

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität München [Geh. Rat *Bumke*], der genealogischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie [Prof. *Rüdin*] und der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen [Geh. Rat *Schultze*].)

## Über die psychischen Folgezustände nach Encephalitis epidemica bei Jugendlichen<sup>1)</sup>.

Von

Priv.-Doz. Dr. **Fleck**-Göttingen.

(Eingegangen am 21. Dezember 1926.)

	Seite
I. Einleitende Bemerkungen . . . . .	723
II. a) Diebstähle bei jugendlichen Metencephalitikern . . . . .	724
b) Sexuelle Störungen bei jugendlichen Metencephalitikern . . . . .	737
c) Triebhafte Necker und Quäler . . . . .	740
d) Lügner und Schwindler . . . . .	751
e) Varia . . . . .	759
f) Die sensumotorisch Gestörten . . . . .	763
III. Zusammenfassende Betrachtungen über die (psychopathieähnlichen) Persönlichkeitsveränderungen nach Encephalitis epidemica . . . . .	770

I. Unsere Untersuchungen erstrecken sich im ganzen auf 42 Fälle. Es sind dies die Kranken, die seit Auftreten der Encephalitis epidemica bis Ende 1924 in der Münchener Psychiatrischen und Nervenlinik im akuten Stadium oder mit Folgezuständen zur Aufnahme kamen und bei denen katamnestiche Erhebungen möglich waren.

Für den weitaus größten Teil der Kranken können wir uns auf persönliche Untersuchungen beziehen. Die schon vor unserer Zeit aus der Klinik entlassenen Kranken fanden sich gern zu Nachuntersuchungen in der Klinik oder ihrer Häuslichkeit bereit. Die außerhalb Münchens wohnenden Kranken wurden, soweit möglich, auf mehreren kleinen Reisen besucht.

Die Untersuchungen erstrecken sich von Frühjahr 1922 bis Juli 1925. Von da ab konnte in der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt die eine oder andere hierher gehörige Beobachtung ergänzend angeschlossen werden.

Zur Frage der psychischen Konstitution ist im voraus zu betonen, daß bei einer ganzen Reihe der hierher gehörigen Kranken die Untersuchung hinsichtlich prämorbidier psychopathischer Wesenszüge in der Vorgeschichte naturgemäß versagen muß. Denn wir wiesen ja in einer

---

<sup>1)</sup> Abgeschlossen im Mai 1926.

früheren Arbeit<sup>1)</sup> schon darauf hin, daß die meisten dieser Kranken noch vor dem eigentlichen Manifestationsalter psychopathischer Wesenseigentümlichkeiten erkrankten.

Die Gliederung dieser Patienten unterliegt schließlich denselben Schwierigkeiten, wie die Gruppierung der Psychopathien überhaupt. Die einzelnen Unterabschnitte werden sich immer mehr oder weniger weitgehend überschneiden müssen.

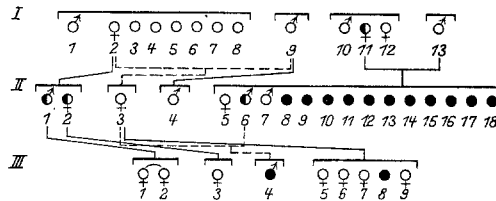
Für unsere Zwecke erschien eine mehr von äußeren Gründen hergeleitete Einteilung als ausreichend. Wir bezeichneten die einzelnen Gruppen nach dem sinnfälligsten Grund, der im einzelnen Fall zur Aufnahme in die Klinik geführt hatte.

In der Auswahl der dargestellten Krankengeschichten mußten wir uns sehr einschränken. Die einzelnen Protokolle haben so meist repräsentativen Charakter für eine ganze Gruppe. Vorwiegend sind es Protokolle von Kranken, für die wir über genealogische Daten verfügten.

## II. a) Diebstähle bei jugendlichen Metencephalikern.

1. August Lahmann (♂ 45)<sup>2)</sup>, geboren am 16. V. 1904.

In der Klinik: I. vom 6. II.—24. II. 1922; II. vom 22. III.—26. V. 1922; III. vom 5. VIII.—7. X. 1924.



Familientafel 1.

Legende zur Familientafel 1<sup>3)</sup>.

I, 1. Starb mit 26 Jahren an Lungentuberkulose.

2. Lebt noch, ist 62 Jahre alt. Hat einen dicken Hals, könne schwer schnaufen, sei aber geistig wie körperlich noch ganz rüstig. Keine besonderen Eigenarten.

Bei einem Besuch in der Klinik machte die Frau einen offenen, etwas gesprächigen, gemütsweichen, syntonen Eindruck.

<sup>1)</sup> Erbbiologische Untersuchungen im Hinblick auf die psychischen Folgezustände der Encephalitis epidemia im Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 79.

<sup>2)</sup> Diese in Klammern jeweils beigeetzten Zahlen mit dem männlichen oder weiblichen Vorzeichen bedeuten die Ordnungszahlen in unserem Material.

<sup>3)</sup> Zu den Familientafeln: ♂ = Zwillinge, ♀ = Proband, ● = Abortus oder verstorbene Frühgeburt, ♂ = Psychopathie, ♀ = Schizophrenie, ♂ = Manisch-depressive Erkrankungen.

Für die Verbindungslinien innerhalb der Familientafeln bedeutet: .... uneheliche Geburt, ---- eheliche Geburt. Die Verbindungslinien mit rechtwinkligem Knick bezeichnen die direkte Aszendenz und Deszendenz, die Linien mit stumpfwinkligem Knick die Nebenlinien.

Ihre weiteren Geschwister (I, 3—8) sind klein gestorben.

I, 9. War gesund, starb mit 54 Jahren als Witwer.

I, 10. Gesund.

I, 11. Ethel Lingg, geb. Thor. War außerordentlich reizbar und erregbar, „sehr böse“. Habe allerdings an Zuckerkrankheit gelitten.

I, 12. Starb ledig, war unauffällig.

I, 14. Anton Lingg, war ein bekannter und bedeutender Badearzt.

II, 1. August Melber, geboren am 11. II. 1890. Kam am 18. I. 1923 wegen eines Selbstmordversuchs in die Psychiatrische Klinik. Blieb hier bis zum 17. III. 1923. Der Kranke war als Kind schwächlich, machte mit 20 Jahren eine Rippenfellentzündung durch. Auf der Schule nicht gerade der Beste, aber fleißig. Zeigte bildnerische Begabung, besuchte später auch die Akademie, wo er sich als Holzbildhauer ausbildete. Als solcher habe er gut verdient. Immer lebhaft, lustig, ausgelassen, zu Extremen neigend. Verbiß sich gern in alle möglichen Ideen, berauschte sich gern an Worten. Zog begeistert ins Feld, kam aber bald wegen Basedow zurück. Die Revolution verfolgte er mit großem Idealismus, kam dann ganz in kommunistisches Fahrwasser, wollte das Geld abschaffen und dergleichen. Heiratete mit 20 Jahren. Nach Ablauf der Revolution blieb er in Kontakt mit den Kommunisten. Er neigte noch immer zu phantastischen Vorstellungen. Als Bildhauer war nichts zu verdienen, er zerschlug seine Entwürfe. Charakteristisch für Melber war noch, daß er gern zu seinem Namen „— Liszt“ dazu setzte. Auf Befragen wurde er verlegen: Ein Angehöriger habe herausgefunden, daß vielleicht verwandtschaftliche Beziehungen seiner Familie mit der Liszts beständen. 1922 fing er dann an, zweifellos aus Not heraus, Ladendiebstähle zu begehen. Dazu fertigte er sich eine Schachtel an, die scheinbar fest zugebunden war, sich aber leicht öffnen ließ, und brachte darin die in den Geschäften gestohlenen Sachen unter. Bei der bald erfolgten Festnahme erfolgte ein szenenhaftes Geständnis. Zunächst freigelassen, machte er bei einem ihm bekannten Arzt in der Nähe des Wartezimmers einen theaterhaften Selbstmordversuch.

Zeitungsartikel, die er zur Revolutionszeit geschrieben hatte, wie auch seine Tagebücher, waren immer vom gleichen leeren Wortschwall.

Körperlich wies er einen durchaus asthenischen Körperbau auf, war Vasomotoriker.

In letzter Zeit las man von ihm in den Zeitungen, daß er seine „umstürzlerischen“ Ideen wieder in Volksversammlungen vertrete.

II, 2. Anna Michalek, geb. Melber. Sei nervös, aufgeregt, überspannt, verschwenderisch. Dabei eifersüchtig auf die Bedeutung, die ihr Bruder in der Revolution gespielt habe. Sei Journalistenehefrau, lebe in ähnlichen Kreisen wie August (II, 1).

II, 3. Marie Lehmann, geboren am 6. V. 1881. War nie krank. Früher ruhig, fleißig, ordentlich. Habe immer „einen guten Humor“ gehabt. Erst seit der Menopause etwas erregt. Bei einem Besuch ähnelte sie sehr ihrer Mutter (I, 2).

II, 4. Lebt gesund als Goldschmied in M.

II, 5. Mit 8 Jahren an Diphtherie gestorben.

II, 6. Alex Lingg, unehelicher Vater des Probanden. War Arzt, führte ein lockeres Leben. Es sei ihm nachgesagt worden, er sei geschlechtskrank gewesen. Starb mit 29 Jahren, „wohl an einem Herzschlag“.

II, 7. Ist Ingenieur, verheiratet, gesund, in M.

II, 8—18. Frühgeburten, die „in der Familie in Gläsern aufgehoben wurden“.

III, 1, 2. Esther und Ruth Melber, Zwillinge, 9 Jahre alt. Nach Angaben eines dem Vater befreundeten Arztes beide „geistig rege; neigen beide etwas zu Übertreibungen, dichten aus dem Stegreif; die eine malt und zeichnet sehr nett“.

III, 3. Eva Michalek, 12 Jahre alt. „Ist auch nicht richtig, lernt nicht, hat dumme Gebärden wie ein Erwachsener“.

III, 5—9. Stiefgeschwister des Probanden aus einer Ehe der Mutter mit einem Mann, der am 7. V. 1924 in einer Heil- und Pflegeanstalt an Paralyse verstarb. Davon III, 5 Anna Art, 18 Jahre alt, gesund, aber blaß und ruhig, von den übrigen ist bis auf den Abortus (III, 8) nichts Besonderes zu erwähnen.

Über August Lahmann, den Probanden, gab die Mutter bei der ersten Aufnahme an, er habe als Kind keine besonderen Krankheiten gehabt, sei ein ausgezeichnete Schüler gewesen. Nach der Schulentlassung habe er zunächst einige Monate als Schlosser gearbeitet. Dann sei er 2 Jahre lang als Aushilfsarbeiter bei Tietz gewesen.

Frühjahr 1920 habe er die „Kopfgrippe“ gehabt, „phantasiert“, 8 Tage lang zu Bett gelegen. Danach habe er sich ganz gut wieder erholt, sei wieder ins Geschäft gegangen, dort aber November 1920 wegen Entwendung von 20 Mark entlassen worden.

Seit einem Jahr (1921) sei er „ruhig und langweilig“, habe wenig gesprochen, keine Energie, kein Interesse mehr gezeigt, dabei starkes Schlafbedürfnis gehabt. Sein Gesichtsausdruck sei blöde geworden, dazu speichere er öfters stark. Die Stimmung sei gleichmäßig, apathisch. Ende 1921 habe er wieder gestohlen, habe in einem Grammophonhaus, wo er beschäftigt worden sei, Material im Werte von 120 Mark weggenommen. Danach sei er nicht mehr nach Hause gekommen, habe bei einer hausierenden Scherenschleifertruppe gearbeitet, bei ihr übernachtet, teilweise auch im Freien. Dazu habe er angefangen zu betteln. Jede Arbeit habe er nach kurzer Zeit wieder liegen lassen. Alle seine Sachen, Kleidungsgegenstände und dergleichen, habe er verkauft, sei gänzlich verwahrlost und verlaut zur Mutter zurückgekommen.

Die Mutter betonte ganz besonders, daß August früher durchaus ehrlich gewesen sei, nie gestohlen oder dergleichen getan habe.

Der Kranke bot hier bei der körperlichen Untersuchung leichtes Verstrichen-sein im rechten Facialisgebiet. In der Extremitätenmuskulatur, und zwar in den Beinen mehr als in den Armen, bestand ein leichter Rigor. Diadochokinetische Bewegungen blieben leicht stecken. Der Gesichtsausdruck war starr, maskenhaft, der Mund etwas geöffnet. Er saß unbeweglich, steif da, verfolgte aber die Vorgänge in der Umgebung ganz gut. Ab und zu nahm sein Gesicht einen etwas ratlosen Ausdruck an. Die Sprache klang monoton, matt, war leicht verwaschen. Der sprachliche Ausdruck war in Ordnung, aphasische Störungen bestanden nicht.

Der Kranke selbst bestätigte die Angaben der Mutter. Auf der Schule sei er immer einer der besten gewesen. Seit Herbst 1920 sei er langsamer geworden. Eine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit wollte er nicht zugeben. Fragen faßte er gut auf, beantwortete sie prompt. Ebenso konnte er richtig und schnell rechnen. Das Schulwissen war mäßig; über zeitliche und politische Verhältnisse war er einigermaßen orientiert. Kritik und Urteilsfähigkeit entsprachen seinem Bildungsgrade. Die Stimmung war immer etwas gleichgültig und apathisch, er bewies jedoch eine gewisse affektive Ansprechbarkeit. Bezüglich seines Krankheitszustandes war er nicht ohne Einsicht. Irgendwie weitergehende Gedanken machte er sich jedoch nicht darüber. Auskünfte, die bei den Schulen eingeholt wurden, in denen er war, ergaben, daß er die Volkshauptschule, die Schlosserfachschule und Fortbildungsschule besucht hat. Im Betragen hat er überall die Note 1 erhalten, im Fleiß 1—2. Neigung zu Trinken, Rauchen, Streunen, Leichtsinn und dergleichen wurde den Angaben der Schulvorstände nach während der Schulzeit nicht beobachtet.

Dem ersten Gutachter (Frage der Zurechnungsfähigkeit hinsichtlich der Diebstähle) war aufgefallen, daß Lahmann zwar leicht ermüde, angebe, nicht schwer

arbeiten zu können und trotzdem beim letzten Oktoberfest (1921) mit einem Professionsringer gerungen und dabei nicht schlecht abgeschnitten habe. Das dränge den Gedanken auf, daß absichtliche oder unabsichtliche Übertreibung mitwirke. Das Gutachten der Klinik erachtete die Voraussetzungen für Exkulpation als gegeben.

Bei der zweiten Aufnahme fiel bei Lahmann auf, daß er leicht mit anderen Kranken in Streit kam, dabei sehr grob wurde. Als ihm freier Ausgang ohne Begleitung der Mutter untersagt wurde, wurde er sehr ärgerlich, ungeduldig, drängte heraus.

Nach Verlegung in eine Heil- und Pflegeanstalt äußerte er dort gleich am ersten Tag den Wunsch, Verwendung zu finden; er wolle Kaninchenfütterer sein, zugleich aber auch die Schusterei erlernen. Auch sonst brachte er alle möglichen Wünsche vor, ließ sie sich aber immer leicht wieder ausreden.

Die Krankengeschichte der Anstalt weist für das Jahr 1922 keine wesentlichen Veränderungen auf. 1923 wird von der immer deutlicher werdenden Retropulsion gesprochen. In seinem ganzen Wesen sei er trotzdem freier, dabei aber recht *verschlagen und hinterlistig*, stelle viel Unfug an, hetze andere auf, aber so geschickt, daß er immer im Hintergrund bleibe. Immerhin war es schließlich im Jahre 1924 möglich, den Kranken zu entlassen.

Die dritte Aufnahme der Klinik erfolgte im August 1924 wegen „Schauanfällen“.

Die Starre war viel stärker und deutlicher ausgesprochen als früher. Auch die Augenbewegungen waren verlangsamt, ohne daß allerdings die Einstellbewegungen wesentlich gelitten hätten. Starke Retropulsion. Bei Auslösung des rechten Patellarreflexes klonische Nachzuckungen.

Bleibt in allen möglichen Bewegungen stecken. Lacht eigentümlich „gezogen“, wenn man einen Scherz mit ihm macht. Spricht leise, kaum verständlich. Beim Herabspringen von einem Stuhl fehlen alle elastischen Mitbewegungen. Über die Krampfanfälle mit den Augen gibt er an, es ziehe ihm dann die Augen einfach nach oben, dabei werde er am ganzen Körper steif. Man habe ihn neulich in einem solchen Zustand der Unbeweglichkeit einfach aus der Elektrischen herausheben müssen.

Eine Schriftprobe ist von ihm nicht zu erhalten. Er reißt das Papier mit den Worten zurück, „es geht nicht“. Bilderreihen legt er richtig, aber sehr langsam zusammen. Beim Lesen eines vorgelegten Textes verliert sich seine Stimme allmählich im Unverständlichen, nachdem er zunächst richtig und schnell angefangen hatte.

So lustig wie früher könne er nicht mehr sein. Ab und zu sei er recht traurig über seinen Zustand. Früher habe er gern mal einen „dableckt“, das tue er aber jetzt nicht mehr. Auf der Abteilung erwies er sich als sehr leicht reizbar, fand immer Anlaß zu Zank und Streit. Die Stimmungslage war ohne besondere Betonung, immer etwas deprimiert. Hierzu ist zu erwähnen, daß nach einem Eintrag im Krankenblatt der Heil- und Pflegeanstalt der Tod seines Stiefvaters, der zur Zeit seines Aufenthaltes dort in derselben Anstalt verstarb, nicht den geringsten Eindruck auf ihn machte.

Bei der letzten ambulanten Untersuchung im März 1925 war eine wesentliche Änderung des körperlichen Befundes nicht zu verzeichnen. Vielleicht war eine leichte Besserung insofern festzustellen, als er angab, jetzt allein essen zu können, was früher nicht möglich war.

Über seine Stimmung in der Anstalt gab er an, er sei verstimmt gewesen: Erstens, weil er dort eingesperrt gewesen sei, zweitens, weil das Essen schlecht gewesen sei und drittens habe er nicht mehr die rechte Freude gehabt.

(Konnten Sie denn da nicht mehr lachen?) „Ich konnte schon, aber nicht mehr leicht . . . es müßte schon etwas ganz Besonderes gewesen sein“. Aber auch dann habe er nicht mehr wie die anderen lachen können. Die Freude sei gekommen, sei aber im nächsten Augenblick gleich wieder weg gewesen. Früher habe er sich, wenn er mal am Morgen eine Freude gehabt habe, den ganzen Tag noch gefreut, das sei jetzt nicht mehr so. Alle Gefühlsregungen klangen leichter und schneller ab.

Zum Weinen komme er überhaupt nicht mehr. (Liegt das daran, daß keine Tränen mehr kommen?) „Wenn ich auch den größten Schmerz habe, dann weine ich nicht mehr.“ (Woran liegt das eigentlich?) „Die Tränen kommen schon noch, aber einem Manne steht es nicht mehr an, zu weinen. Ich verbeiße einfach den Schmerz.“

Er nehme jetzt aber alles „tragischer“ als sonst, möge jetzt immer für sich allein sein. Warum, wisse er selbst nicht recht. So sei er seit der Krankheit, und es könne wohl damit zusammenhängen, daß er sich nicht mehr so, wie früher, bewegen könne. Zudem habe es ihm einmal einer direkt ins Gesicht gesagt, er „spinne“ ja, denn er sei in der Anstalt gewesen. Darauf habe er eben nichts erwidert, auch nicht geweint, aber geärgert habe er sich doch.

Mit der Streitsucht sei es nach der Entlassung aus der Anstalt besser geworden. Auch seine Bockigkeit habe er abgelegt.

Sexuellen Verkehr habe er bis dahin noch nicht gehabt, aber er habe schon Lust dazu.

Wie uns kürzlich aus München mitgeteilt wurde, ist Lahmann inzwischen mit einer Gonorrhöe ins Krankenhaus gekommen.

Fassen wir das Wesentliche dieses Falles zusammen, so ergibt sich: Lahmann weist in seiner Verwandtschaft mehrere als belastend anzusehende Phänotypen auf. Dem Vater wird ein lockerer Lebenswandel nachgesagt, vielleicht beruht sein früher Tod (im Alter von 29 Jahren) an einem „Herzschlag“ auf einer luischen Infektion. Die Großmutter v. soll reizbar und erregbar, „böse“ gewesen sein. Dazu kommt noch als eine vielleicht vom Normalen abweichende Eigentümlichkeit der Vatersfamilie, daß in ihr die Fehlgeburten, und zwar eine ganze Reihe, in Spiritus aufbewahrt wurden.

Die Mutter wie die Großmutter des Probanden machen einen syn-tonen Eindruck. Dabei sind die Stiefgeschwister der Mutter des Probanden als Psychopathen zu bezeichnen. Beiden fehlt die Lebensnähe des Gesunden, sie steigern sich gern in phantastische Höhen hinein, verkennen dabei die Grenzen ihrer Persönlichkeit. Klangvolle Worte berauschen sie, und als August Melber bei seinen nicht ungeschickt angelegten Diebstählen erwischt wird, sucht er für sich als Ausnahmemenschen die alltäglichen Gesetzesvorschriften als ungültig hinzustellen.

Es ist natürlich möglich, daß für diese psychopathischen Eigentümlichkeiten das Erbgut ihres mit dem Probanden nicht blutsverwandten Vaters verantwortlich zu machen ist. Von ihm ist allerdings nur bekannt, daß er gern rauchte, trank und dann grob wurde.

Die psychopathische Eigenart der Stiefschwester der Mutter des Probanden scheint sich auch in ihren Kindern zu manifestieren.

Der Patient selbst wies bis zur Erkrankung keinerlei wesentlich von der Norm abweichende Züge auf. Seine guten Schulleistungen sind wohl vorwiegend auf seinen Fleiß zu beziehen.

Er hielt sich immer etwas von den andern Kindern zurück, gibt aber an, durchaus lustig und vergnügt gewesen zu sein. In den Schulzeugnissen wird bestätigt, daß er Neigungen zu „Lastern“ nie bewiesen habe. Jedenfalls weist die prämorbidie Persönlichkeit psychopathische Züge nicht auf.

Schon im ersten Jahr nach der Erkrankung an Encephalitis wird er abwegig. Ein kleiner Diebstahl wird nur mit Entlassung bestraft. Nach einem etwas schwereren Eigentumsvergehen kommt er nicht mehr nach Hause, treibt sich mit Schlerenschleifern herum, läßt sich im Äußeren ganz verkommen.

Dabei ist zu betonen, daß er von vornherein eine motorische Einengung aufwies, die sich in den nächsten Jahren immer weiter steigerte, bis sie sich zu einer ziemlich starken Starre entwickelte, ohne daß die Einstellbewegungen wesentlich darunter gelitten hätten. Es ist nichts bei ihm zu bemerken, von einem Überfließen der motorischen Antriebe, wie wir sie sonst bei anderen Jugendlichen zu sehen bekommen.

Welches sind demnach die Wesenszüge, die wir als Folge der Erkrankung an Encephalitis ansehen müssen?

Störungen des Wahrnehmungsvorganges und der Verstandestätigkeit liegen bei ihm nicht vor, das Denken verläuft ungestört.

Anders ist es mit dem Gebiet des Wollens und Handelns, wie mit dem des Gefühlslebens.

Wenn wir zunächst unsere Aufmerksamkeit den Diebstählen zuwenden, so ist noch einmal festzustellen, daß sich mit der Neigung dazu etwas der ganzen früheren Persönlichkeit des Kranken durchaus Fremdes einstellt. In der nächsten Verwandtschaft finden wir allerdings einen Stiefonkel, der auch wegen Diebstählen mit dem Gesetz in Konflikt kam. Es ist aber, wie wir oben schon hervorhoben, zu erwägen, ob hier nicht vielleicht Erbgut sich auswirkt, von dem unser Kranker überhaupt nichts abbekommen konnte.

Die Psychologie der Diebstähle scheint sehr einfach zu sein. Es handelt sich bei ihnen wohl nur um den Wegfall von Hemmungen gegenüber nicht einmal besonders stark betonten Begehungen. Die motorische Einengung des Kranken steht zu dieser Enthemmung durchaus im Gegensatz, wenn natürlich auch, wie z. B. bei dem Ringkampf auf dem Oktoberfest, also bei entsprechender Anregung, die Motorik viel besser arbeitet, als sie es für gewöhnlich tut. Das stellt ja bei den Erfahrungen über die motorischen Störungen bei Metencephalitikern nichts Besonderes dar. Wir kommen weiter unten noch darauf zu sprechen.

Wichtig muß ferner erscheinen, daß der Kranke beim Aufenthalt in der Anstalt sich als hinterlistig, hinterhältig erwies, wie dies bei der Beobachtung in der Klinik nicht so hervortrat. Wir fanden ähnliche Beobachtungen noch bei einer ganzen Reihe anderer Kranker bestätigt.

Hierin ist wohl nichts anderes zu sehen, als daß der Kranke eben bei dem Aufenthalt in einem neuen Milieu, wo er einer genauen Beobachtung sicher ist, zunächst seine abartigen Neigungen bremst. Ist er längere Zeit an demselben Ort, so läßt er ihnen frei die Zügel schießen.

Diese Erfahrung ist ja immer wieder in der gleichen Weise auch bei Psychopathen zu machen.

Auch diese Hinterlist und Hinterhältigkeit erscheint als etwas Neues in der Persönlichkeit des Lahmann.

Nach der zweiten Entlassung aus seinem Geschäft verbummelt und verwahrlost er gänzlich, kommt verlaust zu seiner Mutter zurück, das Gefühl für soziale Einordnung ist ihm ganz verloren gegangen, er hat allen inneren Halt verloren.

Bei genauem Eingehen auf sein Gefühlsleben gibt er an, (qualitativ) noch so wie früher zu fühlen. Immerhin ist ihm doch bewußt, daß er jetzt eher zu Verstimmungen neige, als es früher der Fall gewesen ist. Zudem meint er, alle Gefühle blaßen jetzt eher bei ihm ab als vor der Krankheit („Ich habe die rechte Freude nicht mehr gehabt“).

Diese eigenen Einsichten in seinen Zustand sind gewiß mit aller Vorsicht aufzunehmen. Aber wir möchten doch betonen, daß eine große Reihe von Kranken ohne irgendwelche suggestive Fragestellung ganz ähnliche Angaben darüber machte, daß die bei ihnen auftretenden Gefühlsregungen eher abblaßen, als das früher der Fall gewesen sei. Wir möchten doch annehmen, damit einen wirklichen Tatbestand erheben zu können.

Auf der anderen Seite ist Lahmann zweifellos reizbarer, erregbarer geworden, als er früher war. Dies ist eine Erscheinung, die uns später bei den erwachsenen Metencephalitikern noch mehr beschäftigen wird.

Lahmann zeigt ferner, wenn allerdings auch in abgeschwächtem Maße, die bei den jugendlichen Metencephalitikern so auffallende Betriebsamkeit, daß so häufige uneinsichtige Fragen. So erkundigt er sich sofort bei der Aufnahme in der Anstalt danach, ob er nicht Kaminchenfütterer werden oder wenigstens die Schusterei erlernen könne.

