

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## KATATONIE

### Zur Diagnose katatoner Krankheitszeichen

Die Katatonie galt früher als eine der Unterformen der Schizophrenie mit meist erheblich irritierenden Bewegungs-Auffälligkeiten sowie seelischen und Verhaltens-Störungen. Inzwischen ist man in Forscherkreisen der Meinung, dass katatone Symptome nicht nur hier, sondern auch bei anderen Krankheitsbildern möglich sind. Beispiele: Das Autismus-Spektrum, das Tourette-Syndrom, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), ja Zwangsstörungen, affektive Psychosen, neurologische sowie Stoffwechselstörungen u. a.

Um zu konkreten Erkenntnissen in Diagnose und Krankheitsverlauf zu kommen, steht inzwischen ein Messinstrument zur Erfassung katatoner Symptome zur Verfügung, dessen deutsche Übersetzung nachfolgend vorgestellt werden soll.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Katatonie – katatone Krankheitszeichen – Schizophrenie – Psychopathologie der Katatonie – Schizophrenie-Spektrum – Erscheinungsbild der Katatonie – katatone Motorik – katatone Psychomotorik – affektive Katatonie-Symptome – katatone Hypokinesen – katatone Hyperkinesen – katatone Parakinesen – katatone Stereotypien – katatone Automatismen – katatone Manierismen – katatone Festination – katatone athetotische Bewegungen – katatone choreatische Bewegungen – katatone Dyskinesien – katatones Gegenhalten – katatone Paratonie – katatones Posieren – katatone Katalepsie – katatone Flexibilitas cerea – katatone Rigidität – katatone Akinese – katatoner Muskeltonus – katatone Impulsivität – katatone Aggression – katatone Erregungszustände – katatoner Affekt – katatone Angstzustände – katatone Ambivalenz – katatoner starrer Blick – katatone Agitiertheit – katatones Grimassieren – katatone Verbigeration – katatone Perseveration – katatoner Redestil – katatone Sprache – kata-

tone automatische Gehorsamkeit – katatone Echolalie – katatone Echopraxie – katatones Mitgehen – katatones zwanghaftes Verhalten – katatoner Negativismus – katatoner Autismus – katatoner Mutismus – katatoner Stupor – katatoner Verlust der Eigeninitiative – katatone vegetative Abnormalitäten – u.a.m.

Die *Schizophrenie* (früher auch in der Mehrzahl als die Schizophrenien bezeichnet) ist ein seelisches Krankheitsbild, das die Betroffenen seit jeher belastet und schon im Altertum beschrieben wurde. Sie gehört zu den so genannten psychotischen Störungen (früher im Volksmund als „Geisteskrankheiten“ diskreditiert) und hat die Ärzte und hier vor allem die Psychiater seit Mitte des 19. Jahrhunderts bis heute bezüglich Psychopathologie und Krankheitsverlauf besonders beschäftigt; mitunter übrigens alle anderen seelischen Leiden in den Hintergrund drängend und bisweilen mit sehr kontroversen Ansichten, Hypothesen, Theorien und ihren psychosozialen Konsequenzen im Alltag

Die derzeit gültigen Störungs-Definitionen und Diagnose-Kriterien, wie man das klassifikatorisch und wissenschaftlich nennt, werden von zwei Institutionen dominiert: Das eine ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), das andere die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5<sup>®</sup>.

In der ICD-10 (seit 1991, eine aktuelle Überarbeitung ist in absehbarer Zeit zu erwarten) findet man sie unter den Bezeichnungen „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, konkret „schizotype Störungen, anhaltende wahnhaftige Störungen, akute vorübergehende psychotische Störungen, induzierte wahnhaftige Störungen und schizoaffektive Störungen“. Einzelheiten siehe die Fachliteratur sowie die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.

