

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee in Oberbayern
[Direktor: Obermedizinalrat Dr. Utz].)

Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der halluzinatorisch-paranoiden Psychosen nach Encephalitis epidemica.

Von
Dr. K. Leonhard.

(Eingegangen am 1. August 1934.)

Um die halluzinatorisch-paranoiden Psychosen nach Encephalitis ist es in den letzten Jahren recht still geworden. Sie werden meist nur noch kurz zitiert, vor allem in Abhandlungen, in denen die Frage der symptomatischen Schizophrenie zur Diskussion steht. Neben den paranoiden Paralysen nach Malariabehandlung gelten sie vielfach als Beweis dafür, daß schizophrene Bilder auch exogen bedingt sein können. Tatsächlich werden die Psychosen nach Encephalitis in der Literatur fast durchwegs recht schizophren beschrieben. Auch Autoren, die sie mehr den exogenen Reaktionsformen zurechnen wollen, geben vielfach Schilderungen, die viel mehr an Schizophrenie erinnern. So wirken auch die 7 Fälle, über die kürzlich Helsper¹ berichtet hat, nach der Beschreibung großenteils recht schizophren, obwohl sie der Autor den exogenen Reaktionsformen zu zählen möchte. Nur eines wird ziemlich von allen Autoren hervorgehoben, auch von solchen, die sonst die metencephalitische Psychose sehr nahe an die Schizophrenie heranrücken, nämlich die Tatsache, daß die Gesamtpersönlichkeit sich nicht schizophren verändert. Das ist gewiß ein sehr bedeutsamer Gesichtspunkt, aber auf ihn allein ließe sich eine strenge symptomatische Trennung gegenüber den Schizophrenien vielleicht doch nicht aufbauen. Wir halten daher die Frage für grundsätzlich wichtig, ob denn wirklich die sonstigen Symptome so schizophrenieähnlich sind. Wir haben schon einmal versucht nachzuweisen², daß sich die metencephalitische Psychose bei genauerer Untersuchung des Symptomenbildes doch recht weitgehend vom schizophrenen entfernt. Seit dieser Veröffentlichung konnte ich 2 weitere Fälle sehr eingehend beobachten und dabei wieder die gleichen Feststellungen machen. Ich werde im Zusammenhang häufig auch auf diese beiden letzteren Fälle Bezug nehmen.

Kurz möchte ich erst nochmal auf die Veränderung der Gesamtpersönlichkeit zu sprechen kommen. Tatsächlich fehlt hier den Metencephalitikern gerade das, was wir als das spezifisch Schizophrene empfinden, das Affektsteife, Fremdartige, Unverständliche, Uneinfühlbare. Man

¹ Helsper: Z. Neur. 149, 377.

² Leonhard, K.: Z. Neur. 131, 234; 138, 780.

kommt den Metencephalitikern viel näher, findet Kontakt mit ihnen, stößt auf natürliche Resonanz. Trotz der neurologischen Amimie ist ihr Gesichtsausdruck viel sprechender, gibt viel mehr von der Persönlichkeit wieder als bei Schizophrenen. Die kühle Distanz, der Autismus fehlt vollkommen. Die Metencephalitiker sind im Gegenteil gesteigert anlehnungsbedürftig, sie freuen sich, wenn man sich mit ihnen abgibt, sind aufgeschlossen, werden sogar leicht etwas distanzlos freundschaftlich. Sehr im Gegensatz zur schizophrenen Zurückgezogenheit sind 2 unserer Fälle nur zu sehr auf die Vorgänge ihrer Umgebung eingestellt, mischen sich nach Art jugendlicher Encephalitiker in alles, stoßen überall an. Eine dritte Kranke wirkt in ihrer Gesamthaltung fast epileptisch. Mit einer Zähigkeit und Klebrigkeit, welche die üblichen Grade bei Epileptischen noch übertrifft, kommt sie immer wieder von neuem auf ihre Wünsche zurück und kämpft immer wieder mit der gleichen Energie darum. Diese Kranke hat auch in ihrem Gedankengang, wie wir später noch sehen werden, etwas Epileptisches an sich. Die sonst bei Encephalitikern häufige Willensverarmung im Sinne der Akinese fand ich in meinen Fällen nicht. Sie würde die Gesamthaltung vielleicht wieder schizophrenieähnlicher machen.

