

(Aus der Universitätsnervenklinik Göttingen und der ihr angegliederten Encephalitisstation [Geheimrat Prof. Dr. *Schultze*].)

Über Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Postencephalitikern mit Bemerkungen über die Persönlichkeitsänderung der erwachsenen parkinsonistischen Postencephalitiker¹.

Von
Ulrich Fleck.

(Eingegangen am 5. Januar 1933.)

<i>Inhaltsverzeichnis.</i>		Seite
A.	Einleitung. Bisherige Anschauungen über Selbstmorde usw. bei Postencephalitikern	233—236
B.	I. Bilanzselbstmorde (Fall 1—6)	236—248
	II. Selbstmorde als Reaktionen auf zeitlich umschriebene Störungen der Encephalitis (Fall 7—9)	248—252
	III. Selbstmorde usw. als Ausweichreaktionen (Fall 10—12)	252—261
	IV. Selbstmorde usw. als Kurzschlußreaktionen auf krankheitsferne Erlebnisse (Fall 13—17)	261—271
	V. Hysterisch-theatralische Selbstmordversuche (Fall 18—22).	271—282
	VI. Fall Schliemann und Fall Vollmer (Fall 23—24)	282—286
C.	Zusammenfassende Betrachtungen über die Persönlichkeitsänderung der erwachsenen Postencephalitiker	286—300

A.

Einleitung. Bisherige Anschauungen über Selbstmorde usw. bei Postencephalitikern.

Selbstmorde bei Postencephalitikern sind nichts seltenes.

Beim Durcharbeiten von 197 Krankengeschichten und Katamnesen von Kranken der Göttinger Encephalitisstation fanden sich 5 Kranke, die Selbstmord begangen hatten. Bei weiteren 11 Kranken war es zu mehr oder minder ernst gemeinten Suicidversuchen gekommen. 8 andere Kranke hatten im Ablauf ihrer Erkrankung meist wiederholt in mehr oder minder ernstzunehmender Haltung mit Selbstmord gedroht oder wenigstens von Selbstmord gesprochen.

¹ Nach einem Vortrag auf der 56. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater in Baden-Baden (5. 6. 32).

Der Prozentsatz der Selbstmorde beträgt bei meinen Kranken 2,1 %, während in Deutschland z. B. im Jahre 1925 (nach *F. Kant*) auf 1 Million Einwohner 246 Selbstmorde kamen (das sind nur 0,246 %).

Allein aus dieser Zahl heraus erfordern die Selbstmorde bei Postencephalitikern besondere Beachtung.

Vor allem durch die Arbeiten von *Gaupp* über den Selbstmord sind wir darüber unterrichtet, daß der bei weitem größte Teil der von ihm an der Münchener psychiatrischen Klinik beobachteten Selbstmorde und Selbstmordversuche psycho-pathologisch motiviert war. Aber *Hoche* hat in seinem bekannten Kriegsvortrag im Jahre 1918: Vom Sterben darauf hingewiesen, daß „verhältnismäßig selten, wenn auch nicht so selten, wie man gewöhnlich annimmt, diejenige Selbsttötung ist, die man als Bilanzselbstmord bezeichnen könnte, d. h. ein solcher, bei dem in kühler und klarer Besonnenheit alle dafür und dagegen sprechenden Gründe abgewogen werden.“

Man könnte erwarten, daß bei dem meist so trüben Schicksal unserer Kranken einerseits, aus der bis zu einem gewissen Grade erhaltenen Einsicht andererseits, ein sehr großer Teil der von ihnen verübten Selbstmorde und Selbstmordversuche eben die Motivation des Bilanzselbstmordes aufwiese.

Dem widerspricht eine Arbeit *Stieflers* aus dem Jahre 1923.

Er ging von einer Gesamtzahl von 160 Postencephalitikern aus, von denen 3 Kranke Suicid begangen, 3 weitere Kranke ernstlich gemeinte Selbstmordversuche unternommen hatten.

Erblicher Belastung konnte er eine besondere Bedeutung für die Suicide nicht zuweisen. Ihm fiel bei seinen Kranken der schroffe Gegensatz zwischen gut erhaltenen geistigen Fähigkeiten und körperlicher Hinfälligkeit auf. Als Endursache des Selbstmordes kämen, so meint er, vor allem die körperlichen Beschwerden in Betracht, in dem einen Fall jahrelang bestehende, jeder Behandlung trotzende neuralgiforme Schmerzen in einem Armplexus, im zweiten hartnäckige Schlaflosigkeit. Bei einer anderen Kranken stand das trostlose somatische Gesamtbild der Arbeitsunfähigkeit und Hilfsbedürftigkeit im Vordergrund. Aus der Hoffnungslosigkeit dieser Situation heraus entwickele sich bei den Kranken mit ihrer affektiven Labilität und Reizbarkeit eine ausgesprochen depressive Stimmung, die als rein reaktive Psychose anzusprechen sei. Als deren unmittelbare Folge sah *Stiefler* die Selbstmorde und Selbstmordversuche an, während im Einzelfall meist zufällige Ereignisse den letzten Anstoß gäben.

So erschloß sich ein Fabrikbeamter wenige Tage nach erfolgter Pensionierung, ein Handelsangestellter kurze Zeit nach der Mitteilung, daß seine Erkrankung nicht als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt werden könne. Ein anderer Kranker tötete sich durch Kopfschuß kurze Zeit, nachdem er im Wartezimmer eines Arztes einen Kranken mit schwerem Parkinsonismus gesehen hatte, dessen Frau ihm mitteilte, daß dieser Kranke auch an einer „Kopfgrippe“ krank gewesen sei. Eine der Kranken

suchte durch einen Selbstmordversuch mit Gas einer Verlegung in die Anstalt auszuweichen, ein anderer sich mit Morphinum zu vergiften, als er erfuhr, daß sich sein Zustand nicht mehr bessern werde.

Parkinsonkranke drohten wohl häufig mit Selbstmord. Daß bei ihnen aber nicht noch häufiger Selbstmorde vorkämen, hänge zum Teil mit dem eigenartigen apathischen Verhalten der Kranken zusammen. Er weist dabei auf ähnliche Angaben bei *Kirschbaum*, *Hohmann* und *F. Naville* hin.

Auch *F. Stern* erwähnt in seiner Monographie (2. Auflage) Selbstmorde bei Encephalitiskranken. Wenn man die körperliche Hilflosigkeit der Myastatischen, ihre durchschnittliche Bradyphrenie, ihre Euphorie bedenke, so erscheine die Gefahr zunächst gering. In Ausnahmefällen komme es jedoch entweder bei rasenden zentralen Schmerzen oder auch bei Depressions- oder Angstzuständen, in weniger fortgeschrittenen Fällen auch bei gut verständlichen Motiven zu Suicid. Von 5 beobachteten Fällen von Suicid blieb in einem das Motiv völlig unklar, in zwei Fällen war die nicht unberechtigte Angst vor chronischer Erkrankung der Anlaß, in einem Fall eine leichte Depression bei leichter Myastase, im 5. Fall unerträgliche Schmerzen bei einer bereits ziemlich ausgesprochenen Myastase. Bei weiteren von *Stern* erwähnten Fällen führten zum Teil Angstzustände zu Selbstmordversuchen. Bei einem Teil dieser Fälle handelt es sich wohl um Kranke im akuten Stadium und dessen Ausklängen.

v. Economo berichtet, allerdings nur anmerkungsweise, in seiner Monographie ebenfalls von Selbstmorden, bei den „Nachkrankheiten“ der Encephalitis lethargica. Wiederholt kamen bei seinen Kranken Suicide bei schweren Depressionen der psych-asthenischen protahierten Rekonvaleszenzzustände, wie bei den chronisch-postencephalitischen Nachkrankheiten vor, insbesondere bei Zwangs- und Drangzuständen.

Stieflers Fälle zitiert *Runge* als solche von Selbstmord infolge reaktiver Depression.

Die Frage der Motivation der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei den Postencephalitikern ist jedoch, wie meine Untersuchungen lehren, eine wesentlich kompliziertere. Dies auch, wenn wir nur das hervorstechendste Motiv ins Auge fassen, also davon absehen, daß, wie fast alle menschlichen Handlungen, auch die Selbstmordhandlungen nicht nur von einem Motiv aus, vielmehr von einem Motivbündel bestimmt sind.

Vor allem zeigt sich, daß häufig genug nicht etwa der Gedanke der Erlösung von der Krankheit ausschlaggebend ist, daß vielmehr die Wesensänderung durch die Encephalitis epidemica nur den Mutterboden bildet, aus dem heraus Motive ganz anderer Art auftauchen und einspringen, die ihre dynamische Kraft gerade aus der Wesensänderung holen.

Diese Betrachtung ergibt vielleicht auch besonderes Licht für die eigentümlichen Persönlichkeitsveränderungen erwachsener parkinsonistischer Postencephalitiker, wie sie zuletzt in sehr schöner Weise von *Steck* beschrieben worden sind.

Am zweckmäßigsten ist es wohl, für die Darstellung unserer Fälle einzelne Gruppen zusammenzufassen, die Selbstmorde und Selbstmorddrohungen in sich schließen. Dabei soll für die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen die Motivierung der Selbstmorde und Selbstmordhandlungen dienen. Wir richten unser Augenmerk hier mehr auf die Motivation dieser Handlungen, nicht so sehr auf ihren schließlichen Erfolg, der häufig genug nur durch die augenblickliche Konstellation äußerer oder innerer Umstände erreicht oder nicht erreicht wird.

B.

I. Bilanzselbstmorde.

Man wird so eine 1. Gruppe abtrennen können, die der *Bilanzselbstmorde*. Die Gruppe umfaßt im ganzen 7 Kranke, unter die einer eingefügt ist, den ich früher in der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt beobachten konnte. 5 dieser Kranken endeten durch Suicid, bei den anderen blieb es bisher bei erneutem Spielen mit dem Gedanken des Selbstmordes.

1. Der am 2. 5. 08 geborene Landwirtssohn Richard Hofmeister stammt aus gesunder Familie. Er war nach Angabe des Vaters als Kind „kerngesund“. Auf der Schule lernte er bis kurze Zeit nach seiner Erkrankung mit 11 Jahren (E.A. = 11 Jahre¹) gut. Er war stets ein vergnügter, aufgeweckter, aufgeschlossener Junge gewesen.

