

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

## Über Abortivformen der Athetose.

Von  
**Hans Werth.**

(Eingegangen am 29. Oktober 1931.)

Eine Erkrankung wird erst dann unser diagnostisches Eigentum, wenn wir sie nicht nur in ihren groben Ausprägungen bemerken, sondern auch in stadien sind, sie in ihren feinsten Andeutungen zu erkennen; das gilt vor allem von den extrapyramidalen motorischen Störungen; ganz besonders sollte man auf das Vorkommen amyostatischer Symptome achten bei Krankheitszuständen, die vorwiegend von anderen Symptomen beherrscht werden. Ziel dieser Arbeit ist es, auf bestimmte Erkrankungen hinzuweisen, die als eine Abortivform von Athetose imponieren können und die eine Beziehung zwischen Athetose und frühkindlicher Motorik mit bestimmten psychischen Abnormitäten erkennen lassen.

Abgesehen von den bekannten groben Störungen im extrapyramidalen oder pyramidalen System gibt es eine Reihe von Erkrankungen, bei denen die übliche Entwicklung der Motorik in leichtem Grade beeinträchtigt wird. Die Betroffenen zeigen noch in vorgerücktem Alter in bezug auf ihre Motorik Merkmale eines Verharrens auf einer frühkindlichen Entwicklungsstufe, aber auch auf einzelnen Gebieten des Seelenlebens findet sich ein mehr oder weniger deutliches Zurückbleiben; und meist kommen diese Patienten nicht wegen ihrer motorischen Abnormität in ärztliche Behandlung, sondern aus irgendwelchen anderen Gründen.

*König* und *Curschmann* bemerkten schon vor längerer Zeit, daß die Neigung zu übertriebenen, besonders symmetrischen Mitbewegungen, die physiologisch beim Säugling vorkommen und die als Rest der ursprünglichen Bilateralität aller motorischen Impulse im Zentralorgan persistieren, gerade bei Schwachsinnigen lange erhalten bleiben kann. *Curschmann* hob besonders hervor, daß diese symmetrischen Mitbewegungen aber auch bei Gesunden später noch zu eruieren sind. Sie werden bei diesen jedoch erst bei eingetretener Ermüdung frei. Diese symmetrischen Mitbewegungen der Gegenseite persistieren sichtbar nur an den Extremitätenenden und hier mit größter Konstanz bei Spreiz- und Abduktionsbewegungen.

Bei schwachsinnigen Kindern konnte *Homburger* feststellen, daß sie vielfach extrapyramidale Symptome aufwiesen, die man bei normal entwickelten zu dieser Zeit nicht mehr zu beobachten pflegt. Allgemein zeigten sie „Störungen der Verteilung, des Einsetzens und Nachlassens des myostatischen Tonus, Störungen der Körperhaltung, Bewegungsarmut, auch in Mimik und Gebärde, Ablaufverzögerungen, Fixationsrigidität, Sprach- und Klangveränderungen, schwerste amyostatische Symptomenbilder wie Chorea und Athetose bei organischen Idioten und leichtere Formen bei bildungsfähigen Imbezillen“. Diese motorischen Eigentümlichkeiten, die eine bestimmte Gruppe von Schwachsinnigen so auffällig machen, haben nach *Homburger* ihren Grund in einer mehr oder weniger schweren Schädigung der phylogenetisch älteren myostatischen Hirnteile. *Homburger* und sein Assistent *Jakob* haben weiter bei älteren Kindern Symptome gefunden, die sonst physiologisch nur beim Säugling und beim Laufen lernenden Kinde vorkommen.

Hierher gehören folgende:

1. Die Auslösbarkeit des *Moroschen* Reflexes über das erste Trimenon hinaus,
2. das verspätete Erlöschen des Babinskireflexes ohne Zeichen einer Pyramidenschädigung,
3. isolierte Dauerstellung der Großzehe in Dorsalflexion beim Gehen und Liegen nach Erlöschen von 2.,
4. Greifbewegungen der Füße und Zehen,
5. Beugehaltung der Arme, wie sie als Schlafstellung beim Säugling bekannt ist,
6. Verspätung des freien Sitzens und Laufens,
7. Propulsionserscheinungen,
8. athetoide Bewegungen in Händen und Füßen als Mitbewegungen intendierter und normal ausgeführter Bewegungen.

Die genannten Symptome fanden die Autoren bei Kindern, die meist auch in ihrer seelischen und körperlichen Entwicklung zurückgeblieben waren. Charakteristisch an den Befunden war aber, daß sie in der späteren Kindheit wieder verschwanden. *Homburger* hat sie deswegen unter dem Namen des motorischen Infantilismus zusammengefaßt.

Daß aber auch Eigentümlichkeiten der frühkindlichen Motorik noch bei Erwachsenen vorkommen, die weder ausgesprochen schwachsinnig zu sein brauchen, noch auffallende Zeichen einer extrapyramidalen Erkrankung bieten, hat *Bostroem* schon 1925 gezeigt. Seinen 5 untersuchten Fällen war eine leichte motorische Störung und eine psychische Eigenart gemeinsam, die sowohl Beziehungen zu frühkindlichen Entwicklungsstufen wie auch zur Athetose unschwer erkennen ließen. Maßgebend für das Verhalten und die Lebensführung seiner Patienten war weniger eine Störung der Intelligenz als eine Affektanomalie; diese

bestand vor allem in der Unfähigkeit, sich affektiv der Umgebung anzupassen. Es handelt sich um Menschen, die nichts recht ernst nehmen können, stets zum Witzemachen bereit sind, gelegentlich dabei dumm-dreist und verschlagen erscheinen und häufig ein völlig ungeniertes unangemessenes Benehmen an den Tag legen. Bei ihrer meist euphorischen Stimmungslage sind sie geneigt, ihre Leistungen und Aussichten sehr optimistisch anzusehen. Sie wirken dabei oft frech und geraten so leicht in soziale Schwierigkeiten, die durch ihre häufig eitle Selbstgefälligkeit vermehrt werden. Im praktischen Leben werden sie entweder für schwach-sinnig minderwertig, oder auch für dumm-dreist gehalten. Diese Eigenschaften weisen nach *Bostroem* in vieler Beziehung Ähnlichkeiten mit der Psyche von Athetotikern auf<sup>1</sup>. Sie erinnern ferner in vieler Beziehung an das Verhalten von Kindern, nur wirken diese infantilen Züge bei Erwachsenen nicht kindlich, sondern oft kindisch-grotesk. Ebenso deutlich zeigten seine Patienten diese Beziehungen auf körperlich-neurologischem Gebiet. So war meist eine Dorsalflexion der großen Zehe sowohl bei Bestreichen der Fußsohle, wie als Mitbewegung bei Anstrengungen besonders beim Gehen zu beobachten („Pseudobabinski“ im Sinne von *Vogt*). Außerdem hatten alle, namentlich im Gesicht und an den Extremitätenenden, eine vermehrte Neigung zu Mitbewegungen, die an Athetose erinnerte. Diese Mitbewegungen waren besonders leicht auszulösen, wenn die Patienten versuchten, ein Auge isoliert zu schließen oder einen Mundwinkel nach der Seite zu ziehen; diese Aufgabe gelingt nicht, denn immer geraten die korrespondierenden Muskeln der Gegenseite mit in Bewegung. Bei einigen wurde außerdem noch das *Strümpellsche* Phänomen beobachtet, aber auch bei vielen anderen kraftvollen Innervationen konnte die Neigung zu Mitbewegungen aufgedeckt werden. *Bostroem* glaubt, daß diese Kranken in frühester Jugend oder im pränatalen Leben eine meist nur leichte organische Schädigung des Gehirns erfahren haben, wodurch die motorischen Mechanismen, die affektiven Eigentümlichkeiten auf einer frühen Entwicklungsstufe „gewissermaßen konserviert und an der weiteren Ausbildung gehindert sind“.

Ich gebe zunächst einige Krankengeschichten wieder. Das Material stammt zum Teil aus der Heil- und Pflegeanstalt Egfling, zum Teil aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in München.

#### *Beobachtung 1.*

O. H., 37 Jahre. Vater 78 Jahre, gesund, Mutter mit 59 Jahren an Herzwassersucht gestorben. 5 Geschwister gesund. Eine Schwester herzleidend. Patientin kam normal zur Welt, lernte aber erst mit 3 Jahren laufen und sprechen, sie war immer schwächlich und häufig krank. Als Kind Masern, Scharlach, Ohreiterungen, Nasenpolypen, wurde wiederholt operiert. Bis zum 10. Jahre war sie nachts unrein, konnte auch untertags das Wasser schlecht halten. Menses erst mit 20 Jahren, immer

<sup>1</sup> Näheres siehe bei *Boström*.

ziemlich unregelmäßig. War in der Schule eine mittelmäßige Schülerin, blieb einmal sitzen, angeblich weil sie den Unterricht wegen Krankheit oft versäumt hatte. Arbeitete nach der Schule mehrere Jahre als Milchmädchen und schließlich als Hilfsarbeiterin in einer Bäckerei, erlitt dort eine Quetschung des Zeigefingers und bekam sofort einen Anfall. Fiel hin, war klar bei Bewußtsein, zitterte an Händen und Füßen und war so schwach, daß sie nicht reden konnte. Nach einem kurzen Aufenthalt in einer Schwachsinnigenanstalt wurde sie als Obdachlose in ein Fürsorgeheim eingewiesen. Hier benahm sie sich häufig kindisch; sie wurde deswegen von ihren Mitpatientinnen vielfach geneckt, was sie nicht selten mit Zornausbrüchen, in denen sie ihre Kleider zerriß und ihre Umgebung bedrohte, beantwortete. Zweimal wurde sie wegen solcher Erregungszustände in die Klinik eingeliefert. Danach kam sie in ein Altersheim, wo sie jetzt noch gern mit Puppen spielt und nur zu ganz leichter Arbeit zu gebrauchen ist. Im übrigen ist sie sehr unruhig, zappelig, läuft immer umher und macht sich irgend etwas zu schaffen. Dabei meist lustig und zu dummen Späßen aufgelegt, besonders gern neckt sie ihre weit älteren Mitinsassen.