Von den Einzelsymptomen stehen an erster Stelle die Halluzinationen. Sie überwiegen in unseren Fällen das paranoide Element weitgehend. Wir sprechen daher auch lieber von halluzinatorisch-paranoid als von paranoid-halluzinatorisch. Die Trugwahrnehmungen der Metencephalitiker haben eine Reihe von charakteristischen Eigentümlichkeiten, die sie vor allem von schizophrenen sehr unterscheiden. Einmal spielt das optische Element eine viel größere Rolle als bei Schizophrenien, und zwar während des ganzen Verlaufs der Psychose, nicht etwa nur in ihrem Beginn. Was von den Kranken an optischen Halluzinationen berichtet wird, erinnert oft weitgehend an delirante Erscheinungen. So sieht eine Kranke plötzlich zwei Hunde vor sich laufen, ein andermal wächst vor ihr aus der Erde ein Mädchenkopf heraus. Eine andere Kranke sieht häufig verzerrte Gesichter, einmal einen Kopf mit großen Augen und auffallend weißen Zähnen. Vielfach werden ganze Szenerien optisch erlebt. So ist ein Kräcker Zuschauer bei einem Zweikampf, in dessen Verlauf dem einen der Kopf abgeschlagen wird. Mehr traumhaft als delirant sehen die Szenerien dann aus, wenn sich die Kranken darin selbst erleben, selbst handelnd und leidend beteiligt sind. So sieht eine Kranke einen mit weißem Bettuch bekleideten Mann, der ihr die Haare abschneiden will, ein männlicher Kräcker halluziniert seine Mutter, seine Geschwister und sitzt selbst in ihrem Kreise. Daß es sich dabei tatsächlich nicht um Träume handelt, werden wir später noch sehen.

Neben den optischen Halluzinationen finden sich bei den Metencephalitikern regelmäßig auch solche des Gehörs und der Körperfühlsphäre, jedoch in der Regel nicht isoliert für sich, sondern in szenenhafte Gesamt-

erlebnisse eingereiht. So sieht eine Kranke einen Anstalsarzt und hört gleichzeitig, daß er ihr vorwirft, sie habe eine Frau überfahren. Ein andermal erlebt sie, daß ein Mann unter ihrem Bett hervorschlüpft und sie anfaßt und küssen will. Ein männlicher Kranker sieht eine Gestalt, die allerlei Fragen an ihn richtet, die er beantworten muß. In dieser Weise sind Stimmen und Körperempfindungen großenteils mit optischen Halluzinationen verwoben. Sexuelle Beeinflussungen, wie sie bei Schizophrenen so häufig sind, fand ich bei Metencephalitis in keinem Fall, niemals auch die eigenartigen, nicht nachfühlbaren schizophrenen Organ-halluzinationen wie Quetschen der Lunge, Herausreißen des Gehirns und ähnliches.

Eine sehr bedeutsame Eigenart der metencephalitischen Halluzinationen ist weiterhin ihr Zusammenhang mit dem Schlafmechanismus. Darauf wird in der Literatur bisher viel zu wenig geachtet. Die Kranken halluzinieren teils nur, teils weitaus am ausgesprochensten in den Zeiten vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen. Sie geben das immer wieder in der gleichen Weise an, lehnen dagegen Halluzinationen für die Zeit des Tages mit wenigen Ausnahmen ab. Überdies gab mir eine Kranke an, daß das, was sie unter Tags erlebe, in den Zuständen auftrete, in denen sie von ihrer Schlafsucht übermannt werde. Die Kranken fühlen sich jedoch während ihrer halluzinatorischen Erlebnisse noch völlig wach, weisen es weit von sich, daß sie dabei schon schliefen. Der enge Zusammenhang der Trugwahrnehmungen mit dem Schlafmechanismus zeigt sich bei 2 unserer Kranken besonders eindrucksvoll. Die eine Kranke habe ich bereits wegen dieser „partiellen Schlafzustände mit Halluzinationen“ ausführlich beschrieben, die zweite konnte ich kürzlich beobachten (vgl. auch *C. Rosenthal*). Beide berichten von ihren Zuständen fast mit den gleichen Worten: Sie merken nachts, während sie sich völlig wach fühlen, das Herannahen des „hypnotischen Schlafes“, wie es die eine Kranke nennt, sie wollen sich dagegen wehren, es gelingt ihnen aber nicht, sie werden von dem „komischen Schlaf“, wie ihn die andere Kranke bezeichnet, übermannt. Sie liegen dann regungslos da, können sich nicht rühren, bleiben aber anscheinend bei klarem Bewußtsein, denn sie wissen genau, wo sie sich befinden, wollen, wie beide in der gleichen Weise angeben, nach der Pflegerin schreien, bringen aber keinen Laut heraus. In diesen Zuständen, die wahrscheinlich nur einige Minuten dauern, treten dann Halluzinationen auf, die oft von größter Wirklichkeitsnähe sein müssen. Die Kranken sehen, hören, spüren vielerlei, alles szenenhaft und mit größter Deutlichkeit. Die bereits beschriebene Kranke sieht Ratten, die an ihrem Bett empor-kriechen und sie in die Hand beißen, Männer und Frauen, die an ihr vorüberziehen, die ihr Nadeln in den Körper stechen, die Fragen an sie stellen und vieles andere mehr. Die zweite Kranke hört in diesem Zustand unter anderem eine Frau jämmerlich klagen, sieht schwarze

