

(Aus der Universitäts-Nervenklinik Halle a. S. [Geh. Rat *Anton*] und der Städt. Nervenheilanstalt Chemnitz-Hilbersdorf i. S. [Prof. *Weber*].)

Psychische Veränderungen bei Kindern im Gefolge von epidemischer Encephalitis.

Von

Dr. med. **Wolfgang Böhmig.**

Assistenten des Instituts.

(*Eingegangen am 12. Mai 1923.*)

Seit einiger Zeit mehren sich die Fälle, daß größere Kinder von ihren Eltern und Erziehern in die Kliniken gebracht werden unter einer ziemlich konstanten Trias von Klagen: Stehltrieb, Neigung zum Lügen und Unverträglichkeit in allen Abstufungen, bis zur Grausamkeit gegenüber Mitmenschen und Tieren. Wenn man den kleinen Patienten den Parkinsonismus nicht schon auf den ersten Blick ansieht, so ergibt die Anamnese regelmäßig, daß das Kind vor längerer oder kürzerer Zeit eine Grippe überstanden hat. Mit Sicherheit ist ferner zu ermitteln, daß die geklagten Charakterveränderungen vor der Erkrankung nicht bestanden haben; weniger zuverlässig ist der Bescheid, wie lange nach der eigentlichen Krankheit die ersten Beobachtungen dieser Art gemacht worden sind. Das hängt ganz wesentlich ab von dem Milieu, aus dem diese Kinder stammen, von der Sorgfalt der Beaufsichtigung, von der Herzensbildung der Eltern oder Erzieher. Genug — die Zahl und die Kongruenz der Fälle, von denen ich für diese Arbeit nur einige besonders charakteristische herausgegriffen habe, rechtfertigt durchaus den Schluß, daß es sich dabei um eine postencephalitische Veränderung, und zwar um eine gerade bei Kindern besonders häufige Art der Veränderung, handelt.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichten folgen, von denen ich die beiden ersten der Güte des Herrn Prof. *Weber* (Nervenheilanstalt Chemnitz i. Sa.) verdanke; die übrigen entstammen dem Material der Universitäts-Nervenklinik Halle (Geh. Rat *Anton*).

1. H. M., 11 Jahre alt.

Familienanamnese o. B. Zeitweise Bettnässen. Sonst normale Entwicklung. Guter Schüler; folgsames verträgliches Kind. Ostern 1920 Grippe mit hohem Fieber. Seitdem und trotz ärztlicher Behandlung nachts nicht mehr geschlafen, tagsüber müde, konnte dem Schulbetrieb nicht mehr folgen. Winter 1920 plötzlich wieder starkes Bettnässen. Zunehmende Steifigkeit der Glieder.

Kommt Juni 1921 in klinische Behandlung.

Innere Organe und Reflexe o. B., Lumbalpunktion ergibt normalen Liquor-druck, Pandy (+), Nonne 0. Gesichtsausdruck starr, mimiklos; Mund halb geöffnet, ständig Abtropfen von Speichel; Sprache undeutlich, verwaschen. Die Bewegungen sind nicht verlangsamt, bei längerem Stehen wird jedoch die Haltung immer schlaffer, Pat. sinkt allmählich in die Knie und beugt sich dabei stark nach vorne über, beginnt zu weinen. Der Nachtschlaf ist schlecht, tagsüber schläft er jedoch viel und nimmt dabei oft die sonderbarsten Posen ein. Es hat dann den Anschein, als ob ihn der Schlaf mitten in irgendeiner angefangenen Bewegung übermannt hätte.

Stimmung sehr labil: zeitweise vergnügt, zärtlich-anhänglich, dann wieder stark depressiv, alles in jähem, überganglosem Wechsel. Weint ohne Grund, schlägt sich dabei mit der Faust vor die Stirne oder wirft sich rücksichtslos mit dem Kopf auf den Boden, dabei keuchende Atmung und schreiendes Weinen. Zwickt, schlägt und beißt grundlos andere Kinder, geht nachts zu diesem Zweck in ihre Betten. Zur Rede gestellt, wirft er sich schreiend, aber vorsichtig kopf-über aus seinem Bett. Als sich niemand um ihn bemüht, steht er nach einer Weile selbst wieder auf. Ein andermal urinier er ins Zimmer, kauert dann eine Weile halb schlafend davor und benutzt schließlich das Handtuch zum Aufwischen.

Eine angestellte Hypophysinkur ist ohne jeden Erfolg. Ende September von der Mutter heimgeholt.

