

(Aus dem pathologisch-psychologischen Laboratorium [Leiter: Dr. L. Kwint] am Ukrainischen staatlichen psychoneurologischen Institute [Dir.: Prof. A. J. Heymanowitsch].)

Eine paranoide Variante der postencephalitischen psychotischen Zustände.

Von

L. A. Kwint (Charkow).

(Eingegangen am 30. Juli 1926.)

Unter den postencephalitischen Störungen der psychischen Sphäre kann man in der Klinik oft auf ein genug eigenartiges Bild stoßen, das sich in allgemeiner Herabsetzung der geistigen Tätigkeit, besonders in einer Adynamie der emotiellen und Willensfunktionen ausdrückt, die im Verein mit dem für die epidemische Encephalitis geläufigen akinetisch-hypertonischen Syndrom nicht selten an katatonischen Stupor erinnert. Verhältnismäßig seltener nimmt das klinische Bild der psychischen Funktionsstörungen nach der akuten Periode der epidemischen Encephalitis den Charakter der „infektiösen Schwächezustände“ (*Kraepelin*) an, mit Störung der Merkfähigkeit, der Assimilationsfähigkeit und des Denkens, indifferentem Verhalten gegenüber der Umgebung, Sinken der Willensäußerungen, Konfabulationen, Anfällen von Impulsivität usw. Äußerst selten kommen im chronischen Stadium der epidemischen Encephalitis auch einige selbständige Erkrankungen der Psyche zur Beobachtung, wie maniakalisch-melancholische Psychose, der *Korsakowsche* amnestische Symptomenkomplex, ein hebephrenisch-katatonischer Zustand, organische Demenz und seniler Schwachsinn. Auch psychasthenische und neurasthenische Formen kommen vor.

Die Entwicklung eines paranoiden Zustandes wird bei der chronischen Form der epidemischen Encephalitis augenscheinlich besonders selten beobachtet. In dem gewaltigen Krankenkontingente wenigstens, das während der ganzen Jahre der herrschenden Encephalitisepidemie durch unsere Kliniken und Heilanstalten hindurchging, kam ein derartiger Zustand nicht zur Beobachtung. In der mir zugänglichen Literatur findet sich ebenfalls keine Beschreibung der paranoiden Formen der postencephalitischen Geistesstörungen, obgleich im allgemeinen Wahndecken nichtsystematisierten Charakters, besonders hypochondrische, beobachtet und verzeichnet werden. Darum halte ich es einigen

Interesses für nicht unwert, einen sich mir bietenden Fall eines paranoiden Zustandes bei epidemischer Encephalitis zum Gegenstand der Beschreibung zu machen.

Anamnesis: Der Patient D., 36 Jahre alt, Russe, Formenmacher am hiesigen Gußwerk, kam am 5. X. 1923 ins Ambulatorium für Nervenkrankheiten des Psychoneurologischen Institutes mit der Bitte, ihm ein Gegengift zu geben, da er, seiner Aussage nach, von seiner Frau vergiftet wurde.

Der Vater starb im Alter von 62 Jahren an Magenkrebs; die 63jährige Mutter ist gesund. Die 4 Brüder des Pat. sind alle physisch und psychisch gesund. Unter den näheren und entfernteren Verwandten finden sich keinerlei Nerven- und Geisteskrankheiten.

Er wurde als drittes Kind geboren, entwickelte sich normal, beendete die zweiklassige Schule. Im 14. Lebensjahre trat er in die Fabrik ein, in der er nun schon 20 Jahre lang dient. Mit 21 Jahren heiratete er. Während seiner 15jährigen Ehe wurden ihm keine Kinder geboren. Aborte waren bei seiner Frau nicht.

Er erinnert sich keiner Kinderkrankheiten; Geschlechtskrankheiten werden in Abrede gestellt; im Jahre 1920 überstand er den Flecktyphus. Trinkt zeitweilig, raucht mäßig.

Vor seiner jetzigen Erkrankung bemerkten die ihn Umgebenden keinerlei Neigung zu Verdächtigungen oder zu Mißtrauen in seinem Charakter. Verwandten und Bekannten gegenüber verhielt er sich gleichmütig und ruhig. Niemals verdächtigte er jemanden einer vorgefaßten Meinung gegenüber seiner Person. Die Verwandten und Nachbarn lebten mit ihm stets im guten Einvernehmen.

