambivalence, or affective, i.e. intense emotions which couldn't be controlled, alterations. According to our results we were able to distinguish an emotive (intense anxiety) from a non-emotive, i.e. cognitive (predominating ambivalence), subtype in catatonia with regard to subjective experience.

Katatonen Patienten stellen für ihre Umwelt häufig ein Rätsel dar: sie sprechen nicht (Mutismus, Stupor), verharren in bestimmten Haltungen (Haltungsverharren, Katalapsie), zeigen abnorme Bewegungen (Stereotypien, Manierismen, Grimassieren) und führen seltsam anmutende Handlungen, wie z. B. das Nachmachen (Echopraxie, Befehlsautomatie) oder das Gegenteil (Negativismus) der Handlungen des Untersuchers aus. Obwohl eine Form der Kontaktaufnahme, verbal oder non-verbal, oft unmöglich ist, erscheint es so, daß sie hellwach sind, volles Bewußtsein zeigen und ihre Umgebung genau wahrnehmen. Möglicherweise besteht eine Differenz zwischen dem äußeren Eindruck bzw. der „Fassade der Immobilität“ (Perkins 1982) und dem inneren Erleben bei katatonen Patienten.

Anhand von Einzelfällen (Wulf 1960, 1995; Northoff 1992, 1995) wurde immer wieder das „reiche subjektive Innenleben“ katatonen Patienten gezeigt. Dennoch liegen bisher keine systematischen Studien zum subjektiven Erleben katatonen Patienten vor. Aufgrund der Unmöglichkeit der Befragung katatonen Patienten im akut katatonen Zustand führten wir eine retrospektive Studie zum subjektiven Erleben bei 24 katatonen Patienten mit einem von uns speziell entwickelten Selbstbeurteilungsbogen durch.

Methode

Patienten

Wir betrachteten die Katatonie nicht ausschließlich als eine Unterform der Katatonie (Kraepelin 1904, Bleuler 1911), sondern, wie gegenwärtig international üblich, als ein Syndrom welches bei verschiedensten Erkrankungen, organischen (neurologische, internistische etc.) und funktionellen (psychiatrischen, vor allem bei schizophrenen und affektiven Psychosen), auftreten kann (Gelenberg 1976, Lohr 1987, Rosebush 1990, Taylor 1990, Fink 1993). In Orientierung an die Beschreibung von Kahlbaum gingen wir von den Kriterien von Lohr (1987) und Rosebush (1990) aus (siehe Appendix). Alle 24 Patienten (12 Frauen, 12 Männer; Alter: $33,4 \pm 10,5$), wovon 19 bei Aufnahme keinerlei psychiatrische Medikation (wie z. B. Neuroleptika) einnahmen, mußten beide Kriterien für eine Katatonie, d. h. sowohl die von Rosebush als auch die von Lohr, bei zwei voneinander unabhängigen Psychiatern (G. N.; J. W.) mit spezieller Erfahrung auf dem Gebiet der Katatonie, am Tag der Aufnahme (Aufnahmezeitraum: März 1991 bis August 1993; Psychiatrische Universitätsklinik Frankfurt) erfüllen. Drei Wochen nach Aufnahme, d. h. am Tag 21, wurden alle Patienten erneut nach den Kriterien von Rosebush u. Lohr untersucht. Am Tag der Entlassung wurde von zwei weiteren Ärzten, dem jeweiligen Stationsarzt und dem entsprechenden Oberarzt, eine Diagnose nach DSM-III-R (APA 1987) gestellt.

Selbstbeurteilung des subjektiven Erlebens

Die Katatonie wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich interpretiert: Sie wird als motorische, affektive oder kognitive Störung angesehen (siehe Tab. 1). In dem von uns entwickelten Selbstbeurteilungsbogen (siehe Appendix) bezogen wir uns auf diese unterschiedlichen Interpretationen der Katatonie (siehe Tab. 1: rechte Spalte). Wir führten 14 Items an, wobei die Patienten für jedes Item auf einer Linie zwischen beiden Extremen, je nach dem Grad ihres subjektiven Erlebens, ankreuzen konnten. Im Rahmen eines ausführlichen se-