II. Aufnahme Mitte Mai 1922, „da es zu Hause nicht mehr mit ihm ging“. Er schlug und biß andere Kinder, stahl Geld, log, war verstoßt gegen jeden Tadel. Er spielte fast nie, lag meist halb schlafend auf dem Fußboden oder beging absonderliche Handlungen, urinierte neben das Nachtgeschirr usw. Auch plötzliche Wutanfälle mit Selbstverletzung waren vorgekommen.

Der körperliche Zustand ist wesentlich verschlechtert: Hypertonie der Extremitätenmuskeln, Retropulsion; kann nur kurze Zeit stehen, wankt dann und fällt ohne Rücksicht auf Selbstbeschädigung um, regelmäßig nach vorn auf den l. Stirnhöcker. Er bleibt dann mit dem Gesicht auf dem Boden liegen. Scharfer Anruf hat keine Wirkung, obwohl man ihm den guten Willen anmerkt.

Psychisch erscheinen alle Verstandesreaktionen ungestört. In seinem Benehmen andern Kindern gegenüber ist er aber noch brutaler geworden: kratzt sie lachend ins Gesicht, würgt und beißt sie, ohrfeigt grundlos seine Mutter und schmeichelt ihr noch im selben Augenblick, schleicht mehrmals alten Patienten auf den Abort nach, um ihre Genitalien zu betasten. Bohrt ständig in der Nase, bis sie blutet. Einbinden und Eingipsen der Hände hat nur für diese Zeit Erfolg. Benutzt seine eingegipsten Hände, um andere Kinder zu schlagen, „weil sie so geschrien haben“. Wird dann auf eine andere Station verlegt und freut sich, „weil es da so ruhig ist“. Bestiehlt nachts andere Kranke.

Häufung von Selbstmordversuchen: zwingt sich die ganze Hand in den Mund, um zu ersticken, schlägt sich mit den Fäusten in die Augen, verweigert tagelang jede Nahrung.

Dann wieder tanzt er durchs Zimmer und pfeift oder singt dazu, bis er plötzlich von selbst oder auch auf irgendeinen Anruf hin zusammensinkt und in der üblichen Weise mit dem Kopf zu Boden schlägt.

Scopolaminkuren bleiben ohne Erfolg. Ende Dezember 1922 ungeheilt entlassen.

2. Th. Kl., 17 Jahre alt.

Familienanamnese o. B., mit 9 Jahren Diphtherie.

Frühjahr 1919 an Grippe erkrankt mit über 40° Fieber, Schlaflosigkeit während 3 Tagen, und 13wöchigem Krankenlager. 1 Jahr lang noch blieben ticartige Zuckungen in den Armen. Allmählich veränderte sich der Charakter zum Schlech-

ten: das Mädchen wurde zänkisch und unverträglich; unbotmäßig gegen die Eltern. Lief eines Tages zur Polizei und log, sie bekäme zu Hause nicht mehr zu essen und würde schlecht behandelt.

Bei der Aufnahme im November 1922 zeigt Pat. typischen Parkinsonismus mit Ridor, Salivation, Amimik und Bewegungsarmut. Hyoscinkur auch hier ohne Erfolg. Pat. blieb nur kurze Zeit zur Beobachtung.

3. H. H., 10 Jahre alt.

Familienanamnese o. B. Verträgliches, sehr sensitives „Musterkind“.

März 1920 choreatische Encephalitis mit anfänglicher Schlaflosigkeit und späterer Schlafsucht. Trotz klinischer Behandlung in Breslau und Jena wichen die choreatischen Störungen erst nach einem Jahr.

Um diese Zeit treten erstmalig Charakterveränderungen in die Erscheinung: der Junge wird ungezogen, unverträglich mit anderen Kindern, neigt zu Tierquälereien und lügt um der geringsten Kleinigkeit willen. Die Fortschritte in der Schule sind weiterhin gut, wenn auch die Konzentration nachgelassen hat.

Während 4tägiger klinischer Beobachtung im Januar 1922 bestätigen sich die anamnestischen Angaben der Mutter durchaus: der Junge ist im allgemeinen freundlich heiter, dabei altklug und etwas vorlaut. Kneift grundlos einen gleichaltrigen schwachsinnigen Knaben, zwickt im Garten die Kaninchen in die Nase. Kein Parkinsonismus. Keine organisch pathologischen Veränderungen.

4. A. St., 10 Jahre alt.

Familien- und Personalanamnese o. B.

