

Untersuchungen über die Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica.

Von

Edgar Leyser.

(Aus der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten zu Gießen
[Direktor: Geh. Rat *R. Sommer*].)

A. Klinischer Teil	552
I. Die Hyperkinetischen	555
II. Die Scheuen und die Dreisten	563
III. Die Aggressiven	574
IV. Die sexuell Haltlosen	584
B. Verhältnis zu andern Zustandsbildern	591
C. Lokalisationsfrage	598
D. Schluß	603
Literatur	609

Die folgenden Untersuchungen stellen einen Teilabschnitt dar aus einer umfassenderen Materie, die zwar sehr wichtig, aber bis jetzt noch kaum wissenschaftlich eingehend behandelt, sondern meist mit einigen beiläufigen Bemerkungen abgetan worden ist. Es handelt sich um den Zusammenhang zwischen Charakterologie und Hirnpathologie. Nicht zu verkennen ist, daß wohl oft die in ihr liegenden Schwierigkeiten abgeschreckt haben, Schwierigkeiten auf beiden Seiten; denn erstens ist eine wissenschaftliche Charakterologie erst im Entstehen begriffen, und vielfach scheut man sich im Kreise naturwissenschaftlich Gebildeter von Geiz, Neid, Bosheit, Gutmütigkeit usw. als Tatbeständen der Wirklichkeit zu sprechen, als ob es sich hierbei um abstruse Hirngespinnste handelte. Diese Zaghaftheit kann und muß überwunden werden, wenn man sich innerlich von den Wertbegriffen freimacht, die gewohnheitsgemäß mit den einzelnen Charakterzügen verbunden werden. Es soll ein Stück Leben geschildert werden, wie es ist, so lautet die Forderung der Forschung; nichts anderes bezweckt auch die klare Bezeichnung von Charakterzügen bei Kranken ohne jede Beschönigung. Weit entfernt liegt allerdings dabei moralisierende Tendenz. Zum zweiten aber erschöpfte sich die Hirnpathologie allzusehr mit der Betrachtung der herdförmigen Schädigungen des Zentralorgans und befaßte sich wenig mit Störungen der Hirnfunktionen, die sich bei allgemeiner und ausbreiteter Affektion entwickeln. Die Hirnpathologie geriet so immer mehr in die Gefahr, als Lokalisationslehre eine rein neurologische Dis-

ziplin zu werden und jeden Zusammenhang mit der Psychiatrie, von deren Altmeistern sie doch so viel Förderung erfahren hatte, zu verlieren. Dieser Vorgang führte schließlich zu jener modernen Formulierung, daß Hirnpathologie als neurologisches Gebiet nichts mit der „reinen“ Psychiatrie zu tun habe. Wie ich an anderer Stelle auseinandergesetzt habe, ist es aber falsch, die Aufgaben der Hirnpathologie in der Lokalisationslehre begrenzt zu sehen. Es gehören hierzu vielmehr auch die Lehre von den allgemeinen, nicht herdförmig beschränkten hirnpathologischen Prozessen und die Forschung nach den sog. neurobiologischen Grundgesetzen und ihren pathologischen Äußerungsformen. Ohne näher auf diesen Punkt einzugehen, soll hier aus der Reihe der Probleme jenes oben angeführte näher betrachtet werden, weil es m. E. zugleich wie kein anderes die enge Beziehung von Hirnpathologie und klinischer Psychiatrie aufzudecken geeignet erscheint. Was könnte wohl in engerem Sinne als psychisch aufgefaßt werden als gerade der Charakter, jene qualitative Seite der Persönlichkeit, wie *Klages* sagt, die mit den Triebfedern des Innenlebens aufs engste zusammenhängt? Es leuchtet ein, wie wichtig es gerade in dieser Hinsicht ist, wenn eine Abhängigkeit dieser bedeutungsvollen Seite des Psychischen von hirnpathologischen Prozessen nachgewiesen werden kann. Nun ist freilich das Gesamtproblem für eine nur einigermaßen durchdringende und mehr als programmatische Behandlung viel zu weit gespannt; eine solche Bearbeitung würde ein Buch ausfüllen. Darum wird ein kleiner Sonderabschnitt aus dieser Problemsphäre herausgegriffen, der ein besonderes Interesse bietet, weil er sich mit der in den letzten Jahren so häufigen Encephalitis epidemica beschäftigt, nämlich die Entwicklung der postencephalitischen Charakterveränderungen, ihr Aufbau und ihre Pathogenese.

Die Tatsache, daß namentlich bei Kindern nach der Encephalitis epidemica Charakterveränderungen auftreten, ist schon längere Zeit bekannt und von verschiedenen Seiten beschrieben. So veröffentlichte *Kirschbaum* einige entsprechende Fälle aus der Kölner Klinik, ihm folgten *Westphal*, *Bonhöffer*, *O. Kauders*, *Staehein*, *Böhmig*, *Pette*, *A. Meyer*, *Pophal* u. a., der ausländischen Literatur zu geschweigen. Die Schilderungen stimmen weitgehend überein, die entstehenden Zustandsbilder werden als moriaartig, als hypomanisch, als moral insanity, als ähnlich konstitutioneller Psychopathie bezeichnet. Unter diesen Ergebnissen verdient vor allem die Zusammenfassung *Bonhöffers* hervorgehoben zu werden, der die Auffassung vertritt, daß „die Encephalitis epidemica beim Kinde imstande ist, das Gehirn zu einem Zustand zu verändern, der klinisch mit dem Bild bekannter Psychopathien Ähnlichkeit hat“, ein „Ergebnis der gestörten Konkordanz zwischen den neencephalen und palaeencephalen Hirnteilen bei noch nicht vollendeter Hirnreife“.

Wenn trotz der zahlreichen schon vorliegenden Bearbeitungen hier nochmals über die Erfahrungen unserer Klinik berichtet werden soll; so verdient ein derartiges Bemühen nur dann einige Aufmerksamkeit, falls es unter einem neuen Gesichtspunkte geschieht. Als solcher wurde

in den einleitenden Bemerkungen umrissen die Fragestellung nach der Möglichkeit des Auftretens bestimmter charakterologischer Einzelzüge im Zusammenhang mit hirnpathologischen Vorgängen. Nun scheint allerdings die Auswahl dieser Einzelzüge ein Spiel des Zufalls und der Willkür zu sein, und doch bleibt die Nötigung zu diesem Vorgehen bestehen, sonst ist eine Erfassung und Gruppierung der zur Verfügung stehenden Beobachtungen nach charakterologischen Prinzipien nicht durchführbar. Und die rein deskriptive Arbeit ist, wie gesagt, geleistet. Es steht zu hoffen, daß das Ergebnis unserer Untersuchungen die Wahl der Einteilungsprinzipien durch das Gewicht der Tatsachen rechtfertigt.

Zuerst werden diejenigen Fälle von Charakterveränderung nach Encephalitis zu betrachten sein, bei denen eine erhöhte Impulsivität des Wesens der Kranken entsteht, jene Bereitschaft, Einfallsmäßiges und Triebhaftes ohne Hemmung in die Tat umzusetzen, die auch *Bonhöffer* hervorhebt. Alle Seelenregungen werden für den Impulsiven zu *Beweggründen*; sie führen zu motorischen Wirkungen in der Raschheit der Handlungen, die unüberlegt und übereilt erscheinen. Eine ganze Reihe von Eigenschaften hängen unmittelbar oder mittelbar mit der Steigerung der Impulsivität zusammen, indem sie einem vermehrten Äußerungsdrang entspringen. Hierzu sind zu zählen Aufgeregtheit, Zappeligkeit, allgemeine Unruhe und Hast, Geschäftigkeit und Überbeweglichkeit einerseits, andererseits, wenn das hemmende Gefühl der Scheu verloren geht, Aufdringlichkeit, Vorlautheit, Taktlosigkeit, Unverfrorenheit und Frechheit. Die zugrunde liegende Steigerung des Äußerungsdranges kann nun entstehen aus einer expansiven Grundstimmung mit Hebung des Selbstgefühls, also vom psychopathologischen Standpunkt aus gesehen manisch bedingt sein. Sie kann aber auch, und das ist das wichtige, von einer anderen Seite her sich entwickeln, nämlich von einem nicht psychologisch, sondern biologisch begründeten Bewegungsdrang, der auf dem Fortfall normaler Bremsvorrichtungen für die Entäußerung von Motilitätsakten beruht. Zu diesen biologischen Hyperkinesen gehören sowohl die Athetose, die Chorea, die Tics, als auch die iterativen Hyperkinesen und die mehr allgemeine Steigerung des Bewegungsantriebes. Erkennbar ist letztere gerade am Fehlen der gehobenen oder freudigen Gemütsstimmung. — Daß Scheu und Scham zu den psychischen Hemmungen des Bewegungsdranges gehören, geht aus der Beobachtung der entsprechenden Ausdrucksbewegungen und der Art des Gesamtverhaltens deutlich hervor. Diese zeigt sich durch abwehrende Gesten und Unterdrückung lebhafterer Bewegungen; Schüchternheit und Verlegenheit führen zur Zurückhaltung und Bewegungsarmut. Hierbei ist auf die enge biologische Verknüpftheit dieses affektiven Zustandes mit der Unterdrückung der Bewegungsentäußerungen

zu achten, die es erklärt, daß nun auch umgekehrt zuweilen eine primäre Steigerung der Bewegungslust zu einer Einschränkung und Aufhebung der dieser entgegenstehenden affektiven Einstellung der Scham und Scheu führt, so daß die erwähnten Charakterzüge sich einstellen.

Bei der Untersuchung der encephalitischen Charakterveränderungen läßt sich nun in ihrer Entwicklung eine gewisse Abstufung der einzelnen Zustandsbilder erkennen, je nachdem die Bewegungsunruhe einen mehr elementaren und monotonen Eindruck macht oder zu triebhaften Entladungen führt oder eine allgemeine Geschäftigkeit erzeugt. Soweit es sich um die ersteren beiden Vorgänge handelt, kann man sogar im Zweifel sein, ob es berechtigt ist, von Veränderungen des Charakters, also einer Seite der Gesamtpersönlichkeit zu sprechen, so fremdartig und nicht dem Gesamterleben entwachsen muten vielfach die fraglichen Akte an. Trotzdem ist gerade in diesen Fällen der Ausgangspunkt für die Erfassung der Pathogenese der Störungen in der Sphäre des Charakters zu erblicken.

Darum wird zuerst über folgenden Fall berichtet:

Fall 1. Hedwig Ö., 17 Jahre alt, in Behandlung vom 29. VIII. bis 28. X. 21. Heredität o. B. Normale Entwicklung, immer aufgeweckt, ruhig und fleißig. März 21 Fieber mit Schlagsucht und Myoclonismen, Gehstörungen und Lähmung des linken oberen Augenlides. Allmähliche Besserung, seit 3 Wochen arbeitet Pat. wieder. Wenn sie von der Arbeit kommt, sehr ermüdet, doch bleibt sie nicht still, sondern eine innere Unruhe treibt sie hin und her. Nachts wacht sie oft auf und weckt ihre Geschwister, auch ist sie nach Ansicht ihrer Mutter kindisch, fragt fremde Leute aus.

Pat. hat keinerlei Klagen und weiß keine Erklärung für ihre innere Unruhe. Körperlich etwas frequenter Puls, leichtes Zittern der gespreizten Hände, leeres unbewegtes Gesicht. Haltung und Bewegungen frei. Reflexe o. B.

Während der klinischen Beobachtung ist Pat. stets ruhig und klar, schläft gut, nimmt ihr Essen mit Appetit. Sie macht häufig einen müden, schlaffen Eindruck. Zustände von Unruhe und Überbeweglichkeit wurden nicht bemerkt. Ihre Stimmung ist gleichmäßig und freundlich, ihr Wesen ist kindlich und harmlos. Besondere Zudringlichkeit bestand nicht. Eine leichte Conjunctivitis des rechten Auges heilte rasch. Nach 8 Wochen konnte Pat. körperlich erholt und psychisch unauffällig nach Hause geschickt werden.

Die Überbeweglichkeit in diesem Fall ist eine nur sehr vorübergehende Erscheinung; sie stellte sich bei der Wiederaufnahme der Arbeit ein, und zwar hängt sie wohl mit der Übermüdung durch die Anstrengung zusammen. Sie äußert sich in geschäftigem Hin- und Herlaufen und in häufigem Erwachen aus dem Schlaf. Die Unterbringung in der Klinik und die Unterbrechung der Arbeit genügten, um diese Geschäftigkeit und Unruhe zu unterdrücken. Man kann hier ohne Zweifel nicht von einer Charakterveränderung sprechen; denn die Episode ist zu kurz und zu abgesetzt, als daß es zu einer eigentlichen Verschmelzung mit der Gesamtpersönlichkeit kommt. Das Auftreten dieser Phase bei

einer im übrigen eher bewegungsarmen Kranken, ohne daß freilich ein ausgesprochener Parkinsonismus besteht, zeigt aber, wie diese Kombinationen von Hypo- resp. Akinese im Bereich der Ausdrucksbewegungen mit Hyperkinese auf anderen, mehr als psychisch bedingt erscheinenden Gebieten möglich sind. Sehr häufig sind ja auch bei den Encephalitikern mit starkem Parkinsonismus die Klagen über innere Unruhe, ohne daß dann freilich Geschäftigkeit und Ruhelosigkeit vorzuliegen brauchen. Vielleicht handelt es sich dabei auch vielfach um die Selbstwahrnehmung eines beginnenden, noch sehr geringfügigen und sonst nicht bemerkbaren Tremors. Der Tremor stellt ja ebenfalls eine Form der Bewegungsunruhe vor und ist doch, wie das klassische Bild der Paralysis agitans lehrt, mit allgemeiner Bewegungseinschränkung, mit Starrezuständen u. a. oft vergesellschaftet. Hieraus geht hervor, daß Akinese und Hyperkinese in Wirklichkeit bei den Erkrankungen der subcorticalen Ganglien nicht allzu schematisch getrennt werden dürfen. Trotz allgemeiner Akinese kann eine Art Beschäftigungsdrang bestehen, entweder in kurzen abgesetzten Phasen, wie unser obiger Fall zeigt, oder länger dauernd. Auch die Formen, in denen sich dieser Beschäftigungsdrang kundtut, sind sehr verschieden. Es ist zuweilen eine allgemeine Zappeligkeit mit Hin- und Herlaufen, mit Herumrutschen, Greifen und Betasten, dann sind es wieder plötzliche Entladungen mit gewaltsamem Dreinschlagen u. a. Dieser Beschäftigungsdrang ist weniger elementarer Natur als die Bewegungsunruhe der Chorea, der Athetose, des Myoclonus; denn bei diesen Störungen werden Bruchstücke koordinierter Bewegungen produziert. Er ist aber auch komplizierter als die Palikinese, die iterativische Bewegungsstörung. An anderer Stelle bin ich näher auf den Aufbau dieser Störungen eingegangen und habe den Zusammenhang zwischen Palilalie bzw. Palikinese, Perseveration und Stereotypie erörtert. Es ergab sich, daß jedem nervösen motorischen Vorgang die Neigung zur Wiederholung innewohnt und daß in den verschiedenen Stufen des psychisch-nervösen Lebens besondere Bremseinrichtungen die Iteration verhindern, bei deren Störung diese dann als pathologisches Phänomen zum Vorschein kommt. Ähnlich sind auch in den Antriebsapparat für die Bewegungen Bremsungen eingeschaltet. Die genaue Betrachtung des Beschäftigungsdranges unserer Kranken zeigt nun eigentlich nicht ein Verharren des einmal vorhandenen motorischen Impulses, sondern ein dauerndes Auftreten neuer motorischer Impulse. Doch wird die Betrachtung weiterer Fälle lehren, daß hier die Grenzen fließend sind, und daß auch ein ständiges Wiederholen bestimmter Bewegungen vorkommt.

Einen solchen Übergang zeigt der folgende Fall, der freilich andererseits in einigen Zügen mit später zu behandelnden Fällen zusammenhängt. Trotzdem steht hier das hyperkinetische Moment, der Beschäf-

tigungsdrang, so im Vordergrund, daß die Darstellung an dieser Stelle gerechtfertigt ist.

Fall 2. Friedrich G., 21 Jahre alt, in Behandlung vom 1. V. bis 8. VI. 24.

Heredität o. B. Normale Entwicklung, mit 8 Jahren Nierenwassersucht, mit 16 Jahren Ruhr. Lernte gut. Mai 23 an „Kopfgrippe“ erkrankt, wurde mit Quecksilberreibungen behandelt. Nach 10 Wochen wieder arbeitsfähig. 1924 ins Krankenhaus zur „Beobachtung“, weil er in der Arbeit langsam war, war da 4 Wochen, wurde nach Angabe der Mutter gehänselt und gereizt, schlug dann die Spötter.

Jetzige Klagen: Nervös, aufgeregt, zittert innerlich. Viel Müdigkeit, selten Kopfschmerzen. Bewegungen langsam, müsse zuweilen vor sich hin sprechen.

Körperlich: Blasses Aussehen, Bewegungsverlangsamung. Haltung frei. Beim Rombergschen Versuch Taumeln nach rechts hinten. Kein Tremor. Pupillen mittelweit. Reaktion auf Licht rechts Spur +, links 0. Konv. Reakt. 0. Sonstige Reflexe regelrecht. Sprache langsam, monoton, leise (rigide Dysarthrie). Sonst keine Rigidität der Muskulatur nachweisbar.

Beim Spaziergang greift und zupft Pat. dauernd an den andern Kranken herum, läßt keinen zufrieden, nimmt Kleidungsstücke in die Hand, betastet sie, probiert sie an. Schwätzt dauernd, widerspricht der Umgebung und reizt sie durch seine Ruhelosigkeit.

Auf der unruhigen Abteilung war Pat. eine zeitlang leidlicher, geriet dann aber in Konflikt mit dem Pfleger, weil er ein Fenster, das dieser schloß, immer wieder öffnete. Er kam in Erregung, griff den Pfleger an und brachte diesem eine Bißverletzung bei.

Im Isolierzimmer kratzte sich der Pat. dauernd im Gesicht, so daß zahlreiche wunde Stellen entstanden. Den Verband zupft und zerrt er herunter. Schließlich entwickelte sich eine Infiltration des Mundbodens. Trotzdem scheuert und schabt Pat. dauernd an sich herum.

Im ganzen ist er recht erreglich und auch etwas aufdringlich, mischt sich leicht in fremde Angelegenheiten. Pat. schläft auch sehr viel. Wird von der unverständigen Mutter abgeholt.

Betrachtet man die Äußerungen des Beschäftigungsdranges in diesem Fall, so sieht man hier trotz einer gewissen Bewegungsverlangsamung eine Erleichterung der Reaktivbewegungen, seien sie gegen den eigenen Körper, seien sie gegen die Umgebung gerichtet. Die ersteren sind Kratz- und Scheuerbewegungen, die letzteren bestehen in Zupfen, Betasten, Anfassen und Herumprobieren an anderen Personen und Gegenständen. Bei dem andauernden Wiederöffnen des Fensters zeigt sich auch ein iteratives Moment, wenngleich natürlich das Wiederholen einer so zusammengesetzten Handlung nicht das gleiche neuropathologische Phänomen darstellt wie eine einfache Iterativbewegung. Hier zeigen sich die Übergänge, auf die oben hingewiesen wurde. Befragt man den Kranken, warum er diese Handlungen wiederholt, so erhält man keine Antwort. Die ganze Handlungsweise hat etwas Starres, Maschinenmäßiges an sich, der Kranke erscheint eigensinnig und hartnäckig. Die Beharrlichkeit, mit der diese Wiederholung vollzogen wird, verstärkt diesen Eindruck. Setzt man ihr Widerstand entgegen, so gerät der Kranke in Erregung und neigt zu Tätlichkeiten. Neben diesem agres-

siven Verhalten gibt es auch noch ein passiv-depressives, auf das weiter unten eingegangen wird. Die Aggressivität hängt nur mittelbar mit der Unnachgiebigkeit und dem Starrsinn zusammen, wie sie aus diesem Festhalten an dem einmaligen Vorsatz hervorgehen. Besonders zu betonen ist hier die Entwicklung einer bestimmten Charaktereigentümlichkeit aus einer biologisch fundierten Reaktionsweise des Zentralnervensystems. Die Iteration komplizierterer Handlungsfolgen, die vermutlich auf dem pathologisch-anatomisch bedingten Fortfall bestimmter Bremsvorrichtungen beruht, befördert und erzeugt die Verstärkung der Bereitschaft zum zähen Festhalten von Handlungen, Gedanken und Plänen, die bei Widerstand noch heftiger wird, so daß allmählich Beharrlichkeit, Zähigkeit, Hartnäckigkeit bis zum Eigensinn und zur Halsstarrigkeit ansteigen.

Eine weitere wichtige Charaktereigentümlichkeit zeigt sich in dem Betätigungs- und Äußerungsdrang gegenüber dem eigenen Körper. Der Kranke scheuert und kratzt an sich herum, ohne auf die Folgen zu achten. Diese Eigenheit wird bei Kindern oft als Ungezogenheit betrachtet, sie gilt als Unart und schlechte Angewohnheit. Aber abgesehen von dieser sozialen Wertung enthüllt diese Verhaltensweise eine rücksichtslose Mißachtung der Gegengründe. Dieser Rücksichtslosigkeit werden wir im Verlaufe unserer Arbeit noch öfter begegnen. Es muß darum schon an dieser Stelle hervorgehoben werden, daß sie sich in dem heftigen Drang, an sich selbst herumzukuratzen, geltend macht. Gewiß wird man hier einwenden, es sei eben der Antrieb übermächtig, und deshalb fänden Überlegungen und Erwägungen überhaupt nicht statt. Die Rücksichtslosigkeit erscheint als Derivat der Triebhaftigkeit und nicht als bewußte Vernachlässigung der Folgen. Aber es handelt sich hier um das Erfassen charakterologischer Merkmale, die wohl manchmal verschiedene Entstehungsarten haben mögen.

Wie nun überhaupt die allgemeine Überbeweglichkeit, Hast, Unruhe und Geschäftigkeit auch in den rücksichtslosen Selbstbeschädigungen hervortritt, so zeigt sie sich gleichfalls im Verhalten gegen Objekte und fremde Personen. Der Kranke muß an allem herumgreifen, alles in die Hand nehmen, probieren und betrachten. Hindert man ihn, so wird er erregt. Sein Benehmen wirkt so ungehörlich, vorschnell, dreist und dumm, ja in gewissem Grade aufdringlich. Wenn auch hier der Verlust der Scheu und Scham nicht besonders deutlich ist, so kann man doch schon erkennen, wozu dies überbewegliche Verhalten gegenüber der Umgebung führen kann. Ebenso ergeben sich hieraus natürlich sehr leicht Konfliktstoffe mit der Umgebung. Unser Kranker Friedrich G. ist dabei nicht besonders zänkisch und unverträglich, sondern er gerät nur in Erregung und Wut, wenn man ihm entgegentritt, sobald der Drang zu heftig in ihm wird, während er im allgemeinen,

namentlich bei Fernhalten von Reizen, noch fügsam ist. Es ist von besonderer Wichtigkeit, hier auf die Reizbarkeit und Erregbarkeit zu achten, durch deren Vermittlung es erst in bestimmten Situationen zur Aggressivität kommt. Wie häufig die Steigerung der Irritabilität bei hirnpathologischen Prozessen ist, ist ja schon seit langem bekannt. Ist diese einseitig auf die Affekte des Zorns und der Wut gerichtet, so spricht man von Explosivität, ein bei traumatischer und genuiner Epilepsie besonders verbreiteter Zug, bezieht sich die Irritabilität auf alle Affekte, so bezeichnet man sie als Affektlabilität, ein besonders bei Arteriosklerose und Paralyse beobachtetes Vorkommnis. Im Falle Friedrich G. ist es also angebracht, von einer mäßigen Explosivität zu sprechen, die aber erst auftritt, wenn ein übermächtiger Bewegungs- und Betätigungsdrang an der Äußerung gehindert wird.

Es ist notwendig darauf einzugehen, wie sich das Übermächtige des Beschäftigungs- und Bewegungsdranges innerpsychologisch darstellt. Fragt man unsern Kranken Friedrich G., so bekommt man, wenn auch selten, die Antwort, er „müsse“ das tun, z. B. er müsse vor sich hin sprechen. Handelt es sich nun hierbei um einen Zwangsvorgang wie bei der Zwangsneurose? Prüft man die Literatur, so findet man wiederholt Zwangsvorstellungen in den Folgezuständen der Encephalitis erwähnt. So berichtet *Pette* von einem Kranken, der beständig von der Idee verfolgt wurde, er müsse seinem Bettnachbar die Kehle mit einem Rasirmesser durchschneiden oder er müsse dies bei sich selbst tun. Einen anderen Fall schildert *G. Hermann*, wo der Kranke beim Besuch einer bestimmten Persönlichkeit den Zwang in sich fühlte, beleidigende Redewendungen zu gebrauchen. Hierher gehört auch der folgende Fall:

Fall 3. Frau Hedwig B., 37 Jahre alt, in Beobachtung vom 20. III. bis 14. V. 24.