Interpretation	Vertreter	Hypothese	Frage im S-bogen
motorisch	Wernicke/Kleist	Psychomotorik	1, (3), (10), 12
	Homburger	Doppelgesichtigkeit der Psychomotorik	
kognitiv	Abrams/Taylor Rosebush	Spezifität einzelner Symptome Konstellation motorischer Symptome	2, (3), 4, 5, (9)
	Kraepelin	Ambivalenz/Streben- Gegenstreben/Negativismus	
	Bostroem	Störung des Willens	
affektiv	Andreasen	Negativsymptomatik/Verflachung und Entleerung im Denken und Fühlen	6, 7, 8, 9, 10, 11
	Bleuler	Zeichen affektiver Entladung/Starre	
	Margrinat	Reaktion auf Streß	
phänomeno- logisch	Perkins	Totstellreflex als Antwort auf Angst	12, 13
	Wulff	Dissoziation von Innen- und Außenwelt	
	Northoff		

Tab. 1 Interpretationen der Katatonie.

Selbstbeurteilungsskala

Name	Datum
Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre innere Verfassung in der Zeit zu beschreiben, in der andere Menschen keinen richtigen Kontakt zu Ihnen fanden.	
Bitte kreuzen Sie bei den unten aufgeführten Fragen jeweils auf der Linie Ihre eigene Auffassung an. Dieses soll in der Weise geschehen, daß Sie jeweils Ihre eigene Verfassung zwischen den beiden Fragen mit einem Strich angeben.	
Ich hatte keine Probleme Bewegungen auszuführen.	Ich konnte keine Bewegungen mehr ausführen.
Mein Wille war ganz frei und nicht blockiert.	Mein Wille war total blockiert.
Ich hatte keine Probleme mich sprachlich zu äußern.	Ich konnte kein Wort mehr herausbringen.
Ich hatte viele Ideen im Kopf.	Ich hatte keine Ideen im Kopf.
Ich konnte meine Ideen durchsetzen.	Ich konnte meine Ideen nicht durchsetzen.
Ich hatte intensive Gefühle der Freude.	Ich hatte intensive Gefühle der Angst.
Diese Gefühle störten mich nicht.	Diese Gefühle überwältigten mich völlig und blockierten mich total.
Die intensiven Gefühle machten mich nicht sprachlos.	Die intensiven Gefühle machten mich sprachlos.
Die intensiven Gefühle machten mich nicht bewegungsunfähig.	Die intensiven Gefühle machten mich völlig steif und bewegungslos.
Ich hatte volle Kontrolle Kontrolle über meine Gefühle.	Ich hatte keinerlei Kontrolle und Einfluß auf meine Gefühle.
Ich hatte volle Kontrolle über meine Bewegungen.	Ich hatte keinerlei Kontrolle über meine Bewegungen.
Ich fühlte mich nicht von der Umwelt isoliert.	Ich fühlte mich völlig von der Umwelt isoliert.
Ich fühlte mich nicht von der Umwelt bestimmt.	Ich fühlte mich völlig von der Umwelt bestimmt.
Ich fand den Zustand schön.	Ich fand den Zustand schrecklich.

mistrukturierten Interviews wurde die Selbstbeurteilung des subjektiven Erlebens während des akut katatonen Zustandes retrospektiv am Tag 21, wo keiner der 24 Patienten mehr als kataton nach den Kriterien von Rosebush (1990) u. Lohr (1987) eingeschätzt wurde (siehe unten), von G. N. u. W. K. durchgeführt.

Für die statistische Auswertung wurde die Linie zwischen beiden Extremen in drei Teile (rechts, mitte, links) geteilt. Mittels des Items 9 (Zusammenhang zwischen Affekt und Motorik) wurde ein emotiver Subtypus von einem non-emotiven unterschieden. Anschließend wurden beide Subtypen durch den χ^2 -Test auf signifikante Unterschiede in den anderen Items geprüft.