Januar 1920 Encephalitis lethargica mit hohem Fieber. 6 Wochen nach Beginn der Erkrankung stellte sich motorische Unruhe ein, die sich nach weiteren 3 Wochen besserte. Dafür traten „Anfälle“ auf, in denen der Junge speichelt, sich auf Zunge und Lippen beißt, Fingernägel abkaut und selbst die Zehen in den Mund bringt; dabei Unfähigkeit zu sprechen. Diesen bei Aufregung täglich 3—4mal auftretenden Anfällen von etwa 10 Minuten Dauer folgt ein kurzes Erschöpfungsintervall, das von einem Stadium gesteigerter motorischer Unruhe gefolgt ist.

Der Junge ist bei Tage schläfrig, interesselos, nachts dafür sehr unruhig. Anderen Kindern gegenüber zeigt er sich seither wild und unverträglich.

Pat. ist Dezember 1921 und Januar 1922 zweimal 8 Tage in klinischer Beobachtung.

Der Körperbefund ergibt außer leichtem Tremor der Hände und ticartigen Bewegungen des Unterkiefers nichts Besonderes.

Die geschilderten Anfälle kommen zur Beobachtung und zeigen deutlich hysterischen Charakter. — Pat. wechselt zwischen Unruhe und Schlafsucht, ist oft sehr eigensinnig, schlägt grundlos seinen Spielkameraden, beißt die Pflegerin. Gute Intelligenz, Konzentrationsfähigkeit mangelhaft.

Operation mittels Balkenstich (*Anton*) ergibt starke Hypersekretion der Ventrikelflüssigkeit. Da die Mutter das Kind trotz ärztlichen Abratens vorzeitig nach Hause holt, ist der Erfolg nur nach brieflichen Mitteilungen zu kontrollieren.

Der Knabe soll sich weitgehend gebessert haben.

5. H. K., 12 Jahre alt.

Das Mädchen ist unehelich geboren. Was an Familienanamnese zu ermitteln ist, bietet nichts Besonderes, ebenso die eigene Vorgeschichte. Nur hat Pat. von jeher sehr zu Erkältungskrankheiten geneigt.

Im Anschluß an einen solchen „fieberhaften Katarrh“ ist im Mai 1920 plötzlich nächtliche Schlaflosigkeit mit starker motorischer Unruhe aufgetreten, während tagsüber Schlafsucht vorherrscht. Nach und nach wurde Pat. reizbar, eigensinnig, lieblos gegen ihre Mutter.

Die klinischen Beobachtungen (August 1920 bis April 1921 und vom November 1922 an) ergeben Reduktion der automatischen Bewegungen und die oben genannte Schlafstörung. — Das Mädchen ist unverträglich und streitsüchtig, schlägt bei geringstem Anlaß andere kleinere Kinder, zeigt sich widerspenstig gegen Arzt und Personal, frech und vorlaut im Verkehr mit erwachsenen Patienten, bohrt mit dem Finger in der Nase. Ermahnungen und Strafen bleiben ohne nachhaltige Wirkung. Die nächtliche Unruhe bessert sich vorübergehend, doch gelingt die normale Umkehr des Schlafes nicht. Mitunter hilft Pat. bei häuslichen Verrichtungen mit gutem Geschick, ermüdet aber schnell und liegt meist untätig und schläfrig herum. Intelligenz durchaus dem Alter entsprechend. Vermehrte Reizbarkeit, wenn Pat. aus dem Halbschlaf gestört wird.

Diesen vorstehenden Krankengeschichten aus dem Kindesalter möchte ich aus später zu erörternden Gründen noch diejenige einer erwachsenen Patientin folgen lassen, bei der die gleichen Charakterveränderungen in Erscheinung traten.

6. G. Sch., 24 Jahre alt.

Familienanamnese angeblich o. B. Als Kind stark erregbar und in starkem Maße Stimmungen unterworfen. In der Schule mühsam gelernt, schloß sich nur an jüngere Kinder an, war läppisch in ihrem Benehmen. Besondere Erkrankungen sind nicht zu verzeichnen. Über eine Grippe ist nichts Sicheres zu ermitteln. März 1920, als Pat. im 8. Monat gravide war, geriet sie in eine Revolutionsschießerei, deren Aufregungsfolgen sich in Lähmungen der Beine und des r. Armes geltend machten. Nach dem Partus im Juni traten diese Erscheinungen zurück, dafür stellten sich psychische Veränderungen ein: Grundloses Aufschreien und Lachen, starres reaktionsloses Vorsichhinstarren.