Gestalten, die zu einer Türe hereinkommen und hört sie sprechen. Nach kurzer Zeit weicht bei beiden der Bann, sie werden völlig wach und können sich frei bewegen. Diese Halbschlafzustände zeigen sehr klar den Zusammenhang der Halluzinationen mit dem Schlafmechanismus, sie dürfen aber keinesfalls mit normalen Traumzuständen zusammengeworfen werden. Das auffallendste an ihnen ist die Tatsache, daß das Bewußtsein weitgehend klar sein muß. Mit aller Bestimmtheit geben beide Kranke an, daß sie ihre Denkfähigkeit durchaus behalten, daß sie stets vollkommen orientiert bleiben, daß sie genau wissen, wo sie liegen, wer sonst noch im Saal ist usw. Die Zustände erinnern wohl etwas an die normale Erscheinung des Alptrückens, aber gerade der Bewußtseinszustand ist ein ganz anderer. Weiter unterscheiden sich die Erlebnisse der partiellen Schlafzustände auch durch ihre sinnliche Deutlichkeit von Traumerlebnissen. Damit kommen wir auf eine weitere Eigenart der metencephalitischen Trugwahrnehmungen überhaupt.

Was die Kranken an halluzinatorischen Erlebnissen erzählen, erinnert immer wieder an Träume, aber immer mit der gleichen Bestimmtheit wird die Frage, ob es denn nicht tatsächlich Träume seien, verneint. Die Erlebnisse seien ganz anders, seien vor allem viel deutlicher. Nicht bloß für die Halluzinationen der partiellen Schlafzustände, sondern auch für die Erlebnisse vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen behaupten die Kranken mit aller Bestimmtheit große sinnliche Deutlichkeit. Die Träume seien schattenhaft, unklar, diese Erlebnisse dagegen oft so deutlich wie die Wirklichkeit, so deutlich, wie sie den Arzt vor sich stehen sehen. Zur Bekräftigung ihrer Angabe erzählen sie häufig von normalen Träumen, die sie in der gleichen Weise wie Gesunde haben, schildern, wie diese Träume eben vor allem an Klarheit weit hinter den halluzinatorischen Erlebnissen zurückbleiben. Daß diese Plastizität der Halluzinationen sehr im Gegensatz steht zu dem, was wir von schizophrenen Trugwahrnehmungen wissen, ist wohl ohne weiteres klar. Ich habe häufig versucht, die Kranken durch Widerspruch zur Revision ihrer Angaben zu veranlassen, habe erklärt, es sei völlig ausgeschlossen, daß ihre Erlebnisse ähnlich deutlich seien wie Wirklichkeit, sie blieben aber stets mit der gleichen Bestimmtheit bei ihrer Behauptung.

Nur einer Einschränkung bedarf diese Angabe. Soweit die Kranken nur abends oder nachts halluzinieren, behaupten sie die große Deutlichkeit allgemein für ihre Erlebnisse, anders ist es dagegen, wenn sie auch unter Tags halluzinieren. Letztere Trugwahrnehmungen werden weniger deutlich beschrieben. Eine Kranke unterscheidet sehr bestimmt zweierlei Arten von Sinnestäuschungen, die einen hat sie nur abends und nachts, sie sind ähnlich wie Wirklichkeit, die anderen, die sie unter Tags hat, bezeichnet sie dagegen als wenig deutlich mit der Wirklichkeit nicht vergleichbar. Charakteristischerweise sind die Tageshalluzinationen vorwiegend akustisch-sprachlicher Natur, die Nachthalluzinationen vorwiegend

optischer. Das steht wohl in Parallele zu der Tatsache, daß die normalen hypnagogischen Trugwahrnehmungen, die noch viel Akustisches enthalten, mit zunehmender Schlaftiefe in die fast rein optischen Träume übergehen. *Ewald*¹, der als erster auf optische Halluzinationen bei Parkinsonismus nachdrücklich hingewiesen hat, nimmt an, daß das optische System als das phylogenetisch ältere länger seine Funktionsfähigkeit behält als das akustisch-sprachliche. Sicher ist jedenfalls, daß die vorwiegend akustische Natur der Tageshalluzinationen und die vorwiegend optische der Nachthalluzinationen wieder auf eine Wesensverwandtschaft mit hypnagogischen und Traumerscheinungen hinweist.

