

## Gähnen und Sich-Dehnen (Räkeln)

Von H. Christoffel, Basel

Den *Gähnaht* leitet eine langsame aber bis zu maximalem Aufsperrn gehende Mundöffnung ein. Zugleich wird langgezogen und tief bei offenem Gaumentor (1) und weiter Stimmritze eingeatmet. Die Augen schließen sich mehr oder weniger, wobei ein kleiner Tränenerguß erfolgen kann. Unter Hebung des Brustkorbs und der Schultern wird der Kopf etwas nach hinten gezogen. Die Oberarme strecken sich seitwärts, die Unterarme nach oben. Hand- und Fingerstellung kann verschieden sein. Jedenfalls erscheint die distale Strecktendenz der obern Extremitäten geringer als die proximale. Ueberhaupt gering ist die Strecktendenz der Beine. Eingähnen und Räkeln (wortverwandt mit recken) von Brustkorb, Nacken und Armen bilden eine unwillkürliche Bewegungseinheit! – Nach kurzer Atempause erfolgt unter Rückbildung von Mundöffnung und von Dehnungen gemächliches Ausatmen. Diese expiratorische Phase pflegt aber etwas kürzer zu sein (1) als die inspiratorische. Die ihr eigentümlichen Laute sind onomatopoeisch angedeutet, in Gähnbezeichnungen wie: griechisch: *chaínein* und *chasmásthai* (*χαίνειν, χασμάσθαι*), lateinisch: *oscitare* und *oscitari*, italienisch: *sbadigliare*, französisch: *bailler* und englisch: *to yawn*. Im Lallmonolog seines sieben Monate alten Axel konnte *W. Preyer* (2) den K-Laut bloß beim Gähnen vernehmen. – Ein starkes Gähnen dürfte mindestens 5–10 Sekunden in Anspruch nehmen. Es kann aber beherrscht und unterdrückt werden, was rein oraler Weise am schwierigsten ist. Die erzieherisch geübte Gebärde des die Hand vor den Mund Haltens zeigt noch Verwandtschaft mit dem vollausgeprägten Gähnaht. Gesellschaftlicher Zucht gelingt es aber, das Gähnen, wenn nicht überhaupt, so doch durch eine etwas tiefere Inspiration bei geschlossenem Munde zu ersetzen. Mit der leichtern Unterdrückbarkeit des Räkels hängt es wohl zusammen, daß dieses gesellschaftlich völlig verfehmt ist. Ist Gähnen unhöflich, so gilt Räkeln ausnahmslos, in der Antike ebenso wie in der Gegenwart, als Flögelei. Griechische, lateinische und unsere romanischen Sprachen identifizieren Räkeln mit häurischem Gehaben. Das schriftdeutsche Wort Räkel (Rekel) als Bezeichnung für einen Menschen, der sich ohne Scheu reckt und dehnt, wird gleichbedeutend wie Lümmel gebraucht (*Brockhaus*). Neben der *rusticitas* als Räkelei kennt das Latein aber auch ein nicht schimpfliches Wort: *pandiculari* («sich renken, strecken, als die, so vom Schlaf aufgeweckt sind, *pandiculari*», heißt es im *Idiotikon* der schweizerdeutschen Sprachen). Skordinēma (*σχορδίνημα*) lautet ein mir seinem Sinne nach nicht bekannter griechischer Ausdruck für Räkeln.

Die inspiratorischen Hebungen und Dehnungen des Gähnahts sind annähernd das Gegenteil der Bewegungsform der Müdigkeitserschaffung. Sie sind ja oft eine kurzdauernde Unterbrechung oder eine Anzeige dieser; wie auch die Tiefatmung des Gähnens der Flachatmung bei Schläfrigkeit und Hunger entgegensteht.