Die Einsicht, die er bei ruhigem Befragen in seinen Zustand hat, wird durch seine Zudringlichkeit und Klebrigkeit völlig überdeckt. Dieser merkwürdige Widerspruch zwischen Einsicht und äußerem Verhalten ist es wohl vor allem auch, der immer wieder den Eindruck einer gewissen Läppischkeit hervorruft.

Auch bei genauerer Betrachtung ergeben sich immer wieder große (wir möchten fast sagen wesensähnliche) Übereinstimmungen in vielen

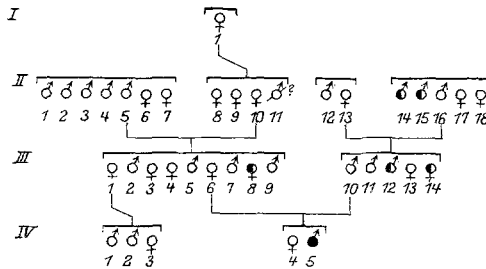


Zügen mit dem sonst bei Psychopathen zu Beobachtenden. Im weiteren Verlauf des Lebens treten all diese Züge fast ganz zurück.

Die motorische Störung entwickelt sich ohne ersichtliche engere Beziehung zu den psychischen Vorgängen zu ausgesprochenem Parkinsonismus.

2. Hans Berner, geboren am 18. IX. 1902 (♂ 69). In der Klinik: I. vom 28.—30. XII. 1921. II. vom 6.—10. VIII. 1922. III. vom 5.—18. VI. 1923.

Mit Rücksicht auf Platzersparnis geben wir in den Legenden zu den genealogischen Tafeln nur Erläuterungen über die Persönlichkeiten, die in irgendeiner Weise als belastend angesehen werden konnten.



Familiientafel 2.

#### Legende zur Familiientafel 2.

II, 11. Soll früh gestorben sein, sich erschossen haben, „im ganzen Wesen komisch“ gewesen sein. Weitere Angaben waren nicht zu erhalten. Vielleicht handelt es sich bei ihm um eine Depression, was um so näher liegt, als seine nächsten Verwandten als heitere, nette, arbeitssame, offene Menschen geschildert werden, also einen zykllothymen Eindruck machten.

II, 14 und 15. Werden als nervös, zappelig, fähig bezeichnet, brachten sich aber gut durchs Leben.

III, 6. Die Mutter des Probanden ist eine zufriedene heitere Frau, die ihre leichte gemütliche Ansprechbarkeit gut zu verbergen weiß. Sie kommt aber auch ohne Schwierigkeiten immer wieder über den Berg.

III, 8. Ihre Schwester ist angeblich seit einem Scharlach, den sie als Kind durchmachte, und „der nach innen schlug“, immer etwas nervös, reizbar. Sie leidet unter häufigem Stimmungswechsel.

III, 10. Der Vater des Probanden ist ein begabter, geschickter Kaufmann, der durch fleißiges Arbeiten sein väterliches Geschäft in die Höhe brachte. Er spielt gern und gut Violine. Eine gewisse Erregbarkeit ist eigentlich erst nach der Revolution durch finanzielle Schwierigkeiten deutlicher hervorgetreten. Er sei allgemein beliebt, ab und zu wohl etwas verstimmt, raffe sich aber immer wieder gut auf.

III, 11. Bruder des Vaters. Machte mit 15 Jahren eine Mittelohrentzündung durch, habe sich danach verändert, sei zurückhaltend geworden, habe ab und zu gemeint, die Leute sprächen über ihn. Er sei ein geschickter Glasmaler, lebe aber auch jetzt noch völlig zurückgezogen und fern von anderen Menschen.

III, 12. Zweiter Bruder des Vaters. Von Jugend auf lebenslustig, leichtsinnig. Hatte viel Beziehungen zu Frauen. Dabei begabt. Lebte über seine Verhältnisse, trank gern, schlug die anderen gern übers Ohr. Als Bademeister (er war als Masseur

ausgebildet) machte er lange Finger. Hilft sich jetzt in ganz untergeordneten Stellungen durchs Leben.

III, 14. Sei Kindergärtnerin, habe immer gute Zeugnisse gehabt. Labile Stimmung, nervös, leicht erregt, weine oft, könne aber auch heiter sein. Könne sich meist meistern.

Bei der ersten Aufnahme gab der Vater des Berner an, der Patient habe eine normale Entwicklung durchgemacht. Auf der Schule habe er sich als nicht unbegabt, aber faul erwiesen. Einmal sitzen geblieben. Neigte zu dummen Streichen, stahl einmal Stoff, um sich eine Windjacke daraus zu verfertigen, mußte deswegen von der Schule weg. Sei immer munter, lebhaft, gefällig, dabei eigentlich gutmütig gewesen. Die akute Encephalitis machte er im April 1920 durch; wurde plötzlich verwirrt, fieberte, schielte, das Lid der einen Seite hing ganz herunter. Die Augenerscheinungen gingen nach 3 Wochen wieder zurück. Lag 3 Wochen lang im Bett, war benommen.

Nach der Krankheit habe er sich körperlich und geistig ganz verändert. Wurde langsam, schwerfällig, still, teilnahmslos, vergeßlich, dabei stark schlafsuchtig.

In der Klinik wies er Steifigkeit beim Gehen, mäßige Beweglichkeit der Körpermuskulatur auf. Die Sprache war monoton, verwaschen.

Er selbst hatte den Eindruck, als ob Denken, Sprechen und Handeln langsamer und schwerer geworden sei. Klagte über Vergeßlichkeit. War dabei richtig orientiert, zeigte keine nachweisbaren Störungen der Merkfähigkeit.

Die zweite Aufnahme erfolgte am 8. VIII. 1922. Nach seiner ersten Entlassung hatte er einen kunstgewerblichen Kursus mitgemacht. Hatte dabei einer Mitschülerin Geld aus der Brieftasche gestohlen. Er verschenkte seinen Überzieher einem Fremden, verkaufte einen Anzug seines Vaters, wollte dessen Bücher verschleudern, stahl immer wieder wie die Mutter sagte, „krankhaft“ aus dem Portemonnaie der Mutter. Bei Vorhaltungen wurde er grob. Das gestohlene Geld verwandte er vor allem für Zigaretten.

Die Starre und der Rigor im Körper hatten zugenommen. Bei Fuß-Augenschluß fiel er langsam nach hinten um.

Seine Verfehlungen gab er restlos zu. „Zu all den Dummheiten hat mich der böse Wille gezwungen, gegen den ich vergeblich anzukämpfen versuchte“. Bei Vorwürfen fing er leicht an zu weinen. Er habe auch schon daran gedacht, von der Großhesseloher Brücke herunterzuspringen, sein Zustand habe sich doch in der letzten Zeit verschlimmert, er sei langsamer geworden, der Speichel laufe ihm immer im Munde zusammen.

In der Heil- und Pflegeanstalt, in der er von der Klinik aus bis Ende März 1923 blieb, schlugen alle Arbeitsversuche fehl. Er zeichnete wohl etwas, aber seine Zeichnungen erschienen dafür, daß er kunstgewerblich gearbeitet hatte, recht mangelhaft.

Im Juni 1923 kam er aus folgendem Anlaß wieder in die Klinik. Seine Mutter habe ihm häufig Vorwürfe gemacht, daß er zu Hause nur so herumsitze. So habe er sich denn vor ein paar Tagen bei einer Tante 75000 Mark geliehen und habe mit einem Kameraden zusammen auf den Dörfern Eier kaufen wollen, „um einen Verdienst damit zu haben“. Der Begleiter sei ihm mit dem größten Teil des Geldes durchgegangen, das habe ihn zu einem Selbstmordversuch veranlaßt. An der Großhesseloher Brücke hätten ihn des Weges kommende Leute verhindern wollen, von der Brücke zu springen. Dann sei er unten ins Wasser gegangen, habe es aber nicht aushalten können und sei wieder ans Ufer gekommen. Die Polizei habe ihn dann hergebracht.

Motorisch sehr verlangsamt. Die groben Einstellbewegungen erfolgen aber prompt. Auffassung und Aufmerksamkeit sind ungestört. Klagt aber, er *denke*

manchmal überhaupt nicht. Das sei früher bei ihm nicht vorgekommen. Die üblichen Intelligenzprüfungen ergeben nichts Besonderes. Sein Benehmen machte immer einen leicht läppischen Eindruck; die Selbstmordstimmung war ganz verflogen. Von der Klinik aus kam er nach der Heil- und Pflegeanstalt. Wir konnten ihn mehrmals dort besuchen. Außer einer Zunahme der motorischen Einengung war bei ihm nichts festzustellen. Die Krankengeschichte der Anstalt lehrt nur, daß er auch dort noch ab und zu von Selbstmordabsichten sprach. Vor der „Kopfgrippe“ sei er ein anderer Mensch gewesen, „nichts Gescheites zwar, zu allen dummen Streichen aufgelegt“, aber er denke doch gern daran zurück. Irgendwelche Pläne über seine Zukunft äußerte er nie. Einmal kniff er mit einem anderen Kranken zusammen aus der Anstalt aus, hielt es in keiner Weise für nötig, sich bei der Rückkunft zu entschuldigen. Dabei wird hervorgehoben, daß der Kranke immer recht zudringlich war und sich immer mit neuen Wünschen regte.

Nach einem dreimonatigen Urlaub äußerte er sich dahin, er wolle viel lieber in der Anstalt als draußen bleiben; da habe er doch wenigstens Gesellschaft und Unterhaltung.

Im April 1925 wurde er in externe Fürsorge übernommen, eine Besserung der „psychopathischen“ Züge war festzustellen, während die motorische Störung noch langsam fortzuschreiten schien.

Berner stammt aus einer Familie, in der sowohl auf Mutters wie auf Vaters Seite sich belastende Faktoren finden. Ob der Selbstmord des Onkels der Mutter auf einen endogenen Depressionszustand zurückzuführen ist, läßt sich nicht entscheiden. Ebensowenig ist ein sicheres Urteil darüber möglich, ob die Scharlacherkrankung der Schwester der Mutter tatsächlich eine auslösende Ursache für ihre „Nervosität und Reizbarkeit“ bildet. Man könnte ihre Neigung zu Stimmungsschwankungen im Zusammenhalt mit den Erfahrungen über den Onkel der Mutter und die Mutter selbst vielleicht auch als Ausdruck einer Zykllothymie auffassen.

Zwei Onkel des Vaters werden als nervös, labil geschildert. Ein Bruder des Vaters macht mit seinem Autismus, seiner Neigung zu Beziehungsideen einen schizoiden Eindruck, doch ist dabei zu berücksichtigen, daß er an einer durch eine Mittelohrentzündung bedingten Schwerhörigkeit leidet. Der zweite Bruder des Vaters ist ein haltloser Psychopath, der sich Eigentumsdelikte zuschulden kommen ließ. Die Schwester des Probanden wird als „stimmungslabil, nervös, erregbar“ geschildert.

Der Kranke selbst beging schon vor seiner Erkrankung dumme Streiche, unter anderem auch einen Diebstahl.

Nach der Encephalitis machte er in ganz haltloser Weise Diebstähle, verkaufte Kleidungsstücke und dgl., gibt als Grund dafür nur Zigarettenschulden an. Er verliert völlig jede Selbstachtung, die Tendenz zu einer Entwicklung seiner Persönlichkeit nach außen oder innen hin schwindet ganz. Damit gibt er eine gute Analogie zu unserem ersten Kranken.

Wenn er angibt, der böse Wille habe ihn zu all diesem gezwungen, er habe nicht dagegen ankämpfen können, so ist darin eine weitgehende

Enthemmung, eine Haltlosigkeit, eine Auslieferung der ganzen Persönlichkeit an niedrige Triebregungen zu sehen. Das Wachwerden dieser Triebe führt gleich zu kurzschlüssigen unüberlegten Handlungen, eine ganz ähnliche Kurzschlüssigkeit wirkt sich ebenso in dem, wenn auch vorher schon erwogenen, doch immerhin unter Ausschaltung jeden Bedachts stattfindenden Selbstmordversuch aus.

Dabei hat der Kranke immerhin ein deutliches Gefühl seiner inneren Veränderung, wenn sich dies bei seiner mangelhaften Intelligenz auch recht unklar zum Ausdruck bringt. Er klagt darüber, daß er ab und zu innerlich ganz leer sei, überhaupt nichts denke.

Vor allem fehlt die gemütliche Resonanz auf seine Einsicht in das Trostlose seines Zustandes recht weitgehend. Im Gegenteil, sieht man von seinen reaktiv bedingten Schwankungen nach der depressiven Seite zu ab (man kann in ihnen vielleicht einen Ausdruck der Erfahrungen über die Familie seiner Mutter sehen), so hat sein ganzes Verhalten oft den Anstrich einer gewissen leeren Euphorie, einer gewissen Läppischkeit.

Vor allem während des Anstaltsaufenthalts kommt die schon bei unserem ersten Kranken erwähnte Zudringlichkeit, seine dauernde Bereitschaft, immer wieder mit neuen durchaus unüberlegten Wünschen und Anforderungen hervorzukommen, zum Durchbruch. Es fehlt ihm jegliche Zurückhaltung.

Ob sein Fluchtversuch aus der Anstalt nicht einfach durch Mitlaufen mit den anderen Kranken zu erklären ist, steht durchaus zur Erwägung. Auch hierin könnte sich seine Neigung zu kurzschlüssigen Handlungen entäußern. Bei Rückkehr gibt er jedenfalls an, er wolle viel lieber *in* der Anstalt als draußen sein.

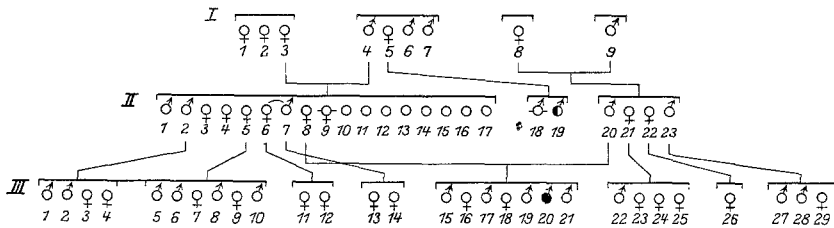
Dabei ist er von vornherein motorisch außerordentlich eingeeengt, starr, amimisch, bleibt in Handlungen stecken. Auch hier findet sich kein erleichtertes Ansprechen des Motoriums, das eine Erklärung für sein hemmungsloses Handeln geben könnte.

Trotz der prämorbidem psychopathischen Züge hat man doch den Eindruck einer weitgehenden Veränderung seiner Persönlichkeit, insofern Hemmungen beseitigt werden, die Erziehung und Milieu zweifellos schon gesetzt hatten. Es kommt weiterhin eine Verflachung des seelischen Niveaus, der Verlust der normalen Zielstrebigkeit zum Ausdruck. Die affektive Resonanz erscheint herabgemindert.

In seelischer Hinsicht tritt auch hier im Laufe der Zeit eine gewisse Besserung ein; die unbeirrt davon weiterschreitende motorische Störung läßt schließlich nur die Ruine eines Menschen übrig.

3. Johann Neu, geboren am 16. IX. 1907 (♂ 52). In der Klinik: vom 11. V. bis 3. VII. 1922.

Über diesen Kranken können wir uns kürzer fassen. Wir wollen zunächst seine Familientafel bringen.



Familientafel 3.

*Legende zur Familientafel 3.*

II, 9. Walburga L., geboren am 14. III. 1888. Kam am 6. III. 1914 in einer Heil- und Pflegeanstalt zur Aufnahme. Leidet an Schizophrenie mit lebhaften Halluzinationen und triebhaften Erregungszuständen.

II, 18. Anton St., geboren am 1. IX. 1869. Geistlicher. Befindet sich seit 1896 fast dauernd in Anstalten. Schizophrenie. Erster Schub schon auf dem Gymnasium, hatte Erregungszustände, ging mit dem Messer auf die Mutter los, verbrannte Kleider und dergleichen. In sexueller Hinsicht als Pfarrer gänzlich haltlos, exhibitionierte. In der Anstalt mißtrauisch, rücksichtslos, brutal gegen andere Kranke, litt an einer alten Gonorrhöe. Im Äußeren vernachlässigt, führt obszöne Redensarten, fühlt sich verfolgt, äußert hypochondrische Wahnideen und Beziehungsideen.

II, 19. Bruder von II, 18, Michael Str., geboren am 3. VIII. 1876. Ebenfalls Pfarrer. Galt von jeher als überspannt, wurde wegen eines Sittlichkeitsdeliktes von seiner Stadtpfarrrei enthoben. Soll jetzt aber wieder Pfarrer in einer kleinen Gemeinde sein.

Beide Brüder sollen durch ihre Mutter (I, 5) gezwungen worden sein, Pfarrer zu werden. Sie selbst soll äußerlich betont fromm, frömmelnd gewesen sein.

II, 10–17. Sind als kleine Kinder gestorben.

Die prämorbidie Persönlichkeit des Neu weist außer einer hier belanglosen Debität keine irgendwie abartigen Züge auf. Er war, wie festzuhalten ist, vor der Krankheit durchaus ehrlich. Nach der Encephalitis, die er 1919 durchmachte, und die zugleich Veränderungen nach Art einer Poliomyelitis ant. setzte, fing er an zu stehlen. Dabei wurde er sehr zudringlich, seine läppisch-heitere Stimmung war durch Vorwürfe und Hinweise auf seine ernste Lage in keiner Weise zu ändern. Er wies schon bei der Aufnahme in der Klinik einen Rigor auf, der sich zunehmend verstärkte, ein Übermaß von motorischem Antrieb war nicht zu erkennen. Vor allem war er durch die Beteiligung des Rückenmarks an dem entzündlichen Prozeß in seiner Beweglichkeit sehr eingengt.

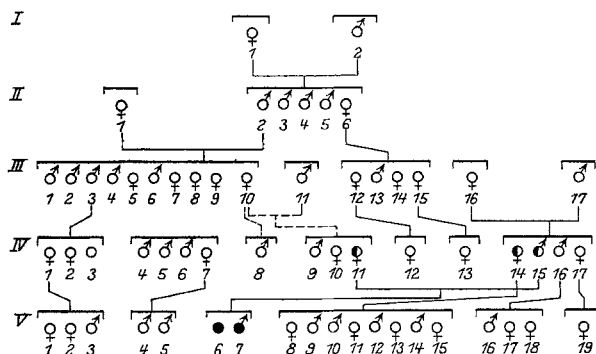
Die bei ihm vorliegende Belastung mit Schizophrenien kommt bei ihm in seiner metencephalitischen Persönlichkeitsveränderung in keiner Weise zum Ausbruch.

In der Anstalt, in der wir den Kranken im Mai 1925 sahen, war er durchaus ans Bett gebunden. Bemerkenswert ist, daß die Krankengeschichten in den letzten Jahren eine Zunahme seines intellektuellen

Defekts verzeichnen. Er leidet seit einigen Jahren an tonischen Blickkrämpfen, die wir auch beobachten konnten. Sie verliefen ganz ähnlich wie *Jackson-Anfälle*, wie wir sie bei Hirnrindenstörungen beobachten können. Auf der Höhe des Anfalls, in dem die Augen und dann auch der Kopf ganz langsam nach links gedreht wurden, trat jeweils eine hochgradige Trübung des Bewußtseins ein, wenn der Kranke nicht überhaupt für Augenblicke bewußtlos wurde.

Die Ähnlichkeit mit *Jackson-Anfällen* legte den Gedanken nahe, daß hier vielleicht doch Funktionsstörungen der Hirnrinde mit hereinspielen. Vielleicht ist auch die „initiale Verblödung“ der Anstaltskrankengeschichte ein Hinweis auf die Rindenbedingtheit der Blickkrämpfe. Bei der Häufung der Anfälle — sie dauerten 3—5 Minuten und wiederholten sich alle 3—5 Minuten — war eine weitere Exploration überhaupt nicht mehr möglich.

4. Bei unserem vierten Kranken Erwin Schilf, geboren am 26. III. 1912 (♂ 67), konnten wir mit Hilfe des Pfarramtes die Familie der Mutter bis zu Anfang des 19. Jahrhunderts zurückführen. In der entfernten Familie finden sich keine wesentlich als belastend anzusehenden seelischen Eigentümlichkeiten.



Familientafel 4.

Legende zur Familientafel 4.

III, 10. Die Großmutter m.,

IV, 11 und IV, 14. (Vater und Mutter des Probanden) werden als nervös und reizbar geschildert.

Vor der Encephalitis, die er im Alter von 7 Jahren durchmachte, bot der Kranke keine besonders abartigen Züge, nur hielt er sich von seinen Kameraden fern, da er wegen seiner roten Haare oft verspottet wurde. Er war ein guter Schüler und behielt seine gute Begabung auch nach der Encephalitis. Während des Aufenthalts in der Klinik vom 11.—18. V. 1923 konnte er sich keinen Augenblick ruhig verhalten, ein Impuls folgte dem anderen, häufig ganz wahllos, ohne ein genau umschriebenes Ziel zu verraten.

Noch 4 Jahre nach der akuten Encephalitis weist er andauernd parakinetische Bewegungen auf. Dabei wirkt sich eine übermäßige Bereitschaft zu affektiven Entladungen auch dahin aus, daß er, wenn er gereizt wird, ohne jeden Halt ein-

fach blindlings losschlägt. Strafen wirken in keiner Weise, auf Schläge reagiert er nur damit, daß er sich umdreht und vor sich hin pfeift.

Seine Motorik bemächtigt sich jedes ihm neu entgegen tretenden Eindrucks, die Aufmerksamkeit wird zum Spielball des Augenblicks.

Der inneren Unruhe entspricht die Hypervigilität seiner Aufmerksamkeit.

Diese auch für ein Kind seines Alters weit über das Maß hinausgehende Neigung zu motorischen Entladungen wirkt sich auch beim Zeichnen aus. Die Linie des Rauchs, die er auf dem Bilde seines Hauses anbringt, verlängert sich ihm unter den Fingern zu einer Schlangenwindung, die sich um Boden, wie Dach des Hauses erstreckt.

Es fehlt ihm jedes Distanzgefühl, laut und zudringlich läuft er hinter der Visite her, auf der Straße spricht er ohne jede Scheu die Vorübergehenden um Schleckereien an. Dabei stiehlt er seiner Mutter Geld weg, wo er kann.

Eine wesentliche Besserung ist bisher bei ihm noch nicht festzustellen.

Jedenfalls tritt bei diesem Kranken neben dem Wegfall von Hemmungen die motorische Unruhe als wesentlich mitwirkend bei seinen Handlungen in Geltung.

Allerdings so, daß die motorische Störung gewissermaßen das ganze Krankheitsbild gestalte, können wir auch hier die Sachlage nicht ansehen.

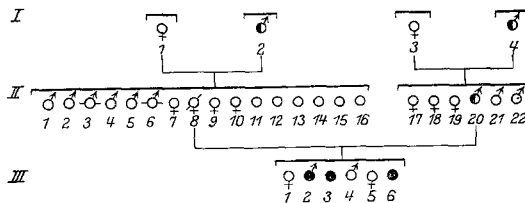
Zu betonen ist, daß es bei diesem Kranken zu keiner Störung im Sinne des Parkinsonismus kam; nur war 1925 vielleicht eine leichte Hypomimie bei ihm festzustellen.

Unser 5. hierher gehöriger Kranker wies sowohl in der Mutters- wie Vatersfamilie Psychopathien auf. Im übrigen bot er nichts, was bei den anderen Kranken nicht auch zum Ausdruck gekommen wäre.

### b) Sexuelle Störungen bei jugendlichen Metencephalitikern.

Diese Gruppe umfaßt 7 Fälle.

6. Franz Kier, geboren am 30. IX. 1910 (♂ 73). In der Klinik: I. vom 21. I. — 2. II. 1922; II. vom 8. VI. — 3. VII. 1923; III. vom 24. I. — 2. III. 1925.



Familientafel 5.

#### Legende zur Familientafel 5.

I, 2. Soll rückenmarksleidend gewesen sein, wird als reizbar und jähzornig geschildert.

I, 4. Der Großvater v. wird als „ordentlich“ bezeichnet, aber er sei etwas „Lebemann“ gewesen, d. h. er habe es in sexueller Beziehung nicht sehr genau genommen.

II, 3. Anton Eder, geboren am 30. V. 1875. Kam am 28.IX. 1906 in einer Heil- und Pflegeanstalt zur Aufnahme mit der Diagnose *Dementia praecox*. Nach der Militärzeit habe er angefangen, zu trinken und zu vagabundieren. Im Herbst 1902 wurde er erregter, litt unter Sinnestäuschungen, schimpfte, glaubte sich verfolgt, drohte gewalttätig zu werden. In der Anstalt zeigte er in den nächsten Jahren noch ab und zu Erregungszustände, in denen er auch stärker zu halluzinieren schien. Später entwickelte er sich zu einem fleißigen, brauchbaren Feldarbeiter, wurde in den letzten Jahren immer autistischer, 1922 wies er Zustände von Sprachverwirrtheit auf.

II, 6. Sei nach dem Krieg an Tuberkulose gestorben, habe ähnliche (paranoide) Züge gezeigt wie II, 3.

II, 7. Sehr jähzornig.

II, 8. Cäcilie Kier, geboren am 10. III. 1886. In der Klinik vom 22. IV bis 19. V. 1923.

Früher immer heiterer Stimmung. Gute Ehe. In den letzten Wochen schlechter Schlaf, machte sich Gedanken über das wirtschaftliche Auskommen. Regte sich dann über eine Nachbarin auf, geriet mit ihr in Streit; deren Mann stieß sie die Treppe hinunter. Das habe sie ganz auseinandergebracht. Zudem habe sie auch der Mann in der letzten Zeit nicht mehr gut behandelt. Über ihr Kind, den Probanden, habe sie sich auch sehr aufgeregt, wenn es nachts unruhig gewesen sei. Die Diagnose der Klinik lautete: Endogene Depression.

Seither wieder frischer und freier.

II, 11—16. Als Kinder gestorben.

II, 20. Vater des Probanden. Postangestellter. Soll eine lustige, heitere Persönlichkeit sein, hat nie besonders viel getrunken, ist seit der Heirat fleißig, ordentlich, während er vor der Ehe die verschiedensten Beziehungen zu Frauen hatte, die ihn in dieser Hinsicht als recht unzuverlässig erscheinen ließen.

III, 1. Therese Kier, jetzt 15 Jahre alt, litt als kleines Kind unter „Fraisien“. Gute Schülerin, dabei gesellig, heiter, etwas zappelig.

III, 4. Geboren 1914. Auffälliges Kind, das in der Schule gut vorankommt.

III, 5. Geboren 1916, leidet an Skrofulose.

Die Mutter gab bei der ersten Aufnahme an, Patient sei eine schwere Geburt gewesen, habe sich aber normal entwickelt. Von jeher sei er ängstlich gewesen, habe sich nachts, aber auch tags immer gefürchtet; hatte Schreckträume, aber nie Anfälle. Unter Bettnässen leide er bis jetzt noch. Im allgemeinen gut erziehbar, folgsam, habe mit den andern Kindern immer nett gespielt, sich immer gern Geschichten erzählen lassen. In der Schule habe er bis zur 4. Klasse gut gelernt, war immer etwas hitzig, war immer dabei, wenn etwas los war. Keine ethischen Defekte.

