

Sonderabdruck aus Band XIII, Heft 1—2, 1956

WIENER ZEITSCHRIFT
FÜR NERVENHEILKUNDE UND DEREN GRENZGEBIETE

Schriftleitung: H. Hoff und H. Reisner, Wien

Springer-Verlag in Wien

Alle Rechte vorbehalten

Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien
(Vorstand: Prof. Dr. H. Hoff)

Polyglotte Reaktion nach Hirnschädigung

Ein kasuistischer Beitrag

Von

F. Gerstenbrand und H. Stepan

Die polyglotte Aphasie wurde ursprünglich vorwiegend vom hirnpathologischen Gesichtspunkt untersucht und in lokalisatorische Beziehung gebracht. Auf Grund der anatomischen Studien von PÖTZL scheint der Gyrus supramarginalis bei polyglotten Personen eine besondere Bedeutung als Verteiler zu besitzen, durch den bei vorhandener Mehrsprachigkeit die einheitliche Einstellung auf eine bestimmte Sprache gewährleistet wird. Durch Zerstörung dieses Areals, der Übergangswindung zwischen *T 1* und Operculum parietale bzw. den interparietalen Anteilen des unteren Scheitellappens, wird das Gleichgewicht zwischen den einzelnen innervatorischen sprachlichen Leistungen aufgehoben, so daß dann das Bild der polyglotten Aphasie entstehen kann. Die PITRESSche Regel zeigt im Falle der Rückbildungstendenz einer polyglotten Aphasie, daß die Muttersprache als erste wieder geläufig wird, die übrigen Sprachfähigkeiten, je nach ihrer Ausbildung, jedoch erst später. Sie stellt also jenen Rückbildungsgang dar, nach dem sich gewisse sprachliche Einstellungskategorien wieder in Funktion setzen, andere jedoch einer Verdrängung anheimfallen. Die PITRESSche Regel wird allerdings dann durchbrochen werden, wenn tiefenpsychologische Momente ein änderndes Übergewicht besitzen. Dies kann zu jenen Sonderfällen führen, die als scheinbare Ausnahme von der PITRESSchen Regel imponieren. Wir würden in jenen Fällen, einem Vorschlag KAUDERS folgend, definitiv von einer polyglotten Reaktion sprechen.

Zur Erklärung polyglotter Reaktionen kann eine Reihe von Momenten maßgeblich herangezogen werden, wie sie sich jeweils aus dem Studium des Einzelfalles ergeben. HERSCHMANN und PÖTZL haben die Schichtung und Wertigkeit der verschiedenen Sprachen bei ihren Kranken zur Erklärung herangezogen und außerdem auf die Bedeutung der ak-

tuellen Situation, die dem Krankheitsgeschehen vorausgegangen war, hingewiesen. Bei wiederholten Insultgeschehen kann, wie im Falle von HERSCHMANN und PÖTZL, auch die Situation vor dem ersten Anfall richtunggebend sein. Bedeutungsvoll scheint demnach die aktive Energiezuwendung zu der vor dem Krankheitseintritt gebrauchten Sprache zu sein, worauf PÖTZL besonders hingewiesen hat. KAUDERS glaubt im Angsteffekt der Anfallssituation mit dem Gefühl des Hilfe-suchen-Müssens die Erklärung für die starke Energiezuwendung zu der zuletzt gesprochenen Sprache zu sehen.