Ergebnisse

Katone Symptome und co-morbide Diagnose

Die 24 katatonen Patienten zeigten die folgenden katatonen Symptome nach Rosebush am Tag 0: 62% der Patienten zeigten eine Akinese, 71% Starren, 80% Mutismus, 54% Autismus, 61% Haltungsverharren, 47% Rigor, 42% Negativismus, 79% Katalapsie, 43% Grimassieren, 37% Echolalie, 50% Stereotypien und 43% Verbigerationen. Von den 24 katatonen Patienten klassifizierten wir 9 als eine erregte und 15 als eine gehemmte Katatonie nach Rosebush u. Lohr. Nach den Kriterien von Rosebush u. Lohr wurde keiner der 24 Patienten mehr am Tag 21 als kataton von G. N. u. J. W. eingestuft. Die 24 katatonen Patienten erhielten am Tag ihrer Entlassung die folgenden Diagnosen nach DSM-III-R:

- residuale Schizophrenie (295.6): 8
- katone Schizophrenie (295.2): 4
- paranoide Schizophrenie (295.3): 1
- kurze reaktive Psychose (298.8): 2
- endogene Depression (296.3): 3
- manisch-depressive Erkrankung (296.6): 4
- organische Katatonie (HIV-Enzephalopathie; Renale Enzephalopathie): 2

Subjektives Erleben

Die Ergebnisse für die einzelnen Items in unserem Selbstbeurteilungsbogen sind in Tab. 2 abgebildet. 12 Patienten markierten bei Item 1 ganz links, d.h. sie verspürten keinerlei Probleme bei der Ausführung von Bewegungen während des katatonen Zustandes. Die andere Hälfte erlebte Probleme bei der Bewegungsausführung (Item 1) und einen Verlust der Kontrolle ihrer Bewegungen (Item 11). 40-60% erlebten eine Blockade ihrer Ideen (Item 5), eine Unfähigkeit der verbalen Äußerung (Item 3) und eine Blockade ihres Willens (Item 2). 50% erlebten eine starke Angst (Item 6), eine Überwältigung durch ihre starken Emotionen (Item 7), eine verbale und motorische Blockade durch die Emotionen (Item 8, 9) sowie einen Verlust der Kontrolle ihrer Emotionen (Item 19). Über 60% der katatonen Patienten fühlten sich von ihrer Umwelt isoliert (Item 12) sowie bestimmt bzw. determiniert durch dieselbe (Item 13). Fast alle Patienten fanden den katatonen Zustand schrecklich obwohl einige wenige ihn auch als schön empfanden (Item 14).

Tab. 2 Ergebnisse im Selbstbeurteilungsbogen (Stelle des Kreuzes).

Frage:	links	mitte	rechts	kein Kreuz	links und rechts
1	12/50%	2/ 9%	10/42%		
2	6/25%	7/30%	10/42%	1	
3	5/20%	2/ 9%	15/63%	1	1 mittel/ rechts
4	9/38%	5/20%	9/38%	1	
5	5/20%	1/ 4%	16/66%	1	1
6	3/13%	3/13%	13/54%	2	3
7	3/13%	4/16%	13/54%	3	1
8	6/25%	3/13%	12/50%	3	
9	6/25%	1/ 4%	12/50%	3	2
10	6/25%	3/13%	13/54%	2	
11	8/13%	3/13%	11/46%	1	1 mittel/ links
12	5/20%	2/ 9%	15/63%	1	1
13	6/25%	1/ 4%	16/66%	1	
14	2/ 9%	0/ 0%	19/80%	1	2

Das Unterscheidungskriterium für Patienten mit und ohne dem Erlebnis intensiver und überwältigender Emotionen (Angst etc.) stellt das Item 9 dar, wo alle Patienten vom emotiven Subtypus (7 Frauen, 6 Männer; Alter: 34,6 ± 12,3) rechts und alle, vom non-emotiven (11 Patienten: 6 Frauen, 5 Männer; Alter: 35,1 ± 12,5) links kreuzten. Darüber hinaus bestehen noch weitere statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem emotiven und dem non-emotiven Subtypus (siehe Abb. 1). Beide Subtypen zeichnen sich durch das Erleben intensiver Emotionen aus, unterscheiden sich aber signifikant in bezug auf die Kontrollierbarkeit derselben (siehe Abb. 1).