Nach der Encephalitis, die er im 9. Lebensjahr (1920) durchmachte, veränderte er sich in seinem ganzen Wesen, schlug gleich zu, wenn man ihm nicht zu Willen war, nannte die Mutter „Schinderweib verrecktes“, sagte z. B. zu ihr: „Weib nacktes, du bist schuld, daß ich auf der Welt bin“. Glaubte, man stehle ihm seine Raritäten weg, d. h. allerlei Abfallstoffe, die er sich zusammensuchte, ruinierte weiterhin Haushaltungsgegenstände, zerschlug, was ihm unter die Finger kam. Bedrohte die Angehörigen, sprach von Gurgel abschneiden, schlug die Geschwister ohne Erbarmen, suchte jeden Anlaß dazu.

Im Juni 1920 war er 9 Wochen lang in der Kinderklinik. Danach ging es zunächst zu Hause, vor allen Dingen besserte sich auch die Schlafstörung, die ihn immer erst am Morgen zum Einschlafen kommen ließ. Bald mußte er aber wieder dorthin verbracht werden. Aus der Schule wurde er entlassen, da er im Unterricht nicht mehr zu gebrauchen war. Sprache und Bewegungen wurden



immer langsamer, der Gang wurde steif, die Haltung gebückt, im linken Fuß trat eine Contractur auf. K. zog den Fuß direkt in Equinovarusstellung ein. Den Mund hielt er meist halbgeöffnet, dabei hatte er sehr starken Speichelfluß. Trotz der an und für sich meist leisen Sprache konnte er auch laut und unerträglich brüllen.

Seine Erregbarkeit wurde immer schlimmer, er zerriß und zerschnitt die Bettwäsche, riß alles von der Wand herunter, wurde immer gemeiner in seinen Ausdrücken gegen Eltern und Geschwister. Die Geschwister klärte er über die sexuellen Vorgänge auf. Dabei begann er ganz schamlos vor ihnen zu onanieren, „ohne Samenerguß, er tat aber immer zu, es wurde steif“. Drohte, Stuhl und Urin ins Bett gehen zu lassen, tat das auch, ließ sich nicht mehr waschen, während er früher reinlich war. Trotz seiner sonstigen Langsamkeit konnte er ab und zu das Essen mit einem Mal herunterwürgen, kümmerte sich nicht darum, wenn ihm alles herunterlief.

Dabei war er ängstlich, fürchtete sich, wie früher, vor Räubern.

In Zwischenzeiten verhielt er sich auch wieder ganz nett, bereute sein Benehmen, beteuerte, daß er die Angehörigen gern habe, bat um Verzeihung.

Der körperliche Befund bei der ersten Aufnahme ergab, daß die Körpergröße anstatt 135 cm der Norm nur 127 cm betrug. (Eine Beobachtung, die wir in ähnlicher Weise übrigens mehrfach bei jugendlichen Metencephalitikern machen konnten.) Die Reflexe waren in regelrechter Weise auslösbar. Deutlicher Rigor. Z. B. beim Essen wurde er immer langsamer und schläfriger. Die Haltung war dabei recht steif, der Kopf wurde nach links schief gehalten, der Körper im ganzen nach vorn gebeugt. Deutliche Amimie. Trotz seiner Steifigkeit konnte er ganz lebendig herumlaufen.

Die Schüchternheit und Angst, die er zunächst bei der Aufnahme zeigte, legte er bald ab, wurde bald zutraulich, dann sogar recht vorlaut. Einen Besuch seiner Mutter nahm er mit Freude an wegen der ihm mitgebrachten Dinge. — Auf Fragen über sein merkwürdiges Verhalten zu Hause ging er nur ungern ein, bestritt sogar, seine Mutter beschimpft zu haben. Die Intelligenzprüfung nach Binet-Simon ergab ein Alter von 11 Jahren.

Bei der zweiten Aufnahme am 8. VI. 1923 gab die Mutter an, es sei draußen eine Zeitlang gegangen. Bald aber wieder seien Klagen vom Lehrer gekommen. Der Kranke habe ihn einfach beschimpft, habe ihm: „Schlowak, Schlawiner“ zugerufen, sowie: „Rache, Rache, wirst sehen, was dir morgen passiert“. — Es habe immer Streit mit ihm gegeben, er habe Geld weggenommen, Schwindel damit getrieben. Die kleinere 6jährige Schwester habe er ins Bett gelegt, umfaßt. Wenn die Mutter ihm Vorwürfe machte, so sagte er nur: „Warum habt Ihr mich denn hergestellt?“

Vom körperlichen Befund war nur die Amimie deutlicher als beim ersten Aufenthalt in der Klinik.

Daß er mit seiner Schwester „Unkeuschheit“ getrieben habe, indem er „ihr das Glied hineingesteckt habe“, gab er ohne weiteres zu. Dazu sei er von einem Freund überredet worden. Auch onaniere er jeden Monat etwa einmal.

Bei der Unterhaltung mit ihm stellte er öfters Gegenfragen: „Darf ich gehen? Ich habe Hunger . . . Darf ich morgen in den Garten?“ Dann fragte er den Arzt wegen eines Kranken, der seufzend herumging: „Ist das ein Veitstanz?“ Als man ihm fragte, was er mit einem solchen Sohn machen würde, wie er selbst sei, meinte er, zunächst würde er ihn verhauen; werde es dann nicht besser, wolle er noch mehr hauen, und wenn es überhaupt nicht mehr ginge, dann würde er ihn in eine Erziehungsanstalt geben. Aber er selbst sei noch nicht so böse, fügt er gleich hinzu.

Am 27. I. 1925 kam er erneut in der Klinik zur Aufnahme.

Er habe zunächst die Schule wieder besuchen können. Im Herbst vorigen Jahres sei aber das Wasserlaufen aus dem Mund wieder sehr stark geworden. Dann habe er angefangen, immer rückwärts zu gehen.

Hätte ihn irgendein Kind gereizt, so sei er gleich auf es los gesprungen und habe bis zur „Bewußtlosigkeit“ zugehauen. Mit der Schwester habe er sich nicht mehr eingelassen.

Als er mit der Mutter kürzlich spazieren gegangen sei, habe er mit der Elektrischen zurückfahren wollen. Als ihm diese das Geld dazu nicht gegeben habe, sei er in solche Erregung gekommen, daß die Mutter mit ihm in einen in der Nähe liegenden Friedhof ging, um Aufsehen zu vermeiden. Dort sei er von hinten über sie hergefallen, habe versucht, sie zu Boden zu werfen und habe nur abgelassen, weil die begleitende Schwester geschrien habe.

In der Schule habe er vom Lehrer dauernd Strafaufgaben bekommen, mit denen er ganz durcheinander gekommen sei. Das Resultat seien lauter Fünfer gewesen, während er vor der Krankheit nur gute Noten gehabt habe.

Jetzt habe er für nichts mehr Interesse, treibe sich so herum, ohne Anschluß an andere zu suchen. Nachts schlafe er an für sich gut, nur stehe er ab und zu auf, habe angefangen seine Strafaufgaben zu erledigen. Das habe die Mutter ihm erlaubt, denn sonst sei gar nicht mit ihm auszukommen gewesen. Mit seinen Drohungen und Schimpfen sei es genau so wie früher.

Der körperliche Befund wies einen ausgesprochenen Parkinsonismus auf. Ließ man ihn ruhig sitzen, so sank er völlig in sich zusammen, richtete sich mit kurzen Schüben wieder auf, um gleich wieder in die alte Haltung zu versinken. Bei irgendeinem Auftrag bewegte er sich außerordentlich rasch und gewandt, lief dabei auf den Zehenspitzen. Bei plötzlichem Anhalten fiel er vornüber.

Immer wieder kam er mit seinen stereotyp anmutenden Fragen nach Entlassung oder dergleichen.

Ihm vorgewiesene Binet-Simonbilder kann er richtig erklären. Einen Ebbinghaustext kann er mit leichter Nachhilfe richtig ergänzen. Die Nietzsche-Geschichte reproduziert er richtig.

Die Frage, warum er so unartig sei, beantwortet er mit Weinen und den Worten: „Das habe ich nicht gern gemacht“. Auf die Frage, warum er weine, antwortete er: „Weil i hoam möcht“. Er habe in den letzten Tagen zu Hause geschrien. (Warum?) „Weil sie (die Mutter) mich geschlagen hat“. (Warum geschlagen?) „Weil ich geschrien habe“. Diese Frage und Antwort wiederholt sich fortlaufend öfters in der gleichen Weise. Dabei kommt er selbst zu einem leichten Lächeln.

Als er nach dem Namen des Freundes gefragt wird, der ihn zu den sexuellen Delikten verleitet habe, gibt er ihn ganz flüchtig an, fügt gleich an: „Der wird Sattler“.

Sehr gern hänselte er andere Kranke. Setzte sich aber einer von ihnen zur Wehr, so fing er gleich pöbelhaft an zu schimpfen, schlug blindlings zu, konnte aber im nächsten Augenblick wieder ganz nett und freundlich sein.

Der Kranke wurde nach einer Heil- und Pflegeanstalt verlegt, wo er ohne Änderung sich jetzt noch befindet.

Wir haben die Krankengeschichte des Franz Kier so ausführlich berücksichtigt, weil sie uns für eine ganze Reihe von Krankheitserscheinungen repräsentativ zu sein scheint.

Kier stammt aus einer stark belasteten Familie. Auf der Mutter Seite wird der Großvater und eine Tante als sehr jähzornig geschildert. Ein Onkel m. ist an Schizophrenie erkrankt, ein anderer ist vielleicht

nur durch seinen frühen Tod an Tuberkulose der Entwicklung eines schizophrenen Prozesses entgangen. Die Mutter des Probanden befand sich wegen einer endogenen Depression in der Münchener Klinik.

Großvater v., wie der Vater des Kranken, wiesen eine vielleicht über die Norm hinausgehende Unzuverlässigkeit in sexueller Hinsicht auf.

Kier war schon vor der Krankheit reizbar und erregbar, blieb Bett-nässer. Er machte auf der Schule immerhin Fortschritte, kam mit den Kameraden gut aus, bis seine ganze Entwicklung, deren Leitung bis dahin keine Schwierigkeiten machte, durch die Encephalitis im 10. Lebensjahr einen jähen Knick erhielt, von dem sie sich bisher noch nicht erholt hat.

Die schon früher bei dem Kranken vorhandene Reizbarkeit und Erregbarkeit artete in eine hochgradige Enthemmung aller Triebregungen aus. Jeder gerade sich einstellende Trieb, auch vom niedrigsten Niveau, setzt sich ins Motorische, in die Handlung um, ohne dabei irgendeine Rücksicht auf die Umgebung zu nehmen.

Auch hinsichtlich der Auffassung und Aufmerksamkeit gibt es keine Zielstrebigkeit mehr. Der Zufall ist maßgebend für das, was er auffaßt, ob es nun irgendein neuer Eindruck ist, der sich dem Auge oder dem Ohre darbietet, oder ob sich von innen her irgendeine Regung seines Interesses bemächtigt, oder irgendeine Einstellung auf irgendeinen Gedanken ihn beherrscht.

Bei jedem auch leichten Streit gerät er in die primitivste, affektiv stark unterstrichene Abwehr- oder Kampfeinstellung; er schlägt blindlings drauf los. Oder er schimpft in der gemeinsten Weise auf andere ein, bricht in kindische Drohungen aus.

Immer wieder drängen sich bei der Unterhaltung Fragen auf, die er ohne jede Hemmung herausbringt. Zum Teil bezwecken sie wohl auch die Unterhaltung, die ihm unangenehm ist, abzubrechen, oder das Thema, das ihm peinlich ist, zu verschieben. Zum Teil beziehen sich die Fragen auf gerade vorübergehende Personen, auf irgendein sich gerade abspielendes zufälliges Ereignis.

All das vollzieht sich in der kurzschlüssigen Art und Weise, wie sie *Kleist* bei seinen Hyperkinetischen beschrieb. Trotzdem sind Anzeichen einer weiteren Denkstörung, wie zu betonen ist, nicht vorhanden.

Allerdings besteht bei dem Kranken keine eigentliche Hyperkinese. Das motorische Zustandsbild näherte sich im Laufe der Jahre in zunehmender Weise dem Parkinsonismus.

Eine wesentliche Schädigung der intellektuellen Funktionen ist nicht festzustellen. Merkfähigkeit wie Gedächtnis sind nicht verändert. Der Zufluß an Material für seine intellektuelle Entwicklung ist allerdings gestört.

Die Eindrücke, die der Kranke aufnimmt (sie deuten auf ein sehr minderes Milieu der Familie hin), behält er recht gut und wertet sie noch weiter aus.

Das hemmungslose Aussprechen sexueller Dinge macht den Eindruck einer brutalen Schamlosigkeit. Allerdings ist zu bedenken, daß er den eigentlichen Sinn seiner Redensarten selbst wohl noch nicht ganz erfaßt hat.

Wir müssen uns von der Beobachtung bei anderen, gesunden Kindern her daran erinnern, daß ihnen in gewissen Stadien der Entwicklung das Spielen mit meist unverständenen oder doch nur halb verstandenen sexuellen Ausdrücken oder mit koprolalischen Redensarten einen besonderen Reiz bietet. Vielleicht kommt bei Kier auch eine solche Tendenz rückhaltlos zum Durchbruch, die sich natürlich an Erfahrungen des Milieus nährt. Ohne jede Scheu, ohne jede geschwisterliche Rücksicht läßt sich der 12jährige mit seiner 6jährigen Schwester geschlechtlich ein. Zum Teil mag sich darin einfach Neugierde zum Ausdruck bringen, zum andern Teil mag tatsächlich die Verführung durch Freunde daran schuld tragen. Auf die gleichen Gründe mag das Onanieren zurückzuführen sein.

Aber er hat dabei sicher auch sexuelle Gefühle. Es ist daran zu erinnern, daß die encephalitische Erkrankung oft einen weitgehenden Einfluß auf die Drüsen mit innerer Sekretion hat. Vielleicht handelt es sich bei Kier um eine durch den Einfluß der Erkrankung vorzeitig aufgetretene sexuelle Entwicklung.

Möglicherweise spielt dabei auch noch die stark betonte sexuelle Veranlagung von Vater und Großvater v. herein.

Jedenfalls sind für die sexuellen Abweichungen unseres Kranken die verschiedensten Bedingungen zu erwägen.

Die Zudringlichkeit, der Mangel an Distanzgefühl, das dauernde Sichaufdrängen mit Fragen kann zweifellos auf den Wegfall von Hemmungen gezogen werden. Es kommt auch hier wieder eine frühkindliche Verhaltensweise ans Licht, die durch die Betonung ihrer motorischen Seite, wie auch durch die mehr entwickelten Handlungs- und Beziehungsmöglichkeiten des größeren Kindes verstärkt in Erscheinung treten.

Auch auf der Gefühlsseite herrscht durchaus der Augenblick, die Stimmung wechselt völlig nach den von außen kommenden Eindrücken. Auch hierin möchten wir eine frühkindliche Verhaltensweise erblicken.

Dazwischen hinein kann der Kranke aber auch ganz ruhig sein, dann weiß er, daß er da und dort nicht recht handelte, ist ganz einsichtig in das Unsinnige seines Verhaltens, hat auch eine gewisse Krankheitseinsicht. Der nächste Augenblick, irgendein neuer Anlaß, läßt alle seine Vorsätze wieder hinfällig werden.

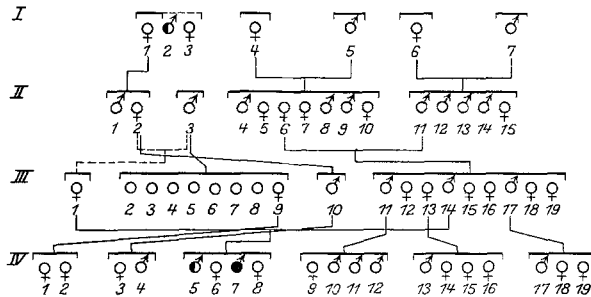
Die Einsicht, die seinem Alter entspricht, hat er aber in ruhigen Augenblicken doch.

Im weiteren Verlauf der Krankheit zeigt sich, abgesehen von dem mehr episodenhaften Auftreten der sexuellen Abarten, keine wesentliche Besserung, während die motorische Störung sich immer weiter im Sinne des Parkinsonismus entwickelt.

Von den weiteren 6 Fällen dieser Gruppe aus der Münchener Klinik wollen wir lediglich erwähnen, daß bei einem 15jährigen Kranken August Wach (♂94), dessen 4 Geschwister als haltlose Psychopathen geschildert werden, nach der Encephalitis sich eine besondere Neigung, Tiere zu quälen, herausstellte. Der Junge wurde vom Gericht aus der Klinik zur Begutachtung hinsichtlich seiner Zurechnungsfähigkeit wegen eines sexuellen Attentats auf ein kleines Mädchen zugeführt und exkulpiert.

In ganz ähnlicher Weise neigte zu sexuellen Quälereien von Tieren auch der Kranke Heinrich Pesca.

7. Heinrich Pesca, geboren am 14. IV. 1908. (♂75) In der Klinik: I. vom 2. XII. bis 22. XII. 1922; II. vom 27. VII.—27. VIII. 1923.



Familientafel 6.

*Legende zur Familientafel 6.*

Von des Vaters Seite her ist lediglich zu erwähnen, daß die Großmutter (II, 6) eine ruhige, ordentliche und brave Frau war, die weder geistig noch körperlich je besonders krank war. Sie hatte nur die Eigenart, „mit Urin und Kräutern zu doktern“. Die gleiche Eigenart zeigte ihr älterer Bruder (II, 4), der dazu als „eigen“ bezeichnet wird. Er sei wohl früher mal verheiratet gewesen. Habe in den letzten Jahren sich alles selbst gewaschen.

Eine weitere Schwester (II, 7) betätigt sich in der gleichen Weise auf dem Heilgebiet.

Wichtig scheint uns von Mutters Seite her zu sein, daß der Urgroßonkel m. (Halbbruder der Urgroßmutter m.) (I, 2) als früh verstorbener Taugenichts, der viel getrunken hat und keinem „gut“ tat, geschildert wird.

Eine Urgroßtante (Halbschwester der Urgroßmutter m. (I, 3) soll an „Gehirnerweichung“ in einer Anstalt verstorben sein.

Ferner wird vom Vater der Mutter (II, 3), der 65 Jahre alt, noch völlig gesund ist, angegeben, daß „er sehr auf Weiber ausgewesen sei“.

Das gleiche wird von seinem Sohn (III, 10), einem Halbbruder der Mutter, behauptet.

Ein Bruder des Probanden (IV, 5), jetzt 28 Jahre alt, war 2½ Jahre im Felde und soll damals recht aufgeregt gewesen sein.

Patient soll bis zur „Kopfgrippe“ im Jahre 1920 ein lebhaftes, lustiges, braves, anständiges Kind gewesen sein.

Nach der Krankheit sei er sehr „grantig“ geworden, machte Äußerungen wie: „Ich glaube, ich spinne; wenn das nicht besser wird, komme ich einmal nicht mehr heim“. Dabei wollte er immer mit seiner Mutter scherzen. Es wurde ferner beobachtet, wie er Hunden das Genitale rieb und Ähnliches mit Katzen und Ziegen tat. Auch mit kleinen Mädchen hat er sich abgegeben, „er nahm sie mit in sein Zimmer und legte sich auf sie und arbeitete dann nur gerade so herum“. Die Mädchen hätten sich schon dahin geäußert, daß er das Glied in die Scheide gebracht habe. Er wurde weiterhin frech, neckte andere Leute, schlug Kinder, ging in einen Bäckerladen, kratzte da die Rinde vom Brot weg.

Pesca war mittelgroß, kräftig gebaut. Die Pubes schnitten mit scharfer horizontaler Grenze nach oben ab, Achselhöhlenbehaarung wies er nicht auf. Es bestand eine rechtsseitige Facialisschwäche, erhaltene Pupillenreaktion. Der linke Patellarreflex war stärker als der rechte. Deutlicher Rigor in der Extremitätenmuskulatur. Pendelbewegung der meist in Beugstellung gehaltenen Arme beim Gehen nur angedeutet. Die Mimik starr, wie der ganze Körper. Mitunter bestand deutlicher Schütteltremor der Hände.

Er gab selbst an, er habe in der Schule schon vor seiner Erkrankung allerlei angestellt, sei gern auf die Bäume geklettert. Vor der Krankheit sei er nicht sitzen geblieben, nach der Krankheit aber gleich in der 6. Klasse.

Er habe nichts mehr spielen können, da er immer langsamer geworden sei. Er habe zudem auch *kein Interesse* mehr am Spielen, ihn freue halt nichts mehr. Dabei rege er sich sehr leicht auf.

Mit Lachen gibt er zu, in der letzten Zeit recht ungezogen gewesen zu sein. Warum, das könne er nicht sagen, er traue sich jetzt mehr zu, weil er kräftiger geworden sei als früher und die Mutter sich scheue, ihn zu schlagen.

Auf der Abteilung war er gleich überall bekannt, ging an die Betten der anderen Kranken, wurde bald recht zudringlich.

Seine sexuellen Verfehlungen gab er ohne weiteres zu. Er habe davon von Schulkameraden gehört. Den Hund habe er auf den Geschlechtsteil geschlagen, damit er nach ihm schnappen solle. Dann: er habe den Geschlechtsteil des Hundes angefaßt, weil er sich gedacht habe, das tue dem gerade so wohl wie ihm selbst.

Bei alledem ist der Kranke recht einsilbig, Vorhaltungen beantwortet er ohne jede tiefere Reaktion, er bringt immer irgendwelche Ausreden vor. Gelingt es, ihn durch Vorwürfe momentan zum Weinen zu bringen, so kommt er gleich darauf in seiner gewöhnlichen, läppisch zudringlichen Art mit irgendeinem Anliegen.

Die Intelligenzprüfung wies keinen eigentlichen Defekt auf, das Schulwissen war mangelhaft, ebenso das Erfahrungswissen.

Er wurde im Dezember 1922 entlassen und kam am 28. VII. 1923 erneut zur Aufnahme, da er wieder einen Angriff auf ein 5jähriges Mädchen gemacht hatte, bei dem er rechtzeitig abgefaßt worden war. Auch mit Ziegen hatte er sich, wie schon oben angegeben, eingelassen.

Er betonte immer wieder, daß er so gleichmütig und gleichgültig sei, es freue ihn nichts mehr seit der Kopfgrippe.

Auf der Abteilung wurde er bald unausstehlich, er neckte mit Vorliebe andere hilflose Kranke, mischte sich in alles hinein, wurde gegebenenfalls gewalttätig.

Für seine sexuellen Delikte mußte er exkulpiert werden.

In der Heil- und Pflgeanstalt, wohin er von der Klinik aus verlegt wurde, fing er gleich mit Unfug an. Das Versprechen, ihn bei anderem Verhalten

auf eine ruhigere Abteilung zu legen, könne er nicht annehmen, da er es nicht halten könne.

Er rauchte gern Kastanienblätter, neckte andere Kranke, brannte sie mit seinen Zigaretten, knuffte, zwickte und hänselte sie, obwohl er immer wieder versprach, sich zusammenzunehmen. Dabei zeigte er sich gewöhnlich selbst an, bat, wenn der „Drang“ nach Unfug komme, ihn zu isolieren. Zeigte sich auch einmal selbst an, als er einem anderen Kranken seinen Penis in den Mund gesteckt hatte. Masturbierte viel, bat, ihm doch davon zu helfen. In den letzten Wochen vor seiner Entlassung aus der Anstalt ließ er sich mit einem Idioten homosexuell ein.

Zu Arbeiten konnte er seiner motorischen Hilflosigkeit wegen nicht verwendet werden.

Im Februar 1925 gab der Vater an, daß der Kranke noch nicht zur Arbeit zu bringen gewesen wäre. Zu Hause laufe er von einer Wohnung in die andere, besuche alle möglichen Leute, lasse sich in ungezogener Weise nicht davon abhalten. Dabei könne er sich in der Stadt selbst gut zurechtfinden, er fasse auch alles gut auf. Gebe ihm die Mutter einen Auftrag, so finde er immer gleich ein anderes Kind, das er für sich arbeiten lasse.

Bei der Nachuntersuchung in demselben Monat erwies er sich als motorisch wesentlich eingengter als bei der letzten Aufnahme. Eine Besprechung seiner Delikte lehnt er ab, er wolle nicht mehr daran erinnert werden. Ab und zu habe er schon noch Lust dazu, etwas zu tun, er bremse aber immer damit ab. Auch jetzt noch brachte er spontan aus dem Zusammenhang fallende Fragen vor. So freuen, wie vor der Krankheit, könne er sich nicht mehr. Meinte unter anderem, „wenn ich was tue und denk nicht gerade daran, was ich tue, dann geht's gerade recht langsam“. Irgendwie ernstere Überlegung über seine Zukunft stellt er nicht an; er meine, wenn er mit 18 Jahren ausgewachsen sei, dann werde alles besser werden.

In der Familie des Pesca finden sich zwei Männer, darunter der Vater der Mutter und ihr Halbbruder, die sehr sexuell eingestellt waren. Ein Bruder des Probanden gilt als aufgeregt.

Er selbst wies vor der Encephalitis keine anormalen Züge auf, war ein lebhaftes, lustiges Kind, das keinem Scherz abhold war, aber immer noch die Grenzen des Schicklichen einhielt. Auch hier tritt nach Ablauf des akuten Stadiums der Krankheit eine deutliche Wesensveränderung auf. Auf der Schule machte er schlechtere Fortschritte, er vergißt leichter, am Spielen hat er nicht mehr das Interesse wie früher. Er hat die läppische zudringliche Art der, vor allem jugendlichen, Metencephalitiker, neckte gern andere Kranke.

Eine depressive Verstimmung, die man durch Vorhalt seiner Abwegigkeiten bei ihm auslösen kann, greift nicht tief, der Kummer legt sich bald wieder, die alte mehr indifferente, etwas euphorische Stimmung ist bald wieder da.

Ohne jede Scham zeigt er seine Untaten in der Anstalt immer selbst an. Man hat dabei oft geradezu den Eindruck einer Art von Exhibitionismus. Dieser Zustand bleibt bei ihm bis 1925 in der gleichen Weise ausgesprochen, wenn auch die motorische Störung sich immer weiter zu einem hochgradigen Parkinsonismus entwickelt.

Mehr episodisch treten wieder die sexuellen Anomalien auf. Hemmungslos geht er auf den bei ihm wohl durch den Beginn der Pubertät besonders starken Drang nach Befriedigung der sexuellen Regungen aus. Dabei ist es besonders interessant, auf die beiden oben erwähnten Blutsverwandten auf der mütterlichen Seite hinzuweisen, die auch sexuell unbeherrscht sind.

Dazu quälte er Tiere in roher Weise; vor allem freut er sich daran, sie sexuell zu reizen.