Im Februar 1919 erkrankte er plötzlich mit Kopfschmerzen, Fieber. Nach 2 Tagen konnte er wieder in die Schule gehen. 8–14 Tage später fing er an zu torkeln, fühlte sich sehr schlapp, „verdrehte die Augen nach allen Richtungen“. Er kam im März 1919 in ein Krankenhaus, wo er 14 Tage lang behandelt wurde. Bei Entlassung konnte er nicht mehr laufen. Es zeigte sich eine Schwäche in den Beinen, er sackte ineinander, mußte an 2 Stöcken gehen. Der Mund stand meist offen, eine Störung, die nach 2 Jahren wieder verschwand.

Nach der Krankheit ging er nur noch $\frac{1}{4}$ Jahr lang in die Schule, störte dort zu sehr. Er wurde leicht erregt, ungehorsam. Wenn ihm irgendetwas nicht paßte, demolierte er, wurde tötlich. Bei den geringsten Kleinigkeiten drohte er, er wolle sich erhängen, sich ins Wasser stürzen. Es gab dauernd Streit mit den Geschwistern und der Mutter. Man mußte ihn energisch anfahren. Damals war er noch nicht langsam und steif. Mit 14 Jahren konnte man ihn noch als Führer von Ochsen gespannen und dgl. verwenden. Er ermüdete aber außerordentlich rasch, leistete nicht viel. Mit 16 Jahren erkrankte er nochmals mit Fieber, Kopfschmerzen; $\frac{1}{4}$ Jahr lang mußte er liegen. Nachts schlief er kaum, verlangte dauernd etwas zum Trinken. Jetzt wurden Mundsperrkrämpfe deutlicher. Von dieser Krankheit kam er nicht mehr zur Arbeit, war „marode“. Im Laufe der nächsten Jahre wurde er langsamer, steifer. Seit einigen Jahren zitterte er auch. Augenkrämpfe traten vor allem nach Anstrengung auf. Seit Jahren litt er unter Speichelfluß. Während der Augenkrämpfe legte er sich hin, mochte nichts hören. Er aß viel, auch außer der

¹ E.A. = Erkrankungsalter.

Essenszeit, nicht besonders gierig, aber besonders gern Süßigkeiten. In seinem ganzen Wesen war er in der letzten Zeit ruhiger geworden.

Diese Angaben des Vaters wurden von dem Jungen, der vom 17. 2.—16. 7. 30 auf der Encephalitis-Abteilung war, bestätigt. Das Zittern habe allmählich eingesetzt, es sei vor allen Dingen bei Aufregungen schlimm. Erst 1—1½ Stunden nach dem Aufstehen setze es allmählich ein. Er ist in den letzten Jahren immer langsamer geworden. Der Schlaf ist gut. Tagsüber fühlt er sich frisch. Nur hat er in früheren Jahren eine Zeitlang unter Schlafunruhe gelitten, mußte aus dem Bett heraus, konnte es nicht aushalten, lief draußen herum. Die Sprache ist schon lange undeutlich. Er klagt darüber, daß er vom 14.—17. Jahr sehr viel gegessen, aber nicht zugenommen habe.

Seine Stimmung schildert er selbst als sehr gut. Er sei nur immer bange vor fremden Menschen, weil sie ihn so anstarren. Dann gerate er leicht in Erregung, schlage auch zu, wie er einschränkend meint: „So leicht nicht.“

In körperlicher Hinsicht war er mittelgroß. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren völlig entwickelt. Beim Stehen benutzte er meist nur ein Bein als Standbein. Er wechselte damit. Der Oberkörper war etwas nach links geneigt. Er zeigte eine sehr deutliche Bewegungsarmut, einen fast völligen Mangel an Mitbewegungen. Die Willkürbewegungen waren nicht besonders verlangsamt, erfolgten oft sogar hastig. Sie waren jedoch von kurzen Pausen unterbrochen, in denen der Kranke in pseudo-kataleptischer Haltung verharrte. In beiden Armen bestand sehr starker Tremor, der in der Ruhe etwas geringer war. Es fand sich weiterhin eine deutliche Amimie. Sprechen erfolgte monoton, schlecht artikuliert, klanglos. Es bestand ein mäßig ausgeprägtes Salbengesicht. Die Atmung war oberflächlich, unregelmäßig, manchmal schnaufend. Bei Auslösung des Conjunctivalreflexes zeigte sich ein lang anhaltender Blinzelkrampf. Im Nacken fand sich deutlicher Rigor, der auch im linken Arm nicht zu verkennen war. In den unteren Extremitäten zeigte sich keine eigentliche Starre. Nur war der Tonus auf beiden Seiten etwas erhöht. In psychischer Hinsicht war er zunächst sehr still, scheu, schwer zugänglich, am liebsten für sich allein. Auf Fragen antwortete er nur dürrtzig, beschäftigte sich auch nicht, fand und suchte keinen Anschluß an die anderen Patienten. Alle Aufforderungen führte er automatisch aus, besondere Schwierigkeiten machte er nicht, zeigte sich nicht reizbar. Es fehlte ihm anscheinend alle Initiative. Affektausdrücke waren fast nicht zu bemerken, er zeigte Vorliebe für gutes Essen. Im übrigen machte er einen recht infantilen Eindruck.

In der ersten Zeit seines Aufenthaltes auf der Abteilung fragte er in stereotyper Weise mehrmals am Tag, wann er nach Hause käme. Allmählich lebte er sich ein, wurde lebhafter, interessierter, beschäftigte sich auch freiwillig mit im Stationsbetrieb. Während einer Beurlaubung nach Hause nahm er kein Atropin mehr, wie er es in der Klinik bekommen hatte, zeigte dann starkes Erbrechen; Tremor, Grimassieren usw. waren bei der Rückkehr erheblich schlimmer.

Nach längerer Behandlung wurde er psychisch noch lebhafter, sogar schlagfertig und witzig. Er stand schließlich auf einer optimalen Dosis von 10—12 mg Atropin am Tag. Das Zittern war sehr zurückgegangen. Im Gesicht waren die eigentümlichen Mundsperrbewegungen noch da. Von Rigor war nur noch im Nacken etwas nachzuweisen. In seelischer Hinsicht war er unter der Behandlung aufgetaut, lebendiger geworden. Kurzschlüssige Affekthandlungen und dgl. zeigten sich nicht.

Mit H. hatte ich einmal folgendes Gespräch: Er meinte, daß er sich in seelischer Hinsicht bedrückt fühle. Als Grund dafür gab er an: „22 Jahre alt, bin beim Vieh groß geworden, ich kann mich davon nicht trennen.“ Weiterhin kam zunächst immer wieder nur heraus: „Ich muß wieder dabei.“ Er interessiere sich auch für das Vieh.

Zu Hause habe er Augenkrämpfe nur am Abend. Hier habe er sie auch am Morgen. Am ehesten gingen sie weg, wenn er müde sei. Es fiel ihm sehr schwer, sich auf der Station einzugewöhnen. Vor allen Dingen entsprach ihm auch die ganze Landschaft nicht, es fehlten ihm die Berge seiner Heimat. Da könne er tun, was er wolle. Allerdings ergänzt er: „Wenn das Vieh fertig ist.“ Spontan fügte er gleich an: „Heute fielen meine Augen zu.“ Seien die Augenkrämpfe da, so könne er wohl sehen, wenn einer vor ihm stünde, aber er könne nicht sehen, wer es sei. Dann sei das Denken auch sehr behindert. Wenn er Augenkrämpfe habe, spüre er Brechneigung. Er klagte darüber, daß er sich außerordentlich leicht aufrege.

Danach gefragt, ob er den Eindruck habe, daß sich seine seelischen Eigenschaften geändert hätten, meinte er: „Ja, viel auch nicht . . . nicht verändert,“ dann jedoch, er sei stiller, zurückhaltender geworden, und zwar sei das ungefähr seit seinem 15. Jahr so, d. h. erst 4 Jahre nach seiner akuten Erkrankung. Besondere Interessen habe er früher nie gehabt. Er habe auch nie gern gelesen. Seitdem er krank sei, könne er es zu Hause nicht recht aushalten. Er habe immer den Trieb, einmal wegzugehen. Stand mal zu Hause ein Pferd herum, so zäumte er es auf, ritt davon. Einer der Gründe, der ihn dazu bewege, von Hause wegzugehen, sei auch, daß es eben häufig zu Streit komme. An und für sich möchte er schon gern Schmied werden, das Klopfen mache ihm Freude, aber er glaube nicht, daß er infolge seiner Krankheit noch etwas dazu lernen könne. Bei weiterer Unterhaltung wurde er dann ganz heiter, lachte gern. Wenn ihn einer mal ärgere, werde er wohl böse. Es komme jedoch auch vor, daß er einem aus Spaß etwas hinter die Ohren gebe. Über seine Krankheit denke er nicht viel nach, aber doch etwas. Er berichtet dann mit einer gewissen Genugtuung davon, daß er früher stärker gewesen sei. Er habe zum Frühstück 5 Eier essen können. Ostern vor ein paar Jahren habe er mal an einem Morgen 10 Eier aufgegessen, seit dieser Zeit schmeckten sie ihm nicht mehr.

Zu Hause halte er einen Hund, er habe Spaß an Vögeln. Eine Katze sei ihm mal vergiftet worden. Darüber sei er sehr traurig gewesen, aber zum Weinen sei es doch nicht gekommen.

Der Vater schrieb uns auf Anfrage im Februar 1931 folgenden Brief:

„Ich Otto Hofmeister, gelangte soeben in den Besitz Ihres werten Schreibens betreffs meines Sohnes Richard. Leider kann ich Ihnen nur die traurige Mitteilung machen, daß selbiger nicht mehr unter den Lebenden weilt. Am 14. November hat er ausgeführt, was er sehr oft gesagt hat, und hat zum Strick gegriffen, womit er seinem Leben ein Ende gemacht hat. Mir war es aus dienstlichen Gründen nicht mehr möglich ihn daran zu hindern. Trotzdem ich ihn dauernd beobachtet oder beobachten lassen habe. Ich kann Ihnen wohl getrost mitteilen, daß ich ihn schon vor 1½ Jahren einen Strick vor der Nase abgeschnitten habe, welcher schon fertig angebunden war, und durch Zureden habe ich ihn bis dahin immer abgeraten selbiges zu thun. Nun möge er ruhen. Und ich als Vater bin fest überzeugt meine Schuldigkeit an ihm gethan zu haben. Nun auf seine letzten Wochen zurück zu kommen kann Ich Ihnen nur mitteilen. Er ist von Ihnen aus entlassen und unsern Doktor zur weiteren Behandlung überwiesen. Gearbeitet gegen Entgelt hat er nicht mehr, freien Lauf hat er gehabt, er konnte bei uns gehen wo er wollte auch Unsere Herrschaften haben ihn nirgends gestört, wenn er auch ging wo es nicht jedem erlaubt war. Seine Stimmung war in letzter Zeit sehr gedrückt er war sehr nieder geschlagen. Die Augenkrämpfe hat er öfter bekommen, gewöhnlich wenn er sich etwas angestrengt hat durch einen Ausgang oder dergleichen.“

Der 22jährige Hofmeister, der mit 11 Jahren seine akute Encephalitis durchgemacht hatte, war nach dem akuten Stadium nicht wieder schulfähig geworden. Vor allem zeigte er nach der Erkrankung eine außergewöhnlich leichte Erregbarkeit, es kam dauernd zu Zank und Streit

mit ihm, wobei er gern auch tötlich wurde. Er verlor die Fähigkeit in der Schule aufzumerken. Dabei drohte er schon während der Schulzeit, sich umzubringen, wenn man seinen Willen nicht täte. Er zeigte sich sehr ermüdbar. Mit 16 Jahren erfolgte möglicherweise ein zweiter Schub der Encephalitis.

