Über Stereotypien und sonstige katatonische Erscheinungen bei Idioten.

Von

Dr. W. Plaskuda,

zweiter Arzt der Brandenburgischen Idiotenanstalt zu Lübben.

Mit 4 Textfiguren.

(Eingegangen am 13. Januar 1911.)

Seitdem Kahlbaum das Krankheitsbild der Katatonie aufgestellt hat, hat eine emsige klinische Forschung ergeben, daß die dabei vorkommenden Symptome zwar hauptsächlich für die Dementia praecox in Frage kommen, daß indessen katatonische Erscheinungen im Verlaufe der verschiedensten Psychosen sich finden können. Zuerst sind solche Symptome auch bei der Paralyse nachgewiesen worden. Knecht¹⁾ fand langdauernde Stuporzustände, stundenlang anhaltende katatonische Starre, Bewegungsstereotypien, Verbigerieren, Schnauzkrampf, endlich auch Katalepsie, so daß erst die sorgfältige Beobachtung die Diagnose auf Paralyse sicherte. Auch beim manisch-depressiven Irresein sind neuerdings solche Erscheinungen beobachtet worden. Dieser Autor²⁾ fand rhythmische Kiefebewegungen, rhythmische Bewegungen einzelner Extremitäten, stereotypes Wippen des Kopfes und Rumpfbeugen, monotone stereotype Ausdrucksbewegungen. Nach Gaupp³⁾ kommen auch bei senilen Geistesstörungen zweifellos katatonische Symptome vor, und zwar soll es bei ungeheilten Depressionszuständen Affektausdrucksbewegungen geben, welche den Manieren und Stereotypien der Dementia praecox sehr ähnlich sind. Was die Symptome der Katalepsie Echolalie und Echopraxie betrifft, so gibt Kraepelin⁴⁾ an, daß Andeutungen dieser Erscheinungen bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen beobachtet werden. Er sagt: „Ich sah bei Hysterischen, Epileptischen, Paralytikern, Alkoholisten, bei traumatischem Hirnabsceß und bei einem mächtigen Hydrocephalus mit Hemiplegie,

¹⁾ Knecht, Über die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 42, 331. 1885.

²⁾ Pfersdorf, Stereotypien im manisch-depressiven Irresein. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906. S. 745.

³⁾ Gaupp, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 32.

⁴⁾ Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. 1, 379. 1909.

hier aus begreiflichen Gründen nur auf der nichtgelähmten Seite. Bei weitem am ausgesprochensten aber findet sich diese ganze Gruppe von Störungen bei der *Dementia praecox*, insbesondere bei jenen Formen, die wir als Katatonie kennen lernen werden.“

Über die katatonischen Erscheinungen bei der Idiotie ist bisher nicht viel bekannt. Außer gelegentlichen Hinweisen in der Literatur gibt es nur die Arbeiten von Weygandt ¹⁾ und H. Vogt ²⁾, welche sich mit diesem Thema genauer beschäftigen, worauf ich noch später zurückkomme. Diese Autoren stützen sich aber nur auf verhältnismäßig wenige Fälle. Die Untersuchung dieser Krankheitserscheinungen an einem großen Material erschien mir daher als eine dankbare Aufgabe. Diese interessanten Symptome sind nämlich derart häufig und auffallend, daß man sich wundern muß, daß darüber erst so spärliche Beobachtungen vorliegen.

Man findet bei Idioten außerordentlich oft Stereotypien, und zwar Bewegungsstereotypien in den mannigfaltigsten Formen, sowie Haltungsstereotypien aller Art, ferner stereotype Ausdrucksbewegungen, sprachliche Stereotypien, endlich Katalepsie, Echolalie und Echopraxie sowie Widerstreben³⁾, also alles Erscheinungen, welche in dem katatonischen Symptomenkomplex enthalten sind.

Zuerst habe ich mich nun bemüht, festzustellen, wie häufig überhaupt solche Symptome bei Idioten sind. Dabei merkte ich bald, daß dieselben fast ausnahmslos nur bei den schweren Formen der Idiotie vorkommen. Ich habe daher zuerst die Zahl der vorhandenen tiefstehenden Idioten in der Anstalt festzustellen gesucht, wobei der Bestand vom 1. September 1910 in Rechnung gezogen ist. Was unter tiefstehenden Idioten zu verstehen ist, bedarf wohl keiner näheren Erläuterungen. Die Grenze nach oben ist natürlich schwer zu ziehen, doch habe ich schon solche Kranke, welche sich mit ganz einfachen Arbeiten wie Federnschleifen beschäftigen können, nicht mehr mitgerechnet. Von solchen tiefstehenden Idioten befinden sich in der Anstalt 255. Stereotypien fand ich bei dieser Art Kranken insgesamt in 152 Fällen, das sind also nahezu 60%, darunter sind auch eine Anzahl Kranker, welche andere katatonische Erscheinungen (Katalepsie, Echolalie und Echopraxie) bieten, diese Symptome sind aber erheblich seltener und finden sich insgesamt nur bei 11 Patienten. Bei den höherstehenden Kranken, welche geistig reger sind und sich im Rahmen der Anstalt nützlich beschäftigen, fand ich solche Erscheinungen niemals, obwohl ich das gesamte Material von 550 Idioten daraufhin untersucht habe.

¹⁾ Weygandt, Idiotie und *Dementia praecox*. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns 1, 319.

²⁾ H. Vogt, Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. Allg. Zeitschr. f. Psych. 66, 544. 1909.

³⁾ Ich folge hierbei der von Weygandt gegebenen Einteilung.

Unter den 152 Fällen sind 100 Kinder unter 16 Jahren, und zwar männlich 56, weiblich 44, Erwachsene 52 und zwar männlich 20, weiblich 32. Dem Alter nach gruppieren sich die Kranken wie folgt:

zwischen 2 und 5 Jahren				9
„	5	„	10	„ 44
„	10	„	15	„ 34
„	15	„	20	„ 32
„	20	„	30	„ 22
„	30	„	40	„ 6
„	40	„	50	„ 2
„	50	„	60	„ 3

Summa 152

Bei dieser Zusammenstellung ist auffällig die große Anzahl Kinder. Wenn man aber in Betracht zieht, daß die schwereren Fälle von Idiotie ein höheres Lebensalter im allgemeinen nicht erreichen, so findet diese Erscheinung eine natürliche Erklärung. Nach der umfangreichen Statistik von Clark und Astwood ¹⁾, die ich auch durch meine Erfahrungen bestätigen kann, sterben die meisten Idioten im frühen Alter, ein Alter von über 25 Jahren erreicht nur ein geringer Prozentsatz, und das sind dann die rüstigeren und höherstehenden Fälle, welche für meine Zusammenstellung nicht in Betracht kommen.

Es wäre nun notwendig, zur genaueren Beurteilung der Fälle, diese möglichst nach klinischen Diagnosen zu ordnen. Doch dabei entstehen große Schwierigkeiten, da wir ja von einer genaueren klinischen Gruppierung der verschiedenen Idiotieformen noch weit entfernt sind. Das Gros bilden nämlich, wie schon Wildermuth hervorgehoben hat, in den Anstalten diejenigen Fälle, in denen man bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse in vivo eine spezielle Diagnose nicht stellen kann. Einen gewissen Einblick kann aber die folgende Zusammenstellung immerhin bieten, bei welcher ich der von Ireland und Weygandt gegebenen Einteilung gefolgt bin. Danach teilen sich meine Fälle ein in:

1. Idiotie ohne Diagnose, sog. einfache oder angeborene Idiotie	59 Fälle
2. Idiotie infolge von entzündlicher Hirnerkrankung	28 „
3. Idiotie mit Epilepsie	33 „
4. Mikrocephale Idiotie	7 „
5. Hydrocephale Idiotie	7 „
6. Thyreogene Idiotie	3 „
7. Idiotie mit tuberöser Sklerose	1 „
8. Idiotie bei Littlescher Krankheit	10 „
9. Traumatische Idiotie	3 „

Summa 152 Fälle

¹⁾ Clark and Astwood, The longevity of idiots. Referat. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907, S. 932.