Die Einstellung auf eine bestimmte Sprache scheint im weiteren Sinne dynamisch konstelligiert zu sein. HERSCHMANN und PÖTZL sprachen von einem zentralen Verschiebungsprozeß, der nicht eine einzelne Leistung, sondern eine ganze Kategorie sprachlicher motorischer Einstellungen erfaßt. Es können so Einstellungen auf eine fremde Sprache aus der Tiefe einer nicht aktualisierten Einstellungsbereitschaft an die Oberfläche der sprachlichen Entäußerung gerückt werden, besonders, wenn die vor dem Anfall bestehende Situation die Aktualisierung einer bestimmten Sprachkategorie begünstigt. PÖTZL spricht, einen Ausdruck von ÜXKÜLL gebrauchend, von einem Erregungsfang, worunter eine sprachliche Einstellungskategorie verstanden wird, die zum Zeitpunkt des Anfalls vorherrschend war. KAUDERS hat hier noch die Bedeutung des Arztes und seine Sprache für den Erstarrungs- bzw. Fixierungsvorgang einbezogen, da der Arzt ein bedeutungsvolles Bestandteil der Anfallssituation darzustellen pflegt. Trotz des Fixierungsvorganges kann aber in bezug auf die Spracheinstellung eine weitgehende Freiheit bestehen, die sich nur mit den aktuellen Objektbeziehungen ändern kann. KRAPP hat darauf aufmerksam gemacht, daß bei der Analyse eines jeden Aphasiefalles auch in Betracht zu ziehen ist, was, wann, im Gespräch mit wem, richtig oder falsch gesprochen oder verstanden wird, bzw. welche Sprache benützt wird. Wir sehen also, daß nicht nur die Art der Aphasie und die Natur und das Ausmaß der Hirnschädigung, sondern auch im weitesten Sinne die Vorgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung wie die aktuelle Situation konstelligierend für die polyglotte Reaktion sind.

Polyglotte Reaktionen müssen jedoch keineswegs mit Läsionen des von PÖTZL angenommenen Hirnanteiles im Zusammenhang stehen. Sie können sowohl bei einer Schädigung einer anderen Hirnstelle auftreten, als auch bei einer allgemeinen Störung der Hirnfunktion in Erscheinung treten. MINKOWSKI war richtungweisend, indem er neben den sprachpsychologischen auf allgemein psychische, affektive und instinktive Momente hinwies, die bei aphasischen Polyglotten bedeutungsvoll sind. Erst vor kurzem hat KRAPP neuerlich auf das Sprachverhalten von mehrsprachigen Personen nach Hirnschädigungen, die an sich keine Aphasie verursacht hatten, aufmerksam gemacht. KRAPP hat seine Fälle einer

eingehenden tiefenpsychologischen Untersuchung unterzogen, teilweise anknüpfend an die Arbeiten von FERENCZI-HOLLÓS sowie SCHILDER. Trotz der differenten Natur der Hirnschädigungen ließ sich bei dem eigentümlichen Sprachverhalten aller dargestellten Fälle ein gemeinsames dynamisches Grundgeschehen erkennen. Als Ergebnis seiner Untersuchungen stellt KRAPP fest, daß bei Polyglotten jene Sprache bevorzugt verwendet wird, deren Gebrauch den Kranken am besten vor Angstgefühlen schützt und die ihm das größte Gefühl von Sicherheit vermittelt.

Einen Beitrag, der die Bedeutung dieses Erkenntnisses unterstreicht, glauben wir, mit der Krankengeschichte unseres Pat. K. F. geben zu können:

Es handelt sich um einen 56jährigen Mann, von Beruf Karosserieschlosser, der am 5. Jänner 1954 an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik aufgenommen wurde. Aus der Vorgeschichte des Pat. war zu erfahren, daß weder der Vater noch die Mutter deutsch sprachen, sondern nur tschechisch, und der Pat. in der Kindheit nur die tschechische Sprache lernte und hörte. Der Großvater väterlicherseits war deutscher Abstammung. Nach Besuch einer tschechischen Volksschule kam der Pat. in eine Schlosserlehre, absolvierte dann den Militärdienst in einem tschechischen Regiment und trat anschließend in den Gendarmeriedienst ein. Obwohl er zeitweise in einer deutschen Gegend Dienst machte, lernte er kein deutsches Wort.