Die psychischen Störungen nach dem ersten Schub entsprechen einem milderen Grade der psychopathieähnlichen Veränderungen vieler jugendlicher Postencephalitiker. Er zeigte bei recht labiler Aufmerksamkeit eine große Reizbarkeit, Erregbarkeit mit Neigung zu Kurzschlußhandlungen. Er drohte, sich etwas anzutun, wenn er nicht gleich seinen Willen erhielt, zeigte einen ausgesprochenen Mangel an Hemmungen. Gewiß das Bild einer leichten Hyperphrenie oder Pseudopsychopathie. Dabei entspricht das prämonitory Verhalten nicht für eine besondere Anlage in dieser Richtung.

Erst nach dem 2. Schub traten die Zeichen des Parkinsonismus und seiner Nebensymptome deutlicher hervor mit Zittern, Blickkrämpfen und Mundsperrkrämpfen.

Auffallend war jetzt die habituelle Euphorie, die er wenigstens während des Aufenthaltes auf der Abteilung zeigte. Aber erst allmählich, nach Eingewöhnen wurde er lebhafter, interessierter, vor allem, wenn man sich mit ihm befaßte. Es fehlte ihm, wenn man ihn sich selbst überließ, durchaus an Initiative. Stärkere Affektäußerungen unterblieben, er schien nicht mehr so reizbar wie früher, klagte aber selbst noch über eine krankhafte Steigerung seiner Erregbarkeit.

Jedenfalls war bei ihm, das stimmt mit Erfahrungen von *Thiele* überein, das Psychopathieähnliche seiner Wesensveränderung im weiteren Ablauf der Erkrankung zurückgetreten. Das Auftreten des Parkinsonismus beherrschte schließlich den weiteren Verlauf durchaus.

Von einer Verlangsamung der psychischen Funktionen im Sinne der Bradyphrenie *Navilles* war nichts zu finden. Und doch hätte man den initiativlosen, zunächst torpide aussehenden Kranken, der selbst empfand, daß er stiller, zurückhaltender geworden sei, bei dem von vornherein auch bewußte Willensvorgänge seltener geworden waren, als bradyphren bezeichnen möge. Nicht ganz stimmte aber zu der motorischen Fesselung durch den Parkinsonismus, daß der Kranke doch auch wieder unter einer triebhaften, vielleicht auch, um mit *Thiele* zu sprechen, dranghaften Unruhe litt, die ihn nicht zu Hause sitzen ließ, sondern immer wieder veranlaßte, ein Pferd aufzuzäumen, wegzureiten, auch ohne daß immer Streit die Ursache dazu zu sein brauchte. Wenn man bei dem Kranken gewiß auch nicht von einer Niveausenkung der Persönlichkeit (*Stertz*) in dem Sinne sprechen kann, daß ein Sinken von einem höheren auf einen niederen Stand eingetreten wäre, so war er andererseits auf einem, seinem Alter nicht entsprechenden Niveau in der Entwicklung stehen geblieben.

Daß er gleichsam erwartungsneurotisch mit Erregung darauf reagierte, wenn ihn andere seiner Krankheitserscheinungen wegen beobachteten, mag die unheilvolle Spannung in ihm mit unterhalten haben, die ihn schon lange vor dem gelungenen Suicid zu einem wohl ernst gemeinten Selbstmordversuch veranlaßte. Der Vater betont, daß die Stimmung des Kranken in der letzten Zeit sehr gedrückt war, daß er niedergeschlagen war, und er fügt an, daß die Augenkrämpfe häufiger auftraten als früher. Der Kranke empfand das Fortschreiten der Krankheitserscheinungen, das Hoffnungslose seiner Zukunft selbst. Dabei konnte er, das ist dem Brief des Vaters zu entnehmen, mit voller Rücksichtnahme der Angehörigen auf seinen Zustand rechnen.

Er wog beide Wagschalen ab und entschloß sich zum Tod.

Hier liegt wohl ein Bilanzselbstmord vor.

2. Bei dem zweiten unserer Kranken handelt es sich um den 18jährigen Landwirt Georg Eilhardt, geb. am 23. 2. 09, der sich vom 13. 2. — 31. 7. 27 auf der Encephalitisstation befand. Angaben über familiäre Belastung fehlen. Auf der Schule lernte der Kranke schwer und ist einmal sitzengeblieben. Nachher arbeitete er in der Landwirtschaft seines Vaters. Von jeher ist er „etwas schwach“ gewesen. Ein Ausdruck, der sowohl das Körperliche wie das Seelische treffen sollte. Im Jahre 1922 (E.A. = 12 Jahre) setzte plötzlich ohne weiteres Zeichen die Schlafstörung der akuten Encephalitis ein. Während dieser Zeit sah der Kranke vorübergehend doppelt. Von da ab hat er sich nicht wieder recht erholt, war schlapp, „alles ging langsamer.“ Das fiel dem Vater auf, der den Kranken in unverständiger Weise schalt. Die Sprache war langsam, „er war nicht mehr so vergnügt wie früher,“ ohne selbst recht den Grund dafür angeben zu können. 3 Jahre vor der Aufnahme auf der Encephalitisstation kam ihm das Schwerfälliger- und Langsamerwerden besonders deutlich zum Bewußtsein. Vor allem der linke Arm wurde steifer, das linke Bein fing an zu zittern. Die Stimmung wurde immer schlechter. Er war leicht gereizt. Späterhin zeigte sich im linken Arm sehr deutlich auch eine Schwäche. In körperlicher Hinsicht war Eilhardt ein infantil gebliebener Astheniker. Die Amyotose betraf vor allem die linke Körperhälfte. Hier zeigte die Hand auch Münzzähl-tremor. Die Reflexe sprachen überall in normaler Form und Stärke an.

Seit Frühjahr 1926 traten ab und zu tonische Blickkrämpfe auf, wie Lidflattern, lebhaftes Zittern der Zunge, starkes innervatorisches Zittern der Facialismuskulatur, besonders der rechten Seite. Das Sprechen erfolgte kurz, zerrissen; nach längerem Reden wurde es stark verwaschen, mangelhaft artikuliert. Der Kranke war stets orientiert und besonnen, bei geringem Wissen mäßig begabt. Schon die einfachen *Binet-Simon*-Bilder interpretierte er falsch. Die Aufmerksamkeit war flackernd. Nach kurzem Aufenthalt auf der Station hatte sich der Kranke rasch eingewöhnt. Die Stimmung wurde flach-euphorisch. Bei einer gewissen Hemmungslosigkeit in seinen Äußerungen konnte er auch wieder recht schwüchern erscheinen. Nach 2monatiger Behandlung auf der Station war er in seelischer und körperlicher Hinsicht beweglicher. Unverändert blieben die Klagen über Schwäche im linken Bein. Neben seltenen tonischen Blickkrämpfen klagte er zuweilen über relativ rasch vorübergehende Zustände, die wohl als Äquivalente von Blickkrämpfen angesehen werden können. „Manchmal bekomme ich Anfälle, die man nicht merkt, dann wird mir so schwindlig, die Gedanken setzen aus.“

Der Gesichtsausdruck wurde bald lebhafter. Dabei blieb die leichte Flexionshaltung bestehen, besonders der eigentümlich ungeschickte „Bärengang.“ Auf der Abteilung war er viel unbefangener. In der Unterhaltung hatte er da das erste

und letzte Wort. Seine Verstimmung trat zurück, die Tränen kamen ihm nicht so leicht in die Augen wie früher. Der Kranke war nicht mehr so leicht erregbar. Neben stark bevorzugtem Kartenspiel half er Hausarbeiten erledigen.

Bei einer Nachuntersuchung einige Monate nach der Entlassung zeigten sich die krankhaften Erscheinungen wesentlich deutlicher. Der Kranke war sehr langsam, amimisch. In der letzten Zeit hatte er ab und zu erbrechen müssen. In seelischer Hinsicht machte er einen stumpfen, stillen Eindruck. Zu Hause war er in dranghafter Unruhe immer wieder hin und hergelaufen. Sein Verhalten war, wie früher, etwas infantil.

Nach Aussage eines Onkels vom Februar 1931 hat sich Eilhardt am 22. 10. 30 ums Leben gebracht. Der Verwandte teilte noch mit, daß eine nachhaltige Besserung durch die Behandlung nicht eingetreten sei. Das Allgemeinbefinden sei ganz gut gewesen, das Körpergewicht habe sogar zugenommen. Die Stimmung sei „wegen des körperlichen Schwächegefühls“ immer gereizt gewesen. Dabei sei er leicht müde geworden.

An die Zeit auf der Encephalitisstation habe sich der Kranke bis zuletzt dankbar erinnert. „Wie er es fertig brachte, der in der letzten Zeit auf Krücken ging, in der Scheune die Leiter heraufzusteigen und sich zu erhängen, ist ganz unbegreiflich.“ Eine halbe Stunde vorher war er noch im Garten gewesen.