Bemerkenswert scheint mir ferner ein gewisser phänomenologischer Gegensatz zwischen *Curarewirkung* und Gähnen: dort Herabsinken, hier Hebung des Kopfes, dort Erschlaffung der Rücken- und Extremitätenmuskulatur, hier Straffung derselben; dort Lähmung von Interkostalmuskulatur und Zwerchfell mit Atmungsverflachung bis -ausschaltung, hier ein extremer costoabdominaler Atemzug.

Auffallend häufig ist das Gähnen bei Neugeborenen und Säuglingen. Sie gähnen nicht nur, wenn sie schläfrig sind, sondern auch bei vergnüglicher Wachheit. Diese schon von *W. Preyer* (2) hervorgehobene Beobachtung zusammen mit der eigentümlichen, molluskenähnlichen Langsamkeit des Gähnahts lassen Zusammenhänge mit fötalen Bewegungsabläufen vermuten, wie sie in charakteristischer Trägheit vom zweiten Embryonalmonat ab (3) an Kopf, Rumpf und Gliedmassen bekannt sind. Es gilt insbesondere zu prüfen, ob der Gähnautomatismus, der so offensichtlich von entwickelteren Bewegungsarten sich unterscheidet, einer Frühform menschlicher Atmung entsprechen, mit der Atmung Ungeborener in Beziehung stehen könnte.

Die feuchte Urinalation des menschlichen Keimlings wurde 1888 durch den Gynäkologen *F. Ahlfeld* entdeckt und bis 1911 von andern Seiten in Abrede gestellt. Wie ihr Entdecker – ich lasse zoologische Forschungen beiseite (4) – nimmt jetzt noch *M. Clara* (5) die Fötalatmung als oberflächlich an:

Er ist ihrer nicht sicher, sondern schreibt bloß: «sehr wahrscheinlich führt der Keimling auch innerhalb des Mutterleibes Atem- und Schluckbewegungen aus; die Atembewegungen dürften bloß oberflächlich sein, so daß Fruchtwasser nur bis in die Trachea, vielleicht nur bis zur Glottis oder noch weniger weit eingesaugt und wieder ausgestoßen wird. - Bis zur Geburt funktioniert die Lunge nicht, sie ist daher luftleer und enthält wenig Blut; sie zeigt eine grauweiße Farbe. Mit dem ersten Atemzug dehnt sich die Lunge aus; das reichlich einströmende Blut verleiht ihr jetzt einen blaß-roten Farbton.»

Tatsächlich, wenn *F. Ahlfeld* (6) vor 63 Jahren «rhythmische, periodenweise in einer Minute 38-76mal, im Mittel 61mal sich wiederholende, wellenförmige, wiegende Bewegungen» durch die Bauchdecken in der zweiten Hälfte ihrer Schwangerschaft befindlicher Frauen als intrauterine Atembewegungen des Keimlings deutete und von pulsatorischen Rhythmen unterschied, so liegt die Idee oberflächlicher Atmung nahe. Im Unterschied ferner zum «fruchtwassertrinkenden Fötus» (*K. Ehrhardt* [8]) ist mit der *feuchten Urinhalation* die entsprechende *Exhalation* verbunden zu erachten.

Der *feuchten*, nicht der Luft-Inhalation! *M. Clara* argumentiert im vorhin erwähnten Zitat unrichtig, wenn er das von ihm angenommene intrauterine Nichtfunktionieren der fötalen Lunge aus deren Luftleere erschließen will: «bis zur Geburt funktioniert die Lunge nicht, sie ist daher luftleer».

Im Hinblick auf *K. Ehrhardts* bald zu erwähnende Untersuchungen, welche anderes dartun als *M. Clara* annimmt, muß aber der fötalen Exhalation gedacht werden. *K. Ehrhardt* selber scheint diese vergessen zu haben, obwohl es klar ist, daß Retention eventueller fester Fruchtwasserbestandteile im Respirationstrakt des Fötus geringer sein muß als in dessen Verdauungstrakt. -

23 Jahre nach *F. Ahlfelds* Entdeckung konnte *K. Reifferscheid* (6) kymographisch das Atmen des Keimlings im Mutterleib registrieren, in Übereinstimmung mit den Atmungskurven Neugeborener bringen und von den mütterlichen Atmungs- und Pulskurven unterscheiden. Eine Verwechslung mit dem Fötalpulss von ca. 140 Schlägen pro Minute konnte nicht in Frage kommen.