Heredität o. B. Normale Entwicklung. Heirat mit 21 Jahren; ein gesundes Kind. Litt viel an Gallensteinen; 1915 deswegen operiert, war aber weiter leidend.

Vor drei Wochen Beginn der jetzigen Erkrankung mit Mattigkeit, Übelkeit, Schlaflosigkeit und Doppelsehen.

Jetzige Klagen: Allgemeine Dösigkeit, schlechtes Sehen, zuweilen Doppelsehen, große Müdigkeit.

Status somaticus: Haut des Gesichts fettig glänzend. Zunge belegt. Innere Organe o. B. Operationsnarbe unterhalb des rechten Rippenbogens. Geringe Mimik. Rechte Lidspalte < links. Beim Blick nach den Seiten Nystagmus. Augenbewegungen frei. Linke Pupille < rechts. Li. Reaktion +. Konv. Reakt. 0. Bauchdeckenreflexe 0. Sonstige Reflexe regelrecht. Romberg +. Kernig 0. Schädel nicht klopfempfindlich. Schmerzen beim Seitwärtsdrehen des Kopfes. Sensibilität o. B.

Psychisch: schläfrig, teilnahmslos, langsam, aber besonnen.

21. III. Lumbalpunktion. Liquor klar, Nonne +, Pandy +, Zellzahl 87/3. Wassermann-Reaktion im Blut und Liquor —.

27. III. Rasche Besserung, fühlt sich freier. Keine Doppelbilder mehr.

5. IV. Weitere Besserung. Pupillen gleichweit. Li. Reakt. +, Konv. Reakt. +, aber wenig ausgebig. Bauchdeckenreflexe fehlen. Zuweilen subfebrile Temperatur.

20. IV. Körperlich gut erholt. Macht einen gedrückten Eindruck. Als Grund gibt Pat. an, sie habe „immer so schlechte Gedanken“, ist aber nicht zur Aussprache zu bewegen.

23. IV. Klagt über Zwangsgedanken. Sobald sie mit jemand spreche oder jemanden nur anblicke, wünsche sie dem Betreffenden etwas Schlechtes. Das könne sie gar nicht im einzelnen erzählen, das sei so furchtbar, daß sie es gar nicht auszusprechen wage. Sie wisse auch ganz genau, daß sie das nie wieder ganz verlieren würde.

13. V. Nystagmus nach links noch vorhanden. Anisokorie $r. > l.$ Li. Reakt. +, Konv. Reakt. + $r = l.$ Die Bauchdeckenreflexe sind wieder auslösbar. Stimmung ruhiger und gleichmäßiger. Die Zwangsgedanken bestehen noch, doch nicht mehr so heftig wie anfänglich.

Bei einer Nachuntersuchung am 3. VII. fühlt sich die Pat. körperlich wohl, schläft besser, hat nur noch wenig Kopfschmerzen.

Die Zwangsgedanken unanständigen und schmutzigen Inhalts hätten sich in keiner Weise gebessert. Über den Inhalt will sie nicht sprechen. Nach außen könne sie sich zusammennehmen. In letzter Zeit verspürte sie viel innere Unruhe.

Hier entstehen kurz nach der akuten Phase der Encephalitis bei einer 38jährigen Frau Zwangsgedanken, über deren Inhalt sie allerdings nie spricht. Gerade aus diesem Verhalten geht hervor, wie fremdartig und wie aufgezwungen diese Vorstellungen dem Wesen und der Gesamtpersönlichkeit der Kranken sein müssen. Sie tragen also die Kennzeichen echter Zwangserscheinungen; ihre Genese kann entsprechend ihrer iterativen Natur mit dem Fortfall bestimmter Hemmungsinstanzen in Zusammenhang gebracht werden. Dieser Zusammenhang war besonders klar in einem Fall *Hermanns*, bei dem außer dem Zwangsgedanken Zwangssprechen, iterative Handlungen, Palilalie und Paligraphie bestanden.

Es wird also mindestens teilweise, namentlich wenn der Bewegungs-, Rede- oder Vorstellungsdrang iterative Formen annimmt, das psychologische Erlebnis der Zwangszustände zuwege gebracht. Die erstmalige Wahl der Inhaltsbestimmung bleibt freilich dunkel. Sie erscheint den Betroffenen selbst als fremdartig und nicht mit dem eigenen Innenleben verwandt. Ob freilich nicht irgendwelche Verdrängungen oder andere psychodynamische Mechanismen auch in diesen Fällen determinierend wirken, bleibe dahingestellt. Eine Verschmelzung mit dem Charakter der Erkrankten findet nicht statt. Wenigstens sind keine Beispiele bekannt geworden von einer Umwandlung nach der Seite des Bedenklichen, Ängstlichen, Vorsichtigen, Grüblerischen, Zweiflerischen oder Pedantischen.

Demgegenüber muß betont werden, daß zwei andere von der Störung der Motorik abhängige Verhaltensweisen sich eng mit der Gesamtpersönlichkeit verbinden, nämlich sowohl die Hartnäckigkeit als auch die Rücksichtslosigkeit, die oben bereits erwähnt wurden. Besonders wichtig ist dies insofern, als die Störung der Motorik im Sinne des Bewegungsdranges und der Iteration auch sehr zurücktreten, ja ganz

fehlen kann, und doch die psychischen Funktionen in entsprechender Weise beeinflußt sind. Es prägen sich dann eben die Folgen des Fehlens bestimmter Bremsvorrichtungen nicht im rein Motorischen aus, sondern direkt schon in der höheren Sphäre des Verhaltens, des Denkens und des Handelns. Als Beweis mag folgender Fall dienen, der motorisch stark gebunden ist und doch Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit in seinem Wesen zeigt.

Fall 4. Justine E., 28 Jahre, in Beobachtung seit 14. I. 24.

Vater an Lungentuberkulose †, Mutter lebt, ist gesund, 7 Geschwister †, 5 klein, eins an Grippe, ein Bruder gefallen. Von den 3 lebenden Geschwistern leidet einer an Epilepsie.

Pat. war früher gesund, lernte in der Schule gut, war als Kontoristin tätig. Im Februar 1920 Grippeencephalitis, schlief 14 Tage, dann Schlaflosigkeit. War von Juli 1920 bis Oktober 1922 wieder berufstätig. Bekam dann Zittern in Armen und Beinen, die Haltung wurde steif. War $\frac{1}{2}$ Jahr im Krankenhaus und dann zu Hause. Die Bewegungen wurden immer schlechter, Speichelfluß.

Status: Dürrtiger Ernährungszustand. Gesichtshaut fettglänzend. Mund halb geöffnet, Maskengesicht. Innere Organe o. B. Pupillen l. = r. Reaktion i. O. Bauchdeckenreflexe +, Knochenhautreflexe gesteigert, keine Kloni, keine pathologischen Reflexe. Starke Bewegungsverlangsamung. Allgemeiner Rigor. Tremor der Hände. Sprache leise, monoton, rasch. Gang steif, Haltung vornübergebeugt. Keine Mitbewegungen. Sensibilität o. B. Schluckt schlecht. Pat. ist geordnet und besonnen, läßt sich sehr bedienen. Ist dabei von querulierender Hartnäckigkeit, wenn sie einen Wunsch erfüllt haben will, fragt und quält so lange, bis sie ihren Willen durchgesetzt hat. Mitunter sehr rücksichtslos, legt sich einfach auf den Boden oder eine harte Bank, wenn sie sich müde fühlt, oder mit Schuhen aufs Bett. Ist Ermahnungen in dieser Hinsicht unzugänglich.

18. II. Auf Hyoscin leichte Besserung, kann wieder feste Speisen kauen, namentlich nachts, kann wieder schreiben.

5. IV. Im allgemeinen weniger steif. Häufig weinerlich und mutlos, klagt über Kreuzschmerzen, liest viel.

17. VI. Dauernd querulierend und unzufrieden. Sehr hartnäckig und unnachgiebig. Nimmt wenig Rücksicht, verlangt viel Pflege.

Eine früher gesunde und fleißige Kontoristin von 28 Jahren erkrankt zwei Jahre nach einer Encephalitis an einem Parkinsonismus. Sie ist sehr bewegungsarm und steif. Charakterologisch fallen Unzufriedenheit, Mißmut, Unnachgiebigkeit, Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit auf. Während man die allgemeine Verstimmung öfters antrifft, wie die Untersuchungen *Stäbelins* nachgewiesen haben, ist hier sehr wichtig das Auftreten von Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit ohne die entsprechende Veränderung der Motorik, die oben geschildert wurde. Es bedeutet dies eine Übertragung der Verhaltensweise vom rein Motorischen über das Psychomotorische ins Psychische selbst. Die Hemmungen, bei deren Wegfallen die Motilitätsakte impulsiv, zwangsmäßig und iterativ und dadurch eben hartnäckig und rücksichtslos werden, diese selben Hemmungen bedingen, wenn ihr Fortfall auf eine höhere Stufe des psychischen Geschehens, z. B. die der Strebungen und Ziel-

setzungen, einwirkt, eine mehr allgemeine Rücksichtslosigkeit und Zähigkeit. Die Eigentümlichkeit der motorischen Äußerungsform geht in eine Eigenart des Gesamtverhaltens über, aus einer neurologisch und biologisch begründeten Reaktionsweise entsteht ein Charakterzug. So besteht Übereinstimmung mit der Anschauung, daß bei den indirekt durch die motorischen Störungen gesetzten psychischen Schädigungen es sich offenbar um Abänderung der Reaktionsweise und des Ablaufs psychischer Leistungen handele (*Kleist, Meyer-Groß, Hauptmann, J. Lange, A. Jakob, A. M. Rabiner*).

Auf eine nähere Diskussion der durch *Kleist* inaugurierten Forschung über die Zusammenhänge von Motilität und Psyche kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Es ist aber von Wichtigkeit, in kurzen Worten die aus unseren Beobachtungen zu erschließende Wirkung der Motorik auf das Seelenleben zusammenfassen. Eine unmittelbare Folge der Vermehrung des Bewegungsantriebes ist eine allgemeine Unrast und Unruhe, eine Überbeweglichkeit und Geschäftigkeit, die auch den Schlaf stören kann. Diese Zustände treten entweder nur vorübergehend auf oder sie bleiben dauernd und prägen dann allerdings dem Gesamtverhalten den Stempel des Versatilen und Überbeweglichen auf. Ihr Zusammenhang mit dem Fortfall bestimmter Brems-einrichtungen ist wahrscheinlich. Dabei kann zugleich eine Bewegungsverlangsamung in bezug auf Ausdrucks-, Einstellungs- und Mitbewegungen bestehen, neurologisch also das Bild des Parkinsonismus. Die Reaktivbewegungen, deren Vermehrung im Vordergrund steht, tragen zuweilen den Charakter des Maschinenmäßigen, Starren und Iterativischen. Es ist nun verschieden, ob sich diese Beweglichkeit mit explosiver Erreglichkeit oder mit depressiver Weinerlichkeit paart. Jedenfalls verleihen aber die Bewegungsakte in ihrer Ungehemmtheit und in ihrem Drang zur Wiederholung dem Gesamtverhalten etwas Hartnäckiges und Rücksichtsloses. Von innen gesehen, stellt sich der Bewegungsdrang häufig als Zwangsimpuls dar. Allerdings findet keine Verschmelzung im charakterologischen Sinne nach der Richtung der Bedenklichkeit, des Grüblerischen und Vorsichtigen statt, sondern die Zwangsimpulse bleiben ein als fremd Empfundenes im Seelenleben. Es ergibt sich also, daß die Änderung der Motorik im Gefolge der Encephalitis vor allem unmittelbar zu einer Beeinflussung der Beweglichkeitsgrade des Gesamtverhaltens führen kann, sowohl in positivem als auch in negativem Sinne, übrigens nur locker verknüpft mit der neurologisch-somatischen Kinetik, und daß andererseits die Erhöhung des Bewegungsdranges, die sich dem Kranken selbst zuweilen als Zwang darstellt, in charakterologischer Richtung nach der Seite der Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit einwirkt.

Nunmehr sind die Fälle von Encephalitis zu besprechen, in denen

außer der Störung der Motorik eine Störung in der affektiven Sphäre stattfindet. Als einer der primitivsten Affekte, der bereits im Tierreich mannigfach zutage tritt und der sich schon im frühesten Kindesalter entwickelt, hat zweifellos die Scham zu gelten. Sie eilt der Ausbildung der Sexualität weit voraus und ist eine ausgesprochen infantile Seelenregung. So finden sich auch unter den scheu, schüchtern, linkisch und verlegen bleibenden Erwachsenen viele infantile Typen. Das Erröten der Scham erscheint manchem als unmännlich. Über das Zustandekommen dieser Affektlage der Scheu und Scham und über ihren Zusammenhang mit hirnpysiologischen Vorgängen ist noch nichts bekannt. Nun ist ja überhaupt die Natur der Affekte und ihre Beziehung zum Gehirn eine terra incognita, die einer zielbewußten Bearbeitung vom Standpunkt des naturwissenschaftlichen Forschers harrt.

Was für die Affekte im allgemeinen, gilt so auch im besonderen für die Scham. Es wäre natürlich vergebens, an diesem Punkte nun in das schwierige Problemgebiet eindringen zu wollen. Aber es scheint doch wohl möglich, daß dieser Affekt einen bestimmten biologischen Zweck erfüllt, nämlich den, das noch unerfahrene Kind vor unbekannten Gefahren zu schützen. Wären Kinder nicht zumeist scheu und schüchtern gegenüber allem Fremden, sei es Person oder Sache, so würde gewißlich noch viel mehr Unglück geschehen, als sich sowieso infolge der kindlichen Unwissenheit und Unbedachtsamkeit zuträgt. Eine völlige und ausführliche Erklärung kann und soll diese Anmerkung nicht sein. Jedenfalls muß wohl anerkannt werden, daß der Affekt von Scham und Scheu vor allem dem kindlichen Alter eigentümlich ist, allerdings ohne spezifische sexuelle Färbung. Diese Gemütsbewegung steht in einer schon oben angedeuteten Beziehung zu Entäußerung von Motilitätsakten und zwar im Sinne des Abwendens, des Vonsichfernhaltens und des Unterdrückens von Bewegungen. Es besteht also eine gewisse Parallele zwischen Bewegungsarmut und allgemeiner Schüchternheit und zwischen Bewegungsreichtum und, wie gezeigt werden wird, einem Mangel an Scheu und Scham.

Zuerst erscheint es aber notwendig, einen Fall zu betrachten, bei dem es zu einer Verstärkung der Schüchternheit im Gefolge einer Encephalitis gekommen ist.

Fall 5. Hans K., 12 Jahre alt, in Behandlung vom 31. VIII. bis 14. IX. 21.

In der Familie keine Nerven- und Geisteskrankheiten. Eine jüngere Schwester des Pat. immer schwächlich, ist aufgeregt und leidet an Bettnässen.

Pat. selbst normal geboren und entwickelt. Keine Krämpfe, kein Bettnässen. Als Kind Masern. War früher lebhaft und lernte gut. März 1920 an Grippe erkrankt. Im Anschluß hieran $\frac{1}{2}$ Jahr lang Schlafsucht, so daß er sogar zum Essen geweckt werden mußte. Nach dieser Zeit soll er einige Tage lang nichts gesehen haben. Auch jetzt verschwimmen ihm beim Lesen die Zeilen. Ferner seit einiger Zeit vermehrter Speichelfluß. Der Mund wurde offen gehalten, der Gesichtsaus-

druck starr. Die Speisen behielt er lange im Mund, konnte sie nicht herunter-schlucken.

Seit seiner Erkrankung *scheu* und *schüchtern*, geht nur noch zu kleineren Kindern. In der Schule ist er merklich zurückgegangen, hat keine Lust mehr, seine Schularbeiten zu machen.

Zunehmende Steifigkeit in den Beinen, steht und sitzt ganz gebückt. Tagsüber schläfrig, abends schläft er schwer ein.

Status somaticus: Größe und Gewicht dem Alter entsprechend. Innere Organe o. B. Starker Speichelfluß. Rigidität der Muskulatur, besonders der Beine; Maskengesicht. Parkinsonhaltung. Alle Reflexe regelrecht. Sensibilität o. B.

Starke Bewegungsverlangsamung, wohl außer der Steifigkeit auch Mangel an Antrieb.

Psychisch: besonnen, ruhig, klar. Scheues, schüchternes Wesen, drängt sehr nach Hause, döst viel vor sich hin.

Nach kurzem entlassen.

Ein früher munterer und lebhafter Knabe wird also nach einer Encephalitis epidemica unter Entwicklung eines Parkinsonismus ausgesprochen schüchtern und scheu. Seine Einstellung und Haltung zur Umwelt wird aus einer extrovertierten im *Jungs*chen Sinne eine introvertierte. Abwendung und Zurückgezogenheit entstehen hier im Zusammenhang mit der Bewegungs- und Äußerungsabneigung. Eine ähnliche Beobachtung hat offenbar *Pette* im Auge, der von einem 14jährigen Knaben berichtet, der 1½ Jahre nach einer Encephalitis ohne ausgesprochene neurologische Symptome träumerisch wurde, nicht vom Fleck kam und sich abseits hielt, dabei aber gutmütig und lenkbar blieb. Daß hier eine biologische Zusammengehörigkeit vorliegt, dafür scheinen die Erfahrungen des Alltags zu sprechen, denn zumeist sind schüchterne Menschen steif, ungelenk, bewegungsarm, schweigsam und zurückhaltend. Diese Verknüpfung ist aber auch in der Richtung wichtig, als Scheu und Scham Hemmungs- und Bremsfaktoren für die Entfaltung des Bewegungsdranges darstellen, und es ist nicht unberechtigt zu fragen, ob dieses Verhältnis nicht einen hirnphysiologischen Untergrund besitzt. Die Betrachtung Hirnkranker lehrt immer wieder, in wie mannigfacher Art die Antriebs- und Bremsapparate im Gehirn aufgebaut sind. Die Brems- und Hemmungsvorrichtungen im besonderen sind in mehreren übereinandergeschalteten Stationen angeordnet. Gelegentlich der Untersuchung über die Iteration in ihren verschiedenen Formen bin ich bereits zu ähnlichen Ergebnissen gelangt. Dabei ist auch auf gewisse klinische Tatsachen hin eine Mutmaßung über die Natur dieser Hemmungsmechanismen ausgesprochen worden, daß es sich nämlich dabei um kontrollierende Instanzen sensorischen Gepräges handele. Als eine solche höhere, iterationshemmende Instanz zeigte sich z. B. die Aufmerksamkeit. Ebenso ist wohl der Träger derjenigen hirnphysiologischen Leistung, die sich innerpsychologisch als Scheu und Scham spiegelt, als eine bewegungshemmende Einrichtung mit vorwiegendem Gefühls-

charakter zu betrachten, die biologisch und hirnanatomisch in den Antriebsapparat als Bremsblock eingeschaltet ist.

Um so mehr Beachtung verdient der Umstand, daß es gewöhnlich im Gefolge der Encephalitis epidemica, namentlich bei Kindern, wenn jene im ersten Abschnitt beschriebene Überbeweglichkeit auftritt, zu einer starken Abstumpfung der Gefühle der Scheu und Scham kommt. zu der Ausbildung einer ausgesprochenen Aufdringlichkeit, Vorlautheit, Keckheit, Dreistigkeit und Unverschämtheit. Diese Charaktereigentümlichkeit machte sich schon in gewissem Maß an dem oben beschriebenen Fall Friedrich G. bemerkbar. Ebenso werden sie in den Arbeiten *Bonhöffers*, *Kauders*, *Böhms* u. a. immer wieder erwähnt. Die eigenartige Bedeutung dieses Sachverhalts wird aber nur klar, wenn man dagegen hält, wie andererseits Bewegungshemmung sich aus biologischen Gründen mit übertriebener Scheu und Schüchternheit paart. Es erscheint die Bremsvorrichtung der affektiven Einstellung der Scheu als so eng gebunden an den gesamten Regulationsapparat der Beweglichkeitsgrade, daß ihrerseits die Vermehrung der Bewegungsunruhe zu einer Beeinträchtigung jener affektiven Mechanismen, ja zu ihrer Ausschaltung führt. Allerdings, das sei schon hier betont, scheint diese enge Verbundenheit besonders im Kindesalter und in der Pubertät ausgeprägt zu sein; denn bei Erwachsenen findet man trotz starker encephalitisch bedingter Hyperkinese nur selten die Züge von Aufdringlichkeit und Unverschämtheit. Es handelt sich hier also vermutlich um eine Besonderheit des reifenden Gehirns, daß hier nämlich der Regulationsapparat für die Bewegungsproduktion, dessen entfesselte Glieder zu den verschiedenartigen Hyper- und Hypokinesen führen, nur wenig trennbare Beziehungen zu den hirnphysiologischen Elementen aufweist, von denen das Zustandekommen der Scheu und Scham abhängt.

Freilich ist die Festigkeit dieser Verbindung wohl erst von einem bestimmten Alter an so entscheidend, daß ein ganz fest umrissenes psychisches Syndrom entsteht. Je früher im Kindesalter die Encephalitis einwirkt, desto atypischer ist das sich ergebende Symptomenbild. Darum wird an dieser Stelle zuerst ein Fall gebracht, der wegen des Auftretens einzelner sonst nicht auffindbarer Züge eine gewisse Sonderstellung einnimmt und der andererseits unseren jüngsten Pat. betrifft.

Fall 6. Anna K., 8 Jahre alt, in Beobachtung vom 24. V. bis 1. VIII. 23.

Eltern leben beide, sind gesund. 5 normale Geschwister. Pat. normal entwickelt, mit 4 Jahren Gehirngrippe. Schief 14 Tage ununterbrochen, hatte hohes Fieber. Danach sehr reizbar und ungezogen. Kniete ohne Sinn auf den Boden, spuckte viel aus, schnitt Vorübergehenden lange Nasen. Mit 6 Jahren zur Schule, wurde dann so unruhig, schrie und gab an, daß sie ein Jahr lang wieder wegen Krankheit beurlaubt war. Ist an keine Zucht und Ordnung zu gewöhnen. Macht alles sehr rasch und hastig. Gute Schulleistungen.

Bei der Aufnahme macht sie zuerst einen sehr schüchternen und ängstlichen Eindruck. Fängt aber sofort an fürchterlich zu brüllen, bleibt nicht im Bett, verlangt nach den Eltern. Schreit wie ein kleines Kind. Ist kaum zu beruhigen, laut und widerspenstig.

26. VII. Ganz unlenksam. Versucht ihren Willen durch Brüllen, Kratzen, Beißen oder dadurch, daß sie sich strampelnd zu Boden wirft, unter allen Umständen durchzusetzen. Sich selbst überlassen, ist sie verhältnismäßig ruhig. Bei einem Versuch, sie auf eine ruhige Abteilung zu bringen, beginnt sie zu brüllen und verlangt nach der unruhigen Abteilung zurück.

30. VII. Heute etwas ruhiger und zugänglicher, beantwortet einfache Fragen richtig. Sehr zappelig, abschweifend, gibt sich gar keine Mühe, nachzudenken.

Pat. befindet sich in schlechtem Ernährungszustand, sonst ist somatisch und neurologisch nichts besonderes festzustellen.

1. VIII. Wird gegen ärztlichen Rat nach Hause mitgenommen.

Diese Beobachtung zeigt ein Kind, das in dem ungewöhnlich frühen Alter von 4 Jahren an Encephalitis erkrankt und bei dem sich in der Folgezeit allgemeine Unrast und Überbeweglichkeit, Unlenksamkeit, Widerspenstigkeit und Neigung zum Verspotten entwickelten. Im Laufe der leider nur kurzen klinischen Beobachtung traten diese Züge auch hervor. Besonders bemerkenswert ist aber, daß hier eine eigentliche Aufdringlichkeit und Dreistigkeit vermißt wird. Es ist hier also das später so fest geknüpfte emotionale Korrelat der Scheu trotz hochgradiger Bewegungsunruhe nicht erschüttert. Dagegen stehen im Mittelpunkt die Erscheinungen der Reizbarkeit und des Trotzes. Die Reizbarkeit findet sich bekanntlich sehr häufig bei pathologischen Prozessen im Gehirn; sie ist auf psychischem Gebiet wohl das sicherste Zeichen derselben, so daß hierüber nicht viel zu sagen wäre. Der kindische Trotz hingegen führt zu recht eigenartigen Reaktionen; das Kind brüllt, schreit, kratzt, beißt und wirft sich strampelnd auf den Boden, um seinen Willen zu bekommen. Dieser Ausbruch negativistischer Einstellung erinnert in gewissem Grade an hysterische Akzesse, bei denen ähnliche Eruptionen zur Abwehr auftreten. Nun hat schon *Kraepelin* auf diese Parallele hingewiesen zwischen dem kindisch-trotzigen Widerstreben mit maßlosem Schreien, Strampeln und Umsichschlagen einerseits und den hysterischen Anfällen andererseits. Diese Gemeinsamkeit beruht u. E. aber auch darauf, daß der Schrei- und Tobanfall eigentlich den hysterischen Anfall des Kindes darstellt mit größerer Durchsichtigkeit des Zweckes und geringerer Betonung des Krankheitswillens. Daß diese Art Anfälle prognostisch günstig sind, teilen sie mit den übrigen Erscheinungen der Kinderhysterie. So kann auch in unserm Falle Anna K. das Auftreten dieser Trotzentladung ungezwungen als eine hysterische Reaktionsweise aufgefaßt werden. Hier kommt es also auf dem Boden der encephalitischen Hirnveränderung zu hystericähnlichen Erscheinungen. Auf diesen Umstand wird später zurückgegriffen werden.

