

(Aus der psychiatrisch-neurologischen Klinik in Wien.)

Über den Mechanismus der postencephalitischen „psychopathieähnlichen“ Zustandsbilder bei Jugendlichen.

Von

Privatdozent Dr. Josef Gerstmann und Dr. Otto Kauders.

(Eingegangen am 19. März 1924.)

Die vorliegende Abhandlung hat nicht den Zweck, neues kasuistisches Material zur Frage der eigenartigen Folgezustände nach Encephalitis epidemica bei Jugendlichen beizubringen. Denn die einschlägige Literatur enthält bereits eine ganze Reihe interessanter Beobachtungen und Mitteilungen [*Kirschbaum*¹), *Kauders*²), *Bonhoeffer*³), *Mingazzini*⁴), *Rüttimeyer*⁵), *Bychowski*⁶), *Hofstadt*⁷), *Gurewitsch*⁸), *Böhmig*⁹) u. a. m.] über die erstaunlichen Dauerveränderungen in der psychomotorischen Haltung der Persönlichkeit, die die epidemische Encephalitis gerade bei Jugendlichen hinterlassen hat. Eine befriedigende pathophysiologische Erklärung der hier zu beobachtenden eigentümlichen — und immer wieder paradox anmutenden — Krankheitsbilder wird aber vermisst. Mit der Bezeichnung „psychopathische Charakter- und Wesensveränderung“ u. dgl. — wie die postencephalitischen Residuärzustände bei Jugendlichen von manchen Autoren umschrieben werden — wird der tatsächliche Mechanismus dieser Störungen dem Verständnis durchaus nicht nähergebracht. Vielmehr scheint es auf Grund unserer bisherigen Beobachtungen und Erfahrungen an einem großen Material hierhergehöriger Fälle, daß durch eine derartige Deutung und Auffassung dieser Zustandsbilder als eine Art erworbener Psychopathie ein tieferer Einblick in den Mechanismus derselben eher gehemmt als gefördert wird.

¹) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **73**. 1921.

²) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **74**. 1922.

³) Klin. Wochenschr. 1922, Nr. 29.

⁴) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **63**. 1921.

⁵) Schweiz. med. Wochenschr. 1921, Nr. 1.

⁶) Zentralbl. f. Neurol. 1921, Nr. 40.

⁷) Münch. med. Wochenschr. 1921, Nr. 37.

⁸) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **86**. 1923.

⁹) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **63**. 1923.

Ausgehend von zwei besonders charakteristischen und lehrreichen Fällen aus dem Encephalitikermaterial der Wiener psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik, deren beide Krankheitsgeschichten im folgenden mitgeteilt werden, soll hier nun der Versuch einer Analyse und eines Verständnisses der Pathophysiologie und des Wesens der postencephalitischen Krankheitsbilder bei Jugendlichen von der motorischen Seite her unternommen werden. Es soll gezeigt werden, daß den im Vordergrunde derselben stehenden Erscheinungen primär ein pathologisches Übermaß an instinktiven Bewegungsantrieben, eine krankhafte Steigerung oder Enthemmung der strio-pallidär repräsentierten dynamisch-energetischen Faktoren derselben und eine daraus sich ergebende impulsive, durch Erfahrung, Überlegung und Urteil, trotz intellektueller Integrität, nicht mehr regulierbare, sehr oft in elementarer Weise zutage tretende Auswirkung und Verwertung der motorischen Mechanismen an den Vorgängen und Eindrücken der Außenwelt zugrunde liegen.

Fall 1. A. H., 15 Jahre alt, ohne Beruf. Die Familienanamnese bietet keine Besonderheiten, Pat. stammt aus einer gesunden Bauernfamilie. Normaler körperlicher und geistiger Entwicklungsgang. Aufnahme in die psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik am 28. VI. 1922. Hat vor 3 Monaten „Grippe“ durchgemacht. Dabei leichte Temperatursteigerung, Mattigkeit, Stirnkopfschmerz, starke Schlafsucht; durch 14 Tage bestanden am Beginn der Erkrankung Doppelbilder bei sämtlichen Blickrichtungen. Ist durch einige Wochen bettlägerig, dann schwindet die Schlafsucht. Pat. schläft nachts schlecht, unruhig. Sie bemerkt, daß sie in der Nähe schlecht sieht, was sie beim Schreiben und Lesen stört. In den letzten Wochen wird ein erheblicher Fettansatz, besonders in der Wangen- und Unterbauchgegend lokalisiert, auffällig. Die Pat. hat noch nicht menstruiert, während zwei ältere Schwestern schon mit 14 Jahren ihre Menarche hatten.

Der somatische Befund ergibt: Mittelgroße, kräftige Pat. mit starker Fettpolsterung, besonders in der Kinn-Wangenregion und am Stomach. Leichte Struma parenchymatosa. Es besteht Polypnoe bis zu 50 Atemzügen in der Minute, auch in absoluter Ruhe, meist aber periodisch sich steigernd. Tachykardie, bis zu 120 Pulsschlägen in Ruhe. Beiderseits geringe Ptosis. Pupillen rund und prompt auf Licht reagierend, ausgesprochene Konvergenzschwäche. Nystagmus horizontalis bei extremen seitlichen Blickbewegungen. L. Mundwinkel steht etwas tiefer, l. Nasolabialfalte etwas verstrichen. In Wangen- und Kinnregion r., gelegentlich auch im r. Lid treten mitunter fibrilläre Zuckungen auf, auf sensorische Reize hin sich verstärkend. Sonst Hirnnerven o. B. An den o. und u. E. kleine Paresen, keine Spannungszustände, Reflexe normal auslösbar. Der Gang ist leicht breitspurig, etwas ungeschickt, jedoch nicht deutlich ataktisch. Stehen auf schmaler Basis, etwas schwankend, bei Augenschluß noch schlechter.

Die Pat. zeigt ein schlafliches Aussehen, das durch gelegentlich auftretendes kramphaftes Gähnen noch verstärkt wird und das in ziemlich auffälliger Weise mit dem zu schildernden Gesamtverhalten der Pat. kontrastiert. Aus einer gleichsam torpiden Ruhe heraus wird Pat. unvermittelt in ausgesprochener Weise versatil, hier stellt sie eine Frage oder ein Anliegen und läßt sich in geschwätziger Weise nicht abweisen, dort macht sie mit einer ihr unbekannten Person einen Witz, gleich darauf richtet sich ihre Aufmerksamkeit wieder auf andere zufällige Vor-

gänge im Krankensaal und nimmt zu denselben in einer mehr oder minder lebhaften Weise Stellung. Die Grundstimmung ist eine gleichmütig heitere, euphorische. Das Verhalten dem examinierenden Arzt gegenüber zutraulich, ungeniert, hemmungslos, zudringlich, unterbricht das Examen, stellt Fragen, argumentiert, ist jedoch bei Zurechtweisung — wenn auch nur für Augenblicke — eindenkend und fügsam. Gute und rasche Auffassung, dem Bildungsgrad entsprechender Kenntnisstand, zutreffendes Urteilsvermögen, Schlagfertigkeit im Argumentieren charakterisieren die Pat. intellektuell. Mit dieser guten Verstandestätigkeit kontrastiert ihr Verhalten gegebenen Situationen gegenüber; ob bei der Vorstellung in der Vorlesung oder im Gespräche mit ganz fremden Personen, immer im Mittelpunkt des Interesses, vorlaut, dreist, aufdringlich, spricht, lacht, stellt ungehörige Fragen, gibt jedem Einfall triebhaft nach, bittet und schimpft gelegentlich. Ermahnungen und ernste Zurechtweisungen sind ohne irgendeinen anhaltenden Einfluß, vermögen kaum den gleichmäßig heiteren Affekt nennenswert umzustimmen, sie übertritt im nächsten Augenblick wieder das ihr gestellte Verbot usw. Ihre Stellungnahme zu ihrem exzessiven Verhalten erweist sich in den Unterredungen als eine einsichtige, abwehrende. „Ich kann nicht anders“, „ich kann halt nicht ruhig sitzen, muß immer was haben, sonst bin ich nicht zufrieden“, sind Äußerungen, die stets wiederkehren. Die Pat. wird ungebessert auf eigenes Verlangen den Eltern übergeben, wird aber schon nach 5 Monaten, als zu Hause nicht haltbar, der Klinik wieder überstellt.