Im DSM-5<sup>®</sup> findet man sie unter „Schizophrenie und andere psychotische Störungen“ innerhalb des Schizophrenie-Spektrums als katatonen Typus neben der kurzen psychotischen Störung sowie den schizophrenieformen, wahnhaften und schizoaffektiven Störungen u. a.

Während in früheren Klassifikationen, die von der WHO genutzt wurden, lange Zeit die Einteilung in paranoid-halluzinatorische, hebephrene und katatone Störungen als Subtypen bestand, hat sich das jetzt bei der APA verändert. Das ist deshalb von Bedeutung, weil damit den *katatonen Symptomen* im weitesten Sinne eine besondere Bedeutung zugewiesen wird, wie sie in dieser Form früher nicht gegeben war.

Dabei muss man wissen, dass das Erscheinungsbild der Katatonie zu den eindrucksvollsten Phänomenen der Psychopathologie (also psychiatrischen Krankheitslehre) gehört. Dies betrifft vor allem die Motorik, d. h. die Gesamtheit der vom Zentralen Nervensystem kontrollierten Bewegungsvorgänge als bewusste

willkürliche Bewegungen (so genannte Willkür-Motorik). Aber auch unbewusste und unwillkürliche Bewegungen sowie die so genannte Psychomotorik, also das durch seelische Vorgänge beeinflusste körperliche Bewegungs- und Ausdrucksverhalten. Bei Letzteren handelt es sich um Hypo-, Hyper- und Parakinesen, um Stereotypien und Automatismen, um Verlangsamung und Beschleunigung usf. Einzelheiten siehe wiederum die Fachliteratur sowie die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

## **Die Katatonie einst und heute**

Die Störungen in diesen Bereichen sind ein zentrales Phänomen des schizophrenen Krankheitsbildes. Dies findet sich nicht zuletzt bei dem klinischen Erscheinungsbild der *Katatonie*.

In der erwähnten ICD-10 werden katatone Symptome der schizophrenen Störung zugeordnet. Es gibt sie aber auch bei anderen seelischen Krankheiten, worauf sich vor allem die erwähnte US-amerikanische Klassifikation des DSM-5<sup>®</sup> bezieht. Dabei wird besonders darauf hingewiesen, dass es nicht nur Störungen der Motorik und Psychomotorik, sondern auch affektive (Gemüts-) Phänome im Rahmen einer Katatonie zu ertragen gilt. Solche affektiven katatonen Symptome finden sich neben den schizophren Erkrankten auch beim Autismus-Spektrum, Tourette-Syndrom, bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), bei Zwangsstörungen, bei affektiven Psychosen, bei hirn-organischen und sogar Stoffwechsel-Störungen. Einzelheiten zu den verschiedenen Krankheitsbildern wiederum siehe die Fachliteratur und die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.

Inzwischen wird nicht nur im Bereich der Forschung, sondern auch im Alltag immer deutlicher, dass katatone Symptome seit jeher eine große Bedeutung haben, auch wenn sie bisher lediglich als Subtyp der Schizophrenie begriffen wurden. Es zeigte sich nämlich in der Forschung der letzten Jahre, dass katatone Krankheitszeichen gut quantifizierbar, objektivierbar und verlässlich einschätzbar sind und vor allem nicht dem unterliegen, was man wissenschaftlich Bias (engl.: Verzerrung) nennt.

Letzteres kann verschiedene methodische Ursachen haben, aber auch Verzerrungen beim Erinnern oder Abrufen von Informationen, die zu Fehl-Ergebnissen führen. Wichtig auch die Erkenntnis: Katatone Symptome können altersunabhängig und über verschiedene Krankheitsbilder verteilt auftreten. Da liegt die dringende Empfehlung nahe, katatone Symptome rechtzeitig zu erkennen, konkret zu erfassen und anschließend auch gezielt medikamentös zu behandeln (zumal es ja auch akut lebensbedrohliche Formen der Katatonie gibt!).

