

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München [Direktor:
Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Bumke].)

Über eine eigentümliche Form psychischer Entwicklungshemmung mit Beziehung zur Athetose oder zur frühkindlichen Motorik.

Von

Privatdozent Dr. August Bostroem,
Oberarzt der Klinik.

(Eingegangen am 5. Juni 1925.)

Bei angeborenen oder früh erworbenen Defektzuständen wird im allgemeinen die *Urteilsschwäche* als das wesentlichste Symptom angesehen. Gelegentlich aber können ein gutes Gedächtnis und eine gewisse sprachliche Gewandtheit über intellektuelle Ausfälle geringeren Grades hinwegtäuschen und so in den Formen des sog. höheren Blödsinns die Urteilsschwäche scheinbar kompensieren.

Umgekehrt gibt es m. E. auch Fälle, bei denen z. B. eine Sprachstörung, vielleicht auch motorische oder affektive Eigentümlichkeiten die Kranken an der vollen Verwertung ihrer vorhandenen intellektuellen Fähigkeiten hindern, sie also schwachsinniger erscheinen lassen, als sie es de facto sind.

In der letzten Zeit konnte ich einige derartige Kranke beobachten; ihre Schulleistungen waren meist befriedigend, auch die Intelligenzprüfungen ergaben zur Zeit der Untersuchungen ganz gute Resultate; trotzdem kamen die Leute im Leben nicht recht fort, machten überall den Eindruck schwachsinniger Menschen. Bei ihnen war offenbar die Anwendung ihrer intellektuellen Fähigkeiten wegen ihrer affektiven Abwegigkeiten unmöglich. — Gewisse übereinstimmende Züge des Gemütslebens scheinen mir die Zusammenfassung dieser Fälle zu einer klinischen Untergruppe zu rechtfertigen. Es kommt noch hinzu, daß alle Kranken gemeinsame somatische Merkmale aufweisen, die einerseits Beziehungen zur Athetose vermuten lassen, vielleicht aber auch lediglich als ein Zurückbleiben in der motorischen Entwicklung aufzufassen sind. Die Verwandtschaft mit der Athetose erscheint mir deshalb besonders bemerkenswert, weil auch Kranke mit reiner idiopathischer Athetose meist für schwachsinniger gehalten werden, als sie es in Wirklichkeit sind. Der Fall, von dem ich ausgehe, zeigt die Verwandtschaft zur Athétose double am deutlichsten:

Beob. 1. H. S., 37 Jahre. Eltern gesund, ein Bruder soll als Kind Veitstanz gehabt haben. Pat. selbst habe schon als Schuljunge immer eine große Unruhe in den Muskeln gezeigt, sei zappelig gewesen, er konnte aber, wenn er wollte, sich auch ruhig verhalten. In der Schule hat er gut gelernt, ist danach Fleischer geworden. 1907—1910 hat er aktiv gedient, anscheinend ohne besonders aufzufallen. 1914 ist er ins Feld gekommen. 1915 sei er mit dem Pferd in einen Sumpf geraten, habe sich nur mit Mühe wieder herausarbeiten können. Danach krank, anscheinend Rheumatismus. 1917 verschüttet, habe danach für 14 Tage die Sprache verloren und gezittert. Er klagt darüber, daß er nicht gehen könne, ohne ins Laufen zu kommen, außerdem habe er einen Sprachfehler. Während der Militärzeit ist er einmal kriegsgerichtlich wegen falscher Beschuldigung eines Kameraden, ein andermal wegen eigenmächtiger Entfernung von der Truppe in Anklage versetzt worden; beide Male wurde er exkulpiert.

Befund: Körperlich o. B., Pupillen, Augenhintergrund, Augenbewegungen in Ordnung. Facialis bei gewöhnlicher Innervation o. B., Pat. ist jedoch nicht in der Lage, ein Auge isoliert zu schließen oder einen Mundwinkel allein nach der Seite zu verziehen. Sprache hästierend; oft verschluckt er Worte, überstürzt sich gelegentlich, schwierige Artikulationen geschehen unsauber, dabei zahlreiche Mitbewegungen im Gesicht. Zunge etwas dick, Bewegungen normal. Reflexe o. B., nicht besonders lebhaft. Beim Bestreichen der Fußsohlen zunächst Plantarbewegungen, dann aber langsame Dorsalflexion der großen Zehe. Auch bei anderen Reizen, z. B. Druck auf den Fuß, Kneifen im Bereich des Beines, tritt diese Dorsalflexion auf. Man beobachtet das gleiche Phänomen auch, wenn der Kranke sich anstrengt. Dagegen unterbleibt die Zehenbewegung gelegentlich beim Bestreichen der Fußsohle, besonders dann, wenn man das Bein in Knie und Hüfte gebeugt hält.

Bei allen Bewegungen kommt es zu unregelmäßigen Mitbewegungen, die eine auffallende körperliche Unruhe bewirken. Beim Gehen wird der rechte Arm etwas nach hinten weggestreckt, die Finger spreizen sich, der Arm behält diese Stellung bei, bis die Gehbewegung aufhört. Wenn der Kranke z. B. ins Bett steigt, überstreckt sich gelegentlich die rechte Hand. Dieselbe etwas bizarre Mitbewegung beobachtet man, wenn man den Kranken mit der Hand einen Druck ausüben läßt. Auch in der linken Hand findet man ähnliche Mitbewegungen, jedoch nicht so ausgesprochen wie rechts. Der Kranke geht täppisch, klatscht dabei mit den Fußsohlen auf den Boden und gerät nach wenigen Schritten in ein unbehilfliches, tapsiges Laufen, fängt dabei an zu lachen und läßt sich grinsend mit vorgestreckten Händen gegen die Wand oder die Tür fallen.

Psychisch: Örtlich, zeitlich und über seine Person vollkommen orientiert. Eigentümlich verschlagener Gesichtsausdruck, heitere läppische Euphorie, offenbar gehobenes Selbstgefühl, clownhaftes Wesen, sagt jeden Satz 2—3 mal, breites Grinsen bei allen seinen Äußerungen, redet unklar und verantwortungslos in den Tag hinein. Er faßt alles scherzhaft auf, ist zu keiner ernsten Antwort zu bringen. Darunter leidet naturgemäß die Feststellung seiner Urteilsfähigkeit und seines Kenntnisbesitzes, z. B. 12 mal 24: er rechnet erst richtig $10 \text{ mal } 24 = 240$, $2 \text{ mal } 24 = 48$, ein anderer Patient redet dazwischen: „300“, er wendet sich sofort abgelenkt an diesen: „Unsinn, du Dummkopf, das ist doch nicht 300“, versucht scheinbar weiterzurechnen und sagt plötzlich: „2000“ und lacht dabei. Er kommt auch sonst immer wieder mit albernen Antworten, spricht plötzlich von Heiraten, könne eine Frau gut ernähren, habe ein reiches Mädel hier. Wenn er keine Stelle als Fleischer bekommt, wird er Chauffeur usw. Im Laufe fortgesetzter Untersuchungen läßt sich jedoch nachweisen, daß grobe Intelligenzdefekte nicht vorhanden sind.

Epikrise:

Auf neurologischem Gebiet finden wir hier Zeichen, die an Athetose erinnern, vor allem die verstärkte Neigung zu Mitbewegungen: Bei allen Manipulationen der rechten Hand wird auch die linke mitinnerviert, isolierte Bewegungen sind schwerer möglich als normal, z. B. kann er ein Auge nicht allein schließen. Auch feinere Bewegungen mit den Fingern gehen gewöhnlich schlecht. Beim Gehen spreizt sich der eine Arm vom Körper ab. Auffallend sind auch die Mitbewegungen beim Sprechen; durch sie wird eine eigenartige Sprachstörung hervorgerufen. Die Dorsalflexion der großen Zehe ist sehr wahrscheinlich auch als eine athetotische Mitbewegung (Pseudobabinski) aufzufassen; denn sie tritt nicht nur bei dem Bestreichen der Fußsohle auf, sondern auch bei anderen Reizen und bei angestrengten Innervationen; außerdem fehlen alle sonstigen Zeichen einer Pyramidenstörung.