Im Januar des Jahres 1921 überstand er eine fieberhafte Erkrankung, die von Phantasien, Schlafsucht und Kopfschmerzen begleitet war. Dieser Zustand dauerte ungefähr einen Monat lang, worauf eine allgemeine Abgeschlagenheit, Schwerfälligkeit, Zittern in den Gliedmaßen, Speichelfluß, Doppeltsehen und Apathie zum Vorschein kamen. An den letzten Erscheinungen leidet er bis auf den gegenwärtigen Tag.

Vom Juli 1923 angefangen entwickelt sich bei dem Kranken eine hartnäckige Wahnidee, die in der Verdächtigung seiner Frau, ihn vergiften zu wollen, besteht. Seither verhält er sich mißtrauisch gegen das ihm von seiner Frau gebrachte Essen. Er ißt nur dann, wenn man ihm vor seinen Augen eine Portion aus der allgemeinen Schüssel reicht, aus der alle Anwesenden essen. Wiederholt fühlt er des Nachts im Munde ein klebriges Gefühl, das er als Zeichen von Vergiftung ansieht. Er erhebt sich dann gewöhnlich vom Bette, geht in den Zimmern umher, sucht seine Schwiegermutter oder die Quartierantin, die er als im Bunde mit seiner Frau gegenüber seiner Person stehend hält. Als er einmal nach dem Genuß von Krautsuppe ein Kratzen auf der Zunge fühlte, hielt er sich für von seiner Frau vergiftet. Ein anderes Mal, als er nach dem Essen zufällig in den Spiegel sah, bemerkte er, daß seine Ohren rot geworden waren — und auch darin sah er ein untrügliches Merkmal von Vergiftung. Nachts, während des Schlafes, schüttet man ihm das Gift in den Mund, bei Tage in das ihm gegebene Essen. Bäder zu nehmen, weigert er sich hartnäckig, da auch in sie Gift geschüttet wurde und sie ihm klebrig erscheinen. Einmal bedrohte er nachts seine Frau, sie zu erwürgen, da sie Quartierleute genommen hatte, die ihn vergifteten; hierbei fügte er hinzu, daß ihm die Zunge schon am Gaumen klebe, es ihm im Munde trocknete, der Leib schmerze usw. Als seine Frau in einem anderen Hause Aufenthalt suchte, hörte er nicht auf, sie zu verfolgen, da er der Überzeugung war, daß sie ihr Fernsein zur rascheren Verwirklichung ihres Planes, ihn zu vergiften, benutze. Ganze Tage folgt er ihr auf Schritt und Tritt, sieht zu, ob sie ihm nicht irgend etwas in das Essen schüttet,

stereotypisch die Frage wiederholend: „Ich bin dir überdrüssig geworden, du hast mich vergiftet.“ Fortwährend schaut er unter das Bett, in die Winkel, sucht einen der Nachbarn, die von der Frau versteckt wurden, um ihn zu vergiften. Immerfort dünkt es ihm, daß die Schwiegermutter und Quartierantinnen um ihn leise miteinander herumwispeln. Oft hört er Stimmen hinter der Tür, die er nicht verstehen kann, er ist jedoch der Überzeugung, daß man über ihn spricht, daß der Plan seiner Vergiftung erwogen wird. Mitunter fühlt er, daß man auf ihn mit elektrischen Strömen einwirke, daß seine Hände vom Körper wie von einem Magneten angezogen werden, daß sich das Herz losreißt usw.

Stat. praesens. Wuchs über das Durchschnittsmaß, Körperbau regelmäßig, stark herabgesetzter Ernährungszustand, blaß-rosige Hautfarbe. Physische Degenerationsmerkmale fehlen. Seine Konstitution nähert sich nach *Kretschmer* der asthenischen. Von seiten der inneren Organe ist mit Ausnahme einer Dämpfung über den Lungenspitzen nichts Besonderes zu bemerken. Die palpierbaren Arterien sind nicht sklerosiert. Die Wassermannsche Reaktion des Blutes ist negativ.