Deshalb diskutiert man inzwischen die Katatonie in der Wissenschaft nosologisch (Krankheitslehre: systematische Einordnung und Beschreibung der Krankheiten) wie auch ätiologisch (Ursachen) als eigenständiges Krankheitsbild.

In der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 7 (2017) 787 wird jetzt von einer Gruppe psychiatrischer Experten aus verschiedenen Kliniken des In- und Auslands ein validiertes (wissenschaftlich überprüfetes und in seiner Effektivität nachgewiesenes) Mess-Instrument zur Erfassung katatoner Symptome in deutscher Sprache vorgestellt. Einzelheiten zur Zitation siehe am Schluss dieses Beitrags.

In der englisch-sprachigen Originalversion ist diese so genannte *Northoff Catatonia Rating Scale (NCRS-dv)* ein sehr gut validierter und etablierter Fragebogen mit 40 motorischen, affektiven und verhaltens-assoziierten Items katatoner Symptome. Dabei geht es vor allem um die Erkenntnis, dass hier nicht nur wie früher motorische und verhaltens-bezogene, sondern auch affektive Krankheitszeichen gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die einzelnen Items (also entsprechenden Untersuchungs-Aufgaben) müssen dabei entweder aus dem Verhalten des Patienten abgeleitet und/oder im Rahmen einer körperlichen Untersuchung erfasst werden.

Der Wert und Gewinn vorliegender Arbeit durch die Experten der Psychiatrischen Universitätskliniken Heidelberg, Ottawa/Canada sowie Homburg, liegt in der fachärztlichen Kenntnis und Übersetzungs-Leistung des englischsprachigen Angebots in zugegebenermaßen schon allein psychiatrisch schwierigen Fachbegriffen.

Nachfolgend nun eine Übersicht zu dieser deutschen Version obiger Skala in Bezug auf jedes einzelne Krankheitszeichen. Im Original geht es um konkrete Erfassungsaufgaben seitens Arzt und Patient, um Anzahl, Häufigkeit und Schwere katatoner Symptome bei Patienten mit seelischen Störungen und neurologischen Erkrankungen sowie um die objektivierbare Verlaufs-Dokumentation eines katatonen Syndroms. Einzelheiten dazu nochmals siehe der entsprechende Fachbeitrag der Experten mit konkreten Anleitungen.

Im vorliegenden Falle, der sich um eine halbwegs allgemein-verständliche Darstellung bemüht, interessiert vor allem eines: das breit-gefächerte Krankheitsbild eines katatonen Syndroms (also zusammengesetzt aus mehreren Symptomen), um deutlich zu machen, wie vielschichtig und damit konkret schwer erfassbar dieses Leiden ausfallen und dadurch zu Fehl-Diagnosen verleiten kann. Im Einzelnen:

### **Katatonie – die wichtigsten motorischen, affektiven und verhaltens-assoziierten Krankheitszeichen**

In der deutschen Version der *Northoff Catatonia Rating Scale (NCRS-dv)* finden sich zur quantifizierten Erfassung entsprechender Krankheitszeichen folgende Symptome, die mit einer Katatonie in Verbindung gebracht werden können (die

populärmedizinischen Erläuterungen der Fachbegriffe stammen zumeist vom Autor dieses Beitrags):