Wie man sieht, sind also bei meinen Fällen fast alle Idiotieformen vertreten, welche man bis jetzt unterscheiden gelernt hat. Man wird nur die durch Syphilis erzeugte Idiotie vermissen. Auch davon habe ich einige Fälle aber keine mit Stereotypien. Wahrscheinlich würden sich unter den angeführten eine Anzahl aussondern lassen. Aber ich bin leider nicht in der Lage eine größere Anzahl Patienten nach Wassermann untersuchen zu lassen.

Alle Fälle aufzuzählen würde natürlich zu weit führen. Ich beschränke mich darauf, eine Anzahl besonders prägnanter Beispiele herauszugreifen und von den bei den übrigen beobachteten Erscheinungen eine kurze Beschreibung zu geben.

Da Stereotypien die am häufigsten zu beobachtenden Erscheinungen sind, so bringe ich zuerst eine Anzahl Fälle, wo Bewegungstereotypien im Vordergrund stehen, und zwar zuerst 4 Fälle der ersten Gruppe:

Fall 1. Günther E., $3\frac{3}{4}$ Jahr, Anstaltsaufenthalt $1\frac{1}{4}$ Jahr. Unehelich geboren; Mutter gesund. Angeborener Schwachsinn, lernte bisher noch nicht sprechen, zeigt aber ein ganz geringes Sprachverständnis. Ist unreinlich, schreit viel. Im Wachstum etwas zurückgeblieben, mäßige Erscheinungen von Rachitis, Strabismus convergens links, sonst im körperlichen Befund nichts Besonderes.

Macht zeitweise hin und her pendelnde Bewegungen mit dem Oberkörper, ferner alle Tage stereotype schlagende und wirbelnde Bewegungen mit Armen und Händen. Wenn man den Pat. anfaßt, hört er sofort mit den Bewegungen auf und nimmt diese erst auf, wenn er ungestört bleibt. Er ist bei der Untersuchung widerstrebend, gegen die Pflegerinnen meist nicht. Keine Katalepsie, keine Echolalie oder Echopraxie.

Fall 2. Georg K., 11 Jahre, Anstaltsaufenthalt 2 Jahre. Angeborener Schwachsinn; in der Familie keine Geisteskrankheiten. Hat leichte Rachitis gehabt. Blieb ganz blöde, lernte nicht sprechen. Kann hören, versteht aber nichts. Ist ständig unsauber. Immer lebhaft und vergnügt, harmlos, lediglich Gegenstand der Pflege. Im Verlauf der Anstaltsbehandlung nichts Besonderes, kein Fortschritt in geistiger Beziehung. Über das Verhalten zu Hause ist auch nichts Besonderes bekannt. Die Größe des Knaben ist dem Alter entsprechend. Keine Lähmungen, kann alle Glieder gut gebrauchen. Sensibilität anscheinend nicht gestört.

Macht viel eigentümlich wirbelnde Bewegungen mit den Händen, wobei er die Arme halb von sich streckt. Dreht den Kopf in rhythmischer Weise in der vertikalen Achse schnell hin und her; dreht sich viel im Kreise herum. Ist zeitweise widerstrebend. Keine Katalepsie, keine Echopraxie. Grimassiert öfters. Die Bewegungstereotypien sind sehr beeinflusbar.

Fall 3. Anna R., Alter 19 Jahre, Anstaltsaufenthalt 12 Jahre. Über Heredität nichts bekannt; ist angeboren schwachsinnig. Lernte erst mit 3 Jahren laufen, kann einige Worte sprechen und bis 3 zählen, muß aber an- und ausgekleidet werden. Kann allein essen. Schreit häufig sehr laut. Im körperlichen Befund nichts Besonderes. Der Verlauf bot auch nichts Besonderes. Die Pat. blieb auf derselben niedrigen Stufe stehen und entwickelte sich körperlich annähernd normal.

Macht schon seit vielen Jahren — der genaue Beginn ist nicht mehr festzustellen — hin und her wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper, ferner wirbelt sie die Hände in rhythmischer Weise durcheinander. Die Bewegungen sind sofort durch Anrühren der Pat. zum Aufhören zu bringen, um dann nach einiger Zeit

stets wieder anzufangen. Pat. ist häufig sehr widerstrebend. Sonst keine katatonischen Symptome.

Fall 4. Friederike N., 59 Jahre, Aufenthalt 8 Jahre. Mutter geistesschwach. Ist unehelich geboren. Angeborener Schwachsinn. Entwickelte sich körperlich ganz gut, blieb aber in der geistigen Entwicklung zurück und konnte die Schule nicht besuchen, lernte nur unartikulierte Sprache und war zu keiner Arbeit zu gebrauchen. Sonst im Verlaufe nichts Besonderes.

Macht viel hin und her wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper. Ist sehr widerstrebend bei der Untersuchung, sonst nicht. Das Hin- und Herwiegen hört auf, wenn man die Pat. anspricht, stellt sich aber stets regelmäßig ein, wenn die Pat. auf ihrem gewohnten Platze sitzt. Sonst keine katatonischen Erscheinungen.

In diesen Fällen habe ich eine spezielle Diagnose nicht stellen können. Es folgen nun 2 Fälle, wo man nach dem körperlichen Befunde eine abgelaufene Encephalitis vermuten kann.

Fall 5. Erna M., 9 Jahre, Aufenthaltsdauer 3 Jahre. Angeborener Schwachsinn. Ganz blöde, unrein, muß wie ein kleines Kind besorgt werden. Kann hören, aber nicht sprechen, versteht nichts. Im Verlauf nichts Besonderes. Blieb immer ganz stumpf und ruhig. Keine Änderung in geistiger Beziehung während des 3jährigen Anstaltsaufenthaltes. Größe etwa dem Alter entsprechend. Lähmung des linken Beines, welche seit der frühesten Kindheit besteht. Über den Beginn dieser Erkrankung ist Genaueres nicht bekannt. Außerdem ist der linke Facialis leicht paretisch. Das Kind macht schon jahrelang mit dem Oberkörper hin und her wiegende Bewegungen, faßt mit beiden Händen in die Schürze und macht mit den Fingern klavierspielerartige, klappende rhythmische Bewegungen. Wenn man das Kind anrührt, hört es auf damit. Bei der Untersuchung vorübergehend widerstrebend, auch sonst öfters. Keine Katalepsie usw.

Fall 6. Pauline H., Alter 19 Jahre, Aufenthaltsdauer 2 Jahre. Angeborener Schwachsinn, ganz tiefstehend. Im Alter von 2 Jahren soll sie nach Angabe der Eltern vom Schläge getroffen worden sein. Sie hat nicht sprechen gelernt, hat kein Sprachverständnis, zeigt ein blödes Grinsen. Im allgemeinen ruhig. Ist linkshändig. Lähmung des rechten Armes und des rechten Beines, welches sie beim Gehen stark nachschleppt.

Macht viel hin und her schaukelnde Bewegungen mit dem Oberkörper, ferner drehende Bewegungen mit den Fingern. Wenn man sie beobachtet, hört sie auf. Sie ist zeitweise widerstrebend, keine Katalepsie und Befehlsautomatie.

