

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena
[Direktor: Prof. Dr. *Hans Berger*].)

Über Psychosen bei Chorea minor.

Von

Dozent Dr. **Rudolf Lemke.**

(Eingegangen am 7. Oktober 1938.)

Die Bewegungsstörungen bei der Chorea minor werden häufig von einer Wesensveränderung begleitet. Meist ist diese nur leichter Art, die erkrankten Kinder lassen in ihren Schulleistungen nach, werden flatterhaft und fahrig und können sich nicht mehr wie früher für ihre Arbeit konzentrieren. Die Eltern bemerken charakterliche Mängel, die Kinder zeigen sich störrisch und launenhaft, bei einer geringen Zurechtweisung fangen sie zu weinen an oder umgekehrt, die Kinder werden träge und faul, und alle Ermahnungen sind nutzlos. Die psychischen Ausfälle können stärker werden und sich zu einem psychotischen Zustand ausbilden, der dann das Krankheitsbild manchmal für Monate beherrscht. *Kleist* hat als erster die besondere Symptomatologie der Choreapsychosen herausgearbeitet. Als Infektionskrankheiten verlaufen sie nach den exogenen Reaktionsformen, daneben zeichnen sich die Choreapsychosen aber durch besondere Symptome aus, die wohl aus der anatomischen Lokalisation des Krankheitsprozesses verstanden werden können. Bei den Choreapsychosen stehen die gemütlichen Störungen im Vordergrund. Kennzeichnend für sie ist eine ausgesprochene Affektlabilität, die aus einer Überempfindlichkeit und gesteigerten gemütlichen Ansprechbarkeit entstanden ist. Geringfügige Anlässe können die Kranken in ausgelassene Heiterkeit bringen, fast unmotiviert entsteht ein jammerndes Weinen oder eine zornmütige Erregung. Seltener werden bleibende Stimmungsänderungen, maniakalische oder depressive Zustandsbilder beobachtet. Bei einigen Kranken verläuft die Psychose mit Verlust der Spontaneität. Die Kranken sind zurückgezogen und ohne Initiative, sie arbeiten nichts mehr, bisweilen sind sie ausgesprochen negativistisch. Die psychischen Veränderungen bei der infektiösen Chorea können denen der endogenen Psychosen weitgehend ähneln. Auch bei der Choreapsychose kommen paranoide Ideen und Sinnestäuschungen vor, und die Differentialdiagnose gegenüber der Schizophrenie oder der manisch-depressiven Erkrankung bereitet besonders dann Schwierigkeiten, wenn die körperlichen Symptome der Chorea abnorm verlaufen und nicht den psychischen Erscheinungen parallel gehen. Die Chorea minor kann durch psychische Störungen eingeleitet werden, die Bewegungsstörungen treten erst Wochen später deutlich in Erscheinung, und umgekehrt können die körperlichen Symptome bereits in Rückgang sein, wenn die

Psychose noch voll entwickelt ist. Wir hatten in letzter Zeit 3 Kranke in klinischer Beobachtung, die uns mit der Diagnose Schizophrenie überwiesen wurden, bei einem der Kranken war das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht bereits eingeleitet. Nach der klinischen Beobachtung stellten wir die Diagnose symptomatische Choreapsychose. Ich möchte die drei Krankengeschichten kurz mitteilen, weil die Kenntnis dieser besonderen Choreiformen und ihre Abgrenzung gegen die Erbkrankheiten heute von praktischer Bedeutung ist.

Rudolf Sch. (Nr. 32552) kam mit 13 Jahren in unsere Klinik, er wurde vom Arzt mit der Diagnose Schizophrenie eingewiesen. Nach Aussagen der Mutter war er früher ein geweckter, lebhafter Bursche, der auf der Schule immer gut mitkam. Seit 2 Wochen zeigte er sich verstockt und widerspenstig. Er sang und jodelte viel und machte allerlei Dummheiten. So gab er in Geschäften größere Bestellungen auf, mehreren Leuten machte er Angebote von Kartoffelverkäufen. Dauernd war er in Bewegung, er kletterte überall herum und war meist auf Bäumen zu finden. Die Mutter berichtete uns, daß der Junge schon immer nervös und fahrig gewesen ist und schon früher schlecht stillsitzen konnte. Über eine Belastung mit Nerven- oder Geisteskrankheiten wußte sie nichts anzugeben.

