

## XXXI.

# Ueber motorische Störungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie.

(Vortrag, gehalten am 19. Februar 1886.)

Von

Dr. Binder,

I. Assistenzarzt an der Königl. Heil- und Pflegeanstalt Schussenried.

~~~~~

Hochverehrte Versammlung! Meine Herren!

In Folgendem möchte ich Ihnen in etwas eingehender Auseinandersetzung eine Reihe motorischer Störungen bei Geisteskranken vorführen, welche durch die Eigenartigkeit ihres Auftretens — sie kleiden sich, wie der Titel besagt, in stereotype Formen — sich zu einer eigenen Gruppe eigentlich von selbst gruppiren und welche um ihrer seltsamen Erscheinung willen, wie ich glaube, allgemeines ärztliches Interesse beanspruchen können.

Bei Ihren wiederholten Besuchen in Schussenried werden Ihnen wohl Allen derartige Fälle aufgefallen und noch im Gedächtniss sein; ich erinnere Sie nur an jene Kranken, welche Sie über lange Zeit hin in ein und derselben seltsamen Körperstellung, sei es in Form statuenartiger Erstarrung, sei es in anderen verdrehten Attituden beobachten konnten; weiterhin an jene Patienten, welche anhaltend in eigenen Gangarten sich bewegen, welche mit ihrem Körper oder einzelnen Theilen desselben in endloser Reihe dieselben monotonen Bewegungen vollführen; endlich an die Jahre lang Schweigenden oder immer dieselben Reden und Laute ausstossenden und was dergleichen mehr sind. Bei allen diesen Fällen handelt es sich im Allgemeinen und Wesentlichen um gewohnheitsmässige motorische Actionen, welche

wegen der Constanz der Erscheinung und wegen der langen Dauer, als dem Kranken stereotyp bezeichnet werden können. Dieselben sind weiterhin merkwürdig durch den Umstand, dass ihnen allen ein entsprechendes Motiv fehlt; wenn dies auch nicht gerade absolut ausnahmslos gilt, so ist es doch für die weit überwiegende Masse zutreffend, und ist als für das Verständniss des Ganzen wichtig hervorzuheben. In diesem Sinne sprechen sich auch alle Autoren, welche sich mit dem Gegenstande befasst haben, aus; übrigens ist zu bemerken, dass die Literatur und namentlich die Lehrbücher sehr wenig in dieser Beziehung enthalten. Der erste, welcher solcher Zustände in einem klinischen Bilde gedacht hat, ist der belgische Irrenarzt Guislain; in seinen berühmten „Vorträgen über Geisteskrankheiten“ handelt der zehnte über diejenigen Störungen, welche unter dem Namen „Folie“ verstanden werden können. Guislain bespricht nun unter diesem Titel allerdings so ziemlich die ganze Reihe der Störungen des Handelns bei Geisteskrankheiten, berührt daher auch die Morali-insanity, das Delire des Actes, die instinctiven Monomanien und der gleichen Zustände, welche uns hier nicht interessiren, aber er beschäftigt sich auch eingehend mit den heute von mir zu erörternden Störungen und gedenkt ihrer als derjenigen Varietät, welche die Alten Morositas, Caprice, Narrheit nannten, ein Irresein mit bizarren, grotesken Handlungen. Er zeichnet sodann einzelne Gruppen, so die Foux mordeurs, welche einen unwiderstehlichen Trieb haben, Alles mit den Zähnen zu zerfetzen, zu zerbeissen, Andere, welche Alles, selbst die eigene Haut, mit den Nägeln zerkratzen; ferner die Monomanes recéleurs (die Sammler), die Foux barbouilleurs (die Schmierer), die Koprophagen, die Fastenden (bei Abwesenheit jeglichen Beweggrundes), die Schweigenden (Mutomonofolie), die Grimmassenschneider (Mimofolie) und diejenigen überhaupt mit automatisch-phantastischen Zuständen. Bezuglich all dieser Formen bemerkt Guislain in der Einleitung schon: „man glaubt gewöhnlich, dass die Irren, welche diese Handlungen ausführen, mit Absicht und in Folge innerer Ueberlegung handeln; dem ist aber nicht so“. Weiter citire ich Hagen, welcher in einem vor grössem Publikum gehaltenen Vortrag über „Narrheit“ der hierhergehörigen Zustände gedenkt. Nachdem er den Begriff der Narrheit definirt, mit Beispielen versehen und dieselbe streng von der Geisteskrankheit getrennt hat, sagt er, in der Absicht, darauf hinzuwirken, dass der Name Narr für Irrsinnig total unzutreffend allmälig aus dem Sprachgebrauch schwinden möge: „es giebt zwar eine Form psychischer Krankheit, welche wir Narrheit nennen; sie zeichnet sich aus durch einen instinctiven unbesiegbaren Trieb zu

barocken, sonderbaren Handlungen, zu welchen ein entsprechendes Motiv nicht zu finden ist und ohne damit weiter sich daran anknüpfende Folgen für sich und Andere zu bezecken; so die Neigung, allerlei sonderbare Bewegungen und Gesticulationen zu machen, oder den Körper, oder einzelne Glieder immerfort in derselben Stellung unbeweglich zu erhalten, oder immerfort Gebete vor sich hinzu plappern oder andächtige Stellungen und Geberden anzunehmen, zu knieen oder den krankhaften Hang, sich in phantastischer Weise aufzuputzen, oder in Reden die Worte eigenthümlich zu verderben oder ganz neue zu machen, oder gleich Monate und Jahre gar nicht zu reden, oder immerfort zu schreiben, oder irgendwie Schaden zu stiften, sei es durch Stehlen oder Anzünden, oder Mord und Selbstverstümmelung; man wählt aber den Namen Narrheit oder Folie nicht deshalb, weil es nur Narrheiten im gewöhnlichen Sinne sind, sondern, weil man einen anderen Ausdruck nicht hat"; er fügt noch bei, dass es in kleinen Anstalten zuweilen sich treffen kann, dass in derselben längere Zeit kein Narr ist.

Endlich findet sich noch eine eingehendere Erwähnung der genannten motorischen Phänomene in der Monographie von Kahlbaum, betitelt „die Katatonie“. Der Verfasser spricht darin im Verlauf von dem Vorkommen von eigenthümlichen, mehr weniger bizarren Gewohnheiten in Bewegung und Haltung des Körpers, überhaupt vom Hervortreten von prononcirt gewohnheitsmässigem Thun, von sonderbaren monotonen Bewegungsmechanismen, zwecklosen Arbeitsbewegungen, oder halbcontracturirten Gliederstellungen (Bewegungs- und Haltungsstereotypen). Da die von Kahlbaum aufgestellte Krankheitsform in so naher Beziehung zu meinem Thema steht, dürfte es mir gestattet sein, Ihnen meine Herren in Kurzem das Nähere über diese mit dem Namen des Spannungssirreseins bezeichnete Krankheit zu erwähnen. An die Melancholia attonita (Stupida, cum Stupore, Stupeur) anknüpfend, sucht Kahlbaum nachzuweisen, dass diese nicht, wie gewöhnlich angenommen, eine eigene Krankheitsform ist, sondern dass sie nur Theilerscheinung, nur ein Stadium ist, im Anschluss an mannigfache andere Zustände. Und indem er die, namentlich in der Attonititätsperiode, aber auch über die ganze Krankheit hin sich findenden krampfartigen Störungen in motorischer Sphäre, besonders hervorhebt, sucht Kahlbaum in genialer Weise ein der progressiven Paralyse der Irren entgegengesetztes Krankheitsbild zu entwerfen, welches er dementsprechend als Spannungssirresein bezeichnet. Diese Krankheit gestaltet sich nun derart, dass Melancholie, Manie, Stupescenz, Verwirrtheit und Blödsinn in cyclischem Verlauf

sich einstellen. Die initiale Melancholie hat gegenüber anderen Melancholien nicht viel Besonderes; es folgt darauf — ich zeichne möglichst die klassische Katatonie — ein Stadium der maniakalischen Erregung; dieselbe kann, als Gesammtbild betrachtet, als agitirte Melancholie, oder als heitere Aufregung, oder mehr als fixirter Wahnsinn sich präsentiren, aber sie bietet einzelne Elemente, welche als charakteristisch gelten können und einen Wegweiser für später sich entwickelnde Attonitität abgeben können. Es ist dies vor Allem etwas Pathetisches in dem Benehmen dieser Tobsüchtigen, das bald als schauspielerische Exaltation, bald als tragisch-religiöse Extase erscheint. Die Kranken declamiren fortwährend in hohem Ton, sprechen Trivialitäten in hochgeschraubtem Ausdrucke her. Dazu gesellt sich zu diesem krankhaften Pathos gerne das Symptom der Verbigeration, welches nach Kahlbaum nur der Katatonie zukommen soll und in der häufigen Wiederholung einzelner kleiner Sätze, oder bedeutungsloser Laute im Ton der Rede, besteht. Dieses Symptom ist um so bedeutungsvoller, als in späteren Stadien der Krankheit, im Stupor, gerade das Gegentheil, absolutes Schweigen, Mutacismus, sehr häufig sich einstellt. Weiter findet sich die Sucht, in Deminutivis zu sprechen. Im ferneren Verlaufe der Krankheit, vornehmlich im Stupor, finden sich nun noch als weitere Grundsymptome die sogenannte negative Tendenz, das Widerstreben gegen jede Activität, Nahrungsverweigerung (nach Kahlbaum ein Ausdruck ebenfalls der negativen Tendenz), und endlich nach Bewegungs- und Haltungsstereotypen; am auffälligsten sind jene bizarren Gewohnheiten, wie man sie in jeder Anstalt sieht; der eine fasst sich alle paar Minuten an die Nasenspitze, eine Frau macht Bewegungen wie zum Spinnen; aber auch die Art und Weise, wie die Glieder in der Ruhe gehalten werden, ist auffallend. Ein Kranker sitzt Monate lang mit vornübergebeugtem Kopfe, gekrümmtem Rücken im Bette; ein anderer steht da, den rechten Vorderarm an der Brust, die Hand einen Theil des Gesichts bedeckend, die linke Hand am Ellbogen des rechten Arms. Die berührten Körperstellen zeigen Eindrücke. Diese Stereotypen kommen nicht, wie man glaubt, erst im terminalen Blödsinn, sondern oft schon im maniakalischen Stadium vor.

Im Verlaufe des katatonischen Krankheitsbildes nun kommen verschiedene Abweichungen in der Art vor, dass einzelne Stadien fehlen, oder sich auch später wiederholen können; endlich können auch im Gebiete der motorischen Störungen, welche sich im Wesentlichen in choreaartigen, tonischen, klonischen und funktionellen Krämpfen, in mehr weniger entwickelter *Flexibilitas cerea*, oder in unwillkürlicher

Anspannung der Glieder, oder endlich in den sonderbaren monotonen Bewegungsmechanismen oder Haltungsstereotypen sich äussern, auch die verschiedenartigsten Variationen sich finden. — Der Ausgang der cyclischen Krankheit ist Genesung oder secundäre Seelenstörung, Blödsinn, Verrücktheit. Die Prognose schildert Kahlbaum im Ganzen gut.

Indem ich zu meinen eigenen Beobachtungen übergehe, glaube ich die Frage nach der Berechtigung der Katatonie als einer eigenen Krankheitsform, im Allgemeinen ausser Acht lassen zu können; aber ich muss bemerken, dass es eine grosse Zahl von Fällen gibt, die dem Kahlbaum'schen Schema mehr weniger entsprechen. So konnte ich bei einer Auslese aus 800 Krankengeschichten constatiren, dass in  $\frac{3}{4}$  Theil aller der Fälle, bei denen ein stuporöser Zustand sich notirt fand, dieser Stupor sich an die verschiedensten Krankheitsformen sich anschloss und mit ihnen wechselte, und dass in der überwiegenden Mehrzahl neben dem Stupor die sogenannten katatonischen Grundsymptome in Erscheinung traten. Ja in acht Fällen war das Bild ein so charakteristisches, dass dieselben geradezu als klassische Katatonie gelten können; so z. B. folgender:

Ein junger Mann von 34 Jahren hatte schon zweimal psychische Erkrankungen durchgemacht, die jedesmal verschiedene Symptome des katatonischen Krankheitsbildes dargeboten hatten (Wechsel zwischen Manie und Melancholie, pathetisches Wesen, Nahrungsverweigerung), ohne dass es zu völliger Attonitität gekommen wäre. Ende Juli 1879 wurde er in Schussenried aufgenommen; er war auf einer Reise durchgekommen und hatte sich im Wirthshaus derart aufgeregzt benommen, dass seine Aufnahme in die Anstalt geboten war. Neben anderen, weniger harmlosen Streichen, hatte er unaufhörlich declamirt, dabei ganz eigenthümliche Grimassen geschnitten, ein ganz unnatürliches Pathos in die Worte gelegt. Dieser Zustand der Exaltation hielt einige Zeit lang an, nach welcher Patient sich bessert und probeweise entlassen werden konnte. Da er aber zu Hause bald wieder aufgeregzt geworden war, viel declamirt und gesungen hatte, wurde er nach 2 Monaten im October 1879 zum zweiten Male hierher verbracht; er verhielt sich nun zunächst ein ganzes Jahr hindurch mehr weniger aufgeregzt, aber ohne charakteristisches Gepräge; am 14. October 1880 ist notirt, dass der Kranke declamire, Lieder vorsinge, die seltsamsten Gesticulationen mache, eigenthümlich gespannte Gesichtszüge habe; auch die folgenden Tage declamirte er auf die manirteste Weise, trug sentimentales Zeugs vor, nahm theatrale Stellungen ein u. dgl. Vom December ab wurde er ruhiger; im Februar 1881 brachte er melancholische und hypochondrische Klagen vor und es hielt die melancholische Depression mit Selbstmordtrieb, Selbstanklagen, Nahrungsverweigerung die nächsten Monate unausgesetzt an; im Juli 1881 erfolgte der allmäliche Uebergang zum Stupor; der Kranke stand nunmehr unausgesetzt an demselben

Fleck aufrecht, sprach kein Wort mehr und so stand er vom Juli 1881 bis Juni 1885 in einem fort an ein und derselben Stelle, wie ein Säulenheiliger, in ganz charakteristischer, stets gleicher Positur, die linke Hand am Kinn, mit der Hand des im Eilbogen flectirten quer über die Brust gelegten rechten Armes den linken Arm stützend; nie war ein Wort von ihm zu hören; zu allem musste er angehalten werden; im Juli 1885 starb der Kranke an Phthise, bis zum letzten Moment hatte sich die Neigung zu seiner Stellung festgehalten, nur sprach er gegen Ende seines Lebens manchmal einige Worte und hatte ab und zu Selbstmordtrieb geäussert.

Eine weitere Patientin erkrankte im Frühjahr 1860 mit Melancholie; im Herbst desselben Jahres änderte sich das Bild und es trat maniakalische Erregung mit Ideenflucht und possehaftem Benehmen auf; im November 1860 in Winnenthal aufgenommen, dauerte die Aufregung noch einige Monate an, um darauf hin bald in völlige Erstarrung überzugehen; Patientin blieb regungslos, Augen und Mund krampfhaft geschlossen im Betteliegen, verzog keine Miene; sie weigerte sich gegen Alles, was mit ihr geschehen sollte; dabei hatte sie verschiedene eigenthümliche Gewohnheiten, liess keine Kleider als nur das Hemd am Leibe, ass nie, als wenn sie unbeachtet war, sprach auch nie eine Sylbe als, ebenfalls wenn sie sich nicht beobachtet glaubte, kurze Sylben. In Winnenthal hat sie sich in 8 Jahren nicht verändert, nie gesprochen, nach Göppingen verbracht, hielt sie während der Zeit von 1868—75 stets dieselbe Stellung unverändert ein; sie sass da, mit gebeugtem Rumpfe, gefalteten Händen, zusammengepressten Lippen (Schnauzkrampf), starre vor sich hin, zeigte grossen Negationstrieb und sprach nie ein Wort. In Schussenried behielt sie ebenfalls ihre Stellung und ihren Mutacismus bei.

Ein anderes Patientin erkrankte mit Manie; darauf folgte Melancholie, 1877 trat Stupor ein; es bestand völlige Passivität; eine Stellung wurde in der Arteingenommen, dass Patientin mit gesenktem Kopf, geschlossenen Augen dastand, nichts sprach; 1879 war der Zustand noch der gleiche; es stellte sich ein kurzer Anfall von vollkommener Starrheit ein, die Kranke stand mit ganz steifem Körper, ausgestreckten Armen da. Im Juni 1879 ist eine ganz eigenthümliche Körperstellung bei der Patientin zu bemerken; sie steht da mit rechtwinkelig nach vorne übergebeugtem Oberkörper, hebt mit der einen Hand ihre Röcke bis über das Knie in die Höhe und berührt mit einigen Fingern der anderen Hand eine Stelle des einen Fussrückens. Im April 1880 verlor sich allmälig die Neigung zu dieser Stellung und es trat eine andere Attitüde auf; es wurde der Aermel des linken Armes zurückgestreift und die Haut fortwährend blutig gekratzt; dabei Mutacismus, Stehen an ein und demselben Fleck. Vom Juli bis October 1880 wiederum die erstgenannte Stellung, desgleichen vom December 1880 bis April 1881 und im September 1881 für einige Zeit. Dann folgte ein Jahr Pause, mit maniakalischem Wesen und Zornesausbrüchen erfüllt. Im Sommer 1883 wieder die alte Stellung. Die Finger vom Aufstellen und Reiben auf dem Fussrücken ganz schwielig; ins Bett gebracht, hielt gleichwohl die Neigung zu ihrer Attitüde an. Es folgte nun wieder eine Zeit der Apathie, mit Zerkratzen des Armes. Novem-

ber 1884 bis Januar 1885, Juni 1885 bis September 1885 und seit Januar 1886 wiederum die vielgenannte Stellung; ganz wie vor Jahren steht die Kranke da mit übergebogenem Oberkörper, völlig regungslos, hält mit der linken Hand die Röcke in die Höhe, die Finger der rechten berühren den Fussrücken; das Nagelglied des Zeigefingers ist ganz contracturirt und die Haut vom Reiben ganz verdickt.

Weitere Fälle verlaufen nach dem Schema: Melancholie — Manie — Stupor, starrer Blick, Negationstrieb, Mutacismus, regungsloses Dasitzen, Schnauzkampf, das ganze seit 8 Jahren.

Ferner: Melancholie, Manie — totaler Stupor, Mutacismus neben Andeutung von Verbigeration, Nahrungsverweigerung, Besserung nach 3 Jahren; endlich: Melancholie — Manie — Stupescenz, Nahrungsverweigerung, starres Sitzen auf einem Fleck, fortwährendes in die Sonnestarren.

Derlei Fälle sind es noch einige; sie verdienen den Namen klassischer Katatonie; ausserdem sind noch 21 andere Fälle zu erwähnen, welche zwar nicht so typisch sind, aber doch nach ihrem ganzen Verlauf in die Reihe des katatonischen Krankheitsbildes gehören. Bei manchen ist das Schema der einzelnen Stadien abgeändert, es beginnt z. B. die Krankheit mit Manie, es folgt Melancholie und dann Stupor, oder es zeigt sich der Typus: Melancholie-Stupor-Manie oder Manie-Stupor-Melancholie. Jedesmal waren natürlich dabei die katatonischen Grundsymptome über ein oder mehrere Stadien der Krankheit verbreitet. Bei einzelnen Kranken boten namentlich die Stereotypen der Sprache viel Interessantes; so bei einer Pat., welche im ausgeprägtesten Stupor befangen, ihren Mutacismus mitunter für einige Zeit dadurch unterbricht, dass sie unendliche Male das Wort „Trübsal“ bald leise, bald laut hersagt; auf Fragen erhält man stets dieselbe Antwort „Trübsal“, sie spricht es oft mit lächelndem Munde und Gesicht aus. Ein Anderer hält über mehr als ein halbes Jahr hin Reden in eigenthümlich pathetischem Tone und geschraubter Sprache; der Leitfaden all seiner Sermonen und Monologen ist immer der Begriff „Wahrheit“. „Wegen der Wahrheit sind wir da, Wahrheit muss sein; wenn der Mensch eine Wunde hat, muss sie mit Wahrheit zu geheilt werden; es sind immer zwei beieinander, Wahrheit und Unwahrheit; wenn ein Mensch den Fuss gebrochen hat, kann er nicht laufen, deshalb muss Wahrheit sein; die Wahrheit soll bleiben etc.“ So geht es Stunden lang fort.

Dies wären die wesentlichsten Stereotypen in Stellung und Haltung, welche der katatonischen Erkrankungsform eigen sind; wir haben sie bei der Aufführung einzelner Krankheitsfälle kennen gelernt, und

brauche ich sie daher nicht weiter zu berühren; ich gehe über zu der zweiten grossen Gruppe stereotyper Haltungen und Bewegungen, welche ich Ihnen unter dem Namen der Narrheit oder Folie vorführen möchte; nicht als ob die Folie als solche eine selbstständige Krankheitsform wäre, ist sie doch nur Symptom bei den verschiedensten Zuständen, allerdings oft das hervorragendste und selbst einzige Symptom, insofern sie als letzter Ueberrest der Krankheit noch fortdauert, wenn die Psyche längst erloschen ist. Am häufigsten finden sich Zustände von Narrheit bei der secundären Seelenstörung, bei der Verrücktheit und im Blödsinn. Bei der Tobsucht (abgesehen von der dem katatonischen Cyclus angehörigen) werden wir, da ja gerade diese Form sich in jähem Wechsel der Stimmung, Gedanken und Handlungen charakterisiert, vergebens nach stereotypen motorischen Trieben suchen, wenn auch mitunter das Gebahren solcher Kranker, namentlich bei räumlicher Beschränkung, oft etwas Monotonies, Automatisches an sich tragen mag. Wenn wir aber, wie es auch vorkommt, bei genuiner Tobsucht schon von vornherein stereotype Bewegungen wahrnehmen, so wird sich uns der Verdacht der katatonischen Natur der Krankheit erheben; in einigen Fällen war mir dies sehr auffällig gewesen.

Auch bei der Melancholie werden wir Haltungs- und Bewegungsstereotypen vermissen; das einförmige Jammern der Schwermüthigen, ihr unstätes Auf- und Abgehen, ihre Regungslosigkeit in anderen Fällen, können wir, als einer wirklich entsprechenden Stimmung entstehend, nicht hierherrechnen. Ebensowenig begegnen wir bei der primären Verrücktheit den gedachten Erscheinungen, während dieselben bei der progressiven Paralyse der Irren sich gar nicht so selten vorfinden, wie dies Knecht in einer kleinen Schrift dargethan hat, und wie auch ich an mehreren Fällen dies beobachten konnte. Wie gesagt, ist es am häufigsten die secundäre Seelenstörung, und zwar in vielen Fällen das Uebergangsstadium von den primären zu den secundären Formen, welche die Erscheinungen der Folie aufweisen; letzteres gilt namentlich von der Tobsucht; es ist ein bekanntes, prognostisch ungünstiges Zeichen, wenn das der Manie eigenthümliche, wechselnde psychomotorische Gepräge einförmiger wird (Schüle), wenn es sich in automatisch-stereotype Formen kleidet. Solche im Uebergangsstadium sich befindende Tobsüchtige machen Wochen und Monate lang dieselben monotonen Bewegungen, sie zerreissen, zerzupfen ihre Kleider oder ihre Haut, schmücken sich mit allerlei Tand, schmieren ihre Zelle, ihren Körper mit Urin und Koth an, reiben unausgesetzt die Wände, den Boden des Gelasses ab, kriechen auf allen Vieren daher, stossen fortwährend ein und dieselben Worte

und Laute aus, gehen in bestimmten Bahnen, nehmen besondere Haltungen und Bewegungen mit dem Körper oder einzelnen Theilen desselben vor und dergleichen. Guislain drückt diesen Zustand sehr schön und treffend aus, wenn er sagt: „wenn im Verlauf einer Manie die intellectuellen Functionen unmerklich eine Abnahme der Energie erleiden, wenn ein Fortschritt zur Demenz stattfindet, so bemerkt man oft eine specielle Aufregung im Gange, in den Geberden, in gewissen Handlungen; diese Handlungen zeigen sich unter automatischer Form. Es giebt in der That einen Antagonismus zwischen dem, was man seit einiger Zeit die instinctiven und intellectuellen Handlungen genannt hat; je mehr diese letzteren abwärts gehen, sehen wir erstere sich steigern“.

Im Ganzen habe ich 55 Fälle von Folie mit stereotypem Thun und Treiben zusammengestellt, und zwar lauter Fälle, wo die Stereotypen wirklich prononcirt, über lange Zeiträume hervortreten; wollte man auch weniger ausgeprägte herbeiziehen, so könnte man schliesslich mit Fug sagen, dass jeder secundär gestörte Geisteskranke seine motorische Eigenthümlichkeit aufweist. Vielfach zeigen einzelne Kranke mehrere derartiger bizarre Gewohnheiten, die sich derart verflechten, dass der resultirende Zustand ein höchst eigenartiger und sonderbarer wird.

Betreffs einzelner Kategorien von Bewegungs- und Haltungsstereotypen habe ich schon oben, Guislain folgend, mehrere erwähnt, die Zerreisser, Sammler, die Widerspenstigen, die Fastenden und die Stummen, welche Trias, wie schon Guislain richtig beobachtete, sich gerne zusammengehäuft bei einzelnen Individuen findet, und welche, wie wir gesehen haben, ganz besonders der katatonischen Reihe eigen ist; übrigens beobachten wir die Schweigenden nicht so selten auch ausserhalb des katatonischen Rahmens; in biesiger Anstalt sind zur Zeit 3 Kranke, die seit Jahren nicht gesprochen haben, bei denen man aber sieht, dass sie ihre Umgebung mit Interesse und Verständniss beobachten.

Stereotypen der Rede: eine Kranke stiess in häufigen Aufregungszuständen, die über sie kamen, über einen Zeitraum von 14 Jahren hin immer bestimmte Worte Tage lang aus, mit einer Intensität und Schnelligkeit, dass sie atemlos wurde; ausserdem ging sie immer auf und ab und machte seltsame Bewegungen mit den Armen. Ein anderer Kranker murmelt in weithin wahrnehmbarem gurgelndem Ton unter eigenthümlichem Timbre der Stimme vor sich hin; dazu macht er von Zeit zu Zeit ganz seltsame Bewegungen mit dem Oberkörper, gerade wie einer, der so krampfhaft niest, dass es ihm den ganzen

Körper zur Seite schleudert; eine Frau sagt über Jahre hin tausende und aber tausende Male hintereinander das Wort „Segnen“ her und neigt dazu den Oberkörper vor- und rückwärts. Nicht selten sind ferner diejenigen Kranken, welche gerne in selbstgemachten Worten und Silben reden; so besonders ein Kranke, der für gewöhnlich nie ein Wort spricht, wenn er aber z. B. französisch angedeutet wird, eine vollständige eigene Sprache daherbringt; seine Worte sind sehr wohlklingend und kehren viele davon immer wieder; unter 330 Worten sind 173 nur einmal gebraucht, dagegen 56 wiederholt (bis zu 7 mal) in der Gesammtsumme von 157 Worten; diese seltsame Sprache hat außerdem die Eigenthümlichkeit, dass von den Buchstaben des Alphabets nur 14 als Anfangsbuchstaben vertreten sind, darunter gar keine Vocale; beinahe die Hälfte sämmtlicher Worte beginnt mit einem F. Es ist staunenswerth, mit welcher Geläufigkeit der Kranke seine Sprache redet. Bemerkenswerth ist ferner, dass mit vielen Worten ganz bestimmte Vorstellungen verknüpft sind, wie dies aus einem seit einigen Jahren gepflogenen Examen mit dem Sprachkünstler hervorgeht; derselbe Kranke hat noch mehrere andere Eigenthümlichkeiten; er liebt es, die Mauern mit ganz seltsamen Gemälden zu garnieren, alles Mögliche zusammenzusammeln, auf dem Corridor wandelnd, immer wieder von Zeit zu Zeit an bestimmte Stellen der Wand zu patschen. — Weiter giebt es Kranke, welche alle Sätze zwei und mehrere Male wiederholen, in ihren Reden bellen oder heulen; andere sprechen in Deminutivis, so eine paralytische Kranke, welche auf Anreden immer ein und denselben kleinen Satz wiederholte. Nach Guislain gehört auch die Predigerkrankheit endlich noch hierher.

Stereotypen der Bewegung von Körpertheilen finden sich sehr häufig bei Geisteskranken. Von einem anno 1865 in Göppingen aufgenommenen Patienten ist gesagt, dass er anhaltend Bewegungen mit dem rechten Arm ausföhre, ohne dass dieselben näher präzisirt werden. Anno 1875 hierher versetzt, steht der Kranke den ganzen Tag an einem Fleck, sich unausgesetzt bekreuzend und ganz dieses Verhalten zeigt er noch heute; freilich ist die Bewegung des Bekreuzens als solche kaum mehr zu erkennen, so sehr hat sie sich im Verlaufe vereinfacht. Der Kranke führt nämlich nur noch rhythmische, ziemlich ausgiebige Schwenkungen seiner im Handgelenk flectirten rechten Hand gegen die Stirne, oder gegen die Brust aus, aber unaufhörlich; mit dieser Bewegung schläft er ein und nimmt sie mit dem Erwachen wieder auf; die Stirnhaut ist von den vielen Berührungen schwielig

verdickt und die Kleider über der Brust sind rissig und zeigen einen tiefen Einbug. Ausserdem ist noch zu bemerken, dass der Kranke, von dem nie ein lautes Wort zu hören ist, etwa alljährlich einmal geradezu überstürzt schimpft. — Ein Secundärverrückter hatte schon anno 1866 die Gewohnheit, mit eingeschlagenen Daumen, zwinkernden Augen, sprachlos an einem und demselben Fleck zu sitzen; anstatt zu reden, machte er mimische Bewegungen; ausserdem stopfte er sich seine Nase mit allerlei Unrat voll; anno 1877 war das Eingeschlagensein der Finger noch zu constatiren; wenn der Kranke etwas fassen wollte, so that er dies mit der ganzen Hand als solcher, ohne dass er die Finger aus ihrer seltsamen Lage gelöst hätte; ein ganz ähnlicher Fall ist auch zur Zeit hier zu beobachten. Ein weiterer Kranke hatte die Gewohnheit, mit dem Kopf derart heftig zu nicken, dass man glauben sollte, er müsste herunterfallen; ein anderer hält seine ausgespreizte Hand in einiger Entfernung vor seinem Auge still und betrachtet sie unausgesetzt.

Stereotypen im Gehen: ein Verblödeter watschelt seit Jahren den ganzen Tag wie ein Perpendikel unzählige Male den Corridor auf und ab, die Hände fest in einander gefaltet, leise vor sich hinmurmelnd; er achtet nicht der Blasen, die sich an seinen Füssen und der Frostbeulen, die sich an seinen, durch Druck ganz ödematösen und blauen Händen bilden; ein Anderer geht Jahre lang in Reitbahn oder Achtertouren, in Ellipsen hin und her; ein fernerer bietet einen ganz eigenthümlichen Bewegungsmodus; er bewegt sich eine gewisse Strecke nach vorwärts, bleibt stehen und ohne sich zu drehen, geht er, den Rücken voraus, dieselbe Strecke wieder nach rückwärts, wählt dazu die seltsamsten Gangarten, kreuzelt mit den Beinen, hebt sie verschieden hoch, so dass er sich dabei alle Mühe geben muss, um sich in der Balance zu halten; ausserdem macht er die grässlichsten Verzerrungen und unheimlichsten Verdrehungen mit der mimischen Gesichtsmuskulatur. Wieder ein Anderer schreitet durch Jahre hindurch den ganzen Tag umher, jeden Schritt des rechten Beines stark prononcirend, das ganze Körpergewicht auf dieses verlegend, die Hände über dem Rücken verschränkt, die rechte Schulter voraus; zeitweise stösst er bei jedem Schritt des rechten Beines einen durchdringenden Zischlaut aus. Ein weiterer hatte die Gewohnheit, so schnell im Kreise herumzugehen, bis er ohnmächtig wurde, oder derart in die Höhe zu hüpfen, dass er in Schweiss gebadet wurde; endlich ein Kranke, der zeitweise Tage lang den Corridor auf- und abtänzelt, dazu die possierlichsten und lächerlichsten Verdrehungen seines Kopfes und Rumpfes nach Art des Complimentirens macht und

öfters seine Tänze durch groteske Sprünge unterbricht, oder stundenlang ein und dieselben sinnlosen Worte nach eigens gemachter Melodie, im Ton des Gesanges mit lauter Stimme vor sich hinsingt.

Ausserdem lassen sich noch eine ganze Reihe anderer sonderbarer Gewohnheiten des Thuns bei Geisteskranken beobachten; so legt sich z. B. eine Kranke durch Jahre lang so ziemlich den ganzen Tag immer auf eine und dieselbe Körperhälfte auf einer Bank nieder; in Folge dessen ist z. B. im Sommer die eine Seite des Gesichtes von den Sonnenstrahlen ganz dunkelbraunschwarz, dagegen die andere vom Liegen vollständig weiss; Andere sieht man nie anders, als mit über den Kopf geschlagenen Röcken in bestimmten Stellungen dasitzen, wieder andere knöpfen die Kleidungsstücke fortwährend auf, lassen manche Dinge, Schuhe, Strümpfe gar nicht an sich, legen diese Gegenstände neben sich hin u. dgl.

Als weitere stereotype automatische Handlungen sind zu bezeichnen: die Sucht, sich die Haare am ganzen Körper, oder an einzelnen Theilen, oder nur an circumscripten Stellen, entlang des Scheitels, an den Schläfen, am Kinn auszuraufen, sich die Nägel wegzukauen, an den Zähnen zu rütteln, in den Augen zu bohren, sich die Haut zu zerkratzen. Letzteres konnte unter Anderem bei zwei Paralytikern beobachtet werden, deren einer sich in einem Zeitraum von  $1\frac{1}{2}$  Jahren beide Nasenflügel, die Nasenspitze, einen grossen Theil des Septums und ein Stück der Wangenhaut weggezupft hat. Wieder andere ziehen sich an den Ohren, bis sie ganz verunstaltet sind und die Läppchen eine monströse Grösse erreicht haben. Ferner citire ich die Sammler, welche Alles, was ihnen in den Weg kommt, z. B. Excretionen ihres Körpers, mit grosser Sorgfalt zusammenlesen; im Sommer sieht man solche Leute oft mannshohe Stösse aus kleinen Holzstückchen, Blättern u. dgl. bestehend, zusammenlesen. Guislain spricht auch noch von einer Talpofolie, die auch eine von unseren Kranken zeigt, insofern sie mit einem kleinen Stück Schiefer unermüdlich, einem Maulwurf gleich, die Gartenerde durchwühlt. Endlich können alle menschlichen Handlungen bei Geisteskranken den Charakter des Automatischen annehmen; manche waschen sich hunderte Male des Tags, andere starren in die Sonne, machen Bewegungen des Spinnens, schreiben alle ihnen zugänglichen Papierfetzen voll und was dergleichen mehr ist.

Dies wäre im Wesentlichen die Art und Weise, wie die Bewegungs- und Haltungsstereotypen in Erscheinung treten; es erübrigt

noch, einige allgemeine Punkte im Anschluss daran zu erörtern. Ich habe Ihnen, meine Herren, im Aufang gesagt, dass all die genannten Haltungen und Handlungen mehr weniger automatisch, nicht aber der Ausfluss eines directen Willensimpulses sind; dafür bin ich Ihnen den Beweis noch schuldig.

Für die in die Reihe der Katatonie, wenigstens für die in's Stadium der Stupescenz gehörigen Erscheinungen, dürfte der Beweis nicht schwer werden, stellt ja doch der Stupor, wie bekannt, das tiefste Darniederliegen der psychischen Functionen dar; dies ist wenigstens die Ansicht der neueren Autoren in der Psychiatrie; so sagt z. B. Weiss in seinem Compendium: „Die festgehaltene Meinung, dass stuporöse und melancholische Zustände dasselbe seien, sei nur eine festgehaltene Bequemlichkeit; er fährt fort, indem er sagt, der Stupor sei das typische Bild cerebraler Debilität, das Minimum der Leistungsfähigkeit des Gehirns, primärem Blödsinn gleich zu erachten“. Auch Schüle sagt, die geistige Initiative sinkt bei der Attonitität immer tiefer, während die motorische Spannung in gleichem Tempo zunimmt. Kahlbaum erklärt es für einen Irrthum, die Melancholia attonita zu den depressiven Zuständen zu rechnen. Zum Beweise dafür führt er an, dass einerseits eine Menge der hierher gehörigen Kranken in der Genesung angebe, dass sie im Stupor gar nichts gedacht hätten, andererseits, dass es bei Attonititätszuständen häufig vorkomme, dass die Mienen und sonstigen Aeusserungen der Kranken keineswegs einen betrübten, ja bisweilen einen entgegengesetzten Ausdruck annehmen. Es ist daher nicht zutreffend, die verschiedenen Symptome der Nahrungsverweigerung, das Schweigen, die Unbeweglichkeit von schmerzlichen Affecten herzuleiten, viel eher könnte man dieselben als cerebrale Krampfzustände bezeichnen und z. B. das Schweigen dem tonischen, die Verbigeration dem klonischen Krampfe vergleichen.

Aber auch für die der Gruppe der Folie zugehörigen Erscheinungen lässt sich der Beweis, dass sie keine absichtlich gewollten sind, erbringen. Schon ganz als solche betrachtet, haben die hierher gehörigen Handlungen etwas Automatisches, Unmotivirtes an sich; nun könnte man dieselben in Verbindung setzen mit ebenso seltsamen Wahnideen und Sinnestäuschungen, und in dieser Beziehung ist ja bekannt, dass von Geisteskranken das Allerabenteuerlichste producirt wird. Für diejenigen Kranken, bei denen völlige Verblödung eingetreten ist, kann von dem gedachten Zusammenhang keine Rede mehr sein, aber es gilt dies auch für die übrigen Kranken in ziemlich bedeutendem Grade; es sind, wie oben erwähnt, meist secundär Ge-

störte, Verblödete, Verwirrte und Verrückte; es ist bekannt, dass die Wahnideen solcher Leute mit der Zeit mehr und mehr abbllassen, sich auch wohl ändern, und dass die Kranken nicht mehr im Sinne ihrer Wahnideen handeln; auch die Thatsache, dass bei Primärverrückten, wo die Wahnbildung und die Sinnestäuschungen im Vordergrunde der Krankheit stehen, wo die Wahnideen oft auch recht sonderbarer Arts sind, dass hier Stereotypen der Haltung und Bewegung jedenfalls sehr selten sind, dürfte einigermassen gegen die Planmässigkeit dieser Erscheinungen sprechen. Endlich, fragen Sie Leute mit solch' seltsamen Gewohnheiten, was sie damit eigentlich bezwecken, so werden Sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gar keine Antwort erhalten, theils weil die Betreffenden zu sehr verblödet sind, um auch nur auf Anrede zu reagiren, theils einfach deshalb, weil sie selbst keinen Grund wissen. Vielfach sagen sie es auch, dass sie es nicht wissen, meist unter verlegenem Lächeln, und dennoch nützen weder Ermahnungen, noch Drohungen, oder wenn es nöthig, mechanische Einschränkung, sie von ihrem unwiderstehlichen Treiben abzuhalten. Aber es giebt auch Kranke, welche auf Anfragen in der That einen Grund angeben; so einer, der in die Sonne starrte, „die Sonne befehle ihm dies“; ein anderer, der fortgesetzt mit den Beinen Bewegungen machte, „er müsse der Schlange den Kopf zertreten“ u. s. w. Doch sind solche Begründungen selten und genügen dann eigentlich doch nur unvollkommen zur Erklärung von solch' langdauernden, zum Theil sehr mühevollen Gewohnheiten, wie sie geschildert. Meist fallen auch solche Bemerkungen nur in die erste Zeit des Auftretens der betreffenden sonderbaren Handlungen; je älter, je eingewurzelter und prägnanter dieselben werden, desto weniger wird ein Motiv dafür angegeben; dass in manchen Fällen ursprünglich, vielleicht wo die Kranken sich im Uebergangsstadium zur secundären Seelenstörung befanden, ein Motiv für das beharrliche Thun und Treiben vorhanden gewesen sein mag, lässt sich allerdings nicht von der Hand weisen, so kann dies z. B. für den oben erwähnten Kranken, dessen Hand in stetiger Bewegung gegen die Brust oder Stirn begriffen ist, geltend gemacht werden; wir wissen, dass er ursprünglich sich rite bekreuzte, d. h. eine vollständig zweckmässige, höchst wahrscheinlich gewollte Bewegung ausführte; längst ist aber die Vermuthung, dass dies ihm jetzt noch im Sinne läge, durch seine gänzliche Verblödung ziemlich sicher ausgeschlossen und ebenda für, dass sein Thun jetzt ein automatisches ist, spricht auch die so bedeutende Vereinfachung der Bewegung, derart, dass man den ursprünglichen Charakter derselben kaum mehr vermuten könnte. Uebrigens zeigt es sich in manchen Fällen, wo an-

scheinend ein ganz richtiges Motiv vorliegt, dass bei näherer Beobachtung ein solches tatsächlich nicht vorhanden ist, so bei einem Kranken, der neben der überaus lästigen Gewohnheit, an Jedermann herumzuzupfen, auch die höchst unangenehme Eigenschaft hat, zu jeder sich öffnenden Thüre mit einer unwiderstehlichen, durch nichts zu bekämpfenden Macht, hinauszudringen; in diesem Falle könnte man einfach annehmen, dass der Kranke eben fort wolle; dies ist aber nicht der Fall; wenn man nämlich den Betreffenden zur Thüre hinauslässt, dann macht er nicht den Versuch wegzulaufen, sondern nachdem er mit blödem Blick herumgestiert hat und kaum einige Schritte über die Schwelle gegangen ist, kehrt er schleunigst schmuelnd wieder um und in den Corridor zurück; er sagt auch selbst, dass er nicht fort wolle. Endlich in anderen Fällen, wo scheinbar richtige Motive angegeben werden, dürften letztere vielfach im Sinne des Erklärungsversuches für den bestehenden, unwiderstehlichen Trieb zu deuten sein. Unter allen mir zur Beobachtung gekommenen Kranken ist mir nur ein Fall mit lang fortgesetzten Bewegungen stereotyper Art bekannt, bei welchem der Beweggrund in der That ganz klar in Gestalt von dem Kranken eingewurzelten Wahnideen, vorhanden ist. Es handelt sich um einen Mann, der seit ca. 2 Jahren vom frühen Morgen bis zum späten Abend unausgesetzt gehend, kleine Kreise beschreibt und so täglich viele Kilometer zurücklegt; fragt man ihn, was er denn damit wolle, so antwortet er alsbald, er mache Brot, Mehl, Wein, dass das Haus grösser werde, dass es im Himmel schöner sei, kurz, was ihm gerade wünschenswerth dünkt; bald geht er langsam, so dass man meinen sollte, er bleibe stecken, und lässt er sich alsdann, immer gemüthlich weitergehend, in ein kurzes Gespräch ein, giebt einem Auskunft, was er mache; aber andere Male hat er es eilig; mit einer rapiden Geschwindigkeit rast er im Kreise umher; fragt man ihn jetzt, dann kümmert er sich meist gar nicht um einen, sondern geht weiter, nur bisweilen sagt er in heftigem Ton ganz kurz, er mache noch Dies und Jenes, ganz in der Art, als hätte er kurze Zeit zu verlieren, als pressire es; sinkt er vor Müdigkeit beinahe zusammen, dann legt er sich auf eine Bank und macht nun mit der Hand und dem Vorderarm rotirende Bewegungen, bald langsam, bald schneller und giebt auf Befragen ebenfalls an, dass er Lebensmittel machen, das Weltrad drehen müsse u. dergl. Solche Fälle gehören jedenfalls zu den Ausnahmen.

Ich wäre Ihnen jetzt noch eine positive Erklärung der Natur und des Wesens der Bewegungs- und Haltungsstereotypen schuldig; dies

würde mich aber zu weit führen. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass es nach Verschiedenem wahrscheinlich ist, dass bei psychischen Krankheiten öfters zugleich auch eine gewisse Selbstständigkeit des Verhaltens der motorischen Centren, deren wir durch Hitzig, Ferrier u. A. in der Grosshirnrinde mehrere kennen, besteht; für manche Fälle dürfte auch eine directe Beteiligung des Rückenmarkes in Betracht zu ziehen sein. Eine Studie von Roller über diese Verhältnisse (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 42, H. 1) ist in dieser Beziehung interessant. Für die Stereotypen des Haareausraufens, Kratzens u. dergl. könnten, wenn man sie nicht als automatisch gelten lassen will, abnorme Sensationen der Haut in Frage kommen, so auch bei dem erwähnten Paralytiker, der sich die Nase weggezupft hat.

Zum Schlusse nur noch eine Bemerkung! Wie wir gesehen haben, lassen sich die Stereotypen der Bewegung und Haltung klinisch in zwei Hauptkategorien trennen, die der Katatonie und die der Folie; wäre es nicht möglich, dass ein Band alle diese Fälle umschliesst? Ich glaube, dass dies der Fall ist, insofern die Thatsache besteht, dass all' diese genannten Störungen sich vorzugsweise bei erblichbelasteten Individuen finden. Aus der Zahl von 84 Fällen sind mindestens 65 pCt. erblich belastet. Kahlbaum will nun allerdings diesen Factor wenigstens für die Katatonie nicht gelten lassen; er will unter 50 Fällen der Art nur 4 erbliche gefunden haben. Aber andere Autoren sind ganz entgegengesetzter Ansicht; so sagt Arndt: „die Katatonie entwickelt sich nur auf ganz bestimmtem Boden; zu ihrem Zustandekommen gehört eine ganz erhebliche, ja zum Theil sogar hochgradige neuropathische Diathese; es handelt sich bei ihr fast immer um Leute mit stärkerer erblicher Belastung, um chlorämische Individuen mit mehr weniger zahlreichen Stigmata degenerationis“. Ich kann dies nur bestätigen; unter den 29 Kranken der katatonischen Reihe sind 70 pCt. belastet; die 8 klassischen Fälle von Katatonie zeigen sogar 75 pCt. Erblichkeit (nebenbei ist bei einigen der 29 Fälle gar nichts über Erblichkeit gesagt, und wurden sie von mir unter die Nichterblichen gerechnet). Die Fälle aus der Gruppe der Folie zeigen 63 pCt. Erblichkeit (auch hier bei einzelnen unge nauen Angaben). Endlich, nehme ich von den 84 Kranken mit motorischen Störungen stereotypen Charakters, sine studio, die allerschwersten heraus, jene Fälle, welche, wie ich Ihnen an Exemplaren gezeigt habe, durch das Zusammentreffen mehrerer verdrehter Attituden und bizarrer Gewohnheiten wahre Zerrbilder menschlichen

Wesens darstellen, so erhalte ich eine Erblichkeitsziffer von 80 pCt.; davon gehören 8 der katatonischen Gruppe an, von denen 7 zum Theil ganz grässlich erblich belastet sind (bei dem 8. ist sie zweifelhaft). Weitere 12 Individuen sind die schwersten Repräsentanten aus der Reihe der Folie und von diesen sind 9 belastet, zwei zweifelhaft, einer nicht belastet.

Gemäss dieses Verhaltens glaube ich, den Schluss ziehen zu dürfen, dass bei Geisteskranken das Vorkommen von Stereotypen der Haltung und Bewegung, wenigstens in den schwereren Graden, als Folge und zugleich als der Ausdruck der erblichen Belastung anzusehen ist.

---