

Aus dem Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Bernburg (Saale)
(Direktor: Dr. med. HANS BAUMM)

Untersuchungen zur Psychologie des Parkinsonismus*

Von
KURT BILLENKAMP

(Eingegangen am 9. März 1959)

Das Krankheitsbild des Parkinsonismus ist in der Literatur mehrfach abgehandelt worden. Das gilt sowohl von der Paralysis agitans als auch — zumal seit der großen Encephalitis-Epidemie um 1920 — vom post-encephalitischen Parkinsonismus. Das Interesse der Forschung erstreckte sich dabei wohl primär auf das Somatische; sekundär trat dann auch das psychopathologische Geschehen in den Blickpunkt. Autoren, die ihre Untersuchungen zwischen 1910 und 1930 publiziert haben, sind H. OPPENHEIM, F. H. LEWY, G. SCHALTENBRAND, A. BOSTROEM, O. FOERSTER, K. GOLDSTEIN, G. BYCHOWSKI, W. MAYER-GROSS und G. STEINER, F. STERN u. a.

Aus jüngerer Zeit seien K. BERINGER, H. JACOB, L. AMBROZI und W. BIRKMAYER sowie auch H. HÄFNER mit vorwiegend psychologischen Fragestellungen genannt.

Den therapeutischen Aspekt im Bereich unserer Klinik haben unlängst H. BAUMM, F. BAUMM u. G. PRAUS umrissen.

Die Berechtigung zur Mitteilung unserer psychologischen Untersuchungsergebnisse sehen wir in der Tatsache, daß auf unserer Fachabteilung für Parkinsonismus während der letzten drei Jahre eine größere Anzahl von Patienten psychologisch untersucht wurde und die Resultate von der üblichen Lehrbuchmeinung zuweilen abweichen. Hier ist zu verweisen auf WEYGANDT-GRUHLE, S. 272 und auf E. BLEULER, S. 188, 189, 222, 223, 229. Die dort fixierten Ansichten über gewisse Corticalleistungen decken sich nicht durchgehend mit unseren Befunden. Auf die Differenzierung nach klinischen Diagnosen wurde bei uns Wert gelegt, um Vergleiche anstellen zu können. Die statistische Breite erscheint hinlänglich gesichert.

I. Die Probanden

Mein heutiger Bericht basiert auf psychologischen Befunden von 252 Patienten. Das Durchschnittslebensalter beträgt 50,8 Jahre. Von diesen 252 Patienten gehen 129 unter der Diagnose Morbus Parkinson bzw. Paralysis agitans (MP), während

* Herrn Dir. Dr. HANS BAUMM zum 70. Geburtstag.

123 laut Krankengeschichten (Dr. F. BAUMM; Dr. PRAUS) als postencephalitische Parkinsonisten (PP) diagnostiziert wurden.

Die Verteilung nach Geschlechtern gliedert sich in 121 Männer mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 51,7 Jahren und in 131 Frauen mit dem Durchschnittsalter von 50,0 Jahren.

Die Gruppe der 121 Männer unterteilt sich in 74 Probanden mit Morbus Parkinson. Das Durchschnittsalter von ihnen ist 54,8 Jahre. Die 47 Patienten mit postencephalitischem Parkinsonismus weisen mit ihrem Alter ein arithmetisches Mittel von 46,7 auf.

Unter den 131 Frauen sind 55 Paralysis agitans-Kranke mit 54,0 Jahren Durchschnittsalter und 76 Patientinnen, die symptomatischen Parkinsonismus haben. Das durchschnittliche Alter der letzteren ist 47,0 Jahre. (Über die Beobachtung quasi verfrühter Manifestation bei Paralysis agitans siehe F. BAUMM und G. PRAUS, S. 51.)

Der jüngste (weibliche) Patient mit der Diagnose PP ist 21 Jahre alt. Der älteste (männliche) Kranke zählt 75 Lebensjahre bei der Diagnose MP.

Im Hinblick auf die intellektuellen Belange ist auch die Schulbildung der Patienten zu erwähnen. 75% haben die Volksschule ohne Schwierigkeiten durchlaufen. 13,5% geben in ihrer Anamnese an, nur mit Schwierigkeiten durch die Volksschule gekommen zu sein. Darunter ist zu umfassen ein- oder mehrmaliges Sitzenbleiben. 10,3% haben die mittlere Reife erreicht. Und die Reifeprüfung wurde abgelegt von 1,2%.

Ein Blick auf die Berufsgruppen: 17% gelten derzeitig als Facharbeiter, während 11,9% ungelerte oder angelernte Arbeiter sind. Verwaltungsangestellte machen 5,9% aus und kaufmännische Angestellte 7,9%. Technische Berufe sind mit 3,6%, Lehrer und Erzieher mit nur 2,4% vertreten. Relativ zahlreich sind die Hausfrauen mit 35,3%. Invalidisiert auf Grund des Krankheitsgrades sind 14,7%. Ohne reguläre Betätigung finden wir 1,2%.

II. Die Untersuchungsmethoden

Aus Gründen der Platzersparnis sollen die Verfahrensweisen nur angedeutet werden:

1. Wir beginnen mit der *Gruppenuntersuchung*, die sich auf die Anfertigung schriftlicher Arbeiten stützt. Zufolge der erforderlichen Auswahl der Patienten nach Schreibfähigkeit und sozialpsychischer Einordnungswilligkeit kann unser untersuchtes Krankengut vorzugsweise als positive Selektion gelten. Klinisch desolate Fälle sind kaum enthalten.

Die Experimente sollen erfassen a) die geistige Schaltungsfähigkeit und Apperzeptionsgenauigkeit, sodann b) das denkende Erfassen von Sinn- und Sachzusammenhängen einschließlich des sprachlogischen Denkens und Kombinierens, schließlich c) die mnestischen Funktionen des unmittelbaren Behaltens einer Kurzgeschichte (Merkfähigkeit) und ebenso die Treue des Dauergedächtnisses nach Verlauf von 1 Std Latenzzeit. d) Den Abschluß der Gruppenuntersuchung bilden einige Elementarrechenaufgaben. Die Auswertung erstreckt sich vorwiegend auf charakterologische Aspekte der Konzentration, der Affektbeherrschung und personalen Steuerungsfähigkeit im Verlaufe der auftretenden Erfolgs- und Mißerfolgs erlebnisse.

2. Die *Exploration* nimmt einen breiten Raum ein. Die Kranken zeigen dabei relativ starkes Interesse. Sie legen besonderen Wert auf eine individuelle abgestimmte Fühlungnahme mit dem Untersucher. Kleine Zusatzexperimente geben die Möglichkeit zur Verifizierung oder Falsifizierung der in der Gruppenuntersuchung eruierten Befunde. Leseversuche am Tachistoskop mit $1/10$ sec Expositionszeit bilden den Abschluß.

3. Die *freie Beobachtung* im Tagesablauf der Kranken bei Spiel und Sport, bei der Gymnastik, während des Gesellschaftstanzes, beim Basteln ebenso wie während der Mahlzeiten oder auch im Laufe des Gelegenheitsgespräches gehört gleichrangig zum methodischen Untersuchungsgang.

4. Und endlich steht die *Krankengeschichte* zur Verfügung, die Material mit objektiven Daten und klinischen Verläufen bietet.

Bei der Aufhellung der Persönlichkeitsstruktur im Bereich des *Endothymen* legen wir die Akzente auf die folgenden Qualitäten:

1. Tönung der Grundstimmung (traurig-bedrückt oder ausgeglichen oder euphorisch-gehoben);

2. Emotionale Ansprechbarkeit (kühl-reserviert oder unkompliziert-teilnehmend oder impulsiv-lebhaft);

3. Affektive Abläufe (affektstabil oder affektlabil);

4. Antrieb und Wollen (antriebsstark oder antriebslahm; spontan oder aspon-tan; eigensinnige Starre oder zweckvolle Regulierungsfähigkeit);

5. Sozialpsychische Anpassung (Bevorzugung der Gemeinschaft oder Alleinsein; gemeinschaftsschwierig bzw. aufdringlich; Sonderling).

III. Ergebnisse

1. Die sogenannten *Corticalfunktionen*

Alle Leistungen werden lediglich nach zwei Kategorien bemessen, nämlich als durchschnittliche oder unterdurchschnittliche Produktionen. Das Kriterium hierfür ist statistisch genügend erhärtet.

a) *Die geistige Auffassung.* Beteiligt sind 252 Probanden. Davon begreifen 48,8% ausreichend flott, zuverlässig und anpassungswendig die im speziellen Auffassungsexperiment erteilten Instruktionen, während 51,2% unterdurchschnittliche Apperzeptionsleistungen bekunden. Hiermit ist gemeint eine beachtliche Verzögerung im Erfassen von präzisen Anweisungen. Der Grad der Genauigkeit der langsam aufgenommenen sprachlichen Auftragserteilungen ist mäßig. Außerdem ist die geistige Umstellungs- und Schaltungsgeschwindigkeit herabgesetzt. (Vgl. hierzu BOSTROEM, S. 460, BYCHOWSKI, S. 220 und BERNINGER, S. 77.)

Innerhalb der Gruppe der Durchschnittsleistungen sind 62 (50,4%) postencephalitische Parkinsonisten gegenüber 61 (49,6%) Morbus Parkinson-Kranken.

Das relative Verhältnis innerhalb der unterdurchschnittlichen Apperzeptionen ist ähnlich, nämlich 61 (47,3%) PP stehen 68 (52,7%) MP gegenüber.

b) *Das denkende Erfassen.* 1. Den Lückentest haben 250 Versuchspersonen bearbeitet; davon bringen 60% durchschnittliche Produktionen zustande im Gegensatz zu 40%, die in ihrer sprachlogischen bzw. begrifflichen Kombinationsfähigkeit deutlich unter dem Durchschnitt bleiben.

Die Aufgliederung nach Diagnosen innerhalb der Gruppen bietet folgendes Bild: 46,6% PP und 53,3% MP imponieren mit brauchbaren

sprachlogischen Kombinationen. Unzureichende Kombinationsleistungen am Lückentest sind zu finden bei 52% PP und bei 48% MP.

2. Das Bilderordnungsexperiment bewältigten 54,4% von insgesamt 101 Patienten logisch einwandfrei. 45,6% der Versuchspersonen hingegen verfügen dabei nicht über die erforderliche logische Klarheit und machen zum Teil recht erhebliche sinnentstellende Fehler.

3. Die Interpretation von Sprichwörtern haben von insgesamt 250 Personen zufriedenstellend 66,4% zuwege gebracht, während 33,6% der Probanden nur angenäherte oder auch unklare Erklärungen liefern.

4. Das Denkhandeln am technischen Mechanismus fördert bei 11 Probanden von insgesamt 36 Personen intellektuelle Unfähigkeit zutage. Das sind 30,6% im Gegensatz zu 69,4% annehmbarer Resultate. Die vorstehenden Zahlen erhalten ihr besonderes Gewicht, wenn man bedenkt, daß die gestellte Aufgabe Kindern im 10./11. Lebensjahr ohne weiteres zumutbar ist und von ihnen auch meistens zuverlässig und prompt gelöst wird.

c) *Die mnestischen Funktionen.* 1. An der Prüfung der Merkfähigkeit für sprachliche Mitteilungen sind 252 Patienten beteiligt. Zuverlässiges Behalten läßt sich von 48,4% aussagen. 51,6% von den Untersuchten fallen durch unzuverlässiges Behalten und durch (von ihnen explorativ selbst bestätigte) Vergeßlichkeit auf. Die Differenzierung nach Diagnosen liefert auf beiden Seiten praktisch gleiche Anteile. Demnach scheint keine besondere Merkschwäche der postencephalitischen Parkinsonisten vor den Paralysis agitans-Kranken oder umgekehrt zu bestehen.

2. Derselbe Tatbestand hat nach unseren Erhebungen auch Gültigkeit im Hinblick auf das Dauergedächtnis bei PP- und MP-Fällen. Die errechneten Verschiebungen sind unbedeutend.

Der Grad der Vergeßlichkeit bzw. der Erinnerungsschwierigkeit über die Zeittdauer von 1 Std ist bei 249 beteiligten Patienten relativ minimal. Zu ausreichender Reproduktion des behaltenen Geschichteninhalts sind immerhin 70,7% aller Beteiligten in der Lage. Nur 29,3% liegen unter dem Durchschnitt. (Vgl. BYCHOWSKI, S. 218.)

d) Die Leseleistungen am *Tachistoskop* basieren auf 221 Erhebungen. 50,7% der Versuchspersonen erfassen die Wortexpositionen für die Dauer von $\frac{1}{10}$ sec flott und sicher. Verlangsamtes Erkennen ist von 49,3% zu berichten. Flottes Lesen ergibt sich bei 52,7% der PP und bei 47,3% der MP. In der Gruppe der Langsamleser überwiegen die MP mit 56% die PP mit 44% mäßig.

Nach diesen Resultaten möchte man doch zu der Annahme neigen, daß die Leistungen des Denkens und des Verstandes, so wie sie sich innerhalb der Experimental situation ergeben, nicht so günstig zu beurteilen sind wie bei E. BLEULER (Lehrbuch S. 188, 189, 222, 229). Uns erscheint fraglich, ob die Denkfunktionen lediglich als *verlangsamt* im

Ablauf zu gelten haben. Vielmehr ist die *Qualität* des verstandesmäßigen Erfassens neben der Bradyphrenie deutlich beeinträchtigt. Wenn wir von Denkleistungen sprechen, dann halten wir uns an Tatsachen, d. h. wir messen und vergleichen die geistigen bzw. intellektuellen Produktionen, ohne dabei prinzipiell nach den intrapsychischen Bedingungen der Vorgänge oder nach den psychischen Potenzen schlechthin zu forschen.

Im Hinblick auf den Parkinsonismus *encephaliticus* äußert KEHRER: „Alles, was der Encephalitiker in gesunden Tagen geistig erworben hat, ist zu einem erheblichen Teil totes Kapital für ihn geworden.“ (WEYGANDT-GRUHLE, S. 272). Dies scheint treffend formuliert zu sein.

Bezüglich der Gedächtnisschwäche differieren unsere Befunde — zumal bei der Merkfähigkeit — doch beachtlich. Hinzzuweisen ist noch auf die auffallende Leistungsübereinstimmung zwischen MP- und PP-Diagnosen.

Es könnte nun eingewendet werden, daß die intellektuellen Minderleistungen immer nur anzutreffen sind bei den von jeher wenig begabten Menschen unseres Patientenkreises. Zur Entkräftigung seien deshalb einige statistische Angaben eingefügt, die auf den experimentell eruierten Qualitäten des *Denkens* und *geistigen Auffassens* basieren und mit der Schulbildung der Patienten in Zusammenhang gebracht werden.

Durchschnittliche Leistungen liefern 139 Personen, das sind 55,2%. Unterdurchschnittliches Können findet sich bei 113 Probanden, das sind 44,8%.

Von den 223 Patienten, die lediglich die Volksschule (glatt und erschwert) durchlaufen haben, sind gegenwärtig 115 Probanden (= 51,6%) zu ausreichendem Denken und Apperzipieren fähig, während 108 Probanden (48,4%) unter dem Durchschnitt bleiben, das heißt nahezu die Hälfte versagt!

Die Absolventen der Volksschule ohne Fortkommensschwierigkeiten in ihr sind 189 Versuchspersonen. Von ihnen leisten 107 Menschen (56,6%) Durchschnittliches im Gegensatz zu 82 Patienten (43,4%) mit mangelhaften Produktionen.

34 Patienten sind durch die Volksschule nur mit Schwierigkeiten (ein- oder mehrmaliges Sitzenbleiben) gekommen. Von ihnen fallen 8 (23,5%) mit ausreichenden Leistungen auf. Dagegen erweisen sich 26 Personen (76,5%) auch bei den psychologischen Experimenten als denk- und auffassungsschwach. Überraschen dürfte die Tatsache, daß fast ein Viertel unseren Anforderungen gewachsen ist. Die mittlere Reife können 26 Kranke aufweisen. Mit ausreichenden Produktionen finden wir 21 Patienten, also 80,8%, vertreten. Allerdings sind noch 5 Probanden (19,2%) zur Zeit unserer Erhebung dabei, die den relativ leichten Anforderungen nicht gerecht werden.

Die 3 Abiturienten stehen im oder über dem Durchschnitt.

Aus der vorstehenden Übersicht läßt sich nicht die Vermutung herleiten, daß der intellektuelle Leistungsschwund nur bei Verstandeschwachen schlechthin anzutreffen ist! Auf das Lebensalter wird später einzugehen sein.

2. Die endothymen Qualitäten

Unser Unterfangen soll dominante Wesenszüge aus dem Charaktergrund der Kranken herausheben, die wir mit der Methode der gelegentlichen wie auch systematischen Beobachtung und ebenso mit der Exploration erheben konnten.

a) *Die Grundstimmung.* Immer wieder fällt dem Beobachter die bedrückte und traurige Stimmungslage auf, wenn er mit Parkinsonisten Umgang hat. Gewiß sind die Kranken auch zum Lachen fähig, doch das ist nur kurzzeitig situationsbedingt. Das innere Frohsein, das Heitere und freudig Gelockerte fehlt ihnen. Einige unterliegen zuweilen auch Depressionen mit Selbstanklagen und Insuffizienzgefühlen. Sie sind von ihrer Bedeutungslosigkeit und Nichtigkeit für die Gesellschaft subjektiv so sehr erfüllt, daß es auf die Dauer für den neutralen Betrachter einfach unerträglich wird, diese Klagegesänge zu erdulden. Suicidabsichten werden gar nicht so selten geäußert. Tatsächlich legen wenige auch Hand an sich. Ab und zu ergeben sich aus den Explorationen Andeutungen, aus denen Lebens- und Daseinsangst spricht. Geistig Differenzierte unterliegen ihr nach unseren Erfahrungen viel mehr als weniger intellektuell Veranlagte. Die schleichende Progredienz des Leidens fühlen sie an sich und sehen sie an ihrer Umgebung. Sie stellen sich die Frage, wie das weiter gehen soll und neigen zur Resignation und Mutlosigkeit. Psychotherapeutische Gesprächseinwirkungen werden wohl zum Teil recht geduldig angehört, gelangen aber nicht in die Tiefe und vermögen keine wesentliche Lockerung zu bewirken. Hier trifft der Therapeut auf Starre und Härte, die beide spezifisch für Parkinsonisten sind.

Aber nicht immer begegnet uns innerhalb der Gruppe der Niedergestimmten nur die stille Resignation oder Verzweiflung. Da sind auch leidlich aktive Naturen, die ihre habituelle Mißstimmung als gegenstandsgerichtete Nörgelei in der Tisch- und Wohngemeinschaft zum Ausdruck bringen. Von unseren Patienten sind 127 ziemlich eindeutig in die eben geschilderte Gruppe der stimmungsmäßig Unfrohen, Traurigen und Bedrückten einzureihen. Der Prozentsatz von 50,4% ist damit relativ hoch. Die Hälfte aller Parkinson-Kranken zeichnet sich demnach durch Mißstimmung aus!

Die PP sind mit 51,2% und die MP mit 48,8% vertreten. Das Verhältnis von PP zu MP ist also praktisch gleich 1:1.

Die Gruppe mit ausgeglichener Stimmungsfärbung macht mit 110 Kranken nur 43,6% aus. Übertragen auf eine Normalpopulation des

Alltags dürfte das doch recht wenig sein. Es entspricht der Erfahrung des täglichen Umgangs mit Menschen, daß man in der Hauptsache syntone Grundstimmungen antrifft, die weder dauernd in die Richtung des Niedergeschlagenen noch in die des offensichtlich Gehobenen und Frohen tendieren, sondern sich eben in der Mitte halten.

Eine weitere Auffälligkeit wird aus den prozentualen Verteilungen von PP und MP in der Gruppe der Ausgeglichenen transparent. 46 PP bedeuten 41,8% und 64 MP sind immerhin 58,2%; d. h. es drängt sich an Hand der Zahlenverhältnisse die Vermutung auf, daß die stabilere neutrale Stimmungstönung bei den Morbus Parkinson-Kranken zu suchen ist.

Gehobene, heitere, frohe oder euphorisch habituelle Tönungen in der Grundstimmung kommen nur 15 mal vor, das sind 5,9%.

Die PP sind mit 12 Patienten, also mit 80%, vertreten. Die MP bleiben mit 3 Personen dahinter weit zurück. Es sind nur 20%.

Die Empirie in der Klinik geht dahin, daß der Parkinsonismus encephaliticus viel eher zur Euphorie tendiert als der Morbus Parkinson.

b) *Die Ansprechbarkeit des Erlebens.* Im täglichen Umgang mit Parkinsonisten fühlt man sich durch die Kühle und das zurückhaltende Gebaren sonderbar berührt. Die interpsychische Kontaktherstellung ist gebremst, aber nicht aufgehoben. Beim Gesprächspartner scheint die emotionale Schwingung reduziert zu sein. Damit ist nicht ausgedrückt, daß das Gefühl der Freude und des lustvollen Erlebens vom Kranken gar nicht empfunden würde. Solche Zuständlichkeiten sind vermutlich nur seltener als beim sogenannten Normalen und scheinen ganz besonders vom Objekt und der personalen Bedeutsamkeit des Geschehens abhängig zu sein. Zielt ein Ereignis vorzugsweise auf die Trieb- und Vitalsphäre im Persönlichkeitsgefüge, dann ist der Erlebensvorgang so stark, daß wir vom Affektgeschehen sichtbar und eventuell hörbar Kenntnis erhalten. Die Eßlust konkurriert mit der Freude am Sexuellen!

Selbstverständlich muß man sich davor hüten, die ganze personale Innerlichkeit als öde und leer zu kennzeichnen, nur weil die Ausdruckspsychologie als psychodiagnostisches Mittel beim Parkinsonismus vor ähnlichen Grenzen steht wie beim katatonen (stuporösen) Schizophrenen. Freilich ist daran zu denken, daß der Kranke mit Maskengesicht und erstarrter Mimik an sich durchaus über ein farbenreiches und nuanciertes Innenleben verfügen könnte, was ausdrucksdiagnostisch nur nicht in den Griff zu bekommen ist. Jedoch rechtfertigt die intensivere Beobachtung im Verlaufe der Exploration diese Vermutung kaum. Zudem ist von geistig differenzierteren und noch regen Patienten durch ihre sprachliche Mitteilung die zunehmende innere Öde, Leere und emotionale Verarmung zu erfahren. So erleben sie es jedenfalls in sich.

Von unseren Probanden sind 49,2% in die Gruppe besonderer Erlebensarmut mit dem Kennzeichen von Apathie einseitl und ruhiger Gelassenheit andererseits einzuordnen. Die PP sind dabei mit den MP im gleichen Verhältnis. Die Patientenzahl mit der besonders aufgeschlossenen und freudigen Erlebenseinstellung ist beachtlich klein; 22 Kranke sind von unseren Probanden nur 8,7%. Der Anteil der PP überwiegt etwas die MP. Das ist verständlich aus dem im vorhergehenden Abschnitt besprochenen Prävalieren der submanischen bzw. euphorischen Grundstimmungsfärbung bei mehreren PP.

Die Gruppe der leidlich teilnahmsfähigen und im üblichen Sinne erlebensbestimmten Kranken stellt sich mit 42% heraus. PP und MP stehen darin etwa gleich zueinander.

Die *Affektivität* basiert auf Beobachtungen an 251 Kranken. Wir begnügen uns in der Hauptsache mit der Herausstellung von guter und stabiler Affektsteuerung im Gegensatz zu schwacher. Die affektive Innenregbarkeit empfinden die Parkinsonisten in erster Linie als „innere Aufregung“ oder „Nervosität“, wie mehrere unter ihnen es selbst formulieren. Dieser Erregungszustand ist unschwer an der Körperlichkeit durch den merklich verstärkt einsetzenden (Ruhe-)Tremor registrierbar. Die innere Unruhe wird als qualvoll und peinlich erlebt. Es ist nicht Angst im eigentlichen Sinne, sondern eine — von den Patienten bisher noch nicht präziser beschriebene — eigenartige psychische Erregung, die vielleicht am besten mit dem Terminus Erwartungsspannung zu kennzeichnen sein dürfte.

Jedes nicht alltägliche Ereignis im häuslichen Lebenskreis kann aufregend und affektiv aufwühlend wirken. Hausfrauen klagen nicht selten über Zustände einer Affektspannung, wenn sie antizipierend an den Tag des Großreinemachens denken. Ähnliche (relativ dauernde) Gemütsaufregungen überfallen den einen oder anderen schon Tage vor größeren Reisen.

Ferner treten Affekte der Furcht zutage bei dem plötzlich auftauchenden Gedanken, daß bei mühsamem Vorwärtsschreiten — genauer müßte man sagen Schlürfen — ein Bein umknicken und der Kranke hinfallen könnte. Eine geistig differenzierte Frau äußerte ihren Wunsch: „Nehmen Sie mir bloß die Angst, daß ich hinfallen könnte, und ich wär' zu $\frac{3}{4}$ schon gesund!“

Affektaußerungen in die Richtung des Aggressiven oder Kämpferischen wurden bisher nicht beobachtet.

Bedeutend häufiger bekundet sich das Traurig-Verzweifelte im Gemütsgrund durch mehr oder weniger lang anhaltendes Weinen. Eine Patientin z. B. schmolz in Tränen dahin, als sie im Verlaufe des Explorationsgespräches an ihre vor 32(!) Jahren verstorbene Mutter erinnert wurde.

Tränenfluß erlebt man auch — zumal bei den Frauen — während oder nach Anfertigung der schriftlichen Arbeiten, die ja längst nicht immer mühe los bewältigt werden.

Selbstbeziehtigungen und Äußerungen von Minderwertigkeitsvorstellungen muß sich der Untersucher gar oft anhören. Es sei ja alles „scheußlich“, „hoffnungslos“ und „sehr beschämend“ und dergleichen mehr. Die Verläufe solcher Verzweiflungsaffekte sind bedenklich nachhaltig.

Die letzterwähnten innerseelischen Vorgänge, die so impulsartig und stoßkräftig in den endothymen Schichten und in den Corticalsphären rütteln, daß die davon Betroffenen nicht anders können, als weinen und wehklagen, sollen als Affektinkontinenz gelten.

38,7% der Beteiligten mußten demnach als affektlabile Naturen registriert werden.

Die Anzahl all derjenigen, die zur Steuerung ihrer aufgewühlten Gefühlsverläufe in hinreichendem Maße fähig sind, macht 61,3% aus, die wir als affektstabile Parkinsonisten bezeichnen wollen.

Die Verteilung der PP und MP sind beidemal annähernd 1:1.

c) *Antrieb und Wille*. Sollen bindende Aussagen über die Antriebsstruktur gemacht werden, so sind wir mangels Durchführung gezielter Experimente dazu noch nicht in der Lage. (Eingeschränkte Versuche mit PP-Kranken bei H. HÄFNER.) Die Relationen zwischen Antriebsenergie und willentlicher (zweckgerichteter) Steuerung aus wechselnden sozialen Lagebefindlichkeiten des einzelnen sind zu kompliziert und daher ohne sorgfältige Experimente nicht zu durchschauen. Trotzdem lassen sich mit Vorbehalt einige Feststellungen anführen:

Eine Gruppe von Parkinson-Kranken mit deutlichen Symptomen fällt auch dem ungeübten Beobachter als Besonderheit auf, und zwar nicht nur im Hinblick auf die Bewegungsverlangsamung und Haltungsstörung, sondern auch unter dem Aspekt des vitalen Antriebes und der Spontanhandlungen. Zumal die ernsthaft Gestörten sitzen mit Vorliebe tätigkeitslos da und ergeben sich bestenfalls betont kontemplativ den Eindrücken ihrer Umwelt, sofern sie geistig dazu die erforderliche Aufgeschlossenheit besitzen. Spontan beteiligen sie sich kaum. Dazu sind Aufforderungen entweder durch Worte und Gesten oder durch Taten der Umstehenden nötig. Ist die intrapsychische Hemmung, die dem Spontanimpuls entgegensteht, überwunden, dann bleibt der Organismus für mehr oder weniger lange Zeit in Tätigkeit, um seine Aktivitäts- und Spannkraft nach und nach wieder zu verlieren und zum Stillstand zu kommen. Beim Gehen ist das recht gut zu beobachten. Der Parkinsonist braucht den Fremdimpuls. Wie es scheint, wartet er gelegentlich geradezu auf ihn. Intrapsychische Hemmungen betreffen keineswegs bloß die Region der verstandesgeleiteten Entschlüsse und Vorhaben, sondern greifen auch in

automatische Bewegungsabläufe wie das Gehen ein. Einige Patienten sind zu recht zügigem und objektiv nahezu unbeschwerlichem Gehen in der Lage; sobald sie jedoch durch eine Türöffnung gehen müssen, stocken sie abrupt und sind spontan kaum oder nur erschwert zur Fortsetzung ihres Weges fähig. Die Füße kleben förmlich am Boden fest; so wird es jedenfalls subjektiv empfunden. (H. JACOB, S. 11.)

Die subjektiven Willensanstrengungen reichen nicht aus, die blockierte Motorik wieder in Gang zu setzen. (Hierzu O. FOERSTER, S. 41/42, außerdem G. BYCHOWSKI, S. 235.)

Fremdhilfe in Form von verbalen Ermunterungen oder besser noch durch Anfassen des Patienten und Durchführen durch das Hindernis ist willkommen, wobei allerdings das schon früher geschilderte subjektive Angstgefühl bestehen bleibt. (Vgl. BERRINGER, S. 76.)

Scheint nach dem bisher Gesagten die Antriebs- und Willenskraft mitunter bis an die Grenze der Aspontaneität reduziert zu sein, so fühlt sich der Beobachter dann auch wieder durch eine offensichtliche Zähigkeit und Starrheit im Wollen mancher Patienten in Staunen versetzt. (BYCHOWSKI, S. 207/208).

Da ist z. B. die Freude an der Bildung einer eigenen aus den persönlichen Verhältnissen entsprungenen Meinung über die Ursache des parkinsonistischen Krankheitsausbruches. So ist etwa die vor Jahren überstandene Lungenentzündung oder die Ehescheidung oder die Umzugswanderung aus der Heimat mit den seelischen Belastungen „schuld“ am Zustandekommen der Krankheit. Medizinische Aufklärung vermag oft nichts gegen solche „Theorien“ auszurichten: Morgen und übermorgen erzählt der Patient wiederum dasselbe!

Das persönliche Kausalitätsdenken erfährt damit fraglos seine Befriedigung.

Es gibt Kranke, die sich über relativ lange Zeitstrecken hinweg zunächst weigern, bestimmte ihnen verordnete Medikamente einzunehmen, weil sie damit „vergiftet“ würden. Andere sind hartnäckig um ihren Stuhlgang besorgt; auch wenn real keine Obstipation vorliegt, lassen sie nicht ab von ihren Klageäußerungen.

Allgemeinverbindliche und konventionell gültige Verhaltensanweisungen innerhalb der psychologischen Gruppenuntersuchung werden von mehreren Kranken in geradezu starrköpfiger Weise quasi schulbubenhaft zu übertreten oder zu umgehen versucht.

Gesteigerten Antrieb, gepaart mit voluntativer Hartnäckigkeit, bekunden die jüngeren Kranken beiderlei Geschlechts in erotischer bzw. sexueller Hinsicht.

Fassen wir die Ergebnisse zahlenmäßig zusammen, so ergibt sich, daß 51,6% der Probanden als *lahm* und matt sich abheben von 48,4%, die als ausreichend antriebskräftig hervortreten.

Spontaneität im Handeln finden wir bei nur 15,9%. Fremdimpulse sind erforderlich bei 84,1%.

Besondere Tenazität im Denken, Wünschen und Handeln tritt in Erscheinung bei 81 Menschen; das sind 32,1%, wohingegen 67,9% in dieser Hinsicht nicht durch verstärkte Hartnäckigkeit auffallen.

d) Die soziale Anpassung. Ohne sonderliches Widerstreben gewähren die Parkinson-Kranken dem Explorator Einblick in ihre Beziehungen zur Gemeinschaft. Sie lassen in der Mehrzahl keinen Zweifel darüber, daß sie an sich ganz gern in Gesellschaft wären, aber sie fühlen sich daran gehindert wegen ihrer Bewegungseinschränkung. Sodann wird betont, daß sie massive Unzulänglichkeitsgefühle haben, die den Anstrich von Minderwertigkeit tragen. Es ist den meisten von ihnen der Mut genommen, sich unter andere (fremde) Menschen zu wagen. Sie fühlen sich zu sehr beobachtet, wenn sie über eine belebte Straße gehen sollen. Das Überqueren von größeren Plätzen und Flächen bringt enorme intrapsychische Unsicherheit mit sich, die neurotisches Gepräge im Sinne der Agoraphobie hat. Am wohlsten ist ihnen, wenn sie in der Klinik unter sich sind und sich miteinander angefreundet haben. Hier erleben sie das Stützende durch Schicksalsgenossen.

Von den Befragten bevorzugen genau 50% das Alleinsein, weil sie keinen Mut zum Risiko in der Gesellschaft aufbringen. Die andere Hälfte entscheidet sich für das Leben in der Gemeinschaft. PP-Diagnosen halten sich dabei mit den MP-Fällen annähernd das Gleichgewicht.

Innerhalb einer Gruppe treten bestimmt auch Patienten hervor, die sich bald als schwierig und geradezu aufdringlich oder lästig bemerkbar machen. Sie haben manches von der Klebrigkeits der genuinen Epileptiker an sich, laufen dem Untersucher hinterher, müssen ihm mehrmals am Tage die Hand schütteln, sich nach seinem Befinden erkundigen, ihm „Gute Nacht“ wünschen und morgens beim Betreten der Station Fragen nach der Güte der verbrachten Nachtruhe stellen. Sie legen also eine unerwünschte Anteilnahme an den Tag.

In diese Kategorie der Aufdringlichen sind 16,7% einzuordnen. Der überwiegende Anteil wird dabei von den PP-Diagnosen gestellt.

Als Sonderlinge sind uns 37 Männer und Frauen begegnet. Sie machen 14,7% vom Ganzen aus. Das Käuzige an ihnen merkt man im längeren Gespräch gleichermaßen wie im Laufe der langfristigen Beobachtung.

Die PP überwiegen die MP-Fälle um nahezu das Doppelte!

IV. Versuch einer psychologischen Interpretation

Der mehr oder weniger schwer betroffene Parkinson-Kranke mit den somatischen Symptomen der Hypokinese und Hypertonie fühlt sich infolge seiner Ausdrucks- und Mitteilungsbeschränkung innerlich einsam und innerhalb der menschlichen Gemeinschaft isoliert, weil er — im Gegensatz zu vielen Psychotikern — sein personales Anderssein selbst erkannt hat. Die Angst vor dem Auffallenkönnen und vor

dem Verspottetwerden nimmt ihm den Mut, sich ungeniert wie im prämorbidien Zustand in der Öffentlichkeit des Berufslebens und des geselligen Beisammenseins zu bewegen.

Sein eigenes Krankheitserleben, das schon geraume Zeit vor Manifestwerden der spezifischen Symptome, zuweilen sogar jahrelang, von ihm quälend-ängstlich bis zu massiver Hypochondrie gesteigert verfolgt wird, versetzt ihn von Tag zu Tag mehr in Alarmhaltung. Durch diese pathologisch gefärbte Introspektion erlebt er in sich den schleichenden Krankheitsprozeß gewissermaßen mit der Lupe vergrößert und im Zeitraffertempo sich entwickeln. Er ist der Meinung, daß seine mitmenschliche Umwelt in gleichem Maße die von ihm registrierten innerkörperlichen Vorgänge wahrnimmt; nur wolle man ihm das nicht offen zugestehen. Das macht ihn mißtrauisch. Der Mißtrausche aber zieht sich aus der Gemeinschaft zurück, weil er ihren Beteuerungen ja keinen Glauben mehr schenken kann. Aus dem ehemals vielleicht weltoffenen und frohsinnigen Menschen schwinden nun die Freude, die Heiterkeit, ja schließlich auch das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl. Er gerät mehr und mehr in Verzweiflung und wächst in eine Grundstimmung hinein, die ihre Dominanz im Traurigen, Bedrückten, Unfrohen und Resignierten hat. Wenn wir diesen habituellen Stimmungscharakter bei der Hälfte aller Untersuchten vorfinden, so ist das doch ein beredtes Zeichen, zumal die frohen und innerlich heiteren NATUREN nur mit 6% vertreten sind! Solch ungleiche Proportionen dürften in einer „normalen“ Population außerhalb langdauernder Krisenzeiten wie Krieg oder ähnliches kaum zu erheben sein.

Aus der gedrückten Grundstimmungslage ist nach psychologischen Gesetzen die Zurückhaltung, die Reserviertheit und die Kühle in der Sphäre der gemütsmäßigen Ansprechbarkeit durchaus erkläbar; denn es ist einsichtig, daß der resigniert gestimmte Mensch kaum freudig anteilnehmend sich seiner Außenwelt zuwenden wird. Und diese Erlebensverhaltenheit tritt uns immerhin bei der Hälfte unseres untersuchten Krankengutes entgegen. Nur 9% erscheinen aufgeschlossen und freudig bejahend.

Fragen wir nun nach der dynamischen Struktur der Affektivität, so nimmt die relative Häufigkeit der Wein- und Verzweiflungsausbrüche im Laufe des analysierenden Gesprächs nicht wunder. Nahezu 40% unserer Probanden verlieren ihre bis dahin disziplinierte Affektsteuerung und lassen sich gehen, sobald an heikle Punkte ihres Krankheitserlebens gerührt wird. Der langjährig depressiv gespannte Gefühls- und Gemütsgrund bricht dann eruptionsartig auf und entlädt sich für kurze Zeit. Das auslösende Moment hierfür stammt aus den Reizkonstellationen der Außenwelt. Die Person-Umwelt-Beziehung ist psychophysisch sehr gestört. Die von den härteren Betroffenen geäußerte Überzeugung der Sinnlosigkeit ihres Daseins bietet uns ein ungefähres Bild des personalen psychischen Befindens: „Wrack“, „Rune“, „zu nichts mehr nutze“ und ähnliche von den Kranken selbst stammende Formulierungen unterstreichen die psychische Kraftlosigkeit und Aspontaneität. Gewiß mag das Volumen der Vitalenergien primär konstitutionell bedingt und in gewissen Grenzen damit ab ovo wohl festgelegt sein, jedoch dürfen die sekundären Momente als modifizierende — antreibend oder bremsend wirkende — Faktoren, bedingt durch die sozialpersonale derzeitige Lagebefindlichkeit, keinesfalls außen Betracht bleiben. Sicher kann von daher die Antriebsschwäche aus der psychophysischen Dynamik abgeleitet werden, wobei den Einstrahlungen der peristatischen Kräfte kein zu geringes Gewicht beizumessen ist. Die Antriebslähmheit reduziert sich sofort und schlägt gewissermaßen in das qualitative Gegenteil um, wenn die Außenweltreizkonstellation animalische (Trieb-)Sphären affiziert wie Sexualität und Nahrungsaufnahme. Lebhafte sexuelle Triebhaftigkeit und Polyphagie sind da anzuführen.

Lassen sich im Bereich der *endothymen* psychischen Qualitäten im Sinne der bisherigen Ausführungen die funktionsdynamischen Verhältnisse vom Standpunkt der theoretischen Psychologie einigermaßen widerspruchslos im Zusammenhang darlegen, wobei der Primat unbedingt der bewegungspathologischen Andersartigkeit des Parkinsonisten zugesprochen werden muß, so ist die Frage nach den Gründen bzw. nach den Ursachen der oft graduell verminderten *intellektuellen* Leistungen unseres Erachtens problematisch.

1. Naheliegend ist bei kausalem Denken die Annahme einer pathologischen Veränderung in der Hirnrinde, da sie ja doch als der repräsentative Ort für die Verstandesfunktionen schlechthin gilt. Jedoch scheinen hier die Gründe für das Versagen resp. für die Verstandesminderleistungen nicht oder jedenfalls nicht ausschließlich zu liegen. Nach einer Bemerkung von KELLER bzw. von SPATZ sind Veränderungen in der Rinde nicht regelmäßig anzutreffen und wenn doch, dann eben nur sehr schwach. Diese Feststellung bezieht sich zudem wohl besonders auf postencephalitische Parkinsonisten, nicht so sehr auf Paralysis agitans. Auch FELIX STERN erwähnt nur geringfügige Veränderungen in der Hirnrinde, die nach seiner Ansicht aber nicht mit deutlichen Intelligenzminderungen korreliert sind. Ähnliches ist zu erfahren, auch für Paralysis agitans, bei HÄSSLER, S. 822 u. 845 (III).

Aus dem Gesagten ist mit einiger Wahrscheinlichkeit zu folgern, daß die verzögerte und ungenaue geistige Auffassung, die Merkfähigkeitsschwäche, die Verzögerung der optischen Wahrnehmung und die angegedeuteten Minderleistungen des sprachlogischen Denkens und Kombinierens nicht als Leistungsschwäche der corticalen Regionen anzusehen sind. (Dazu BYCHOWSKI, S. 241—244.)

2. Nun bleibt zu fragen, ob womöglich eine funktionelle Hirnleistungsbeeinträchtigung vorliegt im Sinne pharmakologischer bzw. chemophysiologicaler Vorgänge im Zentralnervensystem durch die meistens schon lange Zeit innegehaltene Medikation mit zum Teil beachtlich hoher Dosierung. Die Intoxikation wird in manchen Fällen dadurch beträchtlich sein. Die Antwort muß vorerst noch offen bleiben.

3. Der Gedanke an einen natürlichen cerebralen Abbau hat seine Berechtigung, jedenfalls soweit höhere Lebensalter in Betracht kommen. Doch in unserem Krankengut möchten wir einen cerebralen Abbau mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen; denn die Durchschnittslebensalter innerhalb der Patienten mit intellektuellen Minderleistungen sind bei den PP etwa 48 Jahre und bei den MP etwa 57 Jahre. Damit ist nicht grundsätzlich die Annahme eines senilen oder präsenilen Gehirnabbaus gerechtfertigt.

Da aller Wahrscheinlichkeit nach sich keine eindeutigen hirnanatomischen Substrate (im Cortex) für die Erklärung der intellektuellen Minderleistungen nachweisen lassen, bleibt schließlich

4. eine psychologische funktionsdynamische Betrachtung als Erklärungsversuch übrig.

Der Parkinson-Kranke unterliegt wie jeder Mensch der Wechselbeziehung Umwelt-Person-Umwelt. Ist dieses Beziehungsgefüge ungestört, dann lebt er als psychophysisches Wesen harmonisch in seiner Wirkssphäre, d. h. er reagiert situationsadäquat und seinen persönlichen Bedürfnissen angemessen. Der in seiner Umwelt-kohärenz gestörte Parkinson-Kranke, der wegen der Bewegungseinschränkung nicht mehr die Möglichkeiten zum aktiven und flotten Ausgriff hat, erlebt sich als passives Individuum, dem man wegen seiner allgemeinen psychophysischen Verlangsamung aus der mitmenschlichen Umwelt häufig recht unwirsch und ungeduldig begegnet. Die Folge ist ein innerliches Verkrampfen. Dem Muskelrigor scheint letzten Endes metaphorisch ein Denkrigor zu entsprechen, der unter Umständen vielleicht über viele geistige Funktionsbereiche im Cortex irradiiert und Hemmungen bewirkt. (Zu obigem siehe BOSTROEM, S. 460.)

Dieser Erklärungsversuch erscheint uns nicht abwegig, wenn man das ganze Gehirn als eine Funktionseinheit ansieht und nicht eine scharfe Trennung zwischen Subcortical- und Corticalfunktionen zieht, wie das aus didaktischen Gründen der Übersichtlichkeit zunächst von Nutzen ist.

Aus der Vorstellung der universellen Funktionsdynamik des Gehirns lässt sich der Wirkzusammenhang zwischen Individuum und Umwelt auf hirnphysiologischer Basis erklären: Durch morphologische Veränderungen in den Stammganglien ergibt sich für den Parkinsonisten aus den biologischen Folgen der Bewegungs-, Haltungs- und Ausdrucksanomalien eine Störung im Erleben der Umwelteinflüsse. Dadurch wird nicht nur ein qualitatives endothymes Anderssein bewirkt, sondern zufolge der Funktionseinheit des Gehirns auch eine Modifikation im corticalen Leistungsbereich vollzogen.

Zusammenfassung

An 252 Parkinson-Kranken wurden psychologische Untersuchungen durchgeführt, die Einblicke geben in Grad und Art der psychischen Veränderungen in den Bereichen des Endothymen und der corticalen Funktionsgebiete. Fälle von Parkinsonismus encephaliticus werden solchen mit der Diagnose Morbus Parkinson gegenübergestellt und hinsichtlich der intellektuellen Leistungen und der personalen Tiefenregionen miteinander verglichen. Zur Erklärung der vorgefundenen beträchtlichen Abweichungen der psychischen Qualitäten von der „Norm“ wird der Versuch einer funktionsdynamischen Interpretation unternommen.

Literatur

- BAUMM, H., u. G. PRAUS: Unsere klinische Behandlung des Parkinsonismus. Vorläufige Mitteilung. Dtsch. Gesundh.-Wes. **12**, 449–451 (1957). — BAUMM, F., u. G. PRAUS: Unsere klinische Behandlung des Parkinsonismus. II. Mitteilung. Dtsch. Gesundh.-Wes. **13**, 49–53 (1958). — BERNINGER, K.: Selbstschilderung eines Paralysis agitans-Kranken. Nervenarzt **19**, 70–80 (1948). — BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. (Umgearbeitet von Manfred Bleuler). 9. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955. — BOSTROEM, A.: Zum Verständnis gewisser psychischer Veränderungen bei Kranken mit Parkinsonschem Symptomenkomplex. Z. Neur. **76**, 444–460 (1922). — BYCHOWSKI, G.: Psychopathologische Untersuchungen über die Folgezustände nach Encephalitis epidemica, insbesondere den Parkinsonismus. Z. Neur. **83**, 201–246 (1923). — FOERSTER, O.: Zur Analyse und Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. Z. Neur. **73**, 1–169 (1921). — HÄFNER, H.: Zur Psychopathologie der frontalen Antriebsschwäche. Mschr. Psychiat. Neurol. **132**, 115–128 (1956). — HASSSLER, R.: Extrapiramidal-motorische Syndrome und Erkrankungen. In: Handbuch der inneren Medizin, 4. Aufl., 5. Bd., dritter Teil: Neurologie III; redigiert von R. JUNG. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953. — JACOB, H.: Wahrnehmungsstörung und Krankheitserleben. Psychopathologie des Parkinsonismus und verstehende Psychologie Bewegungs- und Wahrnehmungsgestörter. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955. — KEHRER, F. A.: Extrapiramidale Erkrankungen. In: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten; begründet von W. WEYGANDT. Zweite, neubearbeitete Aufl. von H. W. GRÜHLE. Halle/Saale: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung 1952. — STERN, F.: Die epidemische Encephalitis. 2. Aufl. Berlin: Julius Springer 1928.