

(Aus der Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg und der  
psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf  
[Direktor: Prof. Dr. Sioli].)

## Über Psychosen im frühen Kindesalter.

Von

Else Neustadt-Steinfeld.

(Eingegangen am 12. April 1932.)

Das Studium der früh-infantilen Kinderpsychosen ist ein überaus schwieriges Gebiet. Das liegt in erster Linie daran, daß die Ausdrucksmöglichkeiten der kindlichen Psyche wesentlich beschränkter sind als die des Erwachsenen und dadurch die Rubrizierung der verschiedenen Krankheitsbilder in die Gruppen, die von der Psychopathologie an Erwachsenen präformiert sind, schwer möglich ist. Weiterhin imponiert die Psychose des Kindesalters in einer ganzen Anzahl von Fällen nicht als Psychose, sondern als Stillstand oder Zurückbleiben der geistigen Entwicklung, so daß ihre Abgrenzung von geistigen Defektzuständen häufig ein großes Problem ist und die Differentialdiagnose Psychose oder Schwachsinn schwer zu klären ist. Als eine ebenfalls nicht zu unterschätzende Schwierigkeit kommt die Tatsache hinzu, daß die Begrenztheit der Untersuchungsmethoden gerade im frühen Kindesalter eine umfassende Bearbeitung des Falles nicht selten verhindert.

Die Zahl der beschriebenen Kinderpsychosen ist nicht sehr groß. Jeder einzelne Fall einer solchen Störung verdient deshalb Beachtung, und die Begrenztheit der Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes, die eine gewisse Einförmigkeit der Psychosen bedingt, macht es um so mehr nötig, eine eingehende Analyse unter klinischen und hirnpathologischen Gesichtspunkten vorzunehmen. Daß die Beobachtung eines solchen Falles bis zur Klärung sich unter Umständen über lange Zeit erstrecken muß, ergibt sich ebenfalls aus der Besonderheit der Materie.

Wir hatten Gelegenheit, auf der hiesigen Kinderstation zwei Fälle psychotischer Störungen im Kindesalter eingehend zu beobachten. Über den ersten der Fälle, bei dem der Beginn der Erkrankung ins 4. Lebensjahr fällt, habe ich bereits in der Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz in Köln im November 1928 berichtet. Eine Nachuntersuchung, die ich jetzt vornahm, nachdem das Kind etwas über 2 Jahre aus der Anstalt entlassen war, ergab eine solche Fülle neuer

Gesichtspunkte, daß eine Beschreibung des Falles in seiner Gesamtheit von Interesse ist.

*Fall 1.* Am 9. 3. 27 wurde das damals 5 jährige Kind Lilly Sch. auf der Kinderstation der psychiatrischen Klinik aufgenommen. Die sehr intelligente Mutter machte zur Vorgeschichte folgende Angaben:

Eine Tante mütterlicherseits habe seit längerer Zeit ein Nervenleiden, von dem sie annehme, daß es ein hysterisches Leiden sei. Ferner kämen in der Familie der Mutter viel Migränekranken vor, auch sie selbst habe im Alter von 18 Jahren regelmäßig Migräneanfälle gehabt. Eine Kusine der Mutter ist schwachsinnig gewesen, ein Vetter der Mutter unterbegabt.

Der Vater des Kindes sei sensibel, temperamentvoll, sei eine Künstlernatur, der außerhalb jedes praktischen Lebens stehe und viel unter Stimmungswechsel zu leiden habe. Die häuslichen Verhältnisse sind geordnet. Das Kind hat zwei ältere gesunde Brüder. Es ist das jüngere von Zwillingsskindern, hat bei der Geburt 1600 g gewogen, war 38 cm groß, der andere Zwilling wog 2600 g und war 48 cm groß.

Geburt am 15. 3. 22. Die Geburt war schwer, erfolgte bei Lilly durch Wendung. Das Kind habe in den ersten Lebenswochen einmal einen kurzen asphyktischen Anfall gehabt. Beide Kinder entwickelten sich langsam aber stetig, Lilly war immer in der Entwicklung hinter der Zwillingsschwester zurück. Sitzen erst mit 1 bzw.  $1\frac{1}{2}$  Jahren, Laufen mit  $1\frac{3}{4}$  und  $2\frac{1}{4}$  Jahren. Mit  $2\frac{1}{2}$  Jahren setzte bei beiden Kindern das Sprechen ein, die Schwester sprach ungefähr alles mit 4 Jahren, Lilly konnte beim Beginn der Krankheit nicht richtig sprechen, konnte alles benennen, sprach aber keine Sätze. Die anderen Kinder haben zur richtigen Zeit Sprechen gelernt.

Die Zwillingsschwester hat sich normal entwickelt, ist ihrem Alter entsprechend, lernt gut in der Normalschule. Das Sprachvermögen ist normal, das Kind verhaspelt sich nur leicht etwas bei Aufregung.

Lilly selbst sei geistig, abgesehen von den motorischen Funktionen und der nicht vollständigen Sprachentwicklung dem Alter entsprechend gewesen, sie sei still und schüchtern gewesen, die Zwillingsschwester sei ziemlich robust aber liebevoll mit ihr umgegangen. Als das Kind 2 Jahre alt war, fiel der Mutter auf, daß es manchmal, aber sehr selten, mitten aus dem Lachen, Spielen und Vergnügtsein einen apathischen Blick bekam. Keine Kinderkrankheiten, nie Krämpfe. Einmal, genauer Zeitpunkt nicht sicher, sei das Kind fest auf den Kopf gefallen.

Mit  $3\frac{1}{2}$  Jahren, etwa August 1925, Beginn der krankhaften Störungen. Die Mutter konnte sich nicht mehr viel um das Kind kümmern, da sie beruflich tätig war. Außerdem lebte in der Familie jetzt noch ein anderes Kind mit, das Lilly außerordentlich schlecht behandelte und sie zeitweise sogar mißhandelt haben soll. Eines Tages erklärte Lilly beim Spaziergang, sie könne nicht mehr gehen, wolle gefahren werden. Von da ab allmählich Entwicklung eines schweren Zustandes, das Kind sprach nicht mehr, ging nicht mehr, verweigerte die Nahrung und mußte mit großer Mühe gefüttert werden. Es traten nächtliche Schreckanfälle auf, bei denen das Kind stundenlang schrie. Kein Fieber, keine Zeichen einer akuten körperlichen Erkrankung.

Weihnachten 1925, nach einer vierwöchentlichen Abwesenheit der Mutter, bedeutende Verschlimmerung. Eines Tages ließ das Kind keinen Urin mehr, mußte katheterisiert werden. Es ließ von da ab immer Urin und Kot unter sich, ohne daß eine Unregelmäßigkeit der Blasen- und Stuhlentleerung vorhanden war.

Als die Mutter zurückkam, fand sie das Kind in einem desolaten Zustand. Es war stark abgemagert, schrie, wenn sich ihm jemand näherte, besonders aber, wenn es den Topf sah. Die Mutter bemerkte, daß das Kind verbrannt worden war, als es auf seinen Topf mit heißem Wasser gesetzt worden war, um besser Urin lassen zu können.

Ende Januar 1926 wurde der Zustand von einem angesehenen Kinderarzt nach klinischer Beobachtung als hochgradiger Schwachsinn angesehen, der vom 6. Lebensjahre ab mit Sicherheit Anstaltspflege nötig mache.

Mit Schwankungen im Zustandsbild blieb das Gesamtverhalten des Kindes gleich, es nahm keinerlei Interesse an an der Umgebung, war unsauber, lief so gut wie nicht. Es zerstörte viele Sachen und Kleidungsstücke.