Das Parere des Amtsarztes besagt: „Ist kindisch, eigensinnig, spricht sehr viel, ist zudringlich, fürchtet den Verstand zu verlieren. Bleibt allein nicht zu Hause, läuft sofort auf die Straße, spricht dort alle Leute an, fühlt sich zu Hause unglücklich, stößt Drohungen aus, wenn man sie nicht fortläßt.“ Körperlich zeigt die Pat. eine hochgradige Zunahme der Fettsucht, hat in 5 Monaten um ganze 28 kg zugenommen. Im letzten Monat eine Zunahme um 10 kg, obwohl die Nahrungsaufnahme möglichst eingeschränkt wurde; die Menstruation ist noch nicht eingetreten; der Nervenstatus ist unverändert. Die eingangs geschilderten Eigentümlichkeiten der Pat. treten noch stärker hervor und haben sich inzwischen zu einem charakteristischen Gesamtverhalten gestaltet. Sie ist beinahe den ganzen Tag in ständiger Bewegung, auch die geringste Änderung in der momentanen Konstellation ihrer Umgebung erzeugt unvermittelt motorische Zuwendung und Einstellung, die sogleich zur motorischen Entladung in Frage, Bemerkung, impulsiver Handlung oder auch nur in allgemeiner Unstetigkeit drängt. Dabei sind diese ständigen Zuwendungen zur Umgebung stets labil, jäh wechselnd. Eine Prüfung der Aufmerksamkeit ergibt dementsprechend ausgesprochene Hypervigilanz bei einer nur geringen Tenazität. Das ganze Gehab der Pat., das oft von einer spielerischen Freude am Theatralischen, am Clownmäßigen begleitet ist, ähnelt mitunter manischen Zustandsbildern. Bei näherer Beobachtung erweist sich jedoch diese Ähnlichkeit bloß als eine äußere. Es fehlen nämlich die wesentlichen Charakteristica der Manie. Die euphorisch-heitere Stimmungslage der Pat. ist keine primäre und nur durch das motorische Geschehen bestimmt, es besteht kein Abspringen des Gedankenganges, keinerlei Ideenflucht, kein gehobenes Selbstbewußtsein, keine expansiven Ideen. Pat. wird durch ihr Verhalten ein sehr unangenehmer Störenfried der Abteilung, sie wandert immer wieder von der ruhigen auf die unruhige Abteilung, überall unbeliebt wegen ihrer ständigen Zudringlichkeit, Unruhe, Geschwätzigkeit, Vielgeschäftigkeit, und der völligen Unmöglichkeit, sich auch nur zeitweilig völlig ruhig zu stellen. Im Verkehr mit den anderen Mitpatientinnen ergeben sich ständig Konflikte der verschiedensten Art, sie ist stets geneigt zu allerhand Schabernack und Allotria. Bei diesen Anlässen wird sie mitunter blitzartig aggressiv, boshaft, verleumderisch, lügt und stiehlt. Auch hier zeigt sich aber bei eingehender Beobachtung, daß diese den psychopathischen

ähnelnden Reaktionen nicht etwa anzusprechen seien als Ausfluß einer wirklichen psychopathischen Charakter- oder Persönlichkeitsveränderung. Ihre gelegentlichen Angriffe und „boshaften“ Akte gegenüber der Umgebung sind nie vorbereitet, überlegt, sondern spielen sich in der Regel stürmisch, motorisch-impulsiv, triebhaft ab und sind nicht selten sofort von gutgemeinten Annäherungsversuchen, die allerdings gleich in die gewöhnliche aufdringliche Anschmiegsamkeit ausarten, ausgeglichen. Wenn Pat. einmal lügt und stiehlt, so geschieht dies sozusagen nur aus der momentanen Situation heraus, unter dem Drange eines Impulses, triebartig, unüberlegt, ungeschickt, keineswegs etwa in einer irgendwie raffinierten oder zielbewußten Weise. So stiehlt sie z. B. einmal einer anderen Pat. unmittelbar nach der Besuchszeit eine der dieser mitgebrachten Orangen mit der Begründung, daß die Orangen eben zu verlockend gewesen seien, sie habe sich enthalten können, eine davon zu nehmen, sie hätte ja gar nicht zu nehmen brauchen, weil man sie ihr ohnehin gegeben hätte usf. Bemerkenswert ist das Verhalten der Pat. während ihrer zeitweisen Isolierung in der Einzelzelle. Sie liegt dann in bester Laune auf ihrem Bette, strampelt mit den Beinen und trällert endlose Melodien vor sich hin, glaubt sie das Herannahen eines Arztes oder einer Pflegeperson zu hören, so eilt sie zur Türe, schreit, schimpft, bittet und beschwört, sie herauszulassen, trommelt schließlich mit den Fäusten an die Türe und setzt dies oft stundenlang fort. Sie bekritzelt die ganzen Wandflächen der Zelle mit allerhand Sprüchen, Bemerkungen und Zeichnungen, schreibt lange Episteln an Freundinnen und Verwandte, auf deren Absendung sie aber scheinbar nur wenig Wert legt. Aus der Isolierung schließlich entlassen, ist ihr Verhalten durchaus ungeändert, sie beginnt sofort wieder in alles sich einzumengen, ihre Bitten, Fragen, Beschwerden gehen ins Endlose. Besonders ihre Klagen über irgendwelche körperliche Beschwerden sind zahlreich und stets wechselnd, sie frequentiert die verschiedensten Spezialärzte, wobei sich stets ein negativer Befund mit einer einzigen Ausnahme ergibt. Es wird nämlich bei der Pat., die über Brennen im Genitale und Ausfluß klagt, De-florierung festgestellt und Verdacht auf gonorrhöische Infektion (bei dem 15jährigen, noch nicht menstruierten Mädchen!) ausgesprochen. Darüber interpelliert, gibt sie ziemlich freimütig mehrmaligen Geschlechtsverkehr zu, sie sei eben so neugierig gewesen, wie das denn eigentlich sei, sie habe aber weder besonderes geschlechtliches Verlangen, noch geschlechtliche Erregung verspürt.

Die eingehendere psychiatrische Untersuchung der Pat. ergibt keine Aufälligkeiten. Das Verhalten der Aufmerksamkeit wurde schon oben erwähnt. Die Assoziationsversuche ergeben vorwiegend Reaktionen in Schema der Kontinuität oder des Kontrastes, ohne daß sich inhaltlich irgendwelche Beziehungen zu dem Gesamtverhalten der Pat., besonders in motorischer Beziehung, ergeben würden. Aus der psychologischen Untersuchung verdient indessen ein Moment besonders hervorgehoben zu werden, und dies ist die Stellungnahme der Pat. zu ihrer veränderten Verhaltungsweise seit der Erkrankung und den sich hieraus für sie ergebenden Folgen. Zunächst ist zu betonen, daß eine solche Stellungnahme verhältnismäßig selten spontan erfolgt. Auch über Aufforderung wird sie öfters in oberflächlicher Weise abgelehnt oder Pat. sucht über das ihr nicht genehme Thema mit einer witzelnden Bemerkung hinwegzugleiten. Nach eindringlicher Fixierung urteilt sie aber entschieden und krankheitseinsichtig, gerät dabei flüchtig in eine depressive Stimmungslage, reflektiert oder macht sich aufrichtige Vorwürfe. Sie bezeichnet sich selbst als „krankhaft“. Sie habe eben „so den Drang in sich“. Früher sei sie ein sehr stilles Kind gewesen, der Vater habe sie oft darüber ausgezankt, weil sie so verschlossen sei. (Und jetzt?) „Ein lustiges Rindvieh bin ich halt.“ Sie meint weiter: „Ich muß ja immer reden, wenn ich auch den festen Willen hab‘, mich zurückzuhalten und nichts rede, wird mir ganz anders, ganz

grau vor den Augen, ein bissel schwindlig — erst wenn ich dann wieder red', ist es besser“. Oder: „Manchmal kann ich mich nicht mehr zurückhalten, es muß heraus, ich hab' so einen Drang in mir, zum Sprechen, jetzt schon nicht mehr so wie früher, aber wenn ich halt was haben will oder wer hereinkommt“. Sie sagt: „Ich kränk' mich ja so, daß ich jetzt ganz anders bin“. „Wenn ich allein bin, muß ich über mich studieren, wie ich geworden bin und dann wein' ich.“ „Glauben Sie, mir ist es angenehm, wenn alle mit mir schimpfen und mich nicht leiden können, ich weiß ja, daß ich zudringlich bin, aber ich kann nicht anders!“ Immer wieder tauchen in diesen vielfach variierten Äußerungen zwei Momente auf, einerseits der unwiderstehliche „Dranges“, dies oder jenes zu tun, andererseits das Gefühl des Zwangsmäßigen dieses Dranges, welch letzteres Gefühl allerdings nach den Äußerungen der Pat. zu schließen, meistens nicht manifest in den psychischen Inhalten gegeben, sondern wohl eher dem Ergebnis einer nachträglichen rationalisierenden Überschau der Erlebnisse entsprechen dürfte.