Vor 12 Jahren, 1939 und etwas früher, berichtete der Gynäkologe *K. Ehrhardt* (6), dem ich die meisten vorhergehenden und die folgenden Angaben entnehme, über von ihm vorgenommene intrauterine Thorotrast-Röntgenuntersuchungen an Keimlingen, die teils später normal geboren, teils durch *Sectio parva* vorzeitig aus dem Mutterleib entnommen wurden.

Die Befunde wurden durch Tierversuche kontrolliert: 15-48 Stunden nach Injektion von 8 cm<sup>3</sup> Thorotrast in den Amnionsack, bzw. in das anfangs der zweiten Schwangerschaftshälfte etwa in Halbliter-Menge darin enthaltene Fruchtwasser, fand sich die Hauptmasse des Thoriums im fötalen Magendarmkanal. Der lebende Fötus - beim abgestorbenen ist dies nicht der Fall - mußte also das thorotrasthaltige Fruchtwasser getrunken und entmischt haben. Dabei ist wegen Fruchtwassererneuerungen mit sehr großen Flüssigkeitseinverleibungen des «trinkenden Fötus» zu rechnen. Innerhalb 3/4-2 Tagen war also das Thorium im Magendarmkanal der Frucht zurückgehalten worden, während das einverleibte Fruchtwasser nach *K. de Snoo* (7) via Nabelschnur-Placenta-mütterliche Nieren - nicht durch den fötalen Harntrakt - ausgeschieden worden war.

Erst 24-72 Stunden nach Thorotrastinjektionen ins Fruchtwasser zeigten sich auch Thorotrastverschattungen der Lungen. Sie konnten frühestens bei einem 20 cm langen, also 4-5 Monate alten Keimling beobachtet werden, blieben aber bei einem gleichaltrigen, später termingerecht und lebensfrisch geborenen, aus Fruchtwasserinspiration ist also mit der *K. Ehrhardtschen* Methodik weniger regelmäßig nachzuweisen als Fruchtwassertrinken, wobei an das früher Bemerkte über Expiration erinnert sei. - Zwar sollen *W. Reifferscheid* - zu unterscheiden vom früher zitierten *K. Reifferscheid* - und *Schmiemann* röntgenologisch, *Camerer* (8) pathologisch-anatomisch fötale Tiefatmung als Normalvorgang bestätigt haben. Doch haben *Camerers* forensisch orientierte Untersuchungen stattgefunden an vor der Geburt abgestorbenen und macerierten sowie an frisch geborenen, aber eine Stunde bis eine Woche nach der Geburt verstorbenen Kindern.

Nach allem ist zwar nicht an der Fötal-Atmung, wohl aber an einer Ausschließlichkeit fötaler Tiefatmung zu zweifeln. Betrachten wir mit *S. Freud* (8) und *O. Poetzl* (9) den Schlaf als annähernde Wiederherstellung der Mutterleibssituation, so ist die Atmungsart des Säuglingsschlafes am besten geeignet, für intrauterine Verhaltensarten Hinweise zu geben. Für die Säuglingsschlafatmung ist Unregelmäßigkeit, periodisches An- und Abschwellen des Atmens, sei es im Sinne von Cheyne-Stokes, sei es im Sinne von Biot, charakteristisch. Dies bei im ganzen größerer Atemfrequenz als derjenigen des Erwachsenen (1, 10).