Psychisch fällt vor allem sein naives Selbstbewußtsein und eine leere Gesprächigkeit, sowie sein ungeniert albernes Benehmen auf. Dieses Selbstgefühl sowie seine Art, nie etwas ernst zu nehmen, verursacht bei ihm eine Neigung zu schnodderigen Bemerkungen, zum Witzeln oder doch zu witzig anmutenden Antworten. Durch seine ungeschickte, tölpelhafte Motorik kommt oft eine clownhafte Wirkung zustande. Zunächst wird man an Pseudodemenz erinnert, weil seine unrichtigen Antworten wie beabsichtigte Verkehrtheiten aussehen. Angesichts seiner affektiven Einstellung wird man diese Vermutung jedoch rasch fallen lassen. Gelingt es, ihn zu ernster Einstellung zu bringen, so gibt er oft durchaus zutreffende, ja gelegentlich schlagfertige Antworten.; eine eigentliche Imbecillität kann man daher mit Sicherheit ausschließen. Der Eindruck der Beschränktheit kommt offenbar im wesentlichen durch sein eigentümliches affektives Verhalten zustande, besonders dadurch, daß er nichts ernst nehmen kann. Bezeichnend für sein affektives Verhalten ist weiter, daß er sich nicht selten in liebloser Weise über Mitpatienten lustig macht; er hat vor nichts Respekt, macht über alles läppische Bemerkungen mit breitem Grinsen; anfangs wirkt er dadurch auf andere vielleicht erheiternd, sehr bald aber überwiegt der Eindruck des Unproduktiv-Einfältigen einer verschmitzt-durchtriebenen Persönlichkeit.

Beob. 2. F. A., geb. 1896. Der Vater war Potator, er selbst jüngstes Kind, zahlreiche Kinderkrankheiten. In der Kindheit angeblich Krämpfe. In der Schule mäßig gelernt, einmal in der Volksschule sitzen geblieben, habe nachher das Drechslerhandwerk gelernt, habe von der Mutter viele Schläge bekommen. Über die nächste Zeit ist keine sichere Auskunft zu bekommen. Er hat jedenfalls schon vor seinem Eintritt zum Heeresdienst gewisse psychische Auffälligkeiten geboten. War oft aufgeregt, benahm sich zuweilen wie ein Hanswurst. Am 23. IX. 1914 eingezogen. Ende Dezember 1914 kam er an die Front, führte sich wenig gut. Machte einen täppischen, unfertigen Eindruck. Bei einer Felddienstübung schoß

er mit scharfen Patronen auf die Kameraden. Er habe sich einen Spaß machen wollen, erklärte er, als er zur Rede gestellt wurde. Die Truppenärzte hielten ihn für minderwertig, schwachsinnig. Er war unrein, ließ Urin in die Hose, Mahnungen und Bestrafungen halfen nichts. Auch im Lazarett, wo er Februar 1915 wegen Darmerkrankung aufgenommen wurde, machte er den Eindruck eines Schwachsinnigen. Er wurde am 17. II. 1915 in Douai Herrn Professor *Kleist* zur Untersuchung vorgeführt, der ihn für in mäßigem Grade schwachsinnig hielt. Er sollte deswegen als unbrauchbar in die Heimat entlassen werden; auf der Sammelstelle hielt man ihn zunächst zurück. Der dortige Arzt trug Bedenken, ihn ohne weiteres in die Heimat zu befördern, „weil F. wohl etwas dumm, aber nicht ausgesprochen schwachsinnig sei“. Er kam dann offenbar doch nach Hause, wurde aber wieder ins Feld geschickt. Bei der Truppe fiel er auch bald erneut auf; er benahm sich beim ersten Gefecht eigentümlich kindisch ängstlich, fürchtete sich nicht etwa vor dem feindlichen Feuer, sondern vor Gespenstern. Um sich eine dienstliche Erleichterung zu verschaffen, behauptete er einmal, sein Bruder sei gefallen. Wegen gewisser Unwahrscheinlichkeiten seiner Darstellung wurde nachgeforscht, und als er wegen seiner Lüge zur Rechenschaft gezogen wurde, antwortete er dem Oberst: „er rede immer so saudumm daher“. Nie ging er auch jetzt auf die Latrine, sondern beschmutzte immer die Hose. Als man einmal deswegen an sein Ehrgefühl appellierte, meinte er grinsend, er besitze keines. Oktober 1915 wurde er von Herrn Dr. *Kahn-München* im Felde eingehend untersucht und für schwachsinnig gehalten. Der Bataillonskommandeur zweifelte, ob die Diagnose Imbecillität aufrechterhalten werden könne, und auch der Regimentskommandeur schreibt von ihm: „Wenn er möchte, könnte er gute Leistungen erzielen. Ich glaube, daß er sich ins Fäustchen lacht. Hat sich kürzlich freiwillig gemeldet und dabei gute Auffassung und Ernst gezeigt.“ Er kam schließlich in Lazarettbehandlung wegen Ohrenleidens, und auch hier wurde man auf sein merkwürdiges, an Schwachsinn erinnerndes Verhalten aufmerksam. Zuweilen äußerte er ganz kindisch-phantastische Ideen, er habe ein Flugzeug erfunden, mit dessen Hilfe er den französischen Generalstab gefangen nehmen wolle. Ein andermal hielt er einen Patienten des Lazaretts für einen Russen und fürchtete sich in kindlich-primitiver Weise vor ihm. Er kam in die Heimat und wurde in der Anstalt Haar beobachtet. Hier war er anscheinend ziemlich stumpf und affektlos. Sinnestäuschungen hatte er nie. Meist zeigte er eine sehr gehobene Stimmung mit anscheinend dementer Euphorie. Machte alberne Streiche, belästigte andere Kranke. Die sonderbaren Ideen, die er früher einmal geäußert hat, bestritt er oder schwächte sie dadurch ab, daß er sie als natürlich zu erklären versuchte, äußerte auch gelegentlich wieder Gedankengänge, die in gleicher Weise kindisch waren, elektrische Apparate wollte er erfinden, die versenkt werden sollten, um den Feinden zu schaden. Er wurde wegen „Dementia praecox“ als dienstuntauglich erachtet und entlassen. Auf körperlichem Gebiet war nichts Krankhaftes aufgefallen. Sichere Anhaltspunkte für eine charakteristische Denkstörung, Zerfahrenheit fanden sich nicht. Bei einer Nachuntersuchung am 4. VII. 1921 (Dr. *Flamm*) war er neugierig, ungeniert, redselig, zeigte eine sorglos leere Heiterkeit, machte sich über sich selbst lustig, dabei gemächlich stumpf, keine Sinnestäuschungen, lachte über seine früheren Ideen, habe nie an sie geglaubt. Bei einer späteren Untersuchung am 13. X. 1921 (Dr. *Volk*) freute er sich kindisch, daß die Fußballmannschaft, zu der er gehöre, heute besiegt werde. Eine weitere Nachuntersuchung 1923 (Dr. *Weiler*) stellte fest, daß er inzwischen nichts mehr gearbeitet habe, er läuft immer unruhig und planlos umher, ohne sich zu beschäftigen, äußerte, er wolle Komiker werden.

Aus der Polizeiakte geht hervor, daß er unter dem Spitznamen „der närrische Toni“ bekannt ist. Weiter ergibt sich, daß er seit 1918 eine ganze Reihe von Vorstrafen wegen Bettelns, Diebstahls, Landstreicherei und Arbeitsscheu hinter sich

hat. 1918 hat er einen Knaben, von dem er aus Versehen gestoßen war, in ganz sinnlosem Zorn angefallen und erheblich verletzt; er wurde damals exkulpiert. Im gleichen Jahre wurde auch ein Verfahren wegen Diebstahls ebenfalls infolge seiner Geistesschwäche eingestellt. 1919 Diebstahl einer Kleinigkeit; er habe Hunger gehabt und leide an Kleptomanie, entschuldigte er sich. 1922 wurde er dabei betreten, wie er im Hemd über die Straße ging. Gibt an, er habe gebadet und seine vom Durchfall verunreinigten Kleider gewaschen. Dabei habe er seine Hose in der Isar verloren. Als man ihn auf das Ungebührliche seiner Handlung aufmerksam machte, erwiderte er, er wüßte nicht, was er sonst hätte machen sollen. 1922 einmal wegen Bettels vorgeführt, erzählte er, er habe zuletzt ein halbes Jahr in einer Brauerei gearbeitet. Eine Nachfrage dort ergab, daß er nur einen Tag dort gewesen ist. Auf Vorhalt sagte er, diese Lüge habe er von seinem seligen Vater. Der habe stets ihm geraten, wenn er einmal verhaftet werden sollte, so müsse er sagen, er sei ein halbes Jahr in Arbeit gewesen. Gelegentlich einer polizeilichen Vorführung wegen Bettels äußerte er 1923: „Ich weiß nicht, weshalb ich arbeiten soll, nachdem ich doch Kriegsinvalide bin“, und dann: „Beschwerden, weshalb er nicht arbeiten könne, habe er nicht“. April 1924 begrüßte er einen Schutzmann auf der Straße durch stramme Haltung und Handanlegen an den unbedeckten Kopf. Eine Frage des Schutzmanns beantwortete er richtig, sagte aber immer dazu „Yes“. Oktober 1924 wird er beim Exhibitionieren betroffen. Er hat dabei auch Kinder unsittlich berührt. Er wurde dem Bezirksarzt vorgeführt und der Klinik überwiesen.