Bei Eilhardt setzte die Encephalitis in der Kindheit ein, ohne daß es zu einer groben psychopathieähnlichen Wesensveränderung gekommen wäre. Der Kranke blieb in seiner seelischen Entwicklung ein Kind. Er war, von vornherein mäßig begabt, schwerfälliger und langsamer geworden, wozu, wie häufig nicht nur bei jugendlichen postencephalitischen Parkinsonisten, eine über das Maß herausgehende Reizbarkeit und Erregbarkeit in eigentümlichem Kontrast stand. Dabei fehlten ihm die Hemmungen des Erwachsenen. In affektiver Hinsicht klagte Eilhardt einerseits darüber, daß er „nicht mehr so vergnügt sei wie früher“, andererseits wurde er auf der Station bald flach-euphorisch. Ähnlich formulierte Klagen hört man immer wieder gerade von erwachsenen Postencephalitikern. Sie sind „freudloser“ als vor der Krankheit, dabei aber doch zu einer leeren Euphorie geneigt. Andererseits führt Überschreitung der Reizgrenze bei ihnen häufig genug zu unsinnigen Explosionen, in denen dann nicht das Ich, sondern die „affektiven Apparate“ bestimmend sind. Unser Kranker machte gewiß den Eindruck der Bradyphrenie, andererseits hatte er aber unter dem Einfluß der „Entlastung“ durch die Encephalitisstation das erste und letzte Wort, zeigte sich geistig rege.

Die Erkrankung wird von seinen Angehörigen nicht recht verstanden. Man macht ihm Vorwürfe, er fühlt sich zu Hause bedrückt. So bedeutet ihm der Aufenthalt auf der Station eine Befreiung. Hier kommt die eigenartig leere Euphorie chronischer Encephalitiker bald an die Oberfläche; hier kann er sich aussprechen, hier hört man auf ihn, hier gilt er etwas. Bald beherrscht er die Unterhaltung auf der Abteilung. Nach der Entlassung kommt er wieder in die für ihn trübe Umgebung der Familie. Der Zustand verschlechtert sich zusehends. Sein motorischer Funktionsradius wird immer kleiner. Er braucht Krücken, um sich fortbringen zu können. Gewiß wird er draußen wieder in die alte Verstimmung gefallen

sein. Zuletzt zeigt sich noch eine Erscheinung, die trotz ihrer Typik für viele postencephalitische Parkinsonisten doch immer wieder nicht nur für den Laien überraschend wirkt. Der an Krücken gebundene Kranke steigt in seinem starken Toresschlußaffekt die Leiter herauf, hängt sich auf. Die motorischen Hemmungen sind dabei für kurze Zeit verschwunden, zurückgetreten.

Besondere Gründe für den Selbstmord ergaben sich aus dem Brief des Onkels nicht.

Am wahrscheinlichsten ist wohl, daß dem Kranken mit zunehmendem Alter und Zunahme vor allem der motorischen Störungen das Unrettbare seines Schicksals klarer zum Bewußtsein gekommen ist. Man braucht nicht an ein irgendwie durch ein besonderes Erlebnis herausgehobenes und akutes Bewußtwerden dieser Erkenntnis zu denken, die gewiß auch noch durch Vorhalte der Familie unterstützt wurde.

Bei ihm bedeutet der Selbstmord wohl doch das abgewogene Fazit seiner Lebensaussichten. Es handelt sich hier also auch um einen Bilanzselbstmord. Besonders zu beachten ist bei Eilhardt, daß die eigentümlich leere Euphorie von der Encephalitis her doch nur bedingt habituell zu sein braucht. Die Stimmungslage unserer Kranken ist weitgehend vom Milieu abhängig. Sie sind euphoriebereit, meist sehr labil in ihrer Stimmung.

3. Der dritte unserer Kranken, Friedrich Icke, geboren Dezember 1906, kam am 3. 10. 27 auf unsere Abteilung, wo er bis zum 14. 1. 28 blieb. Von familiärer Belastung wurde nichts bekannt. I. war ein mittelguter Schüler gewesen, blieb einmal sitzen. Vor dem Einsetzen der akuten Encephalitis im Jahre 1923 (E.A. = 17 Jahre) hat er als Schlosser gelernt. Das akute Stadium der Erkrankung bestand in einer 6 Wochen lang anhaltenden Schlaflosigkeit, ohne daß weitere neurologische Erscheinungen eingetreten wären. Zuweilen phantasierte er auch. Dann wurde er sehr schlapp. Zuweilen traten anscheinend damals schon Blickkrämpfe auf. Er mußte dabei über das eben Gesprochene nachdenken. Bis 1925 konnte er noch arbeiten. Dann kam er in das Krankenhaus einer benachbarten Stadt, wo die richtige Diagnose gestellt, eine Trypaflavinbehandlung durchgeführt wurde. Seit Ostern 1925 seien, so klagte er, eigentümliche unwillkürliche Bewegungen, wie Zittern in der linken Hand, aufgetreten.

Sein Zustand hatte sich in der letzten Zeit vor der Aufnahme noch verschlimmert.

In körperlicher Hinsicht zeigte der Kranke hier leichte Flexionshaltung, Amimie, Schütteltremor im linken Arm, mittelstarken Rigor im Rumpf und Gliedmaßen vor allem auf der linken Seite, Herabsetzung der groben Kraft im linken Arm und Bein, deutliche Hypokinese.

I. war orientiert und besonnen. Noch im vergangenen Jahr hatte er im Turnverein turnen können. Er schildert seinen seelischen Zustand dahin, daß sein Interesse für die Vorgänge in der Umwelt geringer geworden sei. Das Neueste wußte er nicht mehr so recht, doch zeigte er gute Erinnerung an die wichtigen Tagesereignisse der letzten Jahre. Vor allem Namen vergaß er sehr leicht.

Die Krankengeschichte weist im Anfang den Eintrag auf: „Tatsächlich macht er einen deutlich bradyphrenen Eindruck, wenngleich nicht sehr erheblich.“ Die *Binet-Simon*-Bilder erläuterte er jedoch, als ich mich mit ihm befaßte, ohne besondere (intra-psychische) Verlangsamung zu zeigen. Das zeigten jedenfalls Zwischenfragen. Definitionen einfacher Begriffe erfolgten gut und rasch. Seine Schulkenntnisse

waren recht mangelhaft. So schrieb er das „Heideröslein“ Heine zu, sprach von dessen gelbem und braunem Buch und sagte ihm das Gedicht und Lied „Da draußen vor dem Tore“ nach. Nachdem er eine ganze Reihe von Bundesstaaten in Deutschland richtig aufgezählt hatte, erfolgte auch: Schleswig-Holstein und schließlich noch nach einer großen Pause: Posen. Die Pausen zwischen Frage und Antwort betrugen bei ihm bis zu 4 Min. Die Sprachmotorik sprach so langsam an. Auffallend war, daß das eingeforderte Schulzeugnis, entgegen seinen Angaben, nichts von Sitzbleiben aufwies. In einigen Fächern, wie Religion, Rechnen hatte er eine 1, in Sprachlehre die Noten 2 und 3 erhalten. Der häusliche Fleiß erhielt das Prädikat 1–2. Das mag bei einer gewiß nicht guten Begabung, bei seinem ungeordneten Wissen die bessere Note in einigen Fächern erklären.

Unter Natrium kakodylicum, bei Höhensonne, gymnastischer Therapie besserte sich der allgemeine Zustand. I. wurde freier, gewandter. Mehrfache Gaben von Rekonvaleszentenserum brachten I. allerdings nicht weiter.

Jenes geringe und wohl herabgesetzte Interesse, das mangelhafte Mitgehen in affektiver Hinsicht blieb bestehen. An seine „Interesselosigkeit“ war er, wie er sagte, „schon gewöhnt.“ Auffallend war auf der Abteilung immer wieder seine eigentümlich leere Euphorie.

Der Kranke war nach seiner Entlassung bis zum Selbstmord (26. 7. 30) hin dauernd invalide. Die Todesart teilten die Angehörigen nicht mit.

Daß ein akuter Anlaß zum Suicid vorgelegen haben sollte, ist — mit allem Vorbehalt — wenig wahrscheinlich. Dagegen spricht die gewiß, wenn auch nicht durch die Krankheit bedingte, sondern nur gleichsam betonte Gleichgültigkeit, Unerregbarkeit in affektiver Hinsicht. Hier fehlt das Anspringen der Affekte; für den Kranken hatte tatsächlich nur das Nächstliegende Interesse, wie man überhaupt immer wieder chronische Postencephalitiker über einen Mangel an „Interessiertheit“ klagen hört; sie „registrieren“ die Vorgänge in der Umgebung häufig nur. Trotzdem I. erst im Alter von 17 Jahren stand, hat eine Wesensveränderung im Sinne einer Pseudo-Psychopathie bei ihm nicht vorgelegen. Aber es wäre hier auch gezwungen, von einer Bradyphrenie zu sprechen.

Arbeitsunfähig und unterstützungsbedürftig mußte der Kranke von der Encephalitisstation entlassen werden. Es mag wohl die Einsicht in das dauernde Fortschreiten, die dauernde Verschlimmerung der Erkrankung den Kranken schließlich zu dem Entschluß gebracht haben, seinem Leben ein Ende zu setzen. Wenn es gewiß bei dem niedrigen seelischen Niveau des Kranken nicht zu einem völlig klar und kühl-besonnenen Abwägen des Für und Wider des Freitodes kam, so möchte ich doch meinen, daß das trostlose, täglich neu sich wiederholende Erleben des eigenen Versagens den Kranken vor die Frage stellte, die er mit seinem Tod beantwortete.

4. Bei dem 4. Fall handelt es sich um einen Kranken der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt, den Molkereigehilfen Wilhelm Eversen (geboren 2. 10. 97), der sich vom 20. 7. 22–24. 9. 29 in der Anstalt befand. Die Familienanamnese ergab nichts besonderes. Geburt und Entwicklung verliefen, soweit ersichtlich, normal. Von Krämpfen, Bettnässen und dgl. war nichts bekannt. 1914 machte er einen Rheumatismus durch, war als Kind sonst nie ernstlich krank. Auf der Schule

lernte er mittelmäßig, ging dann ins Molkereifach, war bis zur Einziehung zum Militär im November 1916 als Gehilfe tätig. Im Feld erlitt er 1917 durch Schrapnell-schuß eine Verletzung am linken Oberschenkel und linken Vorderarm. Er blieb g.v. Feld. 1918 machte er einen weichen Schanker und Bubo durch. Vom Militär entlassen, ging er wieder in seine Stellung.