Mit 28 Jahren hatte er eine um zwei Jahre jüngere Frau geheiratet, die aus einer tschechischen Familie stammte, jedoch in Wien geboren war. Diese sprach deutsch und tschechisch gleichermaßen perfekt. In der Familie wurde anfangs nur tschechisch gesprochen, doch später sprach die Frau des Pat. mit ihren Kindern auch in zunehmendem Maße deutsch, wogegen der Pat. nichts einzuwenden hatte. Er konnte sich jedoch am Gespräch wegen der Sprachkenntnis nicht beteiligen. Pat. war in dieser Ehe nie sehr glücklich, da seine Gattin rechthaberisch und tonangebend war. Er stand ständig unter dem Druck der Frau und der verwöhnten Kinder und hatte unter den steten Geldforderungen der Frau, die nie genug bekommen konnte, zu leiden. In den folgenden Jahren wurde der Pat. zunehmend nervös, erlitt einen Nervenzusammenbruch, er konnte nicht schlafen, zitterte, hatte Angstzustände und mußte schließlich mit 34 Jahren aus dem Gendarmeriedienst ausscheiden. Er gab seiner Frau die Schuld an seinem Versagen im Beruf, doch kam es nie zu lebhaften Auseinandersetzungen, da er gutmütig und nachgebend war und sich meist zurückzog.

1943 wurde der Pat. in ein Werk der Eisenbahn nach Niederösterreich dienstverpflichtet und arbeitete sich hier gut ein. Jetzt erst lernte er im Umgang mit den Arbeitskollegen ziemlich rasch die deutsche Sprache, sodaß er mit der deutschsprechenden Bevölkerung bald keine sprachlichen Schwierigkeiten mehr hatte. Er konnte schließlich auch deutsch ohneweiters lesen, jedoch hatte er nicht Schreiben in deutscher Sprache gelernt. Sein Idiom zeigte den typischen Akzent der deutschsprechenden Tschechen.

1945 entschloß sich der Pat., nicht mehr in seine Heimat zurückzukehren. Der Pat. wurde als Volksdeutscher erklärt und schlug alle günstigen Angebote aus der CSR. ab. 1950 starb die Frau an einem Magenkrebs. In der Folgezeit ergaben sich in zunehmendem Maße Schwierigkeiten mit den Töchtern, die arbeitsscheu waren, uneheliche Kinder hatten und vom Pat. ständig große Geldbeträge verlangten.

1952 knüpfte er Beziehungen zu einer Volksdeutschen aus der CSR. an, die ihn sehr umsorgte und zu der er schließlich zieht. Er beginnt sehr zufrieden und glücklich zu werden, distanziert sich von seinen Kindern und ist in seinem Berufe ein geschätzter und beliebter Arbeiter. Er bereute nie seinen Entschluß, in Wien geblieben zu sein und trat auch nie mehr in Kontakt mit seinen Angehörigen (Mutter und Schwester) in der CSR. — Seit 1948 litt der Pat. an einem Hochdruck und stand deswegen in gelegentlicher ärztlicher Behandlung.

Am 3. März 1954 bekommt der Pat. nach dem Genuß von drei Tassen sehr starken Bohnenkaffees Herzbeschwerden, Übelkeit und Schwindelgefühl. Der Pat. stand morgens nicht auf. Die Lebensgefährtin verließ die Wohnung zur Arbeit, ohne dem Verhalten des Pat. anfangs irgend etwas besonders beizumessen. Am nächsten Tage erfolgte dann die Einweisung an die Klinik.

Die neurologische Untersuchung ergab eine linksseitige zentrale Fazialisparese, eine linksseitige Hemiparese mit leichter Spastizität, leicht gesteigerten Reflexen und Pyramidenzeichen, wobei der Arm mehr beteiligt war als das Bein. Die Sensibilität war intakt. Das Gesichtsfeld nicht eingeschränkt. — Pat. ist Linkshänder, wobei er alle feinen Arbeiten linkshändig verrichtet hatte, jedoch mit der rechten Hand zu schreiben pflegte. Ferner bestand eine kortikale motorische Aphasie und eine Gesichtsapraxie.