Untersuchungsbefund: Blöder Gesichtsausdruck, schlaffe Mimik. Neurologisch: Augenhintergrund i. O., Pupillen und Hirnnerven o. B. Es gelingt ihm auch, isolierte Bewegungen, einseitigen Augenschluß, Heben eines Mundwinkels zu erzielen. Grobe Kraft überall gut, keine Ataxie, Reflexe sämtlich auslösbar, ohne besondere Lebhaftigkeit, nirgends Klonus. Keine Tonusanomalien. Dagegen findet sich Babinski auf beiden Seiten, auch Rossolimo ist meist positiv. Desgleichen Wadendruckphänomen und Oppenheim. Die Dorsalflexion der großen Zehe tritt zuweilen auch ohne Berührung der Fußsohle auf bei Gehbewegungen oder bei Anstrengungen. Strümpfellsches Zeichen deutlich vorhanden,

Wassermann in Blut und Liquor negativ, Nonne Phase I negativ, keine Lymphocytose.

Psychisch fiel er vor allem durch sein dumm-läppisches Benehmen auf. Angeredet, lachte er breit grinsend. In seinem Verhalten anderen Leuten, auch den Ärzten gegenüber, ist er ohne jede Scheu, ungeniert, durch nichts eingeschüchtert. Tut und redet ohne Überlegung. Läßt sich durch nichts stören. Er befolgt Anforderungen meist mit einer gewissen Gutmütigkeit, aber ohne jeden Respekt, ohne jedes Gefühl für Distanz.

Die Intelligenzprüfung ist deshalb erschwert, weil er die Neigung hat, alles ins Witzige zu verdrehen und dann auch deswegen, weil er vollkommen in den Tag hinein antwortet, Dinge erzählt, die ihm durch den Kopf gehen. Es ist ihm dabei vollkommen gleichgültig, ob seine Antworten zur Frage passen, ja, er scheint sich immer darüber zu freuen, wenn er etwas Verkehrtes sagt. Auf ein Mikroskop im Untersuchungszimmer aufmerksam gemacht, betrachtet er das lange. Auf die Frage, was das sei, meint er, zum Zählen der Stunden am Tage. Als er dann gefragt wird, womit man die Stunden denn zähle, meint er lachend, mit dem Thermometer. Alle Fragen beantwortet er sehr schnell, ohne Überlegung, und es kommt ihm anscheinend nicht darauf an, ob die Antwort einen Sinn hat, und ob sie richtig ist. Wenn er eine Antwort nicht weiß, spricht er irgend etwas, was ihm gerade einfällt. Er ist dabei leicht ablenkbar, überhört ganze Fragen, gibt sich bei der Erledigung einfacher Aufträge keine Mühe, führt sie uninteressiert, langsam,

unter Umständen falsch aus, hält gelegentlich mitten in der Aufgabe inne, setzt sich dann wohlgefällig mit dumm-zufriedenem Gesicht hin, ausgesprochen träge, uninteressiert, ohne jede Spontaneität. Wenn er vorgesprochene Sätze wiederholen soll, fügt er immer etwas hinzu. Rechnen geht schlecht, jedoch läßt sich schwer annehmen, daß der Kranke wirklich nicht rechnen kann, weil er immer sehr schnell ganz willkürliche Zahlen als Resultat angibt: $11 \text{ mal } 12 = 1 \text{ Billion}$, $5 \text{ mal } 5 = 50$, dazwischen kommen wieder richtige Ergebnisse. Weitere Untersuchungen ergeben, daß er ein ganz gutes Schulwissen hat, daß er vor allen Dingen auch in Geographie und Geschichte über die landläufigen Kenntnisse verfügt.

Es ist bei dieser Sachlage außerordentlich schwer, sich über seine Urteilsfähigkeit ein Bild zu machen; grobe Ausfälle lassen sich bei der Intelligenzprüfung jedenfalls nicht nachweisen.

Seine Antworten erinnern viel an Pseudodemenz; daß es sich aber nicht um eine solche handelt, ergibt sich schon daraus, daß er gelegentlich mit derselben grinsenden Miene auch richtige Antworten gibt. Ferner paßt die ewig alberne Heiterkeit, mit der alle seine Äußerungen erfolgen, nicht zum Bilde einer Pseudodemenz. Man hat den Eindruck, daß er sich über seine verkehrten Antworten freut, gewissermaßen um seine Zuhörer zu erheitern oder ihnen einen Schabernack zu spielen.

Sprachlich zeigt er keine Zerfahrenheit; Sinnestäuschungen und Wahnideen fehlen. In seinem Benehmen ist er meistens sehr unmanierlich, ungeniert und gab sich zunächst nicht die geringste Mühe, seiner Unreinlichkeit Herr zu werden, ließ Kot und Urin unter Umständen auch im Stehen, selbst wenn er nur wenige Schritte vom Abort entfernt war, unter sich gehen. Allmählich gelang es jedoch, ihn an eine geordnete Verrichtung seiner Bedürfnisse zu gewöhnen. Seine Stimmung ist meist euphorisch mit deutlich läppisch-kindischem Verhalten. Dabei findet sich eine gewisse Gutmütigkeit. Er sitzt meist stumpf herum. Er knüpft keine Gespräche an. Fühlt sich anscheinend sowohl im Krankensaal wie im Dauerbad sehr wohl, äußert keine Wünsche.

Epikrise.

Es handelt sich um einen jetzt 28 Jahre alten Mann, der in der Schule nur mäßig gelernt hat. Schon vor dem Kriege war er auffällig gewesen. Im Krieg versagte er, und zwar, wie sich aus den Berichten eindeutig ergibt, schon bevor er irgend etwas Besonderes mitgemacht hat. Er wurde als schwachsinnig angesehen; in seinem Benehmen zeigte sich ausgesprochen kindisches Wesen und kindische Reaktion, z. B. einmal eine primitiv lächerliche Angst vor Gespenstern im feindlichen Feuer, also in einer Situation, wo andere Befürchtungen näher gelegen haben würden.

Auf neurologischem Gebiet finden sich bei ihm keine Lähmungen und keine Muskelspannungen irgendwelcher Art, aber ein Babinski und ein deutliches Strümpellsches Phänomen. Der Babinski ist nicht nur durch Bestreichen der Fußsohle auszulösen, man kann eine Dorsalflexion der großen Zehe auch erzielen durch Druck auf die Wade, Bewegungen des Fußes usw. Da sonst Pyramidensymptome fehlen, ist es nicht wahrscheinlich, daß wir es hier mit einer Läsion der Pyramidenbahnen zu tun haben. Zur Erklärung des Phänomens kann man zwei Möglichkeiten heranziehen. Entweder handelt es sich um einen sog. Pseudo-

babinski, der in Wirklichkeit eine athetotische Mitbewegung darstellt, oder wir haben es hier mit einem Zurückbleiben auf einer Frühstufe der kindlichen Motorik zu tun. Das Strümpellsche Phänomen ist ja ebenfalls wohl als eine entwicklungsgeschichtlich ältere Stufe der Bewegungsynergien anzusehen.

In seinem psychischen Verhalten lag, wie besonders aus der Vorgeschichte hervorgeht, etwas Widerspruchsvolles: auf der einen Seite benahm er sich wie ein Schwachsinniger, gab unangepaßte Antworten, die von einem hohen Grad von Respektlosigkeit zeugten und dafür sprachen, daß ihm jedes Gefühl für Distanz abging. Auf der anderen Seite scheint er zwischendurch wieder ganz gut und verständig gewesen zu sein. Während er in vielen Situationen als schwachsinniger, tölpelhafter Mensch imponiert, erweckt er zu anderen Zeiten doch den Eindruck, daß er gar nicht so dumm, jedenfalls nicht ausgesprochen schwachsinnig sei. So kam es vorübergehend zu dem Verdacht einer Pseudodemenz.

Nach dem Kriege arbeitet er überhaupt nicht mehr, lebt in den Tag hinein, ist dabei, seiner primitiven Einstellung gemäß, sehr bedürfnislos, läßt sich völlig gehen, bettelt und macht sich kleinerer Eigentumsvergehen schuldig, wird aber exkulpiert. Zur Zeit gleichgültig, euphorisch, dabei gelegentlich rasch mit einer witzigen oder doch witzig anmutenden Antwort bereit; er zeigt jedenfalls keine schwereren intellektuellen Ausfälle; im Gedankengang ist er nicht zerfahren, keine Sinnestäuschungen, keine Wahnideen. Er ist aber nicht in der Lage, von seinem Besitz an Schulkenntnissen und Lebenserfahrungen Gebrauch zu machen, offenbar vor allem, weil er nicht den geringsten Trieb, nicht das geringste affektive Bedürfnis dazu hat. Seine Stimmung ist heiter läppisch, vollkommen ungeniert, durch nichts beeinträchtigt, weder durch das Gefühl der Bescheidenheit noch durch Rücksicht auf andere. Er wirkt nicht nur durch törichte Antworten lächerlich, sondern man hat oft den Eindruck, daß er Scherze beabsichtigt, wenn er ohne zu überlegen rasch eine total verkehrte Antwort gibt und dazu grinst.