Aufschluß über fötale Tiefatmung verdanken wir *M. Minkowski* (11), der übrigens seine Studien an extrakrani-



chen Keimlingen mehr als 10 Jahre vor K. Ehrhardt, 1928, veröffentlicht hat, was aber von diesem unbeachtet geblieben ist. I. Minkowski hat, wie er selber darauf aufmerksam macht, Notzungen unter unphysiologischen Umständen untersucht. Hier konnte er einzig Tiefatmung beobachten, und zwar schon ab 3 cm Fötallänge, also vom vierten Fötalmonat ab. Allerdings atmete, sei es an der Luft, sei es in Flüssigkeit untergetaucht, bloß eine (einzeln) der extrahierten Früchte. Die Atmung wurde wenige Male vor, häufiger nach der Abnabelung gesehen. Eine lebensverengernde Wirkung hatte dieses Atmen nicht. Es erfolgte teils teilweise in rascher Folge der Atemzüge, teils, gegen das Absterben hin, vereinzelt. Die Form der fötalen Tiefatmung gleicht in hohem Maße derjenigen des Gähnens: sie bestand aus tiefen, manchmal rampfhafte Inspirationsbewegungen des Thorax, bei denen zugleich der Mund geöffnet, manchmal auch der Kopf nach hinten gezogen oder die Arme gehoben wurden, worauf der Brustkorb zurück sank und der Mund sich wieder schloß; gelegentlich begann die Atmung auch expiratorisch unter Brust- und Bauchanziehung.

So erscheint das Gähnen als eine *Uratmungsform*, die bis zum vierten Fötalmonat zurückverfolgt werden kann. Die Tonizität der ähnbewegungen, ihre Irradiation auf Nacken, Rumpf und Glieder sowie auch die Häufigkeit des Neugeborenen- und Säuglingsgähnens lassen das vermuten lassen.

Das Gähnen als *subcorticalen Automatismus* anzunehmen, liegt nahe. Wie geben uns die W. R. Hess'schen Untersuchungen (12) darüber noch keine Auskunft. Im – im ganzen wenig beachteten – respiratorischen Ebbe-Phänomen (Magendie [13]) des Liquor cerebrospinalis liegt die Möglichkeit, die Gähnbewegungssynergie unter dem Gesichtspunkt eines Stellreflexes zu betrachten. Es sind mir keine derartigen Untersuchungen bekannt; der Landäusche Stellreflex (bei Kopfhebung in Bauchlage gleichzeitige Ueberstreckung von Rücken und Beinen) hat keine Ähnlichkeit mit dem Räkeln (5). Autonome Reflexibilität, Biochemie usw. lassen derart für das Gähnproblem im Stich.

Warum ist das Gähnen ansteckend? Diese Frage kann nur unvollkommen beantwortet werden. Je individueller ein Vorgang, desto nachahmlicher ist er. Typisches, also der Individualität Entbehrendes, verhält sich umgekehrt. Sofern also das Gähnen eine imitative und allgemeine Eigentümlichkeit darstellt, wird es besonders leicht durch Beispiel mobilisiert werden können. Nicht immer und überall wirkt übrigens diese Gähn-Ansteckungsfähigkeit, sondern es braucht dazu bestimmter Dispositionen, die bloß zeitweilig vorhanden sind.

Hierbei darf an die engen aber noch unverständlichen Beziehungen zwischen Katalapsie und Echopraxie erinnert werden. Vergleichend-psychologisch sei die (im Unterschied zur menschlichen) psychisch-kontagiöse Echopraxie der Pferde erwähnt, ihr Luft-Wind-Schnappen oder Koppen. Ganz stark und noch kaum psychologisch untersucht ist die Ansteckungsfähigkeit des Rauchens. Obwohl eine über Amerika hinausgehende Tabakverwendung erst wenige Jahrhunderte alt ist, darf doch von einer Rauchendemie gesprochen werden. Besonders stark hat gegenwärtig in unserem Kulturkreis das Zigarettenrauchen beider Geschlechter in Form der sog. Inhalation oder des Lungenrauchens zugenommen. Und gerade, wenn es an dem Nötigen mangelt, pflegen Zigaretten wertvollstes Tauschmittel zu sein. – Dies alles wäre nicht möglich, wenn nicht dem Rauchen eine allgemein menschliche Bereitschaft entgegengekommen wäre. So halte ich es nicht für ausgeschlossen, daß zwischen der «trockenen Trunkenheit», wie Cob Balde 1657 das Rauchen schalt (14), und der feuchten Urinhalation ein tieferer Zusammenhang besteht. Womit aus den vielfachen Bedingungen des kulturpsychologischen Phänomens des Rauchens bloß eine einzige zur Diskussion gestellt ist.