November 1926 verschlimmerte sich der Zustand, so daß das Kind in eine Anstalt gebracht werden mußte, in der es von November 1926 bis März 1927 war. Während dieser ganzen Zeit wurde es mit der Sonde ernährt. Von dort wurde es in die Heilanstalt Grafenberg verlegt.

*Befund bei der Aufnahme in der Anstalt Grafenberg* (also im Alter von 5 Jahren): Auf der Abteilung lag das Kind zusammengekauert im Bett, nahm keinerlei Interesse an der Umgebung und den anderen Kindern, es schrie ohne Grund. Spielsachen zerstörte es oder warf es fort. Nahrung nahm es nicht zu sich, hielt Brot im Munde ohne es zu schlucken, ebenso Schokolade und Süßigkeiten. Es bestand starker Speichelfluß.

Urin und Kot ließ das Kind dauernd unter sich, widerstrebte unter ungeheurer Angst, wenn man es auf den Topf setzen wollte. Jede Beschäftigung mit seiner Person versuchte es unter den Zeichen großer Angst zu verhindern, schrie, wenn man sich dem Bett näherte, Gehversuche waren unmöglich, wenn man das Kind an den Armen hielt, um es zu führen, machte es sich steif wie ein Brett. Sprachliche Äußerungen gab das Kind nicht von sich, nur bei der Sondenfütterung, die über mehrere Monate hindurch nötig war, schreit es: o weh, o weh.

Bei den ärztlichen Untersuchungen war das Zustandsbild das gleiche. Der Gesichtsausdruck des Kindes war ängstlich verzerrt. Es sprach nicht, schrie, beruhigte sich erst nach einiger Zeit. Es antwortete weder auf Fragen noch befolgte es Aufforderungen. Wenn es auf die Beine gestellt wurde, stand es mit Unterstützung zusammengekauert da, wobei es häufig die Beine überkreuzte. Gelegentlich gelang es, das Kind etwas zum Gehen zu bringen, es waren aber nur einige Schritte möglich. Das Kind warf sich meistens auf den Boden und blieb dort liegen.

Die allgemeine körperliche und neurologische Untersuchung war sehr schwer durchzuführen. Das Kind war in sehr schlechtem Allgemeinzustand, bei einer Größe von 92 cm wog es 15 kg. Diese Zahlen entsprechen den Verhältnissen bei einem 3jährigen Kind. Der Ernährungszustand war dürrig, die Gesichtsfarbe blaß, die Haut von schlechter Spannung, der Knochenbau grazil. Es fanden sich keine groben neurologischen Störungen. Sehen und Hören war, soweit zu prüfen o. B.

Der Augenhintergrund war normal, die Blut- und Liquoruntersuchung hatte ein völlig negatives Ergebnis, der Druck war 180 mm Wasser im Liegen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß das Kind nach 1½jährigem Bestehen einer psychischen Erkrankung im Alter von 5 Jahren — 4 Monate hatte es in einer Anstalt zugebracht — in unsere Behandlung kam mit den Symptomen der Angst, des Mutismus, der Nahrungsverweigerung, der Unsauberkeit, der Behinderung der Steh- und Gehfähigkeit sowie einer allgemein ablehnenden Stellungnahme gegenüber der Umgebung.

Grob-organische Störungen des Nervensystems waren nicht vorhanden, feinere neurologische Untersuchungsmethoden ließen sich, wie erwähnt, in diesem Zustand nicht durchführen.

Da die verschiedenen differentialdiagnostischen Erwägungen am Schluß der Krankengeschichte im Zusammenhang betrachtet werden sollen, wird zunächst der weitere Verlauf des Falles geschildert. Die Heilbehandlung des Kindes, die

sogleich nach der Aufnahme begann, bestand aus zwei Komponenten, einmal einer sorgfältigen und liebevollen körperlichen Pflege, sodann einer seelischen, systematisch heilpädagogischen Beeinflussung durch intensive Beschäftigung mit dem Kinde. Die Beschäftigung mit dem Kinde dauerte im Anfang täglich 2 Stunden. Diese hatte zum Ziel, die verschiedenen gestörten Funktionen wieder aufzubauen: es wurden Steh- und Gehübungen gemacht, es wurde versucht, die Ablehnung des Kindes gegen die Umgebung zu mildern und aufzuheben, es zum Essen zu bringen; es zur Sauberkeit zu erziehen und es der Gemeinschaft der anderen Kinder zuzuführen usw. Ganz allmählich besserte sich der Zustand. Der Gesichtsausdruck wurde freier, die Ablehnung ließ nach. Steh- und Gehfähigkeit kamen wieder, das Kind befolgte einfache Aufforderungen, wird mit Gegenständen und Personen der Umwelt vertraut, wurde sauber, Aufregungszustände ließen nach. Im September 1927, also 6 Monate nach der Aufnahme, war ein Zustand erreicht, in dem es für sich spielte, zwar noch kein wesentliches Interesse an der Umgebung nahm, aber auch nicht mehr dagegen Stellung nahm. Bei einer Untersuchung im Januar 1928 war es noch recht ängstlich, gab aber auf Aufforderung die Hand, die Hand (rechts) zittert dabei (Intensionstremor?). Auffallend ist ein starker Speichelfluß.

Vom Februar 1928 ab spontan Nahrungsaufnahme, nachdem bis dahin teils Sondenfütterung, teils Fütterung durch die Pflegerin mit dem Löffel nötig war. Dauernd weitere Fortschritte, das Kind wird zutraulich, lernt systematisch sprechen, zuerst Silben, dann Worte und kleine Sätze. Es folgt der Belehrung und dem Unterricht willig.

Gleichzeitig mit dem seelischen Vorwärtsgen hob sich der körperliche Zustand.

An einzelnen Tagen klagte das Kind über Kopfschmerzen, sah dann blaß aus und war weniger zugänglich.

Die genaue Untersuchung im Oktober 1928, kurz vor der Vorstellung in Köln, zeigte sich eine außerordentliche Besserung des Kindes.

Größe 1,06 m, Gewicht 22 kg. Lilly ist also in 1½ Jahren 14 cm gewachsen, hat fast normale Größe erreicht und ist etwas übergewichtig.

Körperlich-neurologisch waren auch jetzt wesentliche Abweichungen von der Norm nicht nachweisbar, wobei berücksichtigt werden muß, daß auch jetzt noch nicht alle Untersuchungen vorgenommen werden konnten, z. B. nicht die Untersuchung auf pathologische Armreflexe, da das Kind in der Situation der Untersuchung ängstlicher als gewöhnlich war.

An Besonderheiten fanden sich: Ein leichter Strabismus convergens, eine leichte Konvergenzschwäche bei sonst freien und ausgiebigen Augenbewegungen, eine geringe Facialisschwäche rechts, pathologische Reflexe waren nicht vorhanden, ebenso keine deutlichen Reflexdifferenzen.

Das Röntgenbild des Schädels zeigte, abgesehen von einer etwas tiefen Sella turcica nichts Besonderes.

Die Gesamtmotorik des Kindes war frei und graziös, beim Gang fiel eine gewisse Steifheit der Beinbewegungen auf, ebenso eine Neigung zum Überkreuzen der Beine.

Im Gegensatz zu dem sonstigen lebhaften Minenspiel standen damals schon die Ausdrucks- und Mitbewegungen der Augen, die sehr gering waren, so daß man den Eindruck haben konnte, daß das Kind Sehstörungen hatte, was aber nach einer nochmaligen genauen Untersuchung ausgeschlossen werden konnte.

Speicheln war nicht vorhanden.

Psychisch war das Kind zu dieser Zeit fast unauffällig. Es war vollkommen sauber, brauchte keine Hilfe beim Aus- und Anziehen, nahm an den Spielen und Beschäftigungsspielen der anderen Kinder teil, fügte sich ohne Störung in die Allgemeinheit ein.