Stat. nervosus. Die Lichtreaktion der Pupillen ist träge; ihre Akkomodationsreaktion fehlt. Der Konvergenzakt der Augenachsen ist nicht zu erhalten. Die Beweglichkeit des Auges ist vollkommen erhalten, aber verlangsamt und ruckweise erfolgend. Der Blick ist starr, unfixiert. Visus = 1. Die Farbenempfindung ist erhalten. Das Kauen ist erschwert, obgleich die Kraft der Kaumuskeln hinreichend ist. Gesicht amisch, maskenhaft unbeweglich. Die Muskeln des Kinnes und die Lippen, besonders die untere, befinden sich in fortwährendem Tremor, der sich beim Sprechen verstärkt. Die willkürlichen mimischen Bewegungen erfolgen symmetrisch und in genügendem Ausmaße, jedoch äußerst träge und sind von Tremor der Lippen begleitet. Beim Schließen der Augen starker Tremor der Lider. Das Herausstrecken der Zunge erfolgt sehr langsam und ruckweise; die Beweglichkeit der Zunge nach der Seite ist beiderseits beschränkt; herausgestreckt zeigt sie starken Tremor. Bei Phonation Tremor uvulae. Die Sprache ist still, undeutlich, ohne Intonation, rasch ersterbend, ins Flüstern übergehend, und endigt mit Vibration auf einem Vokal. Das Schlingen ist gestört. Der Puls zeigt 85 Schläge in 1 Min., ist von befriedigender Füllung und Spannung. Die mechanische Erregbarkeit der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur ist erhöht (Muskelwälle). Die ganze Haltung des Kranken ist zusammengezogen, schwer beweglich. Die Arme sind in den Ellenbögen halb flektiert, die Beine zeigen in den Knien eine Neigung zur Beugung. Er geht langsam, mit kleinen Schritten und mit vornübergebeugtem Körper und Kopf. Passive Bewegungen in den Gliedmaßen sind erschwert. Die Sehnenreflexe der Hände und Füße sind erhöht. Die Bauchreflexe fehlen. Die Cremasterreflexe sind von mittlerer Schwingungsweite. Pyramidenreflexe und Kloni fehlen. Alle Arten der Empfindlichkeit sind erhalten. Die Sphinkteren der Organe des kleinen Beckens sind in Ordnung. Roter, anhaltender Dermographismus.

Stat. psychicus. In Zeit, Raum und Umwelterscheinungen orientiert sich Pat. befriedigend. Auf Fragen antwortet er außerordentlich träge und mit starker Verlangsamung. Die in der Anamnese dargelegten Verfolgungsideen sind hartnäckig; sie werden damit motiviert, daß er während seiner Krankheit seiner Frau zum Überdruß gereiche und sie sich seiner entledigen möchte, da er zu nichts mehr fähig geworden war. Größenideen hat er nicht. Die Verfolgungsideen beunruhigen ihn. Seine Stimmung ist im allgemeinen apathisch. Außerhalb seiner Wahnideen fehlt ihm jede Initiative, ist er vollkommen indifferent.

Die experimentell-psychologische Untersuchung nach der Methode von *Bernstein* gab folgende Resultate: Merkfähigkeit und Assimilationsfähigkeit sind nicht

gestört. Die Aufmerksamkeit ist stark herabgesetzt und äußerst verlangsamt. Die Vorstellungsprozesse sind folgendermaßen charakterisiert: Die Kombinationsfähigkeit ist quantitativ bedeutend herabgesetzt, stark verlangsamt und qualitativ gestört (Fehlen der vorausgehenden Analyse und Planlosigkeit); die Fähigkeit des Vergleichens ist quantitativ äußerst verringert und stark verlangsamt; die Urteilskraft ist quantitativ herabgesetzt, außerordentlich verlangsamt und qualitativ etwas gestört (man mußte dem Kranken zur Deutlichmachung von Unsinnigkeiten auf Bildern Hilfsfragen vorlegen). Die Auffassung ist quantitativ etwas herabgemindert, bedeutend verlangsamt und qualitativ gestört (beschreibender Typus und Oberflächlichkeit). Der Koeffizient der Erinnerungsfähigkeit beträgt $6/9 \times 1f$ (ist niedrig). Die Assoziationen sind quantitativ ziemlich beschränkt, sehr verlangsamt und qualitativ monoton, wobei äußere Assoziationen vorherrschen. Die Wort- und Bewegungsreaktion ist stark verzögert. Nach der Methode der psychologischen Profile von *Rossolimo* wurde folgende Struktur der Psychomechanik erhalten: $P\ 4,6//5,3 + 6,5\ (61,7\%) + 2,9$; die Untersuchung des Profils dauerte 7 Stunden.

Am 7. XII. 1923 wurde der Patient der Nervenlinik zur Beobachtung übergeben. Anamnestisch und objektiv dasselbe, mit Ausnahme der starken allgemeinen Abmagerung.