In der Klinik zeigte sich der Junge zunächst verschlossen, manchmal hatte er einen ängstlichen Gesichtsausdruck. Nach einigen Tagen wurde er zunehmend lebhafter, er schwatzte viel, fing an zu singen und zu pfeifen und kam schließlich in eine maniakalische Erregung. Er neckte andere Kranke, kletterte auf Tische und Schränke und trieb allerlei Unfug, er sang, jodelte und weinte dazwischen und fügte sich keiner Anordnung. Die ihn zurechtweisenden Pfleger biß und schlug er, er war immer aufgelegt, die Pfleger zu ärgern. In dieser Zeit schlief er nur ganz ungenügend. Man konnte mit ihm in keinen Kontakt kommen. Über 2 Wochen hielt diese hochgradige motorische Erregung an, und erst in dieser Zeit traten deutliche choreatische Zuckungen am ganzen Körper auf. Als die körperliche Unruhe sich etwas legte, fielen die choreatischen Bewegungen noch mehr auf, der Junge zeigte weiter theatralische Stellungen und Expressivbewegungen. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich an den inneren Organen keine wesentliche Veränderung. Die Körpertemperatur war nicht erhöht, der Urin war frei von Eiweiß und Zucker. Am Herzen war nichts Krankhaftes festzustellen. Die Sehnenreflexe waren in normaler Stärke auslösbar und etwa seitengleich. Bisweilen war der *Oppenheimsche* Reflex auf der linken Seite schwach positiv. Die Muskulatur war hypotonisch. Hirnnerven o. B. Die Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit ergab normale Werte. Die Prüfung der Sensibilität war durch die Unaufmerksamkeit des Kranken erschwert, anscheinend war sie nicht gestört.

Während des psychotischen Zustandes klagte Sch. über heftige Leibschmerzen, ohne daß ein objektiver Befund zu erheben war. Er gab an, daß eine Schlange in seinem Bauch sei, die ihn auffresse. Die Bewegungen der Schlange spürte er angeblich deutlich. Für Gehörs- oder Gesichtssinnestäuschungen bestand kein Anhalt. Im Rückgang der Psychose traten mehrere epileptiforme Anfälle auf, Sch. verlor dabei plötzlich für kurze Zeit das Bewußtsein, knirschte mit den Zähnen und bekam tonische Krämpfe und Einnässen. Klonische Krämpfe zeigten sich nicht. Nach den Anfällen erbrach er mehrmals. Im ganzen hatten wir 4 Anfälle beobachtet. Von nun an erholte sich der Junge auffallend schnell. Die körperliche Unruhe und insbesondere die choreatischen Bewegungen bildeten sich zurück, nur eine Affektlabilität war noch lange Zeit vorhanden. Nach fast fünfmonatigem Klinikaufenthalt konnte der Junge als gesund und unauffällig entlassen werden. Die am Schluß vorgenommene intellektuelle Prüfung ergab keinerlei Ausfälle.

In der ersten Zeit der klinischen Beobachtung stellten wir hier die Diagnose Manie. Das psychische Verhalten und die körperliche Unruhe des Jungen boten das Bild einer maniakalischen Erregung. Erst nach dreiwöchiger klinischer Beobachtung zeigten sich deutliche choreatische Bewegungen, die uns dann zur Änderung der Diagnose veranlaßten. Beim Abklingen des Krankheitsbildes stand die Choreaunruhe im Vordergrund, so daß wir der Diagnose sicher wurden. Der Krankheitsverlauf ist in mehrfacher Hinsicht auffällig. Sch. klagte während der Psychose über heftige Leibschmerzen. Er selbst gab eine wahnhaftige Deutung seiner Beschwerden. An den Bauchorganen war nichts Abnormes festzustellen, die Schmerzen waren daher wohl zentral bedingt, wahrscheinlich durch Thalamusherde entstanden. Über die wahnhaftige Deutung solcher Parästhesien oder Schmerzen bei Choreatikern wird in der Literatur öfter berichtet. Bei dem Jungen traten während der Krankheit epileptische Anfälle auf. Obwohl ich in der Literatur nur eine Mitteilung über epileptiforme Zustände bei der Chorea minor fand, möchte ich doch die Anfälle hier als Symptom der Chorea ansehen. Die durch den infektiösen Prozeß entstandene organische Hirnschädigung, die auch die Anfälle bewirkte, war bei dem Kranken objektiv nachzuweisen durch den positiven *Oppenheimschen* Reflex. Mit dem Abklingen des Prozesses waren auch die Anfälle verschwunden. Seither sind sie nicht mehr aufgetreten.

