

(Aus der Universitäts-Nervenklinik der Charité, Berlin
[Leiter: Professor Dr. *Max de Crinis*].)

Über organische Hirnschäden und den Verfall der sittlichen Haltung¹.

Von
Joachim-Ernst Meyer.

(Eingegangen am 9. September 1940.)

Innerhalb der vielfältigen seelischen Veränderungen, die durch eine organische Schädigung des Großhirns hervorgerufen werden können, spielt der Verfall der sittlichen Haltung einer Persönlichkeit oder, wie *de Crinis* das mit einem Ausdruck von *Th. Meynert* bezeichnet: der Gesittung deshalb eine so bedeutende Rolle, weil mit ihr zugleich eine Änderung der sozialen Einstellung und der sozialen Leistungsfähigkeit verbunden ist.

Die folgenden Krankenberichte sollen nicht nur auf pathologisch-anatomische, sondern vor allem auf die psychopathologischen Unterschiede in der Genese des sittlichen Verfalls hinweisen.

Fall 1 betrifft die 25jährige Kontoristin Anruth L., die im September 1935 einen schweren Verkehrsunfall erlitt. Aus der Vorgeschichte: Familiengeschichte zeigt keine Besonderheiten. Pat. gibt an, daß sie das einzige Kind ihrer Eltern sei, daß sie sich normal entwickelt hätte und bis zu ihrem Unfall stets gesund gewesen sei. Mit 6 Jahren sei sie in die Volksschule gegangen, anschließend in ein Lyzeum und ab 1928 in ein Oberlyzeum in Erfurt, wo sie 1935 die Reifeprüfung bestand. Sie sei stets versetzt worden und eine der besten Schülerinnen gewesen. Seit dem Tode der Mutter, der Vater war schon früh gestorben, habe sie in einem Reichsbahn-Töchterheim gelebt. Durch ihr lebhaftes Temperament habe sie stets viele Kameradinnen gehabt, bei denen sie recht beliebt gewesen sei. Sie war immer ein munteres und frisches Mädchen. Nach der Schulentlassung habe sie eigentlich Zeitungs-wissenschaften studieren wollen, sei dann aber auf Anraten ihres Vormundes, der wie bei seiner eigenen Tochter ein Studium für überflüssig hielt, in die kaufmännische Lehre gegangen bei einer Fabrik in Erfurt, wo sie hauptsächlich die französische und englische Korrespondenz habe führen müssen. In diese Zeit fällt also ihr Unfall: September 1935. Hier beendete sie im Frühjahr 1937 ihre Lehrzeit und schied dann angeblich auf eigenen Wunsch aus dem Betrieb aus, um die Hauswirtschaft gegen ein kleines Taschengeld in einer Gutswirtschaft zu erlernen. Auf die Dauer sei es ihr aber in dieser Stellung zu schwer gewesen. Im Oktober 1937 wurde sie arbeitslos. Seit 1. 11. 37 sei sie als Hilfskraft bei der Kreis-Frauenschaft mit Büroarbeiten beschäftigt. Die Stellung befriedige sie eigentlich nicht, weil sie sich ihrem Ausbildungsgang nach sehr viel mehr zu leisten zutraue. Ihre Fähigkeiten kämen dort gar nicht zur Geltung. Außerdem sehe sie hier auch keine Aufstiegsmöglichkeiten. Sie beabsichtige, nach Berlin überzusiedeln, um eine Stellung als Korrespondentin anzunehmen.

Seit ihrem 14. Lebensjahr sei sie regelmäßig alle 28 Tage menstruiert. In ihren moralischen Ansichten sei sie bis zu ihrem Unfall streng gewesen und habe keinerlei nähere Beziehungen zu Männern gehabt. Seit dem Unfall könne sie jedoch nicht mehr die bisherige Selbstbeherrschung aufbringen. Leichtfertigerweise habe sie sich ohne Überlegung mit verschiedenen ihr nur zufällig bekannten Männern in erotische Beziehungen eingelassen, die in der Regel nicht länger als 1—2 Tage dauerten. Sie sei Überredungen nicht wie früher gewachsen gewesen.

Es überkomme sie ein Gefühl der *Gleichmütigkeit* und *Wehrlosigkeit*, insbesondere nach selbst geringen Alkoholgengen. Sie charakterisiert diesen Zustand mit den Worten: „Ich ging einfach mit.“ Geschlechtskrankheiten habe sie nicht gehabt, ebenso keine Geburten oder Fehlgeburten.

Am 10. 9. 35 habe sich der Unfall zugetragen. Sie selbst erinnere sich weder an den Unfall, noch an die Ereignisse, die ihm vorausgingen. Ihre ersten Erinnerungen stammten aus der Zeit 3 Wochen nach dem Unfall. Noch Anfang Oktober, als die Eindrücke schon besser haften blieben, habe sie trotz größter Mühe z. B. das Datum immer wieder vergessen. Am 10. Dezember hätte sie ihre Arbeit wieder aufgenommen, die ihr aber noch sehr schwer fiel. Sie sei damals noch „gedächtnisschwach“ gewesen, hätte Namen und Zahlen oft verwechselt. Eigentümlicherweise hätten die fremdsprachlichen Fähigkeiten nicht gelitten. Kopfschmerzen hätte sie nie gehabt, könne aber nach dem Unfall schlecht plastisch sehen. Bis Dezember 1936 sei es ihr leidlich gut gegangen. Obzwar ihre Stimmungslage meist gehoben war, sei sie doch reizbarer und übelnehmerischer geworden. Diese Erscheinungen hätten seit Dezember 1936 in erheblichem Maße zugenommen; zweimal sei sie bewußtlos geworden, einmal bei einem Gemeinschaftsempfang und dann in der Straßenbahn. Ihre jetzigen Beschwerden (März 1938) beständen außer den Sehstörungen in „periodischen Schwächeanfällen“ in Form von starker Müdigkeit, Abgestumpftheit und Gleichgültigkeit. Das Gedächtnis sei wohl noch immer nicht ganz gut.

Wie wir aus den Akten dazu erfahren, erlitt die Pat. im September 1935 einen Schädelbruch, eine Gehirnerschütterung, einen Rippenbruch und eine große Wunde vom Nasenbein über das rechte Auge gehend. Bei ihrer Entlassung aus dem Erfurter Krankenhaus bestand eine Unsicherheit beim Gehen, allgemeine Gedächtnisschwäche mit leichter Ermüdbarkeit. In einem fachärztlichen Gutachten vom 2. 6. 36 wird eine Schädigung im Bereich des linken Stirnhirns angenommen, worauf anfänglich bestehende Parästhesien im rechten Arm und auch leichteste aphasische Störungen im Sinne erschwerter Wortfindung bezogen werden. Es bestand eine dynamometrisch nachweisbare Schwäche des rechten Arms, eine leichte Abblassung des rechten Sehnerven bei gutem Sehvermögen, ein etwas labiler Puls. Späterhin fand sich als einziges objektives Zeichen eine Verstärkung der Sehnenreflexe am rechten Bein. Die psychischen Beschwerden verstärkten sich im Dezember 1936, es fanden sich damals außerdem anfallsartige Bewußtseinstrübungen, die beschriebenen Reflexdifferenzen, Oppenheim rechts positiv. Bei einer längeren Begutachtung in der Nervenheilstanstalt Bergmannswohl (Prof. Quensel) fand man ebenfalls deutliche Zeichen einer organischen Hirnschädigung. Vor allen Dingen fiel die außerordentlich labile Stimmung, Neigung zu zeitweise unmotivierter Heiterkeit und eine gewisse Hemmungslosigkeit auf.

Im März 1938 wurde die Pat. zur Begutachtung in die Nervenklinik der Charité eingeliefert. Aus dem körperlichen Befund:

Vom knorpeligen Nasenansatz zieht sich im Bogen über die rechte Augenbraue eine etwa 15 cm lange reizlose Narbe. In der Höhe beider Stirnhöhlen, besonders aber rechts, ist eine deutliche Impressionsstelle (fünfmärkstückgroß) zu fühlen. Am Schädel keine Schalldifferenzen, kein Schettern, keine Klopfempfindlichkeit. Neurologisch findet sich eine nicht ganz sicher abzugrenzende Hypalgesie im Bereich des 2. und 3. Trigeminusastes. Feinschlägiger Tremor. Patellarsehnenreflexe rechts lebhafter als links. Achillessehnenreflexe ebenfalls lebhaft, aber nicht sicher seitendifferent. Beim Gehen wird der rechte Arm schlechter mitbewegt. Sonst keine Störungen der Reflexe, der Motilität und Sensibilität, keine Ataxie. Die Röntgenaufnahme des Schädels ergibt eine fingergliedgroße, dicht oberhalb der Nasenwurzel etwas nach rechts herüberreichende geringgradige Aufhellung, die der Knochendelle entspricht.