8. XII. Er erklärt, daß ihm nachts der Bettnachbar Gift in den Mund gegossen hatte. Auf die Frage: „Warum?“ antwortet er: „Mir schien es, daß Sie mich auf die Probe stellen wollten und mich zu vergiften vorschlugen.“ Er spricht äußerst leise, unverständlich und ungern. Eine deutlichere Erklärung seiner Wahnideen zu erhalten, ist unmöglich.

10. XII. Die Wärterin teilt mit, daß beim Verteilen der Mittagsrationen der Kranke die ihm zugeteilte Portion gewöhnlich zurückweist und eine andere nach seiner Auswahl verlangt.

15. XII. Er verweigert die Einnahme der ihm verschriebenen Arznei, bald unter der Vorgabe eines schlechten Befindens, bald mit der Begründung, daß er noch nichts gegessen hätte. Er schüttet sie heimlich fort. Er nimmt dem ärztlichen Personale gegenüber eine mißtrauische Haltung ein, da er glaubt, daß dieses mit seiner Frau im Bunde steht und unter dem Anscheine, ihn zu behandeln, seine Vergiftung vornimmt. Ein kritisches Verhalten seinen Wahnideen der Vergiftung gegenüber ist nicht festzustellen. Er ist apathisch, träge, schweigsam.

30. XII. Stat. idem. Entlassung.

Die Krankengeschichte bezieht sich also auf einen 36jährigen Patienten ohne deutlich ausgeprägte nervös-psychische erbliche Belastung, der von Verfolgungsideen (Vergiftung) mit Neigung, diese zu systematisieren, eingenommen ist, die sich auf der Basis eines ausgeprägten klinischen Bildes von postencephalitischem Parkinsonismus mit allen diesem eigentümlichen nervösen und psychischen Erscheinungen entwickelten. Interessant ist hier die eigenartige Kombination der für die epidemische Encephalitis spezifischen allgemeinen psychischen Trägheit, Apathie, Indifferentheit und emotionellen Stumpfheit mit dem paranoiden Verfolgungswahne. Deswegen erscheint als die wichtigste Aufgabe der Analyse die Beantwortung der Frage, ob im beschriebenen Falle der Vergiftungswahn ein besonderes, mit einigen Besonderheiten der epidemischen Encephalitis verbundenes Symptom vorstellt, oder aber, ob er mit der neuropsychischen Konstitution des Kranken

in Verbindung steht, die unabhängig von der Encephalitis zu paranoiden Störungen führen mußte, während die letztere, als ein die Resistenz des Nervensystems schwächendes Moment, bloß die Rolle des veranlassenden Faktors spielte. Mit anderen Worten handelt es sich darum, zu erfahren, ob der Wahn hier einen rein symptomatischen Zustand der epidemischen Encephalitis vorstellt oder ob hier eine echte Paranoia im Sinne *Kraepelins* vorliegt.

Was die *Kraepelinsche* Paranoia anbelangt, so hat der bei ihr vorliegende Wahn gewöhnlich in psychotisch-charakterologischen Besonderheiten der Persönlichkeit unter dem Einfluß bestimmter Einwirkungen der Umgebung seinen Ursprung. Erhöhtes Selbstgefühl, Egozentrismus, Neigung zu Phantastereien in Gemeinschaft mit einer gewissen intellektuellen Minderwertigkeit und einer Herabsetzung des kritischen Verhaltens gegenüber den der umgebenden Wirklichkeit entsprechenden Vorstellungen — bilden die Grundzüge der vorpsychotischen Persönlichkeit, die unter bestimmten Bedingungen für ihre Entwicklung und bei Anwesenheit besonderer, die Psychik traumatisierender Lebenskonflikte gewöhnlich zur Entstehung und Entwicklung des paranoiden Wahnzustandes führen.

In unserem Falle kamen vor der Erkrankung solche Charakterzüge nicht zur Beobachtung, aus denen sich das paranoide Syndrom hätte entwickeln können.

Es ist hierbei hinzuzufügen, daß für den Beginn der *Kraepelinschen* Paranoia der Größenwahn charakteristisch ist, der beinahe das ganze klinische Bild ausmacht; der Verfolgungswahn entwickelt sich gewöhnlich später im weiteren Krankheitsverlauf als Resultat der Gegensätze, die aus dem Größenwahn und der diesem nicht entsprechenden Wirklichkeit entspringen.

Deswegen kann der am vorliegenden Kranken beobachtete systematisierte und in den Vordergrund tretende Verfolgungswahn ohne Größenwahn nicht als charakteristisch für die konstitutionelle Paranoia angesehen werden.