Beim Verhungern verflacht die Atmung (1), jedoch bei normalem Ernährungszustand sich entwickelnder Hunger schafft eine ähndisposition. Deren biochemische Gründe dürften denjenigen der Verblutung usw. verwandt sein; an eine Hypoglykämie wird man in erster Linie denken. In regressiver Betrachtung des Hungerähnens liegt dessen Erklärung in der engen Verbindung intracerebraler respiratorischer und digestiver Einverleibung, im Urzusammenhang von Fruchtwasserinhalieren und -trinken; Vorgänge, diezeitlich bloß in großen Zügen bekannt und genauerer Untersuchung wertend.

Gähnen ist *Schläfrigkeitssymptom*, aber nicht Schlafsymptom. Besonders bei abendlicher Schläfrigkeit stellt es sich ein und bei sorgfältiger Mühe sich aus dem Schlaf zu lösen. Es scheint mir, daß das Morgengähnen stärker als das abendliche mit Neigung zum



H. Daumier: Les Bons Bourgeois (1847), Pl. 39.

Strecken und Dehnen verbunden ist (Abb.<sup>1</sup>) und möglicherweise eine artikulare Komponente hat in dem Sinne, daß das Räkeln auch dem Gelenkigmachen dient.

Wie überhaupt die Atmung, so untersteht auch das Gähnen willentlichen Einflüssen. Ein Mensch von guten Lebensformen gestattet es sich höchstens, wenn er allein ist, und kann es auch dann noch gewohnheitsmäßig unterdrücken (immerhin gilt auch bei der Höflichkeit, daß Ausnahmen die Regel bestätigen). Mag ein verstecktes Gähnen in Gesellschaft noch angehen, völlig verpönt ist doch das Räkeln. Dieses scheint nach und nach auch auf der Sprache verbannt zu werden. Das Wort «räkeln» ist uns nicht mehr geläufig. Bei kürzlicher Umfrage in einer Fricktaler Landschule, konnte keines der Primarkinder der Lehrerin einen Dialektausdruck für die vorgemachte Geste des Räkeln angeben. Mir selbst war nie ein baseldeutscher bekannt. Erst über den Umweg einer Elsässerin mit ihrem urchigen Dialektwort «ranken» (= räkeln) konnte ich dann im schweizerdeutschen Idiotikon das gleiche finden (rangge[n], ranke[n], rengge[n]), Wörtern, die u. a. aber nicht ausschließlich die Gähndeckung bezeichnen und mit Beispielen aus verschiedenen Jahrhunderten belegt werden.

Physische Müdigkeit kann wohl empfunden werden, psychische, sofern sie sich in langweilender Gesellschaft einstellt, kaum. Deshalb steht das Gähnen aus Langeweile dem *Verstimmungsgähnen* nahe, dem «ginen von unmuot», dem Unmutgähnen (15).