Die intellektuellen Funktionen weisen keine Störungen auf. Das Zurückbleiben auf der Schule wird durch Herabminderung der Auffassungsfähigkeit, durch die Aufmerksamkeitsstörung, die Interessenlosigkeit erklärt.

Die Neigung zu homosexuellen Attentaten in der Anstalt ist zweifellos, wie wir auch bei anderen Kranken feststellen konnten, nicht eigentlich auf eine Pervertierung des sexuellen Gefühls zurückzuführen. Wir möchten diese Neigung zu homosexuellem Verkehr in derselben Weise erklären, wie wir es bei einem großen Teil der Kranken in Anstalten tun, wo eben eine heterosexuelle Betätigung nicht möglich ist.

Die Attentate auf Imbecille sind bei unseren Kranken ebenso wie die Bevorzugung kleiner Mädchen wohl nur ein Ausdruck dafür, daß sie den Weg des geringsten Widerstandes wählen.

Ein weiterer Kranker, der 18jährige Max Merca (♂ 99) kam wegen exhibitionistischer Handlungen zur Aufnahme. Er wies dabei vor allem die eigenartige, auch bei erwachsenen Metencephalitikern so häufig zu beobachtende leere Euphorie auf, von der wir schon sprachen, und noch zu sprechen haben werden, und die als Stimmungsunterton die klare Erfassung und Bewertung der meist ganz gut bekannten und beobachteten Krankheitssymptome verhindert.

Auf die merkwürdige Verflechtung dieser Euphorie mit dem deutlichen Gefühl einer affektiven Stumpfheit auf der einen Seite, mit der Neigung zu maßlosen, ungehemmten brutalen Affektausbrüchen, die zugleich das Motorium mitreißen, auf der andern Seite möchten wir hier nur hinweisen.

Vom letzten Münchener Fall dieses Abschnitts wollen wir nur die Schilderung des Vergehens des Kranken anführen, weil sie in ganz charakteristischer Weise die Überwältigung der ganzen Persönlichkeit von plötzlichen Triebregungen ohne die Möglichkeit des Eingreifens irgendwelcher Hemmungen zu kennzeichnen scheint. Der jetzt 19jährige Kranke Josef Danner (♂ 81), der seine akute Encephalitis 1920 in der Klinik durchmachte und 1923 vom Gericht aus hier wieder aufgenommen wurde, gibt an, er habe wohl gern mal mit Mädeln was gehabt, habe sich aber nicht getraut, dann weiter: „Da bin ich über die Brücke gegangen und da ist ein Mädchen gegangen, und ich bin hinter



ihr hergegangen bis zum See; ich bin dann über sie hergefallen von hinten“. (Warum?) „Wegen Geschlechtsdingen.“ (Wie auf den Gedanken gekommen?) „Weil ein Mädchen bei uns gesagt hat, das tut wohl.“ (Haben Sie das überfallene Mädchen gekannt?) „Nein.“ (Etwas zu ihr gesagt?) „Nein.“ (Zu Boden geworfen?) „Nein, ich habe sie über den Rock an den Geschlechtsteil gegriffen, da hat sie geschrien, und ich habe die Flucht ergriffen. Dann wurde ich von zwei Passanten auf die Wache gebracht, dann wurde ich auf der Wache vernommen und habe alles gestanden, dann wurde ich auf die Polizei gebracht und wurde wieder eingesperrt; heute wurde ich in das Jugendgericht geführt und dann hierhergebracht.“ (Haben Sie denn gemeint, das Mädchen werde sich das gefallen lassen?) „Ja.“ (Wieso?) „Ich habe gedacht, sie möchte es.“ (Warum?) „Weil sie rotbackig aussah.“ Wie er es getan habe, habe er nicht daran gedacht, daß es böse und strafbar sei, da „war ich ganz kopflos“; erst auf der Polizei sei ihm der Gedanke gekommen, daß man es nicht dürfe. Erst wie er hinter dem Mädchen unbeobachtet hergegangen sei, sei das sexuelle Begehren erwacht, er habe wohl eine Erektion, aber keine Ejaculation gehabt.

Das zufällige Zusammentreffen mit einem rotbackigen Mädchen an einer etwas menschenleeren Stelle genügt bei dem allerdings nicht sehr intelligenten Kranken, um das verhaltene Begehren wachzumachen und dies bewirkt eine solche Einengung des Bewußtseins, daß nur noch die entsprechende triebmäßig bedingte Handlung folgen kann.

Der Kranke, der nach seiner Exkulpierung in eine Anstalt kam, hätte dort gelegentlich, wenn er nicht von Pflegern zurückgehalten wäre, einen anderen Kranken, der ihn gereizt hatte, beinahe erwürgt. Im übrigen arbeitete er durchaus ordentlich im Anstaltsbetrieb, gab zu weiteren Beschwerden nicht den geringsten Anlaß.

Wir wollen noch kurz anfügen, daß wir in der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt einen Kranken beobachten konnten, der insofern besonderes Interesse bietet, als er eine gewisse Parallele zu einem Fall darstellt, wie ihn *Runge* veröffentlicht hat. Es handelt sich um einen 21jährigen jungen Mann, der im Frühjahr 1924 seine Encephalitis durchmachte. 1925 wurde er langsam steif und zu gleicher Zeit setzten „Zwangshandlungen“ bei ihm ein.

Er greift immer wieder, oft alle paar Minuten, mit der linken Hand, an der die Finger schon in besonderer Weise deformiert sind, um den Hals, würgt fest zu, stranguliert sich so lange, bis er ganz rot im Gesicht wird. Das dauert 2—5 Minuten. Dann beginnt er keuchend zu atmen, die Augen glänzen, und man hat ganz den Eindruck eines Orgasmus.

Über das erste Auftreten der Zwangsbewegungen konnte er nichts Besonderes angeben. Er sei auf einer Bank gelegen, mit einem Mal sei

die linke Hand zum Hals heraufgegangen und habe da zum erstenmal so gewürgt, wie sie es auch jetzt noch tue.

Trotz aller möglichen psychotherapeutischen Methoden war in keiner Weise eine dauernde Änderung herbeizuführen. Als er einmal mit zur Arbeit herausgeschickt wurde, soll er nach Angabe von Begleitern exhibitioniert haben. Er selbst stritt es aber energisch ab.

Die Worte *Runges*, der die Erscheinungen bei seinem Fall als larvierte Onanie ansah, sind in der gleichen Weise auch auf unseren Fall anzuwenden. Ob die Schilddrüse oder der Druck auf die Schilddrüse bei der Erzeugung der Lustempfindung mitwirke, ob daneben der Wirkung der Cyanose auf das Zentralnervensystem eine besondere Wirkung zugesprochen werden muß, um das orgasmusähnliche Gefühl zu erzeugen, diese Frage muß wohl offen bleiben.

Während *Runge* bei seinem Fall eine besonders starke erbliche Belastung fand, trifft dies für unseren Kranken, soweit wir sehen können, nicht zu.

Allerdings ist auch bei unserem Kranken wohl eine besondere (genotypische) Veranlagung anzunehmen, sonst müßten wir solche Störungen viel häufiger finden, während sie große Seltenheiten darstellen.

Auch unter unseren weiblichen Kranken finden wir mehrmals nach Ablauf der Encephalitis eine auffallende starke Betonung der sexuellen Einstellung. Wir können uns eine weitere Schilderung derselben ersparen, da wir bei ihnen neue Züge nicht herauszustellen vermöchten.

Daß übrigens auch bei erwachsenen Kranken sexuelle Anomalien nach der Encephalitis hervortreten können, lehrt ein über 40jähriger Kranker, den wir auch in der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt sahen.

Seine von Jugend auf bestehende homosexuelle Einstellung nahm nach Ablauf des akuten Stadiums so zu, daß er mehrfach sich charakteristischerweise mit *Kindern* männlichen Geschlechts einließ.

Also auch hier keine Pervertierung des Sexualtriebs durch die Encephalitis, sondern nur die Enthemmung einer an und für sich bestehenden Perversion.

Wenn wir in aller Kürze unsere Erfahrungen über die sexuellen Verfehlungen unserer Metencephalitiker überblicken, so findet man bei ihnen im allgemeinen nur einen Sonderfall der schon mehrfach betonten Hemmungslosigkeit. Es handelt sich nicht um persönliche Liebesbeziehungen bei ihnen, sondern triebmäßige Geschlechtsregungen sind ausschlaggebend.

Bei einigen der Kranken legte die Familienerfahrung die Annahme einer erblich bedingten Begünstigung der sexuellen Hemmungslosigkeit nahe. Bei anderen wieder war es die Beeinflussung der inner-sekretorischen Drüsen durch die Encephalitis, die sie zu sexuellen Ent-

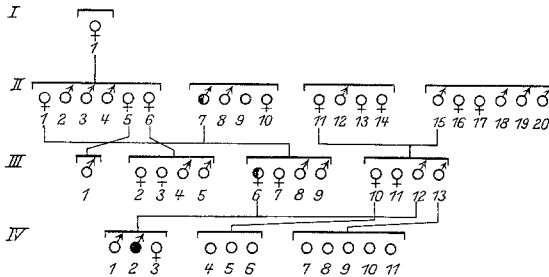
gleisungen brachte, oder auch die Aktivierung der Sexualhormone durch die Pubertät.

Das Quälen von Tieren durch Betasten der Sexualorgane — es handelt sich dabei zum Teil wohl um eine larvierte Sodomie — gibt uns zugleich den Übergang zu unserem nächsten Abschnitt, zu den triebhaften Neckern und Quälern.

### c) Triebhafte Necker und Quäler.

Diese Gruppe umfaßt 11 unserer Kranken.

8. Josef Fenn, geboren am 28. IX. 1907 (♂ 35). In der Psychiatrischen Klinik vom 24.—26. III. 1921. Wurde nach Hause entlassen und befand sich vom 20. V.—21. VII. 1924 in einer oberbayrischen Heil- und Pflegeanstalt.



Familientafel 7.

#### Legende zur Familientafel 7.

II, 7. Großvater m. des Probanden. Geboren 1842, gestorben 1908. Geriet leicht in Erregung; ärgerte er sich einmal besonders und geriet in Zorn, so betrank er sich. Starb an einer Leberkrankheit, in den letzten Jahren war die Haut gelb verfärbt, er litt unter Hautjucken.

II, 11. Großvater v. Starb mit 76 Jahren an Altersschwäche. Sei im hohen Alter ganz gebeugt gegangen, habe aber kein Zittern gehabt. Sei bis zuletzt frisch gewesen.

III, 6. Mutter des Probanden, geboren am 28. XII. 1878. Blaß, dürrtätig genährt, asthenischer Körperbau, immer etwas schwach, dabei von Kind auf schwermütig, nur ab und zu etwas heiter, aber auch schwernehmend und erregbar.

II, 11. Schwester des Vaters des Probanden, geboren 1870. Habe hie und da Migräne.

IV, 1. Ältester Bruder des Probanden, geboren am 20. IV. 1906. Sei ein guter, fleißiger Schüler, komme aber, wie die Mutter, immer leicht in die Höhe.

Patient soll als Kind häufig Anfälle gehabt haben, sei dann ganz steif dargelegen. Im übrigen normale Entwicklung, gute Noten, aber hart gelernt. Nach der Encephalitis (1921) zitterte er, wurde schlafsuchtig. Hatte Schwierigkeiten, aufzumerken.

Es bestand eine motorische Schwerfälligkeit; alle Bewegungen erfolgten langsam, doch bei entsprechender Aufforderung ganz gut.

Aus einem Brief vom 5. V. 1921, den Verwandte schrieben, geht über den Kranken hervor: „Man muß auf ihn achten, wie auf ein Kind von 4 Jahren. Er stellt immer etwas an, es fallen ihm alle Lumpereien ein. Er läßt kein Haustier in Frieden. Er hat immer Nägel, Dörner, Nadeln bei sich, ist sehr leichtsinnig.“

Ich habe mich mit ihm schon abgepredigt und abgeredet, alles umsonst. Eine halbe Stunde ist er ordentlich, dann ist es wieder vorbei. Wenn er nicht gefolgt hat, so sage ich immer, er kommt in eine Anstalt, und weil ich es schon so oft gesagt habe, da glaubt er es nicht mehr. Michel wird's schon gesagt haben, daß er sich auf unser 3 Tage altes Kalb gesetzt hat, er hätte ihm sein zartes Kreuzlein eindrücken können, wenn unser Vater nicht dazu gekommen wäre . . . da mußte man sich so abärgern und das schönste ist, daß er lügt, sogar Liebesgedanken hat er schon“.

Aus der Anstalt wird vom Dezember 1921 berichtet, er ließe sich reichlich und schmachkend von Idioten Herzen und küssen, andererseits sei er, wenn ihn gerade die Wut packe, brutal und geradezu sadistisch. Er quäle Kinder oder Tiere, schlage derb zu, kneife und zwicke sie heimlich, packe sie unvermutet beim Genick, werfe sie derb zwischen Möbel und Stühle. Im Spätherbst habe er mit besonderer Vorliebe andere idiotische Kinder mit den Stachelgehäusen der Kastanien an Wangen und Vorderarmen wund gerissen. Über solchen Unarten ertappt und dieserhalb zur Rede gestellt, leugne er sie ab oder beschönige sie, lüge überhaupt sehr gern. Er habe wenig Scham- und Ehrgefühl, neige selbst zu kleinen Diebstählen.

Im Mai 1922 berichtet die Krankengeschichte von mutuellem Onanie.

Die körperliche Entwicklung schreitet fort, er werde immer männlicher und reifer. Seit Januar 1923 träten Augenkrämpfe bei ihm auf. Später wird der Kranke zunehmend hinfalliger, liegt oft stumpf und ohne Rapport mit der Umgebung im Bett.

Im Sommer 1925, als ich den Kranken in einer charitativen Anstalt bei Wasserburg besuchen konnte, war er motorisch hochgradig eingengt, bettlägerig, begrüßte den Ref. mit breitem Grinsen, mußte gefüttert werden. Außerhalb des Bettes fiel er sofort langsam nach hinten um.

Seine asozialen Züge hatte er nach Angabe der Brüder ganz abgelegt.

Fenn zeigt keine schwerwiegende erbliche Belastung. Lediglich die Großmutter m. und die Mutter weisen eine leichte gemütliche Erregbarkeit auf. Von den bei dem Kranken besonders hervortretenden Zügen, seinen sadistischen Neigungen, seiner Sucht, andere hilflose Kinder zu quälen, zeigt sich, soweit wir sehen können, nichts in seiner Familie.

Besonders hervorzuheben ist hier wieder, daß von einer engen Korrelation der Triebabwegigkeit mit einer Überproduktion von Bewegungsantrieben nichts zu finden ist. Allerdings können von der psychischen Seite her Antriebe, die eine schnelle Ausführung verlangen, wie z. B. die mutuell-onanistischen Begehrungen in ähnlicher Weise wie die anderen brutalen oder rohen Überfälle auf andere hilflose Kinder jeweils die Mauer, die das gehemmte Motorium an und für sich darumgelegt hat, durchbrechen.

Für die übrigen hierher gehörigen Kranken, deren Schilderung wir uns ersparen können, ist zu bemerken, daß nur bei dreien von ihnen motorische Störungen im Sinne des Parkinsonismus fehlten.

Man könnte dieser Gruppe vielleicht alle die Kranken anschließen, bei denen nach der Encephalitis vor allem ihre Zudringlichkeit hervortrat. Wir können hier auch einen Kranken anführen, der im Alter von

22 Jahren das akute Stadium seiner Encephalitis durchmachte. Es handelt sich um einen Studenten namens Szaka (♂ 85). Intellektuell wies er keine Störungen auf. Kam bei jeder Visite mit denselben leeren Bitten an die Ärzte heran, hatte anscheinend kein rechtes Krankheitsgefühl. Er kam auf Kosten der Regierung von Schlesien nach München zur Behandlung, trotzdem ihm bei vorheriger Anfrage von der langen Reise völlig abgeraten worden war.

Er bewies während seines 3 wöchigen Aufenthalts im März 1924 in der Klinik immer wieder dieselbe läppisch-klebrige Zudringlichkeit, mußte schließlich mit Nachdruck aus der Klinik weggewiesen werden. In motorischer Hinsicht wies er einen deutlichen Parkinsonismus auf.

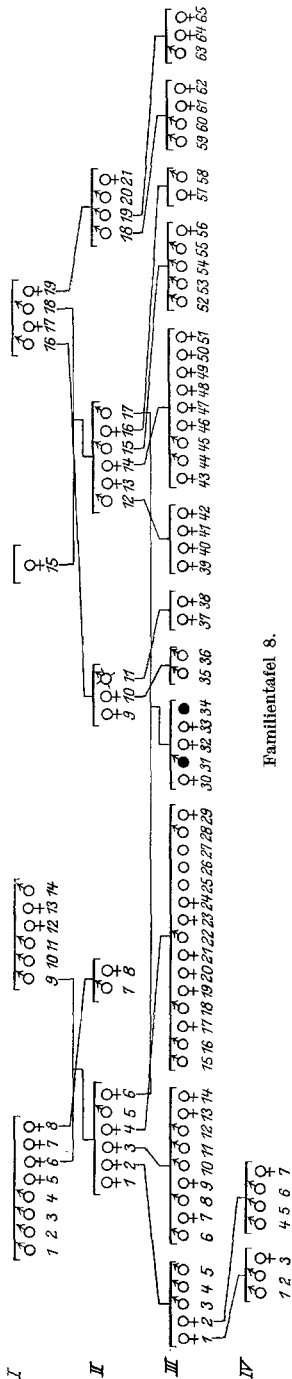
#### d) Lügner und Schwindler.

In diese Gruppe möchten wir im ganzen 3 Fälle einreihen, es ist aber zu betonen, daß auch hier eine scharfe Grenze zwischen den einzelnen Kranken der verschiedenen Gruppen nur gezwungen zu ziehen ist.

9. Jakob Metzger, geboren am 31. III. 1906 (♂ 63). In der Klinik vom 5. II. bis 4. III. 1923.

Die Familientafel, die wir durch mehrere Fahrten in die Nähe von München zusammenstellen konnten, weist 111 Blutsverwandte des Kranken auf. Soweit wir in Erfahrung bringen konnten, liegen in der ganzen Sippschaft hier in Betracht kommende belastende Faktoren nicht vor, wenn wir davon absehen, daß der Sohn eines Onkels v. des Großvaters v. des Probanden (II, 11) „ge-soffen“ haben soll, weil er sich mit seiner zweiten Frau nicht vertrug. An mehreren Stellen fanden wir tuberkulöse Erkrankungen.

Der Kranke kam am 5. III. 1923 in der Klinik zur Aufnahme, weil er sich in einem Münchener Krankenhaus durch dauernde Belästigungen der Mitpatienten, durch Unfug und Schabernack unmöglich gemacht hatte. Der Vater schilderte ihn



als vor der Krankheit tüchtig, fleißig, folgsam. Besonders leicht erregbar sei er nicht gewesen, nur etwas weich; er habe leicht geweint, aber doch nicht in besonders auffälliger Weise. Im 7.—8. Lebensjahr habe er an Bettnässen gelitten.

Nach seiner Encephalitis im März 1919 bis Januar 1920 habe er 14 Tage lang nicht schlafen können, das sei dann besser geworden. In den nächsten 1½ Jahren habe er bei seinem Meister gearbeitet, bis dieser nicht mehr mit ihm zufrieden gewesen sei. Er habe keinen rechten Fleiß mehr gehabt, sei ab und zu wieder schlaflos gewesen.

Auf mehreren anderen Stellen ging es mit ihm ebenfalls nicht, „oft fing er mitten in der Arbeit schwer an zu schnaufen, machte zuckende Bewegungen“.

Dabei zunehmend eigensinniger und aufgeregter. Packte auf der Straße die Passanten an, benahm sich „lackelhaft“, sprach alle möglichen Leute an, wurde grob. Dann sei er, wie Passanten erzählten, auf der Straße ab und zu zusammengebrochen. Daheim sei so etwas nie vorgekommen. Der Vater gab gleich an, der Kranke habe diese Anfälle vielleicht „markiert“.

In dem Krankenhaus, in dem er vor der Klinik war, hatte er angegeben, 2 Arten von Anfällen zu haben, einmal bekäme er stechende Schmerzen über dem linken Auge, es träten Krämpfe in Händen und Füßen auf. Das dauere ca. ½—1 Minute, ohne daß er dabei bewußtlos werde. Beiße er sich auf die Zunge, so höre der Anfall eher auf; eine Bißverletzung habe er sich aber bisher noch nicht zugezogen. Die Anfälle kämen bei irgendeiner schnellen Bewegung. Die Zahl der Anfälle wechsele, er habe bis zu 20 und noch mehr am Tage. Im Sommer, wenn es heiß sei, blieben sie ganz weg.

Dagegen trete die andere Art Anfälle im Sommer am stärksten auf, er habe nur einen Anfall am Tag, während die anderen Anfälle sich bis zu 20 anhäufen könnten. Er verliere jedenfalls ganz plötzlich ohne jede Ankündigung das Bewußtsein, komme er dann wieder zu sich, so fühle er sich müde, schlapp, habe Kopfschmerzen. Bei der Untersuchung im Krankenhaus fiel schon auf, daß der Kranke sich von früheren Untersuchungen her Fachausdrücke gut gemerkt hatte. So wußte er von Tetanie und systolischem Geräusch zu sprechen. Bei der letzten Visite im Krankenhaus hatte er seinen Rock über eine Stange gehängt und schwenkte diese im Bett liegend unter Johlen hin und her.

In der Klinik wies der körperliche Befund vor allem unter neurologischen Gesichtspunkten nichts Besonderes auf. Störungen in den Augenmuskeln fanden sich nicht, obwohl Metzger angab, er habe nach den Anfällen Doppelbilder. Am Herzen fand sich ein systolisches Geräusch über allen Ostien, das schon im Krankenhaus auf eine früher durchgemachte Endokarditis bezogen wurde.

Bei der ersten Untersuchung hatte man zunächst den Eindruck, als ob sich in den gewöhnlichen Bewegungsablauf ab und zu choreatische Störungen einschoben. Ab und zu kam es zu einer Art Stampfen beim Gehen. Die Sprache schien durch ähnliche Störungen der Sprachmuskulatur etwas verschleiert zu sein.

Anfälle: Dann und wann, angeblich beim schnellen Laufen oder Sprechen, aber nicht immer auslösbar, traten Verkrampfungen im linken, dann auch im rechten Arm auf, die weiterhin zu Verdrehungen des ganzen Oberkörpers führten. Diese Bewegungen setzten langsam ein, dabei waren alle Muskeln im betroffenen Gebiet straff gespannt. Ab und zu kam es zu einem starken Schnaufen. Patient konnte alle diese Störungen gut imitieren, angeblich sich aber gegen ihr Auftreten nicht wehren.

Der Kranke machte alle seine Angaben mit einer gewissen Freude am Erzählen, fühlte sich in seiner Rolle als Kranker, sprach in burschikoser Weise von seinem Vater, den er als „wirklich guten patenten Menschen“ schilderte. Von

seiner Mutter berichtete er, sie habe genau dieselbe Krankheit wie er gehabt. (Was diese bei mehrmaliger Rücksprache in Abrede stellte.)

Auf der Abteilung war der Kranke außerordentlich lästig, er drängte sich an besuchende Frauen heran, brachte ihnen diese oder jene Bitte vor, war dabei immer lustig und heiter, übermütig, unter Berücksichtigung seines Alters zuweilen geradezu läppisch.

Den ihm gereichten Fragebogen füllte er nur mit ganz zerfahrenen Schriftzügen aus. Bei mündlicher Durchnahme des Bogens gab er aber recht gute Auskunft, machte einen geweckten Eindruck.

Es fiel uns auf, daß die oben geschilderten Anfälle immer eigentlich nur bei den Visiten auftraten. Es waren immer Anfälle der ersten, oben näher bezeichneten Gruppe.

Als er eines Vormittags sich auf der Abteilung sehr unruhig aufführte, kam er ins Bad, wo es ihm nicht gefiel.

Seither blieben die Anfälle, wie die anfänglich beobachtete Bewegungsstörung ganz weg. Auch die Schriftstörung stellte sich auf diese Weise durchaus als psychogen bedingt heraus.

Die Aufmerksamkeit war außerordentlich vigil, er wandte sich jedem neuen Eindruck sofort zu. Die Stimmungslage war immer gleichmäßig, euphorisch, er war jedem Witz zugänglich. Seine Bewegungen waren lebhaft, spielerisch, kindlich. Dabei war er von klebriger Zutraulichkeit, im Gespräch vorlaut, liebte es, obszöne Bemerkungen zu machen, schnitt Grimassen, geriet leicht mit anderen in Streit.

Dabei fertigte er Gedichte an, über deren Qualität folgende Probe belehren kann:

Der Herr Tann  
das ist der Mann  
über den man lachen kann.  
Er ist nicht dumm,  
doch den ganzen Tag  
's ist eine Plag'  
rennt er herum  
mit einem Tand  
in der Hand  
geboren ist  
er glaub ich in Triest  
oder sonst irgendwo  
er wäre froh  
wenn er es wüßte  
andre Leute fragen  
die ihm immer das verkehrte sagen  
wenn man ihn fragt  
wo er geboren ist  
er dann meistens sagt  
in der Normandie  
und 5 Minuten darauf  
er dann wieder spricht  
in Mailand oder Pest  
in der Normandie nicht.

Hier hatte das Ende des Zettels dem Dichten ein Ende gemacht.

September 1923 traf ich den Kranken zufällig auf der Straße. Er ging sofort mit in die Klinik zur Untersuchung. Körperlich wies er keine Änderungen des

Zustandes auf. Die Anfälle wollte er draußen noch ab und zu gehabt haben. Er war noch recht gesprächig, schweifte dabei leicht hier und dorthin ab. Dazwischen hinein zeigte er alle möglichen Bilder und Photographien. Gab dann, deutlich im Gefühl der Bedeutung seiner Worte an, er habe Frauen: so Stücker 10. Meinte selbst, er sei doch immer noch ein bisschen lustiger, als er vor der Krankheit gewesen sei.

Im Januar 1924 kam er unaufgefordert in die Klinik zum Besuch. Gab an, er habe immer wieder Anfälle, wenn er sich aufrege. Er sei jetzt in einem Verein, wo er beim Theaterspielen helfen müsse, und zwar müsse er „Bub oder Dirndl“ spielen. Traurige Rollen lägen ihm nicht. Das Dichten habe er noch nicht sein lassen können.

Im März 1925 besuchte ich den Kranken bei seinen Eltern. Er machte damals einen wesentlich ruhigeren Eindruck, arbeitete seit einer ganzen Zeit zur Zufriedenheit an einer Maschinensäge. Extrapiramidal-motorische Störungen hatte er nicht, vielleicht wies er eine leichte Amimie auf. Seit März 1924 seien die Anfälle ganz weggeblieben. Am liebsten sei er in seiner freien Zeit zu Hause, lese, zeichne oder sticke, wie er erst auf Vorhalten der Mutter mit leichter Gereiztheit zugab.