Wir müssen also in unserem Falle die *Kraepelinsche* Paranoia ausschließen, sowohl wegen des Fehlens der paranoischen charakterologischen Vorboten, als auch infolge der Isoliertheit der Verfolgungsideen.

Indem wir aber den Verfolgungswahn hier als symptomatische Erscheinung der epidemischen Encephalitis ansehen, müssen wir im klinischen Bilde des vorliegenden Falles das Vorhandensein solcher Komponenten feststellen, aus welchen sich der Mechanismus eines derartigen Wahnes zusammensetzen ließe.

Primärer Verfolgungswahn entspringt, wie bekannt, nicht selten auf dem Boden verschiedener exogener und endogener Intoxikationen und einiger Infektionen (Verfolgungsideen bei Cocainismus, chronischem

Alkoholismus, bei cerebraler Lues, bei Epilepsie, Schizophrenie, Arteriosklerose des Gehirns, Alterspsychosen usw.). Er entsteht auch bei einer ganzen Reihe von Psychopathien (auf Grund hysterischer, psychasthenischer, zylothymischer u. a. Konstitutionen). Hierbei schließen die im Prozesse der Entwicklung dieses oder jenes toxischen, infektiösen oder konstitutional-psychotischen Zustandes in der Mehrzahl der Fälle Andeutungen der für letztere charakteristischen Erscheinungen in sich.

Was die epidemische Encephalitis anbelangt, so schließt sie, obwohl bei ihr als einer chronischen Infektionskrankheit des Zentralnervensystems ein Wahn (insbesondere ein systematisierter Verfolgungswahn) anscheinend sehr selten auftritt, dennoch in ihren klinischen Erscheinungen das Zustandekommen von Wahnideen fördernden Bedingungen in sich. Eine andere Frage ist es, warum der Wahn hier selten zur Beobachtung kommt. Dies kann in jedem einzelnen Falle durch die Abwesenheit anderer zur Konstruktion des Wahnes notwendiger extraencephalitischen Momente, sowohl endogener (präparanoidaler Charakter), wie auch exogener (entsprechende, die Psychik traumatisierende Stimuli) Ordnung erklärt werden. Auf alle Fälle erscheinen die Psychogenien und ihre verschiedenen Fragmente, die im gewissen Maße dem Mechanismus der Genesis und der Entwicklung nach den paranoiden Zuständen verwandt sind, als recht häufige Komponente in der polymorphen Symptomatologie der epidemischen Encephalitis.

In unserem Falle kamen solche psychische Erscheinungen zur Konstatierung, die bei bestimmter äußerer Situation das Zustandekommen des paranoiden Zustandes begünstigen. Einerseits wird eine deutlich ausgebildete Verlangsamung aller Arten von psychischer Tätigkeit im allgemeinen beobachtet, andererseits finden sich auch qualitative Störungen der Psychik, die in einer Unzulänglichkeit der Grundfunktionen der intellektuellen Sphäre, besonders der höheren Prozesse der Erkenntnis- und der Vorstellungsakte zum Ausdruck kommen. So wurde beim psychologischen Experimente bemerkt, daß die Auffassung oberflächlich ist und sich dem beschreibenden Typus nähert, daß die Kombinationsfähigkeit an Planlosigkeit und Fehlen der vorausgehenden Analyse leidet, daß die Urteilskraft herabgesetzt ist; alle diese Prozesse zeigten neben diesen qualitativen auch noch quantitative Defekte und verliefen äußerst langsam. Die Assoziation zeigte ebenfalls Mängel, war dürftig, monoton und verlangsamt, zeigte ein Vorherrschen der äußeren Assoziationen. Wenn man die am Kranken beobachtete Herabsetzung des psychischen Tonus hinzufügt, die in einer Schwächung der Energie und des Umfanges der aktiven Aufmerksamkeit und in dem ungenügenden Widerstand gegen Automatismus und Suggestion sich ausdrückt und weiter die im Prozesse der klinischen Beobachtung in Erscheinung tretende gedrückte Stimmung und die außerordentliche

Herabsetzung der Willensinitiative, so erhalten wir den vollkommenen Komplex der psychischen Bedingungen, die im Mechanismus des Wahnes zustande kommen.