Das, was hier den Eindruck des Schwachsinnigen macht, ist weniger ein Mangel an Kenntnis oder an Urteilsfähigkeit, vielmehr eine eigenartige affektive Einstellung, deren Grundton ein sorgloses Selbstgefühl bildet. In seiner Ungeniertheit kommt ihm gar nicht das Bedürfnis, sich irgendwie affektiv den äußeren Umständen anzupassen. Es fehlt ihm die affektive Orientierung, die ganz instinktive Fähigkeit, sich in eine gegebene Situation einzufühlen. Sehr bezeichnend sind dabei folgende Dinge: im feindlichen Feuer kommt ihm plötzlich die Furcht vor Gespenstern, im Lazarett fürchtet er sich vor einem Mann, den er für einen Russen hält, seinem Oberst gibt er ohne jede Scheu eine freche Antwort, auch Fragen, die vor Gericht, von Behörden, von dem Arzt

bei der Untersuchung an ihn gerichtet werden, kann er nie ernst nehmen, macht alberne törichte Scherze. Wäre nicht diese inadäquate Neigung, verkehrte Antworten zu geben, und ewig zu lachen, so würde die geistige Leistungsunfähigkeit des Kranken wohl wenig auffallen.

Sehr bemerkenswert ist seine Neigung zum Späßemachen; bestehen die „Witze“, wie hier, in zum Teil verkehrten Antworten, so kann dadurch der Eindruck der Pseudodemenz zustande kommen. Dieser Verdacht lag im Felde besonders nahe, und auch bei der Einweisung in die Klinik war die Möglichkeit in Erwägung gezogen worden, weil eine strafbare Handlung die Ursache für die Überführung in die Klinik gewesen war. Der Gedanke an eine eigentliche Pseudodemenz konnte aber rasch aufgegeben werden, da ganz unabhängig von seinen Interessen zwischen-durch richtige, ja treffende Antworten kamen, und da er außerdem selbst über all seine Verkehrtheiten mit der albernsten Freude eines kindischen Spaßmachers lachte.

Inhaltlich betrachtet sind selbstverständlich seine Antworten kaum witzig zu nennen; sie wirken nur so, weil die Persönlichkeit des Kranken sie so färbt. Seine Art und Weise erinnert in vielem an kindliches Gebaren. Kinder versuchen gerne dadurch, daß sie irgendetwas verkehrt sagen und dabei lachen, scherzhaft zu wirken; auch seine ganz ungenierte Einstellung ähnelt dieser kindlichen Harmlosigkeit. Bemerkenswert ist nun, daß auch die Motorik des Kranken sich z. T. auf einem infantilen Stadium befindet. Dabei ist es zunächst einmal unwesentlich, ob es sich bei seinen motorischen Eigentümlichkeiten um ein Zurückbleiben auf einer kindlichen Stufe der Entwicklung, oder ob es sich um eine forme fruste der Athetose handelt, da wir es bei der echten Athetose mit einem Mechanismus zu tun haben, der nur dem kindlichen Gehirn eignet.

Mit einem Wort muß auch auf die differential-diagnostische Unterscheidung von Dementia praecox eingegangen werden; es ist ja in der Tat einmal diese Diagnose gestellt worden, hauptsächlich wegen des affektiven Verhaltens, das zweifellos zuweilen etwas an das eines läppischen Hebephrenen erinnert. Zeichen einer schizophrenen Denkstörung fanden sich jedoch weder damals noch jetzt, auch Sinnestäuschungen und charakteristische Wahnideen sind nicht beobachtet worden. Die läppisch-bizarren „Erfindungen“ möchte ich nicht in diesem Sinne deuten; schon deshalb nicht, weil der Kranke sich selbst darüber lustig macht und offenbar nie ernst daran geglaubt hat. Immerhin könnte man den Zustand augenblicklich, wenn wir auch nicht an eine floride Schizophrenie denken werden, unter Umständen als Endzustand, als Defekt nach einem vorher durchgemachten schizophrenen Schub, ansehen. Ich halte jedoch auch das für unwahrscheinlich, und es erscheint mir deshalb wesentlich, daß der Kranke in der Zeit, in der vielleicht

eine akutere Phase im Gange gewesen sein konnte, von Fachleuten untersucht worden ist, die beide angeborenen Schwachsinn und nicht Schizophrenie diagnostiziert haben (1915 *Kleist*, 1917 *Kahn*).

Ein ähnlicher Fall, von dem ich leider nur poliklinische Aufzeichnungen zur Verfügung habe, ist folgender:

Beob. 3. Sch. F., 37 Jahre. Als Kind angeblich unauffällig, genauere Anamnese ist jedoch nicht zu erhalten. In der Schule gut, hat keinen Beruf gelernt; ist im Krieg einmal durch Fliegerbombe verschüttet worden; klagt jetzt über Allgemeinbeschwerden, Schwindelanfälle und Sprachstörungen, die schon seit längerer Zeit bestehen, sowie über Ungeschicklichkeit in der rechten Hand. Innere Organe o. B. Neurologisch: Pupillen, Augenhintergrund, Hirnnerven in Ordnung. Die Sprache ist kloßig und schwerfällig. Beim Sprechen auffallende Mitbewegungen im Gesicht. Beim Versuch, ein Auge isoliert zu schließen, ebenfalls überreichliche, teilweise fratzentartige Mitbewegungen der Gesichtsmuskulatur. Bei allen motorischen Handlungen Mitbewegungen am ganzen Körper, dabei Neigung zu Überstreckungsbewegungen in der linken Hand und im Handgelenk; auch die Ausführung feinerer Bewegungen leidet darunter; er innerviert z. B. beim Öffnen einer Sicherheitsnadel übertrieben stark und ungleichmäßig. Ausgesprochene Lähmungen bestehen nicht, kein Strümpell; rechts immer, links manchmal Babinski, der übrigens nicht nur beim Bestreichen der Fußsohle, sondern auch gelegentlich beim Gehen oder bei angestrengten Bewegungen spontan auftritt. Psychisch: dummschlaues Wesen, wurde eine Zeitlang für pseudodement gehalten, wird als bösartig, hämisch geschildert, gegen seine Kameraden widerborstig, verträgt sich nicht, ist oft frech, unfähig, sich anzupassen.

Zusammenfassung.

Auch hier haben wir es mit einem Mann zu tun, der durch die ungewöhnliche Neigung zu Mitbewegungen und durch gewisse motorische Auffälligkeiten (Pseudo-Babinski) sich den oben erwähnten Fällen verwandt zeigt. Auch hier ist es vor seiner affektiven Einstellung zu sozialen Schwierigkeiten gekommen; bei ihm handelt es sich weniger um witzig albernes Benehmen, als vielmehr um eine hämisch-bösartige Einstellung seiner Umgebung gegenüber. Die intellektuellen Leistungen sind gut, wenn auch gelegentlich gewisse, offenbar durch Unlust erzeugte Fehlleistungen beobachtet worden sind.