Diskussion

Wir untersuchten das subjektive Erleben von 24 katatonen Patienten mit einem speziell hierfür von uns entwickelten Selbstbeurteilungsbogen. Überraschenderweise erlebten 50% der Patienten keine Einschränkungen in ihren Bewegungen während des katatonen Zustandes welches möglicherweise

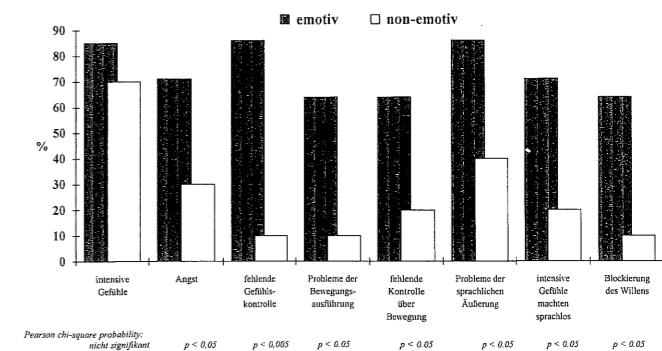


Abb. 1 Subjektives Erleben der Katatonie. Unterteilung in Gruppen nach der Aussage, die intensive Gefühle machten bewegungsunfähig: ja: emotiv, nein: non-emotiv.

auch durch den retrospektiven Charakter unserer Studie bedingt sein könnte. Die katatonen Patienten erlebten primär psychische bzw. kognitive oder affektive Veränderungen, welche sich sekundär auf ihre Bewegungen auswirkten. Ein Beispiel hierfür stellt auch der von Wulf geschilderte Patient Friedrich R. dar, dessen Erleben durch den Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit, und nicht durch seine Bewegungen, in bezug auf seine Umwelt dominiert wird (Wulf 1995). Im Unterschied zu Parkinson-Patienten, die über eine Einschränkung und Hemmung ihrer Bewegungen klagen (Bostroem 1928), gaben die katatonen Patienten vor allem intensive und nichtkontrollierbare Emotionen oder eine starke Ambivalenz mit einer Willensblockade an. Je nach den dominierenden psychischen Erlebnissen konnten mittels unserer Selbstbeurteilungsskala zwei Subtypen, der emotive und der non-emotive, bezüglich des subjektiven Erlebens im katatonen Zustand unterschieden werden.

Katone Patienten des emotiven Subtypus litten vor allem unter Emotionen, und hier vor allem Angst bzw. Todesangst, deren Intensität sie nicht mehr kontrollieren konnten.

Die Patientin lag bei Aufnahme bewegungslos mit erhobenen Armen auf einer Liege. Auf Ansprache reagierte sie zunächst lange Zeit überhaupt nicht, nach einer langen Latenz reagierte sie jedoch mit stockender Sprache und automatenhafter Stimme. Sie sagte, daß es Dinge gibt, die so schwerwiegend seien, daß sie sie nicht ausführen dürfte. Sie hätte das Gefühl tot zu sein, deshalb bräuchte sie sich weder zu bewegen noch zu atmen und zu essen. Die Stimmung der Patientin war ängstlich und gequält, ihr Gesichtsausdruck war mit weit aufgerissenen und starrenden Augen durch die Angst gezeichnet. Immer wieder wurden komplett mutistisch-stuporöse Phasen von sirenenartigen Weinanfällen unterbrochen. Psychomotorisch zeigte sie eine Katalapsie, ein Haltungsverharren mit in die Luft gehobenen Beinen und Armen, sowie phasenweise Stereotypien während der Weinanfälle. Nach einer intravenösen Therapie mit Lorazepam zeigte sich eine leichte Besserung der akuten Angstsymptomatik, wohingegen die paranoiden Ideen und die motorischen Veränderungen persistierten. Sie klagte über einen vollständigen Kontrollverlust sowohl über ihre Emotionen als auch über ihre Bewegungen. Psychomotorisch wechselten sich hypoton-schlaffe Bilder, wo sie sich zusammenfiel oder nach rückwärts abgleitete, und stuporös-katalaptische Phasen, wo sie nach 50 min völlig re-

gungs- und bewegungslos am Telefon aufgefunden wurde, ab. Im weiteren Verlauf des stationären Aufenthaltes kam es zu einer kompletten Remission. Retrospektiv berichtete die Patientin, daß sie bei Aufnahme Todesängste verspürt habe, die sie blockiert hätten, so daß sie jegliche willentliche Kontrolle sowohl über ihre Emotionen als auch über ihre Bewegungen verloren hätte. Das subjektive Erleben einer Hemmung ihrer Bewegungen oder einer Müdigkeit derselben durch die kataleptische Position verneinte sie. Sie hätte zwar den Verlust der Kontrolle ihrer Bewegungen, nicht aber deren abnormen Charakter wahrgenommen.