Wollte man die Tageshalluzinationen für sich betrachten, dann würde ihre Abgrenzung gegen schizophrene wieder schwerer. Neben ihrer geringen Deutlichkeit haben sie auch mehr isolierten Charakter, sind weniger in Gesamterlebnisse verwoben wie die Nachthalluzinationen. Tatsächlich aber sind doch beide Arten von metencephalitischen Trugwahrnehmungen in ihrem Wesen, vor allem genetisch, sicherlich nicht voneinander zu trennen. Wahrscheinlich wird die Deutlichkeit der Tageshalluzinationen nur durch die psychische Spannung des vollen Wachzustandes herabgedrückt. An der prinzipiellen Gegensätzlichkeit gegen schizophrene Trugwahrnehmungen möchte ich daher auch für diese Tageshalluzinationen, die übrigens gegenüber den nächtlichen weitgehend zurücktreten, festhalten. Auch die Tatsache, daß die Tageshalluzinationen mehr isoliert sind, mag viel weniger in Parallele zu dem schizophrenen Stimmenhören stehen, als wieder zu einer Erscheinung des normalen Einschlafvorganges. Die normalen hypnagogischen Trugwahrnehmungen stellen um so mehr isolierte Einzelleindrücke dar, sie sind um so „zerbröckelter“, wie man zu sagen pflegt, je näher sie dem Wachzustand liegen. Akustisch werden dann oft nur noch Bruchstücke von Sätzen erlebt, optisch nicht mehr ganze Gestalten, sondern nur noch Köpfe oder gar nur Teile eines Gesichts. Dieser Tatsache, glaube ich, entspricht es, daß die Halluzinationen der Metencephalitiker, die im Wachzustand des Tages erlebt werden, isolierter sind, sich weniger in Szenerien einreihen. Man kann das gleiche tatsächlich auch bei den optischen Trugwahrnehmungen beobachten. Bei ausgesprochen zerbröckelten Bildern, etwa einem isolierten Kopf, isolierten Gesichtszügen, gaben mir die Kranken häufig an, daß sie dieselben zwar am Abend, aber noch außer Bett erlebten, also zu einer Zeit, in der sie dem Schlafzustand sicher noch relativ fern waren. Nur in diesem größeren Zusammenhang möchte ich das Stimmenhören der Metencephalitiker bewerten.

Daß trotz der vielfachen Beziehungen der metencephalitischen Trugwahrnehmungen zu normalen Einschlaf- und Traumerlebnissen, beide getrennt werden müssen, haben wir schon erwähnt. Abgesehen von der verschiedenen sinnlichen Deutlichkeit berufen sich die Kranken zur Unter-

¹ *Ewald*: Mschr. Psychiatr. 71, 48.

scheidung auch darauf, daß sie bei ihren Erlebnissen, auch den szenenhaften, doch wach seien, nicht schliefen wie im Traum. Tatsächlich scheint das Bewußtsein während der Halluzinationen, wie wir es schon für die partiellen Schlafzustände gesehen haben, weitgehend klar zu sein, wenigstens unvergleichlich klarer als in Träumen. Andererseits wird man zugeben müssen, daß bei dem Sinken der allgemeinen psychischen Spannung vor dem Einschlafen, also in der Zeit, in der die Kranken am meisten halluzinieren, das Bewußtsein nicht unbeeinflußt bleiben wird. Vielleicht ist es aber mehr eingeengt als getrübt.