Die Pat. wird am 3. VII. 1923 ungebessert der häuslichen Pflege wieder überlassen.

Fall 2. M. K., 14 Jahre alt, ohne Beruf. Stammt aus gesunder Bauernfamilie, ist das erste von 5 gesunden, auch geistig gut entwickelten Kindern. Hat sich körperlich gut, geistig sogar etwas über den Durchschnitt entwickelt, zeigte Begabung für Sprachen, etwas Interesse für Literatur. War immer gleichmäßig bescheiden. Im Frühjahr 1920 „Grippe“ durchgemacht, angeblich ohne Fieber, hatte Zuckungen an den Extremitäten, später durch 14 Tage Schlafsucht. Erholte sich rasch von dieser Erkrankung; im Anschluß daran tritt eine eigenartige Veränderung auf. Sie wird in ihrem Benehmen unstet, launenhaft, reizbar und störrisch, sucht ihrem Willen auf jede Weise Geltung zu verschaffen, zeigt Neigung zum Herumvagieren, bleibt oft halbe Tage und länger vom Hause weg, bis sie wieder eingeholt wird. Ist bei Ermahnungen und Strafe einsichtig und sehr empfindlich, obwohl völlig unbelehrbar. Sie ist zudringlich, streitsüchtig und frech gegen ältere Personen, schimpft gern in ordinärer Weise. Kleinere Diebstähle zu Hause und bei fremden Leuten sollen vorgekommen sein. Sie soll sich gelegentlich auch mit Burschen herumtreiben und von ihnen mißbrauchen lassen. Muß bald aus der Schule entlassen werden, weil sie den Unterricht stört, auch in einer Erziehungsanstalt kann sie sich verschiedener Ungehörigkeiten halber nur durch 14 Tage halten, bei einem dreimonatlichen Aufenthalt in einer Landesirrenanstalt muß sie wegen Skandalsucht und zudringlichen Benehmens auf die unruhige Abteilung gebracht werden. Bei dem Versuche andauernder Beschäftigung in der Landwirtschaft versagt sie.

An der psychiatrisch-neurologischen Klinik vom 16. III.—17. V. 1923. Mittelgroß, graziler Knochenbau, mittelguter Ernährungszustand, sekundäre Geschlechtscharaktere etwas über das Alter hinaus entwickelt (Menstruation hat mit 13 Jahren eingesetzt). Der Nervenstatus ist außer einer fast völlig aufgehobenen Konvergenzreaktion der Pupillen und gelegentlich auftretenden fasciculären Zuckungen im Bereich des l. Mundfacialis negativ. Ophthalmologischer Befund: Beiderseits Akkommodationsparese, leichte Ptosis l., schwankende und unsichere Doppelbilder ohne nachweisbare Paresen der Augenmuskeln. Im Examen ist Pat. ruhig, klar und geordnet, anfangs ausgesprochen schüchtern und zurückhaltend, später aufgeweckt und sichtlich interessiert, das Examen immer wieder durch allerhand Fragen, die aber mit den gegebenen Themen irgendwie in Zusammenhang stehen, unterbrechend, nicht sonderlich ablenkbar. Auf den Vorhalt der anamnestischen Angaben hält sie inne, meint dann etwas indigniert, sie sei eben so, sie könne sich eben nicht ändern, ihr tue ihr Verhalten selbst sehr leid, sie vergesse aber gleich wieder auf Tadel und Strafe, mache im nächsten Moment wieder dasselbe. Ihre Lügenhaftig-

keit gibt sie zu, motiviert sie mit Angst vor Strafe, dagegen setzt sie sich lebhaft gegen den Vorwurf der Arbeitsunlust zur Wehr, man solle ihr nur die richtige Arbeit geben, an der sie Freude findet, so werde sie mehr leisten als alle anderen. Wenn im Dorfe irgend etwas los sei, sei sie immer „die Erste“; als sie einmal strafweise bei irgendeiner Festlichkeit zu Hause eingesperrt wurde, hob sie die Haustüre aus und setzte ihren Willen dennoch durch. Sie gibt zu, daß sie öfters mit jungen Burschen in den Wald gegangen sei, wo es dann zu Coitusversuchen und sexuellen Spielereien kam. Auf ein strenges Verbot des Vaters hin seien dann diese Dinge, bei denen hauptsächlich sexuelle Neugierde maßgebend gewesen sein soll, nicht mehr vorgekommen. Pat. rechnet gut, beantwortet auch ihrem Bildungsgrad angepaßte Intelligenz- und Kenntnisfragen ohne jede Schwierigkeit.

Ihr Verhalten auf der Abteilung steht in starkem Gegensatze zu dem bei der Aufnahme. Sie ist lebendig, fortwährend in Bewegung, mit jedermann gleich gut Freund, bald von einer aufdringlichen Anschmiegsamkeit und beharrlicher, lästiger Zudringlichkeit, mengt sich in alle Angelegenheiten der Abteilung ein, erteilt in kindlicher Weise Ratschläge, macht Witze, ist immer sorglos heiter und spielt den Mitpatienten allerhand lose Streiche. Dabei entbehrt ihr zudringliches Attachement an verschiedene Personen der Umgebung auch eines gewissen erotischen Einschlages nicht, so meint sie einmal auf die Frage, warum sie sich denn gerade an einen bestimmten Arzt so besonders attachiere, das geschehe deshalb, weil er einem Burschen, mit dem sie sexuelle Spielereien getrieben, so ähnlich sehe. Es gelingt auf keine Weise, die Pat. auch nur auf kurze Zeit ruhig zu stellen. Ihr Interesse ist ausgesprochen ablenkbar, so beteiligt sie sich z. B. soeben eifrig an der Ausspeisung eines Schwerkranken, um im nächsten Augenblieke mit einer Mitpatientin schreiend herumzutollen. Dieses Verhalten ändert sich in bezeichnender Weise, wenn die Pat. durch äußere Maßnahmen (Isolierung usw.) von Beschäftigung bzw. von motorischer Betätigung irgendwelcher Art abgehalten wird. Sie wird dann ungeduldig, moros und weinerlich, bittet und beschwört, sobald sie einen Arzt oder eine Pflegeperson zu Gesicht bekommt, unter Äußerungen starker Unlustgefühle in heftiger Weise, man solle sie doch nicht allein lassen, sie sei ja nicht geisteskrank, wolle unter die anderen Patienten, vor allem solle man ihr irgendeine Arbeit zuweisen, sie sei bereit, jede Arbeit, auch die schwerste zu verrichten. Auch ihre Zukunftspläne richten sich hauptsächlich danach, irgendwo, womöglich bei einem Arzte, einen Posten als Hausgehilfin anzunehmen, „wo man recht viel arbeiten kann, den ganzen Tag“. Wird der Pat. dann irgendeine Beschäftigung oder Arbeit zugewiesen, so ist sie tatsächlich mit viel Eifer und Hingabe bei der Sache, wird aber sogleich wieder ärgerlich, sobald die Gelegenheit zur Betätigung vorüber ist. Hierbei ist es auffällig, daß sie die mit lebhafter und ausgiebiger Bewegung verbundenen Arbeiten und Betätigungen (wie Zimmer auskehren, Fußboden reinigen u. a.), entschieden vorzieht; schon bei weiblichen Handarbeiten gelingt es nur für ganz kurze Zeit, sie ruhig zu erhalten; sie ist kaum imstande, sich länger als einige Minuten mit Lektüre zu beschäftigen, obwohl sie, wie schon eingangs erwähnt, gelegentlich großes Interesse an Lektüre nimmt und sichtlich bildungsbestrebt ist. Die gelegentlich auch bei dieser Pat. vorkommenden kleinen Delikte ergeben sich auch hier nur fallweise, aus einer bestimmten momentanen Gelegenheit heraus, impulsiv, wahllos, unüberlegt, unter dem Drange eines unbezwiglichen Triebes, durchaus nicht im Sinne psychopathischer Charaktereigenschaft und treten jedenfalls gegenüber den geschilderten Grundzügen ihres Verhaltens in den Hintergrund. Auch diese Pat. zeigt wie so viele andere dieser Art gelegentlich Störungen des Schlafes, sie kann vor allem schwer einschlafen, die allgemeine Unruhe, der ungestüme Drang zu irgendwelcher Betätigung pflegt sich meistens in den Abendstunden zu steigern, die Pat. zeigt