Die Erinnerung an die vergangene Zeit seiner Krankheit war gut. Er klagte nur darüber, daß er, wenn er mal Anlaß habe, sich zu freuen, dies gar nicht mehr recht könne oder vielmehr verfliege seine Freude immer gleich wieder. Dabei bewies er seine noch bestehende Gereiztheit dadurch, daß er, als sein Vater meinte, das Kino sei doch seine Leibspeise, sofort in die Höhe ging. Die Mutter gab noch an, daß Patient immer meine, er werde gegenüber den anderen Kindern in der Familie zurückgesetzt.

Metzer, der aus anscheinend unbelasteter Familie stammt, vor der Krankheit als brav und folgsam bezeichnet wird, zeigt nach der Krankheit, die er mit 14 Jahren erleidet, nach einer Latenzzeit von 1½ Jahren keinen rechten Fleiß mehr, er wird zudringlich, verliert die Distanz zu anderen Menschen, nimmt Straßenmanieren an, lümmelt sich herum, macht z. B. im Krankenhaus aufdringlich theatralische Szenen in ungehemmtem Übermut.

Die eine Art der Anfälle, die er nun bekommt, weist durch alle ihre Symptome gleich auf ihren psychogenen Charakter hin, während die andere anscheinend ihre Gestaltung der Erinnerung an irgendwo im Krankenhaus gesehene epileptische Anfälle verdankt. Auf eine etwas grobe Psychotherapie hin hören sie beide auf.

Er beweist in seinen ganzen Handlungen die schon von anderen Kranken her bekannte Hemmungslosigkeit.

Der kindliche Spieltrieb, der bei unserem Kranken gewissermaßen wieder entfesselt, aus Bindungen der Erziehung gelöst ist, entläßt sich auch darin, daß der Patient nicht nur auf dem Theater geneigt ist, eine Rolle zu geben, sondern auch im gewöhnlichen Leben seine Rolle als Kranker (Anfälle) gut zu spielen weiß. Dabei wechselt er seine Rollen dauernd, bald gibt er sich als Kind, bald als „Erwachsener“, der sich rühmt, er habe mit vielen Weibern zu tun gehabt. Sein Dichten entspringt nur einem auf ein besonderes Geleise gelangten Betätigungsdrang.



Er verwendet, um vor allem auf der Straße entsprechenden Eindruck zu machen, mit einer gewissen Geschicklichkeit sein Repertoire als Kranker, zu dem ihm mancherlei Krankenhauserfahrungen verhelfen.

Immerhin weist er aber, auch in der ersten Zeit seiner Erkrankung, eine gewisse Krankheitseinsicht auf, er fühlt sich verändert und vor allem weiß er über affektive Störungen zu berichten, die den oben schon mehrfach geschilderten durchaus entsprechen.

Die seelische Störung, die mit der Neigung zum Lügen und Schwindeln umschrieben wird, und die durchaus den zielmäßigen Charakter hysterischer Störungen, allerdings mit einer deutlichen Abschwächung ins Kindliche hin trägt, tritt nur episodenhaft auf und verliert sich später gänzlich, während die affektive Störung, vor allem die übermäßig leichte Reizbarkeit unverändert anhält und damit wohl auf Unterschiede zwischen den Bedingungen beider Störungen hinweist.

Ein anderer hierher gehöriger Kranker, der am 12. IV. 1905 geborene Ludwig Kate (♂ 58), wies ebenfalls belastende Momente in der Familie nicht auf und wird als vor der Krankheit durchaus unauffälliges, lustiges Kind geschildert. Nach der Krankheit weist er neben den übrigen Zeichen der Hemmungslosigkeit vor allen Dingen auch eine Neigung zum Renommieren auf. So habe er den Leuten schon erzählt, daß er eine Köchin als „Gspusi“ habe; wie er selbst angibt, damit ihn die anderen für einen ganzen Kerl anschauten. Er wies im März 1925, also 5 Jahre nach der Erkrankung, eine hochgradige Starre auf, war dabei auffallend amimisch. Er sei immer noch recht gereizt, sein Zorn verlaufe sich aber immer rasch; dabei machte er einen etwas leeren, zuweilen läppischen und kindischen Eindruck. Die metencephalitische Hemmungslosigkeit war recht weitgehend zurückgetreten.

Der weiter hier einzureihende Kranke Richard Karstens, geboren am 4. IV. 1901 (♂ 105), befand sich in der Klinik vom 21. VI. bis 13. VII. 1922, sowie vom 29. XI. 1924 bis 2. II. 1925.

Auch bei ihm scheinen sich in der Familie keine belastenden Momente zu finden. Bis zum 10. Jahr litt er an Bettnässen, wies aber sonst nichts von psychopathischen Zügen auf. Die Encephalitis machte er im November 1919 durch. Bei der ersten Aufnahme erzählte er eine geschickt, gewandt und anschaulich ausgedachte Geschichte von seiner Entführung zur Fremdenlegion, die er mit so vielen Einzelheiten auszuschnücken wußte, daß der betr. Untersucher zunächst von ihrer Wahrheit überzeugt war. Schließlich stellte sich heraus, daß all dies erswindelt war und daß er in Wirklichkeit nur auf der Walze durch Deutschland gekommen sei.

Er wies keinen intellektuellen Defekt auf, benahm sich ausgelassen, läppisch. In der Anstalt, in die er verbracht wurde, fiel er durch seine stereotypen, klebrigen Bitten auf, benahm sich wie ein ungezogenes

Kind, schimpfte und fluchte dazwischen hinein, nahm gelegentlich eine drohende Haltung an, hetzte die Kranken gegen die Ärzte auf, wurde bei Zurredestellung frech und drohend, weinte im nächsten Augenblick laut und heulend.

Dabei ist er an und für sich bewegungsarm, steif gebunden und marionettenhaft in seinen Bewegungen, hat einen starren Gesichtsausdruck, schleift mit den Füßen auf dem Boden nach.

Im Juli 1923 stellte er sich unaufgefordert in der Klinik wieder vor, gab in glaubhafter Weise an, in Mecklenburg, seiner Heimat, und in Südbayern gearbeitet zu haben. Schon damals klagte er über Krämpfe in den Augenmuskeln, bei denen die Augen sich nach oben drehen.

Im November 1923 kam er wieder in der Klinik vorbei und berichtete davon, daß er in Italien gewesen sei.

Er schrieb später einen Brief an uns, der sehr charakteristisch für ihn zu sein scheint. Wir geben einen Teil des Briefes wieder:

„Ich ging durch Arnoldstein hindurch, fragte dortselbst, wie man am besten die Grenze überschreiten könne. Die Leute sprachen zu mir: Gehen Sie zu dem bekannten Schmuggler M., derselbe wohnt in Klein-Kreid. Ich ging zu ihm hin, doch wie ich seine Wohnung betrat, wurde mir fast schlecht. Denn hier lag ein großer Haufen Kükeritze (Maiskolben), am Nachmittag spannte er sein Roß vor dem Pflug daran hab ich Kartoffeln herausgepflügt er und sein Sohn sammelten gleich denn der Toni war 14 Jahre alt, hier blieb ich denn bis zum anderen Morgen 4 Uhr. Sein Sohn mußte mir den Weg über die Grenze zeigen, erst ging es ein Stück über Wiesen und dann durch den finsternen Wald zunächst mußten wir über den Clausgraben, dann wurde der Wald noch finsterner, am liebsten hätte ich den Burschen so geschlagen, daß er nicht wieder aufgestanden wäre er hatte ja Kienholz genug in der Tasche er aber sprach zu mir wir dürfen kein Licht anzünden da uns sonst die Karpiner polizei sehen endlich wie wir vom Weg abgekommen wären schlug ich vor zu rasten, wenigstens so lange bis der Tag zu dämmern beging er willigte ein und wie wir so lagern sprach er zu mir was bekomme ich dafür daß ich ihnen führe nun hatte ich doch keinen Pfennig Geld mehr. Doch wie ich meine Tasche revidiere, fand ich noch 50 Pendk. Rumänisches Geld. ich sprach zu ihm, da sind rund 200000 Kronen nun war der Bursche glücklich. Er führte mich weiter nach St. Anton. Da verließ er mich und nun stand ich allein da. In St. Anton sprachen die Leute noch alle deutsch auch noch in Groß-Kreid aber in dem nächsten Dorf Wallbrunna sprachen sie schon Italinski hier nahm ich denn mein Sprachlehrbuch zur Hand und sprach: Bone Sera Signor d. h. auf deutsch guten Abend mein Herr, Bon schornas Signor heißt guten Morgen mein Herr. hier löste ich mir eine Fahrkarte und sprach Mi favorisko un Billeto terzio Classe per Udine. Das heißt auf deutsch geben Sie mir eine Fahrkarte nach Udine bin so über Pontafel Pandeva nach Udine gekommen. Hier stieg ich dann aus dem Zug und ging durch die Stadt, dann kehrte gegen Abend mit 4 Lire 50 Centins zurück und wollte eben in Zug steigen, da kam so ein Schutzmann mit so einem dreieckigen Napoleonshut und nahm mich fest und führte mich zur Wache. hier mußte ich 5 Tage sitzen bis der nächste Transport ging nach Österreich. hier im Gefängnis gab es in den 5 Tagen 4 Dezi Wein  $\frac{1}{4}$  Pfund Käse 6 Pfund Brot das übrige konnten wir uns kaufen so bin ich denn am 22. Oktober wieder nach Österreich gekommen wieder nach Arnoldstein zurück hier wurden wir vom Grenzkommissar vernommen und wieder auf freien Fuß gesetzt.

## Übergang zur jugoslavischen Grenze.

Ich ging zunächst durch Arnoldstein wieder durch sprach zu den Leuten wie komme ich am besten über die Grenze nach Jugoslawien. die sagten zu mir wenn sie hier längs gehen, dann über einen Berg steigen, dann sind sie drüben.

Fortsetzung folgt im nächsten Brief. Einen schönen Gruß von ihren früheren Patienten sendet Ihnen Ihr ergebener Richard Karstens“.

In einem anderen Schriftstück schildert er, wie er von einer alten Stellung bei Berlin Abschied genommen habe: „... Dann treibt mich in die Welt ich ging nach Wilmersdorf um hier Abschied zu nehmen zu gleicher Zeit nahm ich eine Ente mit habe sie verkauft in Lübeck bei einem Althändler bekam einen alten Überzieher dafür ...“

Auch Karstens fing nach seiner Erkrankung an zu dichten, wie folgt:

1. O hier im Krankenhaus  
Da geht es ein und aus  
Sie brachten meinen Nebenmann  
Wohl Kirschen Kuchen und sonst allerhand.
2. Des Morgens ist halbsieben das Wecksignal  
Dann müssen wir uns waschen auch einmal  
Nach Kaffee sind's drei Stunden Frist  
Müssen warten bis Mittag ist.
3. Heut zu Mittag gab es Nudeln  
Da mußt ich so nach sprudeln  
Hier hab ich zwei Portionen von verdrückt,  
Das ich wurde ganz verrückt.

Ein anderer Erguß heißt: Von meinem Vater.

Mein Vater war ein armer Mann  
Verdient nicht viel Geld in seinem Stand  
Hat sich verheiratet mit 22 Jahren  
Und ich wurde 1901 geboren.

Bei der letzten Aufnahme am 29. XI. 1924 war er motorisch weit mehr eingeschränkt als früher. Es bestand ein deutlicher Rigor der Extremitäten, die Eigenreflexe waren gesperrt. Sein Gesicht trug vor allem beim Lachen einen merkwürdig starren Ausdruck.

Bald war er wieder in der alten Weise klebrig, brachte fortgesetzt Wünsche vor, sprach jeden Menschen an, benahm sich völlig distanzlos. An seine früheren pseudologistischen Erzählungen erinnerte er sich mit großer Freude. Er habe sich damals in ein besseres Licht setzen wollen, dabei bettelte er gleich wieder um Zigaretten.

Die bei ihm zu beobachtenden Augenmuskelkrämpfe wiesen eine ganz besondere Stärke auf. Angeblich konnte er dann, wenn die Augen nach oben gerichtet waren, nichts mehr sehen, las aber von einem vorgehaltenen Blatt gut ab.

Nach dem Bericht eines Herrn v. C., auf dessen Gut er im Sommer 1924 gearbeitet hatte, bestätigte sich seine Angabe, daß seine Augenmuskelstörungen von einer Augenklinik als Simulation angesehen worden waren. Als ihm wegen seiner Augenkrämpfe die Stellung, in der er sich als ganz fleißig erwiesen habe, gekündigt worden sei, habe er sich an einem Kirschbaum mit größter Vorsicht aufgehängt, so daß ihm nichts passieren konnte, sich dann als ohnmächtig ins Gras legen lassen.

Einige Wochen nach der Entlassung sei er plötzlich erschienen, habe seine Arbeit wieder antreten wollen, sei in den Stall gegangen, habe die beiden kleinen Pferde umarmt und weinend geküßt, ein schlechter Mensch sei er sicher nicht. Seiner Phantasie habe er vor allem der Köchin gegenüber immer freien Lauf ge-

lassen. Darin habe nun immer ein Schloß die Hauptrolle gespielt, in dem er eines Tages als Sohn aufgenommen werden würde, oder wo sich ein Liebesverhältnis zwischen der Schloßfrau und ihm entsponnen hätte.

Bei diesem Kranken, der ohne besondere prämorbid abnorme Züge und anscheinend ohne besondere Belastung erkrankte, interessieren uns vor allem seine pseudologischen Erzählungen. Er bringt sie mit großer Virtuosität vor und es kommt darin zweifellos ein gewisses Geltungsbedürfnis zum Ausdruck. Dabei wird man an die Fabelsucht der Kinder erinnert; Wahrheit und Dichtung vermischen sich so eng, daß das daraus entstehende Gewirr zum Teil überhaupt nicht zu lösen ist. Soweit wir sehen können, ist ein wesentlicher Unterschied zwischen seinen pseudologischen Exkursionen, wie denen der vorher beschriebenen Kranken und weiterhin denen von Psychopathen in keiner Weise nachweisbar.

Man hat aber immer wieder den Eindruck, als ob sich bei ihm und anderen ähnlichen Kranken nicht nur ein Wegfall von Hemmungen, sondern ein Plus an Antrieb zum Ausdruck brächte, das letzten Endes doch immer psychisch repräsentiert erscheint, nicht etwa nur motorischer Herkunft ist.

So wie wir oben bei dem kleinen Dichter schon darauf hinwiesen, daß eben nur das Ende des Papiers ein Ende seiner Dichtung bedingte, sehen wir dasselbe auch bei Karstens. Und bei ihm entläßt sich dieser Antrieb nicht nur in seinen Erzählungen, sondern auch in einem Wanderdrang, der ihn tatsächlich nach Italien und Jugoslawien und, wie wir oben nicht erwähnten, bis nach Ungarn bringt.

Trotz seiner gleichmäßigen gehobenen Stimmung fehlt ihm aber, wie wir glauben, doch die Affektfrische und schließlich bei aller Neigung zu Witzen und Scherzen die Grazie des Manischen. Seine Affektlage erinnert am ehesten noch an die, wie sie z. B. ein fiebernder Kranker mit euphorischer Verstimmung hat.

Wenn er auch in Thüringen bei der Wiederkehr auf das Gut, auf dem er früher gearbeitet hat, die Tiere, die er gepflegt hat, abküßt, so ist darin wohl ein Teil echten Gefühls zu erblicken, während man weiterhin nur dieselbe Mache darin sehen kann, wie sie auch durch seinen Selbstmordversuch gegeben wird. Dabei verwendet er in der daran sich anschließenden „Ohnmacht“ ganz gut hysterische Mechanismen, die ihm sein früherer Aufenthalt in Kliniken und Anstalten mit psychisch Kranken gelehrt oder nahegelegt hat.

Fragt man ihn danach, ob er denn eine Veränderung an sich selbst spüre, so ist er wohl bereit, diese Frage zu bejahen. Aber dieser Gedanke verschwindet rasch bei einem neuen Eindruck. Zu einer Verwertung der dadurch bedingten Gefühle in einer Verstimmung kommt er schließlich nur anlässlich der Augenmuskelkrämpfe.

Es ist aber zu betonen, daß diese hochgradige motorische Einstellstörung eben doch nur affektiv-reaktiv und nur unter dem unmittelbaren Eindruck des Krampfes verwertet wird, während von Denkstörungen und weiteren derartigen Wirkungen nichts zu finden ist. Bald ist immer wieder die gleiche leere Euphorie vorherrschend.

Dabei ist er zu irgendeiner Zielbildung für sein weiteres Leben nicht mehr gekommen, er ist in dieser Hinsicht initiative- und ziellos, läßt sich hemmungslos von seinen Trieben beherrschen, umhertreiben, wird zum Landstreicher. Es kann bei ihm von einer Regression wie von einer Senkung des Niveaus der Persönlichkeit gesprochen werden. Auf das entwicklungspsychologisch Regressive seiner pseudologischen Phantasmen wurde oben schon hingewiesen.

Auch hier tritt dem anscheinend nur episodischen Auftreten eines Teils der psychischen Störungen eine zunehmende Verschlechterung des körperlichen Zustandes (Starre, Augenmuskelerkrankungen) gegenüber. Zu betonen ist aber, daß die affektiven Krankheitsfolgen hier unverändert bestehen bleiben.

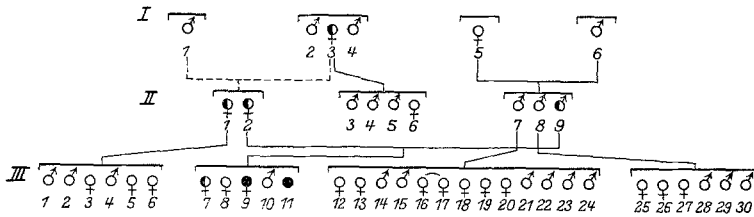
#### e) Varia.

Die bisher gegebenen Schilderungen können gewiß nur einen Abschnitt aus der reichen Symptomatologie der metencephalitischen Persönlichkeitsveränderungen bei Kindern oder Jugendlichen geben. Es kann uns auch nicht darauf ankommen, etwa zu versuchen, ein durchaus umfassendes Bild dieser Zustände zu geben. Kommt es uns doch wesentlich darauf an, die unseres Erachtens nach grundlegenden Symptomenkomplexe aufzuzeigen. So wollen wir nur darauf verweisen, daß, wie bei Erwachsenen, auch bei dem einen oder anderen unserer jugendlichen Kranken sich Zwangssymptome geltend machen, die in ihrer psychologischen Gestaltung sehr den Zwangssymptomen, wie wir sie sonst kennen, ähneln.

Für den einen unserer Kranken, der mit 17 Jahren das akute Stadium der Encephalitis durchmachte, fehlt leider eine genaue Kenntnis seiner Familie. Bei ihm ist, soweit wir wissen, bisher keine wesentliche Änderung eingetreten. Über seine motorischen Pausen hat sich schon *Lange* geäußert.

Ein Punkt erscheint uns aber noch wichtig, so daß wir ihn unter Zugrundelegung einer Krankengeschichte besprechen möchten, das ist die „hypomanische bis manische“ Verstimmung, die wir bei einer ganzen Reihe unserer jugendlichen Kranken, zum Teil auch bei denen, die wir schon schilderten, zu sehen bekamen.

10. Paula Goes, geboren am 29. VI. 1909 (♀ 5). In der Klinik: I. vom 15. V. bis 8. VI. 1920; II. vom 24. VIII.—27. X. 1920; III. vom 18. VII.—1. VIII. 1921.



Familientafel 9.

## Legende zur Familientafel 9.

I, 3. Großmutter m. der Probandin hat sich mit 62 Jahren\* zum dritten Mal verheiratet. Sie soll noch recht frisch und lebenskräftig sein.

II, 1. Schwester der Mutter der Probandin wird als lebenslustig, dabei auch herrschsüchtig geschildert. Sie sei von jeher fleißig gewesen, jetzt kenne sie nur noch die Arbeit.

II, 2. Mutter der Probandin ist als weich, zu Verstimmungen geneigt, zeitweise auch schwermütig, nie besonders heiter anzusehen.

II, 9. Vater der Probandin wird als erregbar, haltlos, dabei aber verschlossen, boshaft, zu Zorn- und Rohheit geneigt geschildert. Nach dem Kriege hat er auf ein nervöses Herzleiden hin eine Rente zu bekommen gesucht, sei dabei in seinen Mitteln, als krank zu erscheinen, nicht mehr wählerisch gewesen. Bei einer Rücksprache erwies er sich als mißtrauisch, verschlossen, unzugänglich.

III, 7. Schwester der Probandin wird von der eigenen Mutter als gewissen- und gefühllos geschildert. Sie habe sich vom Vater, der jetzt von seiner Frau geschieden ist, sehr leicht verhetzen lassen.

Die Kranke wurde am 15. V. 1920 von der Kinderklinik her verlegt, wo sie 14 Tage vorher zur Aufnahme gekommen war.

Nach Angabe der Mutter war die Kranke früher immer ein braves und kluges Kind. Nach der Encephalitis, die sie im Februar 1920 durchmachte, habe sie sich nach kurzer Zeit wieder erholt, nur sei sie durch eine weitgehende seelische Veränderung aufgefallen.

Wurde in ihren Wünschen und sonstigem Verhalten kindisch, wie die Mutter sagt, wie ein Kind von 1½ Jahren. Dazu komme noch die dauernde Unruhe, hauptsächlich während des Tags, aber auch nachts. Das Kind steht im Bett immer gleich wieder auf, sage zweimal gute Nacht, sage dann Gedichte vor sich hin und spreche viel Unsinn. Das vorher folgsame Kind werde böse, besonders auffallend Männern gegenüber. Schläge den Vater, beschimpfe alle männlichen Besucher. Bei Nichterfüllung eines Wunsches werfe es sich zu Boden, wälze sich herum und drohe sich mit Gas zu vergiften. Dabei fühle sie sich zurückgesetzt vor den anderen Geschwistern. Am besten sei sie noch zu haben, wenn sie mit ganz kleinen Kindern spiele.

Bei einer späteren Exploration gab die Mutter noch an, das Kind sei früher direkt still und schüchtern gewesen, Schläge seien nie notwendig gewesen. Die Veränderung habe sich ganz plötzlich eingestellt.

Im Entlassungsbefund der Kinderklinik wird betont, daß eine zweifellose Besserung eingetreten sei. Das Kind sei folgsam, verträglicher geworden. Dabei sei es allerdings noch immer etwas lebhaft, von oben herab. Die vorlauten Fragen habe es sich auf wiederholte Zurechtweisungen abgewöhnt; es schwätze aber immer noch sehr viel.

In der Psychiatrischen Klinik wies es keinen besonderen körperlichen Befund auf. Es begrüßte gleich den Arzt sehr lebhaft mit: „Herr Doktor, wie heißen Sie denn?“ Unterhält sich mit den anderen Kranken, fragt sie nach ihren Namen,

weist einige zurück, indem sie auf ihre Stirn deutet und sagt, sie seien nicht recht. Sie faßt alle, die an sie herankommen, an, reißt dem Arzt die Krawatte heraus, aber in betont lebenswürdiger Weise. Fragt sehr viel, drängt in die Kinderklinik zurück. Sie faßt rasch, aber sehr flüchtig auf, mißversteht infolgedessen wiederholt Fragen oder eine Aufforderung, die sie an sich gut verstehen könnte. Zeichen einer ausgesprochenen Ideenflucht bestehen nicht, nur ist sie zweifellos sehr ablenkbar.

Die Stimmung ist entschieden gehoben.

Über ihre Krankheit macht sie richtige Angaben. Früher sei sie immer ängstlich und brav gewesen. Vor alten Männern und Frauen sei sie davon gelaufen. Jetzt sei das ganz anders geworden, jetzt sei sie lustig, habe keine Angst mehr vor den Leuten, jetzt wage sie es, den Arzt ruhig anzureden.

Sie wolle aber unbedingt zur Kinderklinik zurück, die Schwestern hätten ihr das versprochen und Schwestern lügen nie.

Nach Binet-Simon löst sie alle Aufgaben bis zum 12. Lebensjahr ohne Anstand.

Dabei macht sie altkluge Bemerkungen, urteilt über andere Kranke, rauft mit einer wiederholt, die ihrerseits immer ihre Gunst zu gewinnen sucht. „Du bist noch lange nicht meine Tante Ria, dich kenne ich ja hint und vorn nicht.“

Sobald der Arzt sich blicken läßt, stürzt sie auf ihn los, um ihn zu fragen, ob sie nicht heute oder doch morgen, oder wenn das nicht sei, doch am Sonntag entlassen werden könnte. Bei ihren ununterbrochenen Quengeleien läßt sie sich in keiner Weise beruhigen.

Fährt man sie einmal an, so heult sie wohl für einen Augenblick, beruhigt sich aber rasch wieder, beginnt dann andere zu verpetzen, Zeugen anzuführen, daß sie ganz brav gewesen sei.

Nach der ersten Entlassung ging es draußen nicht. Sie stiftete durch ihr Hin- und Herlaufen, sowie durch Streitereien dauernd Unfrieden. Habe jemand etwas zu ihr gesagt, so habe sie sofort zugeschlagen. Lief zu bekannten und fremden Leuten in die Wohnung, bettelte auf der Straße die Leute an oder warf sich auf die Erde hin und heulte. Unter Umständen fing sie an zu predigen: „Ich gehe zu Jesus!“ Sie habe auch gedroht, sie wolle zum Fenster herunterspringen, wolle den Gashahn aufdrehen. Sie habe immer nur mit wesentlich jüngeren Kindern gespielt.

In der Klinik wies sie das gleiche Bild wie das erstemal auf. Meinte, die Mutter habe sie hereingebracht, weil nachgesehen werden solle, ob sie Eiter im Hirn habe. Fragt dann gleich, wann sie wohl durchleuchtet werden solle. Bekommt eine der Kranken einen Einlauf, so verlangt sie sofort auch einen. „Sie weist keine Ideenflucht auf, ist dagegen noch ablenkbarer, als es Kinder sonst schon zu sein pflegen“, besagt eine Bemerkung in der Krankengeschichte.

Als sie eines Tages in verdrießlicher Stimmung war, heulte, man möge sie nicht, war sie durch Scherz und Zureden, aber nur vorübergehend, leicht aus dieser Stimmung zu bringen.

Dann wieder klagte sie plötzlich, sie könne nicht Urin lassen, habe Schmerzen dabei, oft überhaupt das Gefühl von schmerzhafter Spannung in den Genitalien. Durch Untersuchung konnte nichts festgestellt werden und, als ihr das gesagt wurde, beruhigte sie sich gleich.

Bei Assoziationsversuchen, die mit der Kranken im September 1920 ausgeführt wurden, ergaben sich keine wesentlichen Verkürzungen der Zeiten. 92 % der Assoziationen waren innere.

Sie war eine Qual für die ganze Station.

Zur dritten Aufnahme am 18. VII. 1921 kam sie wegen ihrer außerordentlichen Lügenhaftigkeit. Sie habe sich selbst am Kopf gekratzt und dann behauptet, die Wunde sei ihr von einem anderen Kind beigebracht worden.

Der körperliche Befund war unverändert. Sie gab unter anderem an, sie bete oft, daß sie wieder gesund würde, ihre Boshaftigkeit verliere. Es sei ihr so, als ob ein Geist in ihrem Kopf säße, der ihr ihre Handlungen „anschaffe“.