Das Sprechen hatte inzwischen wesentliche Fortschritte gemacht, das Kind sprach fast alles, die Sprache war noch undeutlich und stammelnd, der Satzbau

agrammatisch. Das Sprachverständnis war ungestört. Gegenstände und Bilder wurden richtig ausgewählt, bevor sie benannt werden konnten, dann wurde schnell die Bezeichnung erlernt.

Häufig, zum Teil fragmentarisch, Wiederholung gestellter Fragen vor deren Beantwortung in echolalischer Weise: (Wie heißt du?) „Wie heißt du? Heiß Lilly.“ (Wer bin ich?) „Bin ich? Doktor.“ (Wie heißen die anderen Kinder?) „Andere Kinder Gerhard, Anna, Jakob.“ (Sollen wir Bilder besehen?) „Ja“.

Es war eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit vorhanden, die sich im Nachlassen der Konzentration nach relativ kurzer Beschäftigungszeit zeigte.

Nach *Binet-Simon-Bobertag* erfüllte das Kind, abgesehen von der Sprech- und Zeichenfähigkeit und einer Störung der Merkfähigkeit beim Zahlennachsprechen die Ansprüche seiner Alterstufe.

Das Kind ist lebhaft, fragt viel, hat keinerlei Eigenschaften, die es zu einem „schwierigen Kind“ stempeln.

Das Kind entwickelte sich weiter gut, das Sprechen ging langsam vorwärts. Abgesehen von einer Neigung zu eigensinnigem Verhalten, die aber nicht störend hervortrat, keine Auffälligkeiten.

Am 5. 12. 29 wurde das Kind, nachdem es mehrfach längere Zeit nach Hause beurlaubt gewesen war, endgültig aus der klinischen Behandlung entlassen.

*Nachuntersuchung fand im März 1932 statt.* Angaben der Eltern: Nach der Entlassung aus der Anstalt ging das Einleben in das häusliche Milieu gut vor sich, aber das Kind war dadurch unberechenbar, daß durch die vielen neuen Eindrücke seine Phantasie stark angeregt wurde und es dadurch zu Handlungen geführt wurde, die störend wirkten. Eine Aufführung von Peterchens Mondfahrt regte das Kind z. B. so an, daß es immer vom Fliegen sprach, es wollte fliegen lernen, fragte, ob ihm auch Flügel wachsen könnten. Die dauernde Beschäftigung mit diesen Fragen führte dazu, daß es ausprobieren wollte, ob der Hund fliegen könnte und dazu den Hund die Treppe hinunter warf. Da der Hund unverletzt unten ankam, machte es dasselbe Experiment vom Balkon, auch dieser Versuch ging so gut aus, daß die Eltern das Schlimmste fürchteten und Lilly nochmals genau über die Gefahren solcher Versuche aufklärten. Von da ab hat das Kind nicht mehr etwas Derartiges unternommen. Ähnlich ging es auch mit anderen Störungen, die hervorgingen aus einer Diskrepanz zwischen einer reichen Phantasie mit großer Unternehmungslust und einer mangelnden Erfahrung. Nach etwa 2 Monaten war alles gut, es war, als sei sie nie weg gewesen, wenn sie auch noch viel von der Kinderabteilung sprach.

Zuerst einige Monate Besuch eines Kindergartens, gute Einfügung und gutes Einvernehmen mit den anderen Kindern. Von Ostern 1930 ab Besuch der Hilfsschule.

Sie lernte gut, konnte Ostern 1931 eine Klasse überspringen, langweilt sich jetzt oft in der Schule, wenn es ihr nicht schnell genug geht, soll Ostern 1932 vielleicht in die Normalschule.

#### *Allgemeine Entwicklung.*

Sauberkeit immer tadellos, kein Einnässen bei Tag oder bei Nacht.

Die Sprache wurde immer besser, das Kind fragte viel nach Bezeichnungen und Benennungen, erzählte spontan viel, insbesondere von der Kinderabteilung.

Im Anfang sei das Kind etwas ängstlich gewesen, habe sich auf der Straße vor Autos gefürchtet, das sei schnell besser geworden.

Ebenfalls im Anfang habe sie mal laut geschrien und über Kopfschmerzen geklagt, es habe auch mal Trotzscenen gegeben, dann keine stürmischen Gefühlsausbrüche mehr. Bei solchen Trotzanfällen habe sie gesagt: „Ich bin krankböse wie in Grafenberg.“

Lilly sei ein leicht lenkbares Kind, sehr anschniegssam. In der Schule sei sie sofort der Liebling der Lehrerin gewesen, die Kinder hätten sie sehr gern. Sie schreibe und lese nett, male auch gut.

Sie sei sehr lebhaft, manchmal etwas ungehemmt und ungeniert, ließe sich aber belehren.

Mit der Zwillingsschwester, die ihr sowohl körperlich als auch geistig voraus sei (durch eigene Anschauung bestätigt), vertrage sie sich gut, keine Eifersüchteleien. Mit der Schwester unterhalte sie sich oft sehr verständig.

Körperlich habe sie keine Krankheiten gehabt, abgesehen von häufigem Schnupfen. Es sei aufgefallen, daß der Blick nicht lebhaft sei trotz sonstiger Lebhaftigkeit, auch sei das Gehen nicht ganz ohne Störung. Beim Reiten eines Ponys sei sie schwindlig geworden.

#### *Eigener Befund.*

Lilly wurde im Elternhaus aufgesucht, der Besuch, bei dem ein Teil der Untersuchungen vorgenommen wurde, fand überraschend statt. Außer der Referentin war bei dem Besuch die Krankenschwester der Anstalt Grafenberg zugegen, die an dem Erfolg der Behandlung des Kindes in der Anstalt einen erheblichen Anteil hatte.

Das Kind begrüßte die Besucherinnen mit großer Freude: „Seid Ihr es wirklich, wie freu' ich mich.“ Blickt von einem zum anderen, sagt nichts, lacht, ist einige Minuten in einem Emotionsstupor, sagt dann wieder: „Ich weiß noch alles von der Anstalt, sind denn noch alle Kinder da? Ich bin wieder ganz gesund, wenn die Anstalt nicht gewesen wäre, was denn?“

Beim Sprechen fällt auf, daß die Artikulation nicht ganz deutlich ist und daß das Kind etwas überstürzt spricht. Zunächst ergeben sich beim Spontansprechen keine sonstigen Abweichungen von der Norm. Erst bei der weiteren ausführlichen Unterhaltung ergibt sich, daß das Kind, wenn auch selten, Anfangs- oder Schlußsilben und sogar einzelne Wörter ausläßt, so daß die Sprache zeitweise leicht agrammatisch ist.

Die Mutter gibt an, daß Lilly sonst besser spreche, aber in der Aufregung leicht Silben verschlucke.

In der Gesamtmotorik ist das Kind frei und ungebunden. Es ist lebhaft, faßt schnell auf, gibt prompt Antwort auf gestellte Fragen.

Über ihren Aufenthalt in der Anstalt befragt, sagt Lilly, wie schon spontan, sie wisse noch alles, das bezieht sich aber offenbar nur auf die Kenntnis der Umgebung, weniger auf die Krankheit.

Auf die Frage, warum sie in der Anstalt gewesen sei, sagt sie: „Ich war krank, ich wollte nicht essen.“ Das ist alles, was von ihr über ihre Krankheit zu erfahren ist. Als man sie fragt, wie das gekommen sei, sagt sie: „Weiß ich nicht.“

*Aus dem körperlichen und psychischen Befund*, erhoben bei mehreren Untersuchungen.

Für sein Alter großes Mädchen, wohlproportionierte Gestalt. Größe: 129,5 cm, Gewicht: 26,5 kg.