Psychisches Verhalten: Die Pat. befand sich fast ständig in einer gehobenen Stimmungslage, sie sprach viel in munterer und freundlicher Weise, war stets zu Scherzen

aufgelegt und schien den Unfall und seine Folgen nicht recht ernst zu nehmen. Sie verstand es nicht immer, den Ärzten gegenüber den ihrem Bildungsniveau entsprechenden Abstand zu wahren. Gelegentlich schlug ihre Stimmung in Reizbarkeit um. Es wurden wiederum die bereits beschriebenen mnestischen Störungen und eine leichte Konzentrationsschwäche gefunden. Die sonstigen Intelligenzleistungen entsprachen ihrem Bildungsgang.

Nachbegutachtung im Oktober 1939: Die Pat. gibt jetzt an, sie sei seit März 1938 in einer Stärkefabrik tätig gewesen. Sie sei inzwischen schwanger geworden von einem Mann, von dem sie sich bereits getrennt habe. April 1939 kündigte sie ihre Stelle, da sie es wegen des Kindes dort nicht länger aushalten konnte. Man besorgte ihr eine Aushilfsstelle in Berlin, die sie noch 6 Wochen innehatte. Am 15. 5. 39 hätte sie normal entbunden, das Kind sei in einem Heim untergebracht. Wegen erneuter Blutungen in ein Krankenhaus aufgenommen, sei sie dort gegen ärztlichen Rat einfach weggelaufen. Sie sei dann nach Berlin gekommen, um sich eine Stelle zu suchen, was ihr aber nicht gelungen sei, so daß sie ihre alte Arbeit wieder aufnehmen wolle. Das Gedächtnis und ihre Leistungsfähigkeit seien besser geworden, auch mit der Sprache ging es wieder gut. Die Hemmungslosigkeit, die sie selbst als ihrem Wesen ganz widersprechend und fremd bezeichnet, sei zurückgegangen und sie habe wieder mehr Kritik. Es sei nie ein Trieb gewesen, sondern einfach eine Schwäche und Gleichgültigkeit; es wäre ihr schrecklich, was inzwischen alles passiert sei.

Neurologisch findet sich jetzt eine leichte Wortfindungsstörung, der Gang ist etwas unsicher, feinere Fingerbewegungen, sowie Finger-Nasen- und Knie-Hacken-Versuch rechts unsicher. Triceps-, Radiusperiost- und Patellarreflex rechts lebhafter als links. Mayer rechts unsicher, links positiv.

Psychisch zeigt die Pat. jetzt eine deutlich depressive Stimmungslage bei Klagen über Entschluß- und Interesselosigkeit, sowie einer allgemeinen Verlangsamung. Sie antwortet mit müder und langsamer Stimme. Distanzlosigkeit zeigt sie nicht, sondern ist höflich und bescheiden. In der Beurteilung wird ein gewisser Teil ihres psychischen Verhaltens, vor allem die veränderte Stimmungslage gegenüber März 1938, auf die eben überstandene Entbindung bezogen.

Wenn wir noch einmal das Auffällige in dem Lebenslauf charakterisieren wollen, so ist vor allem auf die gute Entwicklung der Persönlichkeit der Patientin bis zu ihrem Unfall hinzuweisen, die sich in ihrer Berufsausbildung widerspiegelt. Als stets gute Schülerin macht sie mit 19 Jahren die Reifeprüfung, ist dabei ein geselliger und umgänglicher Mensch, in moralischer Beziehung völlig einwandfrei. Im September 1935 erleidet sie den Unfall mit Schädelbruch, langdauernder Bewußtlosigkeit und retrograder Amnesie. Es finden sich langsam zurückgehende, im Anfang hochgradige Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen, sowie leichte geistige Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche.

Wenn wir zunächst einmal den äußeren Lebenslauf weiter betrachten, so sehen wir, daß sie ihre gute Position, die sie nach weitgehender Wiederherstellung wieder aufnimmt, dann ohne besonderen Grund aufgibt, um von nun an immer häufiger ihre Stellungen zu wechseln, die alle ihrer Ausbildung nicht entsprechen.

Fanden sich auch von der Zeit des Unfalles an, bei den verschiedenen Begutachtungen sichere, wenn auch funktionell unbedeutende Zeichen einer organischen Hirnschädigung, wurde ferner noch mehrere Jahre nach dem Unfall Konzentrationsschwäche und eine geringe Merkfähigkeitsstörung als Ausdruck einer postkommotionellen Hirnleistungsschwäche fest-

gestellt, so sind diese keinesfalls für ihr Versagen den verschiedensten Anforderungen des Lebens gegenüber als wesentliche Ursache geltend zu machen. Diesem „Knick in der äußeren Lebenslinie“ entspricht vielmehr eine hochgradige Veränderung der Persönlichkeit, die einestails auf affektivem Gebiete liegt: es besteht eine sehr labile, meist unmotiviert heitere Stimmungslage, die ganz plötzlich ins Weinerliche umschlägt. Gelegentlich wurde eine unerklärliche Reizbarkeit gefunden. Hinzu kam vor allem im Zusammenhang mit der vorherrschend euphorischen Einstellung eine gewisse Distanzlosigkeit, die jedoch zu keinen größeren Verstößen gegen den Takt führte. Am auffallendsten und zweifellos auch entscheidend für ihre Gesamtpersönlichkeit als Frau sind die Veränderungen ihrer sittlichen Haltung. Sie klagt darüber, daß ihre moralische Einstellung gar nicht ihrem eigentlichen Wesen entspräche, daß sie sich aus einem Gefühl der Wehrlosigkeit und Willensschwäche in erotische Beziehungen eingelassen habe, wie sie es früher gar nicht gekannt habe. Es ist dies also nicht als eine Enthemmung des Trieblebens aufzufassen. Bei der Erklärung des Verfalls ihrer Gesittung ist weiterhin auf die ebenfalls früher niemals empfundene Gleichgültigkeit hinzuweisen, über die sie auch noch bei der letzten Beobachtung sehr klagt, als ihrer Meinung nach die Willensschwäche schon zurückgegangen ist und sie besonders deutlich ihre moralischen Entgleisungen unter dem Eindruck der eben überstandenen Schwangerschaft empfindet.

Aus der Lage der Impressionsstellen und der Narbe, aus den bestehenden Zeichen organischer Hirnschädigung und dem Befund der Röntgenaufnahme kann man eine Schädigung des Stirnhirns mit Sicherheit annehmen. Es sei aber gleich darauf hingewiesen, daß es bei ungefähr übereinstimmender Richtung der auftretenden Gewalt bestimmte Prädispositionsstellen im Bereich des Stirnhirns für Rindenprellungsherde gibt, unter denen vor allem an Befunden an gedeckten Hirnverletzungen der basalen Rinde eine besondere Bedeutung zukommt (*Spatz*). (Als basale Rinde bezeichnet *Spatz* die der Schädelbasis angrenzenden Teile des Stirn- und Schläfenlappens, einschließlich der Pole und der Übergangsteile von der Basis zur Konvexität.)

Die ersten Untersuchungen über die Bedeutung des Stirnhirns haben den Intellekt, die Engrammbildung dorthin lokalisiert (*Bianchi, Wundt, Flechsig* u. a.), bis *Leonore Welt* im Jahre 1888 bei Orbitalhirntumoren Charakterveränderungen als psychische Störungen fand, die sie mit den Worten „boshaft, schadenfroh, egoistisch und haltlos“ bezeichnete. Eingehendere Beobachtungen hoben dann Veränderungen des Willenslebens (*Feuchtwanger*), der Affektivität (*Forster*) und des Trieblebens hervor. *Kleist* bezeichnete die allgemeine Stumpfheit und Willenslosigkeit (Abulie) als „Antriebsmangel“ und sah darin hauptsächlich eine Störung motorischer wie psychischer Leistungen mit der Herabsetzung der geistigen und gemüthlichen Initiative. Ebenfalls an Kriegsverletzten fand *Feuchtwanger*, daß psychische Veränderungen, sei es als Erregung und

Euphorie, oder als Verlangsamung und Apathie, bei Verletzungen des Stirnhirns etwa doppelt so häufig gefunden werden können als bei Schädigung anderer Hirnteile. Er betonte dabei, daß es zweifellos Stirnhirnschäden ohne psychische Symptome gäbe. Er bezeichnete die Veränderungen des Wollens als entscheidend für die gesamten Ausfallserscheinungen des Stirnhirns, wobei er in der Schädigung der Spontanität der Willenstätigkeit, also der Unfähigkeit zur geordneten spontanen Arbeit die Ursache des sozialen Versagens sah.