Langweilige Umgebung braucht an sich nicht langweilig zu sein. Das erweist sich z. B. bei einem Mädchen, das nie viel für seine Mitmenschen übrig hatte und auch nicht wahr haben wollte, daß es hauptsächlich Ansprüche stellte, sondern dies unter kindlich-hilflosem Gebahren verbarg. Sie war unoffen und, sofern sie jemandem das Wort gönnte, diente es weniger zur Mitteilung als zur Verleugnung. Ihr Gesamtzustand der Unechtheit und des egoistischen Verantwortungsmangels führte vom 18. Jahr ab zu mehrwöchigen bis mehrmonatigen Angst- und Depressionszuständen. In diesen verhielt sich ihre körpersprachliche Mitteilung umgekehrt proportional zu ihrer sonstigen, wie überhaupt ihre Gesamtfindenz dahin ging, ihre psychischen Unstimmigkeiten zu physiologisieren. Nachdem ich dieses Mädchen mit immer neuen Formen von Konversionshysterie 18jährig zuerst gesehen, dann mit 23, 25, 32 Jahren, erschien sie 37jährig zum letzten Mal. Diesmal bestanden während mindestens 4 Monaten *Gähnkrämpfe*. Der Gähnakt fand während einer Konsultation jeweils mehrfach statt. Bei

<sup>1</sup> Dem Kunstmuseum Basel (Konservator: Dr. G. Schmidt) und besonders den lebenswürdigen Bemühungen von Frau Dr. M. Pfister (Kupferstichkabinett) verdanke ich die Möglichkeit der Publikation dieser Abbildung.

im ganzen gereizt weinerlicher Stimmung und dem einzigen Begehren nach einem heilenden Medikament, flossen beim Gähnen mit weit aufgesperrtem Mund und hintenübergerissenem Kopfe die Tränen in Strömen und formten sich die Gähnlaute zu einer Art Verzweigungsschrei, wobei Pat. mit beiden Händen auf ihre schmerzhaft gewordenen Kiefergelenke und Schultern deutete.

Gähnsucht war schon dem klassischen Altertum bekannt und von ihm als *Oscedo* und *Chasmodia* (*γασμοδία*) benannt. *H. Oppenheim* (16) hat (l. c. p. 880) Kombination Cheyne-Stokescher Atmung mit Gähnkrampf «bei einem Coma dunkler Genese» beobachtet. Neurologisch fällt weiterhin das Krampfgehähen bei Kleinhirntumoren und -abszessen auf. Ein Gähnkrampf kann auch die Aura eines epileptischen Anfalls bilden (16).

Aus einer neurologischen Erkrankung ergab sich für mich auch besonders eindrücklich die *synginetische Einheit des Gähn-Räkel-Automatismus*: Beim Gähnen eines Hemiplegikers hob sich zu dessen Staunen der noch stark gelähmte Arm und nur dieser, nicht auch der intakt gebliebene, und zwar so, daß auf horizontaler Unterlage (Tisch), der Vorderarm anstrengungslos 20–30 cm distal stieg und in der expiratorischen Gähnphase sich wieder langsam senkte.

Ich hatte diesen 57jähr., mir bereits von früher etwas bekannten Hypertoniker 1½ Monate nach seinem Schlaganfall konsiliarisch zu untersuchen. Es bestand eine bereits gebesserte linksseitige spastische Hemiparese mit Hauptbetroffenheit des Arms. Die Gehemmung, von Anfang an minim, gestattete, daß der Pat. ohne Begleitung aus seinem Dorf nach Basel fahren konnte. Aus Mitbetroffensein der Stirne bei einer im ganzen bloß leichten Facialisparese ergab sich die Vermutung eines Rinden- (nicht eines Intra-Kapsel-)Herds.

Außer auch von mir zu beobachtendem zeitweisem Finger- und Handclonus links, zeigten sich keine Automatismen im Lähmungsgebiet, insbesondere keine Haltungs- und Stellreflexe, wie sie, etwa bei cerebralen Hemiplegikern vorkommend, auf Stammganglienläsionen hindeuten (17). Hingegen muß erwähnt werden, daß sowohl Pat. wie eine Schwester von ihm, und zwar seit Jahrzehnten, an einer allerdings leichten genuine Epilepsie litten. Die arterielle Hypertonie hatte sich erst ein Jahr vor dem Schlaganfall gezeigt. Die Armlähmung bildete sich so zurück, daß Pat. kurz nach dem Consilium seinen Schulunterricht wieder aufnahm und ein Vierteljahr nach der Apoplexie meiner Bitte um ausführliche Schilderung seines Gähnautomatismus mit einem zweiseitigen, selbst auf der Maschine geschriebenen Bericht zu entsprechen die Freundlichkeit hatte. Die linke Hand war allerdings noch nicht schreibfähig, sondern bediente nur die Schaltung.