Innere Organe o. B.

Gesichtsbewegungen. Der rechte Facialis wird eine Spur schwächer innerviert als der linke. Geringer Strabismus convergens. Augenbewegungen nach oben und unten, rechts und links ungestört, kein Nystagmus.

Leichte Konvergenzschwäche.

Sehnen- und Periostreflexe der Arme vorhanden, r = 1.

Mayer und Wartenberg sind rechts pathologisch, links normal, Léri ist beiderseits normal.

Bauchdecken- und Rippenbogenreflex vorhanden, keine Differenz.

Bindehaut-, Hornhaut- und Würgregreflex o. B.

Patellarsehnenreflexe normal,  $r = 1$ . Keine gekreuzte Adductorenzuckung.

Der rechte Achillessehnenreflex ist eine Spur stärker als der linke, bei der Prüfung treten vereinzelte klonische Zuckungen auf.

Kein Romberg, keine Ataxie.

Keine Störungen beim homo- und heteroceptiven Zeigerversuch.

*Motorik.* Im Gegensatz zu der lebhaften Mimik des Gesichts steht die Bewegungsarmut der Augen. Folgt das Kind mit dem Blick einer sich bewegenden Person der Umgebung, so ist auffallend die Dissoziation zwischen Kopf- und Augenbewegungen, die Augen folgen später als der Kopf und werden nicht ausreichend bewegt. Beim Gehen fällt auf, daß das Kind immer geradeaus sieht, ohne die Umgebung mit den Blicken zu streifen.

Bei Prüfung der Armreflexe, zum Teil auch spontan, geht eine Bewegungsunruhe der Beine los, die einen ziemlich charakteristischen und konstanten Ablauf hat: zuerst erfolgt eine Dorsalbewegung der großen Zehe rechts, kurz danach eine solche der linken großen Zehe, danach eine Beugung des rechten Beines, dann eine solche des linken, sofort danach strecken sich beide Beine wieder und die beiden Füße sind durch Verschränken der großen Zehen kurze Zeit verbunden. Darauf erfolgen wiederholte Dorsalflexionen der großen Zehen und wiederholte Verschlingungen, bis nach etwa 40 Sekunden Ruhe eintritt. Dieser Ablauf einer komplexen Hyperkinese erfolgt zeitweise ohne erkennbaren äußeren Reiz, fast immer aber bei der Prüfung von *Mayer*, *Léri* und *Wartenberg*. Die Dorsalflexion der rechten großen Zehe tritt häufiger auf als die der linken.

Ähnliche Bewegungen, wenn auch in kleinerem Ausmaß erfolgen auch im Stehen, hier beschränkt sich die Beugung auf das rechte Bein, die Zehenbewegungen sind  $r = 1$ , die erwähnte Neigung zur Verschlingung äußert sich rudimentär in blitzartiger Supination der Füße, rechts mehr als links, so daß das Kind zeitweise auf dem äußeren Fußrand steht.

*Gang.* Auffallend ist, daß das rechte Bein, das im ganzen etwas dünner ist als das linke, beim Gehen fast konstant das linke überkreuzt. Keine Ataxie, der Gang ist etwas steif und steht im Gegensatz zu der sonstigen gelockerten Motorik.

Grobe Kraft der Arme rechts schwächer als links. Keine Sensibilitätsstörung.

Keine Störung der Diadochokinese.

Die Prüfung des optokinetischen Nystagmus ergab völliges Fehlen desselben beim Drehen der Trommel nach links und einen sehr schwachen Nystagmus bei Rechtsdrehung.

*Sprache.* Nach Gewöhnung an die Untersuchung und dem Nachlassen von Aufregung ist die Artikulation ungestört. Beim ruhigen Spontansprechen ist der Satzbau gewöhnlich richtig, bei großer Lebhaftigkeit, wenn das Kind von affektbetonten Ereignissen spricht, tritt das schon erwähnte Verschlucken von Wörtern und Silben auf. Bittet man das Kind, den Satz richtig zu sprechen, so geschieht das.

Die Bezeichnung von Bildern und Gegenständen ist immer richtig. Als das Kind aber bei der Intelligenzprüfung den Oberbegriff für Stuhl, Bank und Tisch suchte, sagte sie nach einigem Besinnen: „Möge“, war darauf verlegen und sagte auf die Frage, ob das richtig sei „nein“. Nachdem man ihr das richtige Wort langsam vorgesprochen hatte, sprach sie es richtig nach. Solche literalen Paraphasien traten auch vereinzelt bei der Unterhaltungssprache auf, waren aber nicht einwandfrei abzugrenzen von dem einfachen Auslassen von Silben. Keine verbalen Paraphasien.

#### *Seelischer Befund.*

Das formale Benehmen des Kindes ist gut, es ist ausgesprochen höflich und bescheiden. Auffallend ist jedoch, daß das Kind alle ihr bei der Nachuntersuchung begegnenden Ärzte mit „Du“ anspricht. Die Manieren beim Essen sind einwandfrei, das Hantieren mit dem Eßbesteck ist musterhaft. Das Kind hält sich sehr sauber.

Die Auffassung war prompt, gestellte Fragen wurden schnell beantwortet. Die Aufmerksamkeit war ebenfalls gut, es war nach längerer Untersuchung kein Nachlassen derselben festzustellen.

Bei der Untersuchung fällt eine große Lebhaftigkeit des Kindes auf, doch ist diese nicht so, daß man sie als abnorm bezeichnen kann, sondern sie ist eher als Reaktion auf die ungewohnte und aufregende Situation aufzufassen. Das Kind fragt viel, aber sinnvoll. Es ist leicht zum Schweigen zu bringen, wenn man es entsprechend bittet. Daß diese Lebhaftigkeit nicht einer abnormen Unruhe des Gesamtverhaltens entspricht, dafür spricht die Tatsache, daß sich das Kind fast eine Stunde allein und in Gegenwart von Erwachsenen mit einem Buch mit Bildern beschäftigte und damit vollauf befriedigt war.

Die Intelligenzprüfung nach *Binet-Simon-Bobertag* mit dem neuen Binetarium nach *Norden* hatte das Ergebnis, daß das fast zehnjährige Kind die Altersstufe 9 völlig erfüllte, abgesehen von einer Auslassung in Altersstufe 7 beim Nachsprechen einer Reihe von 6 Zahlen. Von Altersstufe 10 erfüllte es den Test a und b und c, nicht d, e und f.

Ein genauer Überblick über die Leistungen in der Schule war nicht möglich, da in der Hilfsschule, die das Kind besucht, keine Hefte gebräuchlich sind, sondern nur auf Tafeln geschrieben wird.

Das Kind liest ziemlich flüssig aus seinem Lesebuch vor.

Betrachten wir nunmehr im Zusammenhang das, was bei dem Kinde vorgelegen hat, wie die Krankheit ihren Ablauf genommen hat und was das jetzt vorliegende Untersuchungsergebnis uns zu sagen hat, so sehen wir, wie im Laufe mehrerer Jahre sich aus einem amorphen Krankheitsbild des völligen Versagens über einen Zustand der Wiederaufnahmefähigkeit und des Zuwendens zur Umgebung mit allgemein gesteigerter Empfindlichkeit und körperlichen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, ein Befund sich herauskristallisiert hat, an dessen hirnpathologischen Grundlagen jetzt nicht mehr zu zweifeln ist.