Im September 1920 kam Pat. erstmalig zur Beobachtung. Schwächliche kleine Frau von infantilem Habitus. Sie zeigt Parkinsonhaltung; Muskelrigidität ist nur angedeutet. Sprache leise, monoton. Fragen werden erst nach mehrmaligen Wiederholungen und dann überstürzt beantwortet; trotzdem bleibt Pat. dabei meist mitten im Satze stecken. Spätere Fragen werden überhaupt nicht mehr beantwortet. Stimmung wehleidig. Intelligenz leidlich.

Bei der II. Aufnahme im April 1921, die über 1 Jahr dauerte, ist Parkinsonismus schwersten Grades vorhanden, der auch aller Therapie trotzt. Auffallend starkes Ruhebedürfnis; erbittet sich z. B. als Geburtstagsgeschenk, den ganzen Tag im Bett bleiben zu dürfen. Stimmung wechselnd in Extremen, meist aber depressiv.

III. Aufnahme Juni 1922 bis Februar 1923. Parkinsonismus wenn möglich noch gesteigert. Nunmehr auch psychische Veränderungen: Schlägt grundlos andere Kranke und ist dabei zu schnellen Bewegungen fähig, kommandiert und drangsaliert die Pflegerinnen, wimmert halbe Stunden lang, wenn ihr ein Wunsch nicht erfüllt wird, uriniert ins Bett, neigt zu Lügen, bohrt trotz aller Ermahnungen mit dem Finger in der Nase, bis sie blutet. Ißt keinen Bissen, wenn sie nicht gefüttert wird, wirft sich auch mit gellenden Schreien und rücksichtslos zu Boden, als ihr Vorhaltungen gemacht werden.

Intelligenz gegenüber der früheren Aufnahme unverändert infantil.

Bei der Frage nach der Erklärung dieser als Spätfolge von epidemischer Encephalitis beobachteten ethischen Defekte lag es nahe, zunächst einmal Parallelen zu ziehen mit den Schädigungen, die die Erkrankung auf körperlichem Gebiete setzt, mit dem kurz als Parkinsonismus bezeichneten Symptomenkomplex: die Automatie der Be-

wegungen geht verloren oder **leidet doch** in schwerem Maße. *Bostroem*¹⁾ schildert sehr anschaulich, wie ein Encephalitiker einen Nagel in die Wand klopfen will: er ist nicht imstande, seinen Willen und seine Aufmerksamkeit gleichzeitig der l. Hand, die den Nagel hält, und der r. Hand, die den Hammerschlag ausführen soll, zuzuwenden. Der subcorticale Bewegungsablauf ist gestört bzw. aufgehoben, und die corticalen Impulse müssen auf eine zu hohe Spannung gebracht werden, um die gewollten Bewegungen auch nur *eines* Gliedes auszuführen, als daß für „diffuse“ Aufmerksamkeit noch Raum bliebe. Der Encephalitiker gleicht in diesem Sinne dem Infanteristen, der mit jedem Schuß neu laden, anlegen und zielen muß, im Gegensatz zum Maschinengewehr-schützen, dessen einmal ins Ziel gebrachter Lauf beliebig lange Schuß um Schuß versendet. — Überträgt man diesen Gedanken ins Psychische, so ergäbe sich folgendes:

Irgend ein triebhafter Wunsch, ein Gelüst taucht auf in der Psyche des kranken Kindes und präokkupiert Willen und Aufmerksamkeit so stark und ausschließlich (= Hand, die den Nagel hält, im *Bostroemschen* Beispiel), daß für kritische Überlegung über die moralische Zulässigkeit des Begehrens, für ethische Erwägungen kein Vorstellungsraum mehr übrig bleibt. Selbstbeobachtungen des täglichen Lebens zeigen ja zur Genüge, wie häufig und mitunter auch wie stark irgendwelche Wunschvorstellungen in uns laut werden. Erziehung aber und die durch Gewöhnung rein reflektorische Einsicht von der Unausführbarkeit ihrer Erfüllung, vor allem aber die subcortical-automatisch ablaufende Gesamtvorstellung von den schädlichen Folgen unsozialer Handlungen lassen aber bei gesunden *Erwachsenen* verbotene Handlungen gar nicht zur Ausführung kommen, ja lassen solche triebartigen Gelüste zumeist nicht einmal sich zu einer nennenswerten Reizschwelle aufladen. Bei Kindern freilich ist das Triebleben noch weit reger, hemmungsloser. Die subcorticalen Hemmungen sind geringer, schon weil der Erinnerungsschatz erlebter Erfahrungen geringer ist und die vorhandenen Erlebnisse noch nicht kritisch ausgewertet sind. Der Affekt wirkt sich breiter aus, die Phantasie ist reger als im späteren Leben, in dem ihm die Kritik des Verstandes ständig urteilend, zersetzend entgegentritt. Wenn also die Analogie zwischen psychischem Geschehen, zwischen Gedankenablauf und Parkinsonschen Bewegungsvorgängen darin stimmte, daß, wie das subcorticale Nebeneinander verschiedener Bewegungen auch die Gleichzeitigkeit verschiedener Seelenvorgänge unmöglich geworden wäre, so wäre hiermit die gesuchte Erklärung gegeben. Denn im tiefsten Grunde seines Wesens erscheint mir der Mensch als

¹⁾ *Bostroem*: Zum Verständnis gewisser psychischer Veränderungen bei Kranken mit Parkinsonschem Symptomenkomplex. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 76, 4, S. 444ff.

äsozial. Diese noch nicht sozialen, primitiven Affekte würden also zur Dominanz gelangen, weil der geringer affektbetonte Ablauf der ethischen Gegenvorstellungen gar nicht oder nur sehr langsam sich vollziehen könnte, gleichsam nur im motorischen Parkinsontempo.

Nun haben aber die Arbeiten von *Hauptmann*¹⁾ und die veröffentlichten Selbstbeobachtungen von *Mayer-Groß* und *Steiner*²⁾ gezeigt, daß eine Parallele zwischen Parkinsonismus und psychischen Vorgängen in keiner Weise besteht. Somit erscheint auch die bisher von mir versuchte Darstellung der kindlichen Charakterveränderungen zum mindesten sehr unwahrscheinlich, wenn man sie nicht mit der Annahme retten will, daß die Lebhaftigkeit der kindlichen Vorstellung sich zugleich mit dem Auftauchen des Wunsches auch den dazu erforderlichen Ausführungsbewegungen zuwendet, so daß die Präokkupation der Gedanken nicht auf psychischem, sondern motorischem Gebiete zu suchen wäre. Das aber erscheint mir selbst unhaltbar, vor allem da die Eigenbeobachtungen an größerem Encephalitikermaterial mir die Inkongruenz zwischen Psyche und motorischer Reaktion im *Hauptmannschen* Sinne deutlich vor Augen führten.

Es muß auffallen, daß diese in den ersten 5 Krankengeschichten geschilderten psychischen Veränderungen: Diebstahl, Lüge, Brutalität, gerade an Kindern, und ich möchte im Hinblick auf das durchmusterte zahlreiche Encephalitikermaterial der Chemnitzer und Hallenser Klinik betonen, fast ausschließlich an Kindern, zur Beobachtung kommt. Gewiß läßt sich das unfreundliche, feindlich aggressive Benehmen der Kranken gegenüber ihrer menschlichen Umgebung als verstärkte Reizbarkeit infolge Übermüdung, ständiger Übermüdung, erklären. „Der ermüdete Mensch ist reizbarer als der ausgeruhte“³⁾. Und da die Encephalitiker zu jeder Bewegung den bewußten Willen nicht nur benutzen, sondern auch erheblich anspannen müssen, ist ihre Ermüdung im Vergleich zum Gesunden und damit auch ihr Ruhebedürfnis ungleich größer. Fall 1 äußert ja auch, er habe den Kameraden geschlagen, „weil er so schrie“, er fühlt sich wohl nach seiner Verlegung auf eine andere Station, „weil es da so ruhig ist“. Fall 5 zeigt vermehrte Reizbarkeit, wenn das Mädchen aus seiner Ruhe aufgestört wird. *Karger* spricht in seiner oben erwähnten Arbeit direkt von der Ermüdung des psychischen Hemmungsapparates, der dann das von Fall zu Fall wechselnde Bild der reizbaren Schwäche entstehen läßt. Gewiß, diese Er-

1) *Hauptmann*: „Der Mangel an Antrieb“ von innen gesehen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **66**, 5, S. 615ff.

2) *Mayer-Groß* u. *Steiner*: Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **73**, S. 283ff.

3) *P. Karger*: Die Hypokolasie, ein Beitrag zur Neuropathiefolge. Jahrb. f. Kinderheilkunde **98**, 3. Folge, Heft 1/2, S. 22ff.

müddungsreizbarkeit erklärt manches an dem Benehmen der Kinder, auch manches, was als uns „grundloser Angriff“ auf die Umgebung der Kranken erscheint, aber diese Erklärung rührt nicht an die Wurzel dieser ethischen Veränderungen. Es muß hier etwas, zum mindesten eine Komponente, vorliegen, die direkt im Zusammenhang mit der kindlichen Psyche steht; und der Fall 6 erschien mir deshalb so wertvoll zur Beifügung, weil es sich hier um eine geistig und körperlich infantile Frau handelt, deren Psyche in vielem der kindlichen Psyche gleichzusetzen ist. Und in der Tat: auch diese Kranke wird grundlos aggressiv gegen Mitpatienten, neigt zu Lügen, bohrt hartnäckig mit dem Finger in der Nase (siehe Fall 1), und alle Ermahnungen sind ohne nachhaltige Wirkung, verschwinden gleichsam aus der Erinnerung mit dem Abklingen des durch sie ausgelösten Affektes.

Sind diese veränderten seelischen Reaktionen etwa den spät-epileptischen Charakerveränderungen gleichzuwerten? Sicher nicht. Es fehlt dabei der sich durchaus immer kleiner schnürende Ring egozentrischer Einengung; im Gegenteil: die Intelligenz bleibt intakt. Es fehlt auch das Tückisch-Boshafte, das die Epileptiker für ihre Umgebung so unendlich macht. Die Handlungen der Encephalitiker erscheinen vielmehr kataton-impulsiv, wie ja auch W. Weber¹⁾ schon früher betont hat. Der Spätepileptiker ist gleichsam geradliniger, stetiger in seinem Verhalten; seine Zornesausbrüche sind nur Höhepunkte seiner ständig asozialen ichbetonten Stimmung. Die Kinder mit post-encephalitischen Charakerveränderungen haben bei im Grunde intakt erscheinender Psyche nur unvermittelte Ausbrüche fremdartiger Impulse, und erst deren Häufung macht sie unendlich in der häuslichen Umgebung.

Auch der Versuch, das psychische Krankheitsbild unter dem Begriff der moralischen Abartung (*moral insanity*) zu summieren, muß meines Erachtens aufgegeben werden, obwohl hier die Vergleichsmöglichkeiten noch am zahlreichsten sind. Wohl sind die Kranken zeitweise „weitgehend suggestibel für ihre eigenen Stimmungsschwankungen“²⁾, und es erscheinen „einzelne Affekterscheinungen geradezu zwangsmäßig zu dominieren“, aber es fehlt doch durchweg die Einengung der Affektskala, die Armut an Gefühlen; und die Fähigkeit, „das gegenseitige Verhältnis der den einzelnen psychischen Inhalten zukommenden Affektwerte zu regulieren“, ist nur temporär verloren gegangen. Wenn diese Kranken ins Bett urinieren, so liegt das nicht daran, daß die Empfindung für die Blasenfüllung verloren gegangen ist, sondern daran,

1) Weber: Psychische Beeinflussungen encephalitischer Bewegungsstörungen. Münch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 14, S. 524.

2) Anton: Über krankhafte moralische Abartungen im Kindesalter. Jur.-psychiatr. Grenzfr. 7, Heft 3, 1910.

daß dieser Unlustaffekt nicht stark genug ist, um die Parkinsonsche Hemmung zu durchbrechen.

Mayer-Groß und *Steiner* haben in ihrer wissenschaftlichen Schlußbetrachtung über den Fall von „Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung“ darauf verzichtet, „das psychische Krankheitsbild mit einem Schlagwort zu kennzeichnen“, und auch ich muß mich im wesentlichen mit der Wiederholung begnügen, daß ich in dem Wesen der kranken Kinder manche Analogie zu schizophrenen Symptomen sehe. In seiner autobiographischen Schilderung heißt es bei dem oben zitierten Kranken (S. 306):

„Abends habe ich oft Ideen, die etwas Bestechendes für mich haben, z. B. mitten in der Nacht aufzustehen und eine Pfeife zu rauchen oder einen Brief zu schreiben, laut aufzuschreien oder dergl. Ich habe ihnen aber bisher noch nicht nachgegeben. (Er habe mitunter den Einfall, etwas Unsinniges zu tun, z. B. habe er die Idee, den Hühnern den Hals umzudrehen usw. . . .)“

Da haben wir in einwandfreier Selbstbeobachtung die auch bei den Kindern zutage tretenden Zwangsphänomene, und wer die Arbeit von *Mayer-Groß* und *Steiner* daraufhin aufmerksam durchliest, wird mit den beiden Autoren zu dem Schluß kommen, daß gerade diese Zwangsantriebe in der psychischen Seite der Erkrankung bei den geschilderten Patienten durchaus dominieren. Das gleiche möchte ich für die hiesigen Fälle gelten lassen.