Es handelte sich demnach klinisch um das Syndrom der Arteria prärolandica bei einem Linkshänder. Die Aphasie bildete sich ziemlich rasch in der üblichen Weise zurück, ebenso wie die Parese. An einem der nächsten Tage nach dem Insultgeschehen wurde der Pat. von einer der Töchter, in der Annahme, daß er tschechisch besser sprechen könne, tschechisch angesprochen. Die Beantwortung erfolgte jedoch nicht in seiner Muttersprache, sondern ausschließlich deutsch, trotz des sichtlichen Sprachverständnisses für die tschechische Sprache. Diese Verhaltensweise kam besonders dann zum Ausdruck, wenn er von den Töchtern und der damaligen Lebensgefährtin tschechisch angesprochen wurde. Erfolgte aber eine Exploration von einem Dolmetsch in tschechischer Sprache und wurden dabei sachliche Probleme zur Sprache gebracht, kam, wenn auch anfangs nur zögernd, die Antwort tschechisch. Beim Wechsel auf persönliche Fragen, Lebensgeschichte und Familienverhältnisse sowie Krankheit, fiel der Pat. sofort ins Deutsche und sprach in dieser Sprache weiter trotz wiederholter Aufforderung, die Antworten doch tschechisch zu geben. Diese eigentümliche Verhaltensweise blieb durch etwa vier Wochen ausgeprägt und ließ sich noch bei einer Nachuntersuchung ein Jahr später erkennen.

Überblicken wir die Persönlichkeitsentwicklung, so sehen wir, daß der Kranke im tschechischen Sprachraum gescheitert war. Die berufliche Entwicklung war unterbrochen worden, die Ehe mit einer vorwiegend tschechisch sprechenden Frau war mißglückt, und die Kinder aus dieser Ehe, die stets auf Seite der Mutter standen, waren verwahrlost und hatten ihm stets nur größere Schwierigkeiten bereitet.

Dagegen hatte unser Kranker im deutschen Sprachgebiet das gefunden, was ihm vorher versagt worden war: Sicherheit, Ruhe, berufliche Anerkennung, Achtung und eine ihn besser verstehende Frau. Die Fixierung an diesen Lebensraum war durch den Entschluß, nicht mehr in die ČSR. zurückzukehren, vertieft worden, besonders dadurch, daß seine Entscheidung unumstößlich sein mußte. Die Einorganisierung in die Umwelt und der Umwelt war somit gelungen, um das Heim hatte sich ein Arbeitskreis gefunden und die „Einverseeligung“, einen Begriff von HOLZAPFEL gebrauchend, war um so besser gelungen, je freier die Verfügung darin möglich war.

Gegen die durch die Erkrankung bedingte Störung der Persönlichkeit im weitesten Sinne, gegen die sich der Gesunde wie der Kranke wehrt, hat unser Pat. nach dem Insultgeschehen durch Verdrängung der tschechischen Sprache reagiert. Der Pat. wurde durch die Lähmung in einen Zustand kindlicher Hilflosigkeit versetzt. Die Erinnerung an Kindheit und Jugend sowie den ersten Lebensabschnitt, verbunden mit der tschechischen Sprache, erschien höchst unlustbetont. Gegen die jetzt auftauchenden Erinnerungen schützte sich der Pat., indem er ablehnte, in der Kindheitssprache, bzw. Muttersprache, zu sprechen, und zwar besonders dann, wenn seine Kindheitsgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung zur Sprache stand. Während mit dem Arzt noch gewisse Sprachansätze in tschechischer Sprache gelangen, bestand eine strikte Ablehnung mit starker emotioneller Beteiligung, mit den Kindern aus erster Ehe tschechisch zu sprechen. Sachliche, unpersönliche Angelegenheiten waren mit dem Dolmetsch noch in tschechischer Sprache zu erörtern. Es wurde also nur dann tschechisch gesprochen, wenn keine komplexgebundenen, unlustbetonten Erinnerungsbilder auftauchten.

Es ist also so, daß bei unserem Kranken nicht die Muttersprache diejenige Sprache ist, die am meisten Sicherheit gibt, sondern im Gegenteil gerade geeignet ist, Angst hervorzurufen. Es ist Angst aufgetreten, da die Beherrschung der Situation nicht gelingen konnte. Die Größe der Erregungssumme, die das Ich bestürmt, ist nun maßgebend, daß dieses Krankheitsgeschehen als ein traumatisches Moment wirkt. Die Angst ist nicht nur unmittelbare Folge der traumatischen Situation, sondern gleichermaßen ein Signal, daß die Wiederholung eines solchen traumatischen Momentes droht. Die unbewußten Abwehrtendenzen des Ichs treten in den Vordergrund und verhindern, daß verdrängtes Material hervorgeholt wird. Die Lockerung der Außenweltbeziehungen durch das Krankheitsgeschehen selbst wie durch seine spezifische Bedeutung lassen hier einen Krankheitszustand des Ichs klassifizieren. Die deutsche Sprache hatte dem Kranken die Möglichkeit gegeben, ein neues Abwehrsystem gegen die Kindheit und erste Lebenshälfte aufzubauen. Die neue Sprache hatte geholfen, bessere Umweltbeziehungen zu schaffen und ein