Die Cloni fielen nie zusammen mit der ausgesprochen tonischen Gähnelevation. Bei dieser bogten sich die Finger, oder spreizten sich im weitern Verlauf der Rekonvaleszenz. Am liegenden Arm erfolgte die Gähnehebung unter Supination, am hängenden Arm – die Hände auf dem Rücken ineinandergelegt – erfolgte beim Gähnen bloß eine leichte pronatorische Vorderarmdrehung.

Nach völliger Armlähmung war die «erste zurückkehrende (willkürlich zu vollziehende) Bewegung: Heben des Unterarms». Trotzdem bestand dessen Gähnehebung während derjenigen Zeit, die ich überblicke, weiter. Später gelangen Fingerbengungen und noch später -streckungen. Es ist mir sehr zweifelhaft, daß dies letztere mit dem Gähnakt etwas zu tun hat. Aber ich kann es nicht verifizieren. Pat. hat geschrieben: «Nach Wochen, eines Morgens bei der Streckbewegung des Körpers im Erwachen erstmals Hand und Finger gestreckt. Dieses Strecken kann nach und nach auch willkürlich geschehen, aber meist nicht sofort, sondern zögernd, wie zufolge einer «langen Leitung». Dieses Zögern war anfänglich auch beim Fingerbeugen bemerkbar. Erst nach einer kleinen Weile folgen die Finger dem diktierenden Willen.»

**Zusammenfassung.** Das Gähnen mit Dehnen ist eine respiratorische Urform, die vom vierten Fötalmonat ab nachzuweisen ist. Intrauterin, als feuchte Urinhalation, spielt sie sich in noch ungeklärten Zusammenhängen mit dem Fruchtwassertrinken ab. Es ergibt sich aber aus dieser nahen Beziehung zwischen digestiver und respiratorischer Einverleibung ein gewisses Verständnis des Hungergähns. Schläfrigkeitgähnen wird als regressives Phänomen betrachtet. Ihm nahe steht das Gähnen aus Langeweile und das Verstimmunggähnen als körpersprachlicher Ausdruck mitmenschlicher Ablehnung. Als generelle respiratorische Frühform besitzt das Gähnen Ansteckungskraft. Die Gähn-Räkel-Synkinese wird psychologischer und neurologischer Betrachtung unterzogen.

1. *Landois-Rosemann*: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 23./24. Aufl., Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1943. – 2. *Preyer, W.*: Die Seele des Kindes, 9. Aufl., F. H. Grieben, Leipzig 1923. – 3. *Clara, M.*:

Fötus», Münch. med. Wochr. 1937, 43, 1699. – 7. *De Snoo, K.*: M. Geburtsb. 105, 2 (1937); Ref. Münch. med. Wochr. 1937, 27, 10. 8. *Freud, S.*: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Vorles 25: Die Angst. 1. Aufl. 1917. – *Christoffel, H.*: Skizzen zur menschlichen Entwicklungspsychologie (Vorlesung 1: Schlaf und Angst als Uraurteilungen), AZ-Press-Verlag, Aarau 1945. – 9. *Poetzl, O.*: Biologie Klinik des Schlafes, in: Sammelwerk von *Sarason, D.*: Der Schlaf, Lehmann, München 1929. – 10. *Müller-Seifert*: Taschenbuch der klin. Diagnostik, 31. Aufl. J. F. Bergmann, München 1933. – 11. *Kowski, M.*: Neurobiologische Studien am menschlichen Fötus. Abhandl. d. biol. Arbeitsmethod., Abt. V, Teil 5 B, 1928. – 12. *W. R.*: Das Zwischenhirn. Benno Schwabe & Co. Verlag, Basel 1949; 8. position über das Zwischenhirn, redig. von *Akert, K.*: Helv. physiol. 1950, Suppl. 6. – 13. *Christoffel, H.*: Schweiz. med. Wochr. 74, 13 (1944). – 14. *Corti, E. C.*: Die trockene Trunkenheit (Ursprung, Kausis und Triumph des Rauchens), Inselverlag, Leipzig 1930. – 15. Sch. Idiotikon (Wörterbuch d. schweizerdeutschen Sprache) 1881–1950 ff., ber., Frauenfeld. – 16. *Oppenheim, H.*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten 6. Aufl. Karger, Berlin 1931. – 17. *Bing, R.*: Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik, 13. Aufl. Benno Schwabe & Co., J 1948.