Den vielfachen Hinweisen auf hysterieähnliche Züge bei Stirnhirnverletzten ist *Poppelreuter* nachgegangen und fand, daß hysterische Symptome bei Stirnhirnverletzten nicht nur überwiegend häufig, sondern auch von spezifischer Ausprägung waren. Charakteristisch war das inkonstante Auftreten der Zeichen eines übertriebenen Insuffizienzverhaltens, der mangelnden Willenskonzentration. Als pseudohysterische, weil organische, Symptome erkannte er den Wechsel von Bewegungsarmut und hysterischen Reaktionen, von Reizbarkeit und Apathie, von Antriebsmangel und Antriebsüberschuß als Veränderung des Arbeitsverhaltens (*Karst*).

Außerdem wurden Gesinnungsmängel, wirklich isolierte ethische Defekte im Sinne des moralischen Schwachsinn in seltenen Fällen festgestellt (*Quensel*), die als Ausfallserscheinungen des Gemeinschafts-Ichs im Stirnhirn lokalisiert wurden (*Kleist*). Die entscheidenden charakterlichen Veränderungen betreffen so Störungen des Gemeinschafts-Ichs, die bis zu kriminellen Handlungen führen können (s. auch den Fall 2 bei *de Crinis*) und des Selbst-Ichs mit Zügen der Unreife, der Haltlosigkeit und der Süchtigkeit (*Kleist, Duus* u. a.). Dieses Verhalten erinnert damit an labile, willensschwache und hemmungsarme, dabei schwerfällige Psychopathen (*Kleist, Reichardt*) und so nennt *Kleist* Psychopathen mit Schädlingnatur, Unreife und höherer Intelligenzschwäche auch orbitofrontale Defektmenschen.

Es wurden daneben aber auch wieder Störungen der höchsten geistigen Leistungen gefunden: Stirnhirnverletzte ergaben im Vergleich mit anderen Hirngeschädigten bei Beanspruchung an höhere geistige Leistungen in großen Versuchsreihen die schlechtesten Ergebnisse (*Pfeifer*); vom Stirnhirn geht nicht nur der Denkantrieb aus, sondern die gestaltende, aufbauende Leistung (*Karst, Kleist, Spatz*); es bestehen dabei lückenhafte Denkstörungen („alogisches Denken“, *Kleist*), d. h. bestimmte Gedanken kommen gar nicht zustande. Eine echte traumatische Demenz durch Stirnhirnschaden ist aber niemals einwandfrei beobachtet worden (*Pfeifer, Forster* u. a.), sie kann aber weitgehend durch die Akinese vorgetäuscht werden (*Bostroem*). Nach Befunden bei Meningeomen, progressiver Paralyse, Stirnhirnpick und gedeckten Hirnverletzungen kommt *Spatz* zu dem Schluß, daß die basale Rinde, auf die er besonders hingewiesen hat, für jene Eigenschaften maßgebend sei, die „eigentlich menschlich“ genannt werden können, indem bei ihrer Schädigung gerade die „höchsten seelischen Leistungen“ betroffen wurden. Es sei in diesem

Zusammenhang darauf hingewiesen, daß das Stirnhirn und gerade auch die basalen Teile ontogenetisch und phylogenetisch mit zuletzt zur Ausreifung kommen (*de Crinis*).

Veränderungen des Trieblebens an sich stehen nicht mit dem Stirnhirn in Zusammenhang, sie sind bei reiner Schädigung des Cortex als sekundär zu bezeichnen und werden so als Folgeerscheinung der Willensschwäche, der affektiven Veränderung im Sinne der Gleichgültigkeit gedeutet (*Feuchtwanger*). Entsprechend den Befunden bei der Encephalitis und tiefergreifenden Hirnverletzungen sind sie Ausdruck einer Zwischenhirnschädigung, die eine Veränderung der Trieberregbarkeit verursacht (*Kleist*).

Von den beschriebenen psychischen Veränderungen finden sich bei unserer Kranken einmal der „frontale Antriebsmangel“, der als Willensschwäche stark empfunden wird. Weiterhin Störungen der Spontaneität der Willenstätigkeit, als deren Ausdruck in der Anamnese das häufige Wechseln der Arbeitsstellung ohne hinreichenden Grund angesehen werden darf. Bei der Veränderung der Affektivität handelt es sich einmal um Herabsetzung der Affizierbarkeit, um Gleichgültigkeit, die *Kleist* in den Begriff des Antriebsmangels miteinbezieht, und um Abänderung ihrer Stimmungslage, die den oben erwähnten Veränderungen des Selbst-Ichs gleichen. Störungen der höheren geistigen Leistung, der gedanklichen Synthese werden hier vermißt. Obwohl nicht völlig auszuschließen, dürften Gesinnungsmängel als solche nicht vorliegen, mit Sicherheit aber keine primären Störungen des Trieblebens; es muß vielmehr der Verfall der Gesittung als überwiegend durch die Störung des Wollens und daneben der Affektivität bedingt angesehen werden.

Fall 2. Die 18jährige Patientin Ingrid H. wird von ihrer Mutter in die Klinik gebracht. Diese macht dabei folgende Angaben:

Ihre Tochter sei während ihrer Kindheit niemals ernstlich krank gewesen und hätte sich bis zum September 1939 ganz normal entwickelt. Sie besuche ein Oberlyzeum und sei bis zu diesem Termin stets eine gute Schülerin gewesen, die sich besonders für Deutsch und Naturwissenschaften interessiert hätte. Sie war stets ein sehr vergnügtes, ehrliches, wenn auch etwas schüchternes Kind. So habe sie nur wenig Freundinnen gehabt, weil sie sich schwer anschließe, sie spiele aber gern mit jüngeren Kindern. Seit September 1939 habe sie angefangen, von zu Hause wegzulaufen. Sie irrt planlos in den Straßen umher, wie Ref. angibt, manchmal 7—8 Stunden und hat dann nachher Angst, nach Hause zu kommen. Wenn sie eine Besorgung machte, habe sie die Mutter oft belogen, um weggehen zu können, dagegen wäre sie früher *sehr* „wahrheitsfanatisch“ gewesen, so daß dies den Eltern besonders auffiel und sie aus diesem Grunde die Nervenklinik der Charité aufsuchten. Sie läuft meist nur fort wenn es schon dunkel ist, so verließ sie auf dem Nachhauseweg plötzlich die Eltern, mit denen sie zusammen im Theater gewesen war. Einmal ist sie erst morgens um 4 Uhr nach Hause gekommen. „Eigentlich wollte ich gar nicht mehr zurückkommen.“ Sie rief dann telephonisch an, man möchte sie wieder holen und weinte dann sehr. Sie machte beim Umherstreifen verschiedentlich Männerbekanntschaften, und zwar meist mit Leuten, die keineswegs den häuslichen Kreisen entsprachen. Gewöhnlich laufe sie aber allein durch die Straßen und dies stände auch in keinem zeitlichen Zusammenhang mit der Periode. Wenn man ihr Vorwürfe machte, daß die Eltern sich um sie sorgten, käme ihr das verkehrte

Verhalten *überhaupt nicht* zum Bewußtsein. Dazu könne sie sich nicht mehr richtig konzentrieren, müsse zur Arbeit angetrieben werden, habe zu wenig Willenskraft und Energie. In der Schule sei sie dauernd im „Traumland“, wie man dort sagte.