Psychisch: Bei der Aufnahme benahm sich Patientin äußerst läppisch und kindisch, bettelte und trotzte, sie wolle nicht hier bleiben, sie sei doch nicht geisteskrank und könne sich allein fortbringen. Bei der Untersuchung ist sie ruhig, geordnet und vollkommen orientiert. Bei der Intelligenzprüfung beantwortet sie die Fragen fast alle sehr gut, rasch und interessiert, versagt nur bei der sinngemäßen Ordnung der Sprichwörter und der Ergänzung der Wortlücken in der Erzählung von Alexander dem Großen. Merkfähigkeit und Gedächtnis sind nicht gestört. Wenn man auf ihre Erregungszustände zu sprechen kommt, sucht sie in umständlicher, aufdringlicher Geschwätzigkeit ihre völlige Unschuld und ungerechte Behandlung zu beweisen. Sie betont immer wieder, daß sie doch kein schlechtes Mädchen sei, und daß es draußen doch noch viel schlechtere Menschen gebe. Zeigt sich in ihrer Art der Verteidigung ganz geschickt. Ihre Stimmung ist meist heiter, läppisch und wird nur gelegentlich, besonders wenn sie geneckt wird, von Zornausbrüchen unterbrochen. Sonst überwiegt der Eindruck eines gutmütigen, freundlichen, einfältigen und selbstgefälligen Wesens.

Körperlich: Mittelgroßes Mädchen in ausreichendem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Pupillen mittelweit, rund, rechts gleich links, reagieren prompt auf L. u. K. Alle physiologischen Reflexe normal auslösbar. Kein Babinski, kein Oppenheim, kein Klonus, keine Ataxie. Die Fingergelenke sind etwas überdehnbar, keine weiteren Tonusanomalien. — Auffallend ist eine allgemeine körperliche Unruhe, die die Patientin im Stehen zeigt. Dabei kommt es zu einzelnen unmotiviert schnellen Seitwärtsbewegungen mit dem Kopf. Die Stellung wird geändert und die Finger werden bewegt. In Rückenlage hält sich die Patientin in der Ruhe völlig normal, aber sobald sie zu sprechen beginnt, treten eine Reihe unregelmäßiger Bewegungen in den Hand- und Fingergelenken auf; dabei nestelt sie an ihrem Hemd herum, so daß man den Eindruck von Zweckmäßigkeitsbewegungen erhält. Außerdem treten noch korrespondierende angedeutete Mitbewegungen der linken Hand bei Kraftanstrengungen der rechten auf. Das *Strümpfellsche* Phänomen ist beiderseits, links besonders deutlich mit Spreizung der Zehen und Dorsafflexion des Hallux vorhanden. Neben diesen Mitbewegungen fällt allgemein eine deutliche motorische Unbeholfenheit auf, alle Bewegungen sind plump und töpelfhaft, feinere Einzelbewegungen, besonders mit den Fingern, z. B. beim Knöpfen oder Knoten, geschehen mit einem Übermaß an Kraftaufwand. Diese mangelhafte Fähigkeit zu komplizierten Bewegungen zeigt sich auch darin, daß sie es nicht fertig bringt, die sonst wenig geübten Muskelgruppen isoliert zu innervieren. So ist es ihr unmöglich, ein Auge isoliert zu schließen oder einen Mundwinkel nach der Seite zu ziehen, ohne daß dabei die gesamte mimische Muskulatur mit in Bewegung gerät.

**Epikrise:** Auf neurologischem Gebiet finden wir hier Zeichen, die zunächst an eine forme fruste der Chorea denken lassen. Die schnellenden Bewegungen mit dem Kopf, die Bewegungen mit Händen und Fingern und die auffallende körperliche Unruhe würden dafür sprechen. Bei der genaueren Untersuchung stellt sich heraus, daß den Bewegungen der für die Chorea bezeichnende ausfahrende Charakter fehlt. Sie ähneln mehr willkürlichen Bewegungen und scheinen im wesentlichen durch psychische Reize ausgelöst zu werden; außerdem fehlt die choreatische Koordinationsstörung und die Hypotonie. Deutlicher ist daneben eine auffallende Neigung zu athetoseähnlichen Mitbewegungen im Gesicht und an den distalen Extremitätenabschnitten. In ihrem psychischen Verhalten macht die Kranke einen ausgesprochen kindischen Eindruck. Sie lebt seit einigen Jahren unbekümmert in den Tag hinein und ist ihrer primitiven Einstellung gemäß völlig bedürfnislos. Außer mit leichteren Hausarbeiten beschäftigt sie sich am liebsten mit Puppen. Bezeichnend für ihr Wesen ist ihr naives Selbstbewußtsein, zu dem sich eine läppische Euphorie gesellt. Ihrer Umgebung gegenüber ist sie meist gutmütig, dankbar und von fast schmiereriger Aufdringlichkeit; häufig aber auch übermütig, vorlaut und rücksichtslos. Sie spielt anderen gern einen Schabernack, ist aber selbst bei geringen Anlässen schon beleidigt und wird dann eigensinnig und primitiv rechthaberisch. Trotzdem sie nach dem Ergebnis der Intelligenzprüfung keineswegs schwachsinnig ist, macht sie zunächst den Eindruck einer Imbezillen. Dieser Eindruck wird wohl besonders durch ihre Eigenart, auf alle gemütlichen Reize in einer kindischen Weise zu reagieren, hervorgerufen. Das kindisch-einfältige, unproduktiv-selbstgefällige ihres Wesens, verbunden mit der tölpelhaften Motorik, läßt sie weit schwachsinniger erscheinen, als sie es in Wirklichkeit ist.

#### *Beobachtung 2.*

K. L. 21 Jahre. Vorgeschichte: Eltern und 4 Geschwister gesund. Als Kind Masern, sonst nie ernstlich krank, war von Geburt an sehr schwach, keine Anfälle, kein Bettnässen. Periode mit 17 Jahren, unregelmäßig. Kam mit 6 Jahren zur Schule, mußte nach 2 Jahren in eine Hilfsschule gebracht werden, danach 3 Jahre in einer Erziehungsanstalt. Seit dem 14. Jahre arbeitet sie zu Hause und als Zugemädchen. Seit einigen Monaten vor ihrer Aufnahme war Patientin sehr zerstreut und hatte bei der Arbeit keine Ausdauer mehr, lief häufig von Hause fort, weswegen es zu heftigen Auseinandersetzungen mit ihren Eltern kam, welchen sie nicht mehr gehorchen wollte. Patientin erzählt selbst noch, daß sie gelegentlich durch Karussellschieben Geld verdiente. „Auf dem Wege von und zur Arbeit seien ihr immer Männer nachgelaufen“, „Die sehen mich und dann laufens s'mir ja nach oder i setz mi auf eine Bank hin, und dann kommen die schon, da kann i doch nix dazu. Auf die Frage, ob sie Geschlechtsverkehr gehabt hätte, lächelte sie verschmitzt, aber keineswegs verlegen und meint dann: „Das weiß i net.“ Gibt aber dann zu, daß sie bis zu ihrer Einweisung täglich Geschlechtsverkehr im Freien hatte. Anfangs habe sie sich gestraubt, er habe ihr aber dann Geld versprochen, und dann sei sie mitgegangen. Später habe sie auch mit anderen Männern Geschlechtsverkehr

gehabt, sie sei immer gleich mitgegangen, habe sich auch immer gleich auf den Sexualverkehr eingelassen, „weil ihr soviel dran liege“. Als sie einmal eine Handtasche fand, übergab sie dieselbe ihrem Arbeitgeber, nachdem sie eine Uhr und das Geld herausgenommen hatte. Die Uhr wollte sie verkaufen, wurde aber angezeigt und exkulpiert. Auf der Abteilung sucht sie stets die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, ist dabei kindisch, täppisch und oft aufdringlich. Den Späßen der anderen Patienten gegenüber ist sie sehr empfindlich, legt sich dann einfach zu Bett. Mit Vorliebe verpetzt sie die anderen Patienten, berichtet über verbotene Dinge, die sie treiben, um ihre eigene Persönlichkeit ins rechte Licht zu setzen. Zu einfachen Arbeiten läßt sie sich ganz gut anhalten. Wiederholt wurde sie im Kolleg vorgestellt. Seit dieser Zeit fühlt sie sich nicht wenig bewundert und ist betrübt, als sie hört, daß sie keine Aussicht mehr hätte in die Vorlesung zu kommen.