An alkoholdelirante Trugwahrnehmungen erinnert eine weitere Eigenart der metencephalitischen Halluzinationen, ihre nicht seltene willkürliche Auslösbarkeit. Zwar konnte ich nie durch Druck auf die Augäpfel Trugwahrnehmungen erzeugen, aber 3 unserer Fälle vermochten, wenn sie kurze Zeit auf einen Punkt hinglockten, allerlei Bilder zu sehen, denen sie ebenfalls sinnliche Deutlichkeit zuschrieben. Teilweise kann man den Kranken suggerieren, was sie sehen sollen, teilweise können sie nur hinnehmen, was kommt. Am schönsten war das bei der wegen ihrer partiellen Schlafzustände bereits beschriebenen Kranken der Fall. Sie sah, und zwar nur am Abend, wenn sie starr auf einen Punkt blickte, Gestalten, bekannte und unbekannte, Häuser, Tiere und ähnliches. Auf die immer wieder erteilte Suggestion, etwas Bestimmtes zu sehen, erschienen wiederholt andere Bilder als das verlangte, schließlich aber doch noch das gewünschte. 2 weitere Kranke sehen, wenn sie kurze Zeit ins Leere blicken, ebenfalls Gestalten, einen Kopf, der sich eben zur Seite dreht, einen Pfleger der Anstalt und ähnliches. Beide Kranke hören auch, wenn sie kurze Zeit lauschen, z. B.: „Gelt, das ist euere Religion“, oder: „Der sagt alles, der sagt alles“. Bemerkenswerterweise behaupten die beiden in derselben Weise, sie könnten alles bildhaft sehen, was sie wollten. Eine eidetische Anlage konnte ich in keinem der Fälle wahrscheinlich machen, alle konnten erst seit ihrer Krankheit bildhaft sehen. Man wird die suggestiv ausgelösten bildhaften Erscheinungen der Kranken als Pseudohalluzinationen auffassen müssen, wenn auch letztere im allgemeinen als inhaltlich unabhängig vom Willen beschrieben werden. Tatsächlich lassen sich vielleicht die Trugwahrnehmungen der Metencephaliker sogar ganz allgemein als Pseudohalluzinationen bezeichnen, wie es in der Literatur schon vielfach geschieht. Dafür spricht vor allem eine Tatsache, auf die wir gleich noch zu sprechen kommen, nämlich die weitgehend erhaltene Kritik den Trugwahrnehmungen gegenüber. Nur als lebhafte Phantasievorstellungen, wie die Pseudohalluzinationen vielfach definiert werden, möchte ich die Trugwahrnehmungen der Metencephaliker jedoch nicht auffassen, denn die Kranken betonen immer wieder, wie ähnlich ihre Erscheinungen tatsächlichen Wahrnehmungen sind. Was andererseits *Kandinski* und *Johannes Müller* als Pseudohalluzinationen schildern, hat zweifellos große Ähnlichkeit mit dem, was

unsere Kranken berichten. Vor allem *Johannes Müller* beschreibt seine Gesichterscheinungen ähnlich plastisch, nicht wie lediglich lebhafte Vorstellungen.

Zu der behaupteten sinnlichen Deutlichkeit der Trugwahrnehmungen steht natürlich nicht im Gegensatz die weitgehend erhaltene Kritik den Erscheinungen gegenüber, denn letztere ist von etwas ganz anderem abhängig als von dem phänomenologischen Bild der Trugwahrnehmungen. In den meisten Fällen geben die Kranken an, wenn man sie nach der Realität ihrer Erscheinungen fragt, sie wüßten natürlich, daß die Gestalten, die Stimmen nicht tatsächlich seien, daß die Personen, die sie sehen und hören, in Wirklichkeit nicht da seien. Vielfach greifen sie zu Hilfsannahmen, um die Erscheinungen zu erklären. Eine Kranke behauptet, ihr Mann hypnotisiere sie, durch Hypnose könne man wahrscheinlich so etwas machen. Eine zweite Kranke glaubt ebenfalls, daß man auf irgendeine geheimnisvolle Weise sie „bilderträumen“ lassen könne, wie sie sich ausdrückt. Öfter aber geben die Kranken nur an, das wüßten sie selbst auch nicht, wie solche Erscheinungen möglich seien, sie könnten es sich nicht erklären. Nicht selten schwankt das Realitätsurteil etwas, die Kranken können sogar behaupten, ja es sei Wirklichkeit, was sie erleben. Man kann aber stets leicht nachweisen, wie wenig Überzeugtheit hinter solchen Behauptungen steckt. Man braucht nur Zweifel an ihrer Richtigkeit zu äußern, dann werden die Kranken sofort auch zweifelnd. Erst kürzlich konnte ich bei einer Patientin eine sehr schöne Reaktion beobachten, die eindrucksvoll zeigte, wie grundverschieden die Einstellung der Metencephalitiker zu ihren Halluzinationen ist, als die der Schizophrenen. Auf die Frage, ob ihre Erlebnisse denn Wirklichkeit seien, antwortete sie mir mit „ja“, und ich war geneigt, ihre Antwort ernst zu nehmen, wenn sie auch nicht recht zu ihrer sonstigen verständigen Einstellung paßte. Ich teilte ihr darauf mit, daß sie natürlich nicht wirklich seien, sondern nur in ihrem Kopf entstünden, von ihrer Krankheit herrührten. Sie blickte während meiner Auskunft erst unsicher und begann dann plötzlich bitterlich zu weinen. Sie hatte jetzt zweifellos volle Einsicht in die Krankhaftigkeit ihrer Erlebnisse und bestand keineswegs auf ihrer anfänglichen Behauptung. Daß das nicht schizophren ist, bedarf keiner weiteren Erklärung. Betonen möchte ich in diesem Zusammenhang jedoch, daß diese Einsicht in die Nichtwirklichkeit der Halluzinationen die Metencephalitiker auch von den Deliranten unterscheidet, die doch im allgemeinen ihre Trugwahrnehmungen als real nehmen. Es ergibt sich hier also auch ein recht wesentlicher Unterschied gegenüber den exogenen Reaktionsformen.