Gehen wir zurück auf die erste schwere Krankheitsphase, die in ihren Hauptsymptomen durch Unfähigkeit des Gehens, des Stehens, des Sprechens und eine ablehnende Stellung zur Umwelt (aktiv und passiv) gekennzeichnet war und erwägen die verschiedenen differentialdiagnostischen Möglichkeiten, die aus dem Symptombild erwachsen, so ist zunächst zur Frage der Hysterie Stellung zu nehmen. So bestechend die Annahme einer hysterischen Genese der Störung gewesen wäre aus der Anamnese (nervöse Veranlagung in der Familie, Entstehung des Leidens als ein anderes Kind in die Familie aufgenommen wurde, Pflegefehler usw.), aus der Massivität und Primitivität der Symptome und der Heilung bzw. weitgehenden Besserung durch psychotherapeutische Faktoren, so muß doch betont werden, daß wir diese Diagnose nach Ablauf des ersten schweren Zustandes als unwahrscheinlich ansahen. Schon die ersten Untersuchungen, die nach Lage des Falles wenig ausführlich sein konnten, ließen annehmen, daß man es mit einem schwer psychotischen Zustand, nicht mit einer Kinderhysterie zu tun hatte. Der Verlauf bestätigte diese Annahme. Die Besserung des Kindes ging allmählich vor sich, sie gestaltete sich so, daß man den Eindruck eines Neuerwerbs von



Funktionen hatte, an dem das Kind aktiv mitarbeitete; ein Rückfall durch äußere Ereignisse in Form monosymptomatischer hysterischer Störungen, die mit Sicherheit bei einer Hysterie zu erwarten gewesen wären, trat nicht ein. Ein hysterisch geltungsbedürftiges Wesen war bei dem Kind in keiner Weise vorhanden. Die Annahme eines der Diskussionsredner in Köln 1928, daß es sich um eine Hysterie gehandelt habe, ist daher nicht haltbar.

Ebenso wie die Diagnose einer Hysterie konnte nach Ablauf von wenigen Monaten ein angeborener Schwachsinn oder die Komplikation eines Schwachsinn mit einer Psychose abgelehnt werden.

Eine große Ähnlichkeit hatte das anfängliche Zustandsbild mit dem von Heller<sup>4</sup>, Weygandt<sup>19</sup> u. a. beschriebenen Fällen von Dementia infantilis. Die Annahme einer Demenz wurde hinfällig nach dem fortschreitend günstigen Ablauf der Erkrankung. Zur Frage der Dementia infantilis und der von de Sanctis<sup>12, 13</sup> literarisch beschriebenen Dementia praecocissima sowie zur Frage der Schizophrenie im Kindesalter soll nach Beschreibung des zweiten Falles im Zusammenhang Stellung genommen werden.

Wenn auch im Anfang der Erkrankung und bei der Entlassung nur ein geringer neurologischer Befund vorhanden war — es ist dabei zu bedenken, daß die Untersuchungsmöglichkeiten nicht alle erschöpft werden konnten —, so bestand doch bereits ziemlich früh eine gewisse Wahrscheinlichkeit, daß der psychische Zustand einer organischen Grundlage nicht völlig entbehre; es wurde unter anderem erwogen, ob etwa eine durch eine schwere Geburt verursachte Gehirnschwäche einen günstigen Boden für eine Psychose abgegeben hätte. Die äußeren Faktoren, die auf das Kind eingewirkt hatten und die von den Eltern immer wieder als Erklärungsversuche für die schwere Erkrankung herangezogen wurden, konnten nur als akzessorische Momente betrachtet und nicht als pathogenetische angesehen werden.

Der jetzt erhobene Befund deckt völlig die Annahme einer organischen Hirnschädigung. Wir können zwei Reihen von Symptomen bei dem Kind nachweisen, solche, die in klarer Weise als Folgen einer organischen Gehirnschädigung imponieren und solche, die, wie die motorischen Infanilisismen, als Entwicklungshemmungen aufzufassen sind.

Von den organischen Symptomen weisen die rechtsseitigen Reflexstörungen auf eine Beteiligung der linken Hirnseite hin. Einer besonderen Besprechung bedürfen die Störungen der spontanen Augenbewegungen, die man als Störungen der Spähbewegungen bezeichnen kann. Solche Störungen der Spähbewegungen kommen bei Prozessen im Stirnhirn vor\*, ebenso deutet die Störung des optokinetischen Nystagmus auf eine Stirnhirnbeteiligung. Nachträglich kann man sagen, daß die geringen

---

\* Zitiert nach Kroll: Neuropathologische Syndrome. Berlin: Julius Springer 1929.

Mitbewegungen und Ausdrucksbewegungen der Augen, die von Krankheitsbeginn an auffielen, auf einer Störung der Spähbewegungen beruhten.

Auch das *Überkreuzen des rechten Beines* über das linke ist als Stirnhirnsymptom zu betrachten.

Die *motorischen Infantilismen*, die von *Homburger*<sup>7</sup> beschrieben und so benannt worden sind, sind in diesem Fall besonders interessant. Eine bestimmte Phase dieser Bewegungen hat nämlich eine große Ähnlichkeit mit den von *Sioli*<sup>16</sup> auf der Tagung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz 1931 in Düsseldorf demonstrierten diagonalen Reflexen, die von dem Vortragenden als Stirnhirnsymptom gedeutet wurden.

Die Sprachstörung, die das Kind hat, ist vorzugsweise motorisch, man kann sie als eine *Störung der motorischen Sprachentwicklung* auffassen und sie somit zu den motorischen Infantilismen rechnen; von den Resten einer aphasischen Sprachstörung kann man deswegen nicht reden, weil zu Beginn der Erkrankung des Kindes die Sprache noch nicht ausreichend entwickelt war.

Deuten die verschiedenen Symptome auch überwiegend auf das Stirnhirn hin, so muß die Auswertung doch mit aller Vorsicht geschehen, es kann keinesfalls gesagt werden, daß es sich bei dem Kind nur um eine lokale Erkrankung des Stirnhirns gehandelt hat, eine sichere Entscheidung darüber ist nicht möglich.

Abasie und Astasie, mit denen die Erkrankung des Kindes begann, sind vielleicht auch als Stirnhirnsymptome zu betrachten, wenn auch gerade die Abgrenzung dieser Erscheinungen von dem gesamten ablehnenden Verhalten des Kindes schwer möglich ist.

Kommen wir somit zu der Ansicht, daß es sich bei dem Kinde um eine organische Hirnstörung gehandelt hat, die möglicherweise vorwiegend im Stirnhirn lokalisiert ist, so erhebt sich als weitere Frage die nach der Ätiologie der Erkrankung. Die eindeutige Beantwortung dieser Frage ist nicht möglich. Als das Kind in unsere Behandlung kam, lag der Beginn der Krankheit bereits  $1\frac{1}{2}$  Jahre zurück; es muß sich nach dem Verlauf um eine Störung mit Neigung zur Rückbildung gehandelt haben. Wahrscheinlich hat ein entzündlicher Prozeß unbestimmbarer Ätiologie vorgelegen, wofür vielleicht die Kopfschmerzen und die leichte Liquordruckerhöhung sprechen.

Da die Störung erst im Alter von  $3\frac{1}{2}$  Jahren auftrat und man annehmen muß, daß damals die organischen Symptome neu auftraten, ist es kaum möglich, sie als Geburtsschaden aufzufassen.