Sehr häufig sind in der Anstalt die Fälle von Idiotie mit Epilepsie. Diese Fälle zeigen auch oft Lähmungen, gehen also oft in die vorherige Gruppe über. Auch davon führe ich einige beliebig ausgewählte Fälle mit Bewegungstereotypien an.

Fall 7. Helene M., 10 Jahre, Aufenthaltsdauer 3 Jahre. Hat nach dem ärztlichen Fragebogen mit 1 Jahre Gehirnentzündung gehabt, $\frac{1}{2}$ Jahr krank gelegen und ist danach blöde geblieben. Vom 4. Lebensjahre ab traten dann epileptische Krämpfe auf; auch jetzt hat Pat. alle Monate mehrere schwere epileptische Krampfanfälle. Früher war das Kind ganz munter und lebhaft, ist im Laufe der letzten 2 Jahre allmählich mehr verblödet, spricht nur noch einige Worte, ist unrein geworden. Ist in der Entwicklung zurückgeblieben. Sieht aus wie 5 Jahre alt; sonst körperlicher Befund negativ.

Das Kind dreht, solange es sich in Anstaltsbehandlung befindet, den Kopf und Oberkörper ziemlich schnell in der vertikalen Achse hin und her, dabei macht es wedelnde Bewegungen mit den Händen und lächelt vergnügt. Dies geht den

ganzen Tag mit kürzeren und längeren Zwischenräumen. Wenn man sich mit ihr beschäftigt, hört sie sofort auf. Sie ist zeitweise widerstrebend, sonst keine katatonischen Erscheinungen.

Fall 8. Hertha D., 10 Jahre, Aufenthalt 4 Jahre. Entwickelte sich körperlich normal, blieb aber geistig auf ganz tiefer Stufe stehen; lernte nicht sprechen, ist fast dauernd sehr unruhig, beißt sich viel in die Arme. Leidet seit der frühesten Kindheit — der genaue Zeitpunkt ist nicht bekannt — an epileptischen Krämpfen. Hat auch jetzt noch manchmal in Abständen von einigen Monaten schwere epileptische Krampfanfälle.

Macht, solange die Beobachtungen reichen, viel stereotype Drehbewegungen mit den Fingern, wedelt viel mit den Händen. Rhythmisches Kopfnicken. Tritt häufig vielmal hintereinander von einem Fuß auf den anderen und wiegt dabei mit dem Oberkörper hin und her. Sonst keine katatonieartigen Symptome.

Fall 9. Margarethe H., 15 Jahre alt, Aufenthaltsdauer 9 Jahre. Ein älterer Bruder hat auch an Krämpfen gelitten. Hatte von frühester Kindheit an Krämpfe und lernte nicht sprechen, zeigt aber ein geringes Sprachverständnis. Recht unruhig, unsauber. Körperliche Entwicklung normal. Hat ziemlich häufig epileptische Anfälle.

Hat meist den Daumen der einen Hand im Munde und dreht die Hand schnell hin und her, dabei mit den Fingern wirbelnde Bewegungen machend. Oder sie wirbelt die Arme längere Zeit hindurch in der Luft hin und her, wiegt mit dem Oberkörper hin und her. Grimassiert viel. Sie ist vorübergehend widerstrebend, sonst keine katatonischen Erscheinungen. Die Stereotypien sind leicht durch Anrufen oder Anrühren zu beeinflussen.

Auch bei tuberöser Sklerose kommen Stereotypien vor. Ich hatte bereits Gelegenheit, 4 dieser ziemlich seltenen Fälle zu beobachten, die alle zur Obduktion kamen. Die Diagnose ist verhältnismäßig leicht zu stellen.

Fall 10. Alfred W., 11 Jahre, Aufenthaltsdauer 5 Jahre. Vater nervenkrank. Von frühester Kindheit an Krämpfe, entwickelte sich in geistiger Beziehung gar nicht, körperlich annähernd normal. War in der Anstalt dauernd völlig blöde, schrie viel, zeigte kein Sprachverständnis, war dauernd unrein, hatte regelmäßig epileptische Krämpfe, manchmal gehäufte Anfälle. Im Gesicht Adenoma sebaceum, im Gesicht und am übrigen Körper außerdem zahlreiche Fibrome. Tod im Status epilepticus. Diagnose durch die Sektion bestätigt¹⁾.

Der Pat. machte zu Lebzeiten fast ständig stereotype Drehbewegungen mit dem Kopfe in vertikaler Achse. Zeitweise machte er auch mit den Armen und Händen schlagende und wedelnde Bewegungen. Er war gegen den Arzt meist sehr widerstrebend, gegen die Pflegerinnen aber nicht. Sonst bot er keine katatonischen Symptome.

Auch bei Kretinen sind katatonische Erscheinungen nicht allzu selten.

Fall 11. Anna B., 8 Jahre, Aufenthalt 1 $\frac{1}{4}$ Jahr. Angeborene geistige Schwäche infolge Fehlens der Schilddrüse, sieht aus wie 2 Jahre alt. Pastöses Aussehen. Hat sich unter ständiger Schilddrüsendarreichung bereits etwas gebessert. Ist immer munter und vergnügt, spricht seit einigen Monaten einige Worte und versteht einfache Aufforderungen, ist ziemlich sauber geworden.

Das Kind macht alle Tage beim Sitzen hin und her wiegende rhythmische

¹⁾ Der Fall wird von anderer Seite noch weiter bearbeitet.

Bewegungen mit dem Oberkörper, hört aber auf, wenn man nahe kommt. Sie ist zeitweise widerstrebend, sonst keine katatonischen Symptome.

Es folgt nun ein Fall von Hydrocephalus.

Fall 12. Willy J., 9 Jahre, Aufenthalt 2 $\frac{1}{4}$ Jahre. Keine nachweisbare Belastung. Angeborener Schwachsinn. Ganz tiefstehend, schreit sehr viel, kann nicht sprechen. Hat eine spastische Lähmung beider Beine, ferner totale Analgesie. Mäßiger Hydrocephalus. Kopfumfang 54 cm; ist sonst in der Größe sehr zurückgeblieben. Größe beträgt 100 cm.

Wedelt viel in rhythmischer Weise mit den erhobenen Armen. Viel Dreh- und Wirbelbewegungen mit den Fingern. Läßt sich leicht dabei beeinflussen. Widerstrebend, aber nur vorübergehend.

Zur Gegenüberstellung sei nun ein Patient mit Mikrocephalie angeführt.

Fall 13. Paul V., 13 Jahre, Aufenthalt 7 Jahre. Eine Schwester ebenfalls Mikrocephalin, hat aber keine Stereotypien. Pat. versteht ganz einfache Anforderungen, kann „ja“ sagen. Ist unrein, speichelt. Schreit manchmal ohne Grund. Körpergröße 115 cm, Kopfumfang 40 cm. Keine Lähmungen.

Der Knabe macht viel wirbelnde Bewegungen mit den Händen. Ist manchmal widerstrebend. Keine Katalepsie usw.

Zum Schluß führe ich als Beispiel für Bewegungsstereotypien noch eine Patientin mit Little'scher Krankheit an. Idiotie mit Little'schen Symptomen ist in der Idiotenanstalt recht häufig. Ich schätze alle Fälle zusammen auf etwa 40, das würden beinahe 10% des Bestandes sein. Am häufigsten ist bei uns die sog. spastisch-choreatische Form¹⁾, welche ausgezeichnet ist durch Spasmen, choreiforme Bewegungen und Athetose und leicht mit der chronischen Chorea verwechselt wird, wie schon Little angegeben hat. Ich muß es mir versagen, an dieser Stelle weiter auf diese interessanten Krankheitsbilder einzugehen, da dies nicht im Rahmen dieser Arbeit liegt, ich werde meine Beobachtungen darüber später an anderer Stelle publizieren.