Psychisch: Patientin ist örtlich und zeitlich orientiert, kommt mit einem verschmitzten, blöden Lächeln zur Untersuchung, tut sehr verschämt, redet dabei aber ganz ungeniert von ihrem Verhältnis, sogar mit einem gewissen Stolz. Wirft die Augen nach dem anwesenden Arzt, sucht ihn mit den Augen zu fixieren, lächelt ihn blöd, aber stark erotisch betont an. Bei der Intelligenzprüfung zeigt Patientin eine herabgesetzte Urteilsfähigkeit und ein mangelhaftes Schulwissen. Sie macht bei der Exploration einen ausgesprochen denkfaulen Eindruck. Alle Fragen werden schnell und ohne Überlegung beantwortet; sogar einfachere Aufgaben werden auf diese Weise erledigt und dann später korrigiert. Häufig lehnt sie Fragen ab mit Redensarten wie: „Das weiß ich nicht, das habe ich in der Schule nicht gelernt.“ usw. und lacht dabei in verschmitzter einfältiger Weise. Sie ist absolut ohne Einsicht und zu keiner ernsthaften Antwort zu bewegen. In ihrem Benehmen zeigt sie sich vielfach kindisch, täppisch und unproduktiv einfältig. So begrüßt sie den Arzt auf der Station von weitem, rennt auf ihn zu und gibt ihm die Hand, freut sich dabei kindisch über jedes Wort der Anerkennung, wenn sie bei der Visite stolz ihre geleistete Arbeit aufzählt.

Körperlich: Zähne rachitisch defekt, Pupillen mittelweit, rund, reagieren prompt auf L. und K., Hirnnerven o. B. Muskel- und Periostreflexe lebhaft, grobe Kraft und Tonus normal, keine Sensibilitätsstörungen. Abgesehen von einer Reihe primitiver Verlegenheitsbewegungen (Finger am Mund, Nachuntersblicken bei Anrede usw.) macht Patientin sehr oft auffallende Mitbewegungen; so wird z. B. beim Sprechen das Gesicht verzogen und in gewissermaßen präformierte Falten gelegt. Bei Händedruck findet man korrespondierende Mitbewegungen der gegenüberliegenden Seite, die bei zunehmender Kraft stärker werden. Gleichzeitig beobachtet man, daß auch beim Händedruck eine Dorsalflexion der großen Zehe auftritt. Läßt man das Bein in Knie und Hüfte gegen Widerstand beugen, so treten deutlich am gleichen und etwas schwächer am kontralateralen Fuß Mitbewegungen auf in Gestalt von Spreizungen der kleinen Zehen und Dorsalflexion der großen Zehen, dagegen beobachtet man nicht das vollständige *Strümpellsche* Phänomen mit Dorsalflexion des Fußes. Kein Rosolino, kein Mendel-Bechterew, kein echter Babinski bei Bestreichen der Fußsohle. Auffallende Unbeholfenheit bei isolierten Bewegungen, insbesondere ist isoliertes Schließen eines Auges oder Verziehen des Mundwinkels nach einer Seite unmöglich. Auch in der gesamten Motorik ist das Mädchen täppisch, unbeholfen und tölpelhaft.

Epikrise: Man hat bei dieser Patientin wohl den Eindruck einer debilen Persönlichkeit, doch muß meines Erachtens berücksichtigt werden, daß bei ihrer affektiven Einstellung die Intelligenz leicht unterschätzt wird. Es ist ihr nicht sonderlich darum zu tun, immer die richtige Antwort zu finden, sie empfindet ihre Unwissenheit keineswegs als beschämend. Darum weicht sie auch gern schwierig anmutenden Fragen

in kindischer Weise aus, bevor sie diese überhaupt richtig aufgefaßt haben kann. So ist es wohl auch verständlich, daß sie auf Fragen, die sie früher nicht beantworten konnte, später die richtige Antwort findet und umgekehrt. Die affektive Abnormität zeigt sich ferner in einer dauernd vergnügten, unbegründet heiteren Stimmung, derentwegen sie selten zu einer ernsthaften Einstellung zu bringen ist; bei jedem Wort, das man an sie richtet, erfolgt zunächst ein blödes einfältiges Lachen, dabei ist die Kranke freundlich und zufrieden, ausgesprochen gutmütig und leicht beeinflußbar. Ihre Selbstgefälligkeit zeigt sich in einer unbegründet optimistischen Auffassung der eigenen Leistungen und ihres persönlichen Wertes. Auf motorischem Gebiet fällt wieder eine Neigung zu Mitbewegungen athetotischen Charakters auf.

### *Beobachtung 3.*

H. Fl. ♂ 47 Jahre. Vater Potator, leicht jähzornig, Mutter gesund. Fl. kam normal zur Welt, blieb aber körperlich in der Entwicklung zurück. In der Volksschule kam er immer schlecht mit, mußte zweimal eine Klasse wiederholen, machte nur 5 Klassen durch. Mit 13 Jahren hatte er angeblich eine Hirnhautentzündung. In der Schule wurde er körperlich kräftiger, war aber schwer erziehbar, jähzornig und arbeitsscheu. In verschiedenen Geschäften untergebracht, hielt er es nirgends lange aus, lief häufig davon, wanderte viel umher und wurde mehrmals wegen Bettelns, Diebstahls und Vagabundage bestraft. In keinem Beruf kam er vorwärts. Zum aktiven Militärdienst wurde er wegen „Geistesschwäche“ nicht eingezogen. Den früheren Angaben des Vaters ist zu entnehmen, daß er zu Hause sehr reizbar war, seine Mutter häufig geschlagen, den Vater bedroht und seine kleineren Geschwister oft in gemeinster Weise aus geringfügigen Anlässen mißhandelt hat. Der Vater meint, „er sei bodenlos frech, gemein und verlogen, trotzdem er manches arbeiten könnte“. Bei geringstem Widerspruch geriet er in eine solche Wut, daß seine Umgebung sich vor ihm fürchtete. Sich häufende Erregungszustände machten eine mehrmalige Einweisung in die Klinik und zeitweise Verwahrung in der Heilanstalt Eglfing notwendig. Auf der Abteilung benahm er sich dort ungebührlich und hochmütig, kam ständig in Konflikt mit anderen Patienten, ließ bei Tisch Flatus und amüsierte sich darüber. Bei einer Zuredestellung gab er dem Arzt zur Antwort, er solle ihn nicht so „saudumm anreden“. Zwischendurch war er wieder verbindlich, freundlich und arbeitswillig, dann aber plötzlich ohne Grund polternd, äußerst anspruchsvoll und egoistisch. Nach seiner Entlassung bekam er eine Unterstützung und verdiente sich durch Gelegenheitsarbeiten und Zeitungsverkauf das übrige.

Psychisch: Fl. hat einen etwas leeren stumpfen Gesichtsausdruck, gibt bereitwillig und in höflicher Form Antwort, ist zeitlich und örtlich vollkommen orientiert. Seine Art sich auszudrücken ist umständlich und weitschweifig. Er spricht gern und viel und ist dabei nicht imstande, sich kurz zu fassen. Über die Daten seines Lebens ist er gut orientiert, auch über die Zeitereignisse, aber über die tieferen Zusammenhänge, wie z. B. über die politischen Ursachen des letzten Krieges, vermag er sich keine Vorstellung zu machen, er hat auch kein Bedürfnis, sich darüber zu orientieren. Seine Merkfähigkeit für Zahlen ist sehr gering, für Wörter dagegen gut. Rechenaufgaben löst der Kranke ganz gut, aber sowie man ihn vor Denkaufgaben stellt, versagt er, zwar auch jetzt nicht mit dem Mund — es gibt wohl nichts, worauf er nicht sofort antwortet — sondern vielmehr inhaltlich. Auf die Frage nach dem Unterschied zwischen Irrtum und Lüge, antwortet er sofort: „Das ist zweierlei, ist aber kein Unterschied.“ Aufgefordert,

das Sprichwort: „Der Apfel fällt nicht weit vom Baum“ zu erklären, betont er sofort, daß er das längst gut kenne, ist aber nicht imstande, den Inhalt und die Nutzenanwendung dieses Satzes zu beschreiben, sondern er fängt an über bestimmte Personen, ihre Berufe und andere Dinge etwas daherzufaseln. Er zeigt sich dabei, wie bei anderen Gelegenheiten, selbstbewußt, oberflächlich und in geringem Maße phantastisch. Die Streitereien zu Hause ist er bemüht ganz harmlos hinzustellen und die Schuld an ihrer Entstehung von sich abzuwälzen. Dabei versucht er ständig, seine hervorragenden Fähigkeiten zu unterstreichen. Die Stimmung ist meist euphorisch trotz seiner wirtschaftlich ungünstigen Lage. Sein Auftreten ist ganz gewandt, dabei aber ausgesprochen distanzlos und ungeniert; es wirkt bei seinem Selbstbewußtsein daher oft etwas läppisch. Anhaltspunkte für Zerfahrenheit des Denkens, Sinnestäuschungen oder formale Denkstörungen können nicht festgestellt werden.