Wegen der akuten Erkrankung (E.A. = 23 Jahre) kam er im April 1920 in ein Krankenhaus, wo er unter „nervösem Zucken der Hände und Füße und Schlaflosigkeit“ litt. Später trat Speichelfluß dazu. Bei der Aufnahme in der Anstalt L., die der Aufnahme hier um einige Tage vorausging, erschien Eversen gehemmt, langsam. Man mußte ihn baden, da er unbeweglich in der Wanne sitzen blieb. Im Bett blieb er liegen, reagierte zunächst nicht auf Anreden, riß dann mit einem Mal die Augen weit auf, drehte sich dem Frager zu. Er sprach langsam, leise und ohne jedes Mienenspiel. „Er faßte gut auf, gab auch über alles prompt Auskunft, kam Aufforderungen langsam nach. Gedächtnis und Merkfähigkeit waren ohne Störungen. Die Stimmung war gleichmäßig, ruhig. Scheinbar war er über seine Umgebung völlig desorientiert.“ Auf Fragen war er jedoch durchaus im Bilde und zeitlich wie örtlich auch im weiteren Kreis wohl unterrichtet. Einige Male wies er vorübergehend auch später ausgesprochen stuporöses Verhalten auf, indem er unbeweglich im Bett lag, nichts aß, keine Antworten gab, in allem besorgt werden mußte. Die Nahrungsaufnahme erfolgte langsam und automatenhaft. Auf Fragen klagte er immer wieder, er sei in allen Gliedern völlig lahm, könne nicht sprechen, nicht schlafen, sei dauernd müde.

In Briefen an die Angehörigen erkundigte er sich jedoch interessiert nach deren Befinden, nach dem Stande der Ernte und nach seinen Bekannten. „Irgendwelche nennenswerte gemütliche Stumpfheit läßt sich im Widerspruch zu seinem äußeren, scheinbar katatonen Verhalten nicht feststellen.“

Der körperliche Befund entsprach dem einer Paralysis agitans sine agitationae. Dabei bestand deutlicher Speichelfluß, beim Sprechen myoklonisches Zucken der Mund- und Lippenmuskulatur. Reflexe und Sensibilität waren in Ordnung.

Der Befund in der Göttinger Anstalt war der gleiche. Es bestand Pseudo-Katalepsie, Salbengesicht, grober Tremor bei Spreizen der Finger. Auch die Zunge zitterte deutlich.

Scopolamin besserte die motorischen Störungen nur etwas, aber nicht nachhaltig. „Psychisch ohne Besonderheiten, bis auf die euphorische Stimmung. — Sagt bei jeder Visite, es gehe besser.“

Im Januar 1923 wurde Scopolamin vorübergehend weggelassen, weil „eine gewisse motorische Unruhe“, dann ein leichter Verwirrheitszustand eintrat. Der Kranke lag bis mittags im Bett. Ließ man ihn auch vormittags aufstehen, so verfiel er. Er war kaum imstande, sich selbst den Löffel zu führen und dgl.

Im April 1924 war er „stets zufrieden“, wenn er auch gelegentlich meinte, er werde nie wieder besser. Die Pfötchenstellung der Hände nahm zu. Im übrigen verhielt er sich ruhig. Über einen Besuch seines Vaters freute er sich sehr. An anderer Stelle wird gesagt: „immer zufrieden, hat keine Krankheitseinsicht.“ Fixierte man den Kranken mit den Augen, so trat oft ein unmotiviertes, zwangsmäßiges Lachen auf, das dann langsam und allmählich wieder in den starren, oft erstaunt aussehenden Ruhezustand des Gesichts überging. Der Tremor im ganzen Körper trat bei Zielhandlungen besonders deutlich und hemmend auf.

Vom Jahre 1925 ab erhielt der Kranke eine Zeitlang täglich eine Spritze Scopolamin (= 1 mg), zog sich selbst an, aß selbst. Die Stimmung wird wieder als gehoben, zufrieden bezeichnet. Jeden 2. Tag wurde er mit faradischem Strom behandelt. Ab und zu war er imstande (so beim Anstaltsfest) seine motorischen Hemmungen zu durchbrechen.

1926: „Langes Latenzstadium bei allen intendierten Bewegungen.“ Oktober desselben Jahres findet sich ein Eintrag: „Psychisch ist E. nicht eigentlich defekt,

doch scheint der Umkreis der Vorstellungen so eingeschränkt, daß er ganz in einfachsten, seine Person im alltäglichen Betrieb angehenden Vorgängen aufgeht. Er hat Sinn für scherzhafte Bemerkungen, antwortet darauf mit einem während längerer Zeit ($\frac{1}{2}$ —1 Min.) sich ausbildendem Lächeln, bei dem im Gegensatz zum normalen Vorgang die Augen weit aufgerissen bleiben.“

Im Jahre 1927 konnte der als schwer siech anmutende Kranke auf einem Anstaltsfest noch tanzen.

Im September 1928 war er körperlich weiter zurückgegangen, in psychischer Hinsicht dagegen regsam geworden. Er trug seine Krankheit, „ohne eigentlich stumpf zu sein“, mit einer relativen Euphorie, konnte im Flecht Keller beschäftigt werden.

Im November 1928 holte er das Essen noch aus der Küche; man mußte ihn aber wesentlich stärker als früher zu Bewegungen anhalten.

Am 29. 4. 29 erhängte er sich nachmittags gegen $\frac{1}{2}$ 4 oder $\frac{1}{2}$ 5 Uhr mit einer Schnur am Bettpfosten seines Bettes im Schlaflsaal. Hier hatte man ihn die ganzen Jahre durch am Nachmittag allein ruhen lassen können.

Er hatte nie Selbstmordideen geäußert, hatte nach ärztlicher Beobachtung, sowie nach den Äußerungen aller in dieser Sache gehörter Pfleger und Kranker sein Verhalten gegen früher nicht geändert.

Die Pfleger, die über den Todesfall eingehend vernommen wurden, gaben an, daß er trotz seiner schweren Erkrankung immer Lebensmut, wie eine gewisse Heiterkeit bewiesen habe. Er rauchte gern, aß gern etwas Gutes. Melancholisch sei er nie gewesen, höchstens gelegentlich etwas mürrisch.

Am Morgen des Selbstmordes hatte er sich noch 100 Zigaretten bestellt, das Mittagessen geholt, nachher die Essensabfälle weggebracht.

Zu den Pflegern verhielt sich E. gleichsam immer als Vertrauensperson; er verstand es gut, andere Kranke zu beobachten und seine Beobachtungen zu schildern.

Zu jeder Zeit war er einem freundlichen Wort zugänglich, antwortete auch selbst gern mit einem leichten Scherz, den er mit verschmitztem Lächeln vorbrachte.

Ein Kranker gab noch an, daß er eine solche Tat von E. nie erwartet habe. Er habe noch am Tag des Suicides Witze gemacht, sei überhaupt in der letzten Zeit gut aufgelegt gewesen. Der Kranke meinte: „Der Gedanke an Selbstmord muß ihm plötzlich in geistiger Umnachtung gekommen sein.“

Die Sektion ergab außer den encephalitischen Veränderungen keine besonderen krankhaften Zeichen.

Im Alter über die erste Jugend heraus erkrankt Eversen an seiner akuten Encephalitis. Die körperlichen Symptome setzen schwer, seine soziale Existenz vernichtend, ein. Die Einengung des Motoriums schreitet späterhin langsam, aber doch auch für den Kranken deutlich genug fort. Er ist bald für einen großen Teil der Tage ans Bett gebunden.

Kurze Zeit nach der akuten Erkrankung zeigt er katatoniforme, stuporöse Zustände. Späterhin durchbricht nur selten ein fröhlicher Anlaß (Anstaltsfest und dgl.) den engen Zirkel, den ihm seine Bewegungseinengung setzt. Er beobachtet und registriert die Vorkommnisse auf der Abteilung, er weiß da genau Bescheid, verfolgt alles mit Interesse, urteilt gut, kann durchaus in entsprechender Weise seine Beobachtungen den Pflegern gegenüber formulieren, denen er so eine gute und zuverlässige Hilfe wird. Daß Eversens Gesichtskreis nur auf die einfachsten, seine Person im alltäglichen Betrieb angehenden Vorgänge eingeschränkt ist, ist gewiß situativ bedingt. Schon in den ersten Beobachtungen im

Jahre 1922 fällt seine eigentümliche, wohl etwas leere, seinem körperlichen Zustand jedenfalls durchaus inadäquate Euphorie als etwas fast Unerklärliches, Merkwürdiges und Unverständliches auf. Er nimmt aber, nach außen hin erstarrt aussehend, doch auch an seiner Familie Anteil, freut sich über Besuche. Der Sinn für Humor fehlt ihm keineswegs; er ist gegebenenfalls selbst schlagfertig und witzig.

Die bescheidenen Freuden seines Lebens weiß er zu schätzen und zu genießen.

Bis kurz vor seinem Tod teilte er noch scheinbar seine Genüsse für die Zukunft ein. Nur ab und zu verrät sich seine Einsicht in seinen Zustand, das Unentrinnbare seines Schicksals in den Worten: „Ich werde nicht besser werden.“ Irgendein zeitlich enger umschriebenes Erlebnis, ein akuter Anlaß für den Selbstmord ist nicht zu finden. Vor allem fehlt auch anscheinend, wenigstens nach außen hin, jede gröbere affektive Bewegung. — Die Ursachen für den Selbstmord liegen gewiß nicht an der Oberfläche.

Was war der letzte Anlaß? Handelte es sich tatsächlich um eine „plötzliche geistige Umnachtung“? Oder bedurfte es bei ihm überhaupt keines besonderen Anlasses? War der Selbstmord nicht vielmehr die Umsetzung einer langen Reihe von Überlegungen in die Tat, wobei das nach außen hin zuletzt immer gleiche Verhalten schließlich nur eine Maske für die Absicht war?

Die Fragen sind gewiß nicht völlig sicher zu beantworten. Es fehlt ja vor allem eine Bestätigung durch E. selbst.

Ich möchte aber doch annehmen, daß der Kranke den Selbstmord schon lange erwogen und gegenüber seinen Lebensaussichten abgewogen hat. Gleichsam provozierend mag noch mit hereinwirken, daß kurze Zeit vorher ein anderer Kranker der Anstalt Suicid begangen hatte.

Gewiß spielt in den Motiven des Selbstmordes des Eversen das Erleben der Krankheit mit ihren Folgen die wesentlichste Rolle, ohne daß man sagen könnte, daß er affektiv übermäßig leicht und vor allem nach außen hin darauf Resonanz gegeben hätte.

Hier liegt wohl ein Bilanzselbstmord vor bei einem Kranken, der bei starken Bewegungsstörungen recht geringe Veränderungen in psychischer Hinsicht aufwies. Die motorische Einengung täuschte vor allem zu Anfang der Beobachtung tatsächlich nicht vorhandene seelische Störungen vor.

Nach den eben geschilderten Fällen von Bilanzselbstmorden möchte ich noch 2 Kranke anführen.

Ist es bei ihnen bisher auch noch nicht einmal zu Suicidversuchen gekommen, so entspricht ihre seelische Situation durchaus der der Bilanzselbstmörder.