In der Heil- und Pflegeanstalt, wo sie sich bis Juni 1922 befand, wird sie als lebhaft, geschwätzig, wenig folgsam, streitsüchtig, keck und vorlaut geschildert. Sie schlage viel zu. Dabei sei sie launisch, wetterwendisch, klagsam, unzufrieden, nörgelnd. Reue und Scham gingen nicht tief bei ihr, sie neige zum Konfabulieren und Übertreiben.

Nach Nachricht aus der charitativen Anstalt, in der sie sich jetzt noch befindet, hat sie sich körperlich ganz gut entwickelt. Sie sei aber immer noch blaß und schwächlich, lerne Handarbeiten und leichtere Hausarbeiten und besuche daneben die Fortbildungsschule. „Ihre Leistungen sind nicht gerade übel, aber recht langsam und umständlich macht sie alles. Neues begreift sie schwer, schreckt auch zurück vor jeder Kleinigkeit, traut sich anfänglich immer zu wenig zu und fragt wegen jeder Kleinigkeit. Im allgemeinen muß sie als brav bezeichnet werden, als lenksam und gutmütig, manchmal ist sie aber auch sehr launisch, rechthaberisch und empfindlich. Durch ihr vieles Schwätzen, Fragen und Verklagen macht sie sich bisweilen recht lästig und sie ist bei Mitzöglingen wenig beliebt.“

In der Klinik wurde bei der Kranken vor allem das Manische ihrer Veränderung hervorgehoben und im Zustandsbild bezeichnet.

Mäkelä betonte, daß den bei Metencephalitikern zu beobachtenden manischen Zuständen doch meist die Einheitlichkeit, die Harmonie des Manischen fehle. Es kämen immer wieder Züge hervor, die das Bild ungleichmäßig machten. Ganz unmöglich sei aber das Auftreten reiner oder jedenfalls den manisch-depressiven Zuständen täuschend ähnlicher Formen durchaus nicht. Er verweist dabei auf seinen Fall 14, ein 8jähriges Mädchen. Dieser Fall ähnelt sehr unserem hier eben beschriebenen.

Wir möchten aber hervorheben, daß bei den weitaus meisten hierhergehörigen Kranken die Frische und, wie wir schon weiter oben betonten, die Grazie des Manischen fehlt. Zu häufig drängt sich der Eindruck einer eher zwangsmäßigen Bedingtheit des manischen Zustandes auf, ohne daß der Zwang subjektiv immer deutlich empfunden werden mußte. Die Kranken machen in ihrer Euphorie geradezu einen erstarrten Eindruck, man kann ihre Heiterkeit nicht so miterleben, wie man das bei Manisch-Depressiven meist kann. Die erhöhte Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit scheint sich in einer periphereren Schicht des Seelischen abzuspielen, als die erhöhte Ablenkbarkeit des Manischen. Bei einem gewissen Teil der Erkrankten ist auch die, wenigstens teilweise, psychomotorische Bedingtheit der Aufmerksamkeitsstörungen zu erwägen.

Daß die eigentlichen Zeichen einer Ideenflucht fehlen, kann wohl nicht so sehr gegen die Annahme eines manischen Symptomenkomplexes verwertet werden.

Allerdings ist zu bedenken, daß wir Vergleichsfälle von Manisch-Depressiven im gleichen Alter doch nur sehr selten oder fast kaum haben. Es ist da auf die Feststellungen von *Lange* zu verweisen. Es wäre immerhin möglich, daß das Zustandsbild des Manischen, wie wir



es als klassisch kennen, eben doch aus den Erfahrungen bei Erwachsenen gewonnen ist, und daß die Differenzen zwischen diesem Zustandsbild und dem, wie wir es bei unseren jugendlichen „manischen“ Kranken finden, eben dadurch seine Erklärung findet. Jedenfalls drängt sich bei unserem Kranken das triebmäßige, oft überstürzte Handeln wie der Bewegungsdrang immer so vor, daß es auch von dieser Seite her zur Entwicklung reiner manischer Zustandsbilder nicht kommt.

Es ist zuzugeben, daß z. B. auch beim eben angeführten Fall die genotypische Unterlegung der manischen Verstimmung durchaus nicht unwahrscheinlich ist. Großmutter m., Tante m. und Mutter der Patientin sind wohl den Zyklothymen zuzuzählen.

Jedoch sind manisch-depressive Erkrankungen, wie wir in einer früheren Arbeit hervorhoben, nicht so häufig, daß man daraus eine Erklärung für die auffallend häufige heitere Verstimmung unserer Metencephalitiker entnehmen könnte.

Im klinischen Bild glauben wir gewisse Unterschiede dieser Verstimmungen von manischen feststellen zu können.

Ganz ähnliche Gedanken gelten für die depressiven Verstimmungen vor allem älterer Metencephalitiker.

Es ist weiterhin in diesem Abschnitt darauf hinzuweisen, daß auch Kranke im höheren Alter allerdings nur selten dieselben seelischen Abarten zeigen können, wie wir sie bei unseren Jugendlichen und Kindern beobachten konnten. Wir wiesen oben schon bei Schilderung der sexuellen Anomalien darauf hin und haben noch zu erwähnen, daß wir hinsichtlich der Reizbarkeit dasselbe in sehr deutlicher Weise auch von einem Kranken anführen können, der mit 30 Jahren seine Encephalitis durchmachte. Er bot, ohne früher wesentliche Zeichen von psychopathischer Eigenart gehabt zu haben, nach der Erkrankung eine haltlose Reizbarkeit auf, die ihn immer wieder mit dem Gesetz in Konflikt brachte. Dabei war er im übrigen von derselben infantilen Zu- und Aufdringlichkeit, wie wir sie von unseren Kranken her kennen. Genauere genealogische Daten über ihn fehlen leider.

#### f) Die sensumotorsich Gestörten.

In dieser Gruppe möchten wir nur noch von einigen Fällen berichten, die uns deshalb von besonderer Wichtigkeit zu sein scheinen, weil bei ihnen die grundlegende, pathogenetisch bedingte seelische Störung der jugendlichen Metencephalitiker am deutlichsten zum Ausdruck zu kommen scheint.

11. Marie Schneider, geboren am 17. VI. 1905 (♀ 38). In der Klinik vom 15. V.—3. VI. 1922 und vom 8. VI.—26. VI. 1922.

Genealogische Daten haben wir über die hier zu schildernde Kranke leider nicht in ausgedehntem Maße. Der Vater gab bei der ersten Aufnahme an, eine Tante der Mutter solle Anfälle gehabt haben; zuweilen habe sie gar nicht mehr

weitergehen können, bis der Geistliche die Anfälle „wegbenefiziert“ habe. Im übrigen sei sie gesund gewesen. Ein Onkel mütterlicherseits soll getrunken haben. Die Mutter der Patientin wird als sehr aufgeregt geschildert, habe an und für sich einen guten Humor; bei Widerspruch gehe sie gleich in die Höhe. Eins der lebenden Geschwister der Patientin leide häufig an Kopfschmerzen.

Die Kranke sei gesund gewesen bis zum Februar 1925. Sie habe sich normal entwickelt, sei schon mit 1½ Jahren bettrein gewesen. Mit 4 Jahren 7 Monaten setzte die Erkrankung mit einem nächtlichen ängstlichen Erregungszustand ein. Sie sprach dann die ganze Nacht durch weiter. War seither tagsüber ganz ruhig.

Nach einigen Monaten stellte sich die schwere Persönlichkeitsveränderung ein. Sie ging nicht mehr zu den andern Kindern. Fing den ganzen Tag über Fliegen. Schief auch bei Tag sehr wenig, nachts lief sie viel zum Fenster, sie müsse Luft haben. Die Nahrungsaufnahme sei schlecht geworden, dann traten alle möglichen Ungezogenheiten auf, sie hob die Röcke hoch, sagte „mein Wiesele beißt“. Schlug die Eltern, zündete nachts Licht an, war sehr eigensinnig.

Im Sommer 1920 setzte eine Atemstörung ein; dazu blies sie den Leuten ins Gesicht. Im letzten halben Jahr sei das immer schlimmer geworden. Sie habe nicht nach München mitgehen wollen. Regte sich auf, als man sie dazu zwang, warf in der Wut Kaffeetassen hin, zerschlug Fensterscheiben, schimpfte die Eltern, rief der Mutter zu: „Du Hure, verreck! Teufel! Teufel!“ Wenn die Wut vorbei sei, dann sage sie immer, das sei nicht so gemeint, sie könne nichts dafür. Mit Vorliebe streckte sie den Leuten die Zunge heraus. Wurde sie daraufhin angerufen, dann beugte sie den Kopf zur Erde, streckte so die Zunge heraus.

Zu Hause mußte man sie in der letzten Zeit ihrer Unruhe wegen einsperren. Da wurde sie „ganz grausam“, unruhig, schlug gegen die Tür, schlug die Fenster ein, versteckte die Schlüssel, daß man sie nicht einsperren konnte. In der Schule war sie ganz unmöglich, weil sie immer die Kinder anrühren mußte. Nur vor dem Pfarrer hatte sie Angst, zitterte am ganzen Körper, wenn er kam, wurde so erregt, daß er sie von der Schule heimschicken mußte.

Elektrisieren in einem Krankenhaus habe gar keinen Erfolg gehabt, auch milde Behandlung seitens der Krankenschwestern habe nichts genützt. Der einen Schwester habe sie gleich die Uhr zerschlagen und sie im Bett versteckt. Seit 2—3 Monaten habe sie zudem Anfälle, werde ganz blaß, bekomme blaue Lippen, lege sich hin. Gleich danach werde sie aber wieder ganz lebhaft.

Eine genaue körperliche Untersuchung war bei dem Kind während des ersten, wie des zweiten Aufenthalts in der Klinik infolge ihrer dauernden Unruhe unmöglich. An den Augen fiel vor allem ein dauernder und sehr hochgradiger Hippius auf. Die Reaktion der Pupillen war nicht eingehend zu prüfen. Am Hintergrund fand sich, soweit zu sehen, nichts Besonderes. Linksseitige leichte Facialisparese. Lumbalpunktion o. B.

Die Patientin, ein Mädchen von etwas unternormaler Größe, abgemagert, muskelschwach, von cyanotischer Gesichtsfarbe, kommt in das Untersuchungszimmer hereingesprungen, ist und bleibt dauernd in Bewegung. Läuft von einem zum andern, sieht ihn flüchtig an, spuckt dann plötzlich auf den Stuhl, den Boden hin, wischt gleich das Ausgespuckte mit kurzen, fahrigen Bewegungen ab. Streckt anscheinend durchaus zwangsmäßig die Zunge heraus, sieht dabei einen der Anwesenden an. Das Gesicht weist keinen adäquaten Affektausdruck auf. Ab und zu hat man den Eindruck einer gewissen Ängstlichkeit. Während des Herumlaufens treten in Armen und Beinen anscheinend Pseudospontanbewegungen auf, die zum Teil an Zielbewegungen erinnern, zu nur angedeuteten Greifbewegungen, Faustbildungen usw. führen, zum Teil aber auch choreatischen Charakter tragen, zum Teil langsam und drehend wie athetotische Bewegungen aussehen. Diese

Bewegungen sind vor allem in den Händen und Armen gut zu beobachten, sie treten aber auch in den Beinen auf. Damit bekommt der Gang etwas Ataktisches, Ungeordnetes, unwillkürlich Beeinflusstes. Zuweilen tritt eine starke anscheinend unwillkürliche Streckung der Fußgelenke auf, sodaß Patientin auf den Fußspitzen gehen muß. Ein anderes Mal knickt sie in den Knien plötzlich zusammen, ein- oder zweimal in kurzer Aufeinanderfolge. Das gleiche Unwillkürliche kommt auch in ihren Ausdrucksbewegungen vor. Neben dem oben erwähnten Spucken leckt Patientin Tische, Stühle, die Röcke der Ärzte, ihre Hände an. Immer wieder spuckt sie dazwischen einmal aus, spuckt nach der einen oder anderen Person im Untersuchungszimmer. Gibt man ihr die Hand, so geht sie einige Male im Zimmer mit auf und ab, dann kratzt sie plötzlich den Begleiter in die Hand, spuckt oder leckt ihn an. Dies alles auch ohne bemerkenswerten Affektausdruck. Zuweilen stellt sie sich vor dem Untersucher auf, fletscht die Zähne, streckt die Zunge heraus, um im nächsten Moment wieder fortzulaufen.

Auffallend ist die deutlich stridoröse Atmung, die nur zuweilen ruhig ist. Ab und zu wird das Atmungshindernis anscheinend größer, es treten völlige Atempausen ein.

Die Kleine steht dann fast ohne jeden Atemzug da, die zunächst noch auftretenden Atembewegungen führen nur zu einem Einziehen der Intercoasträume. Sie wird völlig cyanotisch, vor allem das Gesicht läuft blaurot an, die Augen schließen sich, die Bulbi gehen nach oben in Ruhestellung, sie wankt, droht umzufallen, der Herzschlag ist besonders deutlich auf der Brust und am Hals sichtbar. Während dieser Zustände, die minutenlang dauern, besteht auf der Höhe der Anfälle anscheinend völlige Bewußtlosigkeit, wenigstens reagiert die Patientin auf äußere Reize nicht. Während der Atempause tritt ein feinschlägiges Zittern in den Händen auf. Dann ist sie gleich wieder bei sich, springt irgendwo hin, macht aber für Augenblicke einen etwas benommenen Eindruck.

Außerhalb der Anfälle antwortet sie auf Fragen kaum, meist nur mit unverständlichen Worten, zuweilen gibt sie aber auch richtig Auskunft. (Bist du brav?) „Ja, ich bin brav.“ Dabei schmiegt sie sich an den Untersucher an, um im nächsten Augenblick wieder zu kratzen oder ihm ins Gesicht zu blasen. Auffallend ist noch, daß sie sich vor allem bei dem Zusammenknicken in die Füße krampfhaft in die Schamgegend greift, um dann gleich wieder die Hände wegzunehmen.

Im Anfall werden die an und für sich weiten Pupillen ganz eng, reagieren nicht mehr auf Lichteinfall.

Die Untersuchung beim Laryngologen ergibt, allerdings außerhalb eines Anfalls, nichts Besonderes. Eine Struma ist weder perkutorisch noch vor dem Röntgensschirm nachweisbar. Während eines Atemstillstandes erweist sich bei Durchleuchtung, daß der Thorax absolut ruhig steht, das Herz ruhig weiterarbeitet.

Eine eingehende Prüfung des geistigen Besitzstandes ist bei dem Kind nicht möglich. Intellektuell scheint es nicht zurückgeblieben zu sein. Ab und zu bringt die Kleine einen erlernten Spruch vor, ändert ihn auch unter Bezugnahme auf den Arzt ab. Dabei lacht sie, freut sich daran, trägt diese Sachen mit witziger Betonung vor, um im nächsten Augenblick jedoch wieder zu kratzen und zu beißen. Vorgehaltene Gegenstände weiß sie richtig zu benennen.

Ab und zu legt sie sich auf den Boden hin, schläft sofort ein; in einigen Augenblicken ist sie jedoch wieder wach und treibt den gleichen Unfug wie vorher. Dabei läßt sie sich durch die Umgebung in keiner Weise stören, legt sich auch während einer klinischen Vorstellung im Hörsaal einfach hin, nachdem sie eben noch herumgelaufen war und gespuckt und gebissen hatte.

Auch Packungen hatten in keiner Weise eine Wirkung auf sie.

Nach der Entlassung aus der Klinik wurde sie in eine Heil- und Pflegeanstalt verlegt und verstarb dort im April 1923 an einer Lungentuberkulose.

Ihr Verhalten hatte sich bis dahin in keiner Weise geändert. Nur ist hervorzuheben, daß sie sich gelegentlich eines Urlaubs zu Hause sofort über Mißhandlungen in der Anstalt beklagte.

Wir wollen die Besprechung dieser Kranken nach der Schilderung der nächsten hierher gehörigen Kranken geben.

12. Maria Hader, geboren am 16. IX. 1917 (♀ 64), war in der Klinik vom 24. XI. — 6. XII. 1924.

Der Vater der Kranken gab an, selbst sehr nervös zu sein, ebenso sei die Tochter eines Großonkels m. und deren Kinder leicht erregbar. Auch seine Frau gerate leicht in Erregung, wenn irgendetwas passiere.

Die Mutter berichtete, daß das Kind mit 1½ Jahren das akute Stadium der Encephalitis durchgemacht habe. Während es vorher sich schon sauber gehalten habe, sei es nachher ganz anders geworden.

Schon während der fieberhaften Erkrankung habe es die ganze Zeit über mit dem Oberkörper schaukelnd auf dem Bett gesessen; beim Einschlafen sei es regelmäßig nach vorn gefallen und habe dann mit dem Gesicht auf dem Bett liegend weiter geschlafen. Es sei unsauber geworden, habe absichtlich Stuhl ausgedrückt, fürchtete sich vor dem Topf, „wie sich ein Kind vor einem Hund fürchtet“, wurde ungezogen, schreckhaft.

Nachts „arbeitet es immer herum“. Tags über schlief es zuweilen in der Ecke ein. Erst mit 4 Jahren habe es wieder angefangen zu sprechen, sagte „Mama“. In letzter Zeit zwickt sie sich mit ihren Nägeln die Haut von den Händen und anderen erreichbaren Körperstellen ab. Erst wenn die Haut entzündet sei, klage sie. Einen äußeren Anlaß dazu habe sie nie gehabt. Sie langte dann einfach in fremde Taschen, spuckte die Mutter an. Das sei aber wieder vergangen.

Wurde gegen die Geschwister heimtückisch, stieß sie rücklings hin, nahm ihnen die Sachen weg, war immer Spielverderber. Nahm zuweilen auch Sachen aus den Auslagen der Läden weg. Wurde sie wenig beachtet, so schneuzte sie den Schleim aus der Nase aus, ganz gleich wohin.

Früher habe sie nie allein spielen wollen, jetzt sei sie nur für sich allein, renne allerdings immer der Mutter nach. Passe ihr das Essen mal nicht, so spucke sie es wieder aus. Sehr wagehalsig, springe von Tisch und Fensterbänken herunter, „wie eine Eichkatze“. Springe in die Höhe, lasse sich mit voller Wucht auf den Boden fallen. Meist in erregter Stimmung, weine oft auch anhaltend. Die Eltern hätten sich viel Mühe mit ihr gegeben, hätten ihr alles mögliche beizubringen versucht. Manchmal gehe es aber gar nicht mit ihr. Auf dem Lande, wo die Eltern zunächst wohnten, lief sie oft weg. Man habe sie dann irgendwo, zuweilen im Garten, klagend aufgefunden.

Verstehen könne sie wohl alles, sie könne sich nur nicht danach richten. Manches tue sie „aus Dummheit“, mache zuweilen auch „mit Fleiß“ alles Erreichbare kaputt.

Bei kleineren häuslichen Arbeiten erweise sie sich als ganz geschickt. Gelingen ihr etwas nicht, so komme sie in höchste Wut, strampele, schlage um sich, werfe sich hin. Bessere Zeiten wechselten ab mit schlechteren.

Körperlich fiel lediglich eine gewisse Amimie auf. An der freigetragenen Haut fanden sich zahlreiche Blutschorfe und Narben. Keine Scabies.

Die Kranke rennt und springt mit aller Kraft im Untersuchungszimmer herum, trägt eine große Stoffpuppe achtungslos im Arm, stürzt auf alle Türen zu, reißt an den Kliniken, fragt, wo es dahin gehe, rennt vom Dunkelzimmer mit Geschrei weg. Auf das Untersuchungsbett gelegt, springt sie sofort in die Höhe, tobt

darauf wie ein recht ungezogenes Kind herum, wirft die Puppe lachend weg, läßt Blähungen von sich gehen, schwätzt unaufhörlich. Als sie mit Gewalt hingelegt wird, zieht sie sogleich Arme und Beine an, versteckt den Kopf, reißt sich dann wieder los, widerstrebt der Untersuchung aufs heftigste. An einem Befehl erwacht ihr Widerstand erst recht. Mit Strenge wie Güte ist nichts zu erreichen. Sie wird immer wieder ganz haltlos von ihren Trieben hingerissen.

Ebenso führt sie sich auf der Station auf, verschmiert das Bett mit Speiseresten. Mit großem Vergnügen setzt sie sich ins Zimmer hin und defäziert. Als ihr Ref. das Ungehörige klarmachen will, spuckt sie auch noch in den Saal hinein. Auch später bewegt sie sich im Untersuchungszimmer ohne jedes Fremdheitsgefühl, läuft herum, sieht sich alles an. Versucht die Wasserleitung aufzudrehen; als ihr das nicht gelingt, kommt sie an den Tisch.

Mit dem Aphasiekasten beschäftigt sie sich sofort. Packt alles aus, spielt damit aber gänzlich planlos herum. Sagt ab und zu die Namen der Gegenstände vor sich hin. Fragt auch, was das eine oder das andere sei. Klopft z. B. mit dem Klopfer: „Das ist ein Klopfer zum Bettaklopfen“. Fragt dann mit eigentümlich klebender Stimme: „Was tun wir denn damit, wenn ich herausgehe?“ Eine Glashülse mit Linsen wirft sie mit solchem Nachdruck auf den Boden hin, daß man beinahe den Eindruck hat, es wirke sich dabei ein unwillkürlicher Bewegungsimpuls aus. Dann will sie mit dem Beil auf das Glas los schlagen. Kommt auf den Untersucher zu, bittet ihn die Büchse zuzumachen. Hat dabei den Deckel völlig zwecklos im Mund. Bringt die andern Gläser im Kasten zu Ref.: „Die Fallenfei, die Fallenfei!“ Auf die Aufforderung hin, wieder einzupacken, wird sie einen Augenblick lang unwillig, weinerlich. Stellt die Gläser nicht in den Kasten zurück, sondern auf einen Schrank. Findet dann noch ein Glas. „Immer ist wieder ein Glaserl da.“ Legt es zu den andern. Eine eigentliche Ausdrucksbewegung von Freude ist bei ihr nur sehr vorübergehend wahrzunehmen.

Beim Gehen treten ab und zu anscheinend Pseudospontanbewegungen auf, die z. B. die Kranke zwingen, einige Schritte auf den Fußspitzen zurückzulegen.

Fragt dann, was das für ein Gegenstand sei (Kanone), gibt sich mit der Erklärung nicht zufrieden. „Ist das ein Woon?“ Als der Kasten entfernt wird, ruft sie zunächst eine Zeitlang nach den Spielsachen. Gibt sich dann mit einem Federwischer zufrieden, kommt an den Papierkorb, leert ihn aus, schüttelt ihn über sich, nachdem sie eben wieder angefangen hatte, etwas zu wimmern. Kommt zur klappernden Schreibmaschine hin, sieht einen Augenblick zu. Beim Zurückstellen des Papierkorbes fällt auf, mit welcher ruckartigen Energie sie ihn wieder hinstellt. Wimmert beim weiteren Spielen mit Papierfetzen. Als ihr Ref. den Federputzer aus der Hand nimmt, weint sie wieder. Nimmt aber gleich einen Tintenwischer in die Hand, dreht ihn ziellos hin und her, ist ganz damit zufrieden, sieht ab und zu nach der Schreibmaschine hin. Setzt sich auf einen Stuhl, bohrt in den Ohren herum. Als sie das Kommen eines Flatus merkt, setzt sie sich in Defäkationshaltung auf die Erde, läßt ihn von sich.

Ab und zu wird sie vorübergehend etwas starr, sitzt für Momente völlig ruhig mit unbewegtem Gesicht da.

Zupft dann wieder am Federwischer, bis er zerreißt. Im ersten Augenblick wird sie ängstlich, schaut zu Ref. herüber, fängt an zu wimmern. Als Ref. ihr den Wischer wegnimmt, steigt sie ihm, rücksichtslos sich anstoßend, auf den Tisch nach, nimmt ihn wieder, meint: „Wer hat ihn denn zusammengeflickt?“

Als Ref. ihr drohend etwas sagt, nimmt sie schnell einen Gegenstand zur Hand, will ihn dem Ref. ins Gesicht schleudern; es bleibt aber bei der drohenden Gebärde, die sie sofort abstellt, als ihr Ref. dagegen droht.

Auffallend ist, daß sie alle paar Minuten Anfälle zeigt, die darin bestehen, daß sie für Augenblicke die Augen schließt. Es tritt dann ein leichtes Zittern (krampfhaftes) oder Schütteln mit dem Kopf auf, der retroflektiert wird.

Bei einer Nachuntersuchung im Januar 1925 war das Bild unverändert. Heilbronn'sche Bilder erkennt das Kind sehr rasch und richtig, fragt gleich, ob sie die Bilder mitnehmen dürfe. Stellt dieselbe Frage meist wiederholt. Nachts weine sie oft stundenlang, „geige dabei“, d. h. sie bewege den Oberkörper wiegend hin und her.

Vom körperlichen Befund war lediglich die Amimie auffallend, der im übrigen Körper eine „Starre ohne Rigor“ entsprach, die aber häufig von recht flinken Bewegungen durchbrochen wurde.

Bei beiden eben geschilderten Kindern, von denen das eine das akute Stadium der Encephalitis mit 1½ Jahren durchmachte, sind zunächst einige rein motorische Erscheinungen zu erwähnen.

Die merkwürdigen Atemstörungen der kleinen Schneider, wie die krampfhaften Anfälle der Hader können wir in unserem Zusammenhang übergehen, da sie anscheinend irgendeine engere Beziehung zu der hier vor allem interessierenden Dauerstörung des psychischen Verhaltens nicht haben.

Die parakinetischen Pseudospontanbewegungen, die ab und zu choreatischen oder athetotischen Charakter tragen, nimmt die Patientin Schneider in ihr willensmäßiges Bewegungsgefüge auf. Die „Umdeutungen“, die diese Störungen damit erhalten, haben aber eine weitere Bedeutung für das seelische Leben nicht.

Die kleine Kranke Hader wies übrigens ähnlich wie eine große Reihe der Kinder ohne eigentliche amyostatische Symptome die bekannte „Starre ohne Rigor“ auf. Trotzdem die Patientin Schneider diese nicht so aufwies, scheinen uns die seelischen Störungen der beiden einander weitgehend zu ähneln.

Zunächst: Zu Störungen der Intelligenz ist es bei beiden Kindern nicht gekommen. Daß allerdings der „seelische Anbau“ vor allem bei der Kranken Hader nicht in normaler Weise erfolgte, ist durch ihre Störung des Handelns und der Willensstätigkeit, auf die wir weiter unten zu sprechen kommen, durchaus zu verstehen.

In affektiver Hinsicht weisen beide Kranke, um das nur kurz zu erwähnen, die oben schon erwähnte, so organisch aussehende Versteifung der Gefühlslage auf, die bei der Hader zu einer mehr indifferenten Stimmung führte, während man bei Patientin Schneider eher von einer leeren Euphorie sprechen kann. Beide Kranke weisen weiterhin die Erscheinung auf, daß bei Überschreitung eines gewissen Reizes grades hemmungslose Explosionen erfolgen.