Körperlich: Kleiner Mann in entsprechendem Ernährungszustande, Kopf eigentümlich konfiguriert, einförmig, niedere Stirn, geringe Größe des Kopfschädels im Verhältnis zum Gesichtsschädel. Innere Organe o. B. Nervensystem: Augenbewegungen frei, kein Nystagmus, Pupillen reagieren prompt auf L. und K. Augenhintergrund normal. Keine pathologischen Reflexe. Sensibilität ungestört. Motilität: grobe Kraft gut. Beim Sprechen finden sich zahlreiche Mitbewegungen im Gesicht. In der Ruhe verhält sich die Gesichtsmuskulatur durchaus normal, aber bei stärkeren Kraftanstrengungen, z. B. Händedruck, kommt es zu den gleichen Mitbewegungen im Gesicht. Beim Sprechen beobachtet man mehrfach leichtes Stottern. Das *Strümpfellsche* Phänomen ist rechts mehr als links vorhanden. Die Augen können isoliert nicht spontan geschlossen werden. Fl. hilft sich so, daß er zunächst beide Augen zumacht und dann eines unter vielen Mitbewegungen öffnet, indem er das andere mit einem Finger zuhält.

Epikrise: Bei Fl. ist man nach den Ergebnissen der Intelligenzprüfung geneigt, einen Schwachsinn mittleren Grades anzunehmen, der dem Laien vielleicht bei dem gewandten Auftreten Fl.s und bei seiner Beredsamkeit nicht einmal so besonders auffallen würde. Aber man wird auch hier den Schwachsinn für stärker halten, als er defacto ist, wenn man nicht berücksichtigt, daß dem Kranken jeder Ehrgeiz, jedes Streben fehlt, um die gestellten Aufgaben zu lösen. Weiter zeigt der Kranke ein sehr geringes Denkbedürfnis. Es fehlt jede Neigung, etwas genauer und gründlicher zu überlegen. Sein recht erhebliches Selbstbewußtsein hat weiter zur Folge, daß er gar nicht auf die Idee kommt, er könne sich geirrt haben; seine leere Geschwätzigkeit bringt ihn über alle Schwierigkeiten hinweg. Auf motorischem Gebiet fällt auch hier die Neigung zu Mitbewegungen auf, besonders im Gesicht; diese wurden früher für schizophrenes Grimassieren gehalten, und man hatte deshalb eine zeitlang an eine *Dementia praecox* gedacht. Maßgebend dafür war wohl neben der auffälligen Motorik hauptsächlich die Neigung des Patienten zur Erregung und seine wohl infolge des Schwachsinn in besonders unangenehmer Form zum Ausdruck kommende Reizbarkeit. Außer diesen Erregungszuständen sind aber keinerlei manifeste Symptome einer Schizophrenie notiert. Daß es sich bei dem erwähnten Grimassieren nicht um ein katatonisches Symptom handelt, dafür spricht vor allem der Umstand, daß die Bewegungen lediglich



auftreten, wenn der Patient redet oder eine kräftige Bewegung ausführt, weiterhin die Tatsache, daß er auch sonst Schwierigkeiten hat, gewisse Einzelbewegungen isoliert zu leisten. In gleichem Sinne kann man auch das *Strümpellsche* Phänomen verwenden.

#### Beobachtung 4.

H. A. ♂ 22 Jahre. Vorgeschichte: Vater leidet an Herzanfällen, die besonders nach Aufregungen einsetzen. Mutter und eine Schwester sind gesund. Patient kam normal zur Welt. War als Kind viel krank: Masern, Keuchhusten, Rachitis. Lernte erst mit 4 Jahren laufen. Häufig Bettnässen, mußte in der Schule 2 Klassen wiederholen, nach 4 Jahren Hilfsschule. Kam zu einem Hufschmied in die Lehre, trieb sich aber statt zur Arbeit zu gehen häufig herum. Wollte dann Bäcker werden, weil man da nicht so viel zu denken braucht. Entlief aber seinem Meister schon wieder nach 6 Tagen. Kameraden hatte er nicht, spielte meist mit kleinen Kindern. Zu Hause wurde er in den letzten Jahren zu kleineren Arbeiten herangezogen, mußte aber eingesperrt werden, weil er sonst fortlief. Wenn er Einkäufe machen sollte, ließ er sich das Geld von Kindern abbeteln oder gab es für unsinnige Kleinigkeiten aus. Nach einem solchen Vorfall versteckte er sich einmal aus Furcht vor seinen Eltern in einer Kehrtonne und klappte den Deckel oben zu.

Da sein Vater ihn nicht mehr beaufsichtigen konnte, wurde er in die Heilanstalt Egging überwiesen. Dort zunächst im Garten beschäftigt, bekam er wegen seiner Auffälligkeit mit Mitpatienten oft Streit, war sonst ruhig, geordnet und fleißig und konnte deswegen häufiger beurlaubt werden. Trieb sich aber zu Hause viel in der Stadt umher und wagte nicht mehr zu seinen Eltern zu gehen. Aus diesem Grunde kam er einmal nachts um 3 Uhr in die Klinik und bat um Aufnahme. Gab an, daß die Ärzte ihn für schwachsinnig erklärt hätten, er selbst aber wisse besser, was ihm fehle, er höre Stimmen und sei geisteskrank. Lachte dabei verschmitzt, daß man gleich vermutete, daß A. das Stimmenhören von der Anstalt her kannte. Ein anderes Mal verstand er es auch, nachdem er wieder ausgeblieben war, sich durch Karussellschießen für 8 Tage seinen Unterhalt zu verdienen, ohne daß seine Eltern wußten, wo er geblieben war.

Körperlich: Kräftiger Körperbau, guter Ernährungszustand, eigentümliche Kopfform, ein Gemisch von Turmschädel und Caput quadratum, Zähne rachitisch defekt, innere Organe o. B. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus, Pupillen mittelweit, reagieren prompt auf L. u. K. Augenhintergrund o. B. Haut- und Sehnenreflexe sind gleichmäßig auszulösen. Keine pathologischen Reflexe, keine Ataxie, keine Sensibilitätsstörungen.

Patient ist nicht in der Lage, ein Auge isoliert zu schließen oder einen Mundwinkel nach der Seite zu verziehen. Wenn er die Zähne bei geschlossenem Mund zeigen soll, wird die gesamte Gesichtsmuskulatur mitinnerviert. Die Mitbewegungen des Gesichtes treten auch bei Kraftanstrengungen der Hände auf. Wenn man die Finger einer Hand spreizen läßt, kommt es zu korrespondierenden Bewegungen der anderen Seite. Das *Strümpellsche* Phänomen ist auf beiden Seiten gelegentlich deutlich vorhanden, doch nicht regelmäßig. Patient macht bei allen Bewegungen einen täppischen, plumpen und tölpelhaften Eindruck, feinere Einzelbewegungen machen ihm Schwierigkeiten. Seine Sprache ist klobig und plump, schwierige Artikulationen geschehen unsauber, häufig verschluckt er dabei ganze Silben.

Psychisch: Der Kranke ist örtlich, zeitlich und über seine Person vollkommen orientiert, ist geordnet und gibt freundlich Auskunft, hat dabei einen einfältig-verschlagenen Gesichtsausdruck. Sein Schulwissen ist nur mäßig, Rechenaufgaben löst er schnell und richtig. Den Sinn von Sprichwörtern weiß er nicht wiederzugeben, auch kann er aus ihnen keine Nutzenanwendung ziehen. Den *Ebbinghaus-*schen Lückentext hat er nur mit wenigen Silben ergänzt. Es ist ihm bei allen Fragen

nicht sonderlich darum zu tun, die richtige Antwort zu finden. Wenn ihn eine Frage schwierig dünkt, lehnt er sie sofort mit Worten ab wie „Ja, dös weiß i nett“ und ist sichtlich erfreut, wenn man sich über seine Unwissenheit erstaunt zeigt. Gelingt es aber, ihn zum Nachdenken anzuhalten, so sieht man, daß die Begriffsbildung und Urteilsfähigkeit doch nicht in dem Maße herabgesetzt sind, wie es zunächst den Anschein hat, und daß vor allem seine tölpelhaft-unbeholfene und plumpe Sprache das Ausdrucksvermögen stark beeinträchtigt. Es unterlaufen ihm häufig Wortbildungen: Demokration statt Demokratie, gierisch statt gierig, wenn ihm das gesuchte Wort gerade nicht einfällt. Trotzdem ihm die Exploration offenbar unangenehm ist, zeigt er während der ganzen Untersuchung eine läppisch-heitere Euphorie. Auch die mäßigen Ergebnisse der Untersuchung sind nicht dazu angetan, sein Selbstbewußtsein und seinen Optimismus zu dämpfen. „Wissens, i bin doch net damisch, i bring mi schon allein fort.“ Er unterscheidet das Wesentliche nicht vom Unwesentlichen. Seine Erzählungen sind deshalb weitschweifig; er berichtet, daß er viele Romane gelesen habe, Faust und Heinrich von Goethe“, um dann mit grinsendem Lachen zu schließen: „Da schauens, was i alles tue, damit der Verstand wachst.“ In seinem Benehmen ist er meist freundlich, oft plump vertraulich bis zur Aufdringlichkeit. Aufträge erledigt er mit einer gewissen Gutmütigkeit und freut sich sehr, wenn man sich mit ihm beschäftigt, wird dann aber leicht keck, anmaßend, distanzlos, wie ein unerzogenes Kind.