Eine epidemische Encephalitis ist nach dem vorliegenden körperlichen und psychischen Befund auszuschließen. Es wurde bereits erwähnt, daß die große Lebhaftigkeit des Kindes nicht als krankhafte Unruhe im Sinne einer Hypervigilität erklärt werden kann. Diese Lebhaftigkeit findet teilweise ihre zwanglose Erklärung darin, daß das Kind gleichsam sich überstürzend vieles nachholen will und muß, was es in den Phasen

der Krankheit nicht mitbekommen hat. Die Anstalt, die mehrere Jahre die alleinige Welt des Kindes darstellte, machte plötzlich der großen Welt Platz, in die das Kind sich hineinfinden mußte; Teile des Intellekts waren bereits dazu ausgebildet, die Erfahrung aber fehlte. So ist auch die merkwürdige Handlung des Kindes, daß es einen Hund zweimal aus ziemlicher Höhe hinunterwirft, um ihn fliegen zu lassen, nicht als grausame Handlung eines Encephalitikers aufzufassen, sondern es ist anzunehmen, daß bei fehlender Erfahrung die dem tatsächlichen Lebensalter zukommende Aktivität das Kind zu dieser Handlung veranlaßte, die nach entsprechender Belehrung nicht wiederholt wurde. Es ist unverkennbar, daß bei dem Kind eine gewisse Dissoziation bestand in der Richtung, daß aus den verschiedenen Lebensphasen (*Ch. Bühler*<sup>1)</sup>) wesentliche Faktoren gleichzeitig wirksam wurden, die einander überschneiden.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß als Grundstörung bei dem Kind eine organische Hirnstörung unbekannter Ätiologie vorlag, die eine Neigung zur Rückbildung hatte. Deutliche Resterscheinungen der organischen Hirnschädigung sind jetzt noch nachweisbar; die den Hirnprozeß begleitende Psychose bot das Bild eines katatonen Zustandes. —

Der zweite Fall einer Kinderpsychose, der hier angefügt wird, unterscheidet sich von dem ersten einmal dadurch, daß die Psychose erst im Schulalter auftrat, sodann dadurch, daß von Anfang an Klarheit darüber herrschte, daß bei dem Kind eine grobe organische Gehirnstörung vorhanden war. Während der ersten 8 Monate der Anstaltsbehandlung jedoch, die durch eine schwere Psychose nötig wurde, waren keine sicheren Symptome einer organischen durchgemachten oder noch vorhandenen Erkrankung des Zentralnervensystems nachweisbar.

*Fall 2.* Christine K., geb. 15. 1. 20, aufgenommen den 24. 9. 29.

*Anamnese.* Großmutter des Kindes mütterlicherseits soll viel an Ohnmachten und Weinkrämpfen gelitten haben. Es sei hier angefügt, daß die Mutter des Kindes wenige Wochen nach Einlieferung des Kindes in die Anstalt psychisch erkrankte und in eine Anstalt kam. Sie wurde nach mehreren Monaten geheilt entlassen, nach dem von uns eingesehenen Krankenblatt hat es sich um eine Störung nach Art einer Degenerationspsychose gehandelt.

Die Geburt des Kindes war normal, aber langdauernd. Normale Entwicklung, im Alter von 9 Monaten fiel auf, daß das Kind sehr dick war.

Laufen mit 19 Monaten, Sprechen mit 2 Jahren.

Mit 3 Jahren traten bei dem Kind zum erstenmal Krämpfe auf, die seitdem im Abstand von  $\frac{1}{4}$ —1 Jahr sich wiederholten. Die Krämpfe begannen mit Erbrechen.

Von Januar 1926 bis Januar 1929 keine Krämpfe. Im Januar 1929 wieder anfallsartige Zustände, bei denen das Kind aber nie bewußtlos war und nur für einige Minuten die Augen nach oben verdrehte.

Am 10. 3. 1926 schwerer Status epilepticus von 5 Stunden Dauer. Einige Tage vorher gelegentlich Reizerscheinungen der rechten Seite, Mund und Augen hatten sich nach rechts verzogen. Nach dem Status epilepticus war die rechte Seite einige Stunden gelähmt.

Vor der Schulzeit war das Kind aufgeweckt und ganz unauffällig. In der Schule lernte es zunächst mäßig, fiel aber von Anfang an durch Unaufmerksamkeit auf.

Seit Januar 1929 nahm die Unaufmerksamkeit zu, in der Schule fand das Kind seinen Platz nicht mehr. Die vorher saubere und gute Schrift wurde schlechter, das Kind ließ Buchstaben aus und begann unmotiviert in den Schulheften mit Kritzeleien, die durch perseveratorisches Festhalten an einzelnen Buchstaben gekennzeichnet waren.

Das Kind hörte allmählich auf zu sprechen, nachdem seit Januar 1929 zeitweilig Sprachstörungen aufgetreten waren, das Kind wurde unsauber.

Es trat eine Veränderung des gesamten Wesens auf, eine Zerstörungslust zeigte sich, das Kind wirft Sachen aus dem Fenster, schneidet alles kaputt.

#### *Befund bei der Aufnahme.*

Für sein Alter übergroßes Kind.

Neurologisch. Es wurde häufige spontane Dorsalflexion beider großen Zehen beobachtet, ebenso auf Bestreichen des lateralen Fußsohlenrandes beiderseits Dorsalflexion. Gordon zeitweise beiderseits positiv, keine sonstigen Störungen. Röntgenbild abgesehen von einer etwas großen Sella turica o. B. Ergebnis der Lumbalpunktion o. B. Druck nicht erhöht. Augenhintergrund normal.

Psychisch bot das Kind das Bild eines völligen Stupors, gelegentlich Neigung zu verkehrten Handlungen, wie Zerstörungen usw.

Eine Störung der Sinnesorgane konnte ausgeschlossen werden, nachdem das Kind in der ersten Zeit durch das Fehlen jeglicher Reaktion auf Laute den Eindruck einer Taubheit erweckte. Das Kind lag völlig apathisch im Bett, sprach weder spontan noch antwortete es auf Fragen, sah den Arzt ratlos an. Aufforderungen wurden nicht befolgt, Bilder nicht benannt, aber auch nicht besehen.

Auch bei diesem Kinde wurde eine regelmäßige psychotherapeutische Einwirkung durch regelmäßige Beschäftigung ausgeführt.

Der Zustand des Kindes besserte sich allmählich. Lange Zeit zeigte es eine Neigung zu perseveratorischen Handlungen, z. B. wenn es Bohnen in eine Tüte einfüllen sollte, holte es dauernd weiter Bohnen aus dem Schubfach, auch als die Tüte längst gefüllt war. Wenn es mit der Handlung zum Schluß gekommen war, faltete es die Tüte häufig auf und zu.

Der Zustand der schweren Hemmung dauerte bis Januar 1930, allmählich kam die Sprache wieder, das Kind sprach, gab auf Fragen Antwort, sprach aber oft nur echolalisch nach. Im Wesen ist das Kind etwas geziert und ohne Grazie.

Bis Mai 1930 entwickelte das Kind sich fortschreitend besser, zeigte noch nicht völliges Interesse an der Umgebung, spielte aber regelmäßig mit den anderen Kindern. Es schreibt wieder einzelne Sätze auf Aufforderung, neigt aber hierbei zu perseveratorischen Handlungen und Kritzeleien.

Im Mai 1930 trat eine Wendung zum Schlechten ein, diese wurde eingeleitet durch einen epileptischen Anfall. Von da ab häufig absenartige Zustände. Im September 1930 ein erneuter Anfall, der auf der rechten Seite begann und auch fast auf die rechte Seite beschränkt blieb. Der genaue Ablauf des Anfalles wurde nicht beobachtet. Das Kind blieb zwar psychisch ziemlich frei, fügte sich weiter gut in die Umgebung ein, sprach geordnete Sätze, machte aber zwischendurch einen gestörten und verwirrten Eindruck.

Am 27. 9. 30 wurde es in gut gebessertem psychischem Zustand nach Hause entlassen. Es pflegt sich selbst, nahm Interesse an der Umgebung, sprach geordnet und zeigte keine Affektstörungen.

Körperlich-neurologisch waren auch nach den Anfällen keine neuen Störungen nachweisbar, abgesehen von den beschriebenen Dorsalflexionen der Zehen.