Ein 21jähriger Kranker Karl R. (Nr. 32326) wird uns wegen einer Depression eingewiesen. Er fühlte sich in seinem Beruf nicht mehr leistungsfähig, wurde bedrückt und bekam Selbstmordgedanken. In der Klinik war er zunächst ängstlich-depressiver Stimmung, weinte oft ohne besondere Veranlassung. Im Gedankenablauf und in seinen Bewegungen war er verlangsamt. Er saß meist ratlos herum und zeigte keine Initiative. Spontan sprach er nichts. Die einfache intellektuelle Prüfung ergab keine Ausfälle. Stimmen wurden zunächst von ihm verneint. Körperlich ließ sich kein krankhafter Befund feststellen, die Körpertemperatur war nicht erhöht. Die Herztöne waren rein. Am Nervensystem zeigten sich keine größeren Abweichungen. Die Lumbalpunktion ergab normale Liquorwerte. Erst nach einigen Tagen entwickelte sich zunehmend eine choreiforme Unruhe. Die Gesichts- und Schultermuskulatur kam in eine ständige Bewegung, die sich bei der Unterhaltung mit ihm steigerte. Die Ängstlichkeit nahm zu, der Kranke gab nun von sich aus an, daß er Stimmen hörte, und allmählich kam er in ein erregtes Verhalten, das fast 2 Monate anhielt. Während dieser Zeit halluzinierte er viel. Wir versuchten durch eine Insulinkur die psychotischen Erscheinungen zu dämpfen, hatten mit dieser Therapie aber keinen Erfolg. Erst 2 Monate nach Abschluß der Insulinbehandlung klangen die psychischen Störungen soweit ab, daß er als gebessert entlassen werden konnte. Jetzt soll er gesund sein.

Vor 3 Jahren, also im Alter von 18 Jahren, hatte der Kranke schon einen ganz ähnlichen Zustand durchgemacht. Damals kam er mit einem Depressionszustand in die Nervenklinik Frankfurt a. M. Dort zeigte er sich zunächst ängstlich, wortkarg, verlangsamt. Allmählich wurde die anfangs angedeutete choreatische Bewegungsunruhe stärker, und schließlich änderte sich auch das psychische Zustandsbild. Der Kranke wurde erregt, halluzinierte und zeigte einen gesteigerten Rede- und Betätigungsdrang. Wegen einer chronischen Tonsillitis wurde die Tonsillektomie ausgeführt, danach Rückgang der choreatischen Erscheinungen und der psychischen Störungen. Anfangs wurde dort die Diagnose Hebephrenie gestellt, später

symptomatische Psychose bei Chorea minor. Bei dem Kranken besteht eine erbliche Belastung. Die Mutter von ihm leidet an periodischen Depressionen.

Beide Erkrankungen im Alter von 18 und 21 Jahren verliefen fast gleichartig. Eingeleitet wurde das Krankheitsbild beide Male mit depressiven Erscheinungen und Verlust der Spontaneität. Die choreatischen Bewegungen waren im Beginn nur schwach ausgebildet. Allmählich entwickelte sich ein Unruhezustand mit zahlreichen Halluzinationen, und dann zeigten sich grobe choreatische Störungen, Grimassieren und Zuckungen der Gesichtsmuskulatur und zuckende Bewegungen an Armen und Beinen. Die zweite Erkrankung dauerte länger als die erste. Erwähnen möchte ich, daß die Insulinkur, die doch sonst gewöhnlich bei katatonen Erregungen schizophrener Natur eine Änderung im Zustandsbild setzt, hier keinen Einfluß auf die psychotischen Erscheinungen hatte.