- **Motorischer Bereich**

1. *Manierismen*: seltsame, bizarre artifizielle (gekünstelt wirkende) Ausführungen zielgerichteter Bewegungen mit Störungen im Ablauf der einzelnen Bewegungen.
2. *Stereotypien*: repetitive (wiederholte), nicht zielgerichtete Bewegungen mit unverändertem Charakter während der häufigen Wiederholungen.
3. *Festination*: unkoordinierte, unpassende, zuckende, hastige Bewegungen, die plötzlich nach einer akinetischen (bewegungslosen) Phase auftreten und vom Patienten nicht kontrolliert werden können.
4. *Athetotische Bewegungen*: choreatische (d. h. regellose, plötzlich einschließende und unwillkürliche, vor allem asymmetrische) Bewegungen, vor allem der Extremitäten, mit wurm- oder schrauben-artigem Charakter.
5. *Dyskinesien*: abnormale, unwillkürliche und schnelle Bewegungen, die vom Patienten nicht willkürlich kontrolliert werden können und den normalen Bewegungsablauf stören.
6. *Gegenhalten (Paratonie)*: Widerstand gegen passive Bewegungen mit gleichmäßiger Kraft, bis zum Anstieg der Muskelspannung, die als vom Patienten willkürlich kontrolliert wirken.
7. *Posieren*: spontane und aktive Aufrechterhaltung einer Pose (gekünstelt wirkende Haltung) gegen die Schwerkraft und über einen gewissen Zeitraum hinweg (mehr als eine Minute), und zwar ohne Reaktionen und Veränderungen, die als vom Patienten willkürlich kontrolliert wirken.
8. *Katalepsie*: passive Einleitung und Herbeiführung einer Pose (s. o.)/Haltung durch eine andere/externe Person mit Verharren/Halten gegen die Schwerkraft, so dass der Patient nicht in der Lage ist, seine ursprüngliche Haltung einzunehmen.
9. *Flexibilitas cerea*: wächserne Biegsamkeit, d. h. passive Bewegungen der Extremitäten gegen einen leichten, gleichmäßigen Widerstand, der den Charakter einer sich biegenden Wachskerze hat und nicht der willkürlichen Kontrolle des Patienten unterliegt.

10. *Rigidität*: gleichmäßiger, dauerhafter muskulärer Hypertonus (erhöhte Muskelspannung) mit dem Charakter eines Zahnrads; beim Vorliegen eines Tremors (Zittern) soll die Rigidität ausgeschlossen werden.
11. *Muskulärer Hypotonus*: schlaffe und lockere/lose aktive Bewegungen mit offensichtlich reduzierter Muskelspannung bei passiven Bewegungen.
12. *Plötzliche Veränderungen des Muskeltonus*: schneller Wechsel zwischen muskulärem Normotonus, Hypotonus und Hypertonus (d. h. entsprechender Muskelspannung), der von äußeren Umständen/Reizen abhängig oder unabhängig sein kann.
13. *Akinese*: komplette Bewegungsarmut für mindestens eine halbe Stunde.

- **Affektiver Bereich**

1. *Zwanghafte Emotionen*: Patient zeigt abnormale affektive (Gemüts-)Reaktionen, die als nicht ihm zugehörig erlebt werden und die er nicht kontrollieren kann.
2. *Emotionale Labilität*: labile und instabile affektive Reaktionen mit plötzlichem Wechsel zwischen extremen Emotionen (Gefühlswallungen), die vom externen Untersucher nicht nachvollziehbar sind.
3. *Impulsivität*: plötzliche und unpassende Reaktionen, die mit inadäquatem Verhalten kombiniert und im Anschluss vom Patienten nicht nachvollziehbar sind.
4. *Aggression*: verbale oder gewalttätige Anfälle/Angriffe gegen Objekte oder andere Personen, die oft mit starken emotionalen Reaktionen (z. B. Angst oder Ärger) verbunden sind und durch externe Situationen ausgelöst/verursacht werden können.
5. *Erregung*: extreme Hyperaktivität mit nicht zielgerichteten Bewegungen und extremen emotionalen Reaktionen, die nicht länger vom Patienten kontrolliert werden können.
6. *Affektiv-bedingtes Verhalten*: abnorme Bewegungen und Verhaltensweisen, die eng mit einzelnen/bestimmten emotionalen Zuständen und/oder Entladungen verbunden sind.
7. *Flacher Affekt*: reduzierte aktive und eher passive emotionale Reaktivität (d. h. gemütsmäßiges Ansprechen), so dass Quantität und Qualität des emotionalen Ausdrucks bzw. der Emotionen als reduziert erscheinen.