Man spricht gern bei Psychopathen, die mit Selbstmord drohen, davon, daß wer mit Selbstmord droht, wahrscheinlich ihn nicht begehen wird.

Ich glaube nicht, daß diese Ansicht als gute pädagogische Regel für Ärzte oder Studenten gelten darf. Wenn ähnliches gewiß auch für die prätentösen Selbstmorddrohungen mancher hysterischer Psychopathen zutrifft, so kann man doch recht häufig Suicide bei Psychopathen sehen, die vorher damit drohten. Ganz ähnlich gilt das, aber mit noch stärkerer Betonung für die Postencephalitiker. Die Drohung bildet häufig genug nur den Ansatz zu einer Handlung, die später doch noch zur Ausführung gelangt.

Häufig genug verhindert auch nur die zufällige Konstellation äußerer Umstände, daß es zum Selbstmord kommt.

5. Der 1879 geborene Kaufmann Arthur Sailer, der vom 7. 2.—29. 9. 29 auf der Encephalitisstation war, lebte seit 1904 als Vertreter einer großen deutschen Firma mit kurzen Unterbrechungen in China.

Dort machte er im Herbst 1923 (E.A. = 43 Jahre) seine akute Encephalitis durch. Ein Zeitlang litt er noch sehr unter Schlaflosigkeit, bis er 1926 steifer und langsamer wurde. Tanzen und Billardspielen ging nicht mehr so schnell wie früher. Man dachte zunächst an eine luische Erkrankung, dann erkannte man den Zustand als Folge einer Encephalitis. 1927 setzte Zittern in den Extremitäten ein, er mußte nach Europa zurück. Hier litt er noch zeitweise an Doppelbildern, unter Speichelfluß. In langsamem Fortschreiten verschlimmerte sich sein Zustand trotz energischer Behandlung (auch mit Fieber). Der Gang wurde schlüpfend, stolpernd. Schließlich konnte sich der Kranke kaum noch allein an- und ausziehen.

Auf der Station zeigte er schon Pfötchenstellung der Hände, deutliche Flexionshaltung, Amimie, Rigor in den Extremitäten — das vollständige Bild eines schweren Parkinsonismus. Die Sprache wurde leicht tonlos, kaum verständlich. Beiderseits bestand deutlicher *Babinski*.

Trotz der so starken körperlichen Störungen wies der Kranke in seelischer Hinsicht wohl nur relativ geringe Störungen auf. Er war sehr niedergedrückt, litt unter seinen körperlichen Störungen, die ihn aus dem Beruf des großen, repräsentierenden Kaufmanns gerissen hatten, außerordentlich. Er war empfindsam und lebte dauernd in Besorgnis, daß andere Menschen ihn auf seine Krankheit hin ansehen könnten. Sonst durchaus auch in gesellschaftlicher Hinsicht gewandt, wurde er beim Zusammentreffen mit anderen verlegen. Bradyphren war er gewiß nicht. Er bewies bis zur Entlassung von hier stets volles Interesse für seinen Beruf. Dabei hing seine Beweglichkeit sehr stark von der ihn gerade beherrschenden Stimmung ab, die bei Ablenkung auch vorübergehend ganz heiter sein konnte. Sein Lebensraum, seine großzügige, freie Lebensweise als Großkaufmann war durch die Krankheit eingeengt. Es ist zu verstehen, daß er den Gedanken an Suicid oft erwog, auch davon sprach. Die Krankheit bedeutete für ihn einen völligen Bruch seiner Lebenslinie.

Gerade Sailer ist ein Beweis dafür, daß die Zusammenhänge zwischen Motorium und Psyche bei den Postencephalitikern nicht so enge sind, wie man gelegentlich annehmen zu können glaubt. Bei ihm hing die Funktionsbereitschaft des Motoriums weitgehend vom Psychischen, von der gerade aktuellen Stimmung ab. Und das, was an psychischen Störungen bei ihm zu finden war, ist gewiß nicht im wesentlichen durch krankhafte Hirnveränderungen bedingt, sondern wächst psychoreaktiv aus dem Erleben des Ungenügens im Leben heraus.

Bei erschreckend klarem Einblick in sein weiteres Schicksal gewann das Ressentiment bei Sailer dauernd an Kraft.

Ein Selbstmord hätte für Sailer in dem Zustand, in dem er auf unserer Abteilung war, den Abschluß einer Rechnung bei klarem und nüchternem Verstand bedeutet, also das, was *Hoche* unter Bilanzselbstmord versteht.

6. Ein 31jähriger Waldarbeiter Berg war nach Angabe seiner Frau nach Ablauf der akuten Encephalitis im Gegensatz zu früher oft niedergeschlagen, dabei leichter erregbar geworden. Er äußerte verschiedentlich die Absicht, sich das Leben zu nehmen, „wenn sich sein Leiden nicht bessere.“ (E.A. = 24 Jahre.) Die Frau des Kranken, der im übrigen einen etwas stumpfen Eindruck machte, meinte jedoch: „Wenn jemand davon redet, dann tut er es bestimmt nicht.“ Trifft diese Ansicht auch nicht, wie oben gesagt, gemeinhin zu, so mag die Frau doch bei der Stumpfheit des Kranken Recht behalten.

Bei den meisten der bisher beschriebenen Kranken der 1. Gruppe kam es bei relativ gut erhaltenen und durch die Krankheit relativ wenig berührten seelischen Qualitäten, bei voller Einsicht in die durch die Erkrankung merklich fortschreitende Ausschaltung aus dem Leben, in die zunehmende Einengung des Lebensraumes durch den Parkinsonismus zum Bilanzselbstmord oder wenigstens zu ähnlich motivierten Drohungen oder Gedanken. Gewiß ist die Unlust beherrschender Stimmungsfaktor, aber doch entwickelt sich der letzte Entschluß aus einem kühlen, intellektuellen Kalkül heraus, das mit den positiven und negativen Lebenswerten abrechnet.

II. Selbstmorde als Reaktionen auf zeitlich umschriebene Störungen der Encephalitis.

Eine 2. Gruppe von Kranken kann unter dem Titel: „*Reaktionen auf zeitlich umschriebene Störungen der Encephalitis*“ beschrieben werden. Ihr gehören 3 Kranke an.

7. Der Kranke Alfer (geb. 11. 3. 03) machte die akute Encephalitis im Jahre 1925 in einem Alter von 22 Jahren durch. Angaben über krankhafte Belastung in der Familie liegen nicht vor.

Von der Erkrankung erholte er sich nicht recht, litt viel unter starken Kopfschmerzen. Jedoch meldete er sich wieder gesund, weil der Arzt ihm vorwarf, er wolle sich nur von der Arbeit drücken. Die Kopfschmerzanfälle ähnelten sehr denen einer Migräne; sie traten linksseitig auf, gingen mit Erbrechen einher. Nach einer Periode von Schlaflosigkeit nach der Erkrankung schlief er ein Jahr lang über die Norm hinaus. Dann stellte sich wieder die gleiche Schlaflosigkeit wie früher ein. Speichelfluß trat unmittelbar nach der Erkrankung auf. Alle Beschwerden wurden im Jahre 1928 schlimmer. Die Stimmung war gedrückt. „Das ist alles so schwer, als wenn ich gar nicht mehr zurechtkommen kann.“ Er kann nicht denken, die Gedanken lassen sich nicht halten. Überall sieht er unüberwindliche Schwierigkeiten, dabei weiß er selbst nicht, woher die Traurigkeit kommt. Er kann sich nicht dagegen wehren.

Beim ersten Selbstmordversuch im Frühjahr 1928 legte er die Schlinge um den Hals. Als er das getan hatte, „mußte ich plötzlich furchtbar weinen und dann fühlte ich mich etwas befreit.“ Schwer lastete auf ihm, daß der Arzt gesagt hatte, er müsse sich zusammenraffen. Seit Anfang 1928 merkte er, daß er langsamer wurde; er mußte die Schritte kleiner nehmen. Die rechte Hand neigte seit 1926 zu Fixation in Beugestellung. Er beobachtete selbst, daß er, wenn er die Augen schließen wolle,

blinzeln müsse, fürchtete, daß alle Menschen ihn deshalb beobachten würden. Dadurch wurde er innerlich völlig unsicher, noch ungeschickter in seinen Bewegungen. Verschiedene Ärzte hielten ihn nicht für krank, bis er schließlich zu einem Nervenarzt kam, der die richtige Diagnose stellte.

Auf der Abteilung zeigte er Hypomimie, Salbengesicht, der rechte Arm stand bewegungslos in leichter Beugstellung, beim Gehen pendelte er nicht. Von Zeit zu Zeit trat Zungenschnalzen und hörbares Schlucksen auf. Er fuhr dann mit der linken Hand gleichsam als Deckbewegung über die Stirn. Zeitweise bestand in der rechten Hand mittelstarker Tremor. Am rechten Arm fand sich leichter Rigor. Die Sprache war hastig, überstürzt, sehr laut, fahrig.

Seiner Krankheit gegenüber zeigte er sich zeitweise sehr hypochondrisch, dann aber auch wieder euphorisch und einsichtslos. Wenn er „seine Schauer“ hatte, war er außerordentlich ängstlich, ratlos, gehemmt, am liebsten allein. Fühlte er sich wohl, so war er ständig in Bewegung, suchte dauernd Arbeit, beschäftigte sich sehr fleißig, sang, redete viel. Es war nicht recht zu entscheiden, ob im wesentlichen das körperliche Wohlbefinden von den Stimmungsschwankungen abhing, oder ob es umgekehrt war.

Behandlung mit Salvarsan, Natrium kacodylicum und Höhensonne hatte zunächst keine wesentliche Besserung gebracht. Häufig befahl ihn plötzlich ein starker Angstaffekt. Er wurde dann unruhig, konnte nicht unter Menschen sein, lief ratlos umher. Dann trat schließlich eine deutliche Besserung ein. Die Stimmung wurde gleichmäßiger, nachdem es mehrmals geglückt war, die „Angstschauer“ durch ruhige Unterhaltung zu überwinden.

Schließlich wurde aber mit zunehmender Besserung des Allgemeinzustandes auch die Beweglichkeit im ganzen etwas freier. Mit dem rechten Arm konnte er besser zugreifen, jedoch litt er immer wieder unter Kopfschmerzen, Herzklopfen, Unruhe, Angstgefühl. Der Puls war außerordentlich labil. Leichte Temperaturen bis 37,8° fanden keine Erklärung.