Das paranoide Element bei der metencephalitischen Psychose läßt sich viel kürzer abmachen als das halluzinatorische. Eine unserer Kranken hat gar nichts deutlich Paranoides an sich, sie ist nur etwas gereizt gegen ihren Vater, der sie tatsächlich sehr schlecht behandelt hat. Eine zweite

protestiert dauernd heftig gegen ihre Internierung und behauptet, die Ärzte hielten sie widerrechtlich in der Anstalt zurück und informierten ihre Angehörigen falsch. Ihre ganze Einstellung wirkt wohl paranoid, aber sehr erheblich geht sie nicht über eine normale Reaktion auf den Freiheitsentzug hinaus. Eine dritte Kranke ist paranoid gegen ihren Mann und glaubt sich dauernd von mehreren Personen überwacht. Außerdem entwickelt sie einen Liebeswahn, den sie jedoch unter der Wucht der Tatsachen korrigiert. Insoweit könnte man kaum von mehr als von paranoidischen Tendenzen sprechen. Viel auffälliger sind die Größenideen, die sich bei 2 männlichen Kranken finden. Sie sind sehr expansiver Natur und werden auch in der Literatur in ähnlicher Weise wiederholt angeführt. Der eine Kranke nennt sich das mächtigste Wesen der Welt, der andere sogar Gottes Sohn. Beide bringen diese Ideen ohne tieferen Affekt vor. Das sieht zunächst wohl wieder recht schizophren aus, erklärt sich aber tatsächlich ganz anders. Die Kranken glauben selbst nicht ernstlich an das, was sie produzieren, sie spielen nur damit. Als ich dem einen gegenüber seine Ideen als Unsinn erklärte, meinte er: „Wissen Sie das bestimmt?“ und lachte breit und verständnisvoll dazu. Auch der andere nimmt sich gar nicht die Mühe zu widersprechen, wenn man seine Ideen als Blödsinn bezeichnet. Im Gegensatz dazu lassen sich Schizophrene doch auch Ideen, die sie ganz affektlos vorgebracht haben, nicht gerne abstreiten oder gar lächerlich machen. Sie werden dann rasch gereizt und sperren sich ab. All das fehlt in unseren beiden Fällen.

Ich suchte zu ermitteln, wie die Kranken auf ihre Größenideen kommen. Auf Befragung beriefen sich beide immer wieder darauf, daß ihnen das in ihren Erlebnissen gesagt worden sei oder daß sie darin das mächtige Wesen dargestellt hätten. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß solche halluzinatorischen Erlebnisse, die vielleicht auf Wunschträumereien zurückgehen, von den Kranken spielerisch und prahlreich festgehalten werden. Um echte Wahnvorstellungen scheint es sich bestimmt nicht zu handeln, dafür fehlt die innere Überzeugtheit doch zu sehr.

Tatsächlich werden auch noch andere halluzinatorische Erlebnisse spielerisch festgehalten und der Umgebung gegenüber produziert. So erzählt ein Kranter, der Papst sei kürzlich in der Anstalt gewesen, eine weibliche Kranke, ihre Mutter sei in der Direktion oben. Auf Vorhalt berufen sie sich auf ihre Trugwahrnehmungen, und zwar in einer Art, daß man erkennt, sie wollen das nur einmal vorbringen, ohne selbst daran zu glauben. Hierher gehören wohl auch eigenartige Personenverwechslungen, wie sie eine Kranke sehr reichlich, ein männlicher Kranter andeutungsweise vornimmt. Erstere bringt verschiedene Personen derartig miteinander in Zusammenhang, daß sie von „Doppelgängern“ spricht und oft den Namen des einen statt dem des anderen verwendet. Schon die Tatsache, daß sie die verschiedenen Personen „Doppelgänger“

heißt, zeigt, daß sie dieselben tatsächlich noch auseinander hält, also wohl nicht in der Weise verkennt, wie Schizophrene ihre Umgebung erkennen. Wenn man der Kranken widerspricht, dann beruft sie sich darauf, man habe sie „glauben lassen“, wie sie sich mit Vorliebe ausdrückt, daß die eine Person tatsächlich die andere sei. So erzählt sie folgendes halluzinatorisches Erlebnis: Sie sah nachts die Gestalt des Dr. X aus W. Gleichzeitig ließ man sie aber glauben, es sei der Dr. Y oder ein Herr Z. aus ihrer Heimat. Der zweite Kranke mit Personenverwechslungen gebraucht den Namen Gottes und den eines früheren Arztes der Anstalt Dr. H. füreinander, als ob es sich um die gleiche Person handelte. Auf die Frage, wie er dazu komme, erzählt er, er habe Gott auf einem Thron sitzen sehen, derselbe habe aber ausgesehen wie Dr. H. Bei solchen Berichten, die die Kranken immer wieder geben, kann es sich doch kaum um etwas anderes handeln als einen den normalen Traumassimilationen analogen Vorgang. Die Misch- und Sammelpersonen — so nennt sie *Freud* —, bei denen eine Person eine andere darstellt, ja vielleicht noch eine dritte in sich schließt, erscheinen im normalen Traumleben genau in der gleichen Weise, wie sie die beiden Kranken schildern. Auffällig bleibt natürlich, daß diese Assimilationen im vollen Wachbewußtsein nicht wieder völlig gelöst werden. Aber bei dem einen Kranken handelt es sich, wie schon gesagt, nur um ein spielerisches Festhalten, die weibliche Kranke andererseits, die gleiche, die mit epileptischer Klebrigkeit dauernd um ihre Entlassung queruliert, scheint nur aus Eigensinn immer wieder auf diese Dinge zurückzukommen, an die sie selbst nicht glaubt.

Wenn ich nun noch auf die Denkstörung der halluzinatorisch-paranoiden Metencephalitiker zu sprechen komme, so möchte ich zunächst auf eine Erscheinung hinweisen, die mir bei Untersuchung ihrer psychotischen Innenerlebnisse immer wieder auffiel, ihre gut erhaltene Diskussionsfähigkeit. Die sog. Diskussionsunfähigkeit der Schizophrenen, auf die vor allem *Bleuler* hinweist, fehlt bei den Metencephalitikern. Sie erfassen durchaus, was man von ihnen wissen will, vermögen ihre psychotischen Erscheinungen ähnlich objektiv zu betrachten, wie es der Untersucher tut. Vor allem bei Besprechung ihrer Halluzinationen fällt das auf. Schizophrene können sich im Gegensatz dazu nie völlig von ihrem subjektiven Standpunkt freimachen, wirken daher für den Untersucher mit seinem ganz anderen Standpunkt immer mehr oder weniger unklar, an dem für letzteren wesentlichen vorbereidend. Bei den Besprechungen mit Metencephalitikern fehlt dieser Eindruck des Aneinandervorbereidens ganz. Nur eines fällt bei letzteren auf: Man muß oft wiederholt fragen, bis sie auf das eingehen, was man von ihnen wissen will, sie sind deutlich erschwert fixierbar.

Darin sehe ich ein wesentliches Moment der Denkstörung der halluzinatorischen Metencephalitiker. In allen Fällen fand ich diese erschwerte

Fixierbarkeit, in einem war sie sehr ausgesprochen. Die Kranke, die mit größter Zähigkeit und Klebrigkeit immer wieder die gleichen Wünsche vorbringt, will mit derselben Zähigkeit immer gerade von dem sprechen, was sie eben im Sinn hat. Sie erinnert so auch in ihrem Gedankengang an eine Epileptische. Man muß bei ihr tatsächlich warten, bis sie mit einem Gedankengang zu Ende ist, dann erst hat man Aussicht, eine Frage beantwortet zu bekommen. Dann geht sie aber auch durchaus sachlich und mit Verständnis auf das ein, was man von ihr wissen will. Bei den übrigen Fällen ist die erschwerende Fixierbarkeit auch deutlich, doch nicht in dem Maße. 2 Kranke fallen mehr dadurch auf, daß sie sich auf Fragen oft nur unvollkommen fixieren lassen, ungenau antworten und rasch wieder auf etwas abschweifen, was sie mehr interessiert. Man gewinnt bei ihnen den Eindruck, daß sie sich nicht recht konzentrieren können. Eine Bewußtseinsstörung konnte ich dabei nicht nachweisen, die Kranken machen auch stets einen klaren Eindruck. Nur etwas Verschlafenes haben sie häufig an sich.