Gemeinsam ist diesen Fällen eine leichte motorische Störung und eine psychische Eigenart, die die Kranken zunächst als Schwachsinnige erscheinen läßt; bei näherer Untersuchung ist aber kein intellektueller Defekt festzustellen, der allein schon das Verhalten der Kranken erklären könnte; man findet aber ihr Denken und Handeln von einer eigentümlichen Affektlage beeinflusst; diese Eigenart läßt sich etwa durch folgendes charakterisieren: auf der Grundlage eines durch keinerlei Leistungen berechtigten Selbstgefühls und einer euphorischen Stimmungslage nehmen die Kranken nichts, was ihnen begegnet, ernst; überall finden sie Anlaß und Ursache für alberne Scherze und läppische Äußerungen, über die sie sich selbst amüsieren, und in denen sie immer erneuten Grund

zu einer kindischen Heiterkeit suchen. Ihrer Umgebung gegenüber sind sie ungeniert, auch gegen Höherstehende vollkommen distanzlos, das Gefühl der Achtung, der Ehrerbietung, des Respekts fehlt ihnen ganz. Dementsprechend sind sie auch in ihrem Verhalten undiszipliniert. Sehr charakteristisch war das Benehmen F.'s seinem Oberst gegenüber, bei dem er sich für seine unwahren Angaben einfach damit entschuldigte, er rede halt manchmal dummes Zeug. Eine gewisse plumpe Vertraulichkeit äußert sich auch in den Unterredungen mit dem Arzt. Beispiele dafür ergeben sich aus der Vorgeschichte. Der Gedanke, aus Höflichkeit etwa auf ihre Mitmenschen Rücksicht zu nehmen, kommt ihnen gar nicht. Sie fühlen sich vollkommen unbekümmert und unbeeinflusst durch andere. Dabei sind sie auch ohne Mitleid und taktlos, z. B. gegen hilflose Kranke, amüsieren sich über deren Eigenart, machen zum Teil rohe Scherze über sie. Genau so flegelhaft, unmanierlich und unziert behandelte z. B. F. seine Mutter. Vorhaltungen deswegen werden einsichtslos belacht. Das Leben machen sie sich so bequem wie möglich; vollkommen indifferent und ohne ernstliches Streben leben sie in den Tag hinein, finden dabei gelegentlich, vielleicht infolge ihres oft komisch anmutenden Wesens, Freunde und durch sie Unterkommen und Stellung. Nicht selten verstehen sie es, sich beliebt zu machen; insofern kann man auch von einer gewissen praktischen Intelligenz bei ihnen sprechen. Ihre intellektuellen Fähigkeiten charakterisiert man im übrigen am besten durch den Ausdruck Verschlagenheit, evtl. Bauernschlauheit; etwas Dummdreistes liegt in ihrem Verhalten und Wesen. Bei der experimentellen Intelligenzprüfung merkt man deutlich, daß ihnen das Interesse oder, wenn man so will, der Ehrgeiz, eine richtige Antwort zu geben, vollkommen fehlt. Sie wären oft zu richtigen Ausführungen durchaus in der Lage, aber sie geben lieber, denkfaul wie sie sind, irgendeine Antwort, die ihnen gerade einfällt, einerlei ob sie richtig ist oder nicht; sie amüsieren sich dabei offensichtlich, wenn den Untersucher die verkehrte Antwort in Erstaunen setzt, ganz besonders wenn er versucht, sie durch Hilfen auf die richtige Fährte zu bringen. Zunächst hat man meist den Eindruck, der Kranke beabsichtige irgend etwas mit seiner verkehrten Äußerung, und deshalb ist fast bei allen einmal der Verdacht auf Pseudodemenz aufgetaucht. Wenn aber irgendeine Tendenz damit verknüpft war, so war es offenbar nur die, sich zu amüsieren, vielleicht auch andere in Erstaunen zu setzen oder zum Lachen zu bringen.

Wenn somit die Ergebnisse der Intelligenzprüfung im allgemeinen keine Defekte erkennen lassen, so kann man allerdings insofern bei unseren Kranken von einer geringen Urteilsfähigkeit sprechen, als sie weder ihre Lage noch ihre Zukunftsaussichten richtig zu beurteilen imstande sind. Auch ist bei ihnen der Trieb zu intellektuellen Erwägungen

und die Fähigkeit, verstandesmäßige Überlegungen für ihr Handeln ausschlaggebend sein zu lassen, äußerst gering. Offenbar handelt es sich hier aber nicht so sehr um eine Urteilsstörung als vielmehr um eine *affektive* Anomalie, besonders auch um eine Unfähigkeit, sich affektiv der Umgebung anzupassen. Auch wenn man versucht, diesen Kranken Vorhaltungen zu machen oder ihre Zukunftsaussichten mit ihnen zu besprechen, trifft man nie auf eine adäquate affektive Einstellung, die es ermöglichte, sich mit ihnen über solche Themen zu verständigen. Sie lassen sich dabei, und das scheint mir besonders wichtig, nicht durch äußere Dinge in ihrer Stimmungslage beeinflussen, und sie dokumentieren auch damit eine mangelnde Ansprechbarkeit des affektiven Verhaltens. Ihre gelegentlich geäußerten, an sich zutreffenden intellektuellen Erwägungen und Urteile sind offenbar meist nicht von dem erwarteten adäquaten Gefühlston begleitet, und so haben die Außenstehenden oft den Eindruck, daß gewisse Dinge auch intellektuell von ihnen nicht erfaßt seien. Die gewöhnliche Form ihres Reagierens ist das Witzeln.

Die Art ihres Witzelns verrät zweifellos keine besondere Intelligenz. Sie ähnelt etwas der bei ungebildeten und primitiven Menschen verbreiteten Art, Späße zu machen. Sie wollen irgendwie Lachen erregen, sei es durch Verkehrtheiten, die mit Willen gemacht werden, durch plumpe Wortspiele, alberne Redensarten, tölpelhaft läppische Bemerkungen und vor allem dadurch, daß jede eigene und fremde Äußerung erst einmal belacht wird.

Wir nehmen bei jedem, der zum Witzeln neigt, an, daß er sich in einer selbstgefälligen Stimmung befindet, die es ihm gestattet, sich seiner Umgebung überlegen zu fühlen. Bei unseren Patienten wird diese Einstellung dadurch veranlaßt oder doch unterhalten, daß sie sich durch nichts geniert, durch niemand beeinflußt oder beeinträchtigt vorkommen, und daß sie sich auch von niemand imponieren lassen. Alles, was andere Menschen hemmen könnte, berührt diese Kranken anscheinend überhaupt nicht. Deshalb haben sie auch kein Gefühl für Unterordnung, für Unterschied in der Stellung der Persönlichkeiten, und dieses sich so völlig Ungeniertfühlen ist wohl auch die Ursache für die am meisten hervortretende Neigung, törichte Scherze zu machen.

Daß es bei der ganzen Art dieser Kranken nicht zu Witzen im höheren Sinne kommt, ist fast selbstverständlich; dazu fehlt ihnen auch die feinere gemütliche Ansprechbarkeit, in der vor allen Dingen die Voraussetzungen des echten Humors gegeben sind. Dementsprechend beschränken sich ihre Späße auch meist auf Wortwitze, alberne Bemerkungen und banale Verkehrtheiten, die nicht die geringste Anforderung an ihre Denktätigkeit stellen und die ganz ihrer indolenten Denkfaulheit entsprechen.

Trotz der zweifellos vorhandenen gedanklichen Trägheit sind diese Kranken, das trifft besonders für H. zu, motorisch nicht faul. H. bewegt sich gerne und viel; er ist von einer gewissen Vielgeschäftigkeit, ohne sich dabei jedoch irgendwie anzustrengen. F. dagegen ist auch auf motorischem Gebiet, wenigstens in der letzten Zeit, ausgesprochen träge und bedürfnislos. Hinzu kommt in den letzten Monaten bei ihm eine gewisse Wortkargheit und Gleichgültigkeit.

Die geschilderten psychischen Zustände haben auf der einen Seite eine gewisse Ähnlichkeit mit hypomanischen Bildern, auf der anderen Seite erinnern sie zuweilen an Eigenarten hebephrener Kranker. Die Beziehungen zur Manie sind, wie wohl schon aus der Beschreibung hervorgeht, nur ganz äußerliche, insofern, als ihr Gebaren gelegentlich an manische Heiterkeit erinnern könnte. Es fehlt den Zuständen aber ganz das Angeregte, Sprudelnde der hypomanischen Natur. Auch das Selbstgefühl unserer Kranken hat kaum eine Beziehung zu der gehobenen Stimmung und dem Glücksgefühl echter Maniaci. Ideenflucht oder auch nur Andeutung davon ist nicht zu finden. Vollkommen fehlt auch der gemütliche Rapport und die gemütliche Ansprechbarkeit, die man beim manischen Kranken kaum je zu vermissen pflegt.

Eher könnte die Art der Heiterkeit unserer Patienten mit hebephrenen Zuständen in Verbindung gebracht werden, wegen des oft läppischen Verhaltens, das dem Ganzen eine charakteristische Note zu geben scheint. In vieler Hinsicht paßt auch die eigentümliche Überheblichkeit unserer Kranken nicht schlecht zu hebephrenen Bildern. Nun sind dies aber gerade Eigenschaften, die auch die hebephrenen Symptome mit den Eigenarten, wie man sie in den Entwicklungsjahren trifft, gemeinsam haben. Sichere Symptome einer Schizophrenie stellen sie für sich allein nicht dar; andere schizophrene Symptome fehlen, insbesondere wurden Zerfahrenheit, Sinnestäuschungen oder Wahnideen dauernd vermißt.