Fall 14. Hertha G., Alter 6 Jahre, Aufenthalt 4 Wochen. Keine nachweisbare Belastung. Über die Vorgeschichte ist nicht viel bekannt. Es fiel den Eltern auf, daß das Kind nicht sitzen konnte, nicht laufen und sprechen lernte, im Wachstum zurückblieb und schon immer steif war. Das Kind ist auch jetzt noch völlig blöde, zeigt gar kein Sprachverständnis, schreit viel, ist unrein. Es hat Spasmen in Armen und Beinen sowie in der Nackenmuskulatur, auch in der Gesichtsmuskulatur sind Spasmen vorhanden, so daß das Kauen erschwert ist. Die Spasmen sind in den Beinen am stärksten, in den Armen manchmal ziemlich gering. Das Kind kann leidlich gut sitzen, aber nicht stehen und laufen. Es ist im Wachstum zurückgeblieben und sieht aus wie etwa ein 4jähriges Kind. Es ist fortwährend in Bewegung und führt mit den Extremitäten fortwährend ausführende choreiforme Bewegungen aus. Ferner besteht beiderseits in den Fingern Athetose.

Die Pat. macht alle Tage stereotype schaukelnde Bewegungen mit dem Oberkörper und dreht den Kopf häufig rhythmisch in der vertikalen Achse hin und her. Sie bewegt ferner öfters rhythmisch die Lippen auf und nieder. Wenn man sie anrührt, hört sie auf. Andere katatonische Erscheinungen bestehen nicht.

¹⁾ Freud, Zur Kenntnis der cerebralen Diplegien des Kindesalters. Wien 1893. S. 8, 22.

Die angeführten Beispiele mögen genügen. Die Zahl der Fälle ließe sich noch beliebig vermehren. Im ganzen habe ich, wie schon erwähnt, bei 152 Patienten Bewegungsstereotypien gefunden. Dieselben treten meist bei einem Patienten in verschiedenen Arten auf. Die häufigste Bewegung ist das rhythmische Hin- und Herschaukeln. Dieses Symptom fand ich im ganzen 62 mal, also mehr als in einem Drittel der Fälle. Ich fand diese Erscheinung aber nur 15 mal allein, in den übrigen Fällen mit anderen Bewegungsstereotypien zusammen. Die nächsthäufige Bewegungsart ist das Wedeln und Schlagen mit Armen und Händen und Durcheinanderwirbeln der Finger. Sehr häufig ist ferner auch das Hin- und Herdrehen des Kopfes in verschiedenen Richtungen. Im Vergleich mit diesen Stereotypien treten die übrigen zurück. Man beobachtet ferner Schnalzen mit der Zunge, rhythmisches Vor- und Zurückziehen der Zunge, rhythmisches Bewegen der Lippen, mahlende und klappende Bewegungen mit dem Unterkiefer. Auffallende Bewegungen der oberen Extremitäten sind: schraubenzieherartige und klavierspielerartige Bewegungen der Finger, tippende Bewegungen mit den Fingern, Händeklatschen, Händereiben, Zupfen, Vor- und Zurückziehen der Arme wie beim Hanteln, Schlagen mit den geballten Fäusten aufeinander, ferner klatschende Bewegungen mit den flachen Händen auf die verschiedensten Körperstellen, alles in rhythmischer Weise oftmals hintereinander. Am Rumpf beobachtet man, wie schon erwähnt, so oft die charakteristischen hin und her wiegenden Bewegungen nach vorn und hinten, oft aber auch seitlich oder in eigentümlich mahlender Art. Was die Stereotypien an den unteren Extremitäten anbetrifft, so findet man Hin- und Herpendeln der herunterhängenden Unterschenkel, Strudeln und Drehen mit den in die Luft gestreckten Beinen, rhythmisches Auf- und Niederhopsen, von einem Fuß auf den anderen treten, im Kreise laufen. Die athetotischen Bewegungen habe ich hierbei nicht berücksichtigt, weil sie mir unter den Sterotypien eine besondere Stellung einzunehmen scheinen.

Alle Bewegungen sind gewöhnlich untereinander kombiniert und treten nur selten als Einzelercheinungen auf, wodurch sehr mannigfaltige und wechselnde Bilder entstehen, welche sich nur schwer schildern lassen. Sie prägen sich jedem ein, der einmal eine Abteilung von tiefstehenden Idioten gesehen hat. Es sind im allgemeinen aber immer recht einförmige und stets völlig zwecklose Bewegungen, welche man auch besonders von französischer Seite Automatismen oder Tics benannt hat. Das wesentliche ist aber, daß dieselbe Bewegung oftmals hintereinander und in rhythmischer Weise wiederholt wird, daß es sich also um Erscheinungen handelt, welche wir seit Kahlbaum als Stereotypien zu bezeichnen uns gewöhnt haben. Aber noch Sollier in seinem 1891 erschienenen Buche über Idiotie kennt anscheinend diesen Begriff

der Stereotypie noch nicht. Nur für eine Bewegungsanomalie, welche ich bisher noch nicht geschildert habe, kann man vielleicht mit Vorteil den Ausdruck „Tic“ beibehalten, nämlich für diejenigen Fälle, wo anscheinend zwangsmäßig fortwährend schlagende Bewegungen mit den Armen ausgeführt werden, welche unter Umständen zu Selbstverletzungen führen. Diese Stereotypien haben auch insofern eine besondere Bedeutung, als sie manchmal den Arzt zu therapeutischem Handeln nötigen. Erwähnt doch Vogt ¹⁾ sogar einen Fall, wo ein tiefstehender Idiot sich beständig mit der Faust gegen den Schädel schlug und schließlich an einer Hirnblutung zugrunde ging. Ich habe unter meinem Material im ganzen 17 Fälle, welche sich rhythmisch mit der Faust oder auch mit beiden Fäusten ins Gesicht oder auf den Kopf schlagen, und zwar wird in einem Teil der Fälle immer dieselbe Stelle gewählt, wo dann schließlich ein mehr oder weniger großes Geschwür entsteht. Im allgemeinen kommt dies aber ziemlich selten vor, und ich habe erst einige solche schwierige Patienten gehabt. Da es sich um Stereotypien handelt, und da ich deren Beeinflußbarkeit schon längere Zeit erkannt hatte, so muß also die Therapie darin bestehen, die Patienten dauernd abzu lenken. Daß dies ohne Anwendung von Zwangsmitteln möglich ist, wie sie leider heutzutage in den nicht psychiatrisch geleiteten Idiotenanstalten noch recht ausgiebig verwendet werden, soll der folgende Fall zeigen, der auch beweist, daß das Studium der Bewegungsstereotypien nicht bloß theoretisch interessant ist, sondern auch in praktischer Beziehung nicht ganz unfruchtbar ist.

Fall 15. Karl Sch., 7 Jahre alt. Eltern gesund; ist das 3. Kind. Soll bis $\frac{3}{4}$ Jahr gesund und dann nach Zahnkrämpfen blöde geblieben sein. Er entwickelte sich in geistiger Beziehung gar nicht, blieb unreinlich, war unruhig und zerstörungssüchtig. Bei der Aufnahme im April 1909 war der körperliche Befund außer Kryptorchismus negativ. Der Knabe ist etwas in der Größe zurückgeblieben, aber nicht erheblich. Ist ganz blöde, versteht nichts, muß gefüttert werden. Unrein. Er schlägt sich fortwährend mit der Faust ins Gesicht, so daß er durch Schutzverbände vor Selbstbeschädigungen geschützt werden muß. Dies hielt monatelang an, um dann wieder einige Zeit zu verschwinden. Als er wieder mit dem Schlagen anfang, bekam er steife Verbände um den ganzen Arm, verletzte sich aber dann mit den dabei verwandten Holzteilen am Kopfe. In meiner Behandlung befindet sich der Pat. jetzt seit etwa 1 Jahr. Am 1. Dezember 1909 habe ich notiert: „Schlägt sich dauernd mit der linken Faust in die linke Stirnseite, wo trotz Schutzverband ein ca. zweimarkstückgroßes Geschwür besteht.“ Der Tik hat seitdem noch nicht aufgehört und besteht auch heute noch. Er hört nur auf, solange der Pat. schläft. Der Knabe ist meist etwas widerstrebend, doch hört der Tic auf, wenn man den Arm ergreift, ohne daß man ein Bestreben wahrnimmt, den Widerstand zu überwinden. Sowie man den Arm losläßt, beginnt die Bewegung sofort wieder. Die Schmerzempfindlichkeit ist vorhanden. Ich habe nun, was ich für ähnliche Fälle warm empfehlen kann, ein ca. 2 cm breites

¹⁾ H. Vogt, Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 66, 67. 1909.

gestricktes Band anfertigen lassen, welches ich dem Pat. zwischen die Handflächen beider Hände lege und welches ganz lose um den Leib geknüpft wird. Dieses Band hält der Knabe stets ganz fest, versucht man, es ihm zu entreißen, so hält er das Band krampfhaft fest. Seitdem ist er von dem Tic befreit. Es wäre für ihn ein leichtes, das Band loszulassen und fortzuschieben, aber er tut es nicht, er ist dadurch abgelenkt. Der Knabe ist sonst so blöde, daß er auf Spielzeug und auf die Umgebung gar nicht achtet. Entfernt man das Band, so geht sofort das Schlagen wieder los.

Fig. 1.

Fig. 2.

Wesentlich seltener als Bewegungstereotypien sind bei Idioten Haltungsstereotypien. Ich habe stereotype Haltungen und Stellungen im ganzen 24 mal gefunden, also in etwa 15% meiner Fälle, und zwar stets mit Bewegungs- und anderen Stereotypien zusammen. Wenn man solche Patienten vor sich sieht, so ist in der Tat die Ähnlichkeit mit der Katatonie verblüffend. Zur besseren Veranschaulichung füge ich einige Abbildungen bei, welche zu erhalten recht schwierig war, weil die Stereotypien meist sofort verschwinden, wenn man sich mit den Kranken zu schaffen macht. Dieselben gehören auch allen verschiedenen Gruppen an, die oben aufgezählt worden sind.

Fall 16. Friedrich B., 26 Jahre alt, Aufenthaltsdauer 10 Jahre. Eltern sollen normal gewesen sein. B. soll auch normal gewesen sein, bis er mit 1½ Jahren Krämpfe bekam, die sich seitdem ständig wiederholten. Er blieb seitdem in geistiger Beziehung zurück, war stets sehr unruhig und zerstörungssüchtig, lernte nicht sprechen und bekümmerte sich nicht um die Umgebung. Er lernte nur allein essen und sich anziehen. Er ist in seinem Wesen und Eigentümlichkeiten in der Anstalt dauernd gleich geblieben. Zeigte dauernd Neigung zum Reißen und Schmieren. Anfälle in den letzten Jahren alle Vierteljahre 1—2. Dieselben sind stets schwer und bestehen in Krämpfen der gesamten Körpermuskulatur.

B. ist körperlich seinem Alter entsprechend entwickelt und bietet außer abstehenden Ohren keinen besonderen Befund. Er fällt stets durch seine eigentümliche Haltung und seine vielfachen Bewegungstereotypien auf, welche er schon an sich hat solange er in der Anstalt ist. Er grimassiert, hält die Hände vor das Gesicht, tritt schnell wiegend hin und her, wiegt dabei mit dem Oberkörper, schnalzt mit der Zunge, bewegt den Kopf rhythmisch hin und her, macht viel spreizende Bewegungen mit den Fingern. Er nimmt dabei fast stets dieselbe Haltung, den Kopf etwas vornüber gebeugt, ein, wie dies aus den beiliegenden Abbildungen (Fig. 1 und 2) zu ersehen ist, wo der Pat. von vorn und von der Seite aufgenommen ist. Der Pat. ist nicht widerstrebend. Man kann bei ihm mit dem Kopf und Extremitäten beliebige passive Bewegungen ohne Widerstand ausführen. Der Pat. ist in der abgebildeten Haltung und mit seinen eigentümlichen Bewegungen nur zu beobachten, wenn er ungestört ist. Wenn man sich mit ihm beschäftigt, hört er sofort auf und die Haltung verschwindet. Die Stereotypien treten aber jedesmal sofort wieder auf, wenn man den Kranken sich selbst überläßt. Es war daher nicht ganz leicht, die nebenstehenden Momentaufnahmen zu erhalten. Andere katatonische Erscheinungen (Katalepsie usw.) habe ich bei dem Pat. niemals beobachtet.

Es handelt sich also hier um den typischen Fall einer in ganz früher Kindheit einsetzenden Epilepsie, welche zu einer völligen Verblödung führte, in deren Verlauf sich Bewegungs- und Haltungstereotypien eingestellt haben. Von einer Katatonie unterscheidet sich der Fall durch die leichte Beeinflussbarkeit und das Fehlen des Negativismus. Diesem sehr interessanten und bemerkenswerten Falle sei noch ein Fall von thyreogener Idiotie mit Haltungstereotypie angereihet.

Fall 17. Luise J., 20 Jahre, Aufenthaltsdauer 5 Jahre. Den Eltern fiel auf, daß das Kind stumpfsinnig blieb und nicht sprechen lernte. Es lief erst mit 4 Jahren und blieb in der körperlichen Entwicklung sehr stark zurück. Es verhielt sich immer gleichmäßig stumpf und blöde. Größe 1,27 m; sieht aus wie 12 Jahre. Schilddrüse im ganzen mäßig vergrößert. Mammae fast gar nicht entwickelt und noch kindlich. Menstruation ist noch nicht eingetreten. Ist völlig blöde, unrein, versteht nichts. Es gelingt nicht ihre Aufmerksamkeit durch irgend etwas zu erregen, nur essen tut sie sehr gierig. Die Kranke fällt durch folgende Erscheinungen auf: Sie sitzt alle Tage, und zwar seit 5 Jahren unverändert — ob schon vorher, ist unbekannt und nicht mehr festzustellen — fast stets in der abgebildeten Haltung da (Fig. 3), die Hände über der Brust gekreuzt. Auch wird der Kopf häufig in gezwungener Weise etwas schief gehalten. Es besteht seitdem auch häufig Schnauzkrampf, Grimassieren und Augenzwinkern. Ferner macht Pat. öfters klavierspielerartige rhythmische Bewegungen mit den Fingern und wiegt beim Stehen gern mit dem Oberkörper hin und her. Wenn man die Pat. in das Untersuchungszimmer bringt, so stellt sich die Haltung erst nach einiger Zeit ein. Bei passiven

Bewegungen der Arme sind die ersten Bewegungen ganz wenig gespannt, die folgenden vollkommen frei. Die Haltung des Kopfes ist steif und gezwungen. Bei passiven Bewegungen setzt sie zuerst dauernd Widerstand entgegen. Wenn man aber einige Zeit mit der Pat. sich beschäftigt hat, so lassen sich Bewegungen des Kopfes ohne fühlbaren Widerstand ausführen. Auch bei Bewegungen der Beine ist nur zuerst Widerstand vorhanden. Katalepsie, Echopraxie besteht nicht.

Fall 18. Marie B., 23 Jahre alt, Aufenthalt 8 Jahre. Keine Belastung. Hatte eine schwere und langdauernde Geburt durchzumachen. Eine Schwester ebenfalls idiotisch. Das Kind ist angeboren schwachsinnig, blieb dauernd ganz blöde,

Fig. 3.

Fig. 4.

lernte nur einige Worte sprechen, blieb unreinlich. Der Verlauf während des Anstaltsaufenthaltes bietet nichts Besonderes. Pat. zeigte immer ein ruhiges, freundliches, blödes Wesen. Sie ist ganz tiefstehend, spricht nur einige Worte und versteht nur einige einfache Aufforderungen wie Aufstehen und Setzen. Im körperlichen Befund nichts Auffälliges, keine Lähmungen. Die abnorme Haltung soll die beigedruckte Abbildung (Fig. 4) erläutern. Diese Haltung, welche einer katatonischen außerordentlich ähnlich ist, ist bereits 1902 zu beobachten. Sie hatte, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, bereits damals die gezwungene Kopfhaltung und auch der linke Arm war halb gebeugt und in gezwungener Weise an den Thorax adduziert. Diese Stellung hat die Pat. fast ständig gehabt, auch 1906 ist dieselbe wieder von einem meiner Vorgänger beschrieben. Seit ich die Kranke kenne, ist sie mir fast täglich durch ihre katatone Haltung aufgefallen. Bei der ersten Untersuchung sträubte sie sich gegen jede Berührung, aber es gelang bald, sie zutraulicher zu machen. Wenn man sich mit ihr beschäftigt,

hört die Stellung auf, um erst bei völliger Ruhe sich wieder einzustellen. Wenn man die Kranke an der Hand herumführt, bewegt sie den Kopf ganz frei, auch habe ich sehr häufig den steifen Arm ohne Widerstand hin und her bewegen können.

Es besteht also auch hier die leichte Beeinflußbarkeit wie in den beiden vorigen Fällen. Die Pat. macht auch alle Tage viel stereotype Bewegungen, in dem sie häufig vielmals hintereinander mit den Fingern der rechten Hand tippende Bewegungen gegen das Kinn ausführt. Außerdem grimassiert sie viel und hat ein eigentümliches Schnaufen an sich. Auch die Bewegungsstereotypien sind sehr beeinflufßbar. Echolalie, Echopraxie oder Katalepsie bestehen nicht. Widerstrebend ist die Kranke, wie ich schon erwähnt habe, nur zeitweise. Die 19 Jahre alte Schwester derselben steht etwas höher, kann einige Sätze sprechen, sich allein anziehen und essen, ist aber unfähig, sich irgendwie zu beschäftigen. Bei ihr finden sich keine katatonischen Symptome. Der Fall gehört wieder zu denen, wo man eine spezielle Diagnose nicht stellen kann. Da auch die Schwester idiotisch ist, ist eine angeborene Hemmungsbildung des Gehirns auf degenerativer Basis am wahrscheinlichsten.

Ähnliche stereotype Haltungen habe ich noch 21 mal beobachtet. Im wesentlichen handelt es sich um immer wiederkehrende gezwungene Haltungen des Kopfes und der Arme wie bei den obengenannten Kranken oder ich habe nur allgemein gezwungene Haltung notiert. So viel Variationen wie bei den Bewegungsstereotypien finden sich dabei nicht, mit denen sie stets verknüpft sind. Was bei den Bewegungsstereotypien bereits als charakteristisches Merkmal erwähnt wurde, findet sich auch hier: Die Haltungsstereotypien sind sehr leicht beeinflufßbar.

Bei den übrigen beobachteten katatonischen Erscheinungen kann ich mich kürzer fassen. Grimassieren habe ich im ganzen 21 mal gefunden, also in ca. 14% meiner Fälle. Diese Erscheinung ist also seltener. Die Beeinflufßbarkeit war auch hier überall nachweisbar. Eine Reihe Fälle mit dem Symptom des Grimassierens sind bereits aufgeführt. Von dem Grimassieren der Katatoniker ist dasselbe sonst nicht zu unterscheiden.

Sehr häufig findet man bei Idioten rhythmische lautliche Äußerungen. Von den 152 Patienten sind darunter 31, also fast 20% der Fälle. Ich habe bei meinen Fällen am häufigsten stereotypes Schnaufen, Brummen, Fauchen, Krähen und Schnauben beobachtet, da ja die meisten meiner Patienten kein Sprachvermögen haben. Eine Patientin sagt immer oftmals hintereinander „gut, gut“, eine andere „ba ba“ oder „la la“, ein Kranker ruft oft stundenlang mit lauter Stimme „moien“ (was guten Morgen bedeuten soll). Wieder ein anderer hat die Eigentümlichkeit, häufig zu sagen: „Pauli Pauli beiß“, ein anderer sagt oft hintereinander „Wulke Wurst“ (der Kranke heißt Wulke). Einige sagen oftmals hintereinander „ja ja“. Von der Aufzählung einzelner Fälle kann ich absehen. Ich erwähne noch, daß auch diese Symptome bei Anrufen oder Anrühren der Patienten verschwinden und nur bei ungestörtem Verhalten zu finden sind.

Katalepsie, Echolalie und Echopraxie habe ich unter meinen Fällen nur 11 mal gefunden. Ich führe auch davon einige Beispiele an, welche den von H. Vogt ¹⁾ angegebenen Fällen ähnlich sind. Dieser Autor berichtet erstens über einen Fall von tuberöser Sklerose, welcher Automatismen und das Symptom der Katalepsie bot, ferner über einen Fall von juveniler Paralyse mit Bewegungsstereotypien und Katalepsie, endlich über einen Fall von mongoloider Idiotie mit Katalepsie, Echopraxie und automatischen Bewegungen. Ich führe zunächst einen Fall von Idiotie mit Epilepsie an.

Fall 19. Hermann K., 14 Jahre, Aufenthaltsdauer 6 Jahre. Familie gesund. Ist angeboren schwachsinnig, lernte nicht sprechen, blieb ganz blöde. Leidet seit der frühesten Kindheit an Krämpfen, welche in den letzten Jahren nur ein paarmal auftraten. Er kann nicht sprechen, zeigt aber ein geringes Sprachverständnis. Er muß völlig besorgt werden, ist aber reinlich. Im allgemeinen ruhig und harmlos. Außer Strabismus convergens beiderseits kein Befund. Der Pat. zeigt sehr schön das Symptom der Echopraxie. Echolalie oder Katalepsie ist nicht vorhanden. Er ist nicht widerstrebend. Macht alle Tage hin- und herwiegende Bewegungen mit dem Oberkörper, welche leicht beeinflussbar sind.

Fall 20. Charlotte Sch., 23 Jahre alt, Aufenthalt 2 Jahre. Keine Belastung. Ist unehelich geboren. War bis zum Ende des 1. Lebensjahres normal, dann nach dem Überstehen von Masern und Scharlach wurde das Kind still und stumpfsinnig; lernte mit 3 Jahren erst laufen, sprechen nur höchst unvollkommen, entwickelte sich in geistiger Beziehung fast gar nicht. Seit dem 5. Lebensjahre bestehen Krämpfe mit Zuckungen in allen Gliedern und Schaum vor dem Munde. Während der Anstaltsbehandlung keine Krämpfe. Die Pat. ist sehr tiefstehend, nur Objekt der Pflege. Körperlich ganz gut entwickelt. Größe 1,60 m. Kopfumfang 52 cm. Das rechte Auge schielt nach innen und oben. Rechte Gesichtshälfte etwas schwächer innerviert. Den rechten Arm hält die Kranke stets leicht gekrümmt und kann mit demselben feinere Bewegungen nicht ausführen. Das rechte Bein wird beim Gehen stark nachgeschleppt.