Seine Suggestibilität ging vor allen Dingen auch daraus hervor, daß er, als ein Patient im Nebenbett Blickkrämpfe hatte, plötzlich auch Blickkrämpfe bekam. Er gab an, daß er, wenn er so etwas sehe, Angst habe, bei ihm könne das auch auftreten. Zuletzt war A. unter der Behandlung elastischer, geschickt; die Stimmung war meist gut, gleichmäßig, hoffnungsfreudig, häufig geradezu euphorisch. Er konnte sich gegen Verstimmungen wehren, durch Sichbeschäftigen darüber hinwegkommen. Ging es ihm gut, so war er laut, hastig, recht klebrig, handelte plötzlich, impulsiv, unvorhergesehen. Im Stationsbetrieb war er geradezu arbeitswütig. Bei der Entlassung fühlte er sich wie neugeboren. „Die Angstschauer sind sozusagen ganz weg.“ Er schlief wie „eine Ratte“. In seiner Bewegungsfähigkeit fühlte er sich nicht mehr behindert, „sozusagen kerngesund“. Die letzte Untersuchung auf der Abteilung zeigte keinen Mangel an Mitbewegungen, lebhafte Mimik; der Gang erfolgte mit großen elastischen Schritten. Die Arme pendelten beiderseits. Die ticartigen Störungen in der Mund- und Rachenmuskulatur waren weggeblieben. Nirgends mehr fand sich Rigor. Es bestand nur noch eine Konvergenzschwäche der Augen, allerdings immer noch die charakteristischen Zeichen einer nicht unerheblichen psychischen Veränderung.

Nach eigener Mitteilung des Patienten vom Februar 1931 war der Gesundheitszustand auf der Abteilung bedeutend besser gewesen; er klagte, daß der Erfolg nach 8 Wochen wieder verschwunden sei. „Die Angstzustände stellten sich 8 Wochen später wieder ein, und zwar so furchtbar, daß ich mich gezwungen sah, an mich selbst Hand zu legen. So habe ich mir das rechte Auge ausgeschossen.“ Seinen Gesundheitszustand bezeichnete er als augenblicklich sehr schlecht. Er klagte darüber, daß seine Mutter ihn immer wieder wegen Faulheit ausschelte. „Dabei will ich gern und kann nicht.“

Der Kranke machte seine akute Encephalitis mit 22 Jahren durch, war also damals schon über die Kindheit heraus.

Neben rechtsseitigen amyostatischen Erscheinungen blieben vor allem psychische Störungen bestehen, die, wie auch die körperlichen, durch den Aufenthalt auf der Abteilung wohl für kurze Zeit gebessert wurden, dann sich wieder einstellten und verschlimmerten.

Nach der akuten Encephalitis zeigte der Kranke die Symptome einer Migräne, er fühlte sich nicht mehr frisch und leistungsfähig. Daneben litt er unter ticartigen Krämpfen der Mund- und Rachenmuskulatur; er war motorisch langsamer geworden, empfand das auch. Das Bewußtsein seiner Krankheit, das Gefühl, daß ihm andere Menschen das ansehen könnten, führte zu erwartungsneurotischer Einstellung. Er war traurig verstimmt, meinte aber selbst, daß diese Verstimmung nur von dem Erleben der krankhaften Störungen herrühre.

So erfolgte der erste Suicidversuch, bei dem es jedoch nur bis zum Legen der Schlinge um den Hals kam: „Überall sah ich unüberwindliche Schwierigkeiten.“ Aber während des ersten Suicidversuches löste sich die unerträgliche Spannung in „furchtbarem Weinen“. Er hatte abreagiert, fühlte sich etwas befreit, das Leben hatte ihn wieder.

Auch auf der Encephalitisabteilung zeigte er „Schauer“, in denen er außerordentlich ängstlich, ratlos, gehemmt war, sich in die Einsamkeit flüchtete. Draußen war die erreichte Besserung bald wieder weg. Und nun setzten wieder eigentümliche, anfallsweise auftretende, von innen heraus kommende Verstimmungen ein, die die an und für sich, vor allem auch auf der Encephalitisabteilung bestehende Euphorie ganz ausschalten konnten.

Ohne weiteren Anlaß, aus der Ratlosigkeit seiner Verstimmung heraus, aus einer schließlich nicht inhaltlosen Angst, die aber doch von innen her auftrat, schoß er sich die Kugel in den Kopf, ein Auge aus.

Hier scheint der Selbstmordversuch aus der Verstimmung heraus motiviert, die endogen, aus der Krankheit heraus, nicht erlebnismäßig auftrat. Der erste Selbstmordversuch brachte eine Lösung der ratlosen affektiven Verkrampfung. Aber der letzte fügte seiner Krüppelhaftigkeit nur noch den Verlust eines Auges hinzu.

Nur als Unterton der Depression wirkte der Gedanke an die Mutter mit, die ihn schalt, wo er doch gern wollte, aber nicht konnte.

Beide Suicidversuche weisen somit recht weitgehende Ähnlichkeiten der seelischen Konstellation auf, aus der heraus sie erfolgten. Sie entspringen nicht aus kühler Überlegung, sondern an ihrer Wurzel stehen Ratlosigkeit und Hilflosigkeit vor den „unüberwindlichen Schwierigkeiten“ des Lebens, die ihre Deutung aus biologischen Vorgängen erhalten, die vom Krankheitsgeschehen abhängen.

Es ist also nicht so sehr eine gleichsam intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Leben, ein In-sich-hinein-Grübeln, das hier zum Selbstmordversuch führte, vielmehr kommt die depressive Kraft des Selbstmordversuches doch aus von innen, von der Krankheit her auftretenden Verstimmungszuständen. Im übrigen zeigte der Kranke neben wechselnder Stimmung eine Erschwerung der Denkvorgänge, „die Gedanken lassen sich nicht halten.“ Die aktuelle Kraft des Denkens fehlt, worüber viele Postencephalitiker klagen. Auf der anderen Seite beherrschte den Kranken eine betriebsame Unruhe, wenn die akut einsetzenden „Schauer“ wieder vorbei waren.

Bei 2 weiteren Kranken akzentuierten periodisch auftretende Verstärkungen der seelischen Krankheitserscheinungen während nächtlicher Unruhe und Blickkrämpfen die Suicidgedanken.

Ich halte einige genauere Angaben für nicht unwichtig.

8. Der erste der Kranken, ein 1893 geborener Kaufmann Helm hatte seine akute Erkrankung 1920 durchgemacht (E.A. = 27 Jahre). Ungefähr 1 Jahr lang konnte er noch als Buchhalter tätig sein, dann wurde er entlassen. Er war so schlapp und müde, daß er die Arbeit nicht mehr durchführen konnte. Im Jahre 1927 war er zum erstenmal auf der Encephalitisstation, damals schon mit deutlichen amyotatischen Störungen, einer starken Erschwerung der Beweglichkeit im linken Arm und einem linksseitigen *Babinski*. 1926 waren Blickkrämpfe aufgetreten. Quälend war vor allem bis ins Jahr 1931 herein die nächtliche Unruhe. Scopolamin und Atropin nützten nichts, vor allem hielten sie das Fortschreiten der Erkrankung nicht auf. Aus dem Schlaf heraus stand er, nach Bericht der Angehörigen, häufig auf, ging zum Fenster hin. „Er wußte selbst nichts davon; erst wenn ihn seine Frau anrief, kam er wieder zu sich.“ Der Schwiegervater meinte, er sei oft nachts ganz verwirrt, laufe zum Fenster hin, um herauszuspringen, sich etwas anzutun.

Der Kranke selbst klagte mir gegenüber übrigens auch über eine eigenartige Denkstörung (eine Erschwerung der Auffassung von fremden Äußerungen und des eigenen Gedankenzuflusses).

Bei ihm war es wohl so, daß in Zuständen von unruhevoller Schlaftrunkenheit suicidale Absichten hervortraten, die, sonst wohl schon bereitliegend, durch die Kritik des wachen geistigen Lebens zurückgedrängt werden konnten.

9. Der Binnenschiffahrtskapitän Heinrich Wörth ist am 30. 3. 87 geboren. Er befand sich auf der Encephalitisstation vom 16. 11. 26—10. 3. 27. Die akute Encephalitis hat er im Jahre 1920 durchgemacht (E.A. = 33 Jahre). Er erholte sich danach, hatte jedoch ein Druckgefühl auf der Brust und späterhin, d. h. vor allem von 1924 ab, trat ein eigentümlicher „Tatterig“ bei Anstrengungen auf. Er litt unter Angstgefühl. Selbst bei leichten Arbeiten fürchtete er, nicht fertig zu werden. Dezember 1925 machte er eine Kopfrosee durch, der heftige Kopfschmerzen folgten. Hatte er Angstgefühl, so sprach er jeweils schlechter. Blickkrämpfe traten seit Juni 1926 ein.

In körperlicher Hinsicht tränkten die Augen sehr leicht, es bestand deutliches Lidflattern. Die Zunge zitterte stark. Bei dem Zittern ging das Platysma mit. In beiden Armen, und zwar rechts weniger als links, zeigt er einen deutlichen Rigor, deutliches Zahnradphänomen. In den unteren Extremitäten war der Rigor geringer.

In psychischer Hinsicht klagte W. über leichte Vergeßlichkeit, über eine innere starke Unruhe. Er rege sich über alles auf. Zunächst machte er auf der Abteilung einen etwas gespannten Eindruck, zeigte eine gewisse Reizbarkeit, im Grunde genommen jedoch war er gutmütig. Bald zeigte er auf der Abteilung die charakteristische Euphorie vieler Postencephalitiker. Wie er andererseits meinte, litt er unter dem eigentümlichen „Angstgefühl“, seitdem er nach der akuten Encephalitis einmal mit dem Dampfer auf eine Klippe aufgelaufen war. Trotzdem hatte er sein Dampfschiff bis 1924 weitergeführt. Es fiel ihm selbst eine gewisse „Langweiligkeit“ auf. Dabei hatte er den Eindruck einer gewissen Steifigkeit. Er schlief sehr schlecht, zuweilen überhaupt nicht. Träume störten ihn sehr. Nachts mußte er zeitweise aufstehen.

Als er vertrauter war, sich auf der Abteilung mehr eingelebt hatte, schilderte er Aufregung und Angstzustände dahin, daß die Angst doch auch ohne Anlaß von außen her einsetze. Zuweilen geht die Angst Augenkrämpfen voraus. Es ist so, daß die Angst verschwindet, wenn die Augenkrämpfe da sind, „als ob sich die Spannung löst.“ Dann fühlt er sich erleichtert. Durch Hypnosebehandlung war, wenigstens vorübergehend, sein Zustand zu bessern. Die Sprache war sehr verwachsen, und unterhielt man sich mit ihm, so echolalierte er etwas.