Die weitestgehende Ähnlichkeit haben die hier geschilderten Zustände mit infantilen Eigenarten; gerade ihre Art und Weise zu witzeln, erinnert viel an kindliche Manieren. Die meisten Kinder versuchen, wenn sie Scherze machen wollen, dies oft nur durch den spaßigen Ton, in dem sie irgendeine Verkehrtheit sagen, zu erreichen und schöpfen hieraus Anlaß zu lange dauernder Heiterkeit; dabei können sie über Bemerkungen kichern und lachen, die den Erwachsenen keineswegs witzig erscheinen.

Kinder legen auch, meist allerdings erst, wenn sie die anfängliche Scheu einer neuen Bekanntschaft überwunden haben, eine große Ungeniertheit an den Tag, lassen sich weder durch das Gewicht einer Persönlichkeit noch durch den Zwang der Situation von Bemerkungen abhalten, die zuweilen peinlich wirken, während sie harmlos sich nichts

Böses dabei gedacht haben. In ähnlicher Weise wie unsere Patienten sind Kinder gelegentlich gegen Kranke oder irgendwie auffallende Menschen von rücksichtsloser Offenheit, ja zuweilen von ausgesprochener Grausamkeit. Während aber beim Kinde ein derartiges Verhalten und derartige Äußerungen in ihrer Naivität nie abstoßend wirken, ist das Benehmen unserer Patienten in höchstem Maße abgeschmackt, oft anmaßend und einfältig. Die Verschiedenheit dieser Eindrücke bei an sich fast gleichartigen Äußerungen läßt sich dadurch erklären, daß beim Kinde die noch im Gange befindliche Verstandesentwicklung und der noch geringfügige Kenntnisbesitz seinem affektiven Verhalten angepaßt ist; durch die Gesamtheit dieser Eigenschaften ist das kindliche Wesen, die kindliche Persönlichkeit bedingt. Unseren Kranken hat dagegen eine gewisse Lebenserfahrung und die entwickelte Körperlichkeit schon den Stempel des Erwachsenen aufgedrückt, und so entsteht ein Mißverhältnis, das die Leute schwachsinnig oder dummdreist erscheinen läßt, und das schließlich die Ursache für das Versagen im Leben ist.

Eine ganz ähnliche, kindisch wirkende Heiterkeit, nicht selten verbunden mit einer Andeutung von Selbstgefälligkeit und Lebhaftigkeit, finden wir außerdem nicht selten bei Kranken, die an unkomplizierter idiopathischer Athetose leiden. Ich habe auf diese Eigenart der Athetotiker schon früher¹⁾ aufmerksam gemacht und dabei auch betont, daß diese Patienten keineswegs alle so hochgradig schwachsinnig sind, wie man zuerst vermutet. Ebenso wie die hier beschriebenen Fälle pflegen auch sie bei experimentellen Intelligenzprüfungen, zuweilen auch in der Schule Gutes oder wenigstens wesentlich mehr zu leisten als man erwartet hat. Man muß bei den Athetotikern auch berücksichtigen, daß ihnen infolge ihrer Motilitätsstörung und ihrer Sprachbehinderung nicht nur die Erwerbung von Schulkenntnissen, die Aufnahme an Anschauungsmaterial sehr schwer wird, sondern daß auch die mangelhafte Entäußerungsmöglichkeit ihre intellektuelle Leistungsfähigkeit verdeckt.

Die euphorische Gemütsart der Athetotiker trägt im allgemeinen mehr kindliche Züge, als es bei unseren Kranken der Fall ist. Die Ursache ist wohl darin zu suchen, daß die motorische Unbehilflichkeit den Athetotikern schon ein etwas kindliches Gepräge gibt. Ist diese motorische Behinderung nicht so hochgradig, so wird die Ähnlichkeit mit der dummdreisten Art der uns hier interessierenden Kranken größer.

Am meisten ist mir diese Ähnlichkeit aufgefallen bei einem Patienten mit zweifelsfreier, wenn auch unvollständiger Athétose double, dessen Krankengeschichte ich hier folgen lasse:

¹⁾ Der amyostatische Symptomenkomplex. Berlin 1922.

Beob. 4. L. A., 53 Jahre¹⁾.

Vorgeschichte: Von jeher schwere Sprache, hört schlecht. Mit 8 Jahren in eine Anstalt für zurückgebliebene Kinder. Dort in der Schule hat er gut gelernt, sei „Primus“ gewesen. Seit Jahren arbeitet er regelmäßig in der Anstalt im Garten. Immer sehr selbstbewußt, wenig respektvoll, gute Stimmung, Neigung zu Witzen. Auffassung gut; spielt mit Leidenschaft und Geschick Skat. Oft schlagfertige Bemerkungen. Gehör sehr schlecht. Liest aber gewandt vom Munde ab.

Jetziger Befund: Augenbewegungen frei, Augen einzeln schließen fällt schwer. Facialis in der Ruhe links ein wenig stärker innerviert als rechts, auch mimisch bleibt der rechte Facialis etwas zurück. Bei willkürlicher Innervation keine Lähmung, jedoch einseitige Innervation unmöglich. Die grobe Kraft der Extremitäten und Körpermuskeln ist gut. An den Beinen leichte Hypotonie. Auch in den Armen kein erhöhter Muskeltonus. Gang ohne Besonderheiten. Arme werden pendelnd mitbewegt. Sehnenreflexe: P.S.R. links lebhafter als rechts. Sonst Reflexe ohne Besonderheiten. Kein Babinski. In der Ruhe bemerkt man keine pathologischen Bewegungen. Bei motorischen Akten, z. B. beim Anziehen, sind in den großen Zehen beiderseits unwillkürliche Streckbewegungen zu beobachten, auch tritt dann ab und zu eine Dorsalflexion des Fußes auf. Unwillkürliche Bewegungen erfolgen alle langsam, ohne Überstreckung. Beim Sprechen ab und zu schraubende Bewegungen in den Schultern und Hilfsbewegungen in Armen und Händen, die z. T. an Ausdrucksbewegungen erinnern. Namentlich im Gesicht treten beim Sprechen außerordentlich zahlreiche Mitbewegungen auf. Die Lippen werden vorgestülpt, das Gesicht nach links, seltener nach rechts verzogen, das Kinn vorgestreckt, die Stirn hochgezogen.

Auch an Nacken und Hals sieht man ähnliche Bewegungen, alle langsam, wurmförmig. Dazwischen wälzende Bewegungen mit der Zunge. Die Sprache ist stockend, die Worte werden zuweilen mühsam hervorgepreßt, kommen aber auch oft stoßweise explosionsartig heraus; bei schwierig auszusprechenden Worten und bei Erregung nimmt die Störung zu.

Epikrise: Es handelt sich hier um eine unvollkommene Form einer Athetosis duplex. Vorzugsweise ist das Gesicht von athetotischen Mitbewegungen betroffen. Weiter findet sich bei ihm wenigstens gelegentlich ein sog. Pseudobabinski, weniger beim Bestreichen der Fußsohle als bei willkürlichen Bewegungen. Auch L. ist psychisch von der gleichen Art: dummdreist, verschlagen, egoistisch, ungeniert, respektlos, ohne Distanzgefühl, neigt zum Witzeln ohne Rücksicht auf die davon betroffenen Persönlichkeiten. Dabei ist er intellektuell nicht zurückgeblieben, er leidet aber darunter, daß er von jeher Schwierigkeiten hat, sich sprachlich auszudrücken. Eine gewisse Eitelkeit, die übrigens auch bei H. zu bemerken war, spielt auch bei ihm eine Rolle.

Affektiv ähnlich, nur wesentlich gutmütiger ist der folgende Kranke. Auch bei ihm bestand eine forme fruste der Athetose. Die athetotischen Bewegungen waren hier ziemlich schwer nachzuweisen, und zunächst wenig auffällig.

¹⁾ Ich habe diesen Fall in anderem Zusammenhang schon in meiner oben-erwähnten Monographie beschrieben. Für seine Überlassung bin ich Herrn Prof. Rosenfeld-Rostock zu großem Dank verpflichtet.

Beob. 5 Fe. V.

Vorgeschichte: Vater Trinker, Näheres über Geburt des Patienten und dessen erste Entwicklung ist nicht bekannt. Er weiß nur, daß sich nach einer sehr früh durchgemachten Erkrankung als Kind seine Sprache verschlechtert hat. Lange Zeit Bettnässen. Habe zu Hause Lesen und Schreiben gelernt, sei dann mit 11 Jahren in eine Schwachsinnigenanstalt gekommen, wo er bis zum 20. Lebensjahr blieb. Er hat dort Schusterei gelernt. Von dort entlassen, hat er als Hilfsarbeiter in einer Fabrik gearbeitet, blieb in dieser Stellung 3 Jahre; hatte später noch Gelegenheitsarbeit, aber von kürzerer Dauer. In der letzten Zeit beschäftigungslos, hat er gelegentlich viel getrunken; es habe ihm geschmeckt und die anderen hätten es ja auch getan. Er habe wenig vertragen und sei öfter betrunken gewesen. Von jeher gutmütig, meist vergnügt, konnte auch leicht gereizt werden. Er wird eingewiesen wegen eines Erregungszustandes nach einem Alkoholexzesse.