Bohren in der Nase, bis sie blutet (Fall 1, 5 und 6). Alle Ermahnungen fruchten nichts, Strafen bleiben wirkungslos, Einbinden und Eingipsen der Hände verhindern die Handlung für nur eben diese Zeitdauer; dann ist der Zwang wieder stärker und siegt ob. Fall 2 läuft plötzlich zur Polizei und verklagt in verlogener Weise die Eltern, Fall 3 quält die ihm gezeigten Kaninchen (s. o. „... habe die Idee, den Hühnern den Hals umzudrehen“), der schon zitierte Fall 1 schlägt mitten in harmloser Unterhaltung die besuchende Mutter, macht mehrfach die unsinnigsten Selbstmordversuche, schleicht Männern auf den Abort nach, um sie an den Genitalien zu ziehen, bestiehlt wiederholt andere Kranke — alles Zwangsimpulse, die sich von dem *Mayer-Groß-Steiner*-schen Fall nur dadurch unterscheiden, daß sie tatsächlich zur Ausführung gelangen. Das liegt in der kindlichen Psyche begründet, der stärkeren Triebhaftigkeit aller Handlungen in jugendlichem Alter. Da ist die Sublimierung der Triebhandlung zur Willenshandlung noch in den Anfängen, ihrem genetischen Ursprung gewissermaßen noch näher; *Hauptmann* definiert ja: „Wollen ist nur das Getriebenwerden bzw. das Gezogenwerden von dem Wissen um einen Lustgewinn, oder anders ausgedrückt, von dem Unlustgefühl, das aus dem Bedürfnis nach einem Lustgewinn geboren wird“ (Mangel an Antrieb, S. 627).

Ich glaube bestimmt, daß bei geeigneter Sondierung intellektuell hochstehender Encephalitiker noch manche Parallele zum Fall *Mayer-Groß* und *Steiner* sich wird aufdecken lassen, vor allem da ja nun Anhaltspunkte gegeben scheinen, in welcher Richtung das Affektleben dieser Kranken gestört sein kann. Und ich glaube, daß dann zwischen den unethischen Handlungen der Kinder und den Einfällen der Erwachsenen, „Unsiniges zu tun“, lediglich ein gradueller Unterschied bleiben wird. Vielleicht schützt lebensältere Kranke z. T. auch nur die Krankheit selbst vor der Auswirkung ihrer Zwangsphänomene, weil zur Überwindung der Akinese an sich schon ein extrem gesteigerter Antrieb, eine Affekthochspannung nötig ist. Diesen für affektregulierten Erwachsenen erforderlichen Schwellenreizwert scheinen — nach dem *Mayer-Groß-Steinerschen* Fall zu urteilen — diese Zwangsideen doch wohl nicht zu erreichen. Und Fälle wie mein Fall 3, wo keinerlei affekthemmende Parkinsonsymptome, sondern nur Charakterveränderungen nach der Encephalitis verblieben, fand ich bislang an Erwachsenen nicht beschrieben.

*Pette*¹⁾ versucht diese „eigenartigen Triebhandlungen gegen die Umgebung, sich steigernd bis zur Zerstörungswut und aggressivem Vorgehen“ (S. 56) als „Auswirken abnormer Bewegungsimpulse zu allgemeiner motorischer Unruhe“ anzusehen, als „Hyperkinese“. Ich stehe nach dem oben Gesagten dieser Herleitung etwas zweifelnd gegenüber, so sehr sich in Einzelheiten meine eigenen Beobachtungen mit denen *Pettes* erfreulicherweise decken. Auch er fand diese Zwangshandlungen „besonders bei Kindern“; und auch bei meinen eingangs zitierten Krankengeschichten fehlt durchweg das lethargische Krankheitsstadium im Beginn, sowie bei einzelnen Fällen (3 und 4) jeglicher Parkinsonismus, beides „eine Tatsache, wie sie speziell bei Kindern häufig beobachtet wird“. Aber wenn auch Kratzen, Nägelkauen, Bohren in der Nase als Ausdruck *motorischer* Unruhe allein angesehen werden kann, also als rein motorischer Zwang, so liegt doch andererseits bei Diebereien, Tierquälereien, Selbstmordversuchen und den kindlich sexuellen Attentaten (Fall 1) der psychotische Zwangscharakter klar zutage. Wahrscheinlich gibt es auch hier, wie immer in Physiologie und Pathologie, fließende Übergänge oder auch eine Verquickung beider Zwangsmotive.

Diese Verquickung möchte ich auch für den Deutungsversuch der Lügenhaftigkeit in Anspruch nehmen. Sehr schön tritt der psychische Zwangscharakter bei Fall 2 in Erscheinung, wo das Mädchen plötzlich zur Polizei läuft und die Eltern verleumdet. Das kinetische Moment

¹⁾ *Pette*: Die epidemische Encephalitis in ihren Folgezuständen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 76, 1—4.

scheint allerdings vorzuherrschen, und zwar meines Erachtens in beiden Phasen, der hyperkinetischen wie der akinetischen. Lügt das Kind im Unruheintervall, so steht dieser Zug durchaus im Einklang mit vorlautem, frechem Benehmen der Umgebung gegenüber und kann mit *Pette* als hyperkinetische Wechselbeziehung zwischen Motorium und Psyche aufgefaßt werden. Und das gleiche gilt für das akinetische Stadium; wir haben dann eben den schon eingangs erwähnten Zustand der reizbaren Schwäche vor uns, in dem das Kind „auch um der unbedeutendsten Kleinigkeit willen“ zur Lüge greift aus der instinktiven Abwehr gegenüber allem, was auf sein Ruhebedürfnis störend einwirken könnte. Es sind gewissermaßen „Notlügen“, die dann gebraucht werden, und gerade die immer wieder vorgebrachten Klagen der Eltern, daß das Kind „um jeder Bagatelle willen“ lügt, weisen meines Erachtens auf die somatische Ursache dieser Art der Unwahrhaftigkeit hin.

Die Prognose dieser Fälle dürfte, wenn die obigen Darstellungen zutreffen, wenig günstig sein. Es liegt ja wohl in einzelnen Fällen sicher kein krankhafter *Prozeß* mehr vor, vielmehr schon eine „Narbe“ (*Hauptmann*). Ob das, was wir sehen — um bei dem Bilde zu bleiben —, schon ein definitiver Kallus ist, kann heute wohl noch nicht endgültig entschieden werden. Möglich ist, daß bei zunehmendem Alter eine größere Affektbeherrschung eintritt, die jugendlichen Kranken also in das Stadium des *Mayer-Groß-Steinerschen* Falls kommen, in dem die Zwangsantriebe nicht mehr zur Entladung gelangen. Die Intelligenz ist ja primär nicht geschädigt und dürfte wohl bei Kranken mit fehlendem oder geringem Parkinsonismus auch keine weiteren Schädigungen erleiden. Bedenklicher steht es um die Fälle mit hochgradigem Parkinsonismus, weil durch die Bewegungsarmut auch rein motorische eine „Gesichtsfeldeinschränkung“ hervorgerufen und die Zahl der äußeren Eindrücke erheblich reduziert wird. Die bisherigen, in Halle wie in Chemnitz angestellten medikamentösen Beeinflussungsversuche haben mit subcutanen Hyoscininjektionen, Schwitzkuren, vor allem aber mit der intravenösen Infusion blutisotoner Jodlösung nach *Pregl* zum mindesten eine Hintanhaltung weiterer Verschlimmerung des Parkinsonismus erreicht, während die nichtbehandelten Fälle häufig auch noch in späten Intervallen schubweise Verschlechterung zeigten. Für die ethischen Defekte ist namentlich die *Preglsche* Jodbehandlung wenigstens mittelbar von Nutzen, da mit der Verringerung der Hyperkinese sich auch der Zustand der reizbaren Schwäche bessert. In Fall 4 ist durch Balkenstich (*Anton*)¹⁾ eine nicht unwesentliche Besserung eingetreten. Wie weit pädagogische Einflüsse gleichsam als dauernde

¹⁾ *Anton*: Krankhafte moralische Abartung nach Encephalitis epidemica. Zeitschr. f. Kinderforsch., April 1923.

„Fremdeinflüsse“ die Zwangsimpulse zu neutralisieren vermögen, muß sich erst zeigen und wird wohl in seinem Erfolg durchaus von der Schwere des Falles abhängig sein.

Zusammenfassend möchte ich sagen:

1. Wir sehen als Spätfolge der Encephalitis, und zwar meist der nicht-lethargischen Form, bei jugendlichen Kranken ethische Defekte: Lüge, Diebstahl, Brutalität auftreten.
 2. Diese Defekte erscheinen einestells als rein psychische Zwangshandlungen, andererseits als psychisches Korrelat motorischer Akinese oder Hyperkinese.
 3. Eine Beeinflussung dieser Zustände erscheint, besonders mit intravenöser Jodinfusion (*Pregl*), möglich, vor allem wenn die ethischen Veränderungen weniger in Form von Zwangsimpulsen als in reizbarer Schwäche als psychisches Korrelat der Hyperkinese auftreten. Der Erfolg pädagogischer Beeinflussung ist noch ungewiß.
-