Solche Schilderungen sind typisch für katatone Patienten des emotiven Subtypus und scheinen die affektiven Interpretationen der Katatonie als eine Art „Totstellreflex“ bzw. als eine ultimative Antwort auf Angst und Streß (Perkins 1982; siehe Tab. 1) zu bestätigen. Möglicherweise ist bei diesen Patienten der anxiolytische Effekt des Lorazepams der entscheidende Wirkmechanismus (Menza 1989, Rosebush 1990, Taylor 1990). Dennoch erlebten nicht alle Patienten der emotiven Gruppe eine starke und nicht kontrollierbare Angst: Eine andere Patientin wurde immer dann kataton (4mal), wenn sie sich frisch verliebt hatte und zeigte dementsprechend stark mani-riert-sexualisierte Bewegungen mit einem völlig verzückten Affekt. Die Bewegungen stehen oft, wie in diesem Fall, in einem engen Zusammenhang zum subjektiven Erleben bzw. zu den entsprechenden Emotionen, und weisen daher häufig einen starken Ausdruckscharakter auf.

Katatone Patienten der non-emotiven Gruppe klagten vor allem unter einer starken Ambivalenz, einer Ambitendenz und einer Blockade ihres Willens.

Die Patientin war bei Aufnahme mutistisch-stuporös, zeigte Haltungsverharren und eine starre Mimik. Von allein unternahm sie gar nichts wohingegen sie allen Bewegungen des Untersuchers folgte – sie zeigte eine Echopraxie. Sobald der Untersucher sie allein ließ blieb sie abrupt stehen und zeigte Haltungsverharren. Nachdem der Bruder sie vor der Stationstür zum Abschied umarmt hatte, verharrte sie in der entsprechenden Position. Unter neuroleptischer Therapie zeigte sich eine Besserung nach mehreren Tagen so daß die psychomotorische Symptomatik vollständig verschwand. Im Vordergrund stand jetzt eine starke Negativsymptomatik mit Entleerung, Antriebsmangel, fehlender Eigeninitiative und affektiver Abstumpfung. Retrospektiv erzählte sie, daß sie sich bei der Aufnahme völlig überfordert gefühlt habe, unschlüssig gewesen sei und sich zu nichts habe entscheiden können. So hätte sie nicht gewußt ob sie gehen oder stehen bleiben sollte. Morgens habe sie vor dem Kleiderschrank sich nicht entscheiden können, welches Kleid sie anziehen sollte. Fremd-anamnestisch wird vom Partner berichtet, daß sie jeden Morgen bis zu zwei Stunden in derselben Haltung vor dem Kleiderschrank wortlos verharrte. In ihrem subjektiven Erleben hätte sie keine Hemmung ihrer Bewegungen verspürt, sondern lediglich eine totale Blockade ihres Willens, so daß sie völlig unschlüssig gewesen sei.

Solche Schilderungen sind typisch für katatone Patienten des non-emotiven Subtypus und scheinen die kognitiven Interpretationen der Katatonie (siehe Tab. 1) zu bestätigen. Aber auch diese Patienten erlebten starke Emotionen, die sich aber, im

Unterschied zum emotiven Subtypus, besser kontrollieren ließen (siehe Abb. 1) und möglicherweise durch die totale Blockade des Willens hervorgerufen werden. Häufig weisen Patienten des non-emotiven Subtypus die Diagnose einer chronischen Schizophrenie mit einer starken Negativsymptomatik auf, so daß der durch die starke Ambivalenz ausgelöste katatone Zustand als eine extreme Verstärkung der Willenshemmung interpretiert werden kann (Mortimer et al. 1990). Wulf spricht von einer Unbestimmbarkeit der Entscheidungen mit einem Verlust des vitalen Kontraktes zur Umwelt, welches mit einer totalen Blockade des Willens einhergeht (Wulf 1995).