In allem war er schwer besinnlich, wollte z. B. nicht ausrechnen können, welches Jahr wir vor 100 Jahren gehabt hätten. Auch über die Ereignisse der letzten Zeit war er recht mangelhaft orientiert.

Sein Zustand hat sich seit dem letzten Jahr wesentlich verschlimmert. Er klagte darüber, daß er auch jetzt noch Selbstmordgedanken habe, aber nur während der Augenkrämpfe, sonst nicht. Er meinte: „Diese Gedanken kommen ganz von selbst, ich will es eigentlich gar nicht.“

Bei W. ist man gewiß berechtigt, eine Bradyphrenie anzunehmen, insofern er auch außerhalb der akut einsetzenden Verschlimmerungen schwer besinnlich, „langweilig“ war, es an Beweglichkeit des Denkens fehlen ließ, Schwierigkeiten beim Umstellen auf ein anderes Thema aufwies. Die Selbstmordgedanken kamen bei ihm während Angstzuständen, die jeweils mit Blickkrämpfen auftraten. Daneben zeigte W. auch Angstzustände ohne Blickkrämpfe und dann traten Selbstmordgedanken ganz zurück. Er empfand die Suicidgedanken durchaus als etwas Ich-Fremdes, fast zwangsmäßig Auftretendes.

Bei diesen 3 Kranken führt das unmittelbar aus der Krankheit herauswachsende episodenhafte Erleben von Angst- und Unruhezuständen zu einer unerträglichen Situation, die vom Affektiven, vom Dysphorischen her die Persönlichkeit, wenn auch nur vorübergehend, in ihren Bann schlägt.

III. Selbstmorde usw. als Ausweichreaktionen.

Eine 3. Gruppe der Kranken wird durch die „Ausweichreaktionen“ gekennzeichnet. Die Kranken suchen durch den Suicid oder Suicidversuch nicht der Krankheit und Krankheitssymptomen zu entgehen, vielmehr einem ihnen unfreundlichen menschlichen Milieu, dessen Unfreundlichkeit sich nur zum Teil als Reaktion der Gesunden auf das Kranksein unserer Patienten erklärt.

10. Der erste der hierhergehörigen Fälle ist die Dienstmagd Elise Meyer, geboren am 24. 12. 02, die sich 2mal für längere Zeit auf unserer Encephalitisstation befand, und zwar vom 14. 3.—2. 9. 27, wie vom 2. 4. 28—20. 4. 29.

Vom Mann einer ihrer Stiefschwestern erfuhren wir, daß die Kranke unehelich geboren war. Auf der Schule hatte sie angeblich sehr gut gelernt. Bis zum akuten Stadium der Encephalitis epidemica im Jahre 1920 (E.A. = 18 Jahre) soll sie stets gesund gewesen sein. 2 Jahre nach Ablauf der akuten Erkrankung wurde sie langsamer, im Wesen verändert. Sie heulte sehr leicht, wurde unverträglich, unfügsam, tat nur, was sie wollte. Ihr Zustand verschlimmerte sich langsam fortschreitend. Vor allem wurde sie sehr frech gegen ihre Mutter, schimpfte völlig haltlos. Allerdings scheinen engere affektive Bindungen zwischen Mutter und Tochter nicht bestanden zu haben. Nachts schlief sie recht unruhig, redete viel im Schlaf, „phantasierte“.

Die Kranke gab über sich selbst nach dem Krankenblatt einer Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, wohin sie 1926 wegen eines ernstgemeinten Suicidversuches gebracht werden mußte, an, daß sie im Frühjahr 1920 plötzlich mit Kopfweh und Drehschwindel erkrankt sei. 4—5 Wochen lang habe sie das Bett hüten müssen. Die Erinnerung an diese Zeit war eine recht summarische. Man kann für die erste Zeit gewiß einen deliranten Zustand bei ihr annehmen.

Einige Wochen später fielen die Haare aus, sie litt unter dauernden Kopfschmerzen. Im übrigen hat sie sich dann aber zunächst „vollkommen gesund“ gefühlt.

Anfang 1925 wurde sie ihrer Schilderung nach müde. Sie konnte immer schlafen. Bald trat Zittern im rechten Bein auf, vor allem bei Aufregungen. Sie wußte davon, daß sie nachts laut träumte. Im übrigen versicherte sie jedoch, ihre Stimmung sei eigentlich immer vergnügt gewesen.

Im Herbst 1926 kam es zu einer Auseinandersetzung mit dem Bräutigam. Sie besuchte ihn einmal nicht, wie er es wünschte. Daraufhin erhielt sie einen Abschiedsbrief, über den sie so bedrückt und traurig wurde, daß sie Angehörigen gegenüber äußerte, sie wolle sich aufhängen oder vor den Zug werfen. Schließlich hängte sie sich auch zu Hause auf, wurde vom Schwager gerade noch vom Strick abgeschnitten, in die Heil- und Pflegeanstalt gebracht. Die Mutter, die sich späterhin, und zwar nicht mit dem Vater der Kranken, verheiratet hatte, reagierte auf den ganzen Vorfall nur mit den Worten: „Man hätte sie ruhig hängen lassen sollen.“ Bei der Aufnahme in die Anstalt gab Patientin an, sie habe sich nach Lösung des Liebesverhältnisses von allen verstoßen gefühlt, beschwerte sich dann gleich über die Ärzte, die sie draußen behandelt hätten. Man hatte anscheinend ihren durch die Encephalitis bedingten Blinzelkrampf, der erst in den letzten Jahren stärker hervorgetreten war, als psychogen bedingt aufgefaßt, in entsprechender Weise energisch, aber ohne Erfolg behandelt.

In der Anstalt selbst verhielt sie sich geordnet, zunächst leicht deprimiert. Bald lachte sie dazwischen herein auch einmal. In körperlicher Hinsicht war sie steif und bewegungsarm, zeigte wandernde Hautröte; die Hände waren kalt und feucht. Nach kurzer Zeit der Eingewöhnung in der Anstalt trat eine gewisse Übererregbarkeit deutlich hervor. Bei Verlegen nach einer anderen Station wurde sie unruhig, weinte die ganze Nacht. Jedoch zeigte sie nach im ganzen 7 Wochen (Ende 1926) keine Neigung zu depressiven Verstimmungen mehr. Sie war im Gegenteil meist guter Laune, fröhlich; man konnte sie ohne besondere Bedenken entlassen.

Ihre Reizbarkeit und Erregbarkeit blieben zu Hause unverändert bestehen. Zu eigentlicher Arbeit war sie nicht mehr fähig. In den letzten 3 Tagen vor der Aufnahme auf unserer Station lag sie zu Hause im Bett, sprach nicht, aß nicht, trank nicht. Dazwischen herein schrie und heulte sie laut.

Auf der Encephalitisstation (14. 3.—2. 9. 27) zeigte die kleine, rötlich-blonde, plump und dysplastisch gebaute Patientin einen auffallenden Blinzelkrampf, der es ihr zuweilen kaum ermöglichte, die Augen offen zu halten. Die Gesichtszüge waren hypominisch; es bestand starke Talgsekretion. Im ganzen Körper fand sich mittelstarker Rigor, am stärksten im rechten Bein, weiterhin mittelschlägiger Ruhe-, ab und zu auch Bewegungstremor. Beide Arme waren pseudoadiadochokinetisch, allenthalben bestand starker Dermographismus. Die Reflexe wiesen besondere Störungen nicht auf.

Auffallend war der eigentümlich grobschrittige, völlig ungraziöse Gang, der im Verein mit dem plumpen, meist unbeholfenen Gesichtsausdruck ihr für den ersten Anblick das Aussehen eines gutmütigen Trampels verlieh. Dabei war sie nicht eigentlich schwachsinnig, stets orientiert, bewies in mancher Hinsicht eine erstaunliche geistige Beweglichkeit, die ganz im Gegensatz zur Hypokinese in körperlicher Beziehung stand. Nach ungefähr 4wöchigem Aufenthalt auf der Station trat die der Kranken innewohnende drangartige, ziellose Unruhe immer deutlicher zutage. Sie schlief schlecht, ging nachts oft auf der Abteilung umher, trieb sich im Badezimmer herum. Die Stimmung war keineswegs bedrückt, eher euphorisch gefärbt. Dabei zeigte sie eine auffallend leichte Erregbarkeit. Häufig gab sie sich in infantiler Weise naseweis. Das Blinzeln trat unter niedrigen Atropingaben und Milchinjektionen zurück. Der Versuch einer hypnotischen Behandlung scheiterte. Auf der Abteilung war sie immer auf den Beinen, bald hier, bald dort. Jeden Bekannten und Unbekannten sprach sie hemmungslos an. Allen streckte sie die Hand zur Begrüßung hin. Sie war auch zu den Männern der Station recht zudringlich. 2 Monate nach ihrer Aufnahme überfiel sie geradezu einen Patienten, umarmte ihn, gab ihm einen Kuß. Auf Vorhalt erfolgte nur: „Ich wollte ihm etwas ins Ohr sagen.“ Das sei aber nur zum Spaß geschehen. Sie habe doch noch nie mit Männern zu tun gehabt, bleibe gewiß ganz kalt dabei. Jedoch hatte sie auch andere Patientinnen aufgefordert, dem Kranken einen Kuß zu geben.

Im übrigen führte sie ihr aufgetragene Arbeiten fleißig und ordentlich aus. Sie fühlte sich hier sehr wohl. Meist zeigte sie ein vergnügtes, fröhliches, verschmitztes Gesicht, war zuvorkommend, dienstbereit, immer jedoch auch klebrig, zudringlich, fast aufdringlich.

Ein Gutachten, das damals vom Amtsgericht eingefordert wurde, sprach sich für Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. aus.

Nach der Entlassung kam bald ein Brief der Patientin an, in dem sie mit zittriger Schrift flehentlich um Neuaufnahme bat. „Der freundliche Empfang von meinen Angehörigen hat nicht lange gedauert. Sie wollen mich jetzt schon ganz und gar vernichten.“

Der zweite Aufenthalt erfolgte dann vom 2. 4. 28—20. 4. 29. Zu Hause war es nicht gegangen. Stiefvater und Stiefgeschwister hielten ihr immer wieder ihre uneheliche Geburt vor, zudem fand sie in der Familie keinen Glauben an ihre Krankheit. Dabei konnte sie die ihr im Haushalt gