Stereotype „pseudokatatone“ Bewegungen bei leichtester Bewußtseinsstörung (im „hysterischen“ Ausnahmezustande).

Von

Dr. Max Löwy,

Nervenarzt in Marienbad, früherem klinischen Assistenten der Prager deutschen psychiatrischen Universitätsklinik.

(Eingegangen am 8. April 1910.)

Es ist hinreichend bekannt und sichergestellt, daß Erregungszustände mit mehr oder minder lang anhaltenden Bewegungsstereotypien ebenso wie Stupor mit Katalepsie oder mit allgemeiner „Muskelstarre“ oder mit sonstigen Spannungszuständen der Muskeln bei den verschiedenartigsten Psychosen vorkommen und nichts als ihre Bewegungsanomalien mit der Dementia praecox gemein haben, z. B. bei der progressiven Paralyse, bei der senilen Demenz, bei der Idiotie, im manisch-depressiven Irresein, in hysterischen und epileptischen Dämmerzuständen.

So sah ich z. B. Bewegungsstereotypien ganz „katatonen“ Aspekts und analoge stereotype Wiederholung auf sprachlichem Gebiete zusammen mit perseveratorischen und Echoerscheinungen im Sprechen und Handeln und zusammen mit motorischer und sprachlicher Erregung, und zwar bei ziemlich erhaltener Auffassung und Orientierung, so daß ein ganz katatonisches Bild resultierte, wiederholt bei ein und demselben Epileptiker von Jugend an, einem Manne mittleren Alters, in Form kurzdauernder Attacken sich anschließen, wenn er gehäufte epileptische Anfälle oder einen Status epilepticus gehabt hatte.

Daß auch über Jahre hinaus sich erstreckende psychotische Zustandsbilder mit dominierenden katatonischen Bewegungsanomalien (Stereotypien usw.) vorkommen, „welche den Spätstadien von Katatonien außerordentlich ähnlich sehen können“, zeigt ein Fall Bonhoeffer¹⁾, der in Übereinstimmung mit dem Autor den hysterischen oder epileptischen Zustandsbildern zugerechnet werden muß.

Eine Zusammenfassung der einschlägigen Literatur ist hier nicht beabsichtigt, dennoch möge es mir gestattet sein, bevor ich auf meinen Fall eingehe, hier einiges Einschlägige aus der Literatur anzuführen, was unter Titeln veröffentlicht ist, welche einen Bezug zum vorliegenden Thema nicht vermuten lassen.

¹⁾ K. Bonhoeffer, Über ein eigenartiges, operativ beseitigtes katatonisches Zustandsbild. Gaupps Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 15. Januar 1903.

So verweist F. Nissl¹⁾ auf die eigentlichen, nicht komplizierten hysterischen Psychosen, welche als selbständige Geisteskrankheiten vorwiegend degenerativen Charakters aufgefaßt werden und sich hauptsächlich aus deliranten, manischen, stuporösen, katatonischen, kataleptischen, paranoischen usw. Zustandsbildern zusammensetzen.

Nissl bespricht auch (l. c. S. 16) Raekes Ganserfälle, welche aufweisen: „Stereotypien, die ausgesprochensten katatonischen Tics, kataleptische Erscheinungen, apathisches gleichgültiges Wesen bei guter Auffassung und Merkfähigkeit, katatonische Färbung verschiedener Erregungszustände, Negativismus, meist deutlich abgesetzte Phasen katatonischen Stupors und der katatonischen Erregung: der Stupor beherrscht durch die Phänomene des Negativismus, und in echt katatonischer Weise der Stupor manchmal durch impulsive Handlungen unterbrochen.“ (Auf die Meinungsdivergenzen in der Auffassung solcher Fälle sei hier nicht näher eingegangen.)

K. Wilmanns²⁾ bringt vieles hierher gehörige S. 576: Man macht die Erfahrung, daß Stereotypien, Maniertheit, läppisches Benehmen, katatonische Tics, kataleptische Erscheinungen, Stuporzustände auch den akuten hysterischen Psychosen eigentümlich sind, ohne daß dabei eine deutliche Bewußtseinstrübung ins Auge zu fallen braucht.

S. 577 verweist Wilmanns auf die psychogenen Gefängnispsychosen, bei denen das Auftreten eines akuten Erregungszustandes mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, vorübergehendem Mutatismus und Negativismus, eigenartigen Tics und Manieren, Stuporzuständen und Vorbeireden ohne weiteres die Diagnose „Katatonie“ gerechtfertigt erscheinen ließ, solange man die Gansersche Veröffentlichung nicht entsprechend beachtete.

S. 580 betont Wilmanns mit Recht bezüglich des als „agitierte Depression“ bezeichneten Mischzustandes des manisch-depressiven Irreseins, daß wir bisweilen Kranke von einem ängstlichen, melancholisch gefärbten Erregungszustande befallen werden sehen, der allmählich das Bild einer dumpfen ratlosen Angst annimmt, in der sie beständig dieselben Worte oder Sätze in einförmigem Tonfall und bestimmtem Rhythmus vor sich hinsprechen. Machen diese Kranken noch dazu stereotypewiegende, reibende, zupfende oder trippelnde Bewegungen, zeigen sie sich unzugänglich, den ärztlichen Einfluß ablehnend und gleich-

¹⁾ F. Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Gaupps Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Januar 1902, S. 3.

²⁾ K. Wilmanns, Zur Differentialdiagnostik der funktionellen Psychosen. Gaupps Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1. August 1907.

gültig gegen ihre Umgebung, tritt vielleicht noch die anfänglich deutliche Angst in den Hintergrund, verlieren die monotonen sprachlichen Äußerungen ihren affektbetonten Inhalt (meine Kinder, meine Kinder usw.) und wird er absurd und unverständlich (Tierstimmen, Wauwauwau u. a.), so nimmt die agitierte Depression täuschend das Bild einer katatonen Erregung mit allen ihren Kennzeichen: Negativismus, Maniriertheit, Stereotypien usw. an. Zweifellos gehört ein Teil der geheilten Spätkatatonien in diese Gruppe.“

Im weiteren (S. 580) verweist Wilmanns auch auf die gelegentlichen Stereotypien und die Monotonie, Unproduktivität, Gedankenarmut, bei Neigung zu flachen Witzeleien und einfältigen Streichen, bei inhaltsloser blöder Heiterkeit (und bei Mangel des munteren, frischen, geweckten, ursprünglichen und schlagfertigen „Spezifisch-manischen“) im Verlaufe einer zweiten Mischform des manisch-depressiven Irreseins, nämlich der unproduktiven Manie, wie schon vorher (S. 579) auf das gelegentlich ganz katatone Bild, welches die dritte der typischen Mischformen des manisch-depressiven Irreseins, der manische Stupor, ebenso bieten kann, wie der depressive Stupor der Melancholie.

Außer beim manischen Stupor, der unproduktiven Manie und der agitierten Melancholie, den drei typischen Mischformen des manisch-depressiven Irreseins finden sich die sogenannten katatonen Erscheinungen auch bei den atypischen Mischzuständen. Wilmanns führt davon S. 581 an: „Ausgesprochene Manieren, eigentümliche Bewegungsstereotypien und unnatürliche Haltung, deutlichen Negativismus, ferner Spannungen, Starre, Attonität und Katalepsie, außerdem Verbigeration, unzusammenhängendes, dabei aber nicht nachweislich ideenflüchtiges Reden, bei mehr oder weniger unklarer Stimmungslage, Wortneubildungen und Sprechen in eigentümlichen selbstgebildeten Mundarten, abenteuerliche Sinnestäuschungen und phantastische Wahnvorstellungen ohne stärkere Gefühlsbetonung.“ „Das vorübergehende Auftreten eines oder des anderen der Symptome ist nun beim manisch-depressiven Irresein, wie bereits erwähnt, nicht ganz ungewöhnlich und auch hinreichend bekannt. Vereinzelte Manieren, Bewegungsstereotypien, Verbigeration in hochgradigen ängstlichen Erregungen u. a. sind sogar recht häufig; sie machten uns in der Diagnose nicht stutzig, solange sie das Krankheitsbild nicht beherrschten, sondern nur flüchtig in Erscheinung traten und bald wieder von den kennzeichnenden Symptomen des manisch-depressiven Irreseins verdeckt wurden. Sobald aber diese katatonischen Erscheinungen oder Erscheinungsgruppen über längere Zeit hinaus im Vordergrund standen, war

man geneigt, sie als ausschlaggebend für die Diagnose zu betrachten, und zwar selbst dann, wenn die bisherige Entwicklung der Erkrankung einen ganz manisch-depressiven Charakter trug.“ (Der Verlauf entschied für manisch-depressives Irresein.)

Während Wilmanns (ibid. 1907) betont, daß dem manisch-depressiven Symptomenkomplex, vor allem einer klassischen Hypomanie oder besonders einer typischen Depression eine weitaus höhere differentialdiagnostische Bedeutung zukommt als den katatonen Erscheinungen, vertritt dagegen Urstein¹⁾ den entgegengesetzten Standpunkt und mißt den „katatonen“ Symptomen gegenüber den „zirkulären“ entscheidende Bedeutung bei.

So wichtig auch diese Fragen sind, sei hier nicht darauf eingegangen. Für uns genügt es, auf die Möglichkeit des Vorkommens ganz kataton anmutender Zustandsbilder im Verlaufe des echten manisch-depressiven Irreseins hingewiesen zu sein. Doch möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß auch mir die Beobachtung nicht ganz vereinzelter Fälle, welche im Verlaufe eines Jahrzehnts immer wieder zur Klinik kamen, ergab: manisch-depressive Bilder fehlen im Verlaufe der echten Dementia praecox gewiß nicht, aber es kommen ganz katatone Phasen auch mit Halluzinationen und Wahnbildungen entsprechend phantastischer Art bei sicher Manisch-Depressiven vor, welche als solche durch ihr Verhalten in gesunden Tagen und in anderen ihrer Zustandsbilder erwiesen sind. [Ausführlicher erörtert habe ich „die Rolle manisch-depressiver, ebenso wie neuropathischer (hysterischer usw.) Bilder im Verlaufe der Dementia praecox, wie auch die Stellung der „konstitutionellen“, der wirklich funktionellen (manisch-depressiven und der — sit venia verbo — „neuropathischen“) Psychosen zueinander: im März 1909 in einem Vortrage in der medizinisch-biologischen Sektion des „Lotos“ in Prag „Über Psychosen im allgemeinen: Demenzprozesse, toxische Prozesse, angeborene und erworbene psychopathische Konstitutionen und deren Beziehungen zueinander“ und in einer mit dieser vorliegenden gleichzeitig erscheinenden Veröffentlichung: „Über Demenzprozesse und ihre Begleitpsychosen“].

Ins Gebiet des „Pseudokatatonen“ einschlägige Beobachtungen sind ferner von Dr. Enge²⁾ geschildert. Enge sagt in der Epikrise über seinen Fall: „Ich sehe ab von einer eingehenden Erörterung der Differentialdiagnose des vorstehenden Falles, allein schon der eigenartige Bewußtseinszustand mit seinem plötzlichen und häufigen Wechsel

¹⁾ Urstein, Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Berlin-Wien 1909.

²⁾ Enge, Blutschwitzen bei einer Hysterischen. Gaupps Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1. März 1910.

einschließlich der motorischen Erscheinungen scheint mir die Diagnose der Hysterie zu sichern.“

Ebendiese motorischen Erscheinungen sind es nun, welche hier Erwähnung verdienen, daneben etwa noch der Umstand, daß der Fall der Schilderung nach ähnlich wie eine zyklotyme Depression begann, daß diese Zustandsform vom März 1908 bis Anfang Oktober 1909 dauerte und dann von den hier in Betracht kommenden Erscheinungen abgelöst wurde. Damals setzte der erste der von Enge beschriebenen paroxysmusartigen Anfälle ein und führte die Patientin in psychiatrische Beobachtung. In diesen Anfällen bestand neben verschiedengradiger Bewußtseinstörung allgemeine katatonische Starre, anschließend *Flexibilitas cerea*, nachträglich Amnesie. Im weiteren Verlaufe häuften sich die Anfälle, es trat auch das Blutschwitzen auf in Zonen, die sich als hyperalgetisch erwiesen, zusammen mit vasomotorischem Nachröten, Herpes labialis, flüchtigem Ödem des Gesichtes und Hyperhydrosis. „Der Verlauf war charakterisiert durch häufigen und plötzlichen Wechsel des Bewußtseinszustandes, bald Muskelstarre mit *Flexibilitas cerea* und völlig reaktionslos, bald träumerisch, gehemmt, doch fixierbar“ sagt Enge. Bemerkenswert ist noch die leise Sprache während der Beobachtungszeit; „hat niemals ein lautes Wort gesprochen“, bemerkt die Krankengeschichte des Falles. Einmal ist auch taumelnder Gang notiert¹⁾.

Enges Schilderung eines ganz steifen Zustandes von allgemeiner Muskelstarre, ganz ähnlich der katatonen Starre, aber zusammen mit hysterischen Erscheinungen bei Bewußtseinstörung und nachträglicher Amnesie scheint mir in diesem Zusammenhange aus mehrfachen Gründen erwähnenswert: Sowohl als Typus einer „akinetischen Motilitätspsychose“, welche mit *Dementia praecox* nichts zu tun hat und als Widerspiel der im folgenden durch ein Beispiel von „vorgetäuschter hyperkinetischer Motilitätspsychose“ belegten stereotypen „pseudokatatonen“ Bewegungen, wie auch deswegen, weil Enges Titel nicht auf diesen wertvollen Beitrag zu unserem Thema hinweist.

¹⁾ Vielleicht weist das letztere zusammen mit der Muskelstarre resp. der *Flexibilitas cerea* und auch der leisen Sprache noch auf etwaige Beziehungen der „pseudokatatonen“ Erscheinungen des Falles zu labyrinthären oder verwandten Störungen hin. R. Allers (Zur Pathologie des Tonuslabyrinths. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. **26**. 1909) hat die Beziehungen des Muskeltonus zum Labyrinth grundlegend erörtert. A. Pick hat *ibid.* (Vorrede) auf die Bedeutungen dieser Erörterungen für die Lehre von den sog. katatonen Erscheinungen noch ausdrücklich hingewiesen und beschrieb auch selbst solche Erscheinungen bei einem hysterischen Dämmerzustand, der überdies Labyrinthstörungen aufwies (diese letzteren sind bei Allers S. 149 dargestellt). A. Pick, Über Hyperästhesie der peripherischen Retinaabschnitte; zugleich ein Beitrag zur Lehre von den sog. katatonen Bewegungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **26**, Heft 5.

Es kann jedoch hier nicht näher auf dieses Thema eingegangen werden.

Etwas eingehender sei nun hier ein Fall mit stereotypen, nicht katatonen, d. h. nicht durch Dementia praecox begründeten Bewegungen geschildert, weil er mir wegen seiner Durchsichtigkeit einiges Interesse zu verdienen scheint. Fälle mit so einfacher Sachlage gelangen eben nicht allzuhäufig in psychiatrische Beobachtung. Es ist dies ein Fall des Marienbader Krankenhauses, ich verdanke ihn dem Primarius des Marienbader städtischen Krankenhauses, Dr. Hans Zickler, und bin Herrn Dr. Zickler dafür herzlichst verbunden.

Am 23. Juli 1909 morgens beobachtete ich gelegentlich der Untersuchung eines anderen Patienten im gleichen Krankenzimmer des Marienbader Krankenhauses, anfangs von der Ferne, den 29jährigen Fleischergehilfen P. Gr. Er greift, im Bette liegend, in eigentümlich outrierter Weise gleichzeitig und gleichmäßig mit beiden Armen und Händen bei nach oben gekehrten Handflächen in der Luft herum, etwa so wie wenn er etwas ohne zu große Hast ergriffe und an sich heranzöge. Die weitausgreifenden und einander ziemlich genau gleichenden Bewegungen folgen in regelmäßigem Tempo ständig einander — in ganz stereotyper Weise. Dabei sind die Augen geschlossen. Auf Fragen der herantretenden Visite erfolgt keine Antwort.

Der Pat. wurde mit Klagen über Leibschmerzen und mit der Befürchtung einer Blinddarmentzündung am Abend vorher eingebracht, er erwies sich weiterhin als unzugänglich und macht mit geringen Unterbrechungen ständig seine Bewegungen.

Von mir nun scharf angefahren, beantwortet er die Frage nach seinem Namen, öffnet über Auftrag die Augen, sieht mich an, setzt sich über Befehl auf, wobei jetzt die Bewegungen der Arme und Hände unterbleiben. Er steht über meine Aufforderung auf und folgt mir zwecks Untersuchung durchs Zimmer zum Fenster, dabei ist seine Haltung schlapp, wehleidig. Er gibt nun — ohne wieder in seine Bewegungen zu verfallen — korrekt, wenn auch etwas zögernd Auskunft, nur hie und da leicht versinkend, so daß er ein wenig zur Aufmerksamkeit und zum Antworten stimuliert werden muß. Er nennt seinen Meister und berichtet über Schmerzen im Leibe und seine Befürchtung der Blinddarmentzündung. Über die Veranlassung zu seinen Bewegungen kann er keine Auskunft geben.

Die Pupillen sind ohne Besonderheiten, auch ihre psychische und Schmerzreaktion — deren Fehlen nicht selten auf der Höhe katatonen Zustände zu konstatieren ist — erweisen sich als ungestört. Die Augenbewegungen, der Quintus, der Facialis sind normal. Es besteht deutlicher Zungentremor und deutlicher Händetremor (2 Glas Bier täglich werden zugegeben). Die Patellarreflexe sind normal. Es besteht ein Druckpunkt rechts am Leibe und links am Halse mit hysterieartiger Reaktion schon auf leichte Berührung. Die Hautsensibilität ist ungestört. Der somatische Befund ergibt sonst noch: etwas Anämie und Obstipation, keine Anhaltspunkte für Blinddarmentzündung.

Am 27. Juli 1909 fand ich den Pat. ganz frei mit der Herstellung von Binden für den Operationssaal des Krankenhauses beschäftigt. Seine Obstipation ist behoben. Er meint, es gehe ihm gut, und gibt zu, immer etwas nervös gewesen zu sein, „nicht so robust wie ein richtiger Fleischergeselle“. Er zeigt ungestörte Erinnerung an alle Vorgänge der vorhergehenden Tage und kann, über die Gründe seines Verhaltens befragt, nur die Angst vor der Blinddarmentzündung anführen. Die psychische Untersuchung ergibt keine Abweichungen von der Norm, besonders keine im Sinne der Dementia praecox. Die Tremores und die Druckpunkte sind nicht mehr deutlich.

Der freundlichen Mitteilung des Sekundärarztes des Krankenhauses, des Herrn Dr. Josef Fischer, entnehme ich, daß der Patient, seitdem er von mir geweckt worden war, dauernd geordnet und klar geblieben ist und nichts Auffälliges mehr, insbesondere keine Bewegungsauffälligkeiten geboten hat.

Zwei Umstände lassen hier eine Dementia praecox ausschließen:

1. vor allem der negative Befund nach dem Abklingen der Störungen und

2. der Umstand, daß die stereotypen Bewegungen psychisch so prompt und derart beeinflussbar waren, daß sie dauernd weggeblieben sind, und zwar zusammen mit der Behebung des gesamten Ausnahmezustandes.

Urstein (l. c. S. 90) erwähnt aber einen im Rückbildungsalter an Dementia praecox erkrankten Fall, welcher vor langer Zeit einen Verwirrheitszustand von zweitägiger Dauer durchgemacht hatte¹⁾.

Nun sind auch die Erscheinungen der Dementia praecox psychisch nicht so unbeeinflussbar und der Behandlung nicht so unzugänglich, wie häufig noch angenommen wird. Die stereotypen Bewegungen der Dementia praecox sind zwar recht hartnäckig, immerhin gelang es mir gelegentlich, sie vorübergehend, aber deutlich bei einer echten Dementia praecox zu beeinflussen, suggestiv — wenn man es so nennen darf — zu behandeln.

Ein junges Mädchen hatte schon ein Jahr vorher psychotische, als melancholisch aufgefaßte monatelang bestehende Depression gezeigt. Bei meiner Untersuchung bot sie schwere hypochondrische und depressive Wahnideen und dabei in der Vagina „die Empfindung, als ob ein Falter auf und ab flattere“. Sie lag mit geschlossenen Augen zu Bette, war klar und orientiert und hatte zurzeit eine seit Tagen und zwar Tag und Nacht ununterbrochen bestehende Stereotypie in Form eines rhythmischen Aufhebens und Niederlegens beider Hände im Handgelenk, während die Unterarme dem Bettuch flach anlagen. Auf mehrfaches Niederdrücken und über die Händestreichen mit der Erklärung, die Hände müßten jetzt zur Ruhe kommen, sistierten die Bewegungen für viele Stunden. Ein nochmaliger Versuch der Beeinflussung der Stereotypie nach deren Wiederauftreten mißlang. Die Pat. habe ich nach vielen Jahren schwer verblödet und gegenüber ihrer früheren Schlankheit unförmlich dick mit eigentümlich gedunsenem, leerem und starrem Gesichte, also mit einer ziemlich charakteristischen Körperveränderung, übrigens ohne die erwähnte Stereotypie, in einer Privatheilanstalt wiedergetroffen. Trotzdem sie mich nur einen Tag lang in ihrer Heimat gesehen hatte, erkannte sie mich, nannte über Befragen meinen Namen und Heimatsort und

¹⁾ Auch ich sah im Marienbader Krankenhaus ein ganz junges Dienstmädchen, welches plötzlich mit wirren Beeinflussungsideen durch die kleinen Kinder ihrer Herrschaft mit Hilfe eines Spiegels, Unruhe und unklarem Ausdruck bei erhaltener Orientierung erkrankt war, nach 2 Tagen voll genesen. Es bestanden keine degenerativen Zeichen und nachher keine Amnesie, aber auch keine Erklärung für ihre Wahnideen. Das in dem krankhaften Zustande festgestellte Fehlen der psychischen und Schmerzreaktion der Pupillen bestand die wenigen Tage, durch welche ich die Pat. noch beobachten konnte, dauernd fort. Doch glaube ich nicht, daß so vereinzelte und selber ungeklärte Erfahrungen eine anderweitig gesicherte Diagnose umstoßen dürfen.

fügte dann auf weitere Fragen mehrfach, bald gereizt, bald gleichmütig, die Aufforderung des Götz von Berlichingen hinzu. Weitere Äußerungen waren von ihr nicht zu erhalten.

Also nicht die prompte Beeinflussung der stereotypen Bewegungen, sondern deren dauernde Behebung und vor allem die prompte Beeinflussung des gesamten Zustandsbildes durch psychischen Einfluß (im Gegensatz zu der oben mitgeteilten zweitägigen Psychose), wie die Abwesenheit aller andern Krankheitszeichen lassen mich den Zustand des Fleischhauergehilfen als einen psychogenen Ausnahmzustand eines Psychopathen (mit einiger Versunkenheit ohne tiefere Bewußtseinsstörung) auffassen. Hysterisch nenne ich, der Konvention folgend, den Zustand, weil von solchen Zustandsbildern eine ununterbrochene Reihe von Übergangsformen bis zu den typischen hysterischen Dämmerzuständen im Gefolge hysterischer Krampfanfälle hinführt.

In Betracht käme noch die Auffassung dieses Zustandsbildes als „hypochondrischer Anfall“¹⁾.

Diese hypochondrischen Anfälle äußern sich in Attacken von auffälligen krampfartigen Bewegungen, meist in Beziehung zu den jeweiligen Lokalisationsstätten der hypochondrischen Befürchtungen. Auch können sie sich zu echten Krampfanfällen mit Bewußtseinsverlust ausgestalten, wie ich einmal an einem Falle klimakterischer Hypochondrie anscheinend ohne hysterische Züge zu beobachten Gelegenheit hatte. (Nachträgliche Motivierung durch Sensationen, Befürchtungen, hypochondrische Angst, Erregung usw.) Derartige Anfälle sind selten und ihre scharfe Abgrenzung schwierig, weil im Rahmen der psychopathischen und psychogenen Störungen sich hypochondrische und hysterische Züge untereinander und mit melancholischen, manischen usw. nicht selten innig verknüpfen und psychogene Auslösung der verschiedenen „Zufälle“ auf fast allen Linien der Psychopathie auch bei den Zykllothymien die Regel ist²⁾. Trotz etwaiger nachträglicher Angabe der Kranken über hypochondrische Sensationen als Ursache ihrer Bewegungsauffälligkeiten darf man ferner auch bei den „hypochondrischen Anfällen“ die Möglichkeit nur nachträglich im Stile der psychologischen Ausrede motivierter, aber de facto echt katatoner Erregung, also die Möglichkeit der Dementia praecox, nicht außer acht lassen³⁾.

1) Vgl. A. Pick, Zur Lehre von den sog. hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen. Prager med. Wochenschr. 1889, Nr. 3.

2) Vgl. hierzu die Beziehungen der verschiedenen psychopathischen Zustandsbilder bei Magnan, Moebius, Wilmanns, Bumke.

3) Vgl. hierzu z. B. E. Stransky 1909. „Es ändert nichts daran, daß wir hinterher von den Kranken bisweilen eine Art Motivierung für ihr Gebaren zu

Für diese meine Erörterung erübrigen sich jedoch weitere Auseinandersetzungen über die sogenannten hypochondrischen Anfälle, weil diese wohl nur als akute, raptusartige Exazerbationen einer — *sit venia verbo* — chronischen Hypochondrie auftreten und eine solche chronische Hypochondrie in meinem Falle nicht vorlag.

Als auslösendes Moment für den Ausnahmezustand meines Falles kommt die Angst vor der Blinddarmenzündung in Betracht, ob auch noch andere psychische Einflüsse eine Rolle spielten, muß offen bleiben. Für das Zustandekommen seiner stereotypen Bewegungen kann ich, schon mangels einer genaueren, z. B. auch analytischen Untersuchung in der Hypnose, nichts Sicheres beibringen. Doch möchte ich darauf verweisen, was für eigentümliche und nicht selten mehr minder lang in regelmäßiger Folge wiederholte Bewegungen bei Gesunden und Kranken zu beobachten sind: in Verlegenheit, in der Absorption durch einen dominierenden Gedankengang oder in Unruhe oder in Angstzuständen. Besonders bei großer Angst — und zwar nicht nur bei Geisteskranken — sieht man stereotypes Händereiben, unaufhörliches Zupfen am Barte, Kratzen in den Haaren oder an verschiedenen Körperteilen resp. auch an ein und derselben Körperstelle, große Gesten mit Händen und Armen, gleichmäßig wiederholt, letzteres besonders dann, wenn die Angst nicht unbestimmt ist, sondern die betreffenden neben ihrer Angst zugleich durch einen bestimmten Gedanken okupiert, absorbiert sind. Dabei braucht die Bewegungsform in keinem ersichtlichen Zusammenhange mit dem obsiedierenden Gedankengange zu stehen, sie kann z. B. die gewohnheitsmäßige Reaktion des Trägers auf irgendwelche Inanspruchnahme darstellen. Auch kommt es bei Geistesgesunden (vgl. oben auch bei Wilmanns) in Verlegenheit, in Erregung und Hast (auch der Beine), Drang und Unruhe als Folge eines eindringenden Gedankenganges zum Vorsichhinmurmeln nicht zur Sache gehöriger Worte, zum Aussprechen irgendwie nebenher

hören bekommen, etwa als hätten sie aus einem Zwange heraus gehandelt oder auf eine imperative Halluzination reagiert: die Idee des Zwanges ist wohl eine psychologisch naheliegende Erklärungsidee für das Gefühl der inneren Unfreiheit. Wir treffen sie ganz vorzugsweise bei Kranken der Dementia-praecox-Gruppe, aber auch die „befehlenden“ Halluzinationen finden sich vorzugsweise hier.“ Besonders ist zu beachten, daß automatisch und zwangsmäßig eintretende Bewegungen selber erst der Ausgangspunkt von anknüpfenden Gedankengängen und nachträglichen Erklärungswahnideen werden können; vgl. bei Wernicke und besonders bei A. Pick, Über Hyperästhesie der peripherischen Retinaabschnitte, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den sog. katatonen Bewegungen. In Picks Falle war ein durch die Hyperästhesie der peripheren Partien des erweiterten Gesichtsfeldes erzwungenes Hinblicken auf den „reflektorisch“ das Anblicken bewirkenden Gegenstand zugleich der Ausgangspunkt von auf dieses Objekt bezüglichen Gedankengängen. Deren Eintreten erfolgte ganz ohne Zutun des Untersuchten und wurde von ihm äußerst peinlich empfunden.

laufender Gedankengänge, ja es können abrupt scheinbare Größenideen „Millionen“ oder ganz unsinnige Sätze „rätselhafter Pflasterstein“ gemurmelt werden, ohne daß nachträglich irgendeine Erklärung des Zusammenhanges möglich ist, wie ich bei einem mir seit Jahren bekannten geistig gesunden Vasoneurotiker beobachten konnte. Natürlich entspringen diese abrupten Äußerungen nicht etwa Wahnideen, sondern sind wie die unsinnigen, aber grammatikalisch richtigen Wortkombinationen nicht anders zu werten als eine motorische Entladung der Erregung — eben als Folgeerscheinungen gedanklicher und sprachlicher Erregung. Sie sind ein Sprechen ohne Direktion durch Zielvorstellungen, wie es auch beim „Plappern der Kinder in unsinnigen Worten“ einfach spielend geübt wird¹⁾.

Auch perseveratorische Momente können in Zuständen von Verlegenheit bei Gesunden zur mehrfachen Wiederholung eines nicht zur Sache gehörigen Wortes führen: Ein Gesunder, der vorher gleichmütig über eine Ölimmersionslinie gesprochen, gerät etwa eine halbe Stunde nach diesem Gespräche durch einen Toilettenfehler bei Begegnung mit einer Dame auf der Treppe in Verlegenheit und ertappt sich anschließend dabei, daß er vor sich himurmelt: „Eine Ölimmersion — eine Ölimmersion — eine Ölimmersion.“

Resümee. Diese Erörterung meines Falles lehrt:

1. Daß den sogenannten katatonenähnlichen Bewegungen auch der Motilität des Gesunden nicht ganz fremd sind; daß auch ohne „Motilitätspsychose“, ohne eine grundlegende Erkrankung des motorischen Systems und ohne daß ein Demenzprozeß vorliegt, beim Gesunden wie bei Psychopathen stereotype Bewegungen auftreten können.

2. Vielleicht entspringen solche stereotype Bewegungen einer gewissen unbestimmten Unruhe mit Versunkenheit — oder ein andermal der erregten Flucht nicht genauer gefaßter Gedanken bei gleichzeitiger Erregung und Absorption durch einen stark affektbetonten Gedankengang, welcher den ganzen Zustand auslöst.

In beiden Fällen entstehen Pausen in der überschwelligen Abwicklung der Gedanken. — Diese entsprechen teils einer wirklichen Ablaufspause im klaren Denken (Gedankenleere nennen es manche Patienten), teils einem stärkeren, verwirrenden, von Unruhe begleiteten Hervortreten nicht

¹⁾ Diese Erscheinung verdient auch bei wirklichen „Katatonen“, also in der Dementia-praecox-Lehre, einige Berücksichtigung, ebenso wie der von A. Pick systematisch nachgewiesene Einfluß des eben gesprochenen Wortes oder einer als Einstellung automatisch erfolgenden Augenbewegung (s. oben A. Pick, Über Hyperästhesie usw.) auf den zeitlich anschließenden Gedankengang.

genau bemerkter Gedankenelemente „der Gedankenatmosphären“, wie mir ein Patient diese assoziierten Begleiter des Hauptgedankens bezeichnete. Sowohl als automatische Füllsel der Ablaufspausen beim Fortbestehen nach motorischer Entladung drängender Unruhe, Erregung oder Angst, wie auch als Mitbewegungen für an der Grenze des Bemerkens gelegene Gedankenatmosphären, könnten diese stereotypen Bewegungen aufgefaßt werden. Die erstere Auffassung solcher stereotyper Bewegungen als „automatische Füllsel in Ablaufspausen des Denkens“ scheint mir mehr für sich zu haben. (Inwieweit die geschilderten Auffassungen etwa auch für „echt katatone“ Bewegungen bei Dementia-praecox-Kranken in Betracht kommen, bleibe hier unerörtert.)