

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

## Experimenteller Beitrag zur Frage des Antriebsverhaltens bei Parkinsonkranken

Von  
**KURT BILLENKAMP**

Mit 4 Textabbildungen

(Eingegangen am 25. Januar 1962)

### I. Einleitung und Fragestellung

Das Antriebsgeschehen bei Parkinsonkranken wird in der einschlägigen Literatur als gebremst, geschwächt und verarmt geschildert.

BYCHOWSKIS postencephalitische Parkinsonisten fielen auf durch „allgemeine Verarmung an Willensantrieben, geringe Spontaneität und Initiative . . .“ (S. 207), und STERN spricht von einer Akinese, „die sich nicht nur in einem verminderten Bewegungsantrieb äußert, sondern gleichzeitig auch auf das Affekt- und Denkleben übergreift“ (S. 212). Die verschiedenen äußeren und inneren Aspekte des postencephalitischen Antriebsmangels und die nicht seltene Dissoziation zwischen äußerem und introspektivem Antrieb hat HAUPTMANN mit großer Sorgfalt dargestellt. LANGE und BOSTROEM betonen bei dem gleichen Krankheitsbild den vielfach fehlenden Antrieb, die eingeschränkte Initiative wie überhaupt das Versagen der inneren Anteilnahme (S. 110), während ihnen bei der Paralysis agitans besonders die Spontaneität zusammen mit den hypochondrisch gefärbten Depressionen (S. 127) auffällt. Auch SCHULTEs Patienten bekunden die Tendenz „. . . zu psychomotorischer Verlangsamung und stetem Nachlassen der Antriebskräfte“ (S. 1763). Schilderungen über Antriebsmangel sind fast immer zu konstatieren, wo auf die Wesensart der Parkinsonkranken eingegangen wird, so unter anderem bei KEHRER (S. 268) und bei BLEULER (S. 222 und 229). Der letzte Autor meint über postencephalitische Parkinsonisten: „Viele können überhaupt keine Affekte und keine Willensanstrengungen mehr aufbringen, entbehren vollständig aller Initiative“. Ob man nun generell von voluntativer Gleichgültigkeit und Stumpfheit wird sprechen können, erscheint fraglich nach BERINGERS Bericht über die Selbstschilderung eines Paralysis agitans-Kranken. Im Gegensatz zum postencephalitischen Parkinsonismus „. . . blieb die psychische Seite, was Regsamkeit, Interesse, Stellungnahme und Intelligenz betrifft, intakt“ (S. 71).

Versuchen wir, den Begriff des Antriebes genauer zu fassen. Nach JASPERs ist er „. . . ein letzter, nicht weiter zurückführbarer Tatbestand“ (S. 407), ein psychophysiologischer Elementarvorgang also. Antrieb ist die Vitalenergie eines Menschen, die antriebende Kraft, die aus den anatomisch-physiologischen Gegebenheiten des Hirnstamms resultiert und alle psychischen Funktionsbereiche durchstrahlt. Wir können auch vom vegetativen Biotonus sprechen. — KRETSCHMER definiert „Antrieb“ noch genauer als diejenige Seite oder Quote der Gesamtaffektivität, die den sensomotorischen und assoziativen Leistungen der Hirnapparate zufießt und hierbei den psychomotorischen Leistungen als „Energie“ und „Lebendigkeit“, bei

den sensorischen Leistungen als „Zuwendung“, „Aufmerksamkeit“, bei den Denkleistungen als „Interesse“ erscheint.

Unterscheiden wir im einen Fall *Antriebsstärke* und meinen damit Initiativreichtum, Aktivität, vitale Energie, so ist uns auch das Gegen teil im Ausdruck der Umgangssprache bekannt, nämlich die sogenannte *Antriebslosigkeit*, bei der die persönlichen Entscheidungen, Regungen und die Spontaneität weitestgehend zum Erliegen gekommen sind. Ist diese Extremform offenbar selten, so dürfte das Phänomen der *Antriebs schwäche* häufiger anzutreffen sein. Das Volumen der Vitalenergien ist hier anscheinend verringert, und demzufolge verlaufen die Gedanken, Entscheidungen, Handlungen usw. bei solchen Personen lahm, träge und kraftlos. Es ist auch möglich, daß das erstrebte Ziel nicht erreicht wird, wenn ernsthafte objektive Schwierigkeiten auftauchen.

Nun ist der vitale Antrieb als solcher kaum als isolierbares Phänomen am Menschen darstellbar. Er ist vielmehr verwoben in ein Bedingungsgefüge persönlicher Bedürfnisse, intrapsychischer und peristatischer Konstellationen sowie variierender Zielsetzungen und Ansprüche im sozialen Feld. Untersuchungen über den Antrieb müssen das berücksichtigen. Es kommt darauf an, das strukturelle Insgesamt der sogenannten Willenshandlung zu beleuchten. Hierbei stützen wir uns auf die von GOTTSCHALDT entwickelte Trias der eine Willenshandlung konstituierenden Momente. Nach GOTTSCHALDT ist „... die einer aktuellen ‚Willens handlung‘ zugrunde liegende Antriebsstruktur ... begreifbar als das dynamisch-dialektische Zueinander von vitaler Antriebsspannung zu Willenssteuerungen, inhaltlich bezogen auf die Lagebefindlichkeit...“ (S. 22).

Wir wollen versuchen, der Frage des vermutlich reduzierten Antriebs sowohl bei postencephalitischen Parkinsonisten als auch bei Patienten mit Morbus Parkinson experimentell nachzugehen.

## II. Probanden

Die Untersuchungen wurden an 85 Patienten durchgeführt, an 46 Männern und 39 Frauen. Das Durchschnittslebensalter aller Beteiligten beträgt 53,4 Jahre; bei den Männern 56,1 Jahre, bei den Frauen 50,3 Jahre. Bei 26 Patienten ist laut Krankengeschichten (BAUMM; HENNICKE; PRAUS) *postencephalitischer Parkinsonismus (PP)* und bei 59 Kranken *Paralysis agitans bzw. Morbus Parkinson (MP)* angegeben.

Die Patienten wurden anlässlich einer 8 Wochen dauernden klinischen Behandlung in unserer Fachabteilung neben der allgemeinen psychologischen Untersuchung zu einzelnen Experimenten herangezogen. Mehrere Kranke sind uns durch wiederholte Behandlung seit Jahren bekannt. Die Krankheitssymptome sind unterschiedlich. Es wurden Fälle leichteren und auch schwereren Grades erfaßt, jedoch keine

Patienten mit so starken manuell-motorischen Störungen, daß sie die Experimente nicht hätten bewältigen können. Die meisten unserer Probanden haben ihr Leiden seit 10 und 15 Jahren; bei anderen sind die Symptome vor 2 oder 3 Jahren manifest geworden.

### III. Versuchsbeschreibung

Jeder Patient wurde nacheinander mit zwei Versuchsreihen beschäftigt. Die Maximalzeit für jeden Versuch betrug 21 min. Danach wurde das Experimentieren abgebrochen.

*Das erste Experiment.* Ein betriebsfertiges Zählwerk auf einem Brett, dessen Einzelteile aus Leichtmetall auf Nocken gesteckt sind, wird der Vp. 2 min lang zur Ansicht und zum Hantieren vorgelegt. Wird eine kleine Kurbel rechtsherum gedreht, dann überträgt sich die Bewegung über Zahnräder, Transportspirale, Gleitschiene und Einrastvorrichtung auf eine Kreisscheibe, die durch Punktmarkierung als Zähler dienen kann. Nach Ablauf der Expositionszeit wird der technische Mechanismus vor den Augen des Pat. in neun Einzelteile demontiert. Daraufhin erhält die Vp. die Anweisung, den Apparat funktionsgerecht zusammenzubauen.

Die Zeit bis zur Fertigstellung oder bis zur Kapitulation wurde gemessen und über das Verhalten und den Verlauf Protokoll geführt.

Insgesamt wurden an diesem technischen Mechanismus 50 Versuche mit 50 Kranken angestellt, und zwar waren beteiligt 18 Männer mit MP, 7 Männer mit PP, sodann 15 Frauen mit MP und 10 Frauen mit PP.

*Das zweite Experiment.* Auf der Deckplatte eines Kastens sollen 15 verschieden geformte Holzwürfel durch je einen ganz bestimmten Formenausschnitt gesteckt werden, so daß die Würfel in den Kasten fallen. Der Vorgang soll flott ablaufen.

Das Material wird vor die Vp. hingestellt und die Aufgabe erklärt. Das Protokoll erstreckt sich auf Zeitverbrauch, Verhaltensweisen, Anzahl der eingesteckten Würfel pro Minute und Anzahl der wieder zurückgelegten Würfel, für die nicht sogleich der passende Ausschnitt gefunden wurde.

Der Versuch wurde 85 mal durchgeführt, und zwar mit den in der ersten Experimentierordnung genannten 50 Probanden und zusätzlich mit 35 anderen Parkinsonisten. Die Aufgliederung nach Geschlecht und Diagnose: 35 Männer mit MP, 11 Männer mit PP, zusammen 46 Männer; 24 Frauen mit MP, 15 Frauen mit PP, somit insgesamt 39 Frauen.

Mit 85 Probanden sind 135 Versuche angestellt worden. Die Experimente wurden mit jedem Patienten einzeln durchgeführt. Der Versuchsleiter enthielt sich während der Arbeiten jeder Einmischung; es wurden weder Ermunterungen noch sonstige Hinweise gegeben. Fragen der Versuchspersonen wurden ausweichend beantwortet. Keiner der Kranken erhielt Einblick in die Resultate seiner Mitpatienten.

Auf Versuche in der Gruppe mußte aus Zeitgründen verzichtet werden. Sicher hätten sie mancherlei Aufschlüsse über die Wirkung des sozialen Feldes erbracht. Der Gesichtspunkt bei der Auswahl der Experimente bestand darin, durch Schwierigkeitsgrade eine Kette von Mißerfolgs erleben beim Probanden zu provozieren. Aus der Art des Verhaltens bei der Bewältigung oder Nichtbewältigung solcher konfliktgespannter Situationen hoffen wir, Aufschlüsse zu erhalten über das psychophysische Kräftereservoir und die personalen Steuerungstendenzen.

Den Abschluß der Versuchsserien bildete die Exploration über die Erlebensweisen und die intrapsychischen Zuständigkeiten.

Vergleichsmöglichkeiten der Befunde mit denen von gesunden Versuchspersonen sind auf Grund mehrjähriger Erfahrungen gegeben.

#### IV. Ergebnisse

Fast alle Probanden — ausgenommen mehrere weibliche PP- und MP-Patienten — gehen interessiert und anscheinend auch konzentriert an die für sie nicht gerade alltägliche und keinesfalls „biotische“ Aufgabe heran. Die häufig gemachten Äußerungen „na, das werde ich nicht schaffen!“ oder „so was hab ich noch nie gemacht!“ und ähnliches sind lediglich als vorweggenommene Entschuldigungen für eventuell später eintretende Mißerfolge zu buchen. Bei Frauen hört man dazu noch: „Das ist doch was für Männer; davon verstehe ich nichts.“

1. Es fällt auf, daß sich von den 85 Versuchspersonen eine große Anzahl, nämlich 35 Kranke (41,2%), durch besondere Hartnäckigkeit und *verbissenes Erzwingenwollen* der gestellten Aufgaben hervortut. Weniger stabil tritt die Steuerung der Affekte an den Tag. Manch einer murmelt ärgerlich-gereizt vor sich hin, wenn ihm ein kleines Zahnrad oder ein Holzwürfel mehrmals aus den Fingern rutscht oder der Erfolg bei der Arbeit ausbleibt. Trotzdem läßt sich der Patient nicht einfach gehen, sondern bemüht sich um Selbststeuerung vor dem Versuchsleiter. Das Erleben des unausbleiblichen Mißerfolges ist beim einzelnen Kranken nicht zu bezweifeln, und doch wird hartnäckig und gelegentlich geradezu verbissen weiter manipuliert. Die geistige Distanzierung von der Aufgabe und die kritische Überschau tritt allerdings beinahe bei jedem Parkinsonkranken deutlich zurück vor der Bereitschaft, die zugeteilt bekommene Arbeit zu erfüllen. Die *Sthenie im Arbeitsvollzug* verdient bei unseren Patienten auf jeden Fall gebührend herausgestellt zu werden. Diese Hartnäckigkeit und Starrheit bei der angestrebten Bewältigung der Aufgaben konnten wir an 27 MP-Patienten (18 Männer, 9 Frauen) von insgesamt 59 MP-Kranken und an 8 PP-Patienten (4 Männer, 4 Frauen) von zusammen 26 PP-Kranken ersehen (vgl. Abb. 1 a).

Als spannungsarm und antriebsmatt im psychischen Habitus fielen 27 Patienten (31,8%) in den Blick. Dazu gehören 11 Männer, nämlich 8 MP und 3 PP. Von 16 Frauen sind es 6 PP und 10 MP. Schon nach den ersten Arbeitsminuten ist ihre Vitalenergie verpufft oder doch so stark blockiert, daß sie spontan aufhören. Voller Resignation sind sie zur Kapitulation bereit und bitten schüchtern-kläglich, von der Aufgabe befreit zu werden. Vorzeitiges Abbrechen oder die Neigung hierzu ist zu eruieren bei 18 MP von 59 MP und bei 9 PP von 26 PP (vgl. Abb. 1 c).

Eine dritte Gruppe wollen wir herausstellen mit den Kennzeichen des unauffälligen Antriebsverhaltens resp. mit der „normalen“ willent-

lichen Zielsteuerung. Nach unseren Beobachtungen gehen von den 85 Probanden etwa 23 Patienten (27,0%) mit Tatkraft und Energie an die Experimente, ohne sich vor Eifer und Ehrgeiz zu überstürzen. Man spürt die Freude an der Leistung, wenn eine solche durch Erfolgserleben sich einstellt, ohne daß das persönliche Anspruchsniveau zur Starrheit und Verkrampfung führt oder gar ins Irreale gesteigert wird. Es bleibt beim Erfolg und beim Mißerfolg die geistige Souveränität wie auch die emotional-affektive Reserve zu spüren.

Die Freude wird ebenso geziugelt wie die Verstimmung. Anzuführen sind an dieser Stelle 9 PP-Kranke (5 Männer, 4 Frauen), die sich mit hinreichender geistig-seelischer Elastizität an den Versuch machen und weder übersteigert noch ziellos ihr Energiepotential aktiv einsetzen. Unter den 59 MP-Kranken sind es 14 (8 Männer, 6 Frauen), die durch normales Antriebsverhalten in der Experimental-situation imponieren (vgl. Abb. 1 b).

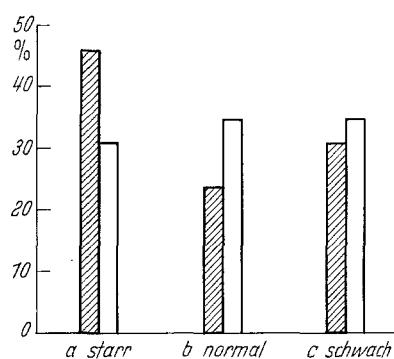


Abb. 1. a—c. Übersicht über das Antriebsverhalten bei MP- und PP-Patienten. Schrägschraffur = MP-Kranke; leere Säulen = PP-Kranke. a) hartnäckiges, starres Wollen; b) unauffälliges, „normales“ Willensverhalten; c) zaghaftes, schwächliches, kapitulationsbereites Willensverhalten. % = Häufigkeiten der Fälle

objektiv registrierbare Mißerfolg am Zählwerk und am Würfeleinsteckkasten; wir wollen den Akzent auf die Erlebensseite des Patienten legen. Mißerfolge wurden durch uns immer dann angenommen, wenn die Versuchsperson sich entweder verbal entsprechend äußerte („zu dumm! Hm! Ach, ich könnte mich . . . ! Na, warum geht das denn nicht?! Ich könnte verrückt werden! Sie werden denken, die (der) ist aber doof! Ich möchte aufhören“) und eventuell dazu auch halblaut schimpfte oder mimisch bzw. pantomimisch Auskunft über die derzeitige Stimmungslage gab. Außerdem hielten wir uns zur Annahme eines subjektiven Mißerfolgsempfindens für berechtigt, wenn die Arbeitszäsur im Zusammenhang mit sprachlichen und mimischen Äußerungen die momentane Krise beim Probanden kundtat. Die Exploration am Ende jedes Experiments verhalf dazu, die Situation rückschauend zu klären und einzugrenzen.

Den Überblick über die Mißerfolgshäufungen bei MP- und PP-Patienten gibt Abb. 2.

Der ansteigende Kurvenverlauf von der 1. bis zur 20. Arbeitsminute ist ohne weiteres verständlich. Zu Beginn des Versuchs sind nämlich die Erfolgsserien häufiger und die Mißerfolge entsprechend niedrig. Am Ende

hingegen machen sich Häufungen von Mißerfolgen bemerkbar, weil die Chance zu erfolgreichem Manipulieren wegen des objektiv wachsenden Schwierigkeitsgrades eingeschränkt ist und die optimalen Möglichkeiten schon ausgeschöpft sind. Zu beachten ist die relative Gleichmäßigkeit im Kurvenbild der MP-Kranken, wohingegen aus dem Verlauf der PP-Kurve eine stärkere Schwankungstendenz manifestiert, die ohne Frage repräsentativ für die psychische Sprunghaftigkeit, die geringe

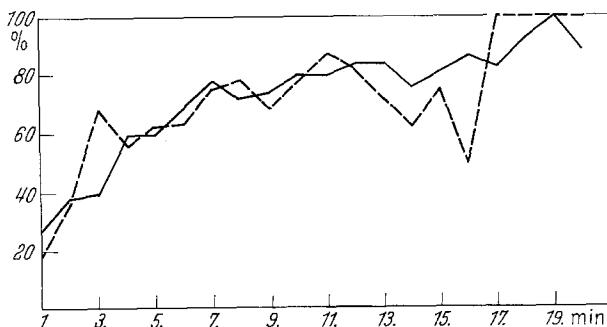


Abb. 2. Mißerfolgserleben in prozentualen Häufigkeiten pro Minute bei MP-Patienten (—) und PP-Patienten (---)

voluntative Zügelungsfähigkeit und wenig überzeugende Durchhalteenergie sowie für die stärkere Affektlabilität ist. Die seelische Anpassung an die neuartige und ungewohnte Aufgabe des Zusammenbauens des technischen Apparates und des Würfeleinsteckens scheint den MP-Kranken zuverlässiger zu gelingen als den PP-Patienten. Offenbar erleben die letzteren eine relative Mißerfolgshäufung zwischen der 2. und 4. Arbeitsminute, wobei jedoch Ehrgeiz und Leistungsstreben mit den MP vorerst durchaus zu konkurrieren vermögen, wie aus dem Verhalten beim Versuch unschwer zu ersehen war. Das merkliche Absinken der PP-Mißerfolgskurve zwischen 12. und 16. Arbeitsminute scheint der Ausdruck für die nun Platz greifende innere Gleichgültigkeit gegenüber der Anforderung zu sein, d.h. bei mehreren tritt das Phänomen der psychischen Sättigung ein. Der Antrieb zur Leistung und die willensmäßige Steuerung erlahmen nun. (Der symptomatische Wert der Kurven von der 17. min ab ist wegen der kleinen Anzahl der noch am Versuch beteiligten Probanden irrelevant.)

3. Greifen wir die Antriebszähigkeit und die Willensbeständigkeit bei unseren Versuchspersonen unter der Sicht der Kapitulationshäufigkeit oder — ins Positive gewendet — unter dem Blickwinkel der Bewältigung der vorgelegten Experimente auf und stellen Vergleiche zwischen postencephalitischen Parkinsonisten und Morbus Parkinsonkranken an, so geben uns Abb. 3 und 4 Auskunft.

Die Kapitulationsbereitschaft ist bei PP-Patienten stärker ausgeprägt als bei MP-Kranken. Das gilt vor allem für den Zeitraum der ersten 14 Arbeitsminuten. Die Durchhalteenergie ist bei den PP längst

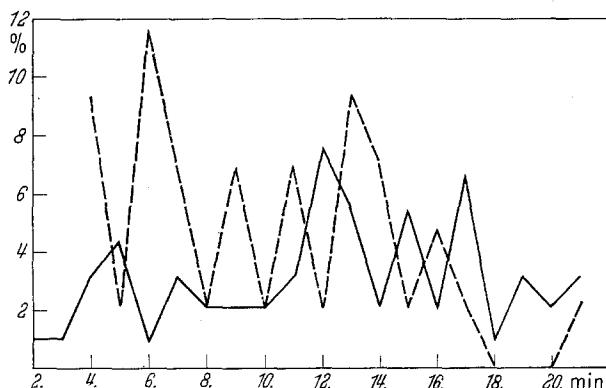


Abb. 3. Kapitulationen der MP- (—) und PP-Patienten (---) nach prozentualer Häufigkeit

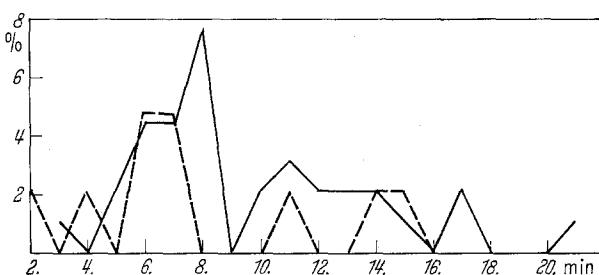


Abb. 4. Prozentuale Häufigkeit der fertiggestellten Arbeiten bei MP- (—) und PP-Kranken (---)

nicht so groß wie bei den MP. Den spontanen Verzicht auf die Fertigstellung der Aufgabe finden wir bei den MP-Patienten erst nach hartem und angestrengtem Bemühen. Der Höhepunkt liegt in der 12. min, während die PP-Kranken schon sehr massiv in der 6. und dann noch einmal in der 13. Arbeitsminute kapitulieren. Umgekehrt erkennen wir die Beharrlichkeit und die willensmäßige Zielsteuerung am besten an den Fertigstellungen, d.h. an den Bewältigungen der objektiven Zielsetzungen.

In Abb. 4 dominiert die MP-Kurve ganz eindeutig. Der anfänglichen Überlegenheit der PP in der 2. und 4. Arbeitsminute folgt dann das Zurück sinken zugunsten der MP. Der MP-Erfolg bei der Bewältigung der gestellten Aufgaben resultiert nicht etwa aus der größeren geistigen Befähigung, sondern er ist das Ergebnis des stärkeren und beharrlicheren Energieeinsatzes sowie des größeren Leistungsehrgeizes. Vielleicht kann

man bei den MP-Kranken überhaupt ein schärfer ausgeprägtes Pflichtbewußtsein postulieren gegenüber der legeren und unbeständigen Wesensart des an den Spätfolgen einer überstandenen Encephalitis leidenden Parkinsonisten.

### V. Besprechung der Ergebnisse

Die Unterschiede im Antriebsverhalten bei unseren Patientengruppen verwundern nicht so sehr, wenn man sich die auch in anderen psychischen Bereichen abweichenden Verhaltensweisen zwischen MP- und PP-Kranken vor Augen hält.

Überraschend jedoch ist die Feststellung, daß ein relativ hoher Anteil unserer Probanden sich durch zähe und hartnäckige Antriebsformen auszeichnet. Hier scheint ein Widerspruch zur allgemein anerkannten Antriebsschwäche bei Parkinsonisten an den Tag zu treten. In unseren „Untersuchungen zur Psychologie des Parkinsonismus“ vom Jahre 1959 kamen wir auf Grund freier Beobachtungen zu der Ansicht, daß etwa die Hälfte der Kranken als antriebslähm und matt zu gelten hätte. Verstärkte Tenazität beim Verfolgen von Zielen und Wünschen traten uns damals bei etwa einem Drittel der Beteiligten entgegen.

Es ist hier die Frage zu stellen, was denn unsere Experimente aussagen.

Die personale und soziale Lagebefindlichkeit der Kranken, die für 8 Wochen im Schutz der Klinik innerhalb einer Schicksalsgemeinschaft leben, darf als besonders günstig angenommen werden wegen des vorherrschenden Verständnisses für die Nöte des Betroffenen. Dadurch entstehen nahezu optimale äußere und innere Bedingungen. Der Therapieeifer ist während des Klinikaufenthaltes ausgeprägt und beruht unter anderem auf gegenseitig induzierten Gesundungswünschen. Besonders herausgestellte Maßnahmen des Arztes — auch die psychologischen Untersuchungen — werden schließlich als therapeutisch zweckmäßig und bedeutsam erlebt. Also unterwirft man sich bereitwillig den vielfach als strapaziös empfundenen Methoden. Auch an unsere Experimente, die als solche keinen unmittelbaren Lebensbezug haben, gehen die Probanden mit guten Vorsätzen heran, weil sie in deren Bewältigung ein Kriterium für den Fortschritt ihrer Gesundung erblicken. Die willentliche Zielsteuerung auf Wiedererlangung der Gesundheit kann bei solch pragmatischer Einstellung kaum inaktiv bleiben! Hier sind persönliche Interessen und Bedürfnisse betroffen, demzufolge werden alle verfügbaren Kräfte (wenigstens für kurze Zeit) eingesetzt. Das Vorhandensein potentieller Antriebsenergien ist nicht in Zweifel zu setzen.

Freilich darf nicht übersehen werden, daß unsere anscheinend günstigen Resultate über Antriebsfähigkeit und willentliche Zielsteuerung unter gewissen Sonderbedingungen gefunden wurden. Medikamentöse,

diätetische, heilgymnastische und psychagogische Einwirkungen stellen eine günstige Konstellation dar. Einzelheiten des Therapieplanes wurden beschrieben von H. BAUMM, F. BAUMM u. PRAUS. Für unsere Belange ist die Bedeutung des Wegfallens der vom Parkinsonisten so sehr gefürchteten Blamage in der Öffentlichkeit beim Mißlingen irgendeines Vorhabens gebührend herauszustellen. Unter dem Schirm der Klinik wirkt die Gesamtatmosphäre innerlich befreiend auf den Kranken. Die Vitalkräfte haben Entfaltungsmöglichkeiten und können in die vom Therapeuten bestimmten Bahnen einmünden. Eigentlich ist die Steuerung des Wollens im Grundsätzlichen weitgehend durch den Behandlungsplan bestimmt. Die im Antriebsgeschehen imponierende Tenazität und perseverative Starrheit bei etwa 40% unserer Versuchspersonen muß wohl entscheidend unter diesem Aspekt gesehen und gedeutet werden. Die Initiative zur Handlung freilich ist meistens nur minimal spürbar. Dem Parkinsonkranken können in bestimmten Fällen zwar erstaunliche Antriebsspannungen und Ausdauer innenwohnen, wie unsere Experimente zu beweisen scheinen, jedoch führen diese latenten Energien nicht zur gewünschten Aktivität, wenn der maßgebliche äußere Anstoß ausbleibt. So wird es wohl zu erklären sein, daß manche lethargisch und matt wirkende Patienten in der therapeutisch stimulierenden Atmosphäre der Klinik unter optimalen sozialen Feldbedingungen betont zielstrebig und hartnäckige Willensleistungen bekunden. Wenn auch die Dauerhaftigkeit der Aktivität nach Verlassen des Krankenhauses zu bezweifeln bleibt, so sollte doch die Möglichkeit zur seelischen Belebung wahrgenommen werden im Sinne SCHULTES: „Grundsätzlich kommt es darauf an, solchen Kranken . . . an körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit sowie innerer Regsamkeit mehr zuzutrauen, als sie nach außen erkennen lassen können“ (S. 1763).

Tatsächlich verfügen Parkinsonkranke — von besonders desolaten Fällen abgesehen — über ein größeres Kraftreservoir, als man auf Grund der ausdrucksarmen Erscheinung gemeinhin anzunehmen bereit ist.

### Zusammenfassung

Die Frage des Antriebsgeschehens bei Parkinsonkranken wurde an 85 Patienten mit der klinischen Diagnose Morbus Parkinson (MP = Paralysis agitans) und postencephalitischer Parkinsonismus (PP) experimentell zu beleuchten versucht. Dabei stellten sich wesentliche Unterschiede zwischen Morbus Parkinsonkranken und Patienten mit symptomatischem Parkinsonismus heraus derart, daß die MP-Patienten sich durch größere willentliche Zielsteuerungsfähigkeit auszeichnen als die PP-Kranken, die meist richtungslos und wenig kraftvoll reagieren. Ungeachtet dieser Feststellung verblüfft der Befund über sthenisches Angreifen besonderer Aufgaben und verbissen-beharrliches Probieren

bei Schwierigkeiten in beiden Patientengruppen, jedoch vorwiegend unter den MP-Kranken.

### 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).
- BERINGER, K.: Selbstschilderung eines Paralysis agitans-Kranken. Nervenarzt **19**, 70—80 (1948).
- BILLENKAMP, K.: Untersuchungen zur Psychologie des Parkinsonismus. Arch. Psychiat. Nervenkr. **198**, 673—686 (1959).
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. (Umgearbeitet von MANFRED BLEULER). 9. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955.
- BYCHOWSKI, G.: Psychopathologische Untersuchungen über die Folgezustände nach Encephalitis epidemica, insbesondere den Parkinsonismus. Z. ges. Neurol. Psychiat. **83**, 201—246 (1923).
- GOTTSCHALDT, K.: Zur Theorie der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung. Z. Psychol. **157**, 2—22 (1954).
- HAUPTMANN, A.: Der „Mangel an Antrieb“ — von innen gesehen. (Das psychische Korrelat der Akinese.) Arch. Psychiat. Nervenkr. **66**, 615—686 (1922).
- JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Fünfte unveränderte Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1948.
- KEHRER, F. A.: Extrapyramidal Erkrankungen. In: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten; begründet von W. WEYGANDT. Zweite, neubearbeitete Aufl. von H. W. GRUHLE. Halle/Saale: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung 1952.
- KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie, 11. Aufl. Stuttgart: Thieme 1956.
- LANGE, J.: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie. Vierte, verbesserte Aufl. von AUGUST BOSTROEM. Leipzig: Thieme 1941.
- SCHULTE, W.: Neurologie des Praktikers. III. Der Parkinson-Kranke. Med. Klin. **44**, 1760—1763 (1954).
- STERN, F.: Die epidemische Encephalitis. 2. Aufl. Berlin: Springer 1928.

Dipl.-Psych. KURT BILLENKAMP,  
6092 Kelsterbach/Main, Rüsselsheimer Straße 139