Befund: Sehr kräftig, gedrunken gebaut, massige, plumpe Muskulatur, besonders stark entwickelt an Hals und Nacken, rechts deutlicher als links. Zunge breit, Sprache stockend, beim Sprechen zahlreiche Mitbewegungen an Zunge und Gesicht, der Mund wird dabei vorzugsweise in die Breite gezogen, und, besonders bei schwierigen Worten, kommt es zu einem grimassenartigen Verzerren des Gesichts.

Sehnenreflexe lebhaft, keine Kloni, kein Babinski, Sensibilität o. B.

An den Händen, rechts stärker als links, sieht man bei jeder körperlichen Anstrengung, aber auch bei Denkaufgaben, langsame Mitbewegungen an den Fingern, die vorzugsweise in Spreizungen bestehen, gelegentlich beobachtet man jedoch auch verkrampfte und vertrackte Beuge- und Streckbewegungen mit Neigung zu bizarren Hand- und Fingerhaltungen. Spontan treten diese Bewegungen nicht auf. Auch in Form der Mitbewegungen sind sie nicht leicht auszulösen. Sie ähneln in der Form etwas den kindlichen Verlegenheitsbewegungen, unterscheiden sich von diesen jedoch durch gelegentliche ungewöhnliche Bewegungskombinationen und vertrackte Stellungen. Eine ausgesprochene Überdehnbarkeit an den Fingergelenken ist nicht vorhanden.

Psychisch ist der Kranke orientiert und geordnet. Bei der Aufnahme weint er in kindlicher Weise über seine Verbringung in die Klinik, gewöhnt sich aber schnell dort ein, ist ausgesprochen gutmütig, heiter, vergnügt, freundlich, macht sich mit kindlicher Hilfsbereitschaft nützlich, freut sich über Lob und Anerkennung und über jede freundliche Anrede. Er unterhält sich gern, macht auch gelegentlich Scherze in etwas primitiver Art, geht auf alles, was man ihm sagt, bereitwillig ein, hat aber bei vielen Fragen nur ein verlegen hilfloses, grinsendes Lachen. Bittet, entlassen zu werden, nimmt aber die zunächst ablehnende Antwort keineswegs tragisch auf, sondern lächelt ähnlich zufrieden wie vorher. Seine immer etwas täppische Heiterkeit verläßt ihn auch dann nicht, wenn man versucht, über seine Zukunftsaussichten mit ihm zu sprechen. Er ist in jeder Beziehung optimistisch, denkt sogar an Heiraten, wird sich schon durchbringen. Er ist, wie sich aus der Vorgeschichte ergibt, äußeren Einwirkungen sehr zugänglich, ist im guten und schlechten Sinne stark beeinflusbar. Intellektuell ist er etwas zurückgeblieben, debil, einfache Bilder oder Sprichwörter erklärt er ganz ordentlich, leichtere Unterschiedsfragen werden richtig beantwortet, von den Binet-Tests versagt er nur bei der Wortumstellung, den Ebbinghausenschen Lückentext ergänzt er wenigstens zum größten Teil. Von den Schulkenntnissen geht das Rechnen nur mäßig, dagegen ergibt sich bei der Untersuchung, daß er in der Lage gewesen ist, sich ein ganz leidliches Lebenswissen zu erwerben, sich berufliche Kenntnisse anzueignen, sowie aus Erfahrungen zu lernen, freilich reichen seine Fähigkeiten nicht aus, um sich äußeren Beeinflussungen durch eigenes kritisches Urteil zu entziehen.

Epikrise: Man kann bei Fe. wohl von einer Debität sprechen. Seine kindliche Hilflosigkeit läßt ihn wesentlich harmloser erscheinen als z. B. die Kranken H. und L. Vielleicht hat auch seine Erziehung in einer gutgeleiteten Schwachsinnigenanstalt dazu beigetragen, daß er im allgemeinen sozial ganz brauchbar gewesen ist. Er hat in seinem Wesen sehr viel mehr kindliche Züge bewahrt, was nicht zum wenigsten in einem gewissen Respekt vor anderen Menschen zum Ausdruck kommt, ein Respekt, der sich vorzugsweise in der Form der Verlegenheit äußert. Immerhin sind seine Urteilsfähigkeit und sein Kenntnisbesitz besser, als man es bei seinem tölpelhaften, hilflosen Wesen erwarten würde.

Motorisch handelt es sich bei ihm meines Erachtens um eine leichte, nur in Andeutungen vorhandene Form der Athetosis duplex, eine forme fruste, ganz ähnlich wie Fall L. Auf affektivem Gebiet sehen wir eine dauernd vergnügte, heitere Affektlage, die unbekümmert meist auch bei unliebsamen Situationen beibehalten wird. Auch hier herrscht eine optimistische Auffassung vor, meist ist der Kranke freundlich, zufrieden, dabei ausgesprochen gutmütig und leicht beeinflußbar. Nur selten und offenbar nur nach äußeren Veranlassungen oder nach Alkoholmißbrauch kann er gereizt werden. Eine gewisse Selbstgefälligkeit kommt bei ihm ebenfalls gelegentlich zum Durchbruch; sie dokumentiert sich in einer unbegründet optimistischen Auffassung der eigenen Leistungsfähigkeit.

Unverkennbar sind jedenfalls die Beziehungen zur Athetosis duplex. Im Gegensatz zu den anderen Kranken läßt sich jedoch hier eine gewisse Debität feststellen, die aber beim ersten Eindruck wegen der hilflosen Motorik, der schlechten Sprache stärker erscheint als sie de facto ist.

Wir hätten also für die seelische Eigenart unserer Kranken zweierlei Beziehungen aufgefunden: 1. solche zu der kindlichen Psyche; die Kranken sind besonders in ihrer affektiven Entwicklung auf einem infantilen Niveau stehengeblieben, und dadurch hat die Weiterbildung ihrer ganzen Persönlichkeit gelitten, wenn auch außer bei dem leicht debilen Fe. intellektuell keine größeren Mängel vorhanden sind. 2. war eine gewisse Ähnlichkeit mit der Gemütsverfassung der Athetotiker nachzuweisen; auch bei diesen Kranken herrscht eine kindisch heitere Affektlage vor, meist mit einer leichten Selbstgefälligkeit gepaart, während stärkere Intelligenzstörungen nicht selten vermißt werden.

Nun ist die Athetose sehr wahrscheinlich eine Reaktionsform, zu der im allgemeinen nur das kindliche Gehirn fähig ist; daher werden die beiden eben erwähnten Vergleichsmöglichkeiten sich nicht widersprechen, sondern sie können sich unter Umständen ergänzen. Das wird besonders deutlich, wenn wir auch die neurologischen Besonderheiten der geschilderten Fälle mit berücksichtigen. Alle Patienten

hatten meist beiderseits das Babinskische Phänomen, und zwar trat die Dorsalflexion der großen Zehe sowohl beim Bestreichen der Fußsohle auf wie auch in der Form einer Mitbewegung bei Anstrengungen, beim Gehen usw. Es kann sich also dabei auch um einen sog. Pseudobabinski im Sinne von C. und O. Vogt handeln, ein Phänomen, das mit Recht als athetotische Mitbewegung aufgefaßt werden darf. Weiter finden sich bei H. und bei Sch. zahlreiche Mitbewegungen, namentlich im Gesicht, bei H. außerdem an dem rechten Arm Erscheinungen, die ebenfalls an Athetose erinnern. Die besonders hohe Ansprechbarkeit für Mitbewegungen bringt es mit sich, daß gewisse Innervationen, die gewöhnlich beiderseits vollzogen werden, schwer einseitig ausführbar sind. Ein besonders feiner Prüfstein ist das Schließen eines Auges allein und die isolierte Innervation eines Mundwinkels, beides ist bei H. und bei Sch. unmöglich, bei L. sehr erschwert. Ähnliches gilt auch von dem Strümpellschen Phänomen; dabei ist es nicht möglich, ein Bein gegen Widerstand in Hüfte und Knie zu biegen, ohne daß auch die in primitiven Bewegungsstadien synergische Dorsalflexion des Fußes gleichzeitig eintritt. Auch dieses Phänomen wurde bei einzelnen der Kranken, insbesondere bei Fr. beobachtet.