dann oft ein spielerisch-kindisches Treiben, ihrem Alter und ihrer intellektuellen Entwicklung durchaus unangepaßt. Sie führt oft mitten in der Nacht laute Gespräche mit anderen Kranken, kriecht zu ihnen in die Betten und treibt allerhand Allotria. Jeden Morgen überreicht sie dem behandelnden Arzt ein „Gedicht“, wie sie es nennt; in der Nacht, wenn sie nicht schlafen könne, kämen ihr allerhand Gedanken und die müsse sie gleich zu Papier bringen. Die Gedichte sind durch den völligen Mangel an eigenem gemütlichen und gedanklichen Inhalt gekennzeichnet, verwerten irgendwelche erlernte religiöse oder moralische Sätze in ungeschickter Form.

Auch bei dieser Pat. ergeben Assoziationsversuche der intellektuellen Entwicklung und dem Bildungsgrade durchaus entsprechende Resultate. Aus den wiederholten Unterredungen mit der Pat. verdient zum Verständnis des eigenartigen Krankheitszustandes als wesentliches Moment noch hervorgehoben zu werden: die weitgehende Krankheitseinsicht der Pat., ihre Selbtkritik und das Gefühl, daß sich mit ihr eine weittragende, ihr selbst unverständliche Veränderung vollzogen habe, die ihr Gesamtverhalten beherrscht und alle ihre Einstellungen bestimmt. Ferner sind die mit epikritischer Betrachtung ihres Zustandes verbundenen affektiven Folgewirkungen sehr bemerkenswert. Es ereignet sich nämlich nicht selten, daß Pat., die sich für gewöhnlich jeder erziehlichen Beeinflussung gegenüber als unzugänglich erweist, bei einer schärferen Zurechtweisung oder wenn ihr ihr Verhalten eindringlichst vorgehalten und sie zur Reflexion veranlaßt wird, sich unvermittelt zurückzieht, depressiv wird. Der depressive Affekt ist dann ein ausgesprochener, nicht gemachter, Pat. weint, ruhig dasitzend, vor sich hin, äußert dann gelegentlich auch Lebensüberdruß und Suizidgedanken. Die Motivierung ist immer dieselbe: sie wisse, daß sie allen lästig falle, sie sei sich selbst zur Last, sie könne doch für ihr eigenes Wesen nicht, habe den besten Willen, sich zu ändern usw. Sie muß immer zurückdenken an die Zeit vor ihrer Erkrankung, wo sie mit allen gut auskam. Die Pat. hatte unmittelbar vor ihrer Erkrankung ihre Mutter verloren, an der sie sehr gehangen hatte: „ich sehe so oft das Bild meiner Mutter vor mir, ganz deutlich, wie sie mir mit dem Finger droht, besonders in der Nacht erscheint sie mir, dann muß ich über mich nachdenken, wie ich geworden bin und muß soviel weinen“. Sie ist in dieser Zeit depressiven Verhaltens auch einer Belehrung durchaus zugänglich, verlangt dann stürmisch nach irgendeiner Möglichkeit, den sie selbst quälenden Impulsen, deren zwangsaiges Auftreten sie oft mit überraschender Prägnanz umschreibt, irgendwie zu begegnen, sei es durch irgendeine medikamentöse Behandlung oder durch eine ihr zusagende Tätigkeit. Sie ist bei Darstellung irgendeines kleinen Deliktes, das sie angerichtet hat, oft ganz zerknirscht, bittet weinend um Verzeihung, was sie tue, tue sie ohne Überlegung, sie wisse sich selbst keinen Rat dabei. Dies hindert aber nicht, daß sie gleich darauf wieder, in rasch veränderter Stimmung, irgendeinen neuen Streich verübt. Die Selbtkritik und Krankheitseinsicht kommen besonders häufig in einer schriftlich niedergelegten Selbstschilderung, die die Pat. von ihrem Krankheitsverlauf gibt, zum Ausdruck. In dieser kehren Ausdrücke wie: „seitdem (sc. seit der Erkrankung) bin ich wie umgekehrt“, „seitdem kann ich mich nicht mehr beherrschen“ immer wieder. An einer anderen Stelle heißt es z. B.: „Der Lehrer hat mich sehr zusammengeschimpft, ich hab' sehr weinen müssen, weil niemand mich versteht, weil ich doch gar nichts dafür kann, wenn ich frech bin und es gar nicht sein will.“

Die Pat. wird nach zweimonatigem Aufenthalte an der Klinik wieder nach Hause entlassen. Nach schriftlichen Berichten soll sie dort ein im wesentlichen unverändertes Verhalten zeigen.

Es liegen hier typische Bilder von Ausgangszuständen nach Encephalitis epidemica bei Jugendlichen vor.

In somatischer Hinsicht bemerkenswert ist in dem ersten Falle die rasch zur Entwicklung gelangte, hochgradige Adipositas als Folgezustand der Encephalitis. Wir haben dieses Symptom bei Jugendlichen wie bei Erwachsenen im Gefolge der Encephalitis epidemica wiederholt gesehen, und es hat auch die postencephalitische Fettsucht in der Literatur schon mehrfach Erwähnung gefunden (*Runge, W. Mayer, Bychowsky, Stiefler, Grünewald u. a.*). Im Zusammenhang mit dem Symptom der Fettsucht ist die ausgesprochene Verzögerung der Menstruation erwähnenswert. Der dynamische Grundumsatz war gesteigert. Bei der elektiven Schädigung der Mittel- und Zwischenhirnregion durch den encephalitischen Krankheitsprozeß sind diese somatischen Symptome lokalisatorisch verständlich. Sie sind wohl eine Folge einer pathologisch veränderten Tätigkeit der vermutlichen Zentren für die innersekretorischen und vegetativen Vorgänge im Boden des Zwischenhirns und in der Regio subthalamica.

Im Vordergrund der Zustandsbilder steht eine hochgradige Steigerung, ein allgemeines Übermaß an Bewegungsantrieb. Dieses Antriebsübermaß manifestiert sich in einem hypermetamorphotischen Bewegungsdrang¹⁾, hochgradiger Gesprächigkeit, triebartiger Vielgeschäftigkeit, Vorlautheit und Unstetigkeit, hemmungsloser, beharrlicher Zudringlichkeit und zäher Anschmiegsamkeit. Die Erscheinungen steigern sich oftmals zu einem asozialen, manchmal schikanösen Verhalten gegenüber der Umgebung, und es kommt schließlich nicht selten auch zu krisenhaft einsetzenden aggressiven Handlungen. Das genannte motorische Bild ist gewöhnlich mit einer starken Hypervigilanz der Aufmerksamkeit verbunden.

Es zeigt sich, daß die von dem Pat. dargebotenen Bewegungsbilder durchaus nicht als eine Illustration ihres Psychischen angesehen werden können. Wir haben es hier vielmehr — wie die mehrmonatige Beobachtung ergibt — mit einem primär zustande kommenden, durch den encephalitischen Hirnprozeß unmittelbar bedingten motorischen Geschehen zu tun. Denn die Patienten identifizieren sich keineswegs mit ihrem Verhalten. In Momenten der Kollision mit der äußeren Umgebung und der Selbstbeobachtung kommt ihnen ihr ungehemmtes motorisches Verhalten als etwas Zwangsaartiges, Unabänderliches in peinlicher Weise zum Bewußtsein. Es wird von ihnen zur Erklärung desselben der unüberwindbare Bewegungsdrang in verschiedenster Weise herangezogen. Ihre übermäßige Motorik bereitet ihnen viel Ärgernis und fällt ihnen stark zur Last; jeder Versuch, ihren Bewegungsdrang zu unterdrücken, zurückzustauen, erzeugt bei ihnen — wie öfters von den Pat. angegeben —

¹⁾ Wir verstehen den Ausdruck hypermetamorphotisch im Sinne einer im beständigen Wechsel sich abspielenden motorisch-triebmäßigen Einstellung und Zuwendung zu den Außenvorgängen.

lästige Sensationen und allgemeines Unbehagen. Die Einsicht in das Krankhafte ihres motorischen Geschehens hat es auch zur Folge, daß die demselben (als affektives Korrelat) naturgemäß beigeordnete und so bei den Patienten vorherrschende euphorisch-heitere Stimmungslage nicht selten einer reflektierenden, depressiven Stimmung vorübergehend Platz macht. In den zahlreichen Unterredungen mit den Patienten konnte festgestellt werden, daß sie ihr eigenartiges motorisches Gebaren in zutreffender Weise beurteilen, von ihrer Persönlichkeit distanzieren, es von sich abrücken, sich demselben wie einer neurologischen Krankheitserscheinung gegenüberstellen.

Nichtsdestoweniger wird das Verhalten der Gesamtpersönlichkeit der Patienten durch die krankhafte Motorik in wesentlicher Weise beeinflußt und abgeändert. Eine entsprechende Rückwirkung derselben auf das Psychische kann gerade bei Jugendlichen, bei denen die Persönlichkeitsentwicklung noch in vollem Gange ist, naturgemäß nicht ausbleiben. Liegt ja hier eine Störung jener motorischen Mechanismen vor, die mit dem Psychischen stets in engster Verbindung stehen, deren sich die Persönlichkeit in ihrer Beziehung zur Umwelt als natürlicher Ausdrucksmittel bedient, wie der Bewegungen der Mimik und Gebärde, der Orientierungs-, Einstellungs-, Positions-, Orts-, Abwehr-, Schutzbewegungen u. dgl.

Diese unwillkürlichen, automatischen Bewegungsakte haben — wie es sich zeigt — eine gewisse Selbständigkeit. Sie repräsentieren wohl außer dem neurologischen, energetisch-dynamischen Vorgang auch ein psychologisch faßbares Phänomen, das sich in einem vom Ich ausgehenden Akt der Einstellung, Zuwendung, Intention äußert. Sie sind wohl mit dem Psychischen in engster Verknüpfung und ihre Störungen pflegen, weil sie gewöhnlich im Gefolge psychischer Veränderungen beobachtet werden, als psychische bezeichnet zu werden. Sie liegen jedoch außerhalb des Kerns der Persönlichkeit und können an sich, d. h. extra-psychisch geschädigt sein. Man findet sie insbesondere bei Läsionen des strio-pallidären Systems und anderer mit diesem in nächster morphologisch-physiologischer Verbindung befindlicher subcorticaler Apparate (Substantia nigra u. dgl.) primär betroffen.

Um eine solche Lokalisation handelt es sich aller Erfahrung nach auch bei den eigenartigen postencephalitischen Folgezuständen der Jugendlichen¹⁾. Die genannten motorischen Mechanismen sind hier im

¹⁾ Allerdings kann gerade in diesen Fällen neben der Schädigung des strio-pallidären Systems bzw. der Mittel- und Zwischenhirnregion eine gewisse Mitbeteiligung der cortical-psychischen Dynamik nicht ausgeschlossen werden. Abgesehen von der gegenseitigen physiologischen Beeinflussung und Wechselwirkung zwischen Cortex und extrapyramidalen System, könnte eine solche Mitbeteiligung namentlich auf dem Wege über die bei pathologischen Veränderungen im Stammganglien- oder Zwischenhirngebiet so häufig vorkommenden Störungen der hormonalen Regulierungen und des endokrinen Stoffwechsels leicht verursacht werden.

Sinne einer krankhaft erhöhten Wirksamkeit, einer Enthemmung, eines Übermaßes des instinktiven Bewegungsantriebes, kurz im Sinne einer komplexen Hyperkinese primär gestört. Und zwar sind hier die subcortical vertretenen dynamischen Faktoren des Antriebes, die strio-pallidär repräsentierten motorischen Quellen, Energie-, Kraft-, Tempofaktoren desselben in ihren verschiedenen wechselvollen Bindungen pathologisch gesteigert oder enthemmt¹⁾). Es kommt dadurch zu einem derartigen Überschuß an Bewegungsantrieb, zu einer derartigen Dominanz desselben, daß die bereits durch Erziehung und Erfahrung erworbenen Hemmungen und Regulierungen je nach der Intensität der Störung mehr oder minder unwirksam werden und eine impulsive, wahllose Auswirkung und Verwertung der kinetischen Mechanismen an den äußeren Erlebnissen und Vorgängen entsteht. Denn durch das Übermaß an instinktiven Bewegungsantrieben haben ja auch die auf dem festen Boden derselben aufgebauten willkürlichen Antriebe eine entsprechende Abänderung in ihrer Dynamik erfahren.

Nun war ja bei unseren intellektuell intakt gebliebenen Patienten, die eine ihrem Alter vollständig entsprechende, zum Teil vielleicht über dem Durchschnitt stehende intellektuelle Entwicklungsstufe erlangt hatten, bereits vor der Erkrankung das Bewegungsgefüge im Sinne der persönlichen Entwicklung und des im Laufe derselben erworbenen Erfahrungsschatzes konsolidiert, vereinheitlicht, rationalisiert. Infolge der krankhaften Enthemmung der subcorticalen Antriebsenergiequellen, infolge der pathologischen Steigerung der kinetischen Impulsivität ist nunmehr dieses Bewegungsgefüge aus dem erreichten Zustand der Geschlossenheit, des zweckbewußten, von Überlegung und Wahl bereits geleiteten Handelns heraus auf eine Stufe primitiv-triebhafter, instinktiver Bewegungsgestaltung verschoben worden, die an die Einstellungs-motorik der frühen Kindheitsperioden erinnert. *Es hat gleichsam ein Abbau, eine Regression des den Kranken im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung eigengewordenen Bewegungsbildes auf das Niveau infantiler Motorik stattgefunden.*

Dadurch ist es natürlicherweise zu einer Lockerung der Beziehungen, zu einer Diskrepanz zwischen der Persönlichkeit in ihrer psychischen Repräsentanz und dem motorischen Geschehen des Individuums gekommen. Das Individuum vermag seine motorischen Werkzeuge nicht mehr zu dirigieren, es kann sich dieselben nicht mehr in einer ihm entsprechenden Weise dienstbar machen, es hat die Fähigkeit der motorischen Selbststeuerung und Eigenlenkung eingebüßt. Die ent-

¹⁾ Über Wesen und Mechanismus der strio-pallidären Antriebsstörungen hat Gerstmann in der Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 55, 1923, S. 35—55, Näheres ausgeführt.

hemmten und von überschüssiger Antriebsenergie überfluteten Bewegungsmechanismen sind seinem Einfluß, selbst bei aller Willensanspannung, nur mehr unvollkommen und nur für Augenblicke zugänglich. Die Pat. stehen, trotz zutreffender Krankheitseinsicht und richtigen Urteils und Erkennens, ihrer Hyperkinese durchaus machtlos gegenüber. Ihre psychomotorische Reaktionsweise auf die Außenvergänge ist im wesentlichen durch diese determiniert

Das Bewegungsübermaß, von dem die Pat. beherrscht werden, und die Rückwirkung der krankhaft gesteigerten (bzw. enthemmten) Bewegungsantriebe auf das Gesamtverhalten der Persönlichkeit rufen ein Zustandsbild hervor, das mit Bildern der Manie oder der asozialen Typen der Psychopathie oftmals eine weitgehende Ähnlichkeit zeigt. Aber wenn auch einzelne Ausschnitte aus dem Zustandsbilde unserer Fälle mit derartigen Bildern übereinstimmen mögen, so ist die Ähnlichkeit des Gesamtzustandes in Wirklichkeit doch nur eine äußerliche.

Die hyperthymisch-euphorische Stimmungslage unserer Pat. ist nicht primär und entspricht in mehrfacher Hinsicht durchaus nicht der manischen¹⁾. Ihre Entstehung ist — wenn man so sagen darf — eine sekundäre. Sie ergibt sich als direkte Reaktion des hyperkinetischen Gesamtzustandes, repräsentiert sich als emotionales Korrelat, als natürliche Begleiterscheinung desselben, ist unmittelbar an diesen gebunden wie der heitere Affekt des Kindes an seinen Bewegungsluxus. Auch in der Art ihrer Labilität weicht die Stimmungslage unserer Fälle von dem Verhalten bei der Manie stark ab. Ihr Wechsel ist durch das motorische Geschehen bestimmt und ist von demselben in analoger Weise abhängig, wie die Affektlage des Kindes von seiner Motorik.