Fernerhin stellt der Trotz eine primitive Vorstufe der eigensinnigen Hartnäckigkeit dar, wie sie der oben beschriebene Fall 4, Justine E., zeigt. Auch findet sich in den Äußerungen des Trotzes eine ähnliche Rücksichtslosigkeit, wie sie dort auf anderen Gebieten bemerkt wurde. Es ist von Wichtigkeit, sich diese psychologische Ableitung klar zu machen. Bei Erwachsenen ist die Wurzel des kindischen Trotzes nicht mehr deutlich sichtbar, und doch bestehen Charaktereigentümlichkeiten, die im Grunde aus dieser emotionalen Stellungnahme stammen. Der Trotz führt auch mit seiner Auflehnung zum Ressentiment und zu dem Trieb nach Selbstwiederherstellung; er ist die einfachste und die typisch infantile reaktive Stellungnahme im Sinne der Selbstbehauptung gegenüber Beeinträchtigungen von Seiten der Umgebung. Aus ihm entspringen Unlenksamkeit und Widerspenstigkeit. In differenzierter und umgebildeter Form beim Heranwachsenden wird er der Ursprung von Rache-trieb, Spottsucht, Boshaftigkeit, Grausamkeit, Neid, Mißgunst, Schadenfreude und Heimtücke. Im weiteren Verfolg unserer Untersuchungen werden einzelne dieser Züge in der Analyse der encephalitischen Spätzustände aufgezeigt werden; an dieser Stelle sollte nur kurz auf die gemeinsame Entstehung hingewiesen werden.

Die Erörterung konnte angeknüpft werden an den Fall Anna K., bei dem sich eine hysterische Reaktionsweise aus trotzig ablehnender Einstellung und Reizbarkeit neben allgemeiner Überbeweglichkeit als Folgezustand der Encephalitis entwickelt. Diese Form ist sehr selten und scheint mit dem außerordentlich frühen Erkrankungsalter zusammenzuhängen. In etwas späterer Zeit, etwa vom 6.—18. Lebensjahr, pflegen die Erschütterungen auf dem Gebiet der Motilitätsentladung nach einer anderen Seite in die emotionale Sphäre überzugreifen, nämlich im Sinne der Ausschaltung von Scheu und Scham.

Hierfür bieten sich viele Beispiele in der Literatur, in denen vor allem die Dreistigkeit, die Respektlosigkeit, Vorlautheit und Neigung zu dummen Streichen klar hervortreten. Natürlich gibt es dabei allerlei graduelle Abstufungen, vor allem auch in der Art, wie die Kranken sich selbst gegenüber den Effekten ihres Betätigungsdranges verhalten.

Im allgemeinen gehen nun Bewegungsunruhe und Aufdringlichkeit einander parallel, so daß man unter Vernachlässigung der affektiven Grundlage geglaubt hat, letztere Störung direkt von ersterer ableiten zu können. Es gibt aber auch Fälle, in denen trotz kaum vermehrten Bewegungsdranges sich eine ganz ausgesprochene Vorlautheit und Dreistigkeit entwickelt. Hieraus geht hervor, daß es sich eben um koordinierte Störungen von relativer Unabhängigkeit voneinander handelt. Zunächst soll ein Beispiel dieser Art gebracht werden.

Fall 7. Heinrich K., 18 Jahre alt, in Behandlung vom 14. IV. bis 1. VII. 23.

Gesunde Familie. Normal entwickelt, gut begabt. Vor 4 Jahren leichte Grippe, sonst stets gesund. Seit etwa 2 Wochen schläfrig, arbeitete aber weiter. Am 9. IV. schlief er bis Mittags, holte dann ein Pferd aus dem Stall des Nachbarn, ließ es sich aber widerspruchslos abnehmen. Dann einen Tag unauffällig, am nächsten Tage setzte er sich auf der Straße auf seinen Kasten mit Arbeitsgerät und schlief ein. Mußte geweckt und nach Hause geschickt werden. Machte allerlei wunderliche Geschichten, wollte auf ein fahrendes Motorrad springen, zog einen Kreidestrich, den er für einen elektrischen Draht erklärte, schaute in den Spiegel, um zu sehen, wer ihn hypnotisierte.

Status somaticus: Gesunde Farbe, guter Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Klagt über Doppelsehen. Objektiv keine Parese der Augenmuskeln bemerkbar. Stumpfer apathischer Gesichtsausdruck. Reflexe regelrecht.

Pat. schläft fast dauernd. Wird er geweckt, so ist er dösig, gibt gähnend Antwort. Weiß über seine Müdigkeit und die Geschichte mit dem Pferd und dem Kreidestrich Bescheid; seine Schwester habe gesagt, er sei wohl hypnotisiert. Er selbst habe nichts davon gemerkt. Erzählt gähnend, er sei auch in der Schulzeit mal so schläfrig gewesen. Fragt wiederholt, ob er sein Augenlicht wieder bekomme; Aufforderungen, in die Hände zu klatschen, Kaffeemühle zu drehen kommt er nach, hört aber erst nach unverhältnismäßig langer Zeit auf. Mißdeutet Geräusche. Temperatur etwas erhöht.

18. IV. Lumbalpunktion. Liquor klar; Nonne +, Pandy +, Zellzahl 51/3. Wa.R. 0.

19. IV. Klagt über Kopfschmerzen. Verlangt nach einem Klavier, das er sich gekauft habe, erscheint delirant. Dauernd leichtes Fieber.

23. IV. Andauernd schlafsuchtig und delirant. Verlangt bei jeder Visite in gleicher Weise nach dem Klavier, das er in diesem Hause gekauft habe.

25. IV. Pat. schläft viel; verlangt nach dem Erwachen sofort nach seinem Klavier, wendet sich dabei zudringlich an die Ärzte.

28. IV. Schlafsucht etwas geringer. Pat. spielt, soweit er wach ist, eifrig und sehr ungeniert Mundharmonika und Zither.

30. IV. Seit einer Woche normale Temperatur, steht auf.

3. V. Pat. schläft zwar noch viel und ist oft müde, doch tritt dies gegen eine gewisse läppische Heiterkeit zurück. Pat. hat sich an einen andern Kranken angeschlossen, liebkost diesen und nennt ihn seinen Freund. Beschäftigt sich viel mit Zither- und Mundharmonikaspiel. Vorlaut, jovial, plump-vertraulich. Bittet den Arzt stets um Klavierunterricht.

8. V. Schlafsucht fast ganz abgeklungen. Fröhlich-unbekümmertes Wesen und allgemeine Ungeniertheit und Aufdringlichkeit. Macht vorlaute Bemerkungen, aber nie böseartig. Hat denselben Wunsch nach Klavierunterricht.

20. V. Spielt viel Zither, ohne auf die verstimmten Saiten zu achten. Begrüßt die Ärzte stets einzeln durch Handschlag. Bittet in bald zutraulicher, bald aufdringlicher Weise stets von neuem um ein Klavier.

31. V. Pat. ist immer heiter, ungeniert, macht allerlei Späße; stets selbstbewußte Haltung. Beschäftigt sich mit Zitherspiel. Kein Wunsch nach Entlassung. Keine Schlafsucht mehr.

7. VI. Pat. ist stets besonnen und geordnet. Seinen Lieblingswunsch nach einem Klavier bringt er nicht mehr vor. Schreibt trotz wiederholter Aufforderung nicht nach Hause. Ist mit seinem Aufenthalt sehr zufrieden, grüßt immer sehr freundlich und jovial. Flink und rasch in seinen Bewegungen, aber nicht eigentlich zappelig und unruhig.

26. VI. Stellt seine zu Besuch weilende Schwester mit grotesker Würde vor, macht gern Wortwitze, kommt sich sehr wichtig vor. Will nach Hause, um wieder zu arbeiten.

1. VII. Entlassen.

2. I. 24. Kommt heute zu Besuch in die Klinik, hat eine Zither und Schlittschuhe unter dem Arm. Erzählt sehr ungezwungen und mit vertraulichem Lächeln und mit lebhafter Geberde, daß er in der Zwischenzeit als Hilfsarbeiter regelmäßig gearbeitet habe. Kommt gleich sehr ungeniert damit, man solle seinen Geschlechtsteil untersuchen, da sei ein Haar hineingekommen, und er habe nun eitrigen Ausfluß. Geschlechtsverkehr bestreitet er. Lacht vergnügt. Läßt sich durch ernste Vorhaltungen nicht beunruhigen. Im Harnröhreneiter Gonokokken +.

Ein früher gesunder und unauffälliger junger Mann von 18 Jahren erkrankt an Schlafsucht mit Fieber, Doppelsehen, Desorientiertheit und wahnhaften Ideen. Nach kurzer Zeit wird die Temperatur normal, er äußert stereotyp den Wunsch nach einem Klavier. Nach weiteren acht Tagen geht auch die Schlafsucht zurück, es bildet sich ein Zustand euphorischer Stimmung mit stereotypen Wünschen, mit Vorlautheit, plumper Vertraulichkeit und Dreistigkeit aus. Eine starke Bewegungsunruhe besteht nicht. Dieser Zustand bringt ein fröhlich-unbekümmert-ungeniertes Wesen hervor, so daß sich Pat. später mit Gonorrhoe infiziert. Die akute Phase muß man wohl als Encephalitis betrachten. Das zurückbleibende Bild erinnert etwas an eine ausgelöste Manie, aber hierfür bestehen in der Anamnese keine Anhaltspunkte, und der Verlauf scheint dieser Annahme zu widersprechen. Zudem fehlen Rede- und Bewegungsdrang. Außer der heiteren Gemütslage fällt vor allem eine Neigung zu plumper, aufdringlicher Vertraulichkeit auf, die auf einer Beeinträchtigung der affektiven Grundlage der Scheu und Zurückhaltung zu beruhen scheint. Damit stimmt auch überein, daß Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit, hier allerdings mehr in Form von Unbekümmertheit um die Folgen, nicht vermißt werden, deren häufiges Vorkommen nach Encephalitis bereits festgelegt wurde. Natürlich ist auch eine auffallende Ähnlichkeit mit einer Hebephrenie unbestreitbar. Namentlich die grundlose, häufig läppisch wirkende Heiterkeit, die Stereotypen und die Albernheit des ganzen Benehmens lassen daran denken, doch konnten kennzeichnende Denkstörungen nicht nachgewiesen werden, und es fehlte jede Neigung zur Schwulst und leeren Redensarten. Das psychische Zustandsbild ist eben trotz seiner nahen Beziehungen zur Manie und zur Hebephrenie durchaus eigenartig. Es betrifft nicht nur die Stimmungslage, sondern auch die Affektivität und zeigt ferner die hartnäckige und rücksichtslose Reaktionsweise der Postencephalitiker. Sehr ungewöhnlich ist aber das Fehlen stärkerer Bewegungsunruhe, die sonst ähnliche Bilder zu begleiten pflegt. Hiermit zeigt sich, daß die Genese der Aufdringlichkeit nicht etwa aus der Hyperkinese abzuleiten ist; sie ist vielmehr ein spezifischer Defektzustand in der affektiven Sphäre. Allerdings bestehen sehr enge Beziehungen zur

Motilität. Die affektive Stellungnahme der Scheu stellt eine Hemmung für die Entäußerung von Bewegungsakten dar, und die allgemeine Erhöhung der Bereitschaft hierzu kann rückwirkend zu einer Beeinträchtigung des entsprechenden emotionalen Ablaufs führen, dessen selbständige Schädigungsmöglichkeit in unserem Falle Heinrich K. nachgewiesen ist.

Ein weiteres Beispiel in dieser Hinsicht ist der folgende Fall, bei dem allerdings die schweren körperlichen Störungen durchaus im Mittelpunkt stehen, und der nur kurz beobachtet werden konnte.

Fall 8. Artur Z., 10 Jahre alt, in Behandlung vom 26. V. bis 11. VI. 24.

Familienanamnese o. B. Pat. war ein gesundes Kind, bis er mit 6 Jahren an Fieber, Starre, Aufgeregtheit und Verwirrheitszuständen erkrankte. Schief viel, hatte Zuckungen am ganzen Körper. Allmählich entwickelte sich eine Verdrehung und Steifigkeit des ganzen Körpers. Interkurrent vor einem Jahre Mittelohrentzündung, die operiert wurde. Leidet seitdem gelegentlich an Ohrläufen. Ging regelmäßig zur Schule, lernte gut. Allmählich wurde die Haltung immer schlechter. Beim Gehen stürzte Pat. nach vorn. Starker Speichelfluß.

In seinem Charakter verändert, aufgeregt, zankt sich leicht, gerät schnell ins Weinen. Will immer kommandieren. Gegen die Eltern anhänglich, freundlich, folgsam. Im Essen wählerisch.

Status somaticus: Größe und Gewicht dem Alter entsprechend. Mehrere Narben an der Kopfhaut (vom Hinstürzen). Innere Organe o. B. Maskengesicht und Salbenhaut. Hält dauernd den Mund geöffnet. Der Kopf wird nach rechts hinten geneigt. Der rechte M. sternocleidomastoideus ist angespannt. Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Spannungen in der Rückenmuskulatur. Kontraktur der Hände in Beugestellung, besonders im Fingergrundgelenk. Finger gestreckt, links ulnar abduziert. Beide Beine in Knie- und Hüftgelenk leicht gebeugt. Allgemeine Rigidität, links > rechts. Tremor des linken Beines. Beiderseits Hohlfuß, l. > r. Links große Zehe dauernd in Babinskistellung. Passiv sind alle Beugehaltungen mit Ausnahme derjenigen der linken Hand und der Füße ausgleichbar. Gang mit überkreuzenden Beinen, Fußspitzen nach innen gewandt, Arme an den Rumpf gedrückt. Beim Stehen Retropulsion. Pupillen r. > l. Li. Reakt. l. +, r. Spur träger +, Konvergenzlähmung. Sonst Reflexe regelrecht. Keine Kloni.

Pat. ist völlig besonnen, hat nur Klagen über seine Steifigkeit. Er ist sehr weinerlich, jammert laut nach seinen Eltern. Nach einiger Zeit zeigt er sich vorwitzig und laut, hänselt die anderen Kranken; sobald man ihm das verweist, bricht er in haltloses Weinen aus, das in Zwangswainen übergeht.

Nach 2 Wochen vom Vater abgeholt.

Hier handelt es sich um ein postencephalitisches Zustandsbild, das etwa einer Torsionsdystonie ähnelt, bei einem 10jährigen Knaben. Es besteht dabei ausgesprochene Bewegungsarmut. Neben hochgradiger Affektlabilität zeigt sich auch eine Neigung zur Vorlautheit, zum Spotten und Necken, zum Herumkommandieren, eine Erscheinung, die mit einer spezifischen Erschütterung des Gefühls der Scheu zusammenhängt, wenn anders die obige Darstellung richtig ist. Dieselbe tritt hier ohne Hyperkinese auf, ebenso wie im Falle Heinrich K., ist aber von ausgesprochener Redelust begleitet und durch die allgemeine gesteigerte

gemütliche Erregbarkeit kompliziert. Andererseits ist eine gewisse Streitsucht und Zanksucht nicht zu verkennen, auf deren Analyse weiter unten eingegangen wird.

Wurde so die relative Selbständigkeit der Beeinträchtigung der affektiven Sphäre im Sinne des Mangels an Scheu belegt, indem bei den beiden letzten Fällen die Unnötigkeit des Bestehens einer Hyperkinese dargelegt wurde, so soll damit nicht etwa behauptet werden, daß ein solches Verhalten besonders häufig ist. Die Verwickeltheit des Gegenstandes gestattet eben in Wirklichkeit recht verschiedenartige Kombinationen dieser zwar häufig verknüpften, aber doch nicht gänzlich voneinander abhängigen Störungen.

Gewöhnlich findet sich aber nach der Encephalitis, wenn es zu einem Defekt hinsichtlich der Scheu kommt, zugleich eine Hyperkinese, die nun ihrerseits dadurch, daß die Dreistigkeit und Keckheit in Handlungen umgesetzt werden, häufig der Anlaß zu Schwierigkeiten mit der Umgebung wird. Wenn zudringliche, dreiste und kecke Menschen handeln und sich nicht nur auf Worte beschränken, so bleibt es nicht bei einem lästigen Vordrängen und plumpen Anschmiegen, sondern es kommt auch zu ruhelosen Hantierungen, zu frechen Übergriffen und zur Aggressivität. Von anderer Seite sind die Lügenhaftigkeit und die Neigung zu Diebstahl in diesen Fällen besonders hervorgehoben worden. Ähnliches findet sich im folgenden Fall, dessen nähere Analyse weiter unten erfolgen wird.

Fall 9. Albert G., 13 Jahre alt, in Behandlung vom 18. IX. bis 12. XI. 22.

Gesunde Familie, Pat. normal entwickelt, Masern, Scharlach und Diphtherie in der Kinderzeit. Schlechter Schüler, träge, blieb ein Jahr zurück. Vor 2 Jahren mit Fieber, Müdigkeit und Schlaflosigkeit erkrankt, war 5—6 Wochen bettlägerig. Später Schlafsucht. Schief während des Unterrichts ein. Der Mund war schief. Wurde er von den Eltern aus dem Hause gelassen, so wurde er von den gleichaltrigen Kindern zu allerhand dummen Streichen ausgenutzt. Auf fremden Antrieb hin (?) schlug er Fensterscheiben ein, stahl usw. Wiederholt mußten die Eltern für auf diese Weise angerichteten Schaden aufkommen. Zu Hause im allgemeinen folgsam.

Status somaticus: Körperbau und Muskulatur dem Alter entsprechend. An den Zähnen Schmelzdefekte. Das linke Auge weicht beim Blick geradeaus nach außen ab. Convergenschwäche des linken Auges. Parese des rechten unteren Facialis. Reflexe sämtlich regelrecht. Haltung und Gang frei. Kein Rigor. Keine Sensibilitätsstörungen. Innere Organe o. B.

Pat. gibt bereitwillig Auskunft, hat keine Beschwerden, auch keine Doppelbilder. Intellektuell kein Defekt. Keine Merkfähigkeitsschwäche. Bei der Prüfung nervöses Zucken der Stirnmuskulatur.

Seine dummen Streiche entschuldigt Pat. damit, daß ihn Spielkameraden dazu angetrieben hätten. Er habe unter ihrem Einfluß kleine Diebstähle ausgeführt und eine Fensterscheibe eingeschlagen. Weiß, daß er so etwas nicht tun darf, versichert, er wolle es nicht wieder tun, berichtet davon aber ohne Reue mit lustigem Grinsen. Plump vertrauliches, etwas aufdringliches Wesen.

Wird regelmäßig galvanisiert. Keine Entartungsreaktion im Facialisgebiet. Recht wehleidig bei der Galvanisation.

2. X. Sehr unverträglich und widerspenstig. Ist recht schwierig auf der Station zu halten. Drängt oft fort, weint, wenn ihm die Verlegung versagt wird. Reichliche Mitbewegungen beim Sprechen.

16. X. Neigt zu dummen Streichen, die er dann entstellt wiedergibt oder leugnet. Die Facialisparese bessert sich.

18. X. Pat., der sich wieder mit einem anderen Kranken gezankt hat, versucht die Einfriedigung zu übersteigen. Ein Paket mit seinen Sachen hatte er bei sich.

22. X. Sehr unverträglich, verhöhnt die anderen Kranken, treibt Schabernack. Hinterher allerlei Ausreden oder Leugnen.

25. X. Im Bett sehr unruhig, wirft sich umher, faßt alles an; nachts träumt er laut, so daß er mitunter störend wird.

1. XI. Zieht sich nachts bei seiner Unruhe durch den Fall aus dem Bett einen Bruch des linken Schlüsselbeins zu. Sayrescher Heftpflasterverband.

6. XI. Immer motorisch erregt. Quält oft um seine Entlassung. Stets dreist und vorlaut, beschimpft ältere Kranke. Weggenommen hat er hier nichts. Zerstört Eßgerät.

12. XI. Von den Eltern nach Hause geholt.

In diesem Falle, der nichts von einer extrapyramidalen Schädigung zeigt, aber eine Parese des rechten Mundfacialis und einen Strabismus divergens des linken Auges als Folgeerscheinung der Encephalitis aufweist, findet sich ein psychisches Zustandsbild, das durch Bewegungsunruhe, Dreistigkeit und Vorlautheit, Unverträglichkeit und Unbotmäßigkeit, Neigung zum Hohn und Spott, zu Schabernack und kleinen Diebereien gekennzeichnet ist, wobei P. seine kleinen Vergehen entweder leugnet oder entstellt wiedergibt. Die Bewegungsunruhe ist hier deswegen sehr beachtenswert, weil sich keinerlei Anzeichen für die Schädigung des Extrapyramidioms findet. Die Selbständigkeit dieser Störung tritt hier besonders hervor, weil man doch kaum eine Beteiligung der subcorticalen Regulationsapparate des Antriebes annehmen kann. Wie aus den Forschungen *Kleists* hervorgeht, und wie von mir in einer Analyse der verschiedenen Stuporformen gezeigt worden ist, geht es überhaupt nicht an, den Antrieb und seine Regulationsapparate lediglich in die subcorticalen Ganglien zu lokalisieren. Dementsprechend ist hier eine Enthemmung der Motilität im Gebiete des Cortex selbst wahrscheinlich, eine Möglichkeit, die man angesichts der frontalen Akinese nicht wird von der Hand weisen können. Ob allerdings die übrigen Symptome gleichfalls auf das Stirnhirn deuten, ist eine Frage, die weiter unten im Zusammenhang erörtert werden wird. Die allgemeine Zudringlichkeit, das vorlaute Wesen, das Quälen, Spotten und Höhnen gegenüber älteren Personen weist, wie bereits mehrfach erwähnt, hin auf einen Fortfall der affektiven Stellungnahme der Scheu; denn nur wenn Schüchternheit und Zurückhaltung schwinden, ist ein derartiges Benehmen bei einem Kinde möglich. Der Bewegungsdrang

allein genügt nicht zur Herbeiführung dieser Wesensänderung; das beweisen ja auch die Beobachtungen, die oben mitgeteilt werden konnten, bei denen es trotz ausgesprochener Bewegungsunruhe nicht zur Ausbildung von Aufdringlichkeit und Keckheit kam. Allerdings besteht eine schon betonte enge Verknüpfung von Bewegungshemmung mit dem Gefühl der Scheu; diese affektive Korrelation ist namentlich in der Kindheit und Pubertät besonders intensiv hirnpysiologisch unterbaut. Die hirnpysiologisch begründete Zusammengehörigkeit wird im späteren Lebensalter durch Weiterentwicklung und durch Ausbau neuer Hemmungsfaktoren vermutlich wieder gelöst, so daß ein keekes, dreistes, unverschämtes Verhalten jenseits des 20. Lebensjahres als Folgeerscheinung der Encephalitis zu den größten Seltenheiten gehört.

Die Folge dieser Verhaltensweise führt begreiflicherweise für den Kranken leicht Konflikte mit der Umgebung herbei. Es ist wichtig, zu bemerken, daß diese Streitigkeiten nicht zu Affektexplosionen Veranlassung geben, sondern daß eine gewisse hartnäckige Rach- und Vergeltungssucht immer neue Reibereien hervorbringt. Es wird hier also jene nach Hirnschädigungen so gewöhnliche Affekterregbarkeit vermißt. Eigentümlich ist aber die Art, durch fortgesetzte Reibereien, Schabernack und lose Streiche den Konflikt weiterzuspinnen, statt ihn zu beenden. Hier findet sich die Hartnäckigkeit, die nach unseren Darlegungen den Äußerungen des Bewegungsdranges an sich zuweilen eigentümlich ist. Eine zähe und unnachgiebige Streitsucht ist die Reaktion auf den Widerstand der Umgebung gegen das Benehmen des Kranken, so daß eine der häufigsten Klagen der Eltern solcher Kinder die über Unverträglichkeit und Zänkischkeit ist. Sie beruht auf dem hartnäckigen Festhalten der Konfliktsstimmung, die sich so leicht für den Kranken aus den Folgen seines Benehmens ergibt.

Hält man dem Kranken seine Streiche vor, so sieht er ihre Unzulässigkeit ein, er beruft sich nicht etwa auf einen unwiderstehlichen Zwang, sondern er versucht durch Verschleierung oder Bestreitung der Wahrheit sich aus der Affäre zu ziehen. Das Lügen ist hier kein freies Spiel der Phantasie, wie es sich oft bei Kindern oder auch bei hysterischen Psychopathen findet, sondern es ist ein einfaches Herausreden, um sich zu rechtfertigen. Diese Art des Lügens beweist, daß unser Pat. sich selbst für die Dummheiten verantwortlich hält, sie also nicht als fremden Zwang empfindet. Freilich ist es nicht recht erklärlich, warum er die Schuld so gern auf Verführung durch Spielkameraden schiebt. Sollte doch in einem gewissen Grade das innere Gefühl des Beeinflußtseins bestehen, oder sollte dies ein Ausdruck sein der Tatsache, daß er sich häufig durch die Situation zu seinen dummen Streichen angereizt fühlt? Jedenfalls ist diese Form der Lügenhaftigkeit weit entfernt von den Wunschphantasien der echten Pseudologie und ebenso von

tückischen Verleumdungen. Für letztere hat *Böhmig* ein interessantes Beispiel beigebracht. Ein 17jähriges Mädchen mit postencephalitischen Tics und mit Parkinsonismus, das zänkisch und unverträglich war, lief eines Tages zur Polizei und log, sie bekäme zu Hause nichts mehr zu essen und würde schlecht behandelt.

Aus diesem Verhalten spricht mehr eine boshaft-tückische Gesinnung als die Lust am Fabulieren; es handelt sich nicht um eine einfache Lüge, sondern um eine böswillige Nachrede, und so gehört auch diese Art Lügenhaftigkeit zu einer ganzen Gruppe von Handlungen aus einer bestimmten feindseligen Stellungnahme heraus, deren Genese an späterer Stelle besprochen werden soll.

Schließlich ist auf die Neigung des Kranken zu kleinen Diebstählen und zur Zerstörung des Eßgerätes einzugehen. Dieselbe erklärt sich ungezwungen aus der allgemeinen Beweglichkeit, der Hypervigilität und einer gewissen aggressiven Stimmung gegen die Umgebung. Der Kranke kann der Versuchung, Gegenstände, die ihm ins Auge fallen, wegzunehmen, nur schwer widerstehen, zumal ein solcher Sinneseindruck an und für sich einen Anreiz zu einer solchen Motilitätsentlastung für das krankhaft ansprechbare Motorium bildet. Die allgemein aggressive Stimmung hängt sicherlich zusammen mit der Beeinträchtigung der affektiven Funktion der Scheu; hierdurch fällt eine wesentliche Hemmung weg, die sonst eine passive Stellungnahme mit friedlicher Einstellung begünstigt.

Die in diesem Zustandsbild noch verhältnismäßig wenig ausgesprochenen Züge der Überbeweglichkeit, der Dreistigkeit, der Aggressivität und Streitsucht können sich viel ausgeprägter entwickeln. Die Kinder werden dann zu einer Quelle dauernder Störungen und Schwierigkeiten und müssen meist isoliert werden. In der Familie sind sie überhaupt nicht mehr zu halten, namentlich wenn noch Erregungszustände die unangenehmen Eigenschaften zu Zeiten gesteigert zum Vorschein kommen lassen. Folgender Fall mag als Beispiel dienen:

Fall 10. Elise V., 15 Jahre alt, in Beobachtung vom 23. IV. bis 23. V. und vom 9. VI. bis 10. VIII. 23.

Gesunde Familie. Normal entwickelt. Als Kind Masern. In der Schule war sie sehr scheu und still, rechnete gut, gab aus Schüchternheit keine Antwort. Im Betragen musterhaft. EBlust stets stark. Mit 11 Jahren Mittelohrentzündung. 1922 Grippe, hohes Fieber, Kopfschmerzen und Phantasieren. Konnte sich nicht recht erholen, litt an Speichelfluß, wurde sehr ungezogen und frech, schlug die Geschwister, schrie, um ihren Willen durchzusetzen. Wurde vom 7. III. 23 an im Krankenhaus behandelt, von dort vor 8 Tagen wegen hochgradiger Unruhe entlassen. Auf Rat des Arztes hierhergebracht.

Status somaticus: Groß, kräftig, für das Alter sehr gut entwickelt. Innere Organe gesund bis auf Albuminurie ($5\frac{0}{100}$). Leichter Tremor der Hände, Sprache monoton, undeutlich, leise. Reflexe sämtlich regelrecht. Bulbi vorstehend, glänzend. Amimie.

Sofort sehr störend, läuft an fremde Betten, spricht unaufhörlich mit stereotypen Wiederholungen vor sich hin, stellt alle möglichen Fragen über ihren Gesundheitszustand, ob Herz, Lungen usw. gesund seien, ob sie etwas für das Auftreten der Monatsblutungen verordnet bekommen könne, ob es hier Fichtennadelbäder gebe usw.; wiederholt jede Frage 5—6mal.

4. V. Dauernd motorisch sehr erregt, läuft an fremde Betten und versucht, sich hineinzulegen. Wird mitunter aggressiv gegen die Pflegerinnen und die Mitkranken. Drängt dauernd fort, hat allerhand nörgelnde Anliegen. Ausgesprochene „Freßsucht“, ißt alles, was sie erreichen kann.

7. V. Die Zeiten großer motorischer Unruhe wechseln mit bleiernem Schlaf auch am Tage. Bettelt hartnäckig unermüdlich darum, man solle die Türe ihres Zimmers offen lassen, verspricht, dann ruhig im Bett zu bleiben. Hält dies Versprechen auch keine Minute lang, Beschmutzt den Boden mit Urin und Kot, demoliert einen Nachtstuhl. Jeder Belehrung unzugänglich, unbeeinflussbar, rücksichtslos und aufdringlich.

15. V. Starke Eßgier. Schlägt und kratzt die Personen der Umgebung, trommelt mit Händen und Füßen gegen die Tür, beschmutzt den Boden mit Kot und Urin, um dadurch das Öffnen der Tür zu erzwingen. Luminal fast wirkungslos.

19. V. Gibt über ihre persönlichen Verhältnisse gut Auskunft. Intellektuell keine Defekte.

23. V. Gegen ärztlichen Rat nach Hause geholt.

8. VI. Wird von der Mutter wiedergebracht, da es zu Hause nicht mehr gehe. Zerriß und zerstörte Einrichtungsgegenstände, beschmierte die Küche mit Kot. Fragte oft 50mal die gleichen Sachen. Stand in der Nacht auf und schlug grundlos die Eltern ins Gesicht. Aß sehr viel. Fühlte sich zu müde zur Arbeit.

9. VI. Körperlicher Zustand unverändert. Orientiert und besonnen. Leugnet zuerst, daß zu Hause etwas vorgekommen sei. Gibt dann zu, sie habe ihren Vater geschlagen, fügt hinzu, weil er öfters betrunken nach Hause gekommen sei.

13. VI. Im Urin $\frac{1}{2}^{\circ}/_{00}$ Eiweiß; vereinzelte Leukocythen, Epithelien, hyaline Zylinder.

25. VI. Immer wieder wilde Erregungszustände, in denen Pat. schreit, mit Händen und Füßen an die Türe schlägt, die Wände und den Boden mit Kot und Urin beschmiert. Nach eingetretener Beruhigung gelobt sie Besserung, hat allerlei Anliegen an den Arzt, ruft in stereotyper Weise hinter diesem einher. Dauerbäder.

5. VII. Etwas ruhiger, bleibt im Bett, nicht mehr aggressiv gegen die Umgebung, bringt ihre stereotypen Quengeleien vor. Im Urin noch etwas Eiweiß und rote und weiße Blutkörperchen.

8. VII. Beim Besuch der Mutter schwerer Erregungszustand. Wirft sich auf die Erde, schreit, schlägt, kratzt und beißt.

20. VII. Immer noch sehr störend, quengelt in monotoner Weise, läßt sich nicht abweisen, sondern sucht die Erfüllung ihrer Wünsche durch Schreien, Schlagen, Hämmern mit den Fäusten und absichtliche Unreinlichkeit zu erzwingen.

3. VIII. Erheblich ruhiger, hilft ein wenig auf der Abteilung. Gesichtszüge etwas freier, fügt sich ganz gut, als sie heute gegen ihre Erwartung mit der Mutter nicht nach Hause darf. Hat noch vermehrten Harndrang, näßt fast jede Nacht ein, Urin eiweißfrei.

7. VIII. Verhält sich ruhig, ist nicht mehr unrein, keine Erregungszustände mehr.

10. VIII. Weiter gutes Betragen, geht im Garten spazieren ohne Fluchtversuch. Fügt sich den aufsichtsführenden Pflegerinnen. Wird in die Heil- und Pflegeanstalt transferiert.

Ein früher scheues und schüchternes, sehr braves Mädchen erkrankte im Alter von 14 Jahren an Encephalitis epidemica. Es entwickelte sich ein Parkinsonismus, daneben allgemeine Bewegungsunruhe, Plapperhaftigkeit mit iterativen Zügen, Zudringlichkeit, Streitsucht, Hartnäckigkeit, Rücksichtslosigkeit, Aggressivität, Unnachgiebigkeit, Eigensinn, Unreinlichkeit, vielfach um andere zu ärgern oder ihren Willen durchzusetzen. Diese Charakterzüge verstärken sich in den Zeiten stärkerer Erregung, während sie in Zeiten der Ruhe in minderm Grade fortbestehen. Die Erregungen sind zwar reaktiv auslösbar, aber sie scheinen doch auch von endogenen Vorgängen abzuhängen, so z. B. in unserem Fall von dem nephritischen Prozeß. Besonders wichtig ist es, hier die Entwicklung der eigentlichen antisozialen Eigenschaften, der rücksichtslosen Aggressivität, der Unreinlichkeit und der verleumderischen Lügenhaftigkeit, zu verfolgen. Sie erwachsen mit allmählichen Übergängen aus dem gemeinsamen Mutterboden der Beweglichkeitsvermehrung und des Mangels an Scheu. Die Angriffe auf Personen und Sachen erfolgen mit großer Vehemenz, mit starkem Impuls rücksichtslos und hartnäckig. Die Aufdringlichkeit und die Streitsucht führen zu einer feindseligen Stellung gegen die Abwehr der Umgebung. So kommt es zu immer neuen Konflikten und zu einer allgemeinen Konfliktsstimmung, und diese entlädt sich im Schlagen, Kratzen, Beißen. Ähnlich ist wohl auch die Unreinlichkeit zu erklären als ein Herabwürdigen und Schädigen derjenigen Gegenstände wie Wände und Boden, die nicht zerstört werden können. Dabei mag eine gewisse Wut auf die Umgebung mitspielen, das Bewußtsein, durch die notwendige Reinigung Ärger und Verdruß zu bereiten, ferner wohl auch die Hoffnung, hierdurch den Willen durchsetzen zu können. So bewirken Trotz, Zerstörungswut und Rachsucht die Unreinlichkeit, die so besonders unangenehm für die Familie des Kranken ist. Es ist weiterhin eine Folge der feindseligen, boshaften Einstellung, daß die Angehörigen durch lügenhafte Berichte, die zur Entschuldigung des Betragens dienen sollen, herabgesetzt werden, wie Elise V. z. B. behauptet, den Vater geschlagen zu haben, weil er betrunken nach Hause kam.

Überblickt man diese Entwicklung, so zeigt sich in der Aggressivität, in der Unreinlichkeit und in der Verleumdungssucht eine Gruppe von Eigenschaften, die beruhen auf einem Trieb der Selbstwiederherstellung gegenüber der ablehnenden Haltung der Umgebung im Zusammenhang mit der Überbeweglichkeit und Dreistigkeit. Vielleicht ist auch hier ein rein psychologischer Erklärungsversuch nicht ganz zureichend; aber jedenfalls setzt die Entwicklung solcher Selbstwiederherstellungstendenzen in stärkerem Maße meist bei dem Widerstand der Umgebung ein, der natürlich unausbleiblich ist.

Der Trieb, das eigene Ich in seiner Ablehnung und Zurückweisung

zu rächen, führt zu Bosheit, Feindseligkeit, Spottsucht, Schadenfreude, Niedertracht, Zerstörungssucht. Im Vernichten und Herabsetzen des Nicht-Ichs findet das Ich die ersehnte Genugtuung. Inwieweit diese Strebungen ein hirnpysiologisches Korrelat besitzen, scheint eine recht dunkle Frage. Daß sie in der Anlage in jeder Menschenseele vorhanden sind, beweist ihre Einfühlbarkeit und Verständlichkeit. Nur sind gewöhnlich diese Tendenzen gehemmt durch anerzogene Vorstellungskomplexe von ihrer sittlichen Verwerflichkeit und durch das Selbstwert-erlebnis. Dieser psychologische Tatbestand muß wohl auch in irgendeiner Form einen hirnpysiologischen Ausdruck besitzen, aber welchen, vermag man heute auch nicht zu vermuten. Etwas allerdings ist wohl sicher, daß nämlich diese Enthemmung der Selbstwiederherstellungstendenz nicht auf den Fortfall des Korrelats sog. moralischer Gefühle beruhen kann. Moralische Gefühle sind seelische Gebilde von großer Fragwürdigkeit; das Gefühl des Anstands und der Sitte, soweit es nicht aus anerzogenen Wertungen des Vorstellungslebens beruht, erscheint eine rationale Konstruktion, und was soll man erst vom „Gefühl“ der Ehrlichkeit und der Wahrheitsliebe sagen. Die Moralität ruht auf dem Trieb nach genereller Selbsterhaltung, zum Teil aber auch auf dem Trieb nach personeller Selbsthingabe, wie *Klages* überzeugend nachgewiesen hat, aber nicht auf irgendwelchen „Gefühlen“. Die Amoralität eines Menschen kann somit gar nicht abhängen vom Defekt „moralischer Gefühle“, sondern nur von einem Überwiegen bestimmter, amoralisch wirkender Tendenzen, wie auch die Zergliederung des post-encephalitischen Zustandsbildes beweist. Über das Verhältnis dieses Zustandes zur sog. „Moral insanity“ und über die Auffassung des letzteren Begriffes überhaupt wird weiter unten noch einiges zu sagen sein.

Nachdem so die Genese der Tendenz zur Herabwürdigung und zur Vernichtung im Seelenleben des Kranken psychologisch klargelegt worden ist, sind nunmehr zwei Krankengeschichten zu betrachten, in denen diese Tendenz besonders stark hervortritt, und die auch sonst einiges Bemerkenswerte bieten.

Fall 11. Charlotte M., 14 Jahre alt, in Behandlung vom 9. bis 13. I. und vom 13. II. bis 6. III. 23.

Eine Vaterschwester war periodisch geisteskrank, sonst Familie gesund. Normal entwickelt, als Kind Masern und Brechdurchfall. Lebhaftes Temperament. 1920 Kopfgrippe, hatte Kopfschmerzen, redete viel, kam nicht zum Schlaf, dann tagelanger Schlafzustand, hinterher matt, ängstlich, schrie und klammerte sich an den Vater. Nach Ablauf dieser akuten Phase bewegungsarm, steif, interesselos. Seit 4 Monaten Wesensänderung. Das früher gutmütige und folgsame Kind wurde hastig, vorschnell, eigensinnig, störrisch, ungehorsam. Bei Strenge wurde es nur noch schlimmer. kratzt sich und andere, spuckt und beißt, wenn man sie züchtigen will, schlägt aber auch sonst ihre Geschwister. Bekommt Wutanfälle, schreit auf. In der Schule gut gelernt, störte aber den Unterricht durch Necken der anderen Kinder.

Status somaticus: Guter Ernährungszustand, kleiner Wuchs. Kratzeffekte im Gesicht und an den Armen. Innere Organe o. B. Reflexe regelrecht. Bewegungs- verlangsamung und geringer Rigor. Schreit auf Station wie ein kleines Kind, will mit der Mutter wieder fort. Nach einiger Beruhigung anfänglich zugänglich, schämt sich bei Vorhalt ihres Benehmens, wird aber rasch verstockt, sie wolle sich nicht bessern und auch nicht hierbleiben. Gegen die Mutter vorlaut, schlägt nach ihr.

11. I. Heute nett und artig, gibt die Hand, macht einen Knicks, verspricht Besserung, ihre Unarten täten ihr leid.

12. I. Heute nachmittag beim Besuch der Mutter plötzlicher Wutanfall, schlägt Mutter und Pflegerin, spuckt um sich. Nach 0,3 Luminal subcut. Beruhigung.

13. I. Auf Wunsch der Mutter entlassen.

13. II. Vom Vater wiedergebracht, war 14 Tage lang ganz brav. In der vergangenen Woche wieder tobsüchtig, schlug nach Mutter und Tante, kratzte, ging mit Messer und Gabel auf beide los. Gegen den Vater nie ungezogen oder tötlich.

14. II. Gibt die Ungezogenheiten gegen die Mutter und die Tante zu. Der ältere Bruder habe sie mit der Bemerkung geärgert, sei sei verrückt. Deshalb sei sie erst gegen diesen und dann gegen die Dazwischentretenden, Mutter und Tante, vorgegangen. Gegen den Vater getraue sie es sich nicht, weil der gleich fest zuschlage, wenn sie ungezogen sei. Seit Mitte November sei sie nicht mehr zur Schule gegangen, habe sich zu Hause mit Hausarbeiten beschäftigt, körperlich keine Beschwerden. Menses Anfang Februar ausgeblieben.

19. II. Bekommt sehr leicht Streit mit einer anderen Kranken, der stets in Schlägerei mit Haarzausen und Fußtritten endet. Bei energischer Behandlung viel fügsamer als im Beisein der Mutter.

27. II. Heute wieder tobsüchtige Erregung. Hat einer Mitkranken beide Unterarme zerkratzt, rauft den Pflegerinnen die Haare büschelweise aus, beißt den Arzt in die Hand, spuckt und brüllt, schimpft in den unflätigsten Ausdrücken auf Arzt und Pflegerinnen: „Sauhund, Arschloch, Sauoberschwester, Hure“ usw. Gegen Vorstellungen uneinsichtig, trotz Besserungsbeteuerungen sofort wieder rückfällig und gewalttätig.

28. II. Auch bei Isolierung erregt und aggressiv. Reißt heute einen Messingknopf vom Abortdeckel los, schlägt damit eine Fensterscheibe ein und mit dem Fuß eine Scheibe des Außenfensters, verletzt sich dabei leicht an Hand und Unterschenkel.

2. III. Bittet flehentlich unter Besserungsversprechungen um Verlegung auf eine ruhige Station. Bei dem Versuch, sie aus dem Isolierraum herauszulassen, geht sie gleich auf die Pflegerinnen los und wird wüst gewalttätig.

6. III. Seit gestern im Saal der unruhigen Abteilung, hält sich dort unter Luminalwirkung leidlich. Wird von der Mutter abgeholt.

In diesem Falle tritt die Überbeweglichkeit nicht allzusehr hervor, wenn auch die motorischen Entladungen sehr triebhaft, gewaltsam, hartnäckig und rücksichtslos sind. Auch die Einbuße an Scheu zeigt sich weniger in Aufdringlichkeit als in Vorlautheit und Respektlosigkeit und vor allem in einer heftigen Streitsucht. Selbst die geringste Kleinigkeit, ja selbst das Bewußtsein, nicht einem Stärkeren gegenüberzustehen, genügt, um die Kranke zu Konflikten mit ihrer Umgebung zu reizen. Sie neckt aus einem Ressentiment heraus ihre Mitschülerinnen, sie ist ungehorsam, störrisch, widerstrebend aus Trotz gegen die Mutter. Muß sie

dann erfahren, daß ihre Umgebung ihr entgegentritt oder sie zurückweist, so treten sofort die Tendenzen des Selbstwiederherstellungstriebes hervor und verleihen den Äußerungen ihrer Aggressivität das Rohe, Brutale und Zerstörerische. Zwischen diesen Handlungen der Erregungszustände liegen ruhigere Intervalle, in denen die Kranke außer der Andeutung eines Parkinsonismus kaum verändert erscheint. Neigung zum Lügen oder zum Stehlen sind hier nicht festzustellen; das Hervorstechendste an dem Benehmen und an der Wesensveränderung ist vielmehr die außerordentliche Brutalität. Dementsprechend sind auch die Schimpfattacken außerordentlich roh, unflätig und gemein. Auch eine Zerstörungssucht macht sich wiederholt bemerkbar. Die gesamte seelische Einstellung ist aufs Vernichten, nicht nur aufs Herabsetzen und Herabwürdigen gerichtet. Leider war von der Kranken fast nichts über ihr Innenleben zu erfahren; vermißt wird allerdings die Angabe, unter einem Zwang zu handeln.

Hierdurch unterscheidet sich Charlotte M. sehr deutlich von dem nun zu besprechenden Fall, bei dem im übrigen die Brutalität zu richtiger Grausamkeit wird.

Fall 12. Valentin B., 11 Jahre alt, in Behandlung vom 19. VII. bis 2. VIII. 24.

Mutter des Pat. etwas erreglich, Familie mütterlicherseits überhaupt etwas nervös. Vater und Geschwister gesund.

Pat. selbst normal entwickelt, kam mit 6 Jahren zur Schule, brav, ruhig, folgsam, lernte gut. 1920 akut mit Doppeltsehen, Schlaflosigkeit und Phantasieren erkrankt, nach einiger Zeit Besserung der Augenstellung, aber allgemeine Mattigkeit, schlief sehr viel, gegen Abend wurde er unruhig. Als er wieder in die Schule kam, störte er den Unterricht durch Zähneknirschen, petzte die andern Kinder, spuckte sie voll. Zu Hause mußte er bewacht werden. Er tötete kleines Vieh, riß den Kücken die Köpfe ab, würgte die Zicklein, spielte mit Feuer, trieb Schabernack. So warf er den Arbeitern auf einem Gerüst die Farbentöpfe um und verhöhnte sie, lief dann flink wie eine Katze davon. War sehr heimtückisch. Wenn er gereizt wurde, schlug er die Geschwister. Gegen seinen Vater war er offen und log nicht. Er konnte nicht ruhig bleiben und zerriß Kleider und Betten. Äußerte zuweilen Reue über seine schlimmen Streiche, versprach auch Besserung, ohne die Versprechungen halten zu können. 1922 kam er in eine Anstalt für kranke Kinder, war dort sehr unverträglich, hatte viel Schlägereien, lernte allerhand Zoten. Nach einem Jahr kam er in ein Nonnenkloster, wo er sich etwas besserte. Seit zwei Monaten gewöhnte er sich an, zu beißen, sowohl Kinder als auch Schwestern. Mußte deshalb dort abgeholt werden. Zu Hause was er zuerst sehr brav und anschniegig, wurde aber lästig und störend, da er mit jedem gleich bekannt war und alle Leute ansprach. Soll jetzt nicht mehr grausam und boshaft sein. Hat trotz mangelnden Unterrichts lesen und schreiben gelernt, will der Mutter gern helfen.

Bei der Aufnahme ist Pat. gleich zutraulich, fragt alle Begegnenden, ob sie ihn lieb hätten, lehnt den Kopf an den Befragten.

Auf Station sehr lebhaft, springt herum, erzählt andauernd mit tiefer, heiserer Stimme, rezitiert Gedichte.

Status somaticus: Haltung frei, kein Rigor. Etwas Maskengesicht. Pupillen mittelweit. Li. Reakt. +, wenig ausgiebig. Konv. Reakt. 0 Konvergenzschwäche. Innere Organe o. B. Reflexe regelrecht.

22. VII. Pat. hat gestern einem andern Kranken ein Brötchen weggenommen. Zur Rede gestellt, erklärt er schuldbewußt, der Teufel in ihm sage ihm, er solle stehlen. Alle Tage und alle Nächte komme der Teufel zu ihm. Das merke er ganz deutlich, wenn dieser in ihn hineinfahre. Manchmal sage der Teufel dann, er solle stehlen, oder er solle die Kinder hauen. Wenn er dies ausführe, so frueue sich der Teufel in ihm. Wenn er aber nicht folge, so bekomme der Teufel Angst und laufe fort. Sobald er innen sage: „Mach dich fort!“ so laufe der Teufel davon. Die Schwestern im St. Vincenzstift hätten ihm gesagt, das sei der Teufel. Der Schutzengel sage ihm, er solle dem Teufel nicht folgen. Der Schutzengel sei auf der rechten Seite, der Teufel auf der linken.

Faßt nach dem Tintenlöscher, zählt die vor ihm liegenden Gegenstände auf, spricht andauernd, wiederholt die Sätze öfters zwei- dreimal, aber meist etwas modifiziert. Reibt und scheuert an sich herum. Seine Krankheit sei davon gekommen, daß ihm seine Schwester ins Auge gegriffen habe. Das sei schon lange her, schon $\frac{1}{2}$ Jahr, schon ein ganzes Jahr. Guckt dem Arzt auf das Krankenblatt. Sagt man ihm etwas, was er nicht glaubt, so ruft er lachend: „Nä, nä, nä, nä, nä.“

27. VII. Pat. benimmt sich auf Station laut und ungeniert, zuweilen auch aggressiv, nimmt Sachen weg, so daß er in ein Einzelzimmer verlegt werden muß. Darüber ist er sehr unglücklich, bettelt in monotoner Weise, ihn wieder in den Saal zurückzuverlegen. Sagt leiernd Gebete und Gedichte her. Bohrt sich in den After, läuft alle 5 Minuten zum Abort, schmiert mit den Händen in allem Dreck herum, beißt einen Kranken in die Hand.

29. VII. Liegt heute rechtwinklig gebeugt im Bett. Sobald man zu ihm kommt, fragt er mehrere Male hintereinander: „Hast du mich lieb, Herr Dr.?“ Als er ins Untersuchungszimmer gefahren wird, faßt er alles an, fragt, wozu das sei, gibt sich dann selbst Antwort. Fragt ängstlich, was man mit ihm machen wolle, ob er bald fertig sei, ob er geschnitten werde. Verlangt nach Essen, weil er Hunger habe. Gefragt, warum er denn die Leute beiße, erklärt er mit reuevoll gesenktem Kopf, der Teufel sei wieder bei ihm gewesen, aber jetzt werde er ihn wegweisen, wenn er wieder zu ihm komme. Lächelt freundlich, zählt die zehn Gebote auf, erhebt drollig mahnend seinen Finger. Sagt dreimal hintereinander: „Sie können schöner lachen als der Mann dort.“ Hört einen Wagen vorbeifahren, richtet sich auf, um zu sehen, ob Pferde angespannt seien. Wendet sich wieder an den schreibenden Arzt: „Gelt, Sie schreiben wieder eine Seite voll, Herr Dr.“ Deckt sich das Bettuch über das Gesicht, schlägt es wieder zurück, glättet es mit raschen, flinken Bewegungen. Gefragt, warum er die Wand beschädigt, sagt er in plärrendem Tonfall, etwa viermal hintereinander: „Der Teufel hat es mir gesagt, war bei mir, bei jedem Menschen ist ein Teufel.“ Nickt mehrere Male wichtig mit dem Kopf. Gefragt, warum er den Finger in den After bohre, antwortet er zuerst, der Teufel sei bei ihm gewesen, dann, er habe gedrückt und es habe nichts geholfen, deswegen habe er das getan. Beginnt wieder aufzuzählen: „Bei dem Bischof ist ein Teufel und ein Schutzengel, bei dem Papst ist ein Teufel und ein Schutzengel, bei jedem Menschen ist ein Teufel und ein Schutzengel.“ Bei ihm gehe der Teufel nicht fort, so oft er ihn fortjage. Bei andern Kindern sei das nicht so. Fragt, ob er etwas aufgeschrieben bekomme, damit er gesund werde, er habe etwas an den Augen.

2. VIII. Pat. hat sich in den letzten Tagen im Saal halten können, war zwar sehr lebhaft, quecksilbrig, plapperhaft, aufdringlich und streitsüchtig, hat aber nichts mehr weggenommen. Wird heute abgeholt.

Ein früher stets folgsamer, ruhiger und unauffälliger Knabe erkrankt im Alter von 7 Jahren an Encephalitis. Nach dem Abklingen der akuten Phase ist er verändert, überbeweglich, dreist, aufdringlich, zu Neckereien

und Schabernack aufgelegt, zänkisch, spottsüchtig, heimtückisch, reizbar, sehr zu Tätlichkeiten geneigt, zerstörungssüchtig und grausam in seinen Tierquälereien. Im Verlauf von 4 Jahren tritt nur eine geringe Besserung ein. Der Kranke ist noch jetzt voll hyperkinetischer Unruhe, ohne Gefühl der Scheu und von aggressiver Einstellung. Über die Genese der Bewegungsvermehrung trotz des allerdings nur angedeuteten Parkinsonismus ist schon oben des näheren gesprochen worden. Es finden sich hier massenhaft Reaktiv- und Kurzschlußbewegungen, die nach *Kleist* und *Jacob* bei leichterer striärer Erkrankung auftreten, und Iterativbewegungen. Die Aufdringlichkeit und Keckheit hängt nach unserer Annahme mit der Einbuße an Scheu und Scham, dem emotionalen Korrelat der Bewegungshemmung, zusammen, und zwar in der Weise, daß die Steigerung des Bewegungsantriebes umgekehrt die physiologische Regulierungsstation beeinträchtigt. Es entsteht dann aus der Hyperkinese und der Dreistigkeit unter Mitwirkung der Ablehnung der Umgebung jene allgemeine Zänkischkeit und Streitsucht, die zu immer neuen Konflikten führt. Aus der auf diese Weise verschobenen Situation zur Umwelt muß die Tendenz zur Selbstwiederherstellung stärkste Steigerung erfahren; es entwickeln sich Spottsucht, Niedertracht, Schadenfreude, Aggressivität, Vernichtungs- und Zerstörungssucht. Eine besondere Verschärfung tritt im Sinne der Grausamkeit auf, mit der sich die Brutalität und der Zerstörungstrieb zeitweise gegen Tiere äußerte. Ob es sich freilich um echte Grausamkeit, Freude an dem Schmerz Wehrloser, handelt oder nur um eine besondere Richtung der Vernichtungsneigung, bleibt ungewiß. Bei Kindern sind ja Züge von Grausamkeit, besonders Tierquälereien, nichts Seltenes. Der Wiedervergeltungstrieb für die Erziehungskünste der Erwachsenen scheint sich oft gegen weniger Mächtige, z. B. kleine Tiere, zu kehren. In unserem Falle findet sich dies Verhalten durch das Rücksichtslose der motorischen Äußerungsform, durch die Dreistigkeit der Stellungnahme und durch das Ressentiment infolge der erfahrenen Ablehnung noch verstärkt.

Vermißt wird aber lügenhafte Ausflucht bei unserem Fall Valentin B., der Vater rühmt ihm im Gegenteil Offenheit nach, und auch in der Klinik bekannte er sich stets unumwunden zu seinen Taten. B. hatte nämlich eine recht eigenartige Entschuldigung dafür und zwar, daß der Teufel ihn dazu treibe. Immer wieder gibt er das als Erklärung, mag er irgendetwas beschmutzt oder weggenommen oder jemanden gebissen haben. Er schildert, wie der „Teufel“ zu ihm kommt, ihn auffordert, etwas zu tun, sich freut, wenn er ihm gehorcht, davonläuft, wenn er sich nicht fügt. Man wird gewiß nicht verkennen, daß seine Vorstellungen vom Teufel und Schutzengel gebildet sind unter dem Einfluß der Nonnen vom St. Vincenzstift, aber es sind doch diese Vorstellungen mit

einem bestimmten Gehalt an Erlebnis erfüllt. Abzulehnen ist die Annahme, daß es sich hierbei um halluzinatorische Erlebnisse handle. Wiederholte Fragen in dieser Richtung ergaben, daß weder eine optische noch eine akustische Sinnestäuschung vorliegen kann. Der Erlebnisgrund ist u. E. die Wahrnehmung des Zwangsmäßigen des Antriebes, das vielen Motilitätsakten infolge striärer Enthemmung, wie oben ausführlich dargestellt, innewohnt. Nur wird der Zwangscharakter von dem Kinde nicht als solcher erkannt, sondern unter der Verwertung von der Umgebung gebotener Bewußtseinsinhalte personifiziert. Sehr bemerkenswert ist hier die Determinierung des Zwangsantriebs im Sinne der Triebfeder der Selbstwiederherstellung. Dadurch sind die unter einem gewissen Zwang auftretenden Handlungen aggressiv, auf Vernichtung und Beschädigung gerichtet. Man kann darum dem Kranken nicht ganz Unrecht geben, wenn er den sich fühlbar machenden Zwang als „Teufel“ bezeichnet, dem er das Widerstreben seiner übrigen Persönlichkeit als „Schutzengel“ gegenüberstellt. Da der Kranke selbst dieses Zwangsmäßige deutlich empfindet, genügt ihm auch seine Erklärung von der Urheberschaft des Teufels völlig als Entschuldigung für seine Handlungen und er hat ein Ableugnen und Entstellen nicht nötig. Je nachdem also der Zerstörungs- und Beschädigungstrieb als zur eigenen Person gehörig oder als fremd und zwangsmäßig empfunden wird, entsteht sekundär Lügenhaftigkeit oder nicht. Anders steht es natürlich mit der verleumderischen Lügenhaftigkeit, die einen Teil der allgemeinen Einstellung, andere zu schädigen, darstellt, ebenso wie die Diebstahlsneigung.

Vom klinischen Standpunkt müssen weiter die auffallende Iterationsneigung beim Sprechen, ohne daß eine eigentliche Palilalie oder iterative Dysarthrie eintritt, und die Hypervigilität hervorgehoben werden. Über die Wirkungsweise der Iterationstendenz namentlich bei der Sprache ist von mir anderwärts auseinandergesetzt worden, daß sie sich auf verschiedenen Stufen der Sprachformung geltend machen kann. Als solche Stufen konnten die Stereotypie, die Perseveration, die Palilalie oder iterative Dysarthrie und die Logoklonie entwickelt werden. Hier handelt es sich um ein Übergangsgebilde von Perseveration zur iterativen Dysarthrie, insofern als die Wiederholungstendenz leichte Modifikationen gestattet und andererseits nicht mit der Schwierigkeit anwächst. Eine ähnliche Übergangsform wurde in meiner oben erwähnten Arbeit zergliedert; sie scheint von einer besonders elektiven Schädigung des Striatums abhängig zu sein. Was schließlich die Hypervigilität betrifft, so ist sie wohl mit der außerordentlichen Lebhaftigkeit, Raschheit und Unbeständigkeit der Einstellungsbewegungen in Verknüpfung zu bringen. Wie eine Verarmung und eine Einschränkung dieser Bewegungen den Verlauf des psychischen Lebens zähflüssiger

gestaltet, so bewirkt ihre Vermehrung eine übermäßige Lebendigkeit, die sich nun nicht nur im Bereich der Motilität, sondern auch in dem der Aufmerksamkeit kundtut. Durch die Variabilität der Zuwendung wird dieselbe immer von neuem passiv angeregt.

Sieht man von diesen klinischen Einzelheiten ab und betrachtet man den Fall Valentin B. im allgemeinen Zusammenhang unserer Darlegungen, so ist hier das Auftreten einiger Charakterzüge bis zu einem gewissen Grade genetisch klärbar. Obwohl rein neurologisch die Restsymptome der Encephalitis nicht sehr ausgesprochen waren, so ergibt sich durch die Hyperkinese und die Aufdringlichkeit ein so eigenartiges Syndrom neben der Brutalität und der Diebstahlsneigung, daß für den Kundigen kein Zweifel über die Ätiologie obwalten kann. Aus welchen Gründen hier die Lügenhaftigkeit fehlt, wurde schon auseinander gesetzt. Demgegenüber wird bei unserm Fall 11 (Charlotte M.) auch die Hyperkinese vermißt. Der Defekt der affektiven Sphäre äußert sich nur in Vorlautheit, während die Brutalität mit Entladungen in schweren Erregungszuständen in den Vordergrund tritt. Man muß zugeben, daß dieses Bild einer konstitutionellen Psychopathie viel ähnlicher ist und an gewisse reizbare Gassenbubentypen erinnert. Es sind solche Fälle, die *Bonhöffer* vor Augen hatte, als er von der Ähnlichkeit der klinischen Bilder der Wesensänderung nach Encephalitis bei Kindern mit dem bekannter Psychopathien sprach. Soll man nun freilich diese Zustandsbilder mit einem bestimmten Psychopathentyp in nähere Beziehung bringen, so fällt die Wahl recht schwer. Die Haltlosen und Willensschwachen, die Schwindler, die Erregbaren, die Verschrobenen, die Triebmenschen sind doch zum Vergleich kaum heranzuziehen. Selbst wenn man die Einteilung und Gruppierung der Psychopathien als wenig zulänglich betrachtet, so muß doch diese Inkongruenz wundernehmen. Am ehesten könnte man an die sog. antisozialen Psychopathen denken, die ohne Rücksicht auf die Umwelt ihren verbrecherischen Trieben leben, aber auch hier bleibt eine mangelnde Übereinstimmung fühlbar. Die Gefühlsstumpfheit und Roheit ist nicht so allgemein, der kalte Egoismus nicht so deutlich, die Genußsucht nicht so kraß, die Handlungsweise nicht so überlegt und durchdacht wie bei den echten „geborenen Verbrechern“. Vielleicht bleibt bei diesen erworbenen Defektzuständen nach Encephalitis noch eine gewisse Uneinheitlichkeit, ein Bruch in der Persönlichkeit stets zurück, der im Widerspruch steht zu den aus einem Guß entstandenen konstitutionellen Psychopathien. Diese Unterschiede sind kaum in Worte zu fassen, und doch gewahrt sie der Erfahrene meist leicht. Freilich gibt es auch Ausnahmen von dieser Regel, in denen die Scheidung recht schwer fällt. Überhaupt steht ja die Erforschung der Psychopathien noch nicht am Ende ihrer Leistungen. Im besonderen bleibt für das genetische Verständnis noch

viel zu tun. In dieser Beziehung sind gerade die Untersuchungen über hirnpathologische Prozesse wichtig, nach denen sich, wie in einem Teil unserer Fälle, psychopathieähnliche Zustände entwickeln. Die Beziehungen der konstitutionellen Psychopathie zu dem erhöhten oder verminderten Maße an Ansprechbarkeit der verschiedenen Hirnmechanismen treten so in ein überraschendes Licht. Die genauere Darlegung der sich ergebenden Gesichtspunkte wird weiter unten zu erfolgen haben. Vorläufig sollte hier nur kurz der Zusammenhang gezeigt werden.

Prüft man die Handlungen, derentwegen unsere Kranken Schwierigkeiten bereiten, so sind dies im wesentlichen tätliche Angriffe, Sachbeschädigungen und -vernichtungen, Diebstähle, Beleidigungen, Lügen und Verleumdungen. Die psychologische Wurzel dieser Handlung konnte in einiger Klarheit aufgedeckt werden, ihr Dynamismus beruht auf einer bestimmten Konstellation hirnphysiologischer und psychologischer Faktoren. Sehr wichtig scheint nun, daß das sexuelle Motiv keine Rolle spielt; dadurch tragen alle diese Vergehen den Charakter des Infantilen, des Kindlichen, an sich. Aber dieser Sachverhalt ist nur scheinbar; in Wirklichkeit finden sich, obgleich selten, bei den Charakterveränderungen nach Encephalitis bei Kindern auch geschlechtlich gerichtete Tendenzen, so daß die Kranken auch in diesem Sinne gefährdet sind und gefährdend auf ihre Umgebung einwirken. Dabei ist ein mehr passives Verhalten in dieser Hinsicht von einem mehr aktiven zu scheiden. Für das erstere bietet ein Beispiel der folgende Fall, der auch sonst klinisch recht bemerkenswert und besonders wertvoll ist durch die Möglichkeit einer genauen Beobachtung der Entwicklung der einzelnen Störungen auf neurologischem und psychologischem Gebiet.

Fall 13. Josephine B., 17 Jahre alt, in Behandlung vom 1. III. bis 22. III. 22, vom 6. VII. bis 28. IX. 22 und vom 12. XII. 22 bis 21. II. 23.

Vater herrisch, eigensinnig und rücksichtslos, trug sich oft mit unsinnigen Erfindungsideen, „trennte sich von der Mutter, um Phrenologie zu lernen“, drohte oft mit Schießen, ist verschollen, wird zwecks Erbteilung gesucht. Mutter gesund.

Pat. selbst normal geboren, im ersten Jahr „Gehirnentzündung“, lag $\frac{1}{4}$ Jahr krank. Später völlig normal, keine Krankheiten mehr. War ein scheues, stilles, folgsames Kind, das in der Schule gut lernte.

Februar 1920 Beginn der jetzigen Erkrankung mit Schlaflosigkeit, zuweilen benommen und verwirrt. Nach Ostern 1920 meist schlafsuchtig, wurde wiederholt im Krankenhaus behandelt. Seit Oktober 1920 menstruiert, aber sehr unregelmäßig. Zittern der Hände und des Körpers, Schwellung der Nase und der Oberlippe, starrer Blick, steifer Gang. Stundenweise ganz frei, freundlich, vergnügt und liebenswürdig. Dann wieder teilnahmslos, gleichgültig, weinerlich, klagsam. Immer sehr furchtsam. Geht manchmal starr und nach vornüber gebeugt. Gesicht oft glänzend.

Status somaticus: Größe und Gewicht etwa dem Alter entsprechend. Innere Organe o. B. Conjunctivalreflexe beiderseits 0; Pupillen weit, r. > l. Li. Rea +. Konv.-Rea. +, Pat. SR. r = li, + +. Pat. Clo. 0. Ach.-S.-R. + +, r. = l. Fu.

Cl. 0 Bab. re +, li 0 Oppenheim 1 +, r. ?, Gord, 1 +, r.? Keine Ataxie. Haltung nach vorn gebeugt. Arme schlaff herabhängend. Finger leicht gebeugt, Daumen eingeschlagen. Retropulsion. Tremor beider Beine. Regungslose Mimik. Subjektiv Gefühl der Schwäche im linken Arm und linken Bein.

Pat. weiß über die Entwicklung ihrer Krankheit genau Bescheid. Sie klagt über Müdigkeit und Zittern meist linkerseits. Könne nicht schnell gehen, müsse manchmal rückwärts gehen. Nase und Mund schwellen manchmal glänzend an.

14. III. Munter, guter gleichmäßiger Stimmung, springt im Garten ausgelassen mit den Kindern herum.

22. III. 22. Zittern erheblich gebessert, gute Stimmung, wird entlassen.

6. VII. 22. Zweite Aufnahme.

Mit Pat. ist es inzwischen schlechter geworden. Sie liegt ganze Tage im Bett, döst vor sich hin, nimmt nur Wasser. Antwortet zu Zeiten überhaupt nicht. Wirft sich öfters auf den Boden und will nicht aufstehen. Wenn man Gewalt anwendet, wird sie ganz böse, hinterher weint sie furchtbar darüber und bittet um Verzeihung. Immer leichtes Zittern in der Beckengegend. Weint viel, ist vergeßlich geworden. In freien Zeiten nett und liebenswürdig.

Pat. selbst berichtet, daß sie immer sehr müde gewesen sei, habe sich auch vor Müdigkeit auf die Erde gelegt. Das Gehen falle ihr schwer, sie gehe auch oft, ohne es zu wollen, rückwärts.

Der körperliche Befund ist unverändert.

7. VII. Schläft den ganzen Vormittag. Nachmittags munter und vergnügt.

16. VIII. Zittern an Armen und Beinen. Steht und geht steif und breitbeinig.

20. IX. In den letzten Tagen zeitweise morgens erregt, da sie nicht aufstehen will, wenn sie die Pflegerin dazu auffordert. Bittet später um Verzeihung und verspricht Besserung.

28. IX. 22. Unverändert entlassen.

12. XII. 22. Dritte Aufnahme.

Die ersten 14 Tage ging es ganz gut. Dann lief sie fort, um sich in den Main zu stürzen, wurde aber von Freundinnen zurückgeholt. Nach zwei Tagen stürzte sie sich rückwärts die Treppe herunter. Mußte zu Hause bewacht werden, da sie dauernd drohte, sich aus dem Fenster zu werfen. Vor einigen Wochen stellte sich heraus, daß ein junger Mann sich seit zwei Jahren an ihr verging. Pat. war 14 Tage im Krankenhaus; dann wieder zu Hause, war sehr erregt, machte dauernd Selbstmordversuche.

13. XII. Warf sich abends plötzlich von hinten auf eine Pflegerin und riß sie über ein Bett, meinte dann, das sei nur Spaß.

Heute morgen schlägt sie der ihr das Aufstehen bedeutenden Pflegerin ins Gesicht, rauft ihr die Haare aus und krallt sich an deren Arm fest. Auf unruhige Station verbracht, läuft sie von Bett zu Bett und schlägt die Kranken. Abends liegt sie mit erregtem Ausdruck, beschleunigtem Puls und schweißbedeckter Stirn im Bett und versichert unter Tränen, daß ihr die Vorgänge am Morgen leid tun. Richtet sich ganz unvermittelt auf und packt die Ärztin am Mantel. „Sie müsse das tun.“ Derselbe Vorgang wiederholte sich mehrere Male, versucht auch in die Hand zu beißen. Als sie festgehalten wird, bittet sie: „Lassen Sie mich doch noch mal greifen, dann wird mir besser“. Fängt von selbst an zu erzählen, daran sei nur jener Mann schuld. Er sei ein Zahnarzt, der in ihrem Hause wohne, zu dem sei sie im Sommer oft ins Zimmer gegangen, und er habe damals einmal und jetzt wieder im Oktober geschlechtlich mit ihr verkehrt. Erzählt das ohne Scheu und ohne Erregung. Bricht auf Vorhalt in Tränen aus: „Das habe ich ja gerade verurteilt, daß ich immer wieder hingegangen bin.“

18. XII. Bei den Morgenvisiten bittet Pat. flehentlich und beschwörend mit erhobenen Händen um Verlegung; sie habe allein Angst. Liegt ganz ruhig im

Bett, um dann urplötzlich der sich mit ihr unterhaltenden Pflegerin in die Haare zu fahren oder sie in die Hände zu beißen. Reißt dabei die Augen mit einem Ausdrück von Angst und Gier auf. Verläßt häufig das Bett, stellt sich in eine Ecke neben die Türe, um sich von da aus auf den Eintretenden zu stürzen, packt mit Vorliebe nach den Haaren. Wirft beim Öffnen der Türe mit voller Wucht Becher und Teller hinaus. Gibt keine Erklärung für ihr Tun. Weder Versprechungen noch Vorhaltungen oder Drohungen haben einen Einfluß auf ihr Verhalten.

19. XII. Aus einem Briefe an ihre Mutter, den sie auf Aufforderung geschrieben hat: „Ich habe aber auch die Pat. und die Schwestern an den Haaren gerissen. Wie ich dazu komme, weiß ich selber nicht. An all dem aber ist nur der gottverfluchte Schuft, der elende Kerl daran schuld, der hat mein ganzes Leben ruiniert. Ich bitte Dich, komme ja die Feiertage, daß ich Dich einmal sehe, da wird's vielleicht auch wieder anders. Ich bin ganz ausgeartet. Ich habe gespuckt, gekratzt und gebissen. Ich meine, die ganze Welt wäre daran schuld, weil das ist mit dem Kerl. Ich habe nur den einzigen Wunsch, hole mich heim. Ich will ja ganz brav sein. Ich will Dich auf Händen tragen, will Dir alles tun, was ich Dir an den Augen ablesen kann. Ich will auch keine Mordgedanken mehr haben . . .“

21. XII. Steht fast den ganzen Tag in der Ecke hinter der Tür auf der Lauer. Stürzt sich auf jeden, der hereinkommt, ist wie ein kleines wildes Tier, das sich erbittert zur Wehr setzt, beißt und kratzt und spuckt schließlich um sich, wenn sie festgehalten wird. Auf Luminaleinspritzung ziemlich ruhig, nur verabreicht sie am Abend dem Arzt ganz unvermittelt eine schallende Ohrfeige. Ein wenig später ist sie lieb, weich und reumütig. Als Erklärung für die Ohrfeige gibt sie an, der Arzt wolle sie nicht nach Hause lassen. Ihr ganzes bisheriges Verhalten führt sie darauf zurück, daß „sie solche Wut auf die ganze Welt hätte“. Reumütige Tränen und Versprechungen, sich zu bessern. Bittet die Weihnachtsfeier mitmachen zu dürfen. Körperlich minutenlanges heftiges, feinschlägiges Zittern des linken Armes und Beines. Hält sich stets sauber.

22. XII. Den ganzen Tag über ruhig. Bei der Weihnachtsfeier schluchzt sie öfter, „ich bin so unglücklich, daß ich da unten bin“. Singt mit. In ihren Bewegungen sehr langsam und steif.

23. XII. Im allgemeinen ruhig, stand aber zweimal unvermittelt auf und rautte eine Pat. am Haar.

26. XII. Der Versuch einer Verlegung auf eine ruhige Station mißglückt, da sie eine stuporöse Pat. an den Haaren riß.

9. I. 23. Täglich aggressiv; stellt sich hinter die Tür, ordnet ihr Bett, daß man glauben kann, sie läge darin, ruft dann und hält Herannahende dann durch die Türspalte heimtückisch fest. Stimmung sehr wechselnd, weint bitterlich beim Empfang eines Briefes der Mutter, im nächsten Augenblick quält sie um eine Handreichung. Ausgesprochener Parkinsonismus, nur im Augenblick des Angriffs flink und behend.

25. I. Im ganzen etwas ruhiger, bittet ihr beim Essen die Hände festzuhalten, damit sie nicht in Versuchung komme. Erzählt unaufgefordert, daß sie wieder gekratzt habe. Bittet stereotyp um Entlassung.

31. I. Täglich wieder aggressiv. Beteuert, daß sie sich Mühe gebe, sich zu beherrschen, sie könne es aber nicht immer. Keine tiefere Reue, sehr oberflächlich und ablenkbar. Neigung zum hartnäckigen Querulieren.

7. II. In den letzten Tagen unter Luminal ruhig.

26. II. Wird nach dem Saal verlegt, auf ihren Wunsch mit zugebundenen Händen, damit „sie nicht in Versuchung komme“.

Körperlich: Pupillendifferenz, Parkinsonismus, Rigor namentlich der Arme, Retropulsion, die bei Erregung stärker wird.

Psychisch ruhig, zugänglich. Bemüht sich, ihren Zustand los zu werden. Es komme über sie wie ein Trieb, irgend etwas zu packen, am liebsten Haare. Beim Zufassen Lustgefühl.

4. III. Wieder erregt, riß sich die Binde von den Händen, fuhr den Pflegerinnen in die Haare.

9. III. Leidet sehr unter Selbstbeschädigungsdrang, scheuert und kratzt an sich herum.

21. III. Hat sich Stirn, Handrücken und Ellenbogen wund gekratzt. Queruliert eigensinnig und hartnäckig. Wird öfters aggressiv. Wird in eine Heil- und Pflegeanstalt überführt. Dort am 2. IV. gestorben. Keine Sektion.

Die vorliegende Beobachtung zeigt die Entwicklung eines Parkinsonismus nach Encephalitis, zu dem sich allmählich psychische Störungen gesellen. Zuerst sind es Perioden der Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit und allgemeiner Unlust, die sich zwischen freie Zeiten einschieben. Später, im Sommer 23, werden die letzteren spärlicher, die Kranke wird rücksichtslos, wirft sich zur Erde, ist weinerlich und widerstrebend. Sie selbst führt alles auf ihre Müdigkeit zurück. Sie ist sehr schläfrig und wird sehr böse und erregt, wenn man sie stört. Zur selben Zeit läßt sie sich verführen, auch nach ihrem zweiten Klinikaufenthalt sucht sie ihren Geliebten wieder auf und gibt sich dem Geschlechtsgeuß hin. Dabei wird sie nun selbstmordsüchtig und unternimmt mehrere gewaltsame Versuche in dieser Richtung. In den letzten 3 Monaten war die Kranke äußerst gewalttätig. Dabei ging sie mitunter planmäßig und heimtückisch vor. In ihrem angriffsweisen Verhalten liegt eine „Wut auf die ganze Welt“. Sie zeigt sich eigensinnig, hartnäckig, querulierend. Allmählich richtet sich ihr Beschädigungs- und Vernichtungsdrang auch gegen die eigene Person.

Die Gruppierung des charakterologischen Syndroms ist hier recht eigenartig; es besteht eine aggressive feindselige Einstellung mit Rücksichtslosigkeit und Hartnäckigkeit, daneben aber ein starker Lebensüberdruß und eine sexuelle Haltlosigkeit. Dabei treten mitunter, wenn auch mit fortschreitender Erkrankung immer seltener, freie Zeiten auf, in denen die Kranke nett, zugänglich und reumütig ist. Dies erweckt den Eindruck, als ob die Zerstörung und Ausschaltung jener Hirnapparate, die für diese Eigenschaften von Bedeutung sind, nur partiell sei. Aus inneren Gründen erfolgt ab und zu eine Umstellung, allmählich tritt aber die defekte Persönlichkeit immer mehr in den Vordergrund. Zuerst erinnert das sich rücksichtslos Auf-den-Boden werfen bei Ermüdungsgefühl an unsern Fall 4 (Justine E.), ebenso findet sich die Hartnäckigkeit, die Unnachgiebigkeit und die Neigung, allerhand Ansprüche durch andauerndes Querulieren durchzusetzen. Sehr bald gesellt sich aber die sexuelle Haltlosigkeit dazu. Es scheint diese aus der allgemeinen Gleichgültigkeit und einer primitiven Genußsucht hervorzugehen. In heftigen polaren Ausschlägen setzt sich dann die Gleichgültigkeit in Überdruß und Lebensunlust um. Die Widerspenstigkeit

und Rücksichtslosigkeit steigert die Gewaltsamkeit und die Häufigkeit der Selbstmordversuche. Nunmehr tritt hierzu noch eine eigenartige Hyperkinese, die sich in zwangsmäßigem Greifen und Raufen nach anderen Personen äußert. „Lassen Sie mich Sie packen, dann wird mir besser“, so charakterisiert die Kranke den inneren Zwang und das Gefühl der Befriedigung und Lösung, wenn sie ihm nachgeben kann. Die Determination der Bewegungsrichtung ist aus dem Selbstwiederherstellungstrieb gegeben, der durch die Abwehr und die Stellung der Umwelt übermächtig geworden ist. Es entwickelt sich dann Heimtücke, Bosheit, Niedertracht, Brutalität, Beschädigungs- und Vernichtungsdrang auf gleiche Weise, wie es schon wiederholt auseinandergesetzt werden konnte.

Das Besondere unseres Falles Josephine B. liegt in dem Verlauf und dem deutlichen Hervortreten einer primitiven Genußsucht, die im Verein mit der Gleichgültigkeit und der allgemeinen Widerspenstigkeit die Kranke veranlaßt, sich wiederholt dem Geschlechtsgenuß hinzugeben. Ob dabei auch Zwangsanstriebe eine Rolle spielen, mag dahingestellt bleiben; die inhaltliche Bestimmung scheint auf dem hier angedeuteten Wege zustande zu kommen.

Überhaupt ist zu bedenken, daß im kindlichen Alter das Streben nach Lustgewinn sich meist in einer primitiven Genußsucht äußert, die nur durch Schranken der Erziehung eingedämmt ist. Da nun jede Erziehungsmöglichkeit auf Lenksamkeit und Folgsamkeit beruht, so muß natürlich die Beeinträchtigung gerade dieser Eigenschaften, wie das häufig nach Encephalitis epidemica geschieht, zu einer Entfesselung primitiver Genußsucht führen. Bei kleineren Kindern entsteht daraus meist eine Neigung zum gierigen Essen, zum rücksichtslosen Mundraub und zum Stehlen überhaupt. Wenn auf sexuellem Gebiet Lustgewinn möglich ist, so kann dies verständlicherweise zur Verführbarkeit und zur Bereitschaft zur Hingabe führen, ja auch zu einem aktiven Verhalten in dieser Hinsicht mit sexuellen Attacken auf Kinder usw.

Für dieses letztere Verhalten bietet der folgende Fall einen Beleg; allerdings ist er kompliziert durch eine Imbecillität, die schon vor der Encephalitis bestand.

Fall 14. Albert K., 15 Jahre alt, in Behandlung vom 20. VII. 21 bis 28. IV. 22. Heredität o. B. Pat. hatte mit $\frac{1}{4}$ Jahr englische Krankheit, lernte erst mit 3 Jahren laufen. Einnässen bis zum 13. Lebensjahre. Als Kind Scharlach, Masern, Diphtherie und Keuchhusten, war stets schwächlich, lernte in der Schule schlecht, konnte überhaupt nicht rechnen, besuchte nur die Hilfsschule. War lustig, beliebt, gutmütig. 1920 fieberhafte Erkrankung. Klagte hinterher über Kopfschmerzen, schlief sehr viel. Pat. wurde mehrmals zur Erholung fortgeschickt. Im Sommer 1921 wurde beobachtet, daß er an mehreren Kindern unzüchtige Handlungen vornahm, er wurde deshalb in die Klinik eingewiesen.

Status somaticus: Gewicht und Körperlänge zurückgeblieben. Schwächlicher Körperbau. Plattfluß. Restsymptome von Rachitis am Schädel und an den Zähnen. Innere Organe o. B.; Haltung, Bewegung, Mimik frei. Reflexe regelrecht.

Intellektuell dem 8. Lebensjahre entsprechend, macht unruhigen, ängstlichen Eindruck.

27. VII. Stört durch seine andauernde Unruhe die andern Pat. auch nachts, spricht unaufhörlich, lärmt.

8. IX. Dauernd unfolgsam, widerspenstig, überbeweglich, stiehlt den andern Kranken Sachen aus den Taschen während der Mahlzeiten.

15. IX. Unreinlich, beschmutzt die Bettwäsche mit Speiseresten, beschimpft ältere Personen mit unflätigen Ausdrücken.

20. IX. Onaniert im Bett ganz ungeniert, frech und unanständig.

17. X. Motorisch erregt, springt herum, läßt niemanden zufrieden, ist keck, vorlaut, zudringlich, unfolgsam, spricht viel.

In der Folgezeit stets unverändert, motorisch unruhig, ruhelos. Läuft hin und her, spricht dauernd, äußert dabei oft in monotoner, ermüdender Weise Wünsche nach Entlassung usw., fällt allen lästig, ist vorlaut, zudringlich, frech, dauernd zu dummen Streichen aufgelegt, schüttet den Kranken Wasser ins Bett, schimpft wüst, ärgert und neckt die Mitpat., zupft an ihnen herum, stiehlt und bettelt, onaniert, greift andern an die Geschlechtsteile. Zu einer Auskunft über sein Verhalten nicht zu bringen, bringt nur seine stereotypen Wünsche vor.

29. IV. Wird einer Heil- und Pflegeanstalt zugeführt.

Ohne besondere Merkmale striärer Schädigung entwickeln sich bei einem imbecillen Knaben von 15 Jahren nach einer Encephalitis allgemeine Hyperkinese, Rededrang, Unverschämtheit, Spott- und Streitsucht und rücksichtslose Genußsucht. Die letztere äußert sich außer in kecken Diebstählen in schamlosem Onanieren und in sexuellen Attentaten gegen kleinere Kinder. Im allgemeinen handelt es sich um die typische Ausprägung der postencephalitischen Charakterveränderung, aber die Richtung der Lustgewinnung auf Sexuelles ist ungewöhnlich. Vielleicht darf man dabei an Wirkungen des nicht gerade vorbildlichen häuslichen Milieus denken, vielleicht hängt diese Tatsache mit einer frühen Entwicklung zur Geschlechtsreife zusammen. Sicherlich wirkt sich die Beeinträchtigung der affektiven Einstellung der Scheu und Scham, die in der Unverschämtheit und Zudringlichkeit zutage tritt, andererseits bei genügend starker Entwicklung des Geschlechtstriebes auch auf diesem Gebiete aus und unterstützt den hemmungslosen Hang zur Befriedigung dieser Strebungen. Die Gemütsbewegung der Scheu und Scham stellt eben einen sehr wichtigen Hemmungsfaktor für den Ablauf der motorischen Äußerungen des Seelenlebens nach jeder Richtung dar, und ihre Beeinträchtigung begünstigt das hemmungslose triebhafte Handeln überhaupt. Dazu kommt dann noch das aus der Natur der Hyperkinese stammende Adjuvans der Rücksichtslosigkeit und Hartnäckigkeit, um die sexuelle Aggressivität zu verstärken. Die Wurzeln dieser geschlechtlichen Betätigungslust liegen also in verschiedenen konstellativen Momenten begründet außer in der zweifellos wichtigsten, der Suche nach entsprechendem Lustgewinn. Gerade hierdurch gewinnen die Äußerungen dieses Triebes etwas Herausforderndes, Ge-

walttätiges und Schamloses. Allerdings konnte diese Aktivität erfreulicherweise nur selten festgestellt werden.

Überblickt man die klinischen Typen der Charakterveränderung nach Encephalitis, so ergibt sich zwanglos eine gewisse Gruppierung. Es sind zuvörderst die einfach Hyperkinetischen hervorgetreten, die Geschäftigen, Ruhelosen, Rede- und Bewegungslustigen, ohne entsprechende Erhöhung der Stimmungsgrundlage. Innerpsychologisch stellt sich der Bewegungsdrang oft als Zwangsimpuls dar. Die Äußerungen der Bewegungsunruhe tragen vielfach Iterativisches, Hartnäckiges und Rücksichtsloses an sich. Diese Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit kann sich auch direkt im Psychischen auswirken, dabei kann die Beweglichkeit zurücktreten. Ferner findet sich die Beteiligung jener hirnpysiologischen Apparate, von deren Intaktheit das Zustandekommen der Gemütsbewegung der Scheu und Scham abhängt. Diese sind als eine Hemmungsvorrichtung der Motilität zu betrachten, und in der Kindheit scheint diese Korrelation besonders eng zu sein, so daß auch je nach dem Grad der Beweglichkeit das entsprechende affektive Korrelat betroffen wird. Dieser Annahme gemäß zeigen sich ausgesprochen Schüchterne mit Bewegungsarmut und andererseits Dreiste, Vorlaute und Zudringliche mit Bewegungsreichtum. Auch hierbei kann die Störung unmittelbar ins Psychische übergreifen, da auch ohne Hyperkinese der fragliche affektive Defektzustand entstehen kann. Drittens kommt es bei einer Gruppe zu einer stark feindseligen Stellung zur Umwelt. Die erfahrene Ablehnung weckt und reizt den Drang zur Selbstwiederherstellung, der sich in Bosheit, Spott und Rachsucht, Brutalität, Vernichtungs- und Beschädigungstrieb entlädt. Es kommt zu wüsten Schimpfreden und tätlichen Angriffen. Wird der Drang zu dieser Betätigung als Zwang empfunden, wie dies gegenüber den hyperkinetischen Äußerungen teilweise stattfindet, so macht sich kein Ableugnen und Entstellen notwendig, während dies andernfalls zur Lügenhaftigkeit führt. Davon ist die verleumderische Lügenhaftigkeit streng zu scheiden. Dabei ist meist zugleich Hyperkinese und Defekt des Scheugefühls vorhanden, wenn auch namentlich der Bewegungsdrang nicht so fest mit diesem Syndrom verknüpft scheint, wie dargelegt werden konnte. Schließlich kann auch das Hervortreten einer primitiven Genußsucht bei Geschlechtsreife unter Mitwirkung der allgemeinen Gleichgültigkeit, rücksichtsloser Verachtung der Umwelt und des Fehlens aller Scham und Scheu zu sexueller Haltlosigkeit führen, sei es nun passiv als Verführbarkeit oder aktiv als unzuchtigen Angriffen.

Die genaue Betrachtung lehrt also Abstufungen und Gruppierungen in denjenigen Folgezuständen nach Encephalitis kennen, die gemeinhin unter der Bezeichnung der Charakterveränderungen zusammengefaßt

werden. Diese einzelnen Gruppen beruhen, wie gezeigt werden konnte, auf speziellen hirnpathologischen und psychodynamischen Faktoren, deren Ineinandergreifen hier höchst einleuchtend klarzulegen ist. Daraus ergaben sich von vornherein, eben durch die unvoreingenommene Beobachtung, da nicht versucht wurde, alles auf eine Wurzel zurückzuführen, und da die Mannigfaltigkeit der tatsächlich vorkommenden Bilder nicht einem Schema geopfert wurde, bestimmte Richtlinien für den Aufbau und die Pathogenese der fraglichen Störungen. Freilich muß infolgedessen auf ein geschlossenes einheitliches Bild verzichtet werden. Es gibt eben in Wirklichkeit nicht ein fest umrissenes psychisches Syndrom der Charakterveränderung des Kindes nach Encephalitis, sondern eine Reihe von abgestuften Typen mit Übergängen. Alle sind sie aber durch eine kennzeichnende Genese verbunden, und dies tritt besonders klar hervor, wenn man diese Zustandsbilder vergleicht mit sonstigen Störungen, wie es des öfteren geschehen ist, indem man sie als moriaartig, psychopathieähnlich, moral insanity oder hypomanisch bezeichnete.

Zunächst ist die Abgrenzung gegen die hypomanischen Psychopathen zu vollziehen. Äußerlich ist die Ähnlichkeit oft recht weitgehend. Bewegungs- und Rededrang, Ungeniertheit, Streitsucht, Widerspenstigkeit, Kampflust und Bereitschaft zum Schimpfen und zu sexueller Ungebundenheit kehren auch hier wieder. Aber sobald man etwas tiefer dringt, wird das unterscheidende Merkmal der gehobenen Stimmungsgrundlage deutlich. Bei den hypomanischen Psychopathen bestehen im allgemeinen heitere Zuversicht und ungetrübter Optimismus, so daß sie trotz ihrer Unstetheit immer wieder mit frischem Mut in die Zukunft blicken. Sie sind mit sich selbst stets höchst zufrieden, von ihrem Eigenwert fest überzeugt und lassen sich trotz gelegentlicher Streitereien und Zornausbrüche ihre gute Laune nicht rauben. Sie neigen auch zu Renommistereien und pflegen gern den großen Mann zu spielen, andere einzuladen und freizuhalten, sind an und für sich gutmütig, freundlich und liebenswürdig, solange man sie nicht kränkt. Boshafte Spottsucht und Heimtücke liegen ihnen fern, eher lassen sie sich zu harmlosen Neckereien und übermütigen Scherzen hinreißen. Dadurch erhält ihr ganzes Wesen etwas Freundliches, Strahlendes, Munteres und Vergnügtes. Von dieser Grundeinstellung ist bei den Postencephalitikern nichts zu merken. ihre Überbeweglichkeit ist dumpf, zwangsmäßig, triebartig, maschinenähnlich. Ihre Stimmung ist gleichmütig, zuweilen auch verdrossen gleichgültig, verärgert, verbittert, vergrämt, hoffnungslos, unzufrieden und niedergedrückt. Ihre Aufdringlichkeit hat einen peinlichen Akzent der Unverschämtheit, der Taktlosigkeit und des Mangels an Geschmack. Es ist keine lachende Zwanglosigkeit, sondern ein schmieriges Herandrängen, der Postencephalitiker ist nicht unbekümmert und offenherzig,

sondern rücksichtslos und plump vertraulich. Vor allem aber ist der Hypomanische eher kampflustig und streitbar als zanksüchtig; es ist die Stellungnahme nicht feindselig, sondern herausfordernd. Aus der Steigerung des Selbstgefühls leitet sich eine überhebliche Stellung gegen die Umwelt her, während beim Postencephaliker ein erbittertes Resentiment zur Entladung drängt. Deshalb findet man auch hier Tücke, Bosheit, Niedertracht, Vernichtungsfreude. Wird der Hypomanische aggressiv, so ist er gereizt und zornig, wird es der Postencephaliker, so kann er es aus Nachträglichkeit, aus Schadenfreude, aus Lust an der sich bietenden Gelegenheit oder aus einem inneren Drang heraus sein. Im ganzen ist also der Hypomanische vom Postencephaliker trotz gewisser äußerlicher Ähnlichkeiten infolge der durch die stimmungsmäßige Grundlage bedingten Einstellung zum Ich und zur Umwelt unterschieden, und so wird auch eine sexuelle Betätigung bei dem einen durch Leichtsinns und Unbedenklichkeit, bei dem andern durch Gleichgültigkeit und Rücksichtslosigkeit gefördert, wenn auch die gemeinsame Triebfeder der Genußsucht in dieser Richtung nicht zu verkennen ist. Überhaupt macht der Hypomanische psychologisch einen geschlosseneren Eindruck, den des Einheitlichen, aus einer Grundstörung Ableitbaren, während der Charakter des Postencephalikers, wie öfters hervorgehoben, recht verschiedenartig in seiner Ausprägung ist und für seine Ableitung Defekte in verschiedenen Sphären erforderlich erscheinen. Über diesen Punkt wird später noch Genaueres zu sagen sein.

Des weiteren sind die Restzustände nach Encephalitis bei Kindern mit dem Bild der sog. Moria verglichen worden. Hierbei macht sich der Mangel einer klaren Umschreibung dieses Zustandes geltend. Im allgemeinen wird für die Moria eine leere, heitere Stimmungslage, Neigung zu Witzeleien und Wortspielen, Initiativlosigkeit, Gleichgültigkeit und Mangel an Besonnenheit und Klarheit als charakteristisch angesehen. Mit diesem so aufgefaßten Begriff haben die postencephalitischen Folgezustände nur wenig Gemeinsames. Es fehlt vor allem die Tendenz zum leeren, interesselosen, euphorischen Hindösen, die Witzelei ist nicht Mittel zur Icherhöhung und Herabsetzung der Umwelt wie die Spottsucht der Encephaliker, sondern läppische Spielerei nach den Gesetzen der Klang- oder anderer Assoziationen. Überhaupt scheint die Herabsetzung des Bewußtseins auf eine niedrigere Aktstufe vielmehr im Mittelpunkt zu stehen als etwa bei den Zuständen nach Encephalitis. Diese sind ja im Gegenteil ausgezeichnet durch Klarheit, Besonnenheit und intellektuelle Intaktheit. Ebenso ist der Defekt in der affektiven Sphäre ein ganz anderer, bei der Encephalitis betrifft er vor allem, wenn vorhanden, eine bestimmte Qualität, nämlich die der Scheu und Scham, bei der Moria besteht eine allgemeine Schwäche in bezug auf Ansprechbarkeit, so daß das ganze Wesen stumpf und leer

wird, auch büßen die Äußerungen an Nachhaltigkeit und Kraft ein, die Gemütsregungen sind oberflächlich, wenig ernst zu nehmen, läppisch und leicht zu vertreiben und auszuwechseln. Weit entfernt ist vor allem die Moria mit ihrer selbstzufriedenen Sicherheit und Gedankenlosigkeit von dem haßerfüllten Ressentiment gegen die Umwelt, die sich in gewissen Fällen von Charakterveränderung nach Encephalitis enthüllte. So ist es also u. E. nicht angängig, diese Störungen der Moria zuzuordnen, oder man müßte eine ganz neue Umschreibung dieses Begriffes vornehmen.

Wichtig ist aber vor allem der Vergleich der geschilderten Anomalien mit den konstitutionellen Psychopathien. Dieser ist bereits weiter oben angebahnt worden und soll hier näher durchgeführt werden. Die Erregbaren und die Impulsiven zeigen Ähnlichkeit mit unseren Gruppen der Hyperkinetischen und der Aufdringlichen, die weltfremden Träumer mit unseren Scheuen, die Antisozialen mit unseren Aggressiven, die Haltlosen vielleicht in gewissem Grade mit unseren sexuell Haltlosen. Nun ist allerdings schon rein klinisch doch ein erheblicher Unterschied zwischen den impulsiven Psychopathen, die gewöhnlich recht bestimmte Neigungen zeigen, die Bereitschaft zum Stehlen, zum Trinken, zum Brandstiften, zum Fortlaufen, zum Verschwenden, und der Steigerung des Antriebes infolge des Defektes bestimmter Bremsvorrichtungen im Gehirn, wie sie sich bei Encephalitis entwickelt; denn diese richtet sich immer auf das jeweils naheliegende und sich bietende Ziel und ist somit auch von der Hypervigilität abhängig. Es fehlt die eitle Selbstbespiegelung der Triebmenschen, ihre weiche, gutmütige Sinnesart, ihre Hingebung gegenüber ihren Suchten; diese sind beherrscht von dem Drang nach Geld und Gut, nach der Ferne, nach Großmanntum. Bei den Encephalitikern kann von solch fester Triebrichtung keine Rede sein. Der Bewegungsdrang entläßt sich in vorschnellem, eifrigem Handeln, im Anfassen, Herumprobieren, Reden und Fragen gegenüber dem sich gerade anbietenden Objekt. Die Impulsivität des Encephalitikers ist eine direkte Folge der Bewegungsbereitschaft und erschöpft sich auch vielfach in einfachen Reaktivbewegungen, wenn nicht durch andersartige Defekte die Einstellung gegen die Umwelt als weiterer Determinationsfaktor wirkt; bei den Triebmenschen läßt die Hingebung an einen beherrschenden inneren Drang die Handlungen in einer bestimmten Richtung unüberlegt, maßlos und zwangsmäßig werden. Es handelt sich also das eine Mal um eine Erhöhung der Bewegungs- und Handlungsbereitschaft in allgemeiner, diffuser Weise, das andere Mal um eine Verstärkung eines Triebes, so daß dann Handlungen in dieser Richtung sich ohne weiteres ergeben.

Die erregbaren Psychopathen mit der Beweglichkeit des Stimmungshintergrundes, Mangel an Selbstbeherrschung, Maßlosigkeit der Ge-

fühlsausbrüche und geringer Nachhaltigkeit der Gemütsbewegungen stehen der Affektlabilität nahe, die bei hirnerstörenden Prozessen nicht selten auftritt, dagegen verhältnismäßig selten bei den von uns geschilderten Fällen. Es muß immer wieder betont werden, daß der Defekt in der affektiven Sphäre bei unseren Kranken zumeist ein ganz kennzeichnender ist, daß er nämlich das emotionale Korrelat der Beweglichkeitsregulation durch Scheu und Scham betrifft. Nur in wenigen Fällen konnte eine allgemeine Erleichterung der Auslösbarkeit aller Gemütsbewegungen, wie sie sich oft bei erregbaren Psychopathen findet, festgestellt werden. Erinnert sei hier besonders an den Fall Anna K., der auch durch seine große Jugend ausgezeichnet war. Die stärkere Gemütserregbarkeit ist nun, wie schon *Kraepelin* hervorhebt, ein infantiler Zug, und somit können die Erregbaren als in der Entwicklung der Festigung des Gemütslebens Zurückgebliebene betrachtet werden. Über den Mechanismus dieser Festigung ist noch wenig bekannt. Vermutlich spielen Abstumpfung, Gewöhnung, Erziehung zur Selbstbeherrschung u. a. dabei eine wichtige Rolle. In diesem Mechanismus greift der hirnpathologische Prozeß bei der Encephalitis nur selten ein, während er sich anscheinend beim dementiven Verlauf der Epilepsie gerade speziell hierauf zu erstrecken scheint. Freilich steht hier die Explosivität mehr im Vordergrund, die Neigung zu plötzlichen Entladungen des Zornes, der Gereiztheit und der Wut. Ferner wird dieser Mechanismus der Festigung der Gemütsbewegungen bei involutiven und destruktiven Hirnprozessen oft erschüttert; die Weinerlichkeit, Reizbarkeit und Wandelbarkeit der Greise, der Arteriosklerotiker und der Paralytiker sind hierfür Belege. Aus diesen Erwägungen geht hervor, daß die Beteiligung der affektiven Sphäre in verschiedener Weise bei verschiedenen Hirnprozessen vor sich geht. Welche Rückschlüsse sich hieraus auf die hirnphysiologischen Vorgänge, die dem Affektleben dienen, machen ließen, sei hier übergangen. Als wesentlich wird die Erkenntnis gewonnen, daß die Art der Wesensänderung nach Encephalitis ihrer äußeren Erscheinung und ihrer Struktur nach nur insoweit mit dem Typus der erregbaren Psychopathen Berührungspunkte zeigt, als sie ausnahmsweise ähnlich anderen hirnerstörenden Prozessen eine vermehrte Explosivität oder Affektlabilität mit sich bringt, daß sie hingegen im allgemeinen ein ganz andersartig durch einen bestimmten Defektzustand in der affektiven Sphäre gekennzeichnetes Syndrom bildet.

Von besonderem Interesse ist weiter die Beziehung dieser Post-encephalitiker zu jenen Psychopathen, die als Antisoziale oder Gesellschaftsfeinde bezeichnet werden. Arbeitsscheu, Lügenhaftigkeit, Reizbarkeit, Eitelkeit und Mangel an gemüthlichen Regungen und Mitgefühl, Drang zum Fortlaufen, ungehemmter Geschlechtsgeuß, diese Eigenschaften, die *Kraepelin* hervorhebt, zeigen gewiß mannigfache Ähn-

lichkeiten mit den oben geschilderten postencephalitischen Typen der Aggressiven und der sexuell Haltlosen. Über die psychologische Analyse der antisozialen Psychopathie ist zwar wohl noch kein endgültiges Wort gesprochen. Vermutlich spielt dabei die Reaktion auf die Umwelt im Sinne des Trotzes und der Auflehnung eine wichtige Rolle. Inwiefern ferner ein Mangel an Mitgefühl maßgebend ist, bedarf aus bestimmten Gründen noch näherer Nachprüfung. Sicherlich ist eine gewisse Gutmütigkeit und Hilfsbereitschaft bei Verbrechern und Dirnen, die doch zum Teil in ihren unverbesserlichen und rückfälligen Elementen aus antisozialen Psychopathen bestehen, nicht allzu selten. Ebenso beruhen die Moralität und die Korrektheit des Durchschnittsmenschen weit weniger auf Mitgefühl als auf Unterwerfung unter die durch die Erziehung vermittelten allgemeinen Normen des Rechtes und der Sitte, auf Annahme autoritären Einflusses, der diese für verbindlich erklärt, auf vernünftiger Einsicht in die Notwendigkeit der Respektierung fremder Interessen, aus sittlichem Willen zur Gleichheit. Man sollte darum annehmen, daß die Haltung der Gesellschaftsfeindschaft auf die Beeinträchtigung vor allem dieser Faktoren zurückzuführen sei. Daß diese wieder fördernd wirkt auf die Herausbildung einer rücksichtslosen Selbstsucht und die Ausschaltung des Mitleides mit anderen, ist wohl unbestreitbar. Für die antisozialen Psychopathen gilt demnach vermutlich der Satz, daß eine allgemeine Auflehnung mit Widerspenstigkeit und Gemütsroheit den seelischen Untergrund bildet. Die weiteren Übergänge zu roher, selbstsüchtiger Kältherzigkeit zeigen dann die Wirkung der Gemütslosigkeit ohne die Haltung der Auflehnung und der Widerspenstigkeit auf den Aufbau der Charakterbildung; es fehlen dann die Züge der Feindseligkeit, die die Konfliktsneigung der Antisozialen erzeugen. Beim aggressiven Postencephalitiker findet sich, soweit unsere Betrachtung hierüber ein Urteil gestattet, eine feindselige Haltung gegen die Umwelt aus Ressentiment, ein Drang zur Selbstwiederherstellung gegenüber erfahrener Ablehnung. Es ist also hier die Dynamik der Einstellung psychologisch verständlich aus der Wirkungsweise der hirnpathologisch erzeugten Defekte auf das Seelenleben; bei den antisozialen Psychopathen läßt sich bisher über die Art und Weise des Zustandekommens der Einstellung der Auflehnung im Gegensatz hierzu nichts Bestimmtes aussagen. Die Annahme und Hypothesen *Freuds* und *Adlers*, die psychische oder sexuelle Traumata in früher Kindheit auch hierfür verantwortlich machen, scheinen noch nicht hinreichend erwiesen zu sein. Jedenfalls ist aber der fragliche Dynamismus wohl etwas verschieden von dem der Spätencephalitiker. Man könnte freilich fragen, ob nicht die Aktivität der Verbrechernatur in eine gewisse Parallele zu setzen sei mit der komplexen Hyperkinese der Spätencephalitiker und der Defekt in der affektiven Sphäre, möge

er nun in Abstumpfung der Scheu oder des Mitgefühls bestehen, unter dem zu ausführenden Handlungen treibenden Einfluß eine Ablehnung und ein Widerstreben der Umgebung erzeugen muß. Läßt man dies gelten, so würde mindestens *eine* Möglichkeit zum genetischen Verständnis der antisozialen Psychopathen durch die Untersuchung des Encephalitismaterials festgelegt sein.

Einer besonderen Betrachtung ist der Begriff der „moral insanity“ wert, der sich ja wohl zum größten Teil mit dem der antisozialen Psychopathie deckt. Es wurde kürzlich von *Pophal* darauf hingewiesen, daß dieser Zustand öfter exogen, also durch pathologische Hirnprozesse, erzeugt werden kann. Dieser Autor hat nicht weniger als 20 Fälle dieser Art zusammengestellt, wovon er 4 selbst in der Greifswalder Klinik (Prof. *Schröder*) beobachtet hat. Nur einer dieser letzteren ist eine Encephalitis bei einem 14jährigen Knaben mit Verstimmungszuständen, in denen er flegelhaft, störrisch, widerspenstig, verlogen und hyperkinetisch ist. Damit wechseln Perioden von Gedrücktheit und Bewegungshemmung. Der Verlauf war in diesem Falle bemerkenswerterweise ein restitutiver. Bei den anderen 3 Fällen handelt es sich einmal um eine ganz unserem hyperkinetischen und dreisten Typus entsprechende Veränderung nach einem Scharlach und um zwei Folgezustände nach Hirnerschütterung, bei denen aber daneben eine traumatische Epilepsie bestand. Unter den übrigen aus der Literatur zusammengestellten 16 Fällen finden sich 9 Fälle von Kommotionsfolgen und 7 Encephalitiden. Auf letztere genauer einzugehen, erübrigt sich nach unserer eingehenden Darstellung. Unter den Kommotionsfolgen sind zwei Fälle in unserem Zusammenhang besonders interessant. Der erste, von *Sommer* berichtete, ist ein 13jähriger Knabe, der nach einer Kommotionspsychose eigensinnig und ungezogen wurde, spuckte, schlug, kratzte, wüst schimpfte und schamlos urinierte. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr wurde er wieder folgsam, freundlich und ruhig. Es handelt sich hier um eine atypische Folgeerscheinung nach Hirnerschütterung, die etwa unseren aggressiven Postencephalitikern entspricht. Der zweite beruht auf einer Mitteilung von *v. Rad*: ein 16jähriger Knabe verlor $\frac{3}{4}$ Jahr nach einer Gehirnerschütterung jedes Interesse für seinen Beruf, wurde verstockt, verlogen und unordentlich, mißhandelte seine Geschwister, verübte Zechprellereien und Betrugereien, war frech, herausfordernd, unaufrichtig und heuchlerisch. Auch hier also ein hyperkinetischer, unverschämter und aggressiver Typus, wie er sonst nur bei Encephalitis beobachtet wird. Die anderen Folgen von Kommotionsfolgen sind traumatische Epilepsien, bei denen es zu ethischen Defekthandlungen kommt. Diese Übersicht *Pophals* ist in zwiefacher Richtung wichtig. Erstens ist dadurch erwiesen, daß analoge Beeinträchtigungen der Persönlichkeit, wie bei der Encephalitis sich auch nach Kommotionen bei Kindern ent-

wickeln können. Hiermit stimmt es überein, daß nach unserer Anschauung die Konstellation der entstehenden pathologischen Hirndefekte maßgebend für den Aufbau und den Mechanismus der Charakterveränderung ist. Im besonderen ist die enge Verknüpfung der Bewegungsenthemmung mit der Ausschaltung des emotionalen Korrelats der Scheu eine dem kindlichen Alter entsprechende Reaktionsform des Gehirns. Zweitens zeigt sich, daß das Auftreten moralischer Depravation nichts Einheitliches ist, sondern bei verschiedenen Erkrankungen auf verschiedene Weise zustande kommen kann. So verdienstvoll demnach auch die Arbeit Pophals ist, so kann sie doch nur lehren, daß eine Zusammenfassung unter dem Begriff exogener „moral insanity“ Heterogenes zusammenwirft. Es muß gegen die Anschauung Einspruch erhoben werden, als ob der Ausfall „ethischer Gefühle“ das Primäre bei diesen Charakterveränderungen sei; die durchgeführte Zergliederung der entsprechenden postencephalitischen Zustandsbilder ergibt zum mindesten, daß hier die feindselige Einstellung zur Umwelt auf das Ressentiment gegen erfahrene Ablehnung zurückzuführen ist. Nur die Vertiefung und Genauigkeit der Untersuchung gewährleistet der Forschung die Möglichkeit, in den Mechanismus dieser Störungen einzudringen. Keinesfalls darf die Gruppierung nach äußeren Tatbeständen, wie Diebstahl, Lüge, Brutalitäten, erfolgen. Überhaupt ist die feindselige Einstellung der Auflehnung für die Entwicklung des Individuums im Sinne absichtlicher Störung der Umwelt weit wirkungsvoller als der Fortfall des Mitgefühls. Dieser führt unmittelbar nur zur Kälte, Lieblosigkeit, Selbstgerechtigkeit, Mangel an Hingabe und charakterisiert den schnöden Egoisten, aber nicht den erbitterten Feind der Umwelt. Selbstverständlich können auch auf diesem Boden *ceteris paribus* ethische Defekthandlungen entstehen, aber sie sind sicherlich seltener als bei den Feinden der Gesellschaft. Somit ist die Schlußfolgerung gerechtfertigt, daß der anethische Symptomenkomplex *Albrechts*, die exogene moral insanity *Pophals* Begriffe sind, die noch weiter genetisch analysiert werden müssen, da sie Heterogenes vereinen. So genügt auch die Subsumierung der postencephalitischen Charakterveränderungen unter den Begriff der „Moral insanity“ nicht strengeren Anforderungen.

Es liegt außerhalb des Rahmens unserer Aufgabe, die Wirkungen der *Commotio cerebri* auf die Gesamteinstellung des Individuums zur Umwelt zu erörtern. Auch bedürfte es ja zur endgültigen Klärung einer genauen Durcharbeitung an der Hand klinischen Materials. In kurzen Worten soll aber doch darauf hingewiesen werden, daß die sich nach Gehirnerschütterung öfters entwickelnde traumatische Epilepsie Eigenschaften hervortreten läßt, die wie Höflichkeit, Devotion, Kleinlichkeit, peinliche Sorgsamkeit und übertriebene Freundlichkeit die Haltung

der Unterwerfung gegenüber der Umwelt kennzeichnen. Daß dabei die Reizbarkeit zu gelegentlichen Explosionen der unterdrückten Affekte der Wut und des Zornes führt, steht damit nicht im Widerspruch, deckt sich vielmehr mit vielen Erfahrungen des täglichen Lebens. Warum es zu dieser Gesamthaltung der Unterwerfung kommt, ist schwer zu sagen, vielleicht führt eine spätere Bearbeitung dieser Frage zu einer annehmbaren Antwort. So viel aber steht fest, daß diese Gesamthaltung in Beziehung stehen muß zu dem hirnpathologischen Prozeß des Gehirutraumas, und daß sie den Mutterboden für die obengenannten Charakterzüge und wohl auch für die Neigung zur Frömmigkeit und Kirchlichkeit abgibt.

In welchem Sinne andere pathologische Hirnprozesse das Material zur Umstellung der seelischen Gesamthaltung abgeben, und wie hiermit weiterhin das Auftreten von einzelnen Charakterzügen zusammenhängt, muß einer eingehenden und gründlichen Durcharbeitung des gesamten Gebietes vorbehalten bleiben. Ohne die Schwierigkeiten der Durchführbarkeit eines solchen Unternehmens zu verhehlen, scheint es doch möglich, ähnlich wie bei der Encephalitis, durch unbedingte Beachtung der tatsächlichen Gegebenheiten unter kritischer Sorgfalt in diese Mechanismen einzudringen.

Die nächste Aufgabe nach der Einordnung und Abgrenzung der postencephalitischen Veränderungen des Charakters in den Umkreis nahestehender psychischer Krankheitsbilder muß die Frage nach der hirnpathologischen Grundlage dieser Störung und ihrer Lokalisation sein. Die gewissenhafte Beobachtung dieser Tatsachen hat uns zwei Grundelemente gelehrt, auf denen sich dieselbe aufbaut, die Hyperkinese und den Defekt des affektiven Substrates der Scheu. Eine einfache Überlegung genügt, um wahrscheinlich zu machen, daß man hirnpathologische Grundlagen nur für diese erwarten darf. Die feindselige Gesamteinstellung ist, wie entwickelt, eine psychologische Folgeerscheinung dieser konstellativen Momente, und dürfte somit vermöge ihrer komplexen Natur nicht als Ausfallswirkung eines bestimmten Hirnapparates aufzufassen sein. Die sexuelle Haltlosigkeit aber, die sich in den letztgeschilderten Fällen zeigte, ist zentral auf eben diese Faktoren der Hyperkinese und des Mangels an Scheu und andererseits auf den biologischen Untergrund des Sexualtriebes in Gestalt des hormonalen Einflusses von seiten des reifenden Genitale zurückzuführen. Auch hier ist also eine direkte zentrale Vertretung des fraglichen Phänomens nicht anzunehmen. Alles weist vielmehr darauf hin, daß es darauf ankommt, die hirnphysiologischen Grundlagen der Hyperkinese und des besonderen affektiven Defektes zu erforschen. Hier ist nun weiter zu beachten, daß die Scheu ein Hemmungsmoment für die Entfaltung der Motilität abgibt, und daß die besondere Intensität gerade

dieser Verknüpfung eine Eigenart des reifenden Gehirns darstellt. Es bietet diese Tatsache u. E. die Erklärung dafür, warum die postencephalitischen Charakterveränderungen in voller Ausprägung nur bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren beobachtet werden. Die hirnpfysiologische Repräsentanz der affektiven Vorgänge ist nun überhaupt noch ein ganz unbekanntes Kapitel, und so konzentriert sich denn alles Interesse auf die spezielle Frage nach dem cerebralen Mechanismus der Hyperkinese, die ihrerseits, wie anzunehmen ist, bei der Besonderheit des jugendlichen Gehirns das emotionale Korrelat der Scheu beeinträchtigt.

Der Überschuß an Bewegungsantrieb, der sich in der komplexen Hyperkinese der Postencephalitiker kundtut, ist vom neurologischen Standpunkt aus in Parallele zu stellen mit den elementaren Hyperkinesen der Chorea, der Tics und der Athetose und vor allem mit den psychomotorischen Hyperkinesen (*Kleist*). Diese Störungen sind insgesamt nach den Forschungen *C. und O. Vogts*, *Kleists*, *F. H. Lewys*, *A. Jakobs* u. a. auf die mehr oder minder umfangreiche oder elektive Schädigung neostriärer Elemente zurückzuführen. In Übereinstimmung hiermit steht es auch, daß der pathologische Prozeß bei der Encephalitis epidemica die subcorticalen Ganglien bevorzugt. Es finden sich deshalb in diesen Fällen auch zumeist andere Ausfallserscheinungen striopallidärer Herkunft, mögen diese in Rigidität, Tics, Speichelfluß, Retropulsion, Amimie u. a. bestehen. Freilich kann die komplexe Hyperkinese, die allgemeine Bewegungsunruhe auch ohne diese Merkmale einhergehen, vermutlich hängt dies von der Verteilung der geschädigten und außer Funktion gesetzten Elemente innerhalb des Striopallidums ab. Zu ähnlichen Ergebnissen sind auch *Gerstmann* und *Kauders* bezüglich der Hyperkinese gekommen, die die krankhaft erhöhte Wirksamkeit der instinktiven Bewegungsantriebe als Folge der Steigerung oder Enthemmung der im striopallidären System im weiteren Sinne vertretenen dynamischen energetischen Faktoren der Motilität betrachten. Freilich scheint von diesen Autoren die mittelbare Wirkung dieser Hyperkinese auf das Gesamtgefüge der Psyche überschätzt zu werden. Eine Regression zur infantilen Motorik im Mißverhältnis zum übrigen psychischen Habitus als Dissoziationserscheinung vermag u. E. die Phänomene der geschilderten Encephalitisfolgen bei Jugendlichen nicht restlos zu erklären. Hierbei müßte ja gerade beim Erwachsenen diese Dissoziation sich viel stärker fühlbar machen, und außerdem wären die gegensätzlichen Zustandsbilder, bei denen infolge der Bewegungsarmut eine Zunahme von Scheu und Schüchternheit sich entwickelte, völlig unverständlich. Trotz dieser Abweichung bezüglich der Unmittelbarkeit der Wirkungsweise ist vom neurologischen Standpunkt aus an der primären Rolle der Hyperkinese festzuhalten. Hieraus

ergibt sich, daß eine differenzierte Schädigung des Striatums bei solchen Kranken erwartet werden darf. Die pathologisch-anatomische Untersuchung wird bei geeigneten Fällen besonders auf dieses Gebiet sich zu erstrecken haben, um tatsächliche Unterlagen für diese Meinung zu gewinnen.

Gibt man nun zu, daß auf dem Ausfall striärer Hemmungsapparate die allgemeine Überbeweglichkeit unserer Kranken beruht, so ist damit natürlich noch nichts gewonnen bezüglich des hirnpathologischen Prozesses, der in die affektive Sphäre in so differenzierter Weise eingreift. Hier steht man vorläufig noch vor einem völligen Versagen unserer Kenntnisse. Von verschiedenen Seiten ist zwar die Vermutung ausgesprochen und auch mit Gründen gestützt worden, der Thalamus opticus sei dasjenige Hirngebiet, das für das Zustandekommen jener vitalen Vorgänge, die die Affekte darstellen, maßgeblich sei. Von anderer Seite ist aber mit Recht auf die Beziehungen zwischen Affekt und Drüsen mit innerer Sekretion aufmerksam gemacht worden (*Cannon, Biedl, H. Fischer*). Eine einigermaßen unbestrittene und unbestreitbare Meinung gerade über das biologische Substrat des Affektlebens gibt es zur Zeit kaum. So steht man denn auch dem Problem, den Defekt der Scheu, der klinisch in Erscheinung tritt, physiologisch oder hirnpathologisch zu erklären, hilflos gegenüber. Freilich eins darf festgestellt werden, trotz des engen Zusammenhangs mit der Motilität vermag die Hyperkinese nicht unmittelbar einen solchen Defekt zu erzeugen. Die Hyperkinese und der Defekt an Scheu sind vielmehr koordiniert und deswegen voneinander relativ unabhängig, wenn auch häufig miteinander vergesellschaftet. Letzteres beruht darauf, daß namentlich im Kindesalter das Gefühl der Scheu einer der wirksamsten Hemmungs-faktoren des gesamten Motoriums ist, und daß durch die allgemeine Hyperkinese auch häufig dieses emotionale Korrelat mit erschüttert werden kann.

Handelt es sich bei der Hyperkinese und bei dem Mangel an Scheu um vitale Vorgänge, die biologisch begründet sind, so hängt die Einstellungsveränderung, die sich infolge der weiteren geistigen Verarbeitung der Defekte, der Reaktion der Umwelt auf diese und die hierdurch bedingte Umstellung entwickelt, von psychologischen Gründen ab. Sie ist ein geistiges, sich aus einer biologischen Konstellation ergebendes Resultat. Es hat u. E. keinen Sinn, hier nach hirnpathologischer Grundlage und Lokalisation zu fragen; Einstellungsveränderungen hängen überhaupt mit biologischen Faktoren, wie es pathologische Hirnprozesse ohne Frage sind, stets nur durch die Vermittlung geistiger Verarbeitung zusammen. Hieraus ergibt sich der Schluß, daß die Einflußnahme auf den Charakter stets eine Frage der Konstellation verschiedener vitaler Prozesse ist, die ihrerseits in ihrer Auswirkung zu psychologischen Faktoren für die Einstellungsgestaltung werden.

In diesem Zusammenhang ist es von Wert, auf die von der Schädigung des *Stirnhirns* ausgehenden Einflüsse einzugehen, die den qualitativen Aufbau des Seelenlebens betreffen. Bekanntlich finden sich auch hier psychopathieähnliche Charakterveränderungen, Zustände von Moria und sexuellem Erethismus. Nach den sorgfältigen Untersuchungen *E. Feuchtwangers* hängen diese von dem Betroffensein der Gefühls- und Affektsphäre einerseits und von dem der niederen oder höheren Willensfunktionen andererseits ab. Zu ersteren rechnet *F.* heitere, depressive, zirkuläre und apathische Verstimmungen, Steigerung oder Verminderung der affektiven Ansprechbarkeit, Wertungsschwächen (wie Witzelsucht, Störungen des Interesses und des Taktes) und Enthemmungen von Triebäußerungen, zu letzteren Aufmerksamkeitsstörungen, Antriebschwäche, Motivationsstörungen (hysteriforme und abulische Zustände) und Störungen im Bereich der Spontanitätsfunktionen. Diese Übersicht gestattet bereits, es auszuschließen, daß die Lokalisation der den postencephalitischen Veränderungen zugrunde liegenden hirnpathologischen Vorgänge ins Stirnhirn zu verlegen sei. Ferner ergibt sich hieraus, daß gewisse formale Prinzipien der Charakterbildung direkt aus dem Betroffensein niederer oder höherer Willensfunktionen entspringen, so bei frontaler Schädigung die Unaufmerksamkeit und die allgemeine Schläffheit der Vorsätze, die Tendenz zum Ausweichen und die Gleichgültigkeit sowie die sklavische Beeinflußbarkeit. In ähnlicher Weise sind aus dem Überschuß an Bewegungsantrieb und seiner zuweilen iterativen Tendenz die Hartnäckigkeit, die Zähigkeit und die Rücksichtslosigkeit der Postencephalitiker abzuleiten, sowie ihre Ablenkbarkeit und die Hypervigilität. Durch unsere Analyse zeigt sich aber weiter, daß die wesentliche Veranlassung für die Charakterveränderung bei hirnpathologischen Prozessen in der durch die Defekte verursachten Neueinstellung der Persönlichkeit liegt, und daß eine solche durch Defekte im Ablauf der Willensäußerungen und in der affektiven Sphäre häufig hervorgerufen zu werden pflegt. Es liegt nicht im Rahmen dieser vorliegenden Abhandlung, diesen Gedankengang für die Stirnhirnschädigungen oder etwa für die traumatische Epilepsie, die Arteriosclerosis cerebri usw. durchzuführen.