Die erwähnten Erscheinungen lassen die Verwandtschaft zwischen unserem Patienten H. einerseits und dem Athetotiker L. andererseits ganz besonders deutlich werden, derart, daß man auch bei H. eine forme fruste der Athétose double annehmen darf. Auch Fe. ist als ein derartiger Übergangsfall zu betrachten, bei dem allerdings die Athetose etwas deutlicher ist als bei H. Die Fälle Fr. und Sch. haben ihrerseits wieder große Ähnlichkeit mit H.; aber, ohne H. als Zwischenglied zu betrachten, wären die Beziehungen dieser beiden Kranken zur Athetose double wohl kaum überzeugend. Dagegen zeigen beide, wie ja auch H., eine gewisse Verwandtschaft mit der kindlichen Motorik überhaupt. Daß Kinder längere Zeit das Babinskische Phänomen aufweisen können, ist bekannt. Ähnliches gilt von dem Strümpellschen Phänomen, das bei Kindern lange persistieren kann. Auch die Neigung zu Mitbewegungen ist bei Unentwickelten wesentlich größer als bei Erwachsenen; somit finden wir die motorischen Symptome, die uns hier aufgefallen sind, auch beim Kinde wieder, und wir werden daher auch diese Beziehungen namentlich für die beiden nicht ohne weiteres als forme fruste der Athetose erkennbaren Fälle Fr. und Sch. nicht vernachlässigen dürfen.

Wie schon erwähnt, schließen sich diese beiden Beziehungen gegenseitig nicht aus. Beide Auffassungen setzen m. E. eine organische Läsion des Gehirns voraus, die entweder eine leichte Athetose oder ein Zurückbleiben auf frühkindlicher Stufe verursacht hat, ohne später Neigung zur Progression aufzuweisen. Ein scheinbares Stärkerwerden

der Störung wird, wie bei allen früherworbenen Defektzuständen, auch hier ohne weiteres dadurch zu erklären sein, daß die höheren Anforderungen des späteren Lebens die auch schon früher in der gleichen Stärke vorhandenen Defekte deutlicher hervortreten lassen¹⁾.

Auf Grund dieser Beobachtungen erscheint mir der Gedanke erwägenswert, ob wir es bei diesen Fällen nicht mit einem irgendwie gesetzmäßigen Zusammentreffen dieses eigentümlichen psychischen Verhaltens mit den ebenfalls sehr charakteristischen motorischen Störungen zu tun haben, etwa mit einem wohlumschriebenen Typ angeborener resp. früh erworbener Defektzustände. Vielleicht gehört zu den Formen der Athétose double diese geistige Verfassung mit einer gewissen Regelmäßigkeit, in ähnlicher Weise, wie sich z. B. mit den körperlichen Zeichen der kretinistischen Entartung eine träge Motorik und ein stumpfer Affekt verknüpft, oder wie bei den sog. mongoloiden Idioten in der Regel ein lebhaftes Temperament zu finden ist.

Man wird diese Frage auf Grund des vorliegenden Materials erst einmal stellen, man wird sie aber noch nicht endgültig bejahen dürfen.

Sicher scheint mir nach früheren Beobachtungen zu sein, daß bei reinen Formen idiopathischer Athetose psychische Typen der hier geschilderten Art häufig vorkommen.

Es ist auch durchaus verständlich, daß man die psychopathologischen Einzelheiten besser an leichten oder unvollständig ausgeprägten Fällen von Athetose erkennen kann, weil bei den schweren Formen die motorische und sprachliche Störung ein näheres Kennenlernen der Kranken nicht gestattet.

An der Existenz solcher „formes frustes“ der Athetose braucht man — glaube ich — nicht zu zweifeln, und namentlich die Fälle L., Fe. und H. sind m. E. überzeugend. Die Fälle F. und Sch. könnten sehr wohl als Übergangsformen gedeutet werden, wenn man bei ihnen nicht die Beziehungen zur kindlichen Motorik und Psyche mehr betonen will. Möglicherweise sind solche formes frustes und Grenzfälle häufiger als man glaubt; nur werden sie im allgemeinen selten Gegenstand klinischer

¹⁾ Die Nachuntersuchung des Pat. Fr. nach Abschluß dieser Arbeit hat ergeben, daß hier vielleicht an eine Weiterentwicklung gedacht werden muß. Neuerdings findet sich bei ihm eine an verschiedenen Tagen wechselnde Pupillenträgheit, gelegentlich auch Starre der einen Pupille, die früher nicht beobachtet war. Da nichts für ein syphilogenes Leiden spricht (4 Reaktionen negativ), da auch Encephalitis nicht in Betracht kommt, ist dieser Befund schwer zu deuten. Denken könnte man eventuell an das von A. Westphal beschriebene Phänomen der wechselnden Pupillenstarre (Spasmus mobilis, *Kehrer*), da sich dieses Phänomen, wie Westphal neuerdings wieder betont (Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 39, 175. 1925), ganz vorwiegend bei organischen Krankheiten findet, zu denen auch der vorliegende Fall Beziehungen haben könnte.

Beobachtung werden. Man wird sie wahrscheinlich in den Gruppen angeborenen Schwachsinn, Debität und wohl auch unter den Psychopathen zu suchen haben, und es scheint mir notwendig, bei diesen Patienten auf die erwähnten motorischen Einzelheiten zu achten. Vielleicht wird es dabei gelingen, gelegentlich Zeichen einer angedeuteten Athetose oder wenigstens einer zurückgebliebenen Motorik zu entdecken. Jedenfalls besteht die Möglichkeit, daß gelegentlich infolge irgendwelcher früh entstandener Läsionen — ich denke dabei in erster Linie auch an leichtere traumatische Geburtsschädigungen im Sinne von Schwarz — gewisse Mechanismen kindlicher Motorik konserviert werden, die normalerweise bei Erwachsenen nicht mehr vorhanden zu sein pflegen. Insbesondere könnte die Bereitschaft zu athetotischen Bewegungsstörungen, die dem Erwachsenen sonst fehlt, bei solchen Fällen erhalten geblieben sein, und dadurch wäre vielleicht zu erklären, warum gelegentlich auch einmal nach einer im späteren Leben erworbenen Hirnschädigung eine athetotische Bewegungsstörung neu entsteht.

Zusammenfassung.

Es gibt Formen angeborener oder früh erworbener Defektzustände, bei denen die intellektuellen Leistungen nicht gröber gestört sind, bei denen aber eine affektive Eigenart die Verwertung der vorhandenen Urteilsfähigkeit erschwert oder unmöglich macht, so daß diese Leute praktisch zu den Schwachsinnigen gerechnet werden. Die hier beobachteten affektiven Störungen bestehen im wesentlichen in einer läppisch-heiteren Grundstimmung mit Neigung zu albernen Scherzen. Dadurch, daß die Kranken nichts ernst nehmen, kein Distanzgefühl kennen, daß sie infolgedessen oft frech wirken, geraten sie in soziale Schwierigkeiten, die durch ihre häufig eitle Selbstgefälligkeit noch vermehrt werden. Sie werden im praktischen Leben entweder für schwach-sinnig, minderwertig oder gelegentlich auch für dumm-dreist gehalten. Bei den hier beobachteten Kranken dieser Gruppe finden sich gleichzeitig körperlich-neurologische Erscheinungen, die sich in Beziehung zur Athétose double (forme fruste) und auch zur kindlichen Motorik bringen lassen. Bemerkenswert ist dabei, daß auch das psychische Verhalten nicht nur dem kindlichen ähnlich ist, sondern auch eine Verwandtschaft mit dem vieler Athetotiker aufweist.

Ob man mehr die Beziehungen zur frühkindlichen Entwicklungsstufe oder die zur Athetose betont, ist wohl nicht von ausschlaggebender Bedeutung; auf alle Fälle wird man aber mit einer organischen Schädigung des Gehirns in frühester Jugend oder im pränatalen Leben zu rechnen haben (z. B. traumatische Geburtsschädigung). Durch eine solche Läsion sind motorische Mechanismen, aber auch affektive Eigentümlichkeiten einer früheren Entwicklungsstufe gewissermaßen kon-

serviert und an der weiteren Ausbildung behindert. Solche Kranke werden wohl nur in seltenen Fällen und unter besonderen Umständen dem Kliniker zu Gesicht kommen. Es besteht daher die Möglichkeit, daß diese Fälle vielleicht häufiger sind als man annimmt.

Möglicherweise liegt bei solchen Kranken der athetotische Mechanismus, der ja sonst eine Eigenart des frühkindlichen Alters ist, auch später noch bereit, und vielleicht hat es sich bei den wenigen Fällen, bei denen man noch in vorgerücktem Lebensalter durch Hirnschädigungen eine echte Athetose neu entstehen sah, immer um Menschen mit einer derartigen, durch eine leichte Hirnschädigung im Kindesalter erworbene Disposition gehandelt.