Epikrise: Trotz der primitiven Ausdrucksweise versteht der Kranke seine intellektuelle Minderveranlagung durch Geschwätzigkeit und eine gewisse Gewandtheit, mit der er sich verteidigt, zu verbergen. Es fällt bei ihm auch weniger der intellektuelle Defekt auf, als die sonderbare Affektlage, die durch das unberechtigte Selbstgefühl und die euphorische Stimmung am besten charakterisiert wird. Es ist dabei schwer, von seinen geistigen Fähigkeiten ein objektives Bild zu bekommen, weil er nichts, was ihm begegnet, ernst nimmt. Jede Frage ist für ihn ein Anlaß zu albernen Scherzen oder läppischen Äußerungen.

#### *Beobachtung 5.*

Th. W. ♀ 43 Jahre. Vorgeschichte: Vater an Herzleiden gestorben, Mutter gesund. Zwei Geschwister der Mutter sollen geisteskrank gewesen und ein Bruder der Mutter „erblich belastet“, ein weiterer Bruder auffallend begabt sein. Patientin hat rechtzeitig laufen und sprechen gelernt und soll sich bis zu ihrem 3. Lebensjahr völlig normal entwickelt haben. Im Alter von 3 Jahren bekam sie einen Schlag auf den Kopf und sei seitdem in der geistigen Entwicklung zurückgeblieben. In der Schule kam sie nicht über die erste Klasse hinaus, lernte Lesen und Schreiben, das Rechnen hätte sie aber nie verstanden. Auch die folgenden Erziehungsversuche in einem Kloster wurden nach 3 Jahren aufgegeben. Nach einem kurzen Aufenthalt in einer Kretinenanstalt war sie bis zur ersten Aufnahme 1913 immer zu Hause. Leichtere Arbeiten konnte sie ganz geschickt, wenn auch nicht sauber, ausführen, sie konnte selbständig kochen, bügeln und putzen. War dabei aber sehr unet. Hörte plötzlich auf zu arbeiten und sagte zur Mutter z. B.: „Tu du es jetzt selber“ und legte sich dann ins Bett. Schief von jeher schlecht, lief häufig nachts umher, sprach viel und schrie wiederholt laut auf. Mit den Eltern lebte sie meist in denkbar schlechtem Einvernehmen. Sie war sehr leicht aufgeregt, zerriß ihre Kleider, schlug das Geschirr zusammen, schimpfte in den ordinärsten Ausdrücken, hob ihre Röcke hoch oder wurde gegen Eltern und Geschwister aggressiv. Wegen ähnlicher Erregungszustände mußte sie bis jetzt siebenmal in die Klinik und in die Heilanstalt verbracht werden. Aus den früheren Krankengeschichten

ist noch folgendes zu entnehmen: Bei der ersten Aufnahme freut sie sich über den Eintritt in die Klinik, weil „Verwundete“ hier sind, von denen einer sie heiraten wird. Sie möchte gern „einen Feldgrauen, einen Offizier“. Kinder möchte sie nicht, das wäre nicht schön. Auf der Abteilung war sie meist ruhig, geordnet, möchte gern dableiben, da sie doch sehr schwach im Kopfe sei. Als ihr einst die Überführung in die Heilanstalt mitgeteilt wird, meint sie, der Arzt „mache nur Spaß mit Eglfing“. Mit anderen Patienten sprach sie nur selten und zeigte auch keinerlei Interesse an ihren Unterhaltungen. Einmal erzählte sie bei der Visite ganz unvermittelt von ihren Menses, redet des Langen und Breiten darüber, als ob sie jemanden aufklären wollte. „Ja, denkens nur, dös kriegt a jede. Dös ist a schlechtes Blut.“ Sagt dann plötzlich auf eine Schrift zeigend: „Lesen kann i fei a.“ Läßt man sie längere Zeit unbeobachtet, so sucht sie selbst meist ein sehr einfältiges Gesprächsthema anzufangen. „Gell, Sommer is . . . der Herbst kimmt a bald . . . Allerheiligen nacha.“ In der Art redet sie dann unaufgefordert völlig ungeniert weiter.

Körperlicher Befund: Mittelgroß, geringes Fettpolster, vorgealtertes Aussehen, innere Organe o. B. Pupillen rund und konzentrisch, links etwas weiter als rechts. Die Differenz bleibt bei guter Licht- und Konvergenzreaktion erhalten. Der Fundus normal. Kein Nystagmus, Facialis bei gewöhnlicher Innervation o. B. jedoch kann Patientin nicht ein Auge isoliert schließen oder einen Mundwinkel allein nach der Seite verziehen. Die Sprache ist schwerfällig und stockend. Patellarsehnenreflexe beiderseits lebhaft, jedoch nicht pathologisch gesteigert, übrige Reflexe in Ordnung. Kein Babinski, kein Oppenheim, kein Rosolino, keine Sensibilitätsstörungen. Grobe Kraft überall gut. An den Füßen Neigung zu Fixationsspannung.

Neben einigen Verlegenheitsbewegungen (greift beim Sprechen nach dem Kopf, spielt mit den Fingern, blickt zu Boden, grinst läppisch) treten eine Reihe von Mitbewegungen auf, so beim Sprechen oder wenn die Patientin versucht, ein Auge isoliert zu schließen oder einen Mundwinkel nach der Seite zu verziehen; ebenso kommt es bei kräftigen Bewegungen mit den Händen zu unregelmäßigen starken Mitbewegungen, die das Gesicht grimassenartig verziehen. Läßt man die Finger einer Hand spreizen, so sieht man korrespondierende Mitbewegungen der kontrolateralen Seite, rechts stärker als links. Der Arm wird dabei nach hinten gestreckt und je stärker die eine Hand willkürlich innerviert wird, desto mehr spreizt sie die andere. Das *Strümpfellsche* Phänomen ist nur rechts vollständig auszulösen. Alle willkürlichen Bewegungen vollzieht die Patientin hastig, fahrig und ungeschickt. Dabei fällt eine sonderbare körperliche Unruhe auf. Neben häufigem Lidflattern sieht man bei allen Kraftanstrengungen einen feinschlägigen Tremor an den Gliedern. Differenzierte Einzelbewegungen, wie Hemdaufknöpfen, Schuhe ausziehen usw. geschehen mit einem Übermaß an Kraftaufwand und einer deutlichen Unbeholfenheit, die sich übrigens auch darin zeigt, daß sie nicht auf einem Bein zu stehen vermag.

Psychisch: Patientin kommt mit einem freundlichen Grinsen zur Untersuchung, gibt willig und prompt auf alle Fragen Antwort. Persönlich, zeitlich und örtlich ist sie gut orientiert. Ihre Schulkenntnisse sind sehr dürftig und von den Rechenaufgaben löst sie nur die einfachsten richtig. Ihr Erfahrungswissen beschränkt sich auf den engsten Interessenkreis. Auch die Begriffsbildung knüpft meist an das an, was sie erlebt hat. Aufgefordert, das Sprichwort: „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ zu erklären, gibt sie sofort zur Antwort: „Der Baum steht droben, die Orangen wachsen in Italien.“ Affektiv fällt eine inhaltlose euphorische Stimmung auf, die sich für Augenblicke in Gereiztheit oder Niedergeschlagenheit verwandelt, wenn man ihr wegen ihres ungezogenen Benehmens Vorwürfe macht. Gleich darauf lacht sie wieder und meint ganz einfältig, sie sei doch brav, sei doch ein Kind. Im übrigen ist sie stumpf, läßt sich durch nichts in Affekt bringen, hat nur geringe Krankheitseinsicht, zeigt sich häufig eitel und stellt sich selbst stets ein gutes Zeugnis aus. Es fehlt ihr an jeder Spontaneität. Wenn man sie nach Krankheits-

symptomen fragt, ist sie sofort bereit, sie zu haben. Mit ihrem Schicksal ist sie meist zufrieden und wenn sie wirklich einmal um Entlassung oder um Vergünstigungen bittet, so sind diese Wünsche nie von einem ernsteren Affekt begleitet.

Epikrise: Auf motorischem Gebiet sehen wir auch hier wieder die deutliche Neigung zu Mitbewegungen, eine auffallende Unbeholfenheit bei differenzierten Innervationen und eine körperliche Unruhe. Psychisch fällt auf, daß W. Fragen, die geeignet sind, ihre Intelligenz zu prüfen, zeitweise richtig beantwortet hat und dann wieder döllig verkehrt. So hat sie z. B. die Hauptstadt von Bayern zuerst richtig mit München, später aber mit Niederbayern oder Europa angegeben, ihr Alter einmal mit 37 Jahren richtig, später einmal mit 14. Es ist dabei auch verständlich, wenn man ganz widersprechende Urteile über ihre Intelligenzleistungen in den früheren Krankengeschichten vermerkt findet. Zu erklären sind sie wohl aus der besonderen Einstellung der Patientin, nie etwas ernst zu nehmen und sich eher über eine dumme Antwort zu freuen, als sich um eine richtige zu bemühen. Auch heute noch hat man oft den Eindruck, als ob sie Fragen absichtlich falsch beantwortete, vielleicht um dadurch witzig zu wirken. Auch bei ihr herrscht eine optimistische Auffassung vor. Die Kranke ist meist gutmütig, zufrieden und dabei sehr suggestibel.