Ebensowenig ist die Ähnlichkeit mit gewissen, insbesondere den asozialen Typen der Psychopathie eine tiefgreifende. Man ist ja in Anbetracht dieser Ähnlichkeit versucht, daran zu denken, ob hier nicht durch den krankhaften Hirnprozeß eine psychopathische Anlage manifest wurde²⁾. Es fehlen aber im Vorleben der Kranken jegliche psychopathischen Züge, noch läßt sich in ihrer Aszendenz in dieser Richtung eine bestimmte Anlage feststellen. Überdies haben die asozialen Erscheinungen bei unseren Kranken — wie sich schon aus obigen Ausführungen ergibt — ihre Eigenart. Sie sind nicht primär und gehören nicht dem Kern der Persönlichkeit an. Die allgemeine Hyperkinese

¹⁾ Außerdem fehlen sowohl bei den hier mitgeteilten Kranken als auch bei allen anderen von uns beobachteten einschlägigen Fällen jegliche Zeichen einer Ideenflucht.

²⁾ Ein solcher Vorgang könnte in manchen Fällen tatsächlich eine Rolle spielen.

bringt dieselben unmittelbar mit sich. Es ist ja eine wesentliche Eigenschaft der hier in Rede stehenden komplexen Hyperkinesen, daß sie zum Unterschied von den als solchen sich äußernden subcorticalen Hyperkinesen tieferer Staffelung (der Chorea, Atheton, Tic u. dgl.) nicht an sich, sondern erst an den äußeren Vorgängen und Erlebnissen sich auswirken und gestalten und mit den jeweiligen Außeneindrücken und Situationen in ihrem Bilde wechseln. Jeder noch so unbedeutende Sinnesreiz, der mit dem Kranken in irgendeine Berührung kommt, jeder noch so geringfügige Vorgang, der in seiner Umgebung auftaucht und normalerweise keinerlei motorische Reaktion auslöst, wirkt hier, infolge krankhafter Enthemmung der instinktiven Bewegungsantriebe bzw. der dynamisch-energetischen Komponenten derselben, als Anreiz auf den Bewegungsapparat und ruft infolge des Übermaßes der kinetischen Impulse in elementarer Weise eine motorische Einstellung und Zuwendung hervor. Je nach der gegebenen Situation kommt es zu verschiedenen Konflikten und Kollisionen. Aber die Patienten suchen die Konfliktbildung nicht auf; sie werden vielmehr durch den unabzwinglichen Drang zur motorischen Entladung in dieselbe sozusagen hineingezogen. Es sind hier — wie es sich zeigt — die im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung erworbenen, der Aufrechterhaltung einer geordneten Beziehung zur Umwelt dienenden Hemmungs- und Regulierungseinrichtungen nicht etwa in Wegfall gekommen, sondern dieselben haben nur infolge Überflutung der Persönlichkeit durch übermäßige subcorticale Kraft- und Energiezuflüsse, infolge der Dominanz des instinktiven Bewegungsantriebe ihre entsprechende Einflußnahme eingebüßt. Die Stellung der Pat. zu ihrem asozialen Verhalten ist wesensverschieden von der der echten Psychopathie. Sie zeigen volle Krankheitseinsicht und zutreffende Beurteilung ihres Zustandes, können ihn aber wider besseres Wollen und Wissen nicht durch Überlegung und Wahl bestimmen. Sie empfinden ihre durch das motorische Verhalten veränderte Einstellung zur Umwelt hinterher als einen Zwang und lehnen ihn ab. Sie vermögen aber das Zwingende und Unabänderliche nicht zu überwinden. Es ist hier eben die Fähigkeit der motorischen Eigenlenkung und Selbststeuerung, über die die Kranken vor der Erkrankung in einer ihrer Persönlichkeitsentwicklung entsprechenden Form verfügten, durch die Enthemmung des subcorticalen Kräfte- und Energie-reservoirs des Antriebes in weitgehendem Maße lahmgelegt. Durch das Übermaß an instinktiven Bewegungsimpulsen und durch die elementare Auswirkung und Verwertung derselben an den Vorgängen und Erlebnissen der Außenwelt wird ein motorisches Geschehen bedingt, das an den jeweiligen äußeren Situationen naturgemäß als asoziales Verhalten sich gestaltet. Die gelegentlichen Angriffe gegen die Umgebung, die in ihrer Form an psychopathische Reaktionsweise wohl erinnern, spielen

sich krisenhaft, triebartig ab. Zu einer überlegt bösen, raffinierten Handlung sind die Kranken nicht fähig. Es kann hier daher lediglich von einer äußereren Ähnlichkeit mit Formen der echten Psychopathie die Rede sein. Hingegen ist man nicht berechtigt, von einer psychopathischen Charakter- oder Persönlichkeitsänderung zu sprechen.

Zur weiteren Illustration der vorliegenden Ausführungen sei hier noch die Krankheitsgeschichte eines anderen, gegenwärtig in der Klinik in Beobachtung befindlichen einschlägigen Falles angeführt.

Fall 3. W. M. 11 Jahr alt, Schüler. Stammt aus nervengesunder Familie, ist das älteste Kind. Bis zu seiner Erkrankung gutmütig, leicht lenkbar, hatte guten Schulfortgang. März 1920 Erkrankung mit 8wöchiger schwerer Schlafsucht; keine Zuckungen, keine Delirien. Gleich darauf „übermäßige Lebhaftigkeit“, zeigte Beschäftigungsdrang, wollte lesen, studieren, zeichnen, das alles meist nachts, „er tobte die ganzen Nächte durch“, schlug an die Wände, rannte im Zimmer herum, sang und pfiff, spielte mit allem, was ihm unter die Hände kam. Die Unruhe kam dann auch tagsüber. Derzeit schläft er zwar abends spät ein, der Nachschlaf ist aber ungestört. Im allgemeinen Schulunterricht ist er nicht mehr zu brauchen, schwatzt, ist ungehorsam, muß privat unterrichtet werden. Seit etwa 2 Jahren hatte er einen ausgesprochenen Vernichtungs- und Zerstörungstrieb. Er zerreißt und zerbeißt die Bettwäsche, seine Kleidung, zerschlägt Eier, Bilder, Gläser, zerreißt auch Geld, wenn er es erwischt. Das alles aber nur, wenn er allein gelassen wird. Solange jemand im Zimmer ist, hält er inne und keucht, um dann plötzlich, allein gelassen, irgendeinen Streich zu spielen. Zur Rede gestellt, sagt er, er könne nichts dafür, er könne sich nicht beherrschen, kränkt sich sehr darüber, bittet um Verzeihung. Auf der Straße stänkert er die Leute an, schimpft und spottet ihnen nach, was er früher nie getan. Verlangt Eßwaren von den Leuten und wirft sie dann weg. Wenn er wegen irgendeines Deliktes Strafe zu befürchten hat, lügt er „bis zum Äußersten“, im übrigen bleiben Strafen so wie jedweder Versuch erziehlicher Einflußnahme ohne Erfolg. Sonst im Charakter nicht auffällig verschlechtert, ist weiter gutherzig, nicht boshaft. Seit 2 Jahren besteht „Keuchen“, anfangs nur wenn er sich überanstrengt hatte, etwa 3—4 mal am Tage, keucht er ohne Anlaß, immer etwa 10 Min. lang 15—20 mal am Tage; beim Keuchen auch vermehrter Speichelfluß.