8. *Affektlatenz*: abnormal lange Zeit, um eine emotionale Reaktion auf einen externen Stimulus (Anregung, Anreiz, Antrieb u. ä.) zu zeigen.
9. *Angst*: affektive (z. B. im Gesichtsausdruck), verbale und/oder vegetative (z. B. Schwitzen oder gar regelrechte Schweißausbrüche) Zeichen starker Angst, die nicht länger kontrolliert werden können.
10. *Ambivalenz*: gegensätzliche (und/oder widersprüchliche) Emotionen (und/oder Gedanken), die dem Untersucher als blockiert (stockend), unentschlossen und zögerlich erscheinen.
11. *Gestarrte*: starrer Blick (mehr als 20 Sekunden) mit geringem visuellem Abtasten der Umgebung, reduziertem Blinzeln und weit geöffneten Augen, der oft mit dem subjektiven Erleben eines extremen und unkontrollierbaren gemütsmäßigen Zustands verbunden ist.
12. *Agitation*: Zeichen innerer (z. B. subjektives Gefühl) und/oder äußerer (z. B. erhöhte seelisch-körperliche Aktivität) Rastlosigkeit in Bezug auf ein intensives gemütsmäßiges Erlebnis.

- **Verhaltens-assoziierter Bereich**

1. *Grimassieren*: seltsamer/merkwürdiger und unangemessener Gesichtsausdruck, der fortbestehen oder plötzlich verschwinden kann, ohne offensichtlichen und direkten Bezug zur jeweiligen umgebungsbedingten/umgebungsassozierten Situation.
2. *Verbigeration*: Wiederholen von Phrasen (abgegriffene Redewendungen) und Sätzen, die nicht zielgerichtet oder auf den jeweiligen Zusammenhang anwendbar sind.
3. *Perseveration*: nicht zielgerichtetes Wiederholen von Gedanken und/oder Bewegungen, die als Ganzes oder fragmentiert (bruchstückhaft) wiederholt werden.
4. *Erhöhter, zwanghafter Redebedarf*: gesteigerte quantitative Sprachproduktion ohne sinnvollen Inhalt und willkürliche Kontrolle (z. B. durch den Patienten nicht aufhaltbar, ob er will oder nicht).
5. *Abnormale Sprache*: qualitative Abnormalitäten in der Lautstärke (z. B. abnormal laut oder leise) und Intonation (Klang beim Sprechen, hoch, niedrig, manieristisch).
6. *Automatische Gehorsamkeit / Gefügigkeit*: übertriebenes und reproduzierbares (z. B. mehr als 5-mal) Befolgen von Aufforderungen des Untersu-

chers, auch wenn diese sinnlos und gefährlich sind. Der Patient erweckt den Eindruck, dass er/sie keine eigene Willenskraft besitzt. Beispiel: Ohne jegliche Aufforderung oder Zögern gefährliche Aufgaben erfüllen, die man normalerweise nicht angehen würde.