#### *Beobachtung 6.*

G. B. ♂. Vater Brauer, leicht reizbar, Mutter gesund. Eine Schwester ist seit ihrem 4. Jahre nervenleidend, „ähnlich wie Veitstanz“. Patient hatte bei der Geburt getrennten Kehlkopf mit Wolfsrachen, wurde mit 4 Jahren operiert, lernte mit 1½ Jahren laufen und mit 6 Jahren sprechen. In der Schule war er sehr schlecht und kam daher bald in die Hilfsschule; hier lernte er Lesen, Schreiben und auch ein wenig Rechnen. War früher einigermaßen folgsam und geständig, soll aber vom 8. Jahre an häufig gelogen haben. Zeigte besonders wilden Widerstand gegen das Waschen, knirschte gleich mit den Zähnen und schlug auch nach der Mutter. Nach der Schulzeit arbeitete er in den verschiedensten Berufen, hielt es aber nirgends lange aus, teils sei ihm die Arbeit zu schwer gewesen, teils hätte er sie nicht verstanden. Landstreicherte viel umher und verschaffte sich lange Zeit durch Betteln seinen Unterhalt. Zeitweise war er wieder zu Hause, hat auch wochenweise gearbeitet, lief aber immer wieder weg und gab nie den Eltern auch nur einen Pfennig von seinem Verdienst. Sich häufende Erregungszustände veranlaßten seine Einweisung. Auf der Abteilung verhielt er sich zunächst völlig ruhig und unauffällig, griff überall mit zu und war beleidigt, wenn er seine Arbeit nicht verrichten durfte. Einige Tage später versuchte er überall das große Wort zu führen, bekam häufiger Streit mit anderen Patienten, die er zu verpetzen suchte, um sich ins rechte Licht zu setzen. Gegen Ärzte und Pflegepersonal war er oft anmaßend und unverschämt, drängte auch hin und wieder hinaus, glaubte sich draußen gut durchbringen zu können.

Psychisch: B. ist zeitlich und örtlich orientiert, ruhig und gibt freundlich Auskunft. Er setzt bei allen Fragen ein eigentümlich verschmitztes Gesicht auf und kommt sich anscheinend außerordentlich schlaue und witzig vor. Die Urteilskraft und die Kenntnisse verraten eine erhebliche Debität. Die Aufmerksamkeit ist schwer zu konzentrieren, die Leistungen wechseln deshalb sehr. Patient gibt Defekte ohne weiteres zu, anscheinend ohne sich darüber Gedanken zu machen. Seine Ausdrucksweise ist sehr primitiv. Affektiv ist er wenig ansprechbar, macht

einen gleichgültigen, verbummelten Eindruck. Verschiedentlich versucht der Kranke durch läppische Witze in aufdringlicher Weise die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich zu ziehen, wobei der einfältige, verschlagene Gesichtsausdruck besonders auffällt. Bei aller Einsichtslosigkeit ist er doch ganz lenkbar, gutmütig und hilfsbereit.

Körperlich: Kleiner untersetzter Mann in ausreichendem Ernährungszustande, leichte Konvergenzstellung beider Augen beim Blick geradeaus. Augenbewegungen frei, kein spontaner Nystagmus, L.- und K.-Reaktion gut. Grobe Kraft rechts gleich links gut, keine pathologischen Reflexe, keine Kloni. In der Ruhe ist der Gesichtsausdruck leer und stumpf. Alle mimischen Bewegungen sind etwas plump und wenig differenziert. Wenn der Patient spricht und wenn er versucht ein Auge isoliert zu verziehen, treten unregelmäßige, teilweise fratzenartige Mitbewegungen im Gesicht auf. Beim Gehen werden die großen Zehen dorsal flektiert, dabei ist der Gang unsicher, breitbeinig und eigenartig tappend. Patient tritt meist mit der ganzen Fußsohle auf. Bei Manipulationen mit der einen Hand sieht man angedeutete korrespondierende Mitbewegungen der anderen. Das *Strümpellsche* Phänomen ist beiderseits deutlich vorhanden. Alle Zweckbewegungen werden sehr ungeschickt ausgeführt, B. innerviert meist übertrieben stark, zum mindesten ungleichmäßig. Die Sprache ist primitiv, verwaschen und ohne deutliche Artikulation.

Epikrise: Auch B. zeigt sich durch eine deutliche Neigung zu Mitbewegungen und die beschriebenen motorischen Auffälligkeiten den vorher genannten Fällen verwandt. Affektiv fällt bei ihm weniger ein kindisches Benehmen, als eine hämisch dreiste, zu Trotz und brutalen Handlungen neigende Einstellung seiner Umgebung gegenüber auf. Die intellektuellen Leistungen sind manchmal überraschend gut, da man sie bei dem ganzen Eindruck, den der Patient zunächst in der Unterhaltung macht, kaum erwartet.

Die hier beschriebenen Kranken lassen sich wohl zwanglos in die eingangs erwähnte, von *Bostroem* zuerst beschriebene Gruppe einreihen. Allen gemeinsam ist eine leichte psychische und motorische Störung, die die Kranken meist schwachsinniger erscheinen läßt, als sie es in Wirklichkeit sind, bei einzelnen sind wesentliche intellektuelle Defekte überhaupt nicht vorhanden, das zeigen z. B. die Fälle O. H., H. Fl., H. A. und N. N. Der Eindruck des Schwachsinn, den man auch bei den letztgenannten Fällen zunächst hat, wird meines Erachtens vor allem durch eine besondere affektive Eigenart, die bei dem Handeln und Denken unserer Kranken zum Ausdruck kommt, hervorgerufen. Diese Eigenart besteht in einem völlig unberechtigten Selbstgefühl, das sich z. B. in der unbegründet optimistischen Auffassung eigener Leistungen und Fähigkeiten dokumentiert und fast stets mit einer läppisch heiteren Affektlage verbunden ist. In dieser Stimmung sind die Patienten zu keiner ernsteren Einstellung zu bringen, überall finden sie Anlaß zu läppischen Äußerungen, jede Bemühung um sie gibt ihnen Anlaß zu albernen Scherzen, über die sie sich selbst am meisten amüsieren und in denen sie immer erneuten Grund für ihre Heiterkeit finden. Sie wirken hierdurch nicht selten grotesk komisch und gelegentlich erheiternd, woraus wohl zu erklären ist, daß sie trotz ihrer mangelhaften Leistungen

häufig Freunde und Unterstützung finden und so auf verschiedenste Art immer wieder für einige Zeit ihr Leben fristen können. Lange halten sie es allerdings nirgends aus, dazu fehlt ihnen jedes Streben nach einem Ziel, die Freude am Gelingen und jede Art von Ehrgeiz. Sie machen sich lieber das Leben so bequem wie möglich, und sind seinen Anforderungen gegenüber völlig indifferent. Dabei sind sie nicht motorisch träge, meist sogar von einer ausgesprochenen Vielgeschäftigkeit. Deswegen lassen sie sich ganz gut zu kleineren Arbeiten heranziehen, besonders, wenn sie sich dabei spielend bewegen können. Nur darf man keine anstrengenden und ausdauernden Leistungen von ihnen verlangen.

Ihrer Umgebung gegenüber waren die Patienten meist völlig ungeniert, auch gegen Vorgesetzte distanz- und respektlos. Daher vermißt man bei ihnen auch stets das Gefühl der Achtung und Ehrerbietung; in ihrem Verhalten sind sie dementsprechend undiszipliniert und sie legen so bei der Unterhaltung oft eine plumpe Vertraulichkeit an den Tag. Der Gedanke, etwa aus Höflichkeit auf ihre Umgebung Rücksicht zu nehmen, kommt ihnen gar nicht. Dazu fühlen sie sich viel zu unbekümmert und unbeeinflußt von anderen. Hilfloseren Patienten gegenüber sind sie oft taktlos und von bemerkenswerter Gefühlslosigkeit; sie machen rohe Scherze über sie, necken sie mit ihrer Krankheit usw. Genau so rücksichtslos werden häufig Eltern und Geschwister behandelt, sodaß manche Patienten zu Hause der Schrecken ihrer Familie waren. Vorgehaltungen werden meist einsichtslos belacht oder der Patient stellt sein ungehöriges Benehmen mit kindischem Grinsen als völlig harmlos hin und beteuert seine Unschuld. Bei den vorgenommenen Intelligenzprüfungen war bei allen Kranken eine Eigenart deutlich festzustellen, nämlich, daß ihnen fast stets das Interesse oder der Ehrgeiz, eine Frage richtig zu beantworten, fehlte, trotzdem sie oft dazu in der Lage gewesen wären. Statt dessen versuchen sie gern sich durch irgendeine kindische Bemerkung der Frage zu entziehen. Oder sie reden irgendetwas daher, was ihnen gerade einfällt, ohne sichtbaren Zusammenhang mit der gestellten Frage, wobei es ihnen vollkommen gleichgültig zu sein scheint, ob die Antwort richtig ist oder nicht, wenn sie sich bloß dabei nicht anzustrengen brauchen. Es ist deshalb meist ein vergebliches Bemühen, die Kranken etwa bei einer gestellten Frage auf die richtige Fährte bringen zu wollen. Dieser Versuch wird entweder mit einem hämischen Grinsen oder mit einer kindischen Heiterkeit beantwortet. Erst recht amüsieren sie sich, wenn man sich über ihre schlechten Leistungen erstaunt zeigt. Bei dieser Eigenart ist es schwer, ein richtiges Bild von den intellektuellen Fähigkeiten dieser Kranken zu bekommen.