Pat. macht mit dem Oberkörper viel seitlich hin und her wiegende Bewegungen, welche leicht beeinflussbar sind. Sie zeigt deutlich das Symptom der Echolalie und Echopraxie. Katalepsie ist nicht vorhanden. Widerstrebend ist die Kranke nur zuerst bei der Untersuchung, gegen die Pflegepersonen nicht.

Hier handelt es sich also um einen der häufigen Fälle, wo nach einer Infektionskrankheit im frühen Kindesalter eine Encephalitis eintritt und zu einer Verblödung führt. Das Überbleibsel ist die alte rechtsseitige Lähmung. Das Auftreten von Krämpfen ist auch etwas ganz Gewöhnliches. Derartige Fälle sind in der Anstalt außerordentlich häufig.

Als 3. Beispiel sei der folgende Fall angeführt, der unter der Rubrik Idiotie ohne spezielle Diagnose einzureihen ist.

Fall 21. Franz S., 11 Jahre alt, Anstaltsaufenthalt 2 Jahre. Ist das 9. von 13 Kindern. Keine Belastung. Angeborener Schwachsinn. Im ersten Lebensjahre häufiges Erbrechen. Entwickelte sich körperlich ganz leidlich, blieb aber geistig vollkommen zurück, lernte nur einige Worte sprechen, war unreinlich, stets sehr unruhig und zerstörungssüchtig, kaut und beißt sich gern die Nägel ab. Im Verlauf während des Anstaltsaufenthaltes nichts Besonderes. Körper-

¹⁾ H. Vogt, l. c,

licher Befund ohne Besonderheiten. Der Knabe macht viel wippende Bewegungen mit dem Oberkörper und tritt dabei rhythmisch von einem Fuß auf den anderen. Die Bewegungen sind leicht beeinflussbar. Es besteht ausgesprochene Katalepsie, ferner Echopraxie, keine Echolalie.

Sehr interessant ist der folgende Fall:

Fall 22. Marie Z., 25 Jahre alt, Aufenthaltsdauer 16 Jahre. Mutter melancholisch, eine Schwester der Mutter starb durch Selbstmord. Sie hat sich die ersten beiden Lebensjahre normal verhalten, rechtzeitig sprechen gelernt und nicht an Krämpfen gelitten. Im Alter von $21\frac{1}{2}$ Jahren verlor sie allmählich die Sprache, wurde sehr unreinlich und unruhig. Sie entwickelte sich auch späterhin gar nicht und zeigte dauernd ein sehr blödes und unruhiges Verhalten. Vom 8. bis 13. Jahre traten dann zeitweise epileptische Krämpfe auf. In der Anstalt blieb die Kranke auch dauernd ganz stumpf und blöde, verhielt sich im allgemeinen aber immer ganz ruhig. Sie ist nur Objekt der Pflege, kann nicht sprechen, versteht nichts. Körperlicher Befund ohne Besonderheiten. Die Pat. ist fast dauernd widerstrebend, und zwar nicht nur gegen den Arzt, sondern auch gegen die Pflegepersonen. Sie sträubt sich gegen jede Berührung und spannt dann die Muskeln krampfhaft an. Außerdem macht sie ständig stereotype drehende und reibende Bewegungen mit den Händen und Fingern. Versucht man sie daran zu hindern, so überwindet sie geringere Widerstände und fährt mit den Bewegungen fort. Ferner nimmt sie häufig eine gezwungene Haltung ein. Ich habe auch bei der Pat. bereits mehrmals einen plötzlichen Übergang in ausgesprochene Katalepsie beobachtet.

Hier haben wir also den katatonischen Symptomenkomplex vor uns, namentlich der Übergang von Negativismus in Katalepsie ist charakteristisch. Ferner ist gegenüber allen vorher aufgeführten Fällen auffällig die Unbeeinflussbarkeit der Stereotypien. Ich bin daher geneigt, diesen Fall als eine Frühform der Dementia praecox aufzufassen. Ungewöhnlich ist nur das Auftreten von Krämpfen vom 8—13. Jahre. Doch kommen ja auch bei Dementia praecox epileptiforme Krämpfe vor. Im äußeren Anblick unterscheidet sich der Kranke in nichts von einer Idiotin, auch die Form der Stereotypien unterscheidet sich äußerlich gar nicht, denn reibende und drehende Bewegungen mit den Fingern und Händen kann man auch sonst bei Idioten sehr häufig beobachten.

Ich könnte noch einige solche Fälle anführen, möchte aber dadurch meine Arbeit nicht zu weitschweifig werden lassen. Ich habe den vorstehenden Fall auch hauptsächlich deshalb gebracht, damit man mir nicht den Vorwurf machen kann, ich hätte solche Fälle übersehen. Ich bemerke nur, daß unter meinem großen Idiotenmaterial Frühformen des Jugendirreseins sehr selten sind, was auch mit den Angaben von Vogt übereinstimmt. Bei den übrigen Fällen mit Katalepsie und Befehlsautomatie sind mir Zweifel, ob es sich um eine reine Idiotie handelt, eigentlich nicht gekommen. Wenn solche Symptome bei den aller- verschiedensten Psychosen vorkommen können, so braucht man sich nicht zu wundern, daß sie gelegentlich auch bei Idioten beobachtet werden.

Fassen wir nun die mitgeteilten Beobachtungen zusammen, so kann

die Frage, ob es sich in diesen Fällen um eine echte Katatonie handelt, ernstlich nicht erwogen werden. Wenn bei meinem Material beinahe $\frac{2}{3}$ aller tiefstehenden Idioten und $\frac{1}{3}$ aller Idioten überhaupt eine Dementia praecox haben sollten, so wäre das höchst unwahrscheinlich und würde eine vollkommene Umwälzung aller unserer bisherigen Anschauungen zur Folge haben. Masoin¹⁾ hat allerdings diese kühne Schlußfolgerung gezogen und die Hebephrenie lediglich als Spätidiotie bezeichnet! Mit Recht haben daher Weygandt und H. Vogt darauf hingewiesen, daß bei Idioten vielfach katatonieartige Erscheinungen vorkommen, ohne daß man genötigt ist, eine Dementia praecox anzunehmen, wenn für die Hirnerkrankung bestimmte andere ätiologische Anhaltspunkte gegeben sind. Diese Autoren bringen auch eine Reihe solcher Fälle bei, wo man eine durch bestimmte anatomische Veränderungen bedingte Idiotie vermuten kann. Wenn auch die klinische Einteilung der Idiotie noch recht unvollkommen ist, so glaube ich doch durch mein beigebrachtes großes Material diese Anschauung von Weygandt und Vogt noch wesentlich gestützt zu haben und betrachte es als wichtig, darauf hingewiesen zu haben, wie außerordentlich häufig katatonische Erscheinungen bei Idioten sind, eine Frage, die die vorgenannten Autoren aus Mangel an Material nicht beantworten konnten. Weiterhin habe ich gefunden und hebe nochmals hervor, daß die erwähnten Erscheinungen nur bei tiefstehenden Idioten gefunden werden. Auch das spricht gegen die Annahme einer Dementia praecox. Denn es wäre doch sehr sonderbar, daß gerade alle höherstehenden Idioten davon ausgeschlossen sein sollten. Bei diesen kommen allerdings gar nicht so selten aufgepropfte Hebephrenien vor, doch haben diese Fälle mit den hier gebrachten nichts zu tun und sind hier nicht berücksichtigt. Auch bei den von Weygandt und Vogt angeführten Beispielen handelt es sich um tiefstehende Idioten. Es kommen allerdings Frühformen des Jugendirreseins vor, und es sind von H. Vogt²⁾ und von Raecke³⁾ neuerdings eine Anzahl solcher Fälle von Dementia praecox, die im frühen Kindesalter beginnen, sehr genau beschrieben worden. Doch scheint diese Form immerhin recht selten zu sein. Es wäre möglich, daß unter meinem Material solche Fälle untergelaufen sein könnten. Bei der oft mangelhaften Anamnese und der Schwierigkeit, in Provinzialanstalten mit ihrem ungeheuren Krankenmaterial wissenschaftliche Beobachtungen zu sammeln, wäre das sehr leicht denkbar, jedoch könnte die dadurch entstandene Fehlerquelle wohl nur gering sein. Einen solchen zwar nicht ganz sicheren Fall habe ich angeführt.

Der springende Punkt ist aber, daß es sich in allen diesen Fällen

¹⁾ Masoin zit. nach Weygandt.

²⁾ H. Vogt l. c.

³⁾ Raecke, Katatonie im Kindesalter. Archiv f. Psych. 45, Heft 1. 1909.

nur um vereinzelte katatonische Erscheinungen handelt. Zur Diagnose einer Katatonie gehört eben nicht bloß das vereinzelte Auftreten, sondern das Vorhandensein des katatonischen Symptomenkomplexes als solchen. Besonders Binswanger¹⁾ weist darauf hin, daß einzelne Teile des katatonischen Symptomenkomplexes den verschiedensten Psychosen beigemengt sein können.

Kommen wir nun zu den einzelnen Erscheinungen selbst. Wenn man Kranke mit Bewegungsstereotypien vor sich sieht, so kann man aus der Art der Bewegung nicht von vornherein schließen, ob es sich um eine Katatonie oder eine Idiotie handelt. Ich habe daraufhin mein allerdings nicht sehr großes Material von *Dementia praecox*, ca. 60 meist abgelaufene Fälle, durchgemustert und habe eine ganze Reihe Patienten vorgefunden, die dauernd hin und her wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper machen, rhythmisch den Kopf hin und her drehen oder Kopfnicken oder stereotyp die Hände reiben, und zwar fast tagtäglich genau so wie Idioten. Da auch das Aussehen der Patienten ein vollkommen blödes war, so mußte ich in einigen Fällen erst die Krankengeschichte nachsehen, um mir darüber Gewißheit zu verschaffen.

Ein wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal glaube ich nun für solche zweifelhafte Fälle in dem Symptom der Beeinflußbarkeit gefunden zu haben. Ein Kranker mit Idiotie hört, wenn man ihn anruft oder berührt, sofort mit seinen Stereotypien auf und die einer katatonischen täuschend ähnliche Haltung verschwindet, während das bei einem Kranken mit Katatonie niemals gelingt. Gerade die Unbeeinflußbarkeit des Willens ist ja das für diese Krankheit Charakteristische. Ich führe dafür 2 Beispiele an, die auch die Ähnlichkeit mit der Idiotie und Katatonie beweisen sollen.

Fall 23. Marie A., 34 Jahre. Seit dem 15. Jahre bestehende Katatonie. Ist schon jahrelang ganz unzugänglich, sieht blöde aus. Macht viel seitlich hin und her wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper. Hält man bei der Kranken die flache Hand an die Schulter, um dadurch das Wiegen zu beeinflussen, so beseitigt sie den Widerstand und fährt mit den Bewegungen fort.

Fall 24. Elise D., 60 Jahre alt. Seit Anfang der 80er Jahre in Irrenanstalten, wahrscheinlich schon länger krank; genauer Beginn nicht mehr festzustellen. Alter abgelaufener Fall von *Dementia praecox*. Sieht ganz blöde aus, spricht verworren und unverständlich vor sich hin, schimpft zeitweise ohne Grund. Grimassiert viel. Macht bereits seit 1897 hin und her wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper. Seit ich die Pat. kenne, macht sie viel rhythmische, seitlich drehende Bewegungen mit dem Kopf. Setzt man nun eine Bleistiftspitze auf die Seitenwand der Nase, um dadurch die Bewegung aufzuhalten, so wird der Bleistift stets beiseite geschoben und die Pat. fährt mit dem Hin- und Herdrehen weiter fort.

Bei Idioten gelingt das nicht. Ich habe auch stets bei den oben angeführten Fällen auf die leichte Beeinflußbarkeit hingewiesen, welche

¹⁾ Binswanger-Siemerlins, Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. 1907. S. 51.

sich nicht nur auf die Bewegungstereotypien erstreckt. Hand in Hand damit geht, daß ich in meinen Fällen widerstrebendes Verhalten vorübergehend sehr vielfach gefunden habe, aber nicht den durch dauerndes triebartiges Widerstreben ausgezeichneten Negativismus des Katatonikers. Man muß daher annehmen, daß es sich bei den Stereotypien der Idiotie um etwas im Wesen ganz Verschiedenes handelt.

Im allgemeinen muß man aber doch sagen, daß die Stereotypien der Idioten sich mehr durch rhythmische und recht einförmige Bewegungen auszeichnen, während es sich bei der *Dementia praecox* doch meist um recht komplizierte Bewegungen handelt, welche in der Einförmigkeit und Einfachheit anscheinend nur in vereinzelt Fällen den Idiotenbewegungen gleichen, wie die in Fall 23 und 24 beschriebenen. Kraepelin hat daher auch solche mehr rhythmische und einförmige Bewegungen von den übrigen Stereotypien der *Dementia praecox* abgetrennt¹⁾ und faßt dieselben als gänzliche Verödung der Willensregungen auf. Er erinnert an die ähnlichen rhythmischen Bewegungen gewisser Raubtiere und vermutet, daß sie der Ausdruck niederer Einrichtungen des Nervensystems sind, die durch die Verrichtung der höheren Leistungen das Übergewicht erlangen. Für die bei Idioten sich findenden katatonieartigen Erscheinungen hat Weygandt einen anderen Versuch der Erklärung gemacht. Er weist darauf hin, daß auch beim normalen Kinde zu gewissen Zeiten der kindlichen Entwicklung katatone Symptome vorkommen und hält das Kindesalter für das Entstehen solcher Komplexe für besonders geeignet. Er ist der Meinung, daß sich dadurch solche Erscheinungen ungezwungen erklären lassen. Da sich nun die katatonischen Symptome hauptsächlich bei Kindern finden und bei Erwachsenen auch wohl meist schon in der Kindheit begonnen haben, und da es sich in allen Fällen um ganz schwere Idiotieformen, also ein Stehenbleiben auf der untersten kindlichen Stufe handelt, so möchte ich in dieser Frage Weygandt beipflichten. Hier würden weitere Untersuchungen einzusetzen haben.

Mir lag es in dieser Arbeit hauptsächlich daran, die Häufigkeit des Vorkommens und die Art der katatoniformen Erscheinungen bei Idioten zu untersuchen und dieselben gegen die *Dementia praecox* abzugrenzen.

Es ist nun sehr interessant, wie sich aus meinen Beobachtungen ergibt, daß Stereotypien bei der Idiotie so außerordentlich häufig sind. Man kann sagen, daß die Idiotie geradezu die Domäne für Stereotypien bildet. Wenn es daher in den Lehrbüchern ganz beiläufig heißt, daß solche Symptome auch gelegentlich bei Idioten zu finden sind, so muß dies dahin berichtigt werden, daß man sagt: Stereotypien kommen hauptsächlich bei der Idiotie und der *Dementia praecox* vor, bei den übrigen Psychosen nur ganz vereinzelt.

¹⁾ Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie 1, 390.