7. *Echolalie/Echopraxie*: reproduzierbares (mehr als 5-mal) Nachahmen des Verhaltens (Echopraxie) oder der Sprache (Echolalie) einer anderen Person.
8. *Mitgehen/Mitmachen*: Der Patient folgt anderen Personen in inadäquater Art und Weise entweder in ihrer Gang-Art/ihrem Gehen (Mitgehen) oder in ihren Bewegungs- und Handlungsabläufen (Mitmachen) mehrere Male (mehr als 5-mal) für mindestens 3 Minuten.
9. *Zwanghaftes Verhalten*: repetitive Verhaltensmuster (mehr als 5-mal wiederholt), die sich aufgezwungen anfühlen und die sich als nicht zur eigenen Person zugehörig anfühlen.
10. *Negativismus*: aktiver (also das Gegenteilige tun) oder passiver (trotz wiederholter Aufforderungen nichts tun) Widerstand gegen Anweisungen und/oder externe Anreize/Anregungen, was zumindest 5-mal reproduzierbar ist.
11. *Autismus/Rückzug*: Patient meidet soziale Kontakte und neigt dazu, allein in seiner eigenen sozialen Isolation zu sein. Meidung der Kontakte entweder passiv durch fehlende soziale Teilhabe oder durch den aktiven Rückzug und die Isolation in der Gegenwart von anderen Menschen.
12. *Mutismus*: Patient spricht und antwortet verbal nicht für mindestens eine halbe Stunde. Bei bekannter Aphasie (zentrale Sprachstörung nach weitgehend abgeschlossener Sprachentwicklung) muss diese Test-Frage ausgelassen werden.
13. *Stupor*: keine psychomotorische Aktivität für mindestens eine halbe Stunde. Der Patient bezieht sich weder aktiv auf sein Umfeld noch reagiert er passiv auf externe Stimuli (Reize, Antrieb u. ä.).
14. *Verlust der Eigeninitiative (Entschlusskraft)*: subjektiver Verlust der Eigeninitiative/Entschlusskraft, um Sachen zu erledigen, die normalerweise ohne Probleme verrichtet werden könnten. Generell keine Energie und Eigeninitiative in Bezug auf Dinge des alltäglichen Lebens und im Zusammenhang mit der Umwelt und/oder anderen Person.
15. *Vegetative Abnormalitäten*: subjektive und objektivierbare Zeichen autonomer Dysregulation. Beispiele: Schwitzen, Herzrasen, erhöhter Puls und Blutdruck, verstärkte Atemfrequenz usw.

## Schlussfolgerung

Bisher wurden katatone Symptome vor allem als krankhafte Bewegungs-Phänomene der schizophrenen Symptomatik zugeordnet. Beispiele in Fachbegriffen: Rigor, Flexibilitas cerea, Dyskinesien, Festination, Posieren, Katalepsie, Stereotypien, Manierismen u. a. Ähnliches gilt für die Gemüts-Auffälligkeiten wie Aggression, Angst, Affekt-Verflachung und entsprechende Verhaltens-Konsequenzen wie Autismus, Mutismus, Echolalie, Echopraxie u. a.

In neueren Studien wird aber darauf hingewiesen, dass affektive katatone Symptome auch bei anderen seelischen Erkrankungen beobachtet werden können. Beispiele: das Autismus-Spektrum, affektive Psychosen, ja Stoffwechselfstörungen, organische seelische Erkrankungen usf.

Hier herrscht allerdings noch Forschungsbedarf. Immerhin kommt jetzt ein validiertes Messinstrument zur Erfassung katatoner Symptome zu Hilfe, nämlich die Catatonia Rating Scale (NCRS-dv) mit motorischen, affektiven und verhaltens-assoziierten Merkmalen, die eine klarere Erfassung katatoner Symptome erlaubt. Inzwischen gibt es dafür auch eine deutsche Version (s. Literatur). Dies vor allem zur konkreteren Erfassung von Zahl und Häufigkeit sowie Schwere katatoner Symptome bei verschiedenen psychischen Störungen, was nicht nur der Diagnose, sondern auch Verlaufs-Dokumentation dienen kann.

## Literatur

Grundlage dieser Ausführungen ist der Fachbeitrag von

*D. Hirjak, P. A. Thomann, K. M. Kubera* (Zentrum für psychosoziale Medizin, Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Universität Heidelberg), *G. Northoff* (Mind, Brain Imaging an Neuroethics Research Unit, The Royal's Institute of Mental Health Research, University of Ottawa, Canada) sowie *R. C. Wolf* (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Homburg): **Deutsche Version der Northoff Catatonia Rating Scale (NCRS-dv)**, *Der Nervenarzt* 7 (2017) 787

Dort auch weiterführende überwiegend englischsprachige Literaturhinweise.