Am 23. 11 erhielten wir den ersten Bericht des Vaters.

Der Vater klagt darüber, daß das Kind häufig Aussetzen der Gedanken habe und Anfälle mit und ohne Erbrechen. Die Anfälle seien im ganzen 5mal seit der Entlassung aufgetreten. Bei jedem Anfall drehe der Kopf sich zuerst nach rechts,

ebenso die Augen, der Mund verzöge sich nach rechts. Nach einem Anfall sei eine kurze Lähmung der rechten Seite aufgetreten.

Die weiteren Berichte des Vaters waren so, daß nach der Entlassung progredient eine Verschlechterung des psychischen Zustandes aufgetreten war. Es traten ziemlich häufig Anfälle auf, fast immer nur Krampf der rechten Seite, nur gelegentlich Krampfanfälle auch der linken Seite. Wir sahen das Kind kurz bei einem ambulanten Besuch, eine weitere klinische Beobachtung war nicht möglich.

In diesem Falle sehen wir, wie allmählich bei einem Kind, das vom 3. Lebensjahr an gelegentlich Anfälle gehabt hat, etwa im 8. Lebensjahr ein Rückgang der geistigen Fähigkeiten auftritt, verbunden mit einer völligen Interesselosigkeit und Absperrung von der Umgebung, mit völligem Sprachverlust. Ein deutlicher Negativismus war zwar nicht nachweisbar, wenn auch das Kind sich Untersuchungen gegenüber ängstlich verhielt. Während achtmonatlicher Beobachtung traten Krämpfe und wesentliche neurologische Symptome nicht auf. In dieser Zeit beherrschten psychische Störungen das Bild. Die psychischen Störungen waren gut beeinflussbar durch psycho-therapeutische Einwirkungen. Erst nachdem erneut Anfälle auftraten, machte das Kind psychisch keine Fortschritte mehr. Nach der Entlassung aus der Anstalt traten die Anfälle stärker auf, und das Kind ging psychisch wieder deutlich zurück.

Die psychische Erkrankung war zweifellos auch in diesem Falle die Begleiterscheinung einer organischen Hirnschädigung. Um eine genuine Epilepsie handelte es sich bei diesem Kinde sicher nicht, sondern um eine symptomatische. Deutliche Herderscheinungen waren während der Anfälle immer nachzuweisen, die vorwiegende Beteiligung der rechten Seite wies auf einen Herd in der linken Gehirnhälfte hin.

Außer der gelegentlichen spontanen Dorsalflexion der großen Zehen, die auch auf Reiz auftrat — es handelte sich mit größter Wahrscheinlichkeit um motorische Infantilismen — waren in den anfallsfreien Zeiten Symptome, die eine Lokaldiagnose ermöglicht hätten, nicht nachzuweisen. Die Art des Anfallsablaufes sprach dafür, daß der Anfall ausging von dem frontalen Adversivfeld, einem außerordentlich krampffähigen Zentrum. Doch läßt sich aus den festgestellten Symptomen nicht mit Sicherheit erweisen, daß es sich primär um eine Rindenstörung handelt. Die Ätiologie des Leidens ist nicht bestimmbar.

Interessant ist, daß auch in diesem Falle die Erforschung der Familienanamnese eine Besonderheit zeigte, die Mutter des Kindes war an einer periodischen Psychose erkrankt. Diese Tatsache ließ im Anfang daran denken, daß man es bei dem Kinde mit einer funktionellen Psychose zu tun habe, insbesondere da während vieler Monate keine Anfälle auftraten. Der Verlauf zeigte, daß diese Auffassung falsch war.

Es kann nicht mit Sicherheit entschieden werden, inwieweit die psychischen Störungen des Kindes als direkter Ausfluß der organischen

Gehirnerkrankung im Sinne einer symptomatischen Psychose aufzufassen sind, ob die vorhanden gewesenen Störungen der Auffassung allein durch eine leichte Bewußtseinstörung hervorgerufen wurden, oder ob auch eine psychische Hemmung dabei eine Rolle gespielt hat. Daß zum mindesten im Anfang, wo das Kind einen ratlosen und verwirrten Eindruck machte, es sich um psychische Störungen exogenen Charakters gehandelt hat, ist sehr wahrscheinlich.

Der nach anfänglicher Besserung progrediente psychische Verfall spricht für die Schwere des vorliegenden Krankheitsprozesses. Im Gegensatz zu dem ersten Fall, dessen Besserung zu Hause weiter fortgeschritten ist, hat Fall 2 unter neuen stürmischen Gehirnerscheinungen sich verschlechtert und es herrscht kein Zweifel darüber, daß ein Ausgang in Demenz vorliegt. —

Vergleichen wir die beiden Fälle mit den in der Literatur beschriebenen Fällen von Kinderpsychosen, so müssen wir zuerst Stellung nehmen zu den beiden Krankheitsformen, die als selbständige Erkrankungen in der Literatur beschrieben sind, die *Dementia infantilis* und *Dementia praecocissima*.

Die Bezeichnung *Dementia infantilis* stammt von *Weygandt* (l. c.) und *Heller* (l. c.). Sie ist nach diesen Autoren dadurch gekennzeichnet, daß nach einer Periode geistig normaler oder anscheinend normaler Entwicklung im 3. oder 4. Lebensjahre bald unter stürmischem Verlauf, bald mehr schleichend, eine schwere Verblödung eintrete, die unter tiefer Idiotie endige. Auffallend sei in allen Fällen der irreführend intelligente Gesichtsausdruck sowie die lang erhaltene Aufmerksamkeit. Eine heilpädagogische Einwirkung war bei diesen Kindern nicht möglich. Die Ätiologie der Erkrankung bleibt offen. Die Selbständigkeit dieser Erkrankung wurde von den Autoren betont, während für die im frühen Kindesalter entstandenen Schizophrenien der von *de Sanctis* (l. c.) eingeführte Name *Dementia praecocissima* vorbehalten blieb.

*H. Vogt*<sup>17</sup>, *Higier*<sup>6</sup> und *Zappert*<sup>20</sup> haben ebenfalls solche Fälle beschrieben. *Zappert* stimmt der Sonderstellung der *Dementia infantilis* gegenüber der Schizophrenie zu, während *Vogt* glaubt, daß ein Teil dieser Fälle eine Frühform des Jugendirreseins darstellte. Es ist auffallend, daß in einem ganzen Teil der beschriebenen Fälle zwar keine groben neurologischen Symptome nachweisbar waren, aber doch Störungen in der Anamnese erwähnt wurden, die für organisch-cerebrale Hergänge sprachen, wie insbesondere Anfälle, und zwar bei beiden Krankheitsgruppen.

*Voigt*<sup>18</sup> hat eine ganze Reihe der verschiedensten Krankheitsgruppen (Psychosen bei Schwachsinn, Epilepsie, andersartige organische Gehirnerkrankungen) unter dem Begriff *Dementia praecox* subsummiert.

*Corberi* hat verschiedentlich über psychische Störungen im Kindesalter berichtet, so<sup>2</sup> teilt er einige Fälle von Verblödungsprozessen im

Kindesalter mit, von denen er einen Fall histologisch untersuchte. *Corberi* wünscht die Zusammenfassung der verschiedensten familiären Erkrankungen und der Dementia infantilis unter dem Namen „geistige Rückentwicklung bei Kindern und Jugendlichen“, das anatomische Substrat sei lipoide Neurolyse oder diffuse Sklerose. In dem einen histologisch untersuchten Fall war auch eine Hirnpunktion vorgenommen worden, und zwar war Material vom rechten und linken Stirnlappen untersucht worden. Es war auf diese Weise möglich, bereits in vivo schwere organische Veränderungen des Gehirns festzustellen, die später durch die genaue histologische Untersuchung bestätigt wurden.