Alle diese psychologischen Züge machen den Patienten an und für sich schon, geschweige denn von einer ganzen Reihe vorhandener neuropathologischer Störungen, die im hypertonisch-akinetischen Syndrome vereinigt sind, wenig resistent und schwer anpassungsfähig gegenüber den Kollisionen des Lebens, gegen welche eine normale, aktive Persönlichkeit mit gesunder, psychophysischer Organisation sich kritisch und genugsam widerstandsfähig verhält. Eben diese oben erwähnten psychologischen Eigentümlichkeiten fördern das leichte Zustandekommen und die Ausbildung einer mißtrauischen und verdächtigenden Beziehung zu der Umgebung. Hier mag außerdem noch die Erkenntnis des Kranken von seiner allgemeinen psychophysischen Invalidität eine Rolle spielen, die ihn scharf von der ihn umgebenden Lebenslage absondert und ihn inaktiv und unfähig zum Widerstand und adäquater Reaktion gegen mögliche Konflikte des Alltags macht.

Es gibt also im klinischen Bilde des hier beschriebenen Falles wirklich Momente, die notwendig sind zur Konstruktion des Mechanismus des paranoiden Zustandes. Dies allein ist aber natürlich noch nicht ausreichend, denn man müßte dann im entgegengesetzten Falle bei der Mehrzahl der postencephalitischen Parkinsoniker, zu denen unser Patient gehört, Wahnideen beobachten. Eine Neigung zu Psychogenien ist allerdings keine seltene Erscheinung bei chronischen Encephalitikern, aber der Wahn mit der Neigung zu seiner Systematisierung, die den Psychogenien nahekommmt, hat seine besondere psychotische Formel. Beinahe alle Psychiater sind sich bezüglich einer bestimmten Zusammensetzung der für den Mechanismus des Wahnes notwendigen Ingredientien der Psyche einig, die Frage hinsichtlich der Dosierung der beim endgültigen Auftreten des Wahnzustandes teilnehmenden endogenen (veranlassenden) und exogenen (auslösenden) Faktoren ist aber noch nicht als vollkommen beantwortet zu betrachten. In letzter Zeit nimmt die Meinung bezüglich des Überwiegens der Bedeutung äußerer Momente schärfere Formen an, die quantitativ den ursächlichen Faktoren umgekehrt proportioniert sein können, und einer besonderen Beziehung der speziellen paranoiden psychischen Konstruktion gegenüber diesen äußeren Momenten. Selbst in Bezug auf die konstitutionelle Paranoia wird in gleicher Linie mit solchen psychischen Besonderheiten, wie Unfähigkeit zum Kampf ums Dasein, Verletzlichkeit im Verhältnis zu den Beschwerden des Lebens, primitive Form des Denkens usw., noch irgendeine besondere Bedingung für die Entwicklung des Wahns angenommen (*Kraepelin*). *Bleuler* meint, daß die Paranoia möglicherweise nichts anderes vorstellt als eine krankhafte Reaktion auf bestimmte

unangenehme Verhältnisse. Man muß, sagt *Bleuler*, natürlich annehmen, daß hier auch eine derart belastete Konstitution vorliegt, daß die Krankheit schon durch alltägliche und unvermeidliche Reibungen ausgelöst wird; solche Kranke werden unter allen Umständen Paranoiker, während andere nur auf Grund schwerer Konflikte erkranken.

In unserem Falle trat hauptsächlich die pathologische Beziehung in der Erkenntnis des Kranken von seiner „Unfähigkeit“ gegenüber möglichen entsprechenden Einwendungen von seiten seiner Frau in den Vordergrund.

Immerhin kann man die Frage, ob die epidemische Encephalitis hier eine latente paranoide Konstitution erweckte oder ob sie an und für sich eine der paranoialen Konstitution gleichwertige Rolle spielt, indem sie bestimmte Kombinationen und den Charakter von Störungen der intellektuellen Tätigkeit und der emotionalen und Willenssphäre gibt, keineswegs als entschieden betrachtet werden. Die angeführten differentialdiagnostischen Erwägungen über konstitutionelle und symptomatische Paranoia in Betracht ziehend, halten wir es aber dennoch für möglich, daß die epidemische Encephalitis bei ihrer Variabilität der qualitativen und quantitativen Veränderungen im Zentralnervensystem, bei bestimmter Kombination dieser Veränderungen in den subcorticalen grauen Bildungen, die neben myostatischen Störungen affektive Dysfunktionen hervorrufen, und in den Verbindungen zwischen den subcorticalen Abteilungen und der Rinde sowie in der Rinde selbst, die ebenfalls auf die höheren assoziativen Prozesse einwirken, eine paranoide Form von psychischer Störung geben kann.