Auf die neurologischen Störungen, die auch bei der halluzinatorisch-paranoiden Metencephalitis die Voraussetzung für eine sichere Diagnose sind, brauche ich hier nicht näher einzugehen. Betonen möchte ich nur, daß von unseren Fällen nur einer ein schweres amyostatisches Syndrom darbot, während die anderen mehr leichtere Störungen aufwiesen, am konstantesten mimische, Augenmuskel- und Pupillenstörungen.

Wenn man sich fragt, wie man die halluzinatorisch-paranoiden Psychosen nach Encephalitis auffassen soll, so möchte ich einmal eine engere Verbindung mit der Schizophrenie ablehnen. Die Gesamtpersönlichkeit stellt sich anders dar und die ganze Symptomatologie ist eine andere, wenn man sich nur die Symptome näher ansieht und nicht einfach von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Denkstörung spricht. Ich brauche das im einzelnen nicht nochmal anzuführen. Ich kann mich aber auch nicht der Auffassung anschließen, daß die metencephalitische Psychose einfach eine exogene Reaktionsform darstelle. Vor allem ist der Verlauf ein anderer. Ich beobachte jetzt mehrere Metencephalitiker schon einige Jahre, ich konnte nie eine Besserung der psychotischen Erscheinungen, nie auch nur ein Schwanken in ihrer Schwere feststellen. Dazu stehen die exogenen Reaktionsformen mit ihrem akuten Verlauf doch sehr im Gegensatz. Gerade aus dem Fehlen jeder Rückbildungstendenz möchte ich schließen, daß die Psychose bereits als Defektkrankheit aufzufassen ist. Die Entzündung mag wohl subakut weiterschreiten, aber die psychotischen Erscheinungen hängen meines Erachtens damit nicht zusammen. In diesem Sinne spricht vor allem die Tatsache, daß in all unseren Fällen die Encephalitis zuerst viele Jahre ohne psychische Störungen verlief und dann erst durch dieselben kompliziert wurde. Die entzündlichen Erscheinungen sind aber in früheren Stadien intensiver als in späteren. Daß die psychischen Symptome bereits auf Defekte zurück-

zuführen sind, das zeigt sich auch daran, daß sie sich ganz langsam, aber wie ich doch in mehreren Jahren einwandfrei beobachten konnte, allmählich verstärken. Die Sinnestäuschungen werden häufiger, während sie anfangs nur vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen auftraten, erscheinen sie später auch am Tag. Fixierbarkeit und Konzentrationsfähigkeit werden allmählich immer mehr erschwert. Solch eine langsame Verstärkung der Symptome kann man nicht gut anders erklären als mit einer langsamen Zunahme der Defekte. Wo diese zu lokalisieren sind, ist vorläufig unklar, wahrscheinlich ist nur, daß sie im Hirnstamm zu suchen sind, nicht aber deswegen, weil die Metencephalitis sonst hier ihren Hauptsitz hat — die psychischen Störungen könnten ja gerade auf eine besondere Lokalisation hindeuten —, sondern deswegen, weil sich in der Symptomatologie immer wieder die nahen Beziehungen zu Schlafstörungen ergeben haben, die doch sicher mit dem Hirnstamm in Verbindung zu bringen sind. Die mannigfachen Zusammenhänge mit dem Schlafmechanismus möchte ich nochmal ausdrücklich hervorheben. Wie ich glaube, beherrschen diese weitgehend die Symptomatologie, geben ihr das charakteristische Gepräge. Verwunderlich sind die Beziehungen natürlich nicht, wenn man bedenkt, wie allgemein doch die Encephalitis epidemica die Schlafregulation beeinträchtigt, die Encephalitis lethargica, wie *Economo* mit guten Gründen seine Krankheit nannte. Weitere Lokalisationsfragen will ich nicht anschneiden, vielleicht ergibt einmal die anatomische Untersuchung solcher Fälle etwas Tatsächliches. Direkt warnen aber möchte ich davor, etwa Lokalisationsfragen der Schizophrenie unter Bezugnahme auf die halluzinatorische Metencephalitis lösen zu wollen, denn, wie wir zum Schluß nochmal betonen, stellen sich die halluzinatorischen Bilder nach Encephalitis grundsätzlich anders dar als die Schizophrenien.