Die Hemmungslosigkeit scheint uns, wenn wir einmal von ihren so verschiedenen Formungen und Einzelgestaltungen absehen, bei beiden Kranken von grundlegender Bedeutung zu sein. An und für sich sind ja bei Kindern Hemmungen, die einen integrierenden Bestand-

teil der äußeren und inneren Erziehung darstellen, weniger deutlich ausgesprochen als beim Erwachsenen. Es ist weiterhin sicher, daß ein großer Teil der Funktionen, die wir als Willen bezeichnen, eben in der Ausbildung von Hemmungen besteht. Damit erreicht schließlich der heranwachsende Mensch *die* Direktion seines ganzen seelischen Lebens, die ihn eben als Erwachsenen kennzeichnet.

Demgegenüber ist das Charakteristische, vor allem bei unseren letzten beiden Kranken, daß ein eigentlicher „Wille“, eine Richtlinie ihrer Persönlichkeit eben nicht besteht oder, besser gesagt, durchaus nicht mehr besteht. Jeder triebhafte Impuls setzt sich sofort in die Tat um.

Damit kommt es zugleich zu einem Rückschritt auf (ontogenetisch) zurückliegende Entwicklungsstufen. Triebe und Impulse, die bei Kindern, soweit sie als gesund zu bezeichnen sind, nur vorübergehend zur Beobachtung kommen, wir erinnern unter anderem nur an das Spucken und Beißen, das Lecken, das rücksichtslose Defäzieren, das Abgehenlassen der Flatus, dominieren hier durchaus rücksichtslos.

Der Tätigkeitsdrang dieser Kinder, der gewiß nicht nur rein motorisch zu verstehen ist, entläßt sich in immer wieder überraschenden Handlungen, deren Gestaltungsform meist dem Niveau des Kleinkindes entspricht.

Auch die Flüchtigkeit der Aufmerksamkeit, die ein volles Erfassen der Dinge überhaupt verhindert, scheint uns der Aufmerksamkeit des Kleinkindes durchaus zu entsprechen.

Daß lediglich eine Überproduktion motorischer Antriebe den ganzen hier vorliegenden Zustand bedingen könnte, daß so eine Zurückführung der seelischen Veränderung auf motorische Störungen möglich sei, will uns nach alledem als unwahrscheinlich erscheinen.

Wir möchten die Kranken deshalb auch als sensumotorisch Gestörte bezeichnen, wobei wir den Begriff: *sensus* allerdings etwas erweitern müssen.

Soweit wir sehen, ergibt sich im wesentlichen nichts qualitativ Neues, sondern eine Verzerrung und Vergröberung der Züge des normalen Kindes. Es ist z. B. daran zu erinnern, welche Freude es Kindern oft macht, einfach zu zerstören, ohne daß immer hinter dieser Zerstörungssucht analytischer Forschungsdrang zu erblicken wäre.

Hinsichtlich der oft den Eindruck des Asozialen oder Antisozialen machenden Verhaltensweise dieser Kinder und Jugendlichen ist zu bedenken, daß soziales Verhalten eben zum großen Teil ein Erziehungsprodukt ist, das sich beim Kind unter der von außen und innen her bedingten „Reifung“ erst entwickelt.

Die Psychologie der Erregbaren, Haltlosen und Triebmenschen scheint uns enge Beziehungen zum seelischen Verhalten der met-enzephalitischen Kinder aufzuweisen.

Die hier geäußerten zum Teil entwicklungspsychologischen Gedanken werden wir im folgenden Abschnitt über die metencephalitischen Charakterveränderungen bei Kindern noch näher auseinandersetzen.

### III. Zusammenfassende Betrachtungen über die psychischen Veränderungen nach Encephalitis epidemica bei Jugendlichen.

Wir haben zunächst noch einige Daten anzuführen, die zwar nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit unserem Gedankengang stehen, aber doch auch hier von Interesse sind.

Eine Besserung der psychopathieähnlichen Persönlichkeitsänderung trat in rund 38% (= 16) unserer Fälle auf, während eine Verschlimmerung der motorischen Störungen (nach der Seite des Parkinsonismus hin) bei 52% (= 22) zu verzeichnen war. Nur bei rund 24% (= 10) der Gesamtzahl der hierhergehörigen Kranken ging die Besserung des psychischen Zustandes mit einer Zunahme oder auch erst Herausbildung des Parkinsonismus einher. Das bedeutet, daß in 62,5% der Fälle mit Besserung der psychopathischen Züge sich eine Verschlimmerung der motorischen Störungen zeigte.

Ähnlich sind die Erfahrungen, die *Thiele* mit den psychischen Residualzuständen nach Encephalitis epidemica machte. Von 16 Fällen fand er 10 erheblich gebessert, zwei blieben stationär, in einem Falle traten noch nach 3 Jahren Parkinsonsymptome auf. *Jörger* fand, daß von 77 solchen Kindern nach Ablauf der Beobachtungszeit nur noch 41 pflegebedürftig waren.

Diese Zahlen deuten auf das nur Episodische der psychopathieähnlichen Folgezustände nach Encephalitis bei Kindern in einer ganzen Reihe von Fällen hin.

Immerhin ist zu betonen, daß die nach der Krankheit sich bemerkbar machende übermäßige Reizbarkeit unserer Kranken sich *nicht* so zurückbildete, wie die sonstigen psychopathieähnlichen Züge.

Das scheint uns eine gewisse Bedeutung zu haben und spricht vielleicht für eine pathogenetisch verschiedene Bedingtheit beider Symptomenreihen. Wir werden weiter unten darauf zurückkommen.

Wenn wir zunächst noch einmal auf erbbiologische Fragen zu sprechen kommen müssen, so scheinen unsere Untersuchungen ergeben zu haben, daß es sich mit dem Kern der psychopathieähnlichen Veränderungen bei kindlichen und jugendlichen Metencephalitikern um den Ausdruck einer ubiquitären Reaktionsfähigkeit handelt, d. h. daß das Auftreten dieser seelischen Veränderungen nicht etwa einer speziellen genotypischen Veranlagung bedarf. Weiterhin wiesen unsere



genealogischen Erfahrungen darauf hin, daß sich gewiß auch die Äußerungen erblicher Veranlagungen, vor allem psychopathischer Art um den Kern der primären Veränderungen herumlegen können. Wir brauchen dabei nur auf unsere Erfahrungen hinsichtlich der Neigung zu sexuellen Delikten und hinsichtlich der Neigung zu Diebstählen hinzuweisen. Es fanden sich da in den Familien zweier Kranker mit besonderer Betonung der sexuellen Funktionen Blutsverwandte, die im erwachsenen Alter ebenfalls zu sexuellen Entgleisungen neigten. Allerdings ist, wie oben betont, darauf hinzuweisen, daß hier auch Störungen von Drüsen mit innerer Sekretion herangezogen werden können, für deren Mitbeteiligung evtl. lediglich lokalisatorische und nicht genotypische Faktoren herangezogen werden können.

Es ist weiter darauf hinzuweisen, daß auch die Geschlechtsunterschiede eine wesentliche Bedeutung für die Gestaltung der metencephalitischen Persönlichkeitsveränderung haben. Jedenfalls sind Sexualdelikte viel häufiger bei männlichen Kranken und ebenso sind Diebstähle bei weiblichen kranken Kindern und Jugendlichen wesentlich weniger zu beobachten als bei männlichen Kranken. Es entspricht das durchaus den Erfahrungen, die die Kriminalpsychologie hinsichtlich der Psychologie der Geschlechter gemacht hat.

Eine genaue Trennung der Störungen, die wir bei unseren Kranken mit psychopathieähnlichen Persönlichkeitsveränderungen gefunden haben, und die wir als unmittelbaren Ausdruck der durch die Encephalitis bedingten krankhaften Hirnveränderungen ansehen möchten, von den seelischen Störungen, die durch besondere Veranlagung der Kranken bedingt sind, ist nur andeutungsweise zu erreichen. Die Trennung von Achsen- und Randsymptomen ist gewiß etwas, was wir immer wieder künstlich in das Naturgeschehen hineintragen. Daß die individuellen Verschiedenheiten der Persönlichkeiten hier wie auch bei anderen Krankheiten eine große Rolle spielen, darauf hat erst *Stertz* kürzlich wieder hingewiesen.

In den verschiedenen Veröffentlichungen über die metencephalitischen Störungen bei Kindern wird immer wieder betont, daß diese Kinder und Jugendlichen zunächst an einer Störung der Aufmerksamkeit leiden, die gekennzeichnet ist durch hochgradige Hypervigilität. Jedem neuen Eindruck wendet sich ihre Aufmerksamkeit zu, der Augenblick beherrscht sie. Ein recht geringer Teil von ihnen weist dazu eine an und für sich hyperkinetische Motorik auf. Bei einem großen Teil der Kranken unserer Beobachtung machte sich jedoch von vornherein eine immer weiter fortschreitende Verschlimmerung der motorischen Störungen zum Parkinsonismus hin bemerkbar.

Wir möchten nicht einmal hinsichtlich der Aufmerksamkeitsstörung so sehr der veränderten Motorik eine Bedeutung zuweisen. Uns scheinen

Beobachtungen, wie die von *Idelberger* (nach *W. Stern*) bedeutungsvoller zu sein. Er stellte bei einem 11½ Monate alten Kind fest, daß die Zeitspanne, während deren ein gezeigtes Objekt dauernd mit Aufmerksamkeit angeblickt wurde, eine geringe Anzahl von Sekunden nicht überstieg. Es könnte sich also bei unseren Kranken auch hier um einen Rückfall in frühkindliche Verhaltensweisen handeln.

Wir sind hier weiterhin durchaus berechtigt, den Begriff der *Wernicke*-schen Hypermetamorphose anzuwenden, worunter *Wernicke* den organisch bedingten Zwang versteht, von Sinneseindrücken Notiz zu nehmen und die Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Die Zerstreuung, d. h. die mangelhafte Lenkbarkeit der Gedanken und die Unfähigkeit der Kranken, einem geschlossenen Gedankengang zu folgen, ist es ja vor allem, die den Schulfortschritt bei so vielen metencephalitischen Kindern verhindert. Allerdings zu einer Inkohärenz, einer völligen Zusammenhanglosigkeit des Denkens, einer Verwirrtheit, wie *Wernicke* das angibt, kommt es bei unseren Kranken nicht.

*Wernicke* sieht in der Hypermetamorphose, ohne die Begriffe allerdings zu identifizieren, den Ausdruck einer sog. Hyperästhesie der Sinnesorgane, erblickt in ihr die Wirkung einer Steigerung der Organempfindungen, die Hypermetamorphose ist ihm im wesentlichen eine *sensorische* Störung. Aus diesem Grunde empfiehlt er zur Beruhigung der Kranken ihre Verlegung in Isolierräume, d. h. die Ausschaltung äußerer Eindrücke.

Eine solche Verlegung hatte bei dem größten Teil unserer Kranken nicht den geringsten Erfolg, und das deutet wohl schon darauf hin, daß es sich bei ihnen eben nicht nur um eine Störung der zentripetalen seelischen Funktionen handelte.

*Kleist* hat später hinsichtlich der Auffassung der Kurzschlußakte — man kann wohl die wahllose Zuwendung der Aufmerksamkeit auf die zufälligen Eindrücke der Umgebung als Beispiel dafür anführen — Einwendungen gegen die Ansicht *Wernickes* gemacht. Er wollte sie im wesentlichen als psychomotorische Erscheinungen werten, und den Hauptnachdruck auf den Bewegungsdrang legen, der sich jeweils der zufälligen Sinneseindrücke bemächtigte.

Uns scheint am wahrscheinlichsten, daß sowohl eine Störung auf der sensorischen wie der motorischen Seite anzunehmen, oder vielmehr, daß eben das Zusammenspiel beider Seiten gestört ist, weshalb wir von sensumotorischer Störung sprachen.

Die engen Beziehungen, die *Kleist* zunächst zwischen psychomotorischer Einzelstörung und Denkstörung annahm, können nach den Beobachtungen an unseren Kranken nicht bestätigt werden.

Aber *Kleist* hat auch späterhin ausdrücklich betont, daß ein Zusammenhang zwischen Denkstörung und striär-motorischen Störungen

wohl bestehen dürfe, aber die Funktionsstörung der Stammganglien reiche nicht aus, um Denkstörungen hervorzurufen. Corticale Reproduktionsstörungen an den Vorstellungen — je nachdem Übererregbarkeit, Paralogie, Amnesie, Perseveration — müßten zu diesem Behufe hinzutreten. Jedenfalls seien auch die in Begleitung psychomotorischer Störungen auftretenden formalen Denkstörungen keine rein psychomotorischen und keine einfachen Stammgangliensymptome.

Schon das Fehlen des Parallelismus zwischen der Schwere der psychomotorischen Erregung und der Denkstörung, von der *Kleist* in seiner früheren Arbeit berichtete, legte diesen Gedanken ja nahe.

*Kleist* führt in seiner Arbeit: „Weitere Untersuchungen“, Seite 233, eine Kranke an, die inmitten lebhafter parakinetischer Arm- und Fingerbewegungen den rechten kleinen Finger unter forcierter Abduction steif ausstreckt und darauf sagt: „Das ist eine Pappel — das ist mein Haus“. Hier wird tatsächlich der Denkinhalt weitgehend durch motorische Erlebnisse bedingt.

Beziehungen zu solchen Vorgängen weisen sicher vor allem unsere kleinen Kranken Schneider und Harder auf.

Wir möchten hier aber nur darauf hinweisen, daß man solche an Bewegungen anknüpfende Vorstellungen, wenn man Spiele von kleinen Kindern beobachtet, relativ häufig beobachten kann. Man findet da immer wieder, daß irgendeine Bewegung mit irgendeiner besonderen optischen oder haptischen Gestalt ausgedeutet wird und so evtl. unter den verschiedensten Veränderungen lange Zeit das Spiel beherrschen kann.

Es ist das wohl eine immerhin nicht unwichtige Parallele.

Bei all solchen Störungen handelt es sich jedoch nur um Störungen an der Peripherie des Denkvorganges, während das eigentliche (intrapyschische) Denken ungestört abläuft.

Jedenfalls spricht für eine weitgehende Unabhängigkeit der psychischen von der motorischen Seite vor allem wohl die Beobachtung, daß akinetisch-hypertonische Jugendliche eine enorme Hypervigilität der Aufmerksamkeit aufweisen können, während erwachsene Akinetisch-Hypertonische meist geradezu gegenteilige seelische Veränderungen aufweisen.

In früher erschienenen Arbeiten, vor allem ausländischer Autoren, wurde hervorgehoben, daß immerhin eine ganze Reihe der jugendlichen Metencephalitiker eine Intelligenzeinbuße erleide, daß sie verblöde. Auch *Westphal* berichtete von einem 14jährigen Knaben, bei dem sich nach der Krankheit eine sehr erhebliche Schädigung der Intelligenz herausstellte.

Nun liegt diesen immerhin häufigen Angaben zum Teil wohl ein zu weit gefaßter Begriff der Intelligenz zugrunde. So berichtet *Guinon* von einem 3jährigen Knaben mit schwerer Charakterveränderung und

mit Zeichen von Verblödung. Dies alles hatte sich, soweit dem Ref. zu entnehmen ist, nach 5—6 Wochen psychischer Behandlung wieder gebessert. Die Besserung einer Demenz in so kurzer Zeit wäre den bisherigen Erfahrungen nach aber etwas durchaus Ungewöhnliches. Wir müssen zu dieser Frage auf unsere Arbeit: Zur Frage des klinischen Begriffs der Demenz verweisen.

Den Erfahrungen bei unseren Kranken nach, die wir recht lange beobachten konnten, ist das Auftreten intellektueller Störungen, wie übrigens auch schon *M. Kirschbaum* und *Bonhoeffer* betonten, etwas durchaus Seltenes. Eigentlich haben wir nur bei einem unserer jugendlichen Kranken Anhaltspunkte dafür, von einer Demenz als Folge der Encephalitis zu sprechen, und sie kausal auf diese Erkrankung zu beziehen. Wir wiesen bei diesem Kranken schon darauf hin, daß bei ihm schon der klinische Befund (Jacksonähnliche Anfälle) einen Hinweis darauf gab, daß auch die Rinde am Krankheitsprozeß beteiligt sei. In der Intelligenz möchten wir doch vor allem eine Funktion der Rinde sehen, und nach den Befunden von *Scholz*, *Rabiner* und *Sertz* sind wohl bei einem gewissen Teil der erwachsenen Encephalitiker Rindenveränderungen zu finden. Es ist nicht anzunehmen, daß sie bei jugendlichen und kindlichen Metencephalitikern fehlen sollten. Auf sie oder auf ihre besonders starke Ausprägung möchten wir die hier und da nach der Encephalitis auftretende Intelligenzstörung beziehen.

Auch *Thiele* findet unter 16 von ihm katamnestizierten Fällen nur einen, der verblödete.

Natürlich wird durch die Unruhe der Kranken, ihre Aufmerksamkeitsstörung und die weiteren Störungen des Handelns und des Willens unter Umständen eine weitgehende Schädigung oder ein Stehenbleiben der geistigen Entwicklung bedingt werden, insofern die zur geistigen Entwicklung nötigen Eindrücke nicht zugeführt werden. Aber eine eigentliche Intelligenzstörung ist darunter nicht zu verstehen.

Im Gegenteil erscheint eine ganze Reihe der jugendlichen Kranken als altklug. Sie überraschen immer wieder durch Aussprüche, die einem Reifegrad entsprechen, der über ihr tatsächliches Alter hinausgeht.

Wir glauben wohl, daß dem häufig folgendes zugrunde liegt. Die Kinder fassen infolge der großen Vigilität ihrer Aufmerksamkeit viel mehr Dinge auf, fassen sie vor allem auch an Stellen auf, an denen man gar nicht an sie denkt. Dann bringen sie diese Erfahrungen infolge der weiter unten zu besprechenden Störung im Handeln mit größter Rücksichtslosigkeit immer wieder hervor. Dabei ist zu bedenken, daß sie zum Teil wohl auch nur halb oder gar nicht dem Sinn nach aufgefaßte Gedanken unbeirrt immer wieder reproduzieren können.

Bei einer sehr großen Zahl oder der Mehrzahl unserer jugendlichen Kranken fanden wir weiterhin affektive Veränderungen ausgesprochen,

die einer gewissen Charakteristik nicht entbehrten. Wir sehen dabei von erlebnismäßig bedingten freudigen und traurigen Verstimmungen ab.

Zunächst einmal fällt bei einer großen Zahl von Kranken eine euphorische Verstimmung auf, die unter Berücksichtigung der schweren Schädigungen durch die Krankheit oder auch dem ablehnenden Verhalten der Umwelt gegenüber ihrer krankhaft veränderten Reaktionsfähigkeit jedenfalls nicht durch das „Erleben“ unterstützt sein kann, sondern durchaus einen „organisch“ bedingten Charakter hat.

Wir wiesen schon oben darauf hin, daß diese Affektlage beim ersten Eindruck wohl manche Ähnlichkeiten mit einer manischen hat, daß aber bei näherem Zusehen damit immer wieder dieselbe Schablone vorgewiesen wird, der eben infolge ihrer Starrheit die Grazie einer manischen Verstimmung fehlt. Diese Verstimmung erweist sich nicht so einfühlbar wie die meisten manischen.

Bei einem gewissen Teil unserer Kranken bleibt übrigens diese euphorische Verstimmung zeitlich auch über die „psychopathieähnlichen“ Charakterzüge hinaus bestehen.

Wir glauben deshalb, wie bei den erwachsenen Metencephalitikern hier den Ausdruck einer dauernden Schädigung von „Hirnapparaten“ durch die Hirnentzündung annehmen zu dürfen. Daß bei all diesen Kranken eine besondere Veranlagung zu den Verstimmungen vorauszusetzen sei, ist dem Ergebnis unserer genealogischen Statistik nach durchaus unwahrscheinlich. Manisch-Depressive fanden sich nur sehr selten unter den belastenden Verwandten. Daß bei dem einen oder anderen Kranken eine genotypische Anlage selbstverständlich eine Verstimmung unterstreichen kann, darauf wiesen wir oben schon hin.

Beim Manischen ist weiterhin das Handeln meist Ausdruck seiner Verstimmung, beim kindlichen Metencephalitiker ist das Handeln zum Teil wohl getragen von der euphorischen Verstimmung, aber es wächst nicht so aus ihr heraus, es ist triebmäßig verankert, wenn es nicht gerade — und das viel seltener — lediglich als Ausdeutung psychomotorischer Bewegungsphänomene anzusehen ist.

Es ist zu betonen, daß nicht alle Kranken diese euphorische Verstimmung aufweisen, und fernerhin zu sagen, daß auch Kranke mit euphorischer Dauerverstimmung auf reaktiv deprimierende Eindrücke hin in kurzschlüssiger Weise einen Selbstmordversuch machen können.

*Leyser* betont ebenfalls den eigentümlichen Defekt in der affektiven Sphäre, der sich auf den Ausfall des Gefühls der Scheu und Scham erstreckt und nicht etwa aus der Hyperkinese abzuleiten sei. Diese Ansicht, daß der spezifische Defekt der Affektivität der Hyperkinese nicht subordiniert, sondern nur koordiniert sei, entspricht durchaus unseren Befunden.

Daß das emotionale Korrelat der Scheu im Kindesalter besonders stark mit der Bewegungshemmung verknüpft erscheine, diese Annahme ist unseren Erfahrungen nach jedoch zu weitgehend gefaßt. Unter den dargestellten Kindern ist eine ganze Reihe, die bei sehr starker Bewegungshinderung es an einem Ausfall von Scham und Scheu nicht fehlen ließen.

Diese leere und unseres Erachtens nach durchaus einen „organischen“ Eindruck machende Euphorie oder schließlich auch gleichgültige Stimmung ist bei einem großen Teil der Kinder mit einer enormen Reizbarkeit oder, vielleicht besser gesagt, mit einer sehr stark explosiblen Reaktivität gepaart. Überschreitet der Reiz eine gewisse Grenze, so kann es zu unter Umständen ganz maßlosen Ausbrüchen bei ihnen kommen, die zum Teil zu einer affektiven Bewußtseinstörung führen und von einer Störung der Erinnerung daran gefolgt sein können. Wir wollen hier nur den Ausspruch eines unserer Kranken anführen, der sagte: „Wenn mir eines der Kinder vor die Hände kommt, die mich geärgert haben, so könnte ich mich gar nicht halten und würde einfach rücksichtslos losschlagen, ich würde es umbringen“. Ein anderer Kranker wurde in der Anstalt, in der er war, mehrmals von Angriffen auf andere Kranke zurückgehalten, die er fast erwürgt hätte.

Die außerordentliche Erregbarkeit ist es ja, die einen großen Teil unserer Kranken überhaupt in die Klinik oder Anstalt brachte.

Auch hierfür liegt wohl bei einem gewissen Teil unserer Kranken eine genotypische Unterstreichung vor, denn wir fanden sie ja reichlich mit vor allem „Erregbaren“ belastet. Andererseits ist auch wieder darauf hinzuweisen, daß gerade für die Erregbaren *Kraepelins* Anschauung der Psychopathien als „umgrenzter Infantilismen“ seine besondere Bedeutung hat. Das rückhaltlose Ausbrechen in Wut ist wieder eine Eigentümlichkeit gerade von Kindern, deren blinde Wut zunächst vor allem dadurch unschädlich gemacht wird, daß der Wirkungskreis ihrer Betätigungsmöglichkeiten viel zu eng ist, um wirklichen Schaden anrichten zu können, wie es unsere Kranken z. T. eben schon können.

Die Affektstörungen unserer Kranken aus der motorischen Störung heraus verstehen zu wollen, erscheint uns nicht möglich. Es handelt sich wohl im wesentlichen um primäre Beeinträchtigungen des Gefühlslebens.

Allerdings ist eins zu bedenken. Gewiß wird unsere „Grundstimmung“ auch von der motorischen Seite her beeinflusst. Man braucht sich nur daran zu erinnern, welches lange Zeit anhaltende Wohlgefühl das Sichdehnen und Sichstrecken nach längerem Liegen verschafft. Gewiß wird der Ausfall der vielen dem Willen an und für sich entzogenen Mitbewegungen bei den Hypertonisch-Akinetischen das motorische „Funktionsgefühl“ und damit auch die Grundstimmung beeinträch-

tigen, und auf der anderen Seite mag die leichte Ansprechbarkeit motorischer Funktionen bei anderen Kranken an deren Euphorie ihren Anteil haben. Aber all diese Erwägungen können nicht von dem Festhalten an der Annahme von primären affektiven Störungen abbringen, vor allem tritt ja die leere Euphorie der Metencephalitiker völlig unabhängig vom motorischen Zustandsbild auf.

Für die Besprechung der Willensstörungen und der Störungen des Handelns wollen wir uns zunächst mit Beobachtungen der Kinderpsychologie über das Handeln der Kinder beschäftigen.

So hat *W. Stern* für die erste Entwicklungszeit der Kinder den Ausdruck „Greifling“ geprägt. Die einfachere Form des Spielens ist nach ihm das bloße Spielen mit den eigenen Gliedmaßen.

Weiterhin führen wir die Aufzeichnungen *Scupins*, die *W. Stern* erwähnt, über seinen Sohn an: „Aus purem Vergnügen bringt er Geräusche aller Art hervor, schnalzt, sprudelt, pustet, zischt, hustelt, macht brr und plappert ohne Unterlaß“.

In dieser Schilderung, die immer wieder durch Beobachtung an kleinen Kindern bestätigt werden kann, ist eine Analogie zu manchen Verhaltensweisen unserer kindlichen Kranken gegeben, die über den Wert einer mehr zufälligen Ähnlichkeit hinauszugehen scheint.

Die Annahme eines Rückfalls in frühkindliche Verhaltensweisen könnte immerhin zur Erklärung des sonst häufig durchaus unverständlichen Benehmens der kindlichen Kranken dienen.

Es ist darauf zu verweisen, daß *Gamper* und *Untersteiner* für eine komplex gebaute postencephalitische Hyperkinese die Möglichkeit einer Beziehung zum oralen Einstellautomatismus des Säuglings angenommen haben. Ganz ähnliche Gesichtspunkte erörterte auch *Wexberg* hinsichtlich der Kau- und Schluckstörungen bei Encephalitis.

Was hier für das Verständnis motorischer Störungen herangezogen wird, scheint uns mit aller Vorsicht und allem Vorbehalt durchaus auch auf das Psychische übertragbar zu sein.

Das betonte neuerdings vor allem auch *Storch*.

*W. Stern* schildert weiterhin den Beginn des Spielens mit Objekten und weist darauf hin, wie eintönig diese Spielversuche dem Zuschauer erscheinen können: „Da wird Zeitungspapier mit den Händchen zerknüllt, wohl auch (in den späteren Monaten) zerrissen; es wird die Klapper immerfort hin- und herbewegt; es wird mit dem Löffel dröhnend auf den Tisch geschlagen, das Püppchen immer wieder aus dem Wagen geworfen, 20mal, 30mal.“ Diese vorbereitende Arbeit eines Spieles sei eine mehr unterirdische, im Dämmer des Unbewußten und Halbbewußten sich vollziehende; solchen ungreifbaren psychischen Vorgängen tue jede sprachliche Formulierung mehr oder minder Gewalt an.