Methodisch ist der retrospektive Charakter unserer Untersuchung problematisch, wodurch möglicherweise die Ergebnisse verfälscht sind. Im Unterschied zu der Annahme von Mayer-Gross (1932) zeigten die katatonen Patienten keine Amnesie: Einige konnten sich im semistrukturierten Interview, welches vor dem Selbstbeurteilungsbogen durchgeführt wurde, nicht an ihre subjektiven Erlebnisse im katatonen Zustand erinnern. Sobald sie aber den Selbstbeurteilungsbogen ausfüllten, konnten sie sich jedoch in einem zunehmenden Maße an ihre subjektiven Erlebnisse im katatonen Zustand erinnern, so daß der Selbstbeurteilungsbogen quasi eine Art non-verbale „Gedächtnisstütze“ darstellte. Darüber hinaus heben andere Autoren (Bleuler 1911, Lohr 1987) die Heterogenität des subjektiven Erlebens bei der Katatonie hervor: Auch in unserer Studie zeigen verschiedene Patienten unterschiedliche Erlebnisse. Dieses spiegelt sich im heterogenen Verteilungsmuster der Ergebnisse des Selbstbeurteilungsbogens wider (siehe Tab. 2). Trotz der Heterogenität der Inhalte der subjektiven Erlebnisse fanden sich gewisse Gemeinsamkeiten, die sich vor allem auf die Wechselwirkungen zwischen Emotionen/Willen einerseits und Bewegungen andererseits bezogen.

Zusammenfassend zeigt sich, daß sich das subjektive Erleben im katatonen Zustand durch eine starke Heterogenität auszeichnet. Dabei stehen nicht Einschränkungen der Bewegungen im Zentrum des subjektiven Erlebens, sondern, wie von anderen Autoren bereits betont (Kindt 1980, Wulf 1969, 1995), psychische bzw. affektive und kognitive Veränderungen. Primär wird entweder eine nicht zu kontrollierende Angst bzw. andere intensive Emotionen, oder eine überwältigende Ambivalenz erlebt, die zu sekundären motorischen Veränderungen mit einer möglichen Hemmung der Bewegungen führen. Bezüglich des subjektiven Erlebens kann die Katatonie somit weder als eine rein psychische noch als eine rein motorische Erkrankung betrachtet werden, da psychische Erlebnisse und motorische Bewegungen ineinander transformiert werden (Kindt 1980, Northhoff 1992). Darüber hinaus zeigt sich gerade bei der Katatonie die zentrale Bedeutung des subjektiven Erlebens, da diese ohne dasselbige nicht verstanden werden kann (Wulf 1995). Dementsprechend tragen sowohl neuropathologische bzw. neurophysiologische als auch psychopathologische Begründungsversuche nur „Aspektcharakter“ (Kindt 1980; S. 112). Somit erscheint die Entwicklung eines integrativen Modells von Gehirn und Subjekt für ein adäquates Verständnis der Katatonie notwendig, so daß sowohl die objektive als auch die subjektive Betrachtungsweise berücksichtigt werden kann (Northhoff 1991, 1992, 1995).

Appendix 1 Katatoniekriterien nach Rosebush (1990) (unter Orientierung an Kahlbaum).

Kriterium für die Diagnose einer Katatonie: 4 von 12 Symptomen

Akinese/Immobilität: Starren:	Abwesenheit spontaner Bewegungen verminderte Frequenz von Augen-Blinzeln, konstanter Blick in eine Richtung
Mutismus:	nicht hörbares Flüstern oder vollständige Abwesenheit spontaner Sprache
Rigor (= Flexibilitas cerea):	erhöhter Muskeltonus mit wächserner Biegsamkeit bei passiven Bewegungen
Autismus/Nahrungs- verweigerung:	Verschwinden/Abdrehen von dem Untersucher/Nahrungsverweigerung
Haltungsverfahren:	aktives und willkürliches Einnehmen mit Verharren in einer unnatürlichen und bizarren Haltung
Grimassieren:	unübliche und übertriebene faziale Ausdrucksbewegung im Gesicht
Negativismus:	aktiver Widerstand gegen Anordnungen und Ausführungen des Gegenteils
Katalepsie:	passives Verharren in einer unnatürlichen und bizarren Stellung, die vom Untersucher induziert und festgelegt wird
Echolalie/praxie:	Wiederholung und Nachahmung von Worten/Handlungen des Untersuchers
Stereotypien:	ziellose, repetitive Bewegungen, die häufig sinnlos und bizarr wirken
Verbigerationen:	kontinuierliche und ziellose Wiederholung einzelner Sätze oder Wörter

Appendix 2 Catatonic Criteria by Lohr (1987).