Prüft man so die Frage der Lokalisation der postencephalitischen Charakterveränderungen nach den entwickelten Gesichtspunkten, so ergibt sich, daß nach den bisherigen Kenntnissen von der physiologischen Wertigkeit der Hirnterritorien eine striäre (oder thalamostriäre?) Schädigung als genügend zur Auslösung anzusehen ist. Zwar würde diese nur die Defekte in den biologischen Grundlagen der Wesensgestaltung erklären, aber es scheint doch sehr fraglich, ob für rein geistige Akte, wie sie die Verarbeitung dieser Grundlagen im Zusammenhang mit dem Milieu darstellt, ein materielles Substrat anzunehmen

ist. Hier erhebt sich eine der Hauptfragen der normalen und der pathologischen Physiologie des Gehirnes, ob nämlich nicht nur den vitalen Vorgängen der Empfindungen, der Affekte, der Bewegungen usw. eine körperliche Grundlage zukommt, während die rein geistigen Akte des Denkens, Schließens, Urteilens, Verarbeitens, Überlegens usw. Resultanten der Gesamtsituation der biologischen Grundkräfte sind. Eine Bearbeitung dieser Fragestellung, die sich an die naturphilosophischen Anschauungen *M. Pálagyis* anlehnt, muß auf später verschoben werden. Damit wird freilich eine grundsätzlich andere Einteilung angestrebt als die seit *Tetens* übliche in die Faktoren des Gegenstandsbewußtseins, der Gefühle und des Tätigkeitsbewußtseins. Es ist dies eine Stellungnahme, die in gewissem Sinne mit der in der Einleitung gestreiften Frage nach der Rolle der allgemeinen Hirnphysiologie bei der Untersuchung der lokalisierbaren Anteile des Bewußtseinsaktes zusammenhängt. Über die Berechtigung dieses Standpunktes kann nur die heuristische Fruchtbarkeit entscheiden, deren Prüfung anderwärts vorgenommen werden soll.

Die Berücksichtigung dieser Grundfragen muß also hier zurückgestellt werden. An dieser Stelle kann nur dargestellt werden, daß u. E. ein lokalisierter Defekt an den näher bezeichneten Stellen des Striatums und des Thalamus bei Kindern im Gefolge der Encephalitis ausreichen mag, um die klinischen Formen hervorzubringen, die im ersten Teil geschildert wurden.

Die einzelnen Typen in ihrer verschiedenen Ausprägung dürften zusammenhängen mit der verschiedenartigen Ausbreitung der pathologischen Veränderungen in diesem Gebiet.

Daß der Beweis hierfür nur durch exakte anatomische Kontrolle erbracht werden kann, darauf wurde weiter oben schon hingewiesen. Jedenfalls muß aber vorläufig an der eingehend begründeten Annahme festgehalten werden.

Kurz soll nochmals eingegangen werden auf den Umstand, daß diese postencephalitischen Charakterveränderungen meist nur bei Kindern zwischen 6 und 18 Jahren vorkommen. Nach den von uns entwickelten Anschauungen hängt dies damit zusammen, daß die affektive Einstellung der Scheu, besonders im Kindesalter einen Hemmungsfaktor für die Bewegungsentfaltung darstellt, und daß diese funktionelle Verknüpfung so eng sein kann, daß die Enthemmung der Bewegungsbereitschaft, wie sie in der komplexen Hyperkinese der Postencephalitiker zutage tritt, die Ausschaltung dieses emotionalen Korrelats begünstigt, wenn dies auch freilich selbständig erfolgen kann. Somit wäre das kindliche Gehirn unter anderem auch durch diese enge Verknüpfung der entsprechenden biologischen Substrate von dem der Erwachsenen unterschieden, und auf dieser Eigentümlichkeit beruht die Eigenart der

klinischen Reaktion auf die durch Encephalitis gesetzten anatomischen Schädigungen. Abweichend von diesem Erklärungsversuch vertreten *Gerstmann* und *Kauders* die Anschauung, daß es sich um eine Regression zur infantilen Motorik handele, um einen Abbau des bereits im Sinne der gesamten Persönlichkeitsentwicklung ausgebildeten Bewegungsgefüges — aus dem erreichten Zustand zweckbewußten rationalisierten Handelns — auf ein Niveau impulsiver Bewegungsgestaltungen, die in ihrer Triebhaftigkeit in weitgehender Weise die Einstellungsmotorik der frühen Kindheitsperioden wiedergeben. Es ist allerdings richtig, daß schon die triebhafte Hyperkinese an sich in höherem Alter nach Encephalitis sehr selten ist, so daß wohl diese Möglichkeit zur Rückkehr hierauf später als weniger gegeben erscheint. Somit ist anzunehmen, daß es eine Eigentümlichkeit des noch nicht völlig ausgereiften Gehirns ist, leichter zu einer komplexen Hyperkinese, die Ähnlichkeit mit frühkindlicher Bewegungsunruhe hat, zurückzukehren, als das Gehirn eines Erwachsenen hierzu imstande ist. Aber die Dissoziation zwischen psychischem und motorischem Habitus müßte sich, wie gesagt, gerade beim Erwachsenen stärker geltend machen. U. E. reicht überhaupt diese Rückführung der klinischen Erscheinungsformen auf die Zustandsveränderungen des individuellen motorischen Persönlichkeitshabitus zur Erklärung nicht aus. Weiterhin hat *Bonhöffer* die Ansicht vertreten, daß die gestörte Konkordanz zwischen den neencephalen und palaeencephalen Hirnteilen bei noch nicht vollendeter Hirnreife anders in Erscheinung tritt als beim Erwachsenen. Hierzu ist zu sagen, daß es mindestens noch als fraglich bezeichnet werden muß, ob die Charakterveränderung auf der Störung einer Konkordanz verschiedener Hirnteile beruht; unser Erklärungsversuch wenigstens hat eine solche Annahme nicht nötig gemacht. Es ist aber nicht zu bestreiten, daß der Gedanke einer mangelnden Übereinstimmung von Hirnteilen intuitiv ein sehr wesentliches Moment für die Entwicklung dieser Zustände trifft. Vom biologischen Standpunkt aus gesehen stellt nämlich der konstellative Einfluß von Störungen im Bereich der Motilitätsäußerungen und dem der affektiven Sphäre auf die übrige Psyche einen Zustand von Inkoordination dar, und zwar scheinen in der Tat die zugrunde liegenden Defekte palaeencephal lokalisiert zu sein, während die reaktive Umbildung des Charakters von neencephalen Gebilden getragen wird. U. E. klärt aber unsere, den Tatsachen möglichst eng angeschlossene Betrachtungsweise den Mechanismus dieser „Inkoordination“ befriedigender und exakter.

Es erfolgt nunmehr eine Zusammenfassung.

Die klinischen Tatsachen stellen sich nach den mitgeteilten Beobachtungen, die nur ein Ausschnitt unseres Materials sind, folgendermaßen dar. Eine erste Gruppe von Kranken zeigt im Gefolge der Encephalitis epidemica eine Vermehrung der allgemeinen Beweglichkeit, sie

laufen hin und her, können nicht still sitzen, scheuern an sich herum, sprechen ungefragt, greifen alles an, tasten und probieren an allem herum, sind geschäftig und unruhig, oder sie verspüren wenigstens den Drang dazu in sich, den sie nur mit Mühe unterdrücken können. Dieser hyperkinetische Drang ist häufig, aber nicht immer, verbunden mit anderen Zeichen striopallidärer Schädigung, Ausfall von Ausdrucksbewegungen, Parkinsonismus und Akinese einerseits und ticartigen, iterativischen und choreatisch-athetotischen Elementen andererseits. Die verschiedenartige Kombination mag auf einer wechselnden Ausbreitung des pathologischen Prozesses innerhalb der subcorticalen Ganglien beruhen. Die Äußerungen des Bewegungsdranges tragen in das psychische Gesamtgefüge der Erkrankten die Eigenschaften der Zähigkeit, Beharrlichkeit, Unnachgiebigkeit und Hartnäckigkeit und der Rücksichtslosigkeit, Gewalttätigkeit und Triebhaftigkeit hinein. Die Folge der Vermehrung des Bewegungsdranges besteht in übermäßiger Lebendigkeit, Raschheit, Ablenkbarkeit, Hypervigilität, Unüberlegtheit und Unrast.

Eine zweite Gruppe von Kranken zeichnet sich außer der Überbeweglichkeit durch einen eigenartigen Defekt in der affektiven Sphäre aus, der sich auf den Ausfall des Gefühls der Scheu und Scham erstreckt. Das emotionale Korrelat der Scheu erscheint im Kindesalter besonders stark verknüpft mit der Bewegungshemmung. Für diesen Zusammenhang sprechen nicht nur negative Fälle, in denen es zu einem Fortfall dieser beiden Elemente kommt, sondern auch positive, wo sie gesteigert sind. So konnte ein Fall mit Bewegungsverlangsamung und gesteigerter Schüchternheit geschildert werden. Viel häufiger als dieser scheue Typus ist aber sein Widerpart, der dreiste Typus, der wie gesagt, meist mit Überbeweglichkeit einhergeht. Er entwickelt sich anscheinend nur in einem bestimmten Alter, nämlich von 6—18 Jahren. Vorher kommt es zu mehr hysteriformen Zuständen, wenn die affektive Sphäre beteiligt ist, später zur Affektlabilität. In dem angeführten Alter aber wirkt der Überschuß an Bewegungsantrieb in dem Sinne auf die emotionalen Vorgänge, daß Scheu und Scham ausgeschaltet werden. Die Kranken sind dann zudringlich, vorlaut, respektlos, plump vertraulich, unverschämt, keck und dreist. Aber die genaue Betrachtung zeigt doch, daß eben diese Charakterzüge auch ohne Hyperkinese auftreten können, daß der spezifische Defekt der affektiven Sphäre der Hyperkinese nur koordiniert, nicht subordiniert ist. Des weiteren besteht dabei zuweilen auch eine euphorische Stimmungslage, häufiger ist eine ungleichmäßige Stimmung ohne besonders ausgesprochene Note. Ferner kann auch eine Affektlabilität daneben bestehen. Jedenfalls ist die Regel für den dreisten Typus, daß außer der Hyperkinese ein mit dieser biologisch zusammenhängender, aber doch relativ selbständiger Defekt in der

affektiven Sphäre, die Ausschaltung des Gefühls der Scheu, klinisch in die Erscheinung tritt. Hiermit stimmen vielfache in der Literatur niedergelegte Beobachtungen überein.

Aus diesem Verhalten ergeben sich verständlicher Weise leicht Konflikte mit der Umgebung, zumal in dem Bewegungsdrang schon das Hartnäckige und Rücksichtslose eine große Rolle spielen. Die Eltern, Geschwister u. a. lassen sich diese Entäußerungen von Bewegungsüberschuß mit Unverschämtheit nicht gefallen und beantworten sie mit Ablehnung, Zurückweisung und Bestrafung. Diese Situation kann nun ihrerseits für den Kranken der Anlaß einer weiteren Charakterumbildung werden.

Bei der dritten Gruppe von Kranken entwickelt sich infolge der erfahrenen Mißbilligung der Umgebung ein lebhafter Drang zur Selbstwiederherstellung mit Neigung zu Hohn, Spott, Beschädigung und Zerstörung. In minder ausgesprochenen Fällen bleibt es meist bei kleinen Reibereien, Schabernack und losen Streichen. Hartnäckig wird die Konfliktsstimmung festgehalten, die kleinen Vergehen werden gezeugnet. In schwereren Fällen bildet sich eine schwere Aggressivität heraus, eine feindselige Einstellung mit Streitsucht, Unreinlichkeit und verleumderrischer Lügenhaftigkeit. Gerade hier zeigt sich die boshafte, rachsüchtige Verhaltensweise, um die verhaßte Umgebung herabzusetzen und zu vernichten. Schließlich kommt es dann zu roher Brutalität mit wüstem Schlagen und Schimpfen oder zu außerordentlicher Grausamkeit gegen Wehrlose. Diese Eigenschaften verstärken sich oft bei Widerstand oder auch aus endogenen Anlässen zu wilden Erregungszuständen, zuweilen werden die Handlungen als zwangsmäßig empfunden. Ihre Grundlage ist zu suchen in dem Ressentiment gegen die empfundene Ablehnung der Umwelt, verstärkt durch die Hyperkinese und die allgemeine Dreistigkeit, woraus ihrerseits wieder die Ablehnung her stammt. So bildet sich ein „Circulus vitiosus“, in dem jedes Glied zur Verstärkung und Vertiefung des andern beiträgt. Die Zustände sind deshalb auch prognostisch recht ungünstig; nur wo die biologischen Wurzeln der Hyperkinese und des emotionalen Defektes aus physiologischen Gründen schwinden, findet auch eine Rückbildung der ressentimentellen Verbiegung des Charakters statt. Lügenhaftigkeit und Diebstahlneigung sind zwar nicht selten hierbei zu finden, sind aber keine primären Phänomene, sondern nur Ausfluß der Gesamteinstellung. Charakteristisch ist aber für das infantile Gepräge dieser Fälle, daß es sich immer nur um Modifikationen des *personellen* Selbsterhaltungstriebes handelt.

Bei der vierten Gruppe von Kranken tritt nun noch der Trieb nach *genereller* Selbsterhaltung, der Sexualtrieb, verwickelnd hinzu. Auf der allgemeinen Rücksichtslosigkeit, der Gleichgültigkeit gegen Lob und Tod, baut sich eine primitive Genußsucht auf, die unter Einwirkung

des Geschlechtstriebes zu sexueller Haltlosigkeit wird. Die Eindämmung der infantilen Genußsucht, die durch erziehliche Einflüsse unter Vermittlung der normalen Lenksamkeit und Folgsamkeit geleistet wird, kann hier nicht stattfinden, da durch die Widerspenstigkeit und Feindseligkeit ihre Voraussetzungen fehlen. Bei kleineren Kindern entsteht so eine Eßgier, bei größeren Verführbarkeit in sexueller Hinsicht. Tritt nun noch die triebartige Hyperkinese hochgradig auf, so entwickelt sich eine sehr aktive Tendenz zum Geschlechtsgenuß, ein sexueller Erethismus, der sich hartnäckig, schamlos und brutal zeigt.

Aus diesen klinischen Beobachtungen, die durch den Vergleich mit verschiedenen andersartigen Zustandsbildern in ihrer Prägnanz und Besonderheit noch schärfer herausgestellt werden konnten, ergab sich für den Aufbau und die Pathogenese der fraglichen Störungen die Gewißheit, daß eine restlose Zurückführung auf eine einzige Grundstörung nicht möglich sei. Die Hyperkinese darf als Enthemmungserscheinung des Motoriums striärer Herkunft aufgefaßt werden, der Defekt an Scheu als spezifische Schädigung des Substrats der affektiven Sphäre, während sowohl die Aggressivität als auch die Hypersexualität auf der psychologischen Verarbeitung der Gesamtsituation beruhen. Die Bevorzugung des Kindesalters für derartige Folgezustände nach Encephalitis hängt u. E. zusammen mit der hier besonders engen Verknüpftheit der Beweglichkeitsregulation und des emotionalen Korrelats der Scheu.

Dieses sind die Ergebnisse der gepflogenen Untersuchungen. Sie zeigen, daß und in welcher Weise hirnpathologische Vorgänge mit der Änderung und Umgestaltung des Charakters des betroffenen Individuums zusammenhängen können. Sie liefern damit den Beweis, daß die Hirnpathologie durchaus nicht eine rein neurologische Angelegenheit ist, daß sie vielmehr sehr wichtige Beziehungen zur Psychiatrie besitzt.

Die Abhängigkeit der Charaktergestaltung von hirnpathologischen Vorgängen trifft dabei auf einen Gegenstand, der in besonderem Maße das Interesse der modernen Psychiatrie gefesselt hat. Gerade der Charakter und sein Werden, seine Beziehungen zu psychischen Erkrankungen und zu biologischen Grundlagen, gerade dies ist in den letzten Jahren emsig gesuchtes Ziel eifriger Forschungen. Die ersten Schritte in dieser Richtung liegen in der dynamischen Auffassung der Neurosen, die von *Freud* in der Psychoanalyse gelehrt wurde, und die später in *Adlers* Theorie von der persönlichen „Leitlinie“ ihre Umgestaltung fand. Ferner machte sich die Notwendigkeit einer Charakterforschung in der Psychiatrie geltend, als man nach der klinisch deskripten Behandlung das genetische Verständnis der Psychopathien zu erreichen suchte. *Birnbaum* fand dabei Störungen in der Ausprägung, der Erregbarkeit und der Dauer der Gemütsbewegungen, in der Maßbeziehung

zwischen psychischen Dispositionen und Außenwelt, innerhalb der Gefühlssphäre und zwischen Gefühls- und Verstandestätigkeit, ferner mangelnde Koordination der einzelnen Persönlichkeitsbestandteile. Es handelt sich hier um das Herausarbeiten formaler Prinzipien bei der Bildung abnormer Charakter. Später ging man weit über diese Bestrebungen hinaus. *H. Fischer* hat die biologischen Grundlagen der Charakterbildung in den durch die Korrelation der innersekretorischen Organe bedingten Triebrichtungen im Zusammenhang mit der Biologie der Degenerationszeichen betont. *Kretschmer* hat bei seinen Forschungen über Konstitution und Temperament die innersekretorische Formel als maßgeblich sowohl für die Bildung des Körperbaus als auch des Charakters festgelegt. Kürzlich hat *Ewald* die Unterscheidung von Temperament und Charakter genauer erörtert. Dem Temperament weist er die quantitativen, von einer bestimmten Gehirnstelle aus geregelten, bio-tonischen Verhältnisse der Organe im Organismus zu, dem Charakter die qualitativen, in der Konstruktion der einzelnen Organelemente gelegenen Faktoren. Von letzteren macht er die Eindrucksfähigkeit, die Retentionsfähigkeit die intrapsychische Aktivität und die Ableitungsfähigkeit abhängig, die im Verein mit der Aktivität oder Passivität je nach dem Vorwiegen der einen oder der anderen Eigenschaft die charakterologischen Spielarten hervorbringen. *Kronfeld* hingegen schätzt die Einflüsse des Selbstwerterlebens, der geistigen Stellung zur Wirklichkeit, der Willenseinstellung zur Umwelt, der Erlebensweise von Beruf, Arbeit, der sexuellen, der erotischen und der traumatischen Erlebnisse viel höher für die Charakterbildung ein, wenngleich er die biologischen Grundlagen im neuroglandulären Apparat, in den Dispositionen seelischer Reaktivität und in den Mechanismen der Hypobulie und Hyponoik nicht verkennt.

Es ist natürlich unmöglich bereits auf Grund der vorliegenden Untersuchungen innerhalb der so lebhaft in Fluß befindlichen Charakterforschung schärfer und entschiedener Stellung zu nehmen. Dazu gehört fraglos eine breitere Grundlage, als sie hier zur Verfügung steht. Immerhin zeigt sich, daß, wenn durch hirnpathologische Vorgänge eine Umgestaltung des Charakters erzielt werden kann, die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, es hänge von der Eigenartigkeit des Baues und der Funktion des Gehirnes in seinen einzelnen Teilen wenigstens bis zu einem gewissen Grade auch die ursprüngliche Gestaltung des normalen Charakters ab. Hiermit wird das Gehirn selbst in den Kreis der biologischen Grundlagen der Charakterbildung einbezogen, ein Umstand, auf den vielleicht in jüngster Zeit oft nicht genügend Nachdruck gelegt worden ist. Damit soll und kann gewiß nicht die Rolle des übrigen Organismus, insbesondere der inneren Sekretion, in dieser Richtung bestritten werden.

Durch die Kenntnis von dem Aufbau und der Entstehungsweise der Charakterveränderungen nach Encephalitis bei Kindern wird so zweierlei festgelegt, das für die künftige Forschung Bedeutung besitzt. Zum ersten wird die Wichtigkeit der Hirnpathologie für die Charakterologie und somit für die Psychiatrie in gebührender Weise wieder in den Mittelpunkt gerückt. Es zeigt sich, daß die Hirnpathologie durchaus nicht neurologische Teildisziplin ist, sondern darüber hinaus die gesamten vitalen Vorgänge im Seelenleben zu berücksichtigen hat. Die nähere Untersuchung dieser Beziehungen gehört zum Gebiet der allgemeinen Pathophysiologie des Gehirnes, während die Lokalisationslehre nur ein Teilstück der speziellen Pathophysiologie des Gehirns darstellt. An anderer Stelle wird dieser Gedankengang zuvörderst in programmatischer Form durchgeführt werden. In dieser Richtung bedeuten die obigen Untersuchungen eine Erweiterung der Hirnpathologie als Wissenschaft von der pathologischen Physiologie des Gehirns. Von hier wird sich auch wieder eine fruchtbare Wechselwirkung für die klinische Psychiatrie ergeben, ohne daß dabei die Gefahr besteht, in „Hirnmythologien“ zu verfallen. Zum zweiten darf auch die Charakterologie aus dem Studium dieser hirnpathologischen Vorgänge wertvolle Bereicherung erwarten. Der Zerfall erst lehrt uns hier, wie so oft, die einzelnen Bausteine kennen. Besonders wichtig aber ist es, wenn einzelne Reaktionsweisen der Gesamtpersönlichkeit sich als abhängig von neurologischen Phänomenen erweisen. Hier kann nur in aller Kürze angedeutet werden, daß z. B. diese Beziehung u. E. waltet zwischen der psychischen Disposition der Retentionsfähigkeit für Erlebnisse und Handlungsweisen und dem biologischen Elementarphänomen der Iteration. Wie durch Ausschaltung von Bremsvorrichtungen — in Gestalt sensorischer Kontrollinstanzen — in niedrigeren Stationen des Nervenlebens die Iteration, das Wiederholen einer Bewegung oder Bewegungsfolge, als dem motorischen Vorgang inhärente Eigentümlichkeit zum Vorschein kommt, so entsteht auf höherem Niveau das Festhalten an Handlungsweise und Erlebnis, sich fortentwickelnd zur Hartnäckigkeit, Zähigkeit und Eigensinn. Die genauere Untersuchung dieser Zusammenhänge auch im Hinblick auf andere „Seelenvermögen“ muß in diesem Rahmen unterbleiben. Auf jeden Fall geht schon aus dieser Andeutung hervor, in wie mannigfacher und vielfältiger Weise die Hirnpathologie, wenn sie erst in ihrem wahren Umfang anerkannt und eingesetzt ist, berufen ist, auch für die Charakterologie fruchtbar zu werden.

So kann die Einordnung unserer Ergebnisse in einen größeren Zusammenhang vollzogen werden. Von der klinischen Einzelbeobachtung ausgehend, die Unterschiede in den ähnlichen Zustandsbildern beachtend, gelingt es der Forschung, auch an die großen Grundprobleme des Faches heranzutreten, ohne sich in leere Spekulationen zu verlieren.

Die Macht der Tatsachen bedingungslos anerkennen, ist Voraussetzung jeder Naturwissenschaft. Mit Sorgfalt und Genauigkeit die Tatsachen zu verzeichnen, ist Pflicht ihrer Jünger, und nur auf diesem Boden ist es gestattet, nach Erklärungen und Zusammenhängen zu suchen, da sich sonst im Geiste nur allzu leicht Theorien und Hypothesen konstruieren lassen.

Literaturverzeichnis.

- Birnbaum*: Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden 1909. — *Böhmig*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **69**. 1923. — *Bonhöffer*: Klin. Wochenschr. **1**, Nr. 29. 1922. — *Ewald*: Temperament u. Charakter. Berlin 1924. — *Feuchtwanger*: Die Funktionen des Stirnhirns. Berlin 1924. — *Fischer, H.*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **50**. 1919. — Derselbe: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **62**. 1920. — *Gerstmann* u. *Kauders*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **71**. 1924. — *Hermann, G.*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **52**. 1923. — *Jakob*: Die extrapyramidalen Erkrankungen usw. Berlin 1923. — *Jaspers*: Allgem. Psychopathologie. 2. Aufl. Berlin 1922. — *Kauders*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **74**. 1922. — *Kirschbaum*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **73**. 1922. — *Klages*: Prinzipien d. Charakterologie. Leipzig 1912. — *Kleist*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **52**. 1923. — *Kretschmer, E.*: Körperbau u. Charakter. 3. Aufl. Berlin 1922. — *Kräpelin*: Lehrbuch d. Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig 1915. — *Kronfeld*: Psychotherapie. Berlin 1924. — *Leyser*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **55**. 1924. — Derselbe: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **88**. 1924. — Derselbe: Journ. f. Psychol. u. Neurol. **30**. 1924. — *Meyer, A.*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **70**. 1924. — *Pálagyi*: Naturphilosophische Vorlesungen. 2. Aufl. Leipzig 1924. — *Pette, H.*: Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **76**. 1923. — *Pophal*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **53**. 1924. — *Rabiner*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **89**. 1924. — *v. Rad*: Med. Klinik 1923, Nr. 7. — *Sommer*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **22**. 197. — *Stachelin*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **77**. 1923. — *Westphal*: Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie **77**. 1923.