Auf dem 5. Kongreß für Heilpädagogik in Köln wurde in dem Vortrag von *H. W. Mayer*<sup>8</sup> und den Diskussionsbemerkungen von *Seelig*<sup>15</sup> auf die außerordentliche Seltenheit echter schizophrener Prozesse im Kindesalter hingewiesen. *Corberi*<sup>3</sup> erwähnt in seiner Diskussionsbemerkung erneut seine Fälle mit schizophrenieähnlichen Symptomen, die ein anatomisches Substrat zeigten und die von der Dementia praecocissima (*de Sanctis*) verschieden seien.

*Heller*<sup>5</sup> hat in seiner neueren kurzen Mitteilung die nosologische Einheit der Dementia infantilis wiederum betont und sowohl ihre Abgrenzbarkeit von der Schizophrenie als auch von bekannten organischen Gehirnprozessen insbesondere der Encephalitis hervorgehoben.

*Schwab*<sup>14</sup> hat neuerdings eine größere Anzahl von Kinderpsychosen beschrieben, deren gemeinsames psychologisches Merkmal die Nichtteilnahme an der Umwelt war. Die Analyse dieser Fälle ergab, daß sich hinter diesem führenden Symptom der Abkapselung klinisch und psychopathologisch ganz verschiedenartige Zustände verbargen. Fast durchweg fanden sich in diesen Fällen irgendwelche organisch-cerebrale Antizedenzien oder manifeste Symptome. Der größere Teil der Psychosen erwuchs auf dem Boden des Zustandes, den wir als Schwachsinn zu bezeichnen gewohnt sind und zeigte weitgehende Übereinstimmung mit den Psychosen, die *R. Neustadt*<sup>10</sup> teils als selbständige Psychosen auf dem Boden des Schwachsinn, teils als gleichwertige Begleiterscheinungen, teils als Folgeerscheinungen des Schwachsinn beschrieben hat. Selbst in der Gruppe, die *Schwab* als sichere Schizophrenien anspricht, ist in allen Fällen ein organischer Einschlag erkennbar, so daß auch für diese Gruppe auf einen anderen wohlbekannten Formenkreis hinzuweisen ist, nämlich auf schizophrenieähnliche Psychosen bei Encephalitis, wie sie von *Leyser*, *Bürger*, *Mayer-Groß*, *R. Neustadt*<sup>9</sup>, *Guttman*, *Schilder* u. a. beschrieben sind.

Die Durchsicht der Literatur zeigt, eine wie große Rolle die Frage der Dementia praecox bei den Kinderpsychosen spielt. Es kann aber nur zugegeben werden, daß es im frühen Kindesalter Prozesse gibt, die unter dem angeführten Bild der Dementia infantilis verlaufen und mit Schizo-

phrenie nichts zu tun haben. Echte schizophrene Prozesse treten erst etwa zu Beginn der Pubertät auf; sind dagegen organische Symptome vorhanden, so läßt meistens die sorgfältige Analyse der Symptome die Diagnose Schizophrenie ablehnen.

Die beiden oben beschriebenen Fälle haben eine große Ähnlichkeit mit den beschriebenen Fällen von Dementia infantilis. Der erste Fall, der nicht in Demenz ausging sondern heilte, war in Gefahr, einen ungünstigen Ablauf zu nehmen und es erscheint mehr als zweifelhaft, ob das Kind ohne diese energische psychotherapeutische Einwirkung sich so gebessert hätte. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß fast alle Autoren betonen, daß bei der Dementia infantilis ein relativ intelligenter Gesichtsausdruck lange erhalten bleibt, so daß eine konsequent durchgeführte Psychotherapie vielleicht in mehr als einem Fall einen Erfolg haben wird. Von einer Psychotherapie darf man sich auch nicht dadurch abhalten lassen, daß der schicksalmäßige Ablauf eines organischen Prozesses wie in Fall 2 die Erfolge durchkreuzt. *Raecke*<sup>11</sup> betonte, daß beim Kind schon die Schädigung der Arbeitsfähigkeit voll auf genüge, um es am Erwerb der normalen Kenntnisse zu hindern, wie viel mehr kann man dies von einer psychotischen Störung der Art wie die beschriebenen behaupten, und es ist verständlich, daß die Gefahr des Versinkens in einmal angebahnte Krankheitszustände im Kindesalter in erhöhtem Maße besteht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß im frühen Kindesalter eine gewisse Gleichartigkeit der Psychosen besteht, erstens durch allgemein geringe Ausdrucksmöglichkeiten, zweitens durch Zusammenreffen der Psychose mit den Ausdrucksmöglichkeiten der betreffenden psychologischen Entwicklungsphase. *Dadurch verbirgt die Einförmigkeit der Symptome die Mannigfaltigkeit der Grundzustände.* Unbeschadet dessen, daß die Gefahr besteht, daß die psychotherapeutische Wirkung keinen oder nur einen vorübergehenden Erfolg hat, ist aktive Psychotherapie dringend erforderlich. In Fall 1 war der Erfolg unverkennbar, wenn auch heute noch nichts Sicheres über die endgültige Prognose dieses Kindes gesagt werden kann.

---

### Literaturverzeichnis.

- <sup>1</sup> *Bühler, Ch.*: Kindheit und Jugend. Leipzig: S. Hirzel 1928. — <sup>2</sup> *Corberi, G.*: Zbl. Neur. 44, 81 (1926). — <sup>3</sup> *Corberi, G.*: Bericht über den 5. Kongreß für Heilpädagogik. S. 372. — <sup>4</sup> *Heller, Th.*: Über Dementia infantilis. Z. jugendl. Schwachsinn, 2, 17 (1909). — <sup>5</sup> *Heller, Th.*: Über Dementia infantilis. Z. Kinderforsch. 37, 661. — <sup>6</sup> *Higier, H.*: Klinik der selteneren frühinfantilen erworbenen Demenzformen. Z. Neur. 88, 296 (1924). — <sup>7</sup> *Homburger, A.*: Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Julius Springer 1926. — <sup>8</sup> *Maier, H. W.*: Bericht über den 5. Kongreß



für Heilpädagogik, S. 366. — <sup>9</sup> *Neustadt, R.*: Zur Auffassung der Psychosen bei Metencephalitis. Arch. f. Psychiatr. **81**, 99 (1927). — <sup>10</sup> *Neustadt, R.*: Die Psychosen der Schwachsinnigen. Berlin: S. Karger 1928. — <sup>11</sup> *Raecke, J.*: Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psychiatr. **45**, 245 (1909). — <sup>12</sup> *De Sanctis, S.*: Neur. Zbl. **28**, 879 (1909). — <sup>13</sup> *De Sanctis, S.*: Zbl. Neur. **42**, 153 (1926). — <sup>14</sup> *Schwab, G.*: Die Psychosen des Kindes- und Jugendalters. Beitr. z. Heilpädagogik **1931**, H. 1. — <sup>15</sup> *Seelig*: Bericht über den 5. Kongreß für Heilpädagogik, S. 371. — <sup>16</sup> *Sioli, F.*: Krankendemonstration. Arch. f. Psychiatr. **96**, 711. — <sup>17</sup> *Vogt, H.*: Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. Allg. Z. Psychiatr. **66**, 542 (1909). — <sup>18</sup> *Voigt, L.*: Über Dementia praecox im Kindesalter. Z. Neur. **48**, 167 (1919). — <sup>19</sup> *Weygandt, W.*: Idiotie und Dementia praecox. Z. jugendl. Schwachsinn **1**, 311 (1907). — <sup>20</sup> *Zappert, J.*: Dementia infantilis. Mschr. Kinderheilk. **22**, 389 (1922).

---