Tentative Criteria for the Diagnosis of Catatonia

- At least one of the following should be present:
 - Catalepsy
 - Positivism (such as automatic obedience, Mitmachen, Mitgehen)
 - Negativism
- At least two of the following should also be present:
 - Stereotypies
 - Mannerisms or grimacing
 - Bizarries
 - Posturing
 - Echo phenomena
 - Excessive Muscular tension
 - Mutism
 - Staring
- For a diagnosis of retarded or withdrawn catatonia, hypokinesia should dominate the clinical picture
- For a diagnosis of excited catatonia, impulsiveness, combativeness, denudativeness, or other signs of excessive activity should dominate the clinical picture

Literatur

- Abrams, R., M. Taylor: Catatonia: A prospective clinical study. *Archives of General Psychiatry* 33 (1976) 579–581
- American Psychiatric Association (APA): Committee on nomenclature and statistics. *Diagnostic manual of mental disorders*; Revised third edition; Washington DC (1987)
- Andreasen, N. C.: Negative symptoms in schizophrenia: Definition and Reliability. *Archives of Psychiatry* 39 (1982) 784–788
- Bleuler, E.: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.): *Handbuch der Psychiatrie*. Deuticke, Leipzig, Wien (1911)

- Bostroem, A.: Katatone Störungen. In: Bumke, O. (Hrsg.): *Handbuch der Geisteskrankheiten*, II, Bd. 2. Springer, Berlin (1928) 134–206
- Fink, M., G. Bush, A. Francis: Catatonia: A treatable disorder occasionally recognized. *Directions in Psychiatry* 13 (1993) 1–7
- Gelenberg, A. J.: The catatonic syndrome. *Lancet* 2 (1976) 1339–1341
- Homburger, A.: Motorik. In: Bumke, O. (Hrsg.): *Handbuch der Geisteskrankheiten V*, Bd. 9. Springer, Berlin (1932) 211–264
- Kahlbaum, K.: *Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine Form psychischer Krankheit*. Hirschwald, Berlin (1874)
- Kindt, H.: *Katatonie. Ein Modell psychischer Krankheit*. Enke, Stuttgart (1980)
- Kleist, K.: *Die Katatonie*. *Nervenarzt* 16 (1943) 1–10
- Kraepelin, E.: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch*. 7. Auflage. Barth, Leipzig (1904)
- Lohr, J. B., A. A. Wisniewski: *Movement Disorders. A neuropsychiatric approach*. Guilford Press, New York (1987)
- Margrinat, G., J. C. Lorenzo, A. Flemenbaum: A reassessment of catatonia. *Comprehensive Psychiatry* 24 3 (1983) 218–228
- Mayer-Gross, W.: *Katatone Bilder*. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (1932) 391–418
- Menza, M., D. Harris: Benzodiazepines and catatonia: An overview. *Biological Psychiatry* 26 (1989) 842–846
- Mortimer, A. M., C. Lund, P. McKenna: The positive-negative dichotomy in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 157 (1990) 41–49
- Northhoff, G.: Systemtheoretische Betrachtung neuropsychiatrischer Phänomene. *Gestalttheorie* 13 (1991) 2–18
- Northhoff, G.: *Neuropsychiatrische Phänomene und das Leib-Seele-Problem: Katatonie im Knotenpunkt zwischen Medizin und Philosophie*. Philosophische Dissertation an der Universität Bochum (1992)
- Northhoff, G.: *Neuropsychiatrische Phänomene und das Leib-Seele-Problem. Qualia im Knotenpunkt zwischen Gehirn und Subjekt*. Blaue Eule, Essen (1995)
- Perkins, R. J.: Catatonia: The ultimative response to fear? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 16 (1982) 282–287
- Rosebush, P., B. Furlong, M. Mazurek: Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: Frequency, clinical presentation and response to lorazepam. *Journal of Clinical Psychiatry* 51 (1990) 357–362
- Taylor, M. A.: Catatonia. A review of the behavioral neurologic syndrome. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology* 3 (1990) 48–72
- Wulf, E.: *Ausdrucksphänomenologische Interpretation einer katatonen Krise*. Medizinische Dissertation an der Universität Freiburg (1960)
- Wulf, E.: *Wahnsinnslogik. Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung*. Bonner Psychiatrie Verlag, Bonn (1995)

Dr. med. Dr. phil. Georg Northhoff

Universität Frankfurt
Abteilung für Klinische Psychiatrie II
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
D-60528 Frankfurt am Main