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Basel

Direktor: Prof. J. E. Stachelin

## Probleme um den Transvestitismus

Von Benno Dukor

Im vergangenen Sommer referierte und besprach *Mitscherlich* in der «Psyche» einen kurz zuvor von *M. Boss*, Zürich, an der deutschen Psychiaterstagung gehaltenen Vortrag, in welchem *Boss* (10) über einen männlichen Transvestiten berichtet hat, an dem er, nachdem seine psychotherapeutischen Bemühungen vergeblich geblieben waren, und angesichts der Drohung des Patienten, sich selbst zu verstümmeln oder gar zu suicidieren, «Feminierungs»-Operation hatte vornehmen lassen, bestehend in Kastration, Penisamputation und einer plastischen Operation bei der aus dem Scrotum weibliche Labien gebildet wurden. *Mitscherlich* kritisierte dieses Vorgehen scharf, und nachdem *Boss* geantwortet hatte, veranstaltete die Redaktion der «Psyche» Rundfrage bei 28 Fachgenossen über die Fragen, ob sie einen griff solcher Art «allgemein ärztlich betrachtet» und «vom Standpunkt des Psychotherapeuten aus» für zulässig hielten. Bei wurden 19 Antworten auf jene Rundfrage und ein Schlußwort *Mitscherlich* veröffentlicht.

Mich interessierte diese Diskussion sehr, nicht nur als Vertreter der forensischen Psychiatrie und im Hinblick auf meine frühere sexualbiologischen Arbeiten, sondern ganz besonders auch deshalb, weil ich gerade zu dieser Zeit eine Transvestitin zu begutachten hatte, die eine Aenderung ihres Personenstandes verlangte, ihren Wunsch waren ihr in einem früheren Zeitpunkt von einem Chirurgen die Brüste amputiert worden, und ein anderer *Chi* (*C. Henschen*) wäre bereit gewesen, der Patientin ihre Ovarien entfernen und womöglich eine Hodentransplantation bei ihr zu nehmen, wenn sie das gewünscht hätte, schließlich hätte bei dem Falle auch die Frage einer weitergehenden künstlichen «Maskulierung» stellen können: durch Uterusamputation, schluß der Vagina, Bildung eines künstlichen Scrotums aus Labien und Erzeugung von «Hirsutismus» durch Behandlung mit hohen Dosen männlichen Sexualhormons. Da die Patientin griffe solcher Art – auch eine bloße Behandlung mit männlichen Sexualhormonen – aber nicht wünschte, ja entschieden ablehnte hatte ich mich in concreto mit diesem Probleme nicht zu befassen, sondern nur mit der Frage, ob ihrem Verlangen nach Aenderung ihres Personenstandes zu entsprechen sei.

Wenn ich über den Fall dieser Transvestitin und über die Flexionen, zu denen er Anlaß gab und hätte geben können, in der vorliegenden Festschrift für *J. E. Stachelin* näher berichte, so mal deshalb, weil unser Jubilar, der sich mit seiner grundlegenden Arbeit über Exhibitionismus seinerzeit in der Sexualpatho-