Weshalb sie immer ausgerückt sei, wisse sie nicht. Sie habe das meistens dann gemacht, wenn sie sehr viel gelernt habe, es wurde ihr dann zu eng und sie lief fort. Über die Bekanntschaften, die sie dabei machte, befragt, gibt sie an, sie hätte das niemals gewollt, es sei ihr aber gleichgültig gewesen und sie wäre dann eben mitgegangen, eine weitere Verabredung hätte sie stets abgelehnt. Auch die Vorwürfe ihrer Eltern hätten sie jetzt nicht mehr berührt. Sie hätte zu dieser Zeit oft lange „vor sich hinträumend“ dagesessen. Nur gelesen hätte sie noch immer wie früher sehr viel. Zur gleichen Zeit wären auch ihre Schulleistungen im Gegensatz zu früher sehr schlecht geworden, sie wäre dem Unterricht nicht mehr gefolgt und manchmal hätte sie überhaupt nicht denken können. Auch Worte hätte sie manchmal nicht aussprechen können, sie wären ihr dann nicht eingefallen. Mathematik könne sie gar nicht mehr verstehen. Die Lehrer in der Schule meinten, sie schlafe immer. Dreimal im Unterricht wurde sie plötzlich ohne Grund furchtbar müde, mußte ihre Augen mit Gewalt offen halten. Dabei geschehe es zuweilen aber, daß sie plötzlich ausgezeichnet denken, Antworten geben und auch sehr gute Aufsätze schreiben könne. Schon seit einigen Jahren litte sie unter Angst, etwas nicht richtig zu machen, nicht die richtige Antwort geben zu können oder beim Klavierunterricht sich zu verspielen. Das sei in der letzten Zeit noch schlimmer geworden, „weil das Gedächtnis manchmal vollkommen ausschaltet“. Sie meint, diese Angst käme von früheren Jahren, wo sie einmal eine Lehrerin gehabt hätte, die sie immer angefahren und auch geschlagen hätte. Das Sehen hätte sich in den letzten Jahren sehr verschlechtert, sie habe schon 3 neue Brillen tragen müssen, es sei alles sehr verschwommen. Wenn sie sich bücke oder in der Dunkelheit werde ihr oft schwindelig, sie drehe sich dabei nach rechts und drohe umzukippen, wobei ihr „rot“ vor den Augen würde. Sie hätte niemals besondere Kopfschmerzen gehabt.

Neurologische Untersuchung: Pupillen links etwas weiter als rechts. Lichtreaktion träge. Konvergenz gut. Knipsreflex rechts positiv, links negativ. Babinski links positiv, rechts negativ. Sonst keinerlei pathologische Reflexe, die normalen alle vorhanden und seitengleich. Tonus, Trophik, Motilität und grobe Kraft ungestört. Im Laufe des klinischen Aufenthaltes zeigt sich dann eine Schwäche der rechten Hand und des rechten Beins, sowie eine handschuhförmige Herabsetzung der Sensibilität im Bereich des Hand- und Sprunggelenks, die jedoch bald wieder zurückgeht. Zugleich treten Schreibstörungen auf, die Schrift wird „krakelig“. Die Sehschärfenbestimmung ergibt rechts $2/25$ und links $5/15$, korrigiert beiderseits $5/4$. Der Augenhintergrund zeigt eine beginnende Stauungspapille beiderseits und Hyperämie der rechten Papille. Enzephalographie und Ventrikulographie zeigen lediglich einen erweiterten 3. Ventrikel, sonst keinerlei Abweichungen von der Norm. Liquor: normale Zellzahlen, Globulinreaktion negativ, bzw. Opaleszenz. Eiweißgehalt unter $1/6$, bzw. $1/5$ pro Mille. Wa.-R. und alle Nebenreaktionen negativ. Mehrfache Hirnpunktionen der linken und rechten Stirn, parietal und parasagittal ergaben keinen pathologischen Befund. Die Pat. wird jetzt entlassen, bleibt aber unter Beobachtung. Einen Monat später sucht sie erneut die Klinik auf, da die Beschwerden sich inzwischen wesentlich verstärkt haben. Sie klagt über Kopfschmerzen linksseitig über der Stirn und dem Hinterkopf, über häufige Schwindelanfälle mit deutlicher Fallneigung nach rechts. Das Schwächegefühl der rechten Hand mit der Störung der Schrift besteht weiterhin. Beim Sprechen müsse sie häufig nach Worten suchen; obwohl sie den Gegenstand genau kennt, könne sie ihn nicht bezeichnen. Sie sei auch sehr vergeßlich geworden. Kleine Aufträge ihrer Mutter vergesse sie häufig. Das Sehen habe sich nicht verschlechtert, aber das Treppensteigen fiel ihr jetzt etwas schwer.

Neurologisch findet sich jetzt: normale Pupillenreaktionen. Zunge weicht eine Spur nach rechts ab. Patellarsehnenreflexe lebhaft, links mehr als rechts. Achilles-

sehnenreflex seitengleich. Babinski jetzt negativ. Romberg negativ. Sensibilität, Tonus, Trophik und Motilität intakt. Grobe Kraft der rechten Hand gegenüber links deutlich herabgesetzt. Gang unauffällig, Sprache artikulatorisch o. B. Pat. wird gegen ärztlichen Rat wieder entlassen.

Trotz der sorgfältigen und wiederholten Untersuchungen war es nicht möglich, die anfängliche Diagnose: fraglicher Hirntumor irgendwie weiter zu erhärten. Jedoch ergibt der neurologische Befund (Babinski, Seitendifferenz der Reflexe, umgrenzte Sensibilitätsdefekte mit Parästhesien, Störungen der groben Kraft usw.) daß es sich jedenfalls um einen organischen Prozeß, wahrscheinlich also um einen linksseitigen Hirntumor (beginnende Stauungspapille) handelt. Es muß aber weiterhin die Möglichkeit einer umschriebenen Encephalitis etwa im Stirnhirn oder einer beginnenden multiplen Sklerose diagnostisch erwägt werden.

Betrachten wir ergänzend das psychische Verhalten der Patientin, so fällt sogleich die Ähnlichkeit mit der ersten Kranken auf. Auch sie ist eine gute Schülerin, fleißig, vergnügt und sehr wahrheitsliebend. Im Laufe des Jahres, das den körperlichen Beschwerden vorausging, also mit 17 Jahren, ist sie dann zunehmend stiller, energieloser geworden, mußte jetzt immer zur Arbeit angetrieben werden, saß oft lange beschäftigungslos da. Im September vorigen Jahres begann sie dann fortzulaufen, wobei sie ihre Mutter häufig belog, um nur fortzukommen. Unterwegs machte sie dann mehrere Männerbekanntschaften, die sie niemals suchte, aber eben hinnahm, obwohl sie es dann später sehr bedauerte. Über den Grund des Umherstreifens wußte sie nichts anzugeben, ja die Sorgen, die die Eltern um sie hatten, waren ihr ganz gleichgültig geworden.

Wie bei der ersten Patientin wird eine organische Hirnschädigung von einer wesentlichen psychischen Veränderung begleitet. Auch hier sind es nicht die intellektuellen Fähigkeiten, die merkbar nachlassen. Die schlechten Schulleistungen müssen vielmehr auf die deutliche Störung des Antriebs, des Willens und vor allem der gemütlichen Initiative bezogen werden. Wenn die Sorgen, die die von ihr geliebten Eltern um sie haben, nicht beachtet werden, so ist das ein deutliches Zeichen des Fehlens der „affektiven Resonanz“ (*Bychowski*). Und hierin ist auch die Ursache ihres moralischen Versagens zu sehen, wenn sie sehr im Gegensatz zu früher ihre Mutter belügt, wenn sie sich aus Gleichgültigkeit in Beziehungen mit Männern einläßt, die sie auf der Straße kennenlernt — was alles ihrer bisher gezeigten Wesensart und ihrer Erziehung völlig widerspricht. Es liegt hier also ebenfalls keine Störung des Trieblebens an sich vor, vielleicht kommt es durch eine gemütliche Stumpfheit zu diesen durchaus nicht gewünschten Beziehungen. Alle diese Zeichen sind jedoch gegenüber unserer ersten Kranken nur angedeutet erkennbar, erlauben es unseres Erachtens an sich nicht, den gleichen Ausdruck des „Verfalls der Gesittung“ zu wählen. Wenn man aber bedenkt, daß diese Patientin ein sehr wohlgeordnetes Leben im Elternhaus verbringt, von den Eltern sorgfältig erzogen und gehütet im gleichmäßigen Ablauf der Schule ihre Arbeit verrichten muß, so ist es begreiflich, daß sich die beschriebenen

Veränderungen nur viel schwächer manifestieren können als bei der ersten Patientin, die als Waise ohne erzieherische Führung, ohne Verpflichtung den Eltern gegenüber sehr viel mehr Gefahren dieser Art ausgesetzt war.

Eine auffällige psychische Veränderung im Krankheitsbild der zweiten Patientin ist jedoch noch zu klären, nämlich der ihr selbst unbegreifliche Drang, fortzulaufen und ohne Ziel umherzustreifen, was ja in auffälligem Gegensatz zu ihrer sonstigen Antriebslosigkeit steht, sowie der merkwürdige Wechsel in den Schulleistungen als eine Abänderung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Diese Erscheinungen lassen an ein dämmerzustandsähnliches Bild denken, lassen sich aber im Gesamtbild der vorliegenden psychischen Veränderungen wohl eher mit den von *Poppelreuter* beschriebenen pseudohysterischen Symptomen (s. o.) in Beziehung setzen unter denen u. a. der Wechsel von Antriebsmangel und Antriebsüberschuß bezeichnend war. Diese „Inkonstanz des Willensverhaltens“ sah *Poppelreuter* in genauen Arbeitsversuchen häufig auch ohne „hysterische Maske“ auftreten und so liegt es wohl nahe, diese Eigentümlichkeiten unserer Kranken in dieser Weise zu deuten.

Das psychische Zustandsbild, das sich hier bei einem sicher organischen Hirnschaden zeigt, weist recht eindeutig auf eine Schädigung des Stirnhirns hin. Neben den Befunden, die in großem Ausmaß an den Stirnhirnverletzten des Weltkrieges erhoben worden sind, haben auch die Untersuchungen bei Tumoren dieser Lokalisation gleiche psychische Alterationen gezeigt (in der neueren Zeit vor allem *Bostroem* und *Spatz*, *de Crinis*, *Duus*, *Kleist*, *Lemke*, *Ruffin*, *Spatz*). Den obigen Ausführungen ist dabei nur hinzuzufügen, daß man bei der Beeinflussung des Gehirns durch ausgedehnte Orbitaltumoren 3 Stadien unterscheiden konnte: 1. die Persönlichkeitsveränderungen (also Störungen der Funktionskreise des Selbst- und Gemeinschafts-Ichs), 2. der Antriebsmangel, der zunehmend die charakterlichen Veränderungen überdeckt — es sei dabei auch an die Beziehungen zu der typischen Verlaufsform der *Pickschen* Atrophie erinnert (*Spatz*), 3. die Bewußtseinstrübung mit Schlafsucht, Perseverationen, amnestischen Störungen, die wohl nicht mehr auf das Stirnhirn, sondern auf das Zwischenhirn bezogen werden müssen (*Duus*). Unter den Persönlichkeitsveränderungen wird von mancher Seite der Witzelsucht eine hohe diagnostische Bedeutung zugesprochen. So konnte man aus der Kasuistik der Stirnhirntumoren die Bedeutung des Stirnhirns etwa so zusammenfassen: Psychomotorische Aktivität, Gerichtetsein, Beherrschung, nicht Unterdrückung des Triebhaften (*Ruffin*). Hier muß noch hinzugefügt werden, daß einseitige Stirnhirnexstirpation unter Erhaltung der gesamten motorischen Region einschließlich des Sprachzentrums keine auffälligen psychischen Veränderungen verursachte, woraus etwa eine Gegenindikation zur Operation prinzipiell zu stellen wäre (*Rylander*). Die einmal durchgeführte doppelseitige Frontalhirnresektion durch *Dandy* (von *Brickner* eingehend beobachtet) dagegen war von schweren Charakterveränderungen im Sinne von Euphorie und

Selbstüberheblichkeit, plötzlicher Reizbarkeit und sexueller Schamlosigkeit gefolgt. „Ein schwer erträgliches, weil noch dazu intelligentes Triebwesen“ war entstanden — „ein Zusammenbruch aller Hemmungen und Werte“ (*Lange*). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Fall von *Friedrich*, der einen gleichgültig-euphorisch gewordenen Kranken mit deutlicher Witzelsucht und sexueller Enthemmung beschreibt. Nach Entfernung eines Durasarkoms im Bereich des rechten Stirnhirns erfolgte völlige Wiederherstellung der Persönlichkeit vor der Erkrankung. Wie bei Stirnhirnverletzten so wurden auch bei Orbitalhirntumoren umschriebene ethische Defekte im Sinne eines moralischen Schwachsinnus gefunden (*Duus*).

Fall 3. Die 30jährige Arbeiterin Alice V., die die Poliklinik aufsucht, macht folgende Angaben:

Ihr Vater, von Beruf Registraturvorsteher, sei Trinker und ein brutaler und herrschsüchtiger Mensch, der ihr ihre ganze Jugend verdorben hätte. Sie hätte als Kind Scharlach, Mittelohrvereiterung und Nierenentzündung gehabt. Mit 14 Jahren dann als Schülerin „Kopfgrippe“, die 4—6 Wochen dauerte. Pat. schlief während dieser Zeit dauernd, hatte Fieber und ist dabei sehr elend geworden. Sie hatte das Lyzeum bis zur 5. Klasse besucht, kam dann angeblich aus pekuniären Gründen in die Mittelschule, war immer eine gute Schülerin. Nach ihrer Erkrankung ließen ihre Schulleistungen dann sehr nach, ihr sei ganz die Lust und das Interesse verloren gegangen und außerdem wäre sie dann in der Schule sehr viel eingeschlafen, wofür die Lehrer kein Verständnis gehabt hätten und weswegen sie von den Mitschülerinnen sehr gequält worden wäre. Sie sei dann auch zunehmend ungeselliger geworden, und, als sie dann ganz gegen ihren Willen eine Lernstelle im Büro annehmen mußte, wäre sie immer schlecht mit ihren Kolleginnen ausgekommen, weshalb sie schon damals mehrfach die Stellung wechseln mußte. Pat. selbst bezieht dies allerdings hauptsächlich auf ihre Schlafzustände. Sie hätte sich dann, auf eigenen Antrag angeblich, in die Fürsorge aufnehmen lassen, wo sie vom 19. bis zum 21. Lebensjahr war. Im Fürsorgeheim hatte sie dann immer Schwierigkeiten mit den Erzieherinnen, von denen sie sich ungerecht behandelt glaubte, darauf versuchte sie auszubrechen und eine Weile danach zerschlug sie „ganz bewußt“ 4 Fensterscheiben, als sie unberechtigtes Mißtrauen der Erzieherinnen ihr gegenüber bemerkte. Vom Arzt darüber befragt, sagte sie, daß sie es getan hätte, um hier herauszukommen. Sie wurde darauf vorübergehend in eine Heil- und Pflgeanstalt gebracht. Später kam sie noch einmal in ein Heim zurück und war nach Beendigung ihrer Fürsorgezeit ein halbes Jahr in einem Blumengeschäft, wo sie wieder entlassen wurde und schließlich Unterkunft in einem Erziehungsheim fand, das sie aber unter „ganz verkommenen Mädchen“ unerträglich fand. Danach war sie eine Weile Aushilfe in einem Altersheim, zog schließlich zu einer Familie nach Spandau. Durch diese zu politischer Tätigkeit verleitet, wurde sie deswegen zu einer halbjährigen Freiheitsstrafe verurteilt. Wieder entlassen, wohnte sie dann mit einem Mann zusammen, um „ein Dach über dem Kopf zu haben“. Die beginnende Schwangerschaft ließ sie von einem Arzt unterbrechen, leidet aber seit der Zeit sehr an Unterleibsbeschwerden. Ab 1934 ist sie dann immer in einer Metallwarenfabrik tätig gewesen, hat aber auch hier häufig gewechselt, weil sie es mit ihren Mitarbeiterinnen nicht aushielt. Sie versuchte dann durch die NSV. eine bessere Position zu erhalten, um dadurch von ihren Eltern wegziehen und unabhängig werden zu können. Auf Aussage der Mutter hin mußte sie jedoch zu Hause wohnen bleiben, was ihr seit langem unerträglich ist. Frühjahr 1939 gonorrhoeische Infektion, angeblich ausgeheilt. Da sie es auch weiterhin auf keiner Stellung aushält, wie sie meint, wegen ihrer Schlafzustände, beabsichtigte das Arbeitsamt sie

ins Arbeitshaus zu schicken; es gelang ihr jedoch noch eine neue Stelle bei der Feldpost zu erhalten. Über ihre Schlafzustände gibt sie an, daß sie ganz plötzlich und für kurze Zeit zu Hause beim Lesen oder im Kino oder bei der Arbeit einschlafe, zuweilen auch im Stehen, indem sie sich irgendwo anlehne, und nachher gar nichts davon wüßte. In dem Bericht über ihre sexuellen Verfehlungen schildert sie ohne jedes Schamgefühl und Zurückhaltung Einzelheiten. Sie sagt unter anderem, ohne danach gefragt zu sein, daß sie aus Mangel an Gelegenheit zu normaler sexueller Betätigung zur Selbstbefriedigung gegriffen habe — ein Umstand, der bei der Beurteilung des Falles, insbesondere für die Lokalisation des Krankheitsherdes, bedeutungsvoll erscheint.

Der körperliche Befund ergibt lediglich übermittelweite verzogene Pupillen, Lichtreaktion schwach, rechts mehr als links, Konvergenzreaktion beiderseits schwach, sowie eine leichte Internusparese rechts und links. Die Lumbalpunktion ergibt Wa.-R. und alle Nebenreaktionen negativ, Globulinreaktion: Opaleszenz, Eiweiß: $\frac{1}{5}$ pro Mille, Rundzellen ganz leicht vermehrt.

Das psychische Verhalten ist sehr auffällig: Die Pat. ist ausgesprochen distanzlos und taktlos, zeigt Mangel an Schamgefühl in sexuellen Dingen. Sie beantwortet die Fragen sehr weitschweifig, ist dabei aber doch etwas antriebsarm, zuweilen unterbrochen von starkem Mißtrauen und reizbarer Aggressivität. Ihre Grundstimmung ist deutlich dysphorisch, sie begleitet ihre Antworten immer wieder mit Klagen über ihr verpfushtes Leben. „Wenn ich nur ein gutes Mittel wüßte, würde ich so schnell wie möglich sterben wollen“. Jedoch entspricht der Affekt diesem ständigen Klagen nicht, wie sie auch unbekümmert meint, sie wüßte wohl, daß sie nicht das richtige Benehmen dem Arzt gegenüber hätte, aber sie sei nun einmal so und hätte vor niemand überhaupt Achtung.

Der Schilderung ihres Lebenslaufes — ein deutlicher Ausdruck ihres ganz asozialen und antisozialen Charakters — ist wenig hinzuzufügen. Es bedeutet, rein intellektuell von ihr auch so beurteilt, ein ständiges Versagen und Unterliegen durch die völlige Unfähigkeit zur Einordnung zu einer produktiven gemeinschaftlichen Arbeit. Ihr Verhalten lehrt uns weiterhin, daß die Affektivität bei ihr im Sinne einer *abweisenden* Gleichgültigkeit, einer Distanzlosigkeit gegenüber den Mitmenschen verändert ist. Willensstörungen wie in den vorher beschriebenen Fällen liegen sicher nicht vor. Daß sie auch etwas antriebsarm erscheint, muß auf das Nachlassen der gemütlichen Initiative bezogen werden. Der Intellekt entspricht durchaus dem Bildungsgrad. Echte ethische Defekte als Gesinnungsmängel sind nicht vorhanden; Pat. ist sich dieser oder jener Verfehlung wohl bewußt und klagt z. B. darüber, daß durch das Zusammenleben mit dem Vater „all ihr Streben nach Reinheit“ verloren gegangen wäre; aber durch die affektive Veränderung im Sinne einer allgemeinen Ablehnung ihrer Mitmenschen, denen sie die Schuld an der Erfolglosigkeit ihres Lebens gibt, kommt es nicht zu der deutlichen Einstellung einer Reue, nicht zu der notwendigen Haltung z. B. dem Arzt gegenüber. Man kann annehmen, daß daneben auch eine Erhöhung des sexuellen Verlangens bei ihr vorliegt.

Trotz des Fehlens parkinsonistischer Symptome läßt sich aus der Anamnese über die „Kopfgrippe“ und den Schlafzuständen, aus dem neurologischen Befund, speziell den typischen Augenmuskelstörungen die Diagnose auf einen postencephalitischen Zustand stellen, was durch das psychische Bild nur noch ergänzt wird. Gemütskalt, asozial, von starker,

ungezügelter Sexualität und einem unzufriedenen, reizbaren Wesen, das sind die Charakterveränderungen, die gerade bei Menschen gefunden werden, die in kindlichem oder jugendlichem Alter die epidemische Encephalitis durchgemacht haben, wobei Symptome des Parkinsonismus eben ganz fehlen können. Man findet so Triebunruhe, Affektanomalien, läppisches, heiteres, euphorisches oder verdrossenes Wesen, mangelndes Distanzgefühl bis zu schweren antisozialen Handlungen, Neigung zu Gewalttätigkeit, zu Albernheit, Poriomanie, Kleptomanie. Bei der auffallenden Ähnlichkeit mit psychopathischen Wesenszügen wird immer die Frage zu erörtern sein, ob die Encephalitis nur auslösender Faktor solcher psychopathischer Zustandsbilder bei einer entsprechenden prämorbidem Persönlichkeit ist. Sicher ist, daß *jedes* Kind durch Encephalitis so verändert werden kann, auch wenn keine konstitutionellen Grundlagen vorhanden sind (*Stern*). In dem eben beschriebenen Fall ist eine sichere Entscheidung in Anbetracht der Persönlichkeit des Vaters schwierig. Einzelne anamnestiche Angaben über das Ungeselligwerden, über die einsetzende Gleichgültigkeit, die schlechter werdenden Schulleistungen weisen aber darauf hin, daß auch in diesem Falle der organische Krankheitsprozeß die normale Entwicklung jäh unterbricht.

Worin liegt nun der Unterschied in der Genese des Verfalls der sittlichen Haltung gegenüber den beiden anderen Fällen? Das erste Krankheitsbild war ausgezeichnet vor allem durch die Willensschwäche, daneben auch in geringerem Maße durch die Herabsetzung der Affektivität, die zweite Kranke zeigte das Fehlen der gemütlichen Initiative, welches zusammen mit einer hier weniger auffallenden Störung des Wollens zum Verfall der Gesittung führte. Beide Male lag die Ursache im „frontalen Antriebsmangel“ (*Kleist*), womit Herabsetzung der Willensfähigkeit und der gemütlichen Initiative umfaßt werden. In dem letzten Fall nun ist die Veränderung der Affektivität weniger in dem Nachlassen der gemütlichen Empfindungen, als in einer Neuorientierung ihrer Haltung zur Umwelt zu suchen. Es ist nicht Gleichgültigkeit aus Antriebsmangel, die die normalen gemütlichen Reaktionen ausfallen läßt und dadurch die soziale Stellung verändert, sondern eine verdrossene, mißtrauische und *feindselige* Einstellung greift Platz, die Kranke wird „schwierig“ im Verkehr mit ihren Arbeitsgenossen, sie ordnet sich nicht ein, sondern schädigt die gemeinschaftliche Arbeit, wird ausgesprochen *antisozial*. Hinzu kommen noch die erhöhten (sexuellen) Triebregungen, die die charakterlichen Veränderungen zu dem Gesamtbild einer sehr unsozialen und menschlich minderwertigen Persönlichkeit ergänzen (*Runge*).

Schon diese Unterschiede gegenüber Stirnhirngeschädigten machen eine andere Lokalisation für die vorliegende organische Läsion wahrscheinlich und so finden wir auch die Hauptveränderungen bei der epidemischen Encephalitis im Zwischenhirn, in den Stammganglien. Fälle mit anderer Lokalisation, speziell im Stirnhirn-Rindengebiet sind selten und zeigten keine auffallenderen psychischen Störungen (*Weimann, Stertz*).

Typisch für die Encephalitis ist der im Zusammenhang mit der Amyotase auftretende Antriebsmangel (*Stertz*). Es handelt sich dabei einerseits nicht primär um eine Störung des psychischen Antriebs, sondern die Störung muß sozusagen „jenseits dieses Antriebsteiles, im nicht-zentripetalen Teil des psychischen Reflexbogens sitzen“ (*Hauptmann*); es handelt sich also um die Schwierigkeit, dem Antriebsimpuls Ausdruck zu verleihen, obwohl die motorische Leitung an sich intakt ist. Bei einem kleineren Teil der Postencephalitiker dagegen fand *Hauptmann* einen primären Antriebsdefekt, das Affektleben ist dabei die gestörte Funktion und so ergeben sich nahe Beziehungen zur Katatonie. Demgegenüber wird von *Berze* ebenfalls eine echte Antriebsstörung durch Schädigung des Thalamus bei der Encephalitis angenommen, die affektiven Veränderungen jedoch als nicht vergleichbar denen bei der Katatonie bezeichnet. Die Affektverarmung des Encephalitikers begründet als psychisch primäres Symptom eine ihr entsprechende Erschwerung bei der Affektauslösung; die Affektverarmung des Katatonikers dagegen ist das Ergebnis der primär herabgesetzten psychischen Aktivität (*Berze*). *Kleist* möchte jedenfalls im Zusammenhang mit seinen Befunden an Hirnverletzten, bei denen auch das Zwischenhirn betroffen war, eine strenge Scheidung zwischen dem „frontalen Antriebsmangel“ und, wie er dies bezeichnet, dem „Stupor“ bei der Encephalitis, der in unserem Falle vermißt wird, und bei der Katatonie (Rigor, Flexibilitas, Katalapsie) vornehmen. Es kommen aber völlig ähnliche akinetische Bilder bei Stirn- wie bei Zwischenhirnschädigung zur Beobachtung (*Hechst*). Daneben verlegt *Kleist* in bezug auf die Charakterveränderungen des Encephalitikers Erregbarkeitsveränderungen des Gemeinschafts-Ichs (Abkühlung, feindselig mißtrauische Umstimmung der Gemeinschaftsgefühle — s. unsere Kranke!) — und auch das Gegenteil: erhöhte Hilfsbereitschaft, Güte und Nächstenliebe) und des Selbst-Ichs (hochfahrendes Wesen, Überheblichkeit, Geltungsbedürfnis — mangelndes Selbstvertrauen, Minderwertigkeitsgedanken) in das Zwischenhirn, als der bei der Encephalitis bevorzugt betroffenen Region. Das zeigen auch unsere Fälle, vor allem 1 und 3, daß „das Selbst-Ich“ — wie das Gemeinschafts-Ich — „einen corticalen (orbitalen), auf Schädigung nur mit Herabminderung des Selbst im Sinne der Unreife und Haltlosigkeit antwortenden Anteil hat und einen diencephalen Bereich, dessen Schädigung zu einer Unausgeglichenheit des Selbst zu Hochmut oder Kleinmut führt“ (*Kleist*).

So dürfen wir bei unserer 3. Patientin die Schädigung der Stammganglien durch den encephalitischen Prozeß als Ursache der auftretenden ablehnenden Haltung gegenüber der Gemeinschaft, des ganzen unzufriedenen und gedrückten Wesens und auch des erhöhten Trieblebens ansehen. Im Gegensatz zu den corticalen Anteilen des Selbst- und Gemeinschafts-Ichs (diese beiden Funktionskreise machen in der Hauptsache den „Charakter“ aus) hat man, wie die Wesensveränderungen des

letzten Falles ebenfalls zeigen, von einem „Stammhirncharakter“ gesprochen (*Kleist*).

Wir wollen im folgenden versuchen, den Begriff der sittlichen Haltung etwas näher zu analysieren, um dabei Unterschiede in der Genese und damit der Form des sittlichen Verfalls bei den verschiedenen Krankheitsbildern aufzuzeigen. Es ist uns dabei nicht möglich, alle jene psychologischen Komponenten aufzuzählen, die das Gesamtbild der Gesittung ausmachen. Es seien aber diejenigen genannt, die, wenn sie selbst verändert sind — natürlich niemals isoliert, wohl aber als dominierender Faktor — den Verfall der Gesittung verursachen können:

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Das Wollen, | 4. das Gedächtnis (Mneme), |
| 2. die Affektivität, | 5. die Triebe. |
| 3. das assoziative Denken ¹ , | |

Das *Wollen* kann man einteilen in 3 Komponenten des Willensvorganges: 1. die Motive, 2. der Willensakt oder Entschluß und 3. die Willenshandlung (*Bostroem*). Im Wettstreit der Motive verbindet sich das Ich mit einem derselben, bringt es sozusagen zum Durchbruch und das empfinden wir als bewußte Handlung und freie Entscheidung. Das Wesen des Willensvorganges besteht subjektiv „in dem Erlebnis der seelischen Mitbeteiligung“ und objektiv „in seiner Eigenschaft als Selektivreaktion“ (*Kretschmer*). So empfand die Patientin mit der Hirnverletzung (Fall 1) Willensschwäche und Wehrlosigkeit, eben weil sie nicht mehr unter den Motiven zu wählen vermochte und ihr sittliches Versagen, dem ja keine Trieberregung zugrunde lag, zeigt, daß das Stirnhirn eine beherrschende und nicht hemmende Stellung den tiefen Zentren gegenüber einnimmt (*Ruffin*). Denn hört diese Zügelung auf — und das muß als Abulie bezeichnet werden — so finden wir keine Steigerung der Triebe wie etwa beim kindlichen Encephalitiker als Trieberregung, sondern man könnte hier eher von einem „Frei werden“ der Triebe sprechen. Es entspricht der Stellung der Frau im Gebiete des Sexuellen, ihrer — physiologischerweise — abwehrenden und passiven Rolle, daß sie durch Willensschwäche hier besonders gefährdet ist (s. Fall 1). Bei Männern dagegen findet man in solchen Fällen, wo nicht die Enthemmung etwa als diencephale Erhöhung der Trieberregbarkeit (*Kleist*) im Vordergrund steht, eine Herabsetzung der Äußerung des Triebes als sekundäre Störung bei Antriebsschwäche, weil ja die „den männlichen Partner charakterisierenden Initiative in spezifischer Weise gestört sind“ (*Feuchtwanger*).

Vielleicht am allerdeutlichsten aber sehen wir bei den Süchten, wie ein Faktor doch weitgehend für den Verfall der Gesittung haftbar

¹ Es sei dies als Bezeichnung der höheren Denkfunktionen gewählt, wie *Bleuler* die Intelligenz im Gegensatz zur Demenz als abhängig von der Zahl der Assoziationen bezeichnet.

gemacht werden kann. Es ist die Willensschwäche, die immer wieder nach dem Genuß des Giftes streben läßt, die später dann den Menschen unterliegen läßt gegenüber den unangenehmen Abstinenzerscheinungen, die ihn selbst nach Entwöhnung rückfällig werden läßt und ihn schließlich auf den Weg des Verbrechers führt, der unbedenklich auf jede Weise sich in den Besitz des Rauschmittels zu setzen sucht.

Hierher gehört auch jene Gruppe der Psychopathen, die man als Haltlose (Willenslose) besonders charakterisiert hat. Sie sind diejenigen, die beim Zusammentreffen gleichstarker Motive nicht zu einem entschiedenen Wollen gelangen können, die vor allem dann versagen, wenn es gilt, allgemeine Willensgrundsätze auszuführen (*Bostroem*). Auf der Suche nach dem jeweils bequemsten Weg wird ihre Willensschwäche die Ursache zum sittlichen Versagen, weil es ihnen nicht möglich ist, sich gegen Widerstand oder Verführung durchzusetzen (*Lange*).

Veränderungen der *Affektivität* führen vor allen Dingen zum sozialen Versagen. Dies umfaßt also die Funktionen des Gemeinschafts-Ichs im Sinne *Kleists*. Dieser lokalisiert Erregbarkeitsveränderungen des Gemeinschafts-Ichs in den Bezirk des Zwischenhirns und bezeichnet damit „Abkühlung und feindselig-mißtrauische Umstimmung der Gemeinschaftsgefühle“ (Fall 3) sowie paranoische und querulatorische Züge. Dies gilt also sowohl für die gemütlosen Psychopathen — die Gesellschaftsfeinde *Kraepelins* — wie in noch viel stärkerem Maße — als gemütliche Verödung — für die ganze Gruppe der Schizophrenie, wo freilich Veränderungen in den Beziehungen zum Mitmenschen dort am deutlichsten werden, wo das große Krankheitsbild zurücktritt: bei den Schizoiden (*Kretschmer*), deren verbindendes Merkmal der „Autismus“ ist als Bezeichnung für jene Kluft, die zwischen ihrer Person und den Mitmenschen, der Welt überhaupt liegt (*Lange*). Es sei jedoch noch einmal bemerkt, daß *Berze* die schwere Affektverarmung des Schizophrenen als sekundär durch die Insuffizienz der psychischen Affektivität bedingt auffaßt, die er als zentrale Grundstörung des Leidens betrachtet. Bei dem von uns beschriebenen Fall 2 (fraglicher Hirntumor) handelt es sich ebenfalls um einen sittlichen Verfall, der primär durch die mangelnde Affizierbarkeit, die Apathie als „Fehlen der Gefühle“ im Sinne *Jaspers* bedingt ist. Die Störung der Willenstätigkeit tritt unterstützend hinzu. Es sei auch noch an die Veränderung der moralischen Persönlichkeit bei der Manie erinnert, wo bestimmte Motive, die der veränderten Affektivität gleichsinnig sind, so gefördert werden, daß Gegenmotive, also Hemmungen, gar nicht auftreten (*Bostroem*). Der Fall 3 zeigte wiederum eine andere Form der affektiven Störung. Es handelt sich dabei weniger um einen Mangel an Affizierbarkeit, um gemütliche Verarmung, um Veränderung der „affektiven Resonanz“, sondern um eine *qualitative* Störung der Affektivität im Sinne der feindselig-mißtrauischen Abwendung von der Umwelt, also einer antisozialen Einstellung, die zusammen mit der erhöhten Trieberregbarkeit den schweren Verfall der Gesittung manifest werden lassen.

Die Bedeutung des *assoziativen Denkens* und des *Gedächtnisses* für die sittliche Haltung ist am deutlichsten bei Schwachsinnigen erkennbar. Die Einprägung moralischer Grundsätze und die eigene Urteilsbildung sind ihm versagt und lassen es deshalb nicht zu einer sittlichen Entwicklung kommen. Aber auch bei der Paralyse führt die geistige Demenz, die Urteilsschwäche zusammen mit dem Schwund des Besitzes an ethischen Maßstäben aus der Vergangenheit durch die mnestischen Störungen zum Verfall der sittlichen Haltung. Hier tritt aber als wesentlich auch die Veränderung der Affektivität hinzu, die „eigenartig haltlos und labil“ von tiefem Kummer zur Euphorie wechselt (*Lange*). So ist der Paralytiker auf intellektuellem und affektivem Gebiet zielunsicher, er kann das Unangemessene seines Betragens weder *fühlen* noch *begreifen* (*Bostroem*). Bei der senilen Demenz sind wieder die Gedächtnisstörungen und die zunehmende Einschränkung der Urteilsfähigkeit die Hauptfaktoren des sittlichen Verfalls, wobei beide sich ergänzend zu einem zunehmenden Abbau ideeller Motive gegenüber dem einfachen Triebleben führen. Es kann daneben im Anfang auch zu einer echten Erregung des Sexualtriebes kommen.

Die *Picksche Atrophie* enthält ebenfalls die Demenz als wichtiges Krankheitszeichen; während die niederen Denkfunktionen aber relativ gut erhalten bleiben, tritt der Verfall der produktiv kombinatorischen Denktätigkeit ein (*Stertz*). Bei der Hauptlokalisation im Stirnhirn aber ist das Krankheitsbild durch den „frontalen Antriebsmangel“, durch „völliges Erlöschen der Willensbildung“ und mangelnder „Anregbarkeit der Initiative“ gekennzeichnet (*Runge*). Hinzu tritt, im ersten Krankheitsstadium am deutlichsten, die Persönlichkeitsveränderung nach der läppisch-euphorischen oder nach der reizbaren Seite (*Spatz*). (S. Orbitalhirntumoren, *Duus*.)

Die *Triebe*: „Fast alles, was wir Sitte nennen, enthält als integrierenden Bestandteil die Sexualhemmung“ (*Bleuler*). Die eine Seite der Beziehungen von Wille, Affektivität und Intelligenz zum Triebleben im Sinne der Beherrschung und Regulierung des Triebhaften haben wir angedeutet. Andererseits finden wir die Gefährdung und Vernichtung der sittlichen Haltung durch sexuellen Erethismus, sei es einfach hormonal bedingt oder durch Störung, d. h. hier also Erregung subcorticaler Triebzentren, die nach den Erfahrungen bei der Encephalitis im Zwischenhirn liegen.

Im Hinblick auf den Verfall der Gesittung hat *Albrecht* von einem „anethischen Symptomenkomplex“ gesprochen, wobei er, in der Hauptsache an Psychopathen mit schweren sexuellen Entgleisungen, Veränderungen der Stimmungslage, der Gemütsbewegung, des Trieblebens und des Ich-Gefühls als seine Hauptkennzeichen erklärt. Eine Anwendung dieser Einteilung auf andere Krankheitsbilder wird nicht vorgenommen.

„Eine Lokalisation der Hirnrindenleistung, die wir als Gesittung bezeichnen, ist daher mit allgemeiner Gültigkeit nicht möglich“ (*de Crimis*),

wohl aber können wir die einzelnen Faktoren, von deren Integrität die Gesittung weitgehend abhängig ist, sondern und zu einem beträchtlichen Teil in der Hirnrinde, aber vor allem auch im Zwischenhirn lokalisieren. Je nach der Bedeutung, die diese Faktoren innerhalb eines Krankheitsbildes besitzen, werden wir auch den Verfall der sittlichen Haltung bald als entscheidend für die gesamte kranke Persönlichkeit, bald mehr als wenig auffälligen Nebebefund feststellen können.

Schrifttum.

- Albrecht, O.*: Abh. Neur. usw. 1921, H. 12. — *Beringer, K.*: Das Schizoid. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 9, Spez. Teil 5. Berlin: Julius Springer 1932. — *Berze, J.*: Z. Neur. 142, 720 (1932). — *Bleuler, E.*: Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, Spez. Teil 1, Abt. 4, 1. Hälfte. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1911. — Die Naturgeschichte der Seele, S. 277. Berlin: Julius Springer 1921. — Jb. psychoanal. Forsch. 5, 442 (1923). — *Bostroem, A.*: Störungen des Wollens. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 2, Allg. Teil 2. Berlin: Julius Springer 1928. — Die progressive Paralyse. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 8, Spez. Teil 4. Berlin: Julius Springer 1930. — *Bostroem, A. u. H. Spatz*: Nervenarzt 2, 505 (1929). — *Brickner, E.*: The intellectual functions of the frontal lobes. New York: Macmillan Comp. 36 XVI. — *de Crinis, Z.*: Neur. 160, 426 (1937). — *Duus, P.*: Arch. f. Psychiatr. 109, 596 (1939). — *Feuchtwanger, K.*: Die Funktionen des Stirnhirns. Berlin: Julius Springer 1923. — *Forster E.*: Mschr. Psychiatr. 46, 61 (1919). — *Friedrich, P.*: Dtsch. Z. Chir. 76, 650 (1902). — *Hauptmann*: Arch. f. Psychiatr. 66, 615 (1922). — *Hechst, B.*: Z. Neur. 142, 590 (1932). — *Jaspers, K.*: Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Julius Springer 1923. — *Karst, K. H.*: Arch. f. Psychol. 100, 478 (1938). — *Kleist, K.*: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg, Bd. 4, Teil 2, S. 1167. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1922—1934. Z. Neur. 158, 159 (1937). — *Kretschmer, E.*: Medizinische Psychologie. Leipzig: Georg Thieme 1926. — Störungen des Gefühlslebens, Temperamente. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 1, Allg. Teil 1. 1928. — *Lange, J.*: Mschr. Psychiatr. 99, 130 (1938). — *Lange, J. u. Bostroem*: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig: Georg Thieme 1939. — *Lemke, R.*: Arch. f. Psychiatr. 106, 54 (1937). — *Meynert, Th.*: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien: Wilhelm Braumüller 1890. — *Pfeifer, B.*: Die psychischen Störungen nach Hirnverletzungen. — Psychosen nach Hirntumoren. Beides: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 6, Spez. Teil 3. Berlin: Julius Springer 1928. — *Poppelreuter*: Z. Psychiatr. 78 (1922). *Quensel*: Ber. 8. internat. Kongr. Unfallmed. usw., Bd. 2, S. 493. Leipzig: Georg Thieme 1939. — *Reichardt, M.*: Münch. med. Wschr. 1933 II, 1922. — *Ruffin, H.*: Fortschr. Neur. 9, 35, 53 (1939). — *Runge, W.*: Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 7, Spez. Teil 3. Berlin: Julius Springer 1928. — Die Geistesstörungen des Greisenalters. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 8, Spez. Teil 4. Berlin: Julius Springer 1930. — *Rylander, G.*: Personality changes after operations on the frontal lobes. Ref. Zbl. Neur. 96, 682 — *Scheid, K. F.*: Die psychischen Störungen nach Hirnverletzungen. Handbuch der Geisteskrankheiten, Erg.-Bd., Teil 1. 1939. — *Spatz, H.*: Z. Neur. 158, 208 (1937). — *Stern, F.*: Die epidemische Encephalitis. Berlin: Julius Springer 1928. — *Stertz, G.*: Z. Neur. 101, 729 (1926). — *Weimann, W.*: Z. Neur. 1925.