Die häufig so verkehrten Antworten können zuweilen den Eindruck einer Pseudodemenz hervorrufen. Man erinnere sich besonders an H. A., als er nachts in die Klinik gebracht wurde. A. scheint mit seiner Angabe, daß er Stimmen höre, nicht die Absicht gehabt zu haben, etwa Mitleid

zu erwecken und deshalb eher in die Klinik aufgenommen zu werden, er wollte vielmehr den Arzt in Erstaunen versetzen und sich dann darüber amüsieren. Ähnlich ist es auch bei den anderen Patienten. Die falschen Antworten sind, wenn überhaupt eine Tendenz mit ihnen verknüpft wird, häufig wohl deswegen abgegeben, um sich irgendwie zu zeigen oder jemanden zum Lachen zu bringen.

Nach dem Ergebnis der experimentellen Intelligenzprüfungen handelt es sich in der Hälfte der Fälle um eine Debität, während bei den übrigen drei Fällen keine wesentlichen Defekte auf intellektuellem Gebiet festzustellen waren. Aber auch bei den letztgenannten Fällen entsprechen die praktischen Intelligenzleistungen den vorhandenen intellektuellen Möglichkeiten keineswegs; die Kranken haben nicht das Bestreben, von ihren Fähigkeiten aus eigener Initiative Gebrauch zu machen und so finden wir fast stets ein nur geringes Verständnis für die Lage; ihre Interessen sind unstet und ungleichmäßig. Es fehlt ihnen das Bedürfnis, einen Gedanken einmal weiter zu denken oder überhaupt die Vernunft zum Leiter ihrer Handlungen zu machen. Dabei handelt es sich aber, wie *Bostroem* schon hervorgehoben hat, weniger um eine Urteilsstörung als um eine affektive Anomalie. Diese äußert sich besonders darin, daß es den Kranken unmöglich ist, sich affektiv der Umgebung anzupassen, sich in neue ungewohnte Situationen einzufühlen. Deswegen trifft man auch nie auf eine adäquate affektive Einstellung, die es ermöglichte, sich mit ihnen z. B. über ihre Zukunftsaussichten zu verständigen. Sie werden auch — das scheint besonders charakteristisch — durch äußere Dinge kaum in ihrer Stimmungslage beeinflusst; sie reagieren auf äußere Ereignisse stets in ähnlicher Weise; auch mit zunehmendem Alter entwickeln sie sich in dieser Beziehung nicht recht weiter.

Die häufigste Form ihres Reagierens ist das „Witzeln“. Ihre besondere Art ähnelt dem bei ungebildeten und primitiven Menschen zuweilen vorkommenden Bedürfnis Spässe zu machen, mit der Absicht, etwas zum Lachen zu haben und die anderen zum Lachen zu bringen. Dies erreichen sie durch plumpe Wortspiele, tölpelhaft läppische Bemerkungen, alberne Redensarten und vor allem dadurch, daß jede eigene und fremde Äußerung erst einmal belacht, oder doch von der lächerlichen Seite betrachtet wird. Beispiele dafür finden sich in den mitgeteilten Krankengeschichten. Diese Eigenart der Patienten wird besonders dadurch hervorgehoben, daß sie sich durch nichts geniert, durch niemand beeinflusst oder beeinträchtigt fühlen und sich von keinem Menschen imponieren lassen. Alles das, was andere Menschen zu größerer Zurückhaltung veranlassen könnte, berührt sie wenig und stört sie nicht in ihrer oft überheblichen, selbstgefälligen Art.

Ganz kurz möchte ich noch auf die differentialdiagnostische Unterscheidung der geschilderten psychischen Zustände eingehen. Eine gewisse äußere Ähnlichkeit können unsere Kranken mit hypomanischen

Persönlichkeiten haben, doch geht wohl schon aus der Beschreibung hervor, daß diese Beziehungen nur oberflächlicher Natur sind; vor allem fehlt unseren Kranken ganz das überströmende Glücks- und Kraftgefühl eines echten Maniakus; ferner vermißt man die leichte affektive Ansprechbarkeit, das Angeregte und Sprudelnde, das die hypomanischen Naturen auszeichnet. Ideenflucht konnte auch in Andeutung nie beobachtet werden.

Nicht selten wird man bei unseren Patienten zunächst an hebephrene Zustände denken können, besonders wegen ihres oft auffälligen läppischen Benehmens. Andere Symptome, die für eine Dementia praecox sprächen, wurden aber stets vermißt, insbesondere fehlten Wahnideen, Sinnes-täuschungen und Zerfahrenheit des Denkens bei unseren Kranken immer.

Am meisten erinnert jedoch das Verhalten unserer Kranken an gewisse infantile Eigenarten. Kinder können sich auch über die nichtigsten und einem Erwachsenen in keiner Weise komisch erscheinenden Angelegenheiten lange amüsieren, und wenn sie versuchen, Scherze zu machen, so geschieht es meistens durch den lustigen Ton, in dem sie irgendeine Verkehrtheit sagen und worüber sie sich dann selbst am meisten freuen. Auch die Hemmungslosigkeit unserer Kranken kann man häufig bei Kindern beobachten, besonders wenn sie die anfängliche Befangenheit bei neuen Bekanntschaften überwunden haben. In solchen Situationen zeigen Kinder gleichfalls eine große Ungeniertheit, die oft weder durch das Ansehen oder das Alter einer Persönlichkeit, noch durch den Ernst irgendeiner Situation beeinträchtigt wird. Während man aber an einem derartigen Verhalten von Kindern ernstlich kaum Anstoß nimmt, erscheint einem das Benehmen unserer Patienten meist abstoßend und oft anmaßend. Die Verschiedenartigkeit der Eindrücke bei unter Umständen fast gleichartigen Äußerungen läßt sich vielleicht folgendermaßen erklären: Ein Kind verfügt nur über einen geringen Kenntnisbesitz, sein Verstand ist erst in der Entwicklung begriffen und sein affektives Verhalten ist diesem Stadium angepaßt. Anders dagegen unsere Kranken. Diese sind erwachsen und wir treten unwillkürlich mit der Erwartung an sie heran, daß sie sich auch wie Erwachsene benehmen. Das ist wohl der Hauptgrund, warum diese Kranken nicht kindlich harmlos, sondern kindisch-frech wirken, warum sie nicht einen fröhlichen sondern läppischen Eindruck machen, warum sie nicht drollig, sondern dummdreist, nicht wie Kinder motorisch ungeschickt sondern tölpelhaft erscheinen.

Im großen Ganzen sind die gleichen Eigenarten, nur mit einer etwas anderen Nuance auch bei Kranken mit idiopathischer Athetose zu beobachten. *Bostroem* weist in seinen mitgeteilten Krankengeschichten von Athetotikern darauf hin, daß es sich auch bei diesen nicht immer um Schwachsinnige handelt, wie man vielfach annimmt, sondern daß sie meist nur deswegen als Schwachsinnige wirken, „weil sie wegen ihrer



motorischen Beeinträchtigung, ganz besonders wegen der dadurch bedingten Sprachstörung an der Verwertung ihrer intellektuellen Fähigkeiten gehindert werden“ (*Bostroem*). Daneben besteht aber noch eine auffallende Ähnlichkeit auf affektivem Gebiet. Auch bei den meisten Athetotikern konnte *Bostroem* eine euphorische Gemütsart und ein meist ausgesprochenes kindisches Wesen feststellen. Dabei findet sich häufig ein gehobenes Selbstgefühl, nicht selten auch eine gewisse Eitelkeit. Im großen und ganzen stehen jedoch die Athetotiker in ihrer psychischen Gesamtwirkung den Kindern näher, wohl schon deswegen, weil man bei ihrem Anblick von vornherein nicht den Eindruck einer vollentwickelten Persönlichkeit gewinnt, und wir haben ja gerade gesehen, daß das, was man nach dem ersten Eindruck von einer Persönlichkeit erwartet, die Beurteilung und Wertung der vorhandenen Symptome modifiziert. So kommt es, daß die Athetotiker gewöhnlich leicht zu haben sind, während die Abortivformen häufig durch ihr dummdreist wirkendes Benehmen wenig Verständnis finden und sich sozial oft nur schwer eingliedern.

Es kommt noch hinzu, daß diese Abortivformen der Athetose motorisch sehr viel weniger hilflos sind als die Kranken mit voll ausgebildeter Athetose und daß sie auf diese Art ihren Neigungen zu Schabernack leichter nachkommen können; sie erwecken so auch mehr den Eindruck der Verantwortlichkeit als der Hilfsbedürftigkeit, und das ändert naturgemäß unsere Stellungnahme erheblich.