neues Selbstporträt. Im Es spielen sich nun offenbar Vorgänge ab, die dem Ich Anlaß zur Angstentwicklung geben. Da obendrein das Ich in einem Zustand der Ohnmacht ist, die abgewehrten Triebansprüche besonders groß, so befindet sich das Ich in einem Reizzustand, der nicht nach den Regeln des Lustprinzips erledigt werden kann.

Die Angst ist also mit einer neuen rezenten Begründung entstanden. Das Ich und hiemit die mit diesen verbundenen Qualitäten des Reizschutzes und der Realitätsprüfung liegen darnieder. Der Konflikt, der im Ich entstanden ist, muß entschieden werden und die Aufgabe der Synthese, die dem Ich obliegt, kann, in unserem Falle, nur durch die Verdrängung der Muttersprache erfolgen. Das Ablehnen des Sprechens in der tschechischen Sprache mit den Kindern und über die Persönlichkeitsentwicklung könnten wir vergleichen mit dem Widerstand in der analytischen Therapie.

Wir glauben nun, zu demselben Schluß wie KRAPP gekommen zu sein, nämlich, daß enge Beziehungen zwischen dem Sprachverhalten der Neurotiker und dem der hirngeschädigten Polyglotten bestehen. Bei unserem Kranken hat es sich gezeigt, daß auch die Muttersprache einem Verdrängungsprozeß unterliegen kann, da sie hier nicht diejenige Sprache ist, die Sicherheit gibt, sondern gerade mit dem Auftauchen von Angstgefühlen verbunden ist.

Literatur

- FERENCZI, S. und J. HOLLÓS: Zur Psychoanalyse der paralytischen Geistesstörung. Intern. Psychoanalyt. Verl., Wien, 1922. — HERSCHMANN, H. und O. PÖTZL: Bemerkungen über die Aphasie der Polyglotten. Neur. Zbl. **39** (1920). — HOFF, H. und O. PÖTZL: Über die Aphasie eines zweisprachigen Linkshänders. Wien. med. Wschr. **12** (1932). — KAUDERS, O.: Über polyglotte Reaktionen bei einer sensorischen Aphasie. Z. Neur. Psych. **122** (1929). — KRAPP, E. E.: Über das Sprachverhalten hirngeschädigter Polyglotten. Wien. Z. Nervenhk. **XII/2** (1955). — MEYER-HOLZAPFEL, M.: Die Bedeutung des Besitzes bei Tier und Mensch. Inst. f. Psycho-Hygiene, Biel 1952. — MINKOWSKI, M.: Klinischer Beitrag zur Aphasie bei Polyglotten, speziell im Hinblick auf das Schweizerdeutsche. Schweiz. Arch. Neur. Psych. **21**, H. 1 (1927). — Sur un cas d'aphasie chez un polyglotte. Rev. neurol. **35**, Bd. 1, Nr. 3 (1928). — Sur un trouble aphasique particulier chez un polyglotte. Rev. neurol. (1933). — PÖTZL, O.: Über die parietal bedingte Aphasie und ihren Einfluß auf das Sprechen mehrerer Sprachen. Z. Neur. Psych. **96**, 1—3 (1925). — Aphasie und Mehrsprachigkeit. Z. Neur. Psych. **124**, 1/2 (1930). — SCHILDER, P.: Zur Psychologie der progressiven Paralyse. Z. Neur. Psych. **95**, 3/4 (1925). — Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Internat. Psychoanalyt. Verl. Wien, 1925.