Auf den Trieb nach Vernichtung und Zerstörung, der im Laufe der normalen Persönlichkeitsentwicklung immer weniger erkennbar werde, und in den postencephalitischen Zustandsbildern bei Jugendlichen wieder besonders deutlich hervortrete, weisen z. B. auch *Gerstmann* und *Kauders* hin.

Die Betätigung der sensorischen und motorischen Apparate dominiert für das kleine Kind der ersten zwei Lebensjahre, sagt *Gaupp*.

Ganz sicher nimmt die meist nach außen, allerdings in Ermangelung weiterer Gegenstände zunächst auf den eigenen Körper gerichtete Aktivität der Kinder mit zunehmenden Jahren immer mehr ab. Nach Erwerb der Erfahrungen über die Dinge der Außenwelt kommt das Innenleben vor allem in der Pubertät mehr zur Geltung. Wenn wir unsere Kranken ansehen, so könnten wir in ihrem Betätigungs- und Tätigkeitsdrang wohl das Wiederauftauchen der früheren Aktivität erblicken. Aber es ist doch wahrscheinlicher, daß sich in ihrem Verhalten nicht etwa nur ein Wegfall von Hemmungen kundtut, sondern daß sich zugleich ein Plus an Antrieb damit zum Ausdruck bringt, das irgendwie aus der Krankheit im Hirn resultiert.

Das Kind spielt, wie *Gaupp* meinte, nicht nur, solange es einen Überschuß an Kraft habe, sondern spiele oft noch weiter, wenn es schon ermüdet sei. Diese Erfahrung findet man bei Kindern immer wieder bestätigt, und sie muß uns immer wieder veranlassen, dem Kind auch gegen seinen Willen Ruhe zu verschaffen, um eben eine Übermüdung zu verhindern. Zu ganz ähnlichem Verhalten der metencephalitischen Kinder mag noch die organisch bedingte Schlafstörung eine weitere Dissoziation zwischen Müdigkeit und Ermüdung hinzubringen.

Wir bezeichneten oben eine Kategorie unserer Kranken als die sensumotorisch Gestörten und meinten, daß bei ihnen das (pathogenetisch bedingte) Kardinalsymptom der Erkrankung am reinsten zum Ausdruck käme. Dieser Ausdruck sollte zu gleicher Zeit darauf hinweisen, daß dabei nicht etwa nur die Motorik, sondern Motorik und vor allem die Psyche gemeinsam gestört erscheinen.

Kennzeichnend für die oben bezeichneten kindlichen Funktionen ist, daß sie rein instinktmäßig, triebmäßig auftreten.

Aus einer Enthemmung der Triebe heraus ist unserer Ansicht nach die triebartige Unruhe der metencephalitischen Kinder zu erklären, während parakinetische, psychomotorische, also rein motorische Störungen in den Folgezuständen nach der Encephalitis durchaus fehlen können und jedenfalls häufig nur eine nachgeordnete Rolle spielen.

Darauf, daß wir schon rein sprachlich Schwierigkeiten haben, um überhaupt das Wesen des Triebhaften festhalten zu können, wurde schon oben hingewiesen. Wir glauben aber *Kronfeld* durchaus zustimmen zu müssen, daß die Bestimmungen des Triebhaften zu Körper



und Organzuständen und zur motorischen Reaktion *psychologisch* repräsentiert sein müßten. Und auch seinen weiteren Bestimmungen können wir uns anschließen, daß das Triebhafte den Spannungsfaktor im Erleben des Gerichtetseins aufweise, daß es den Ausdrucks- und symbolischen Wiederholungscharakter der Triebreaktion, zudem eine biologische Bedeutung, Beziehung zum Lustmoment haben müsse. Die Art der psychischen Vertretung des Antriebs könne als Gliederungsmaterial dienen, ob z. B. der Antrieb als bloßer Innervationsantrieb oder mit impliziter Erfolgslust oder als Drang gegeben sei. Er weist weiter darauf hin, daß die Entscheidung, ob es sich um eine „organische“ oder eine triebhafte Hyper- oder Parakinese handelte, im Einzelfall unendlich schwierig sein könne.

Wenn *Thiele* meint, es handele sich bei den psychischen Residualzuständen nach Encephalitis epidemica bei Kindern um Drangzustände, so stimmen wir dem ganz zu. Drangzustände, die in einer Identifizierung des Handelnden mit seiner Handlung bestehen, sehen wir wesentlich häufiger als die sehr seltenen Zwangszustände mit ihrer Spaltung der Persönlichkeit.

Nur wenn er meint, daß der „primär blinde“ Drang sein Objekt finde, sich an dem zufällig sich anbietenden Objekt auswirke, und wenn er meint, daß beim Trieb auf Grund des ihm innewohnenden Gerichtetseins das Objekt der Handlung gesucht werde, so meinen wir, daß diese Trennung Unterschiede zu setzen sucht in einem Gebiet, in dem sprachliche Formulierungen und genauere Fixierungen noch nicht recht möglich sind.

Wichtig erscheint uns vor allem, daß auch er sich mit einer Erklärung der psychischen Störungen der metencephalitischen Kinder lediglich von der motorischen Seite her nicht zufrieden geben kann.

Jedenfalls meinen wir, daß der Versuch einer Analyse und eines Verständnisses der Pathophysiologie und des Wesens der postencephalitischen Krankheitsbilder der Jugendlichen wesentlich von der motorischen Seite her, wie es *Gerstmann* und *Kauders* wollten, nicht so weit führt, wie es unseres Erachtens nach möglich ist. Es handelt sich bei all diesen Störungen gewiß nicht nur um sekundäre, durch das Motorische bedingte seelische Störungen.

Darauf, daß z. B. „organische“ wie triebhafte Parakinesen selbstverständlich einer sekundären Bearbeitung unterliegen können — symbolischer oder wahnhafter oder sonstiger Art — wies auch *Kronfeld* hin.

Jedenfalls geht im Chaos der Triebbetätigung für die hier zu besprechenden kranken Kinder unter, was beim normalen Kind sich im Verlauf des Lebens immer deutlicher heraus entwickelt, die allmähliche Zielsetzung, die sich aus den ersten „amorphen“ Bewegungen des Klein-

kindes über den Spieltrieb her immer weiter entfaltet. Wie schließlich das ältere Kind in seinen Zielsetzungen immer mehr in eine Verbindung mit der Welt des Erwachsenen kommt, so fehlt einem großen Teil der metencephalitischen Kinder vor allem diese Seite. Es tritt eine Lösung aus der Sozialität auf, nur die nächsten Ziele oder besser Triebe haben Aussicht, sich durchzusetzen. Dabei kommen eine ganze Reihe von Triebrichtungen und Verhaltensweisen wieder zum Vorschein oder erst zum Vorschein, die im normalen Lauf der Entwicklung der Kinder sich überhaupt nicht Ausdruck verschaffen oder bald wieder überdeckt werden.

Wie läßt sich aber das so aufdringlich Anethische im Verhalten so vieler metencephalitischen Kinder verstehen? Wie ihre triebmäßige Neckerei, wie ihre Quälereien von Menschen und Tieren, wie ihre aggressive Haltung gegenüber ihrer Umgebung, wie schließlich ihre Neigung zu Diebstählen, ihre Neigung zu sexuellen Delikten im weitesten Sinne?

Es ist sicher, daß das Asoziale und Anethische im Verhalten unserer Kranken zum Teil in der übermäßigen Betonung der Antriebsseite ihrer Handlungen liegt. Im triebmäßigen Necken der metencephalitischen Kinder scheint sich nur die Neckfreude normaler Kinder im verstärkten Maße zum Ausdruck zu bringen. *W. Stern* läßt ja daraus einen gewissen Teil der kindlichen Tier- und Menschenquälerei hervorgehen. Man bekommt oft genug von den Angehörigen unserer Kranken die Auskunft, daß die Kranken andere Kinder viel leichter und eher neckten als früher. Es hat auch bei den metencephalitischen Kindern die Neckerei oft nicht mehr den Ausdruck eines Spielens, sondern die Kinder handeln oft brutal, sie suchen sich Opfer aus, die hilflos sind, sich nicht wehren können und der Neckerei immer wieder zum Opfer fallen. Es sind das Züge, die wir beim gesunden Kind meist nur ganz vorübergehend finden, und die sonst nur beim psychopathischen Kind in deutlicher Ausprägung sich finden. Aber *W. Stern* gibt doch schon an, daß auch für das normale Kind die Grenzen zwischen Scherz und Ernst nicht scharf gezogen seien, daß das Necken nicht vor Ausartungen geschützt sei.

Es ist weiterhin in diesem Zusammenhang an die oben schon erwähnte Zerstörungslust kleiner Kinder zu erinnern, die wohl von dem analysierenden Zerstören älterer Kinder, bei denen wir ein Bewußtsein der Bedeutung des Zusammenhangs und Bleibens der Gegenstände für den Menschen schon voraussetzen können, zu trennen ist.

*W. Stern* meint ferner, der hemmungslose Bewegungsdrang des kleinen Kindes im Zusammenhang mit der kindlichen Ahnungslosigkeit könne zuweilen den äußerlichen Schein der Grausamkeit hervorrufen, der bei näherer Betrachtung eben nicht richtig sei. Sicher kann ein Teil der kindlichen „grausamen Handlungen“ auf diese Weise erklärt werden, anethisch sind sie demnach nicht. Erinnert man sich aber an

Tierquälereien von Kindern, ferner daran, mit welcher Brutalität sich Kinder unter Umständen gegen Krüppel und Kranke verhalten können, wobei ihnen die Krankheit des anderen wohl bewußt ist, so können wir nicht anders, als doch anzunehmen, daß hier sich die engsten Beziehungen zwischen Normalem und Pathologischem auftun.

Es erscheint uns nicht unwichtig, daß *Stöhr* für das Seelenleben des normalen erwachsenen Menschen, wie er sagt, dem diabolischen Trieb zur Grausamkeit eine nicht unwesentliche Bedeutung zuschreibt. Er ist weiterhin recht skeptisch hinsichtlich einer großen Verbreitung des altruistischen Triebes und unterscheidet in sehr treffender Weise zwischen dem großen Altruismus und dem kleinen gegen die eigene Deszendenz.

Wenn dies schon für den Erwachsenen konzidiert wird, so haben wir um so mehr Recht, es auch für das Kind anzunehmen.

Hier scheinen sich auch Beobachtungen einzufügen, wie sie *E. Stern* an den Kindern eines Kindergartens machte. So beobachtete er an dem Verhalten der Kinder gegen Neuaufgenommene folgendes: Die Kinder, die im Freien zum mindesten gleichgültig gegen den Neuling sind, machen sich oben im Zimmer ein Vergnügen daraus, ihn zu reizen; so wird ein kleines Mädchen, sobald es nur das Spielzimmer betritt, sogleich mit den Worten empfangen: „Du böses Kind“. Man kann sehen, wie die älteren Kinder (5—6jährige) sich gegenseitig aufhetzen: „Gib ihm nichts zu spielen! . . . Nimm ihm doch den Ball fort! . . . Es darf auf dem Stühlehen nicht sitzen! . . . Du mußt nicht mit ihm reden!“ Nun besteht häufig schon eine gewisse Eifersucht der Kinder untereinander hinsichtlich der Spielsachen; wenn ein fremdes Kind dabei ist, dann will man ihm seine Spielsachen fortnehmen, oder man sucht ihm das, was es hat, zu verleiden, indem man sagt: „Die alte Puppe ist ja so häßlich, du darfst sie haben, die will ich nicht!“

Diese Einsicht kann allerdings noch nicht zwangsmäßig die Zustimmung zu der wohl mehr weltanschaulich bedingten Meinung *Böhms* herbeiführen: „Denn im tiefsten Grunde seines Wesens erscheint mir der Mensch asozial“.

In dem Abschnitt über die ersten Willensakte macht *Bühler* im Anschluß an Aufzeichnungen seiner Frau darauf aufmerksam, daß das Kind auch ein Stadium durchmache, in dem es *wolle*, ohne zu wissen, *was* es eigentlich wolle. Es sage dann im gleichen Atem mit heftiger Entschiedenheit *ja* und *nein* zur selben Sache, beginne einen Satz mit: Mama ich *will* — mache eine lange Pause und suche herum, was es denn eigentlich wollen könne. Der Wille habe das Kind umgekehrt, die rein formale Betätigung des Wollens sei erreicht und stehe zunächst ganz ohne inhaltlichen Zusammenhang mit dem, was das Kind instinktiv und gewohnheitsmäßig begehre und verlange. In diesem Stadium würden die ersten lebhaften, eigenartigen und wechselnden Wer-

tungen notiert, und zwar in zwei Formeln: Für die erste könne man den Satz aufstellen: Begehrtswert ist dem Kind, was der Erwachsene begehrt, für die zweite Art: begehrtswert wird ihm, was ausdrücklich verboten wird. Auch aus diesen Beobachtungen ergeben sich, ohne daß wir es genauer auszuführen brauchen, Anwendungen auf das zum Teil so antisozial anmutende Verhalten der jugendlichen Metencephalitiker.

Der Ambivalenz der ersten Willensregungen entspricht durchaus auch die Ambivalenz des Trieblebens, über die sich z. B. *James* so äußert: „Dann liegen die Dinge so, daß von der Natur zwei entgegengesetzte Triebe dem betreffenden Geschöpf gegeben sind, um auf viele Arten von Dingen zu reagieren, wobei geringe Abweichungen in den besonderen Umständen des Falles die Entscheidung herbeiführt, wann, welchem Impuls stattgegeben werden soll“.

Diese ambivalente Einstellung scheint uns besonders deutlich bei unserer Kranken *Maria Schneider* zum Ausdruck zu kommen, die in buntem Wechsel den Anwesenden die Hand küßt und sich anschmiegt, im nächsten Augenblick wieder kratzt und beißt.

Hinsichtlich der Kinderlügen ist auf die Arbeit von *C. und W. Stern* hinzuweisen. In der Bewertung von Kinderaussagen als Lügen muß man durchaus Vorsicht walten lassen. Bis zum Ende ihres zweiten Jahres beruhen die meisten sog. Lügen nur auf falschen Deutungen. Mit 3—5 Jahren komme aber dann doch die konsequente Angstlüge zum Vorschein.

Wenn aber unter den eigentlichen Lügen bewußt falsche Aussagen zu verstehen sind, die den Zweck, andere zu täuschen, ernsthaft durchzuführen suchen, so ist doch zuzugeben, daß auch „echte“ Lügen bei den jugendlichen Metencephalitikern auffallend häufig zu verzeichnen sind. Bei den engen Beziehungen, die diese Lügen zu der früheren starken Illusionsfähigkeit und Erfindungslust der Kinder haben, ist auch hier immer wieder ein enger Kontakt zwischen Normalem und Pathologischem gegeben. Es erscheint nicht nötig, anzunehmen, daß solches Lügen vielleicht nur bei in besonderem Grade erblich belasteten Kindern zum Ausdruck käme, sondern es ist, abgesehen von der Bedeutung des Milieus für das Lügen, darauf zu verweisen, daß die Reaktionsbereitschaft zum Lügen beim Menschen, und vor allem beim kindlichen Menschen, im allgemeinen durchaus gegeben ist.

Für die Pseudologen unter unseren Kranken können wir darauf hinweisen, daß *Kraepelin* ebenfalls für die pseudologen Psychopathen das Stehenbleiben auf einer infantilen Stufe annahm.

Wenn *Böhmig* meint, es komme in dem Lügen hyperkinetischer Kinder eine hyperkinetische Wechselbeziehung zwischen Motorium und Psyche zum Ausdruck, während im akinetischen Zustand das Kind aus der instinktiven Abwehr gegenüber allem, was auf sein Ruhebedürfnis störend einwirken könne, lüge, so scheint die Zurückführung der

Lüge einmal auf die Hyperkinese, das andere Mal schließlich auf aus dem Erleben der Akinese heraus sich ergebende Motive viel mehr gegen als für die Möglichkeit einer Erklärung der Lüge aus der Motorik heraus zu sprechen.

Den Wahrheitsfanatismus, von dem *C. und W. Stern* auch sprechen, die naive Offenheit beim Bekennen ihrer kleinen Sünden fanden wir auch bei manchen unserer Kranken noch in einem Alter zum Ausdruck kommen, in dem in der Norm nicht mehr damit zu rechnen ist.

*Leyser* möchte die zähe und unnachgiebige Streitsucht der Kinder als Reaktion auf den Widerstand der Umgebung gegen das Benehmen der Kinder zurückführen. Das Ressentiment kann aber unseres Dafürhaltens nur bei einem ganz kleinen Teil der Kranken und auch bei ihnen durchaus nicht für das Ganze ihres triebhaft bedingten Widerstandes gegenüber der Umgebung als erklärend angesehen werden.

Wenn *Gerstmann* und *Kauders* betonen, daß ihre Patienten die Konfliktbildung nicht aufsuchten, daß sie sich ferner keineswegs mit ihrem Verhalten indentifizierten, daß die Kranken zu einer überlegt bösen raffinierten Handlung nicht fähig seien, dann darauf hinweisen, daß man deshalb nicht berechtigt sei, von einer psychopathischen Charakter- oder Persönlichkeitsveränderung zu sprechen, so möchten wir auf folgendes hinweisen. Zunächst einmal: unter unseren Kranken fanden sich eine ganze Reihe, die das Verhalten zeigten, was *Gerstmann* und *Kauders* bei ihren Kranken vermißten. Zu überlegt bösen raffinierten Handlungen waren mehrere Kranke fähig. Das Kriterium der *überlegten* bösen Handlung für die Unterscheidung von psychopathischen und nicht psychopathischen Wesenszügen anzuwenden, erscheint uns weiterhin nicht erlaubt. Die meisten Psychopathen sind nach Ablauf der verschiedenen (gesellschaftsfeindlichen) Handlungen, die ähnlich wie bei unseren Metencephalitikern drang- und triebmäßig erfolgen können, durchaus imstande, ein richtiges (ethisches) Urteil darüber abzugeben, genau so, wie wir es auch bei unseren Kranken sehen.

Symptomatologisch scheint uns somit eine qualitative Abtrennung der Wesenszüge der metencephalitischen Jugendlichen von denen von psychopathischen nicht möglich. Das ist auch die Ansicht von *Schneider*.

Das plötzliche Befallenwerden des Hirns von einer entzündlichen Erkrankung läßt die so viel brutalere seelische Störung der Metencephalitiker erklären, die aber nur quantitativ von den milderen Abänderungen der funktionellen Zusammenarbeit im Hirn bei Psychopathen zu unterscheiden ist. Differentialdiagnostisch kommen häufig nur eine genaue Anamnese und motorische Störungen in Betracht. Die Encephalitis nimmt wohl dieselben „Hirnapparate“ in Beschlag, wie andere Krankheitsvorgänge oder wie sie schließlich auch bei psychopathischen Störungen beansprucht werden. Trotzdem werden die

verschiedenartigen, zugrunde liegenden Störungen meist das Zusammenspiel der verschiedenen Hirnapparate in verschiedener Weise zum Klingen bringen, so daß sich bei feinerem Zuhören doch eine Verschiedenheit der Melodie erweist.

Daß der Ausdruck: psychopathisch im nosologischen Sinne nicht auf die metencephalitischen Folgezustände angewendet werden darf, braucht danach nur erwähnt zu werden. Nur dann hat die Bezeichnung der seelischen Veränderung jugendlicher Metencephalitischer als nur „psychopathieähnlich“ einen Sinn.

Die Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion bei Encephalitis (unter Umständen wirksam bei sexuellen Triebentgleisungen) haben lediglich akzessorische Bedeutung. Und eine ebensolche akzessorische (additive) Bedeutung hat die Belastung, die nach der einen oder anderen Seite hin die psychopathischen Züge besonders akzentuieren kann.

Die Arbeiten von *Rücke*, *Pophal* und *Gurewitsch* gerade aus den letzten Jahren weisen immer wieder darauf hin, daß ähnliche psychopathische Zustände sich als Folge sehr verschiedener Hirnkrankheiten (vor allem infektiöser Art) einstellen können. Das spricht vor allem auch dafür, mit welcher Vorsicht lokalisatorische Gedanken aufzunehmen sind.

### Literaturverzeichnis.

- <sup>1)</sup> *Bonhoeffer*: Klinische Residualzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern. *Klin. Wochenschr.*, Jg. 1, Nr. 29, 1922. — <sup>2)</sup> *Böhmig, W.*: Veränderungen bei Kindern infolge von epidemischer Encephalitis. *Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* **69**. 1923. — <sup>3)</sup> *Bühler*: Die geistige Entwicklung des Kindes. 4. Aufl. 1924. — <sup>4)</sup> *Couchet*: Pronostic et séquelles de l'encéphalomyélite, épidémique. *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*. Jg. 37, Nr. 9. 1921. Ref. *Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* **24**. 1921. — <sup>5)</sup> *Fleck*: Zur Frage des klinischen Begriffs der Demenz. *Klin. Wochenschr.* Jg. 5, Nr. 31. 1926. — <sup>6)</sup> *Gamper* und *Untersteiner*: Über eine komplex gebaute postencephalitische Hyperkinese und ihre möglichen Beziehungen zu dem oralen Einstellautomatismus des Säuglings. *Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* **71**. 1924. — <sup>7)</sup> *Gaupp*: Psychologie des Kindes. 4. Aufl. 1918. — <sup>8)</sup> *Gerstmann* und *Kauders*: Über den Mechanismus der postencephalitischen „psychopathieähnlichen“ Zustandsbilder bei Jugendlichen. *Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* **71**. 1924. — <sup>9)</sup> *Guinon*: A propos de l'encéphalite aigue chez l'enfant. *Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris*. Jg. 19, Nr. 2. 1921. Ref.: *Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* **26**. 1921. — <sup>10)</sup> *Gurewitsch*: Über Charakterveränderungen bei Kindern infolge organischer Hirnerkrankungen. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol.* **86**. 1924. — <sup>11)</sup> *Hofstadt, F.*: Über Spät- und Dauerschäden der Encephalitis im Kindesalter. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* **29**. 1921. — <sup>12)</sup> *Hofstadt, F.*: Über die Spätschäden der Encephalitis im Kindesalter. *Klin. Wochenschr.* Jg. 2, Nr. 37 und 38. 1923. — <sup>13)</sup> *James*: Psychologie. 1909. — <sup>14)</sup> *Jörger, J. B.*: Psychische Folgeerscheinungen nach Encephalitis. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol.* **82**. 1923. — <sup>15)</sup> *Jörger, J. B.*: Ergebnisse einer Rundfrage über Kinder mit postencephalitischen Schädigungen. *Schweiz. med. Wochenschr.* Jg. 77, Nr. 3. Ref.: *Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* **39**. 1925. — <sup>16)</sup> *Kauders*: Über moriaartige Zustandsbilder

und Defektzustände als Spätfolge von Enc. epid. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. **74**. 1922. — <sup>17)</sup> *Kirschbaum, M.*: Über Persönlichkeitsveränderungen bei Kindern infolge von epid. Encephalitis. Zeitschr. f. g. ges. Neurol. **73**. 1921. — <sup>18)</sup> *Kleist*: Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908. — <sup>19)</sup> *Kleist*: Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig 1909. — <sup>20)</sup> *Kleist*: Die psychomotorischen Störungen und ihr Verhältnis zu den Motilitätsstörungen bei Erkrankungen der Stammganglien. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **52**. 1922. — <sup>21)</sup> *Kronfeld, A.*: Zur Phänomenologie des Triebhaften. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. **92**. 1924. — <sup>22)</sup> *Lange, Joh.*: Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin: Julius Springer 1922. — <sup>23)</sup> *Lange, Joh.*: Über Encephalitis epidemica und Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. **84**. 1923. — <sup>24)</sup> *Lerman*: Über Charakterveränderungen bei Jugendlichen im Sinne der Psychopathie nach Encephalitis epidemica. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. **86**. 1923. — <sup>25)</sup> *Leyser*: Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **72**. 1924. — <sup>26)</sup> *Meyer, A.*: Beiträge zur Encephalitis epidemica. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **70**. 1924. — <sup>27)</sup> *Paterson und Spence*: The after-effects of the epidemic encephalitis in children. Lancet **201**, Nr. 10. 1921. Ref.: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **27**. 1921. — <sup>28)</sup> *Pette*: Die epidemische Encephalitis in ihren Folgezuständen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **76**. 1923. — <sup>29)</sup> *Pophal*: Über exogene Charakterveränderungen im Sinne der moral insanity. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **53**. 1923. — <sup>30)</sup> *Rabiner*: Über zwei bemerkenswerte Fälle choreiformer Encephalitis epid. mit vorausgehendem Gehirntrauma und eigenartigen psychischen Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. **89**. 1924. — <sup>31)</sup> *Raecke*: Psychopathie und Defektprozesse. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **68**. 1922. — <sup>32)</sup> *Rüttimeyer*: Über postencephalitische Schlafstörungen. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 51, 1921. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. **25**. 1921. — <sup>33)</sup> *Runge*: Psychopathie und chron. Encephalitis epid. mit eigenartiger Symptomatologie („larv. Onanie“). Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **68**. 1923. — <sup>34)</sup> *Schneider, Kurt*: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Aschaffenburgs Handb. d. Psychiatrie. Deuticke 1923. — <sup>35)</sup> *Scholz, W.*: Zur Klinik und pathol. Anatomie der chron. Enceph. epid. Ein Fall mit Parkinsonismus und schwerer corticaler Störung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. **86**. 1923. — <sup>36)</sup> *Stachelin*: Zur Psychopathologie der Folgezustände der Enc. epid. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **77**. 1922. — <sup>37)</sup> *Stern, E.*: Das Verhalten des Kindes in der Gruppe. Zeitschr. f. angew. Psychol. **22**. 1923. — <sup>38)</sup> *Stern, W.*: Psychologie der frühen Kindheit. 2. Aufl. Leipzig 1921. — <sup>39)</sup> *Stern, C. und W.*: Erinnerung, Aussage und Lüge in der ersten Kindheit. Leipzig 1922. — <sup>40)</sup> *Stertz*: Encephalitis und Lokalisation psychischer Störungen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **74**. 1925. — <sup>41)</sup> *Stöhr*: Psychologie. Wien und Leipzig 1917. — <sup>42)</sup> *Storch*: Die Entwicklungsidee in der Psychopathologie. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 1. 1925. — <sup>43)</sup> *Thiele*: Über die weitere Entwicklung der psych. Residualzustände nach Enc. epid. bei Kindern. Berlin. Ges. f. Psychiatrie (13. Tagung 1925) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 61. 1925. — <sup>44)</sup> *Weidner, C.*: Die kindliche Charakterentartung nach epid. Encephalitis und ihre Behandlung. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 42. 1925. — <sup>45)</sup> *Wernicke, C.*: Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl. 1906. — <sup>46)</sup> *Westphal*: Diskussionsbemerkung anl. der 96. Hauptversamml. des Psychiatr. Vereins der Rheinprovinz. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **26**. 1921. — <sup>47)</sup> *Wexberg*: Über Kau- und Schluckstörungen bei Encephalitis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **71**. 1921. — <sup>48)</sup> *Wilckens, Hans A.*: Zur pathol. Anatomie der Metencephalitis chronica mit psych. Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **99**. 1925.