#### *Ergebnisse.*

Auf *seelischem* Gebiet lassen die beschriebenen Kranken zwei verschiedenartige Beziehungen erkennen. Erstens besteht eine Verwandtschaft zu der kindlichen Psyche: Die geschilderten Patienten sind besonders affektiv auf einem *kindlichen* Niveau stehen geblieben, wodurch die Entwicklung ihrer gesamten Persönlichkeit gehemmt worden ist; dadurch sind sie auch verhindert, die jeweils vorhandenen intellektuellen Fähigkeiten auszunutzen und zweckmäßig zu verwenden. Zweitens war eine deutliche Ähnlichkeit mit der affektiven Eigenart der *Athetotiker* vorhanden, besonders in bezug auf die Affektlage, die auch bei diesen häufig mit gewisser Selbstgefälligkeit gepaart ist.

Dieselben Beziehungen sind unschwer auch auf *motorischem* Gebiet zu erkennen. Wenn wir die motorischen Eigentümlichkeiten zusammenfassend betrachten, so fällt bei allen zunächst eine abnorme Neigung zu Mitbewegungen auf, besonders im Gesicht und an den distalen Extremitätenenden. Diese Mitbewegungen traten auf beim Sprechen und Gehen oder korrespondierend bei gewissen Bewegungen, die nur auf einer Seite beabsichtigt waren, sie laufen stets in langsamem Tempo ab und sind zuweilen von einem übernormalen Ausmaß. Die Mitbewegungen im Gesicht geben dabei den Patienten unter Umständen das

Aussehen eines grimassierenden Clowns. Daß bei Kraftanstrengungen besonders die korrespondierenden Bewegungen an Ausmaß zunehmen, ist bei der hohen Ansprechbarkeit für Mitbewegungen verständlich. Hieraus erklärt sich auch wohl die mangelhafte Fähigkeit zu isolierten Einzelbewegungen.

Neben diesen Mitbewegungen, dem *Strümpellschen* Phänomen und dem Auftreten des *Babinskischen* Zeichens in Form einer Mitbewegung fiel eine allgemeine Unentwickeltheit der Motorik auf, die wohl nicht allein aus der hohen Ansprechbarkeit zu Mitbewegungen erklärt werden kann. Besonders bemerkt man oft, daß die Patienten feinere Bewegungen, wie z. B. Schuhe zuschnüren, Hemd aufknöpfen usw., mit einem Übermaß an Kraftaufwand vollziehen. Stets vermißt man dabei die richtige Kraftverteilung bei einem solchen komplizierten Bewegungskomplex. Dies tritt auch beim Gehen, in ihren Gebärden, ihrer Mimik, kurz bei allen gewollten und nicht beabsichtigten Bewegungen zutage. Deswegen wirken die meisten Patienten in ihrer gesamten Motorik plump, unbeholfen und tölpelhaft; auch die Sprache ist zuweilen undifferenziert, oft klobig.

Die erwähnten Erscheinungen lassen die Verwandtschaft mit der *kindlichen* Motorik wohl unschwer erkennen. Besonders sei dabei an die Neigung zu Mitbewegungen an das Persistieren des *Babinskischen* und des *Strümpellschen* Phänomens erinnert, alles motorische Symptome, die physiologisch auf frühkindlichen Entwicklungsstufen vorkommen, und die man als motorische Infantilismen im Sinne von *Homburger* auch bei älteren Kindern zuweilen noch findet.

Wenn diese Beziehungen zur frühkindlichen Motorik besonders deutlich waren, so darf man doch die Ähnlichkeit unserer Patienten mit *Athetotikern* auch auf motorischem Gebiet nicht übersehen. Besonders die Mitbewegungen im Gesicht und die unsymmetrischen an den Händen zeigen eine auffallende Ähnlichkeit mit athetotischen Bewegungen. Aber damit sind die Beziehungen unserer Krankheitsfälle zur Athetose noch nicht erschöpft. Auch das *Babinskische* Phänomen tritt sowohl beim Bestreichen der Fußsohle, wie auch als Mitbewegung bei Anstrengungen, beim Gehen, Sprechen usw. häufig bei Athetotikern auf. *C.* und *O. Vogt* bezeichneten dieses Phänomen als Pseudobabinski und faßten es wohl mit Recht als athetotische Mitbewegung auf.

Nun ist aber die Athetose eine Erkrankung, die vorwiegend im Kindesalter auftritt, und wenn man *Bostroems* Auffassung der Athetose als Reaktionsform des *kindlichen* Gehirns beitrifft, dann werden sich die erwähnten Beziehungen nicht ausschließen, sondern eher ergänzen. Es ist ja auch verständlich, daß eine Kind, das an einer Athetose erkrankt, schon wegen seiner organischen Behinderung nicht zur vollen motorischen Ausbildung kommen kann. Andererseits ist die Athetose selbst eine Erkrankung, in der wir phylogenetisch alte Mechanismen wiedererkennen,

die zum Teil in der frühen Kindheit physiologisch noch einmal andeutungsweise zum Ausdruck kommen. So werden gewissermaßen motorische Symptome, die einer früheren Entwicklungsstufe angehören, bei den an Athetose Erkrankten konserviert. Ich glaube deshalb, daß bei der Athetose immer Symptome der kindlichen Motorik mit erhalten sein werden, und zwar um so sichtbarer, je weniger die eigentlich athetotischen Bewegungen das Bild beherrschen. Es ist deswegen auch wohl unwichtig, ob man bei unseren Kranken mehr das Zurückbleiben auf frühkindlicher Stufe oder das Vorhandensein einer forme fruste der Athetose betont. Es gehört eben offenbar beides zusammen.

Eine bestimmte Ursache für diese Erkrankung ließ sich bei den Patienten nicht feststellen. Man geht wohl nicht fehl, wenn man eine organische Läsion des Gehirns in utero oder etwa eine leichtere traumatische Geburtsschädigung im Sinne von *Schwartz* annimmt, die diese Erkrankung hervorgerufen hat, ohne später eine Neigung zum Fortschreiten aufzuweisen. Auch Hirnschädigungen, die etwas später das noch unentwickelte kindliche Gehirn treffen, können unter Umständen wohl eine ähnliche Rolle spielen. Unsere Fälle zeigen ja auch fast alle irgendeine Behinderung in der Entwicklung, die auf eine solche Störung schließen läßt.

Die hier mitgeteilten Fälle zeigen, daß es sich bei den von *Bostroem* gemachten Beobachtungen nicht um vereinzelte Erscheinungen handelt, sondern daß ihnen eine allgemeinere Bedeutung zukommt. Man sieht diese Fälle, wenn man sich gewöhnt hat, darauf zu achten, nicht so selten; ich glaube, daß wir es hier offenbar mit einem wohlumschriebenen Typ angeborener, resp. früherworbener Defektzustände zu tun haben, bei denen ein eigentümliches psychisches Verhalten mit charakteristischen motorischen Störungen zusammentrifft. Offenbar gehört auch diese geistige Verfassung mit größerer Regelmäßigkeit zu den Formen von Athétose double, als man es bisher angenommen hat. Gerade an diesen unvollständigen Formen der Athetose wird man die psychopathologischen Einzelheiten besser beobachten können, weil in den ausgeprägten Fällen die motorische und besonders die sprachliche Störung eine genauere Erkenntnis der Psyche der Kranken zuweilen unmöglich macht.

---

#### Literaturverzeichnis.

- Bostroem*: Der amyostatische Symptomenkomplex. Monographien Neur. 1922, H. 33. — Über eine eigentümliche Form psychischer Entwicklungshemmung mit Beziehung zur Athetose und zur frühkindlichen Motorik. Arch. f. Psychiatr. 75. — Über Athetose. Mschr. Kinderheilk. 39. — *Bumke*: Lehrbuch der Psychiatrie, 2. Aufl. München 1924. — *Curschmann*: Beiträge zur Physiologie und Pathologie der kontralateralen Mitbewegungen. — *Curschmann* u. *Kramer*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 2. Aufl. 1925. — *Förster*: Zur Analyse und Pathophysiologie

der striären Bewegungsstörungen. Z. Neur. 73. — *Homburger*: Über amyostatische Symptome bei schwachsinnigen Kindern. Ref. Z. Neur. 23. — Die Stellung des *Moroschen* Umklammerungsreflexes in der Entwicklung der menschlichen Motorik. Z. Neur. 76. — Über Entwicklung der menschlichen Motorik und ihre Beziehung zu den Bewegungsstörungen der Schizophrenen. Z. Neur. 78. — Zur Gestaltung der normalen menschlichen Motorik und ihrer Beurteilung. Z. Neur. 85. — Über pyramidale und extrapyramidale Symptome bei Kindern und über den motorischen Infantilismus. Zbl. Neur. 34. — *Jakob*: Über pyramidale und extrapyramidale Symptome bei Kindern und über motorischen Infantilismus. Z. Neur. 89. — *König*: Über Mitbewegungen bei gelähmten und nichtgelähmten Idioten. — *Lotmar*: Die Stammganglien und die extrapyramidal-motorischen Syndrome. Berlin 1926. — *Runge, W.*: Psychosen bei Gehirnerkrankungen in *Bumkes* Handbuch der Psychiatrie, Bd. 7, 1. Aufl.

---