Am 7. XI. 1923 in die psychiatrische Klinik aufgenommen. Dem Alter entsprechend entwickeltes, kräftiges Individuum, noch keine Anzeichen beginnender Pubertät. Die Körperhaltung ist leicht vorübergeneigt, mitunter, besonders bei Vorneigen des Kopfes, Speichelfluß. Der neurologische Status ist o. B. Beim Examen ist er örtlich und zeitlich orientiert, spricht lebhaft, ungeduldig, ist etwas unaufmerksam. Bringt in der schon bekannten Art verschiedene Anliegen und Fragen vor, unterbricht das Examen durch vertrauliche Mitteilungen. Mitunter tritt bei dem Pat. eine Art Keuchen auf, auf eine forcierte Inspiration folgt eine kurze blasende Exspiration. Diese Zustände erhöhter Atmung kommen wie anfallsweise und sind psychisch stark beeinflußbar. Sie dauern einige Minuten bis eine Viertelstunde an, sistieren dann plötzlich ohne merkbaren Anlaß. Während eines solchen Zustandes aufgefordert, 3 mal um den Tisch zu laufen, führt Pat. die Bewegung prompt aus, das Keuchen sistiert nach der Laufbewegung völlig. Auffällig ist nach dem Laufen die starre ausdruckslose Mimik, die nach vorne gekrümmte Haltung und der starke Speichelfluß. Er berichtet lebhaft und aufgeweckt über seine Krankheit und sein weiteres Verhalten. Im Beginne der Erkrankung habe er allerhand

Gestalten gesehen, den Tod mit der Sense, einen Mann, der ihn immer schlagen wollte und nicht erwischte. Er hörte auch Leute reden, „da liegt einer drinnen“ und ähnliches. Danach lange Schlafsucht. Seit seiner Erkrankung hat er nicht mehr die Schule besucht, hat im ganzen nur 3 Volksschulklassen gemacht, er rechnet aber ohne Schwierigkeit im kleinen Einmaleins, ist durchaus aufgeweckt und intelligent. Beantwortet Verstandesfragen seinem Alter entsprechend, die Schulkenntnisse sind etwas mangelhaft. Seine Wut- und Zornausbrüche gibt er zu, es fehlt dafür weder Erinnerung noch Krankheitseinsicht. Bei eindringlicherem Befragen beginnt er zu weinen. Er schäme sich, könne aber nichts dafür. Das komme so über ihn, oft wenn ihn die Mutter „Mistbub“ schimpfe, oft auch ohne jeden Grund, er zerbeiße und zerreiße dann Kleider und Gegenstände. Beginnt während des Sprechens immer stärker zu weinen, dabei stellt sich gleichzeitig wieder Keuchen ein. Er sagt: „Sehen Sie, jetzt krieg ich meinen Wutanfall“. Zeigt dabei ein Aufblähen der Brust, ein Aufeinanderbeißen der Zähne, ein gerötetes, trotzig-weinerliches Gesicht, einen Drang zu motorischer Entladung, macht ausfahrende Bewegungen mit den Armen und zerreißt gleich darauf sein Taschentuch in kleine Stücke. Beobachtet dabei aber immerhin sichtlich, was für einen Eindruck er damit erziele; aufgefordert, sich doch nicht stören zu lassen, beginnt er plötzlich zu lachen und meint: „Aha, Sie wollen mich nur ausprobieren“. Ist gleich darauf im Benehmen wie eingangs geschildert.

Das Verhalten auf der Abteilung ist ein wechselndes. Er ist dort meist sehr lebhaft, von gleichmäßiger, durch nichts zu störender Heiterkeit, kindlich ver spielt. Er ist dabei eigentlich in steter Bewegung, wendet sich in labiler Aufmerksamkeit bald diesem, bald jenem äußeren Sinnesreiz zu. Es besteht auch hier Neigung zu allerhand Allotria, er macht sich gerne zum Mittelpunkt des allgemeinen Interesses, produziert sich. Bei aller Tendenz zur Aggression, die er seinen psychiatrischen Mitpatienten in scherhafter oder lästig-zudringlicher Weise gegenüber zeigt, entbehren die losen Streiche, die er sich gelegentlich zuschulden kommen läßt, durchaus eines bösartigen Charakters und werden meist reuevoll einbekannt. Auffällig ist, daß die Unruhe anderer Patienten unseres Pat. stark beeinflußt. Es wird beobachtet, daß er dann in eigentümlich agitierter Weise, wie ziel- und planlos, im Krankensaale herumrennt, an Wände und verschlossene Zelltüren klopft, mit den unruhigen Kranken auf seine Weise Konversation macht, ihnen Schimpfnamen zuruft. Die allgemeine Bewegungsunruhe steigert sich dann, oft in so beträchtlichem Maße, daß der Pat. isoliert werden muß. In ähnlicher Weise pflegt die allgemeine Bewegungsunruhe sich in den Abendstunden zu steigern, zugleich mit einer zunehmenden Lebhaftigkeit, Geschwätzigkeit, Zudringlichkeit. Er singt, tanzt und pfeift, kann nur schwer zur Ruhe gebracht werden, muß häufig kleine Dosen von Schlafmitteln erhalten. Beinahe regelmäßig tritt in den Zeiten gesteigerter motorischer Unruhe das oben geschilderte Keuchen, das oft in eine Art eigentümlichen Blasens und Schnurrens übergeht, stärker hervor. Erwähnenswert wäre, daß mitunter auf dem Höhepunkt solcher Keuch anfälle beiderseits Chvosteksches Phänomen ausgelöst werden kann, das im Ruhe zustand immer fehlt. Die Phasen gesteigerten Bewegungsdranges wechseln zeitweise mit Zuständen von Bewegungsarmut ab, in denen Pat., ohne Interesse an den Vorgängen in der Umgebung zu nehmen, mit unbeweglichem Gesichtsausdruck im Bett liegt. Auch hier genügt aber meist das Herannahen irgendeiner dem Pat. bekannten Person oder die Einleitung eines Gespräches, um bei dem Pat. die gewöhnliche Lebhaftigkeit, Bewegungsunruhe und triebhafte Vielgeschäftigkeit wieder auslösen. Er verlangt dann nach irgendeiner Betätigung, obwohl er vorher durch Stunden ruhig gelegen war. Im übrigen ist sein Benehmen gegenüber erwachsenen Personen von der bekannten zudringlichen, zähen Anschmie gie.

samkeit. Charakterologisch erweist er sich als durchaus gutartig und offenerzig.

Im Vordergrunde des Zustandsbildes steht der in der Anamnese geschilderte Vernichtungs- und Zerstörungstrieb, der sich aber oft in mehr spielerischer Weise auswirkt. So erscheint Pat. fast immer bei der Frühvisite mit zerrissenen Wäschestücken; ein Paar neue Pantoffeln, die er mit Stolz einige Tage überall gezeigt hatte, sind eines Tages in kleine Stücke zerrissen. Zur Rede gestellt, versucht er kaum sich zu rechtfertigen, ist aber nichtsdestoweniger durchaus krankheitseinsichtig. Er meint: „Ich hab' so einen Trieb in mir, die Hände fangen dann plötzlich von selber an und ich hör' nicht früher auf, bevor nicht was zerrissen ist“. Immer wieder ist die Rede davon, daß er eben nicht anders könne, daß beim Versuch, sich zu beherrschen, ein starkes inneres Unruhegefühl in rasch ansteigender und unbezwinglicher Weise sich geltend mache. Dieser triebhafte Drang zur Zerstörung scheint sich mitunter auch gegen die eigene Person zu richten; so erwähnt der Pat. wiederholt, er möchte sich „die Haare ausreißen“, sich „ein paar Ohrfeigen geben“ u. a. Beim Wäschererreißen einmal unauffällig beobachtet, macht Pat. mehr den Eindruck eines verspielten Kindes, das die Tragweite seiner Handlung im Augenblicke nicht recht abschätzt. Unter heftigem Schnaufen und allgemeiner Körperunruhe werden die entsprechenden Bewegungen rasch und mit Energie ausgeführt. Die Stimmungslage ist dabei durchaus nicht entsprechend. Meist läßt sich auch nach derartigen Ausbrüchen eine leichte Entspannung in der allgemeinen Bewegungsunruhe beobachten.

Dieser Fall zeigt die motorisch-triebhafte Determinierung des Zustandsbildes in besonders anschaulicher Weise. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes, das ein von zeitlichen und Situationsschwankungen weitgehend abhängiges, eigenartiges Wechselspiel und Mischung von typischen hyperkinetischen mit akinetischen Erscheinungen, von Übermaß mit zeitweiligem Mangel an Bewegungsantrieb zeigt, steht ein impulsiver, unbezwinglicher Vernichtungs- und Zerstörungstrieb. Neben einer allgemein erhöhten Wirksamkeit der subcorticalen Antriebsenergien, neben einem das Gesamtverhalten des Kranken betreffenden — wenn auch inkonstanten — Plus an Bewegungsantrieben nach Art des charakteristischen Bewegungsdranges und der triebmäßigen Vielgeschäftigkeit, der beharrlichen und klebrigen Zudringlichkeit und Anschmiegsamkeit jugendlicher Spätencephalitiker, liegt noch in unserem Fall ein hochgradiger Überschuß der dynamisch-energetischen Antriebsfaktoren gleichsam elektiv in der Richtung einer bestimmten Triebhandlung vor. Und zwar in dem Sinne, daß ein durch die strio-papillidäre (postencephalitische) Veränderung bedingtes Übermaß an Bewegungsenergien — im Rahmen einer allgemeinen, mehr oder minder gleichmäßigen Verteilung desselben an die in verschiedenen Stufen des Psychischen sich abspielenden Antriebserscheinungen — sich in einem besonders hohen Betrage an ein bestimmtes psychisch repräsentiertes Antriebsphänomen, an eine bestimmte Triebqualität bindet, nämlich an den aus den frühesten Perioden der infantilen Motorik her bekannten, im Laufe der normalen Persönlichkeitsentwicklung immer weniger erkennbaren und in der Psychomotorik des Erwachsenen tief vergrabe-

nen Trieb nach Vernichtung und Zerstörung. Offenbar tritt in dem mitgeteilten Fall infolge dieser elektiven Bindung der Zerstörungs- und Vernichtungstrieb in so auffälliger Weise an die Oberfläche. Es besteht hier in bezug auf diese Antriebsänderung eine besonders weitgehende motorische Regression. Es ist sehr bemerkenswert, daß dieser Zerstörungstrieb bei unserem Kranken immer wieder unter den charakteristischen Ausdrucksbewegungen und somatischen Begleitsymptomen eines Wut- und Zornausbruches, aber ohne primäre adäquate Affektveränderung zutage tritt. Die Stellung des Pat. zu seinem Gesamtzustand im allgemeinen wie zu dem krankhaften Vernichtungs- und Zerstörungstrieb im besonderen ist die gleiche wie die der beiden vorher mitgeteilten Fälle zu ihrem motorischen Verhalten.

Fassen wir nun zusammen¹⁾, so sind die Ergebnisse der vorliegenden Betrachtung die folgenden:

1. Die im Gefolge der Encephalitis epidemica bei Jugendlichen in Erscheinung tretenden Zustandsbilder beruhen im wesentlichen in eigenartigen regressiven Abänderungen des individuellen *motorischen* Persönlichkeitsgepräges, sowohl in allgemeiner Hinsicht, als auch nicht selten in einer elektiven, bestimmt differenzierten Antriebsrichtung (Fall III). Es kommt konsekutiv zu adäquaten Veränderungen der psychomotorischen Beziehungen der Gesamtpersönlichkeit zu den Vorgängen der Umwelt.

¹⁾ Es sei hervorgehoben, daß die vorliegende — an manchen Stellen aus methodischen Gründen vielleicht zu schematisierend gehaltene — Betrachtungsweise in erster Linie die typischen Fälle der postencephalitischen „psychopathieähnlichen“ Zustandsbilder bei Jugendlichen ins Auge faßt. Die Pathophysiologie und der Mechanismus dieser Fälle lassen sich — wie wir glauben — im Sinne einer motorisch-triebmäßigen Determinierung in befriedigender Weise verstehen. Nun führen ja von den typischen Formen hier wie überall in der Pathologie fließende Übergänge zu atypischen polymorphen Bildern, in denen, abgesehen von der funktionellen Rückwirkung der eigenartigen primären Abänderungen der motorischen Persönlichkeit auf das Gepräge der psychischen, diese letztere noch direkt leidet; und zwar entweder infolge eines Übergreifens des pathologischen Prozesses vom Subcortex auf das Großhirn oder infolge Mitschädigung der corticalen Funktionssphäre auf dem Wege über die bei Stammganglien oder Zwischenhirnläsionen so häufig eintretenden endokrin-hormonalen Störungen. Aber auch für das Verständnis des Mechanismus dieser Fälle läßt sich aus der hier durchgeführten Betrachtungsweise — wie uns scheint — mehrfacher Gewinn ziehen; ebenso wie für die gewiß nicht selten vorkommenden Fälle von echter psychopathischer Konstitution, in denen neben den charakteristischen Entwicklungsanomalien des psychischen Persönlichkeitshabitus auch solche des motorischen von oben geschildertem Typus festzustellen sind, in denen demnach eine angeborene funktionelle Minderwertigkeit der Psyche (bzw. des corticalen Apparates) mit einer solchen des strio-pallidiären oder des Zwischenhirnsystems in der Erzeugung des Gesamtzustands zusammenwirken.

2. Diesen eigentümlichen Zustandsveränderungen des individuellen *motorischen* Persönlichkeitshabitus liegt primär eine krankhaft erhöhte Wirksamkeit der instinktiven Bewegungsantriebe infolge Steigerung oder Enthemmung der im strio-pallidären System (im weiteren Sinne) vertretenen dynamisch-enregetischen Faktoren derselben zu grunde.

Die vermehrten Antriebsenergien manifestieren sich aber nicht allein in einem Übermaß an instinktiven Bewegungsantrieben, sondern es werden sekundär auch die willkürlichen Antriebe in ihrer Dynamik entsprechend abgeändert.

3. Die pathologisch gesteigerte oder enthemmte Tätigkeit der subcorticalen Zentralstätte der Antriebsenergien führt zu einer der Intensität der Störung entsprechenden, impulsiven, durch Erfahrung, Gedächtnis, Überlegung und Wahl nicht mehr im Sinne der erreichten Persönlichkeitsentwicklung regulierbaren, mehr oder minder elementaren Auswirkung und Verwertung der Bewegungsmechanismen an den Sinnesreizen und Erlebnissen der Außenwelt. Das Plus an Bewegungsantrieben gestaltet sich an den wechselnden Vorgängen und Eindrücken der Umwelt zu komplexen Hyperkinesen verschiedener Form.

4. Infolge der Impulsivität und der instinktiven Art der Auswirkung der kinetischen Mechanismen an den Außenweltserlebnissen erhält das motorische Geschehen der Kranken — entgegen dem ihnen bereits vor der Erkrankung eigengewordenen, der Altersstufe entsprechenden Bewegungsbilde — ein ausgesprochen infantiles Gepräge, das mit dem erreichten und hier unversehrt gebliebenen intellektuellen Entwicklungsgrade in auffälliger Weise kontrastiert.

5. Es hat gleichsam ein Abbau, eine Regression des bereits im Sinne der gesamten Persönlichkeitsentwicklung ausgebildeten Bewegungsgefüges — aus dem erreichten Zustand zweckbewußten, rationalisierten Handelns — auf ein Niveau impulsiver Bewegungsgestaltung stattgefunden, die in ihrer Triebhaftigkeit in weitgehender Weise die Einstellungs-Motorik der frühen Kindheitsperioden wiedergibt.

6. Es besteht hier — wenn man so sagen darf — eine Dissoziation der Persönlichkeit, ein Mißverhältnis zwischen ihrem psychischen und motorischen Habitus. Die psychische Persönlichkeit identifiziert sich durchaus nicht mit dem jeweiligen motorischen Geschehen, es vermag es aber selbst bei angespannter Betätigung der Hemmungs- und Willenseinrichtungen nicht entsprechend zu dirigieren; die Kranken empfinden in ihrer nachherigen Stellungnahme die Hyperkinese als etwas Unabänderliches, als unbezwinglichen Drang.

7. Der hyperkinetische Bewegungsdrang ist vorherrschend mit einer euphorisch-heiteren Stimmungslage als seinem emotionalen Kor-

relat verbunden. Die dadurch oft entstehende Ähnlichkeit mit Zustandsbildern der Manie ist bloß eine äußerliche.

8. Aus dem pathologischen Übermaß an instinktiven Bewegungsantrieben und der unmittelbaren, impulsiven Auswirkung derselben an den Vorgängen der Umwelt resultiert je nach der vorliegenden äußeren Situation naturgemäß ein (mehr oder minder ausgeprägtes) asoziales Verhalten, das wohl eine Ähnlichkeit mit gewissen Formen der Psychopathie hervorruft. Es liegt aber im allgemeinen keineswegs eine echte psychopathische Charakter- und Wesensveränderung, sondern — durch eine lokalisierte subcorticale Hirnläsion bedingt — bloß das äußere Bild der Psychopathie vor.