Im Alter von 21 Jahren erkrankte die F. H. (Nr. 18475) zum erstenmal an einem Veitstanz. Nach dreimonatigem Krankenhausaufenthalt wurde sie gebessert entlassen, psychische Störungen waren zunächst bei ihr nicht bemerkt. Bald darauf zeigte sie nach einem seelischen Trauma eine Wesensveränderung, sie äußerte Vergiftungsvorstellungen, wurde ängstlich, hörte Stimmen, glaubte, sie sei hypnotisiert, sie sei schwanger. Wegen zunehmender Erregung mußte sie den Heilanstalten Hildburghausen zugeführt werden. Dort fiel sie auf durch ausfahrende choreatische Bewegungen mit theatralischen Gesten. Sie redete viel und unzusammenhängend bei erhaltener Orientierung. Die choreiformen Bewegungen bildeten sich allmählich zurück, und es entwickelte sich ein katatones, stuporöses Zustandsbild. Fast bewegungslos lag die Kranke zu Bett, gab keine Antworten, sie wehrte sich beim Füttern. Nach weiteren 14 Tagen wieder zunehmende Unruhe, die schließlich in ein Stadium der erhöhten Empfindlichkeit und Reizbarkeit überging. Über eine erbliche Belastung ist bei ihr nichts bekannt.

Befund: Unreiner 1. Herzton, keine Herzverbreiterung. Keine Temperaturerhöhung. Im Urin eine Spur Eiweiß. Tonsillen o. B. Neurologisch: Sehnenreflexe seitengleich. Keine krankhaften Reflexe. Hirnnerven ohne Störungen. Aus der Heilanstalt wurde sie weitgehend gebessert entlassen. In den folgenden 3 Jahren war sie völlig gesund und arbeitsfähig, im Alter von 24 Jahren wurde sie wegen einer psychischen Störung in unsere Klinik eingewiesen. Sie verrichtete in den letzten 2 Wochen die Arbeiten nicht mehr, die ihr aufgetragen waren, sie machte alles verkehrt und wurde sehr aufgeregt, wenn man sie deswegen zurechtwies. In der Klinik zeigte sie eine choreatische Bewegungsunruhe, es war ihr nicht möglich stillzusitzen. Die Arme und der Kopf waren in dauernder Bewegung. Dazwischen traten ausfahrende Schleuderbewegungen auf. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich genau wie früher ein leises systolisches Geräusch an der Herzspitze. Intern sonst o. B. an den Sehnenreflexen und an den Hirnnerven ließ sich nichts Krankhaftes feststellen. Die Muskulatur war hypotonisch.

Eine geordnete Unterhaltung war mit ihr nicht zu führen. Sie zeigte sich unaufmerksam und fahrig, schreckhaft und leicht reizbar. Sie selbst bemerkte ihre innere Erregung und erklärte sie aus einem Streit mit der Schwester. Psychotische Erscheinungen, Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen wie bei der früheren Erkrankung, traten diesmal nicht auf. Die Unruhe ließ sich durch die Isolierung leicht bekämpfen. Intellektuelle Ausfälle bestanden nicht. Nach zweimonatigem Klinikaufenthalt konnte die Kranke als geheilt entlassen werden. Sie blieb bis jetzt gesund.

Im Alter von 21 Jahren zeigte sich bei einer Frau zum ersten Male eine Chorea mit schweren psychotischen Erscheinungen. Sinnes-täuschungen, Wahnideen und Beeinflussungsideen sprachen für ein schizophrenes Zustandsbild. Der Krankheitsverlauf war mehrphasig, so wie ihn auch *Kleist* mitteilt. Ein Stadium der psychomotorischen Unruhe wurde gefolgt von einem Zustand der Akinese, in dem die Kranke stuporös zu Bett lag, sich beim Essen wehrte und auch andere negativistische Zeichen bot. Nach viermonatiger Krankheitsdauer bildeten sich die Choreaunruhe und die psychotischen Erscheinungen ganz zurück, und in den folgenden 3 Jahren bestand völlige Gesundheit. Dann kam ein Rezidiv der Chorea mit wesentlich leichteren psychischen Störungen und kürzerem Krankheitsverlauf. Eigentlich psychotische Symptome traten diesmal nicht auf. In den letzten 5 Jahren ist die Frau gesund geblieben, vor einem Jahre hatte sie eine Entbindung überstanden, die nicht durch eine Choreaerkrankung kompliziert wurde. Wegen eines Verfahrens vor dem Erbgesundheitsgericht, das wegen Schizophrenie eingeleitet war, kam die Frau jetzt in unsere Klinik zur Nachuntersuchung. Sie zeigte sich ganz unauffällig und frei von irgendwelchen Defektsymptomen, die auf Schizophrenie hindeuten. Der vom Amtsarzt geäußerte Verdacht einer schizophrenen Erkrankung mußte abgelehnt werden, die frühere Psychose war symptomatischen Ursprungs.

Bei den drei besprochenen Krankengeschichten war die Chorea von einer Psychose begleitet. Die psychischen Störungen waren bei den einzelnen Kranken von verschiedener Symptomatik, aber gemeinsam fand sich bei allen die für Choreapsychose charakteristischen gemüthlichen Störungen. Bei zwei Kranken traten Sinnestäuschungen auf. Keiner der Erkrankten hatte höheres Fieber, und daher zeigten sich auch keine amentiaartige delirante Zustandsbilder. Die zeitlich-örtliche Orientierung war während der Psychose erhalten. Da die choreatischen Bewegungen nicht in allen Krankheitsstadien gleich deutlich bemerkbar waren, entstand vorübergehend der Verdacht auf eine endogene Psychose, denn das psychische Krankheitsbild war einer endogenen Geisteskrankheit sehr ähnlich. Auch in der Literatur wird auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei Erkennung der Choreapsychose aufmerksam gemacht. *Bonhoeffer* und *Kleist* berichten über Choreakranke, bei denen besonders wegen des Verlustes der Spontaneität zunächst die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde, und erst der weitere Krankheitsverlauf und das Auftreten der choreatischen Bewegungen stellten das Krankheitsbild klar. Bei dem ersten Kranken hatten wir wegen der heiter-zornmütigen Erregung anfangs an eine Manie gedacht. Auffällig allerdings waren bei ihm die plötzlichen unmotivierten Stimmungsschwankungen, diese Flüchtigkeit der Affekte ist bei einer Manie zumindest ungewöhnlich. Auf diesen Unterschied gegenüber der manischen Erregung hat auch

Kleist hingewiesen. Die beiden anderen Kranken zeigten psychische Störungen, die auf eine Schizophrenie hinwiesen.

Die Abgrenzung einer symptomatischen Psychose von der endogenen kann in solch einem Fall recht schwer sein, und oft ist die Entscheidung, ob der psychotische Zustand im wesentlichen exogen bedingt ist, oder ob die Psychose eine endogene Erkrankung ist, die durch die körperliche Krankheit aktiviert wurde, während der akuten Krankheit nicht zu treffen, erst die weitere Entwicklung des Leidens kann darüber Auskunft geben. Unser jetziges Wissen über die Erbgänge reicht auch nicht aus, bei einer Psychose das Verhältnis von exogenem Anteil zur Erbanlage klarzustellen. Die Beobachtung, daß Hirnprozesse in bestimmten Regionen häufig mit psychischen Störungen einhergehen, läßt schließen, daß bei einigen symptomatischen Psychosen der erbliche Anteil von minderer Bedeutung ist. In dieser Einstellung wird man annehmen können, daß psychotische Erscheinungen bei der Chorea letzthin durch die Ausdehnung des infektiösen Prozesses auf Hirnteile entstehen, die bei der unkomplizierten Chorea nicht ergriffen sind. Daneben wird die erbliche Konstitution, die für die Bildung der Chorea überhaupt von Bedeutung ist, auch auf die Gestaltung des psychotischen Zustandes von Einfluß sein. Der an zweiter Stelle besprochene Kranke hatte eine erbliche Belastung, seine Mutter litt an endogenen Depressionen, und bei ihm begannen beide Choreaerkrankungen mit depressiven Zuständen. Im weiteren Krankheitsverlauf traten die für eine Depression atypischen Symptome auf, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, die nicht aus der Verstimmung ableitbar waren.

Die hier mitgeteilten Krankheitszustände heilten ab, ohne einen größeren Defekt zu hinterlassen, die gemüthlichen Störungen bildeten sich zurück, und die aus Fahrigkeit und Aufmerksamkeitsstörung entstandene Minderung der intellektuellen Leistung wurde behoben. Dieser Verlauf spricht gegen die Annahme, daß durch die Chorea eine Schizophrenie aktiviert wurde. Aber selbst bleibende Wesensstörungen nach abgeheilter Choreapsychose sind nicht unbedingt für die Diagnose Schizophrenie zu werten. In der Literatur werden oft dauernde Charakterstörungen nach Chorea minor beschrieben, die Kinder sind nach Abklingen der Chorea mißtrauisch, weinerlich und sind zu Störern in der Familie und in der Schule geworden. Die Chorea ist eine organische Hirnerkrankung, die wohl Dauerschäden am Gehirn zurücklassen kann. *Kleist* betont in seiner Arbeit, daß auch eine infektiös rheumatische Hirnschädigung bleibende Ausfälle bewirken kann. Einige Choreaerkrankte zeigen durch grobe Störungen im neurologischen Status die organische Hirnerkrankung an, der Liquor ist bisweilen verändert, wir finden eine Hypotonie, herabgesetzte Sehnenreflexe, Differenzen an den Hautreflexen, bisweilen zeigen sich Störungen der Sensibilität und *Kleist* teilt Fälle mit, bei denen der *Babinskische* Reflex positiv war.

Es ist anzunehmen, daß solch schwere Choreaerkrankungen nicht ohne Defekt ausheilen. Der zuerst besprochene Kranke hatte vorübergehend einen positiven *Oppenheimschen* Reflex, und als weiteren Ausdruck der organischen Hirnschädigung traten bei ihm während der Erkrankung epileptiforme Anfälle auf. An dem symptomatischen Charakter der Anfälle besteht wohl kein Zweifel, in der Verwandtschaft des Kranken war Epilepsie nicht vorgekommen. Vor einiger Zeit hatten wir in einem Gutachten für das Erbgesundheitsobergericht zu klären, ob epileptiforme Anfälle, die nach einer Chorea minor auftraten, durch diese Krankheit bedingt sein könnten. Die Vorgutachter hatten einen Zusammenhang abgelehnt, wir hielten die symptomatische Genese der Anfälle durchaus für möglich, und die hier mitgeteilte Krankengeschichte stützt diese Ansicht.

Die Choreapsychosen können nicht als Erbkrankheiten angesehen werden. Wenn sie auch im akuten Stadium manchmal das Bild einer endogenen Psychose machen, so zeigt doch der weitere Krankheitsverlauf und die Abhängigkeit der psychischen Störung von der körperlichen Krankheit ihre symptomatische Entstehung. Die Choreapsychosen sind manchmal schwer zu erkennen, weil die choreiforme Unruhe nicht immer während der Psychose nachweisbar ist, und weil andere körperliche Krankheitszeichen, die Symptome einer rheumatischen Infektion, fehlen können. Bei einer psychischen Erkrankung im jugendlichen Alter wird man immer an das Vorliegen einer Choreapsychose denken müssen.

Schrifttum.

Bonhoeffer, K.: Die akuten und chronischen choreatischen Erkrankungen. Berlin 1936. — *Ewald*: *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 7, S. 57—61. *Gelbard*: Ref. Zbl. Neur. **84**, 658. — *Kleist*: Allg. Z. Psychiatr. **64**, 769 (1907). — *Knauer*: Mschr. Psychiatr. **1**, 399 (1897). — *Naef*: Mschr. Psychiatr. **41**, 65. — *Runge*: Arch. f. Psychiatr. **46**, 667. — *Simonini*: Zbl. Neur. **84**, 671. — *Viedenz, F.*: Arch. f. Psychiatr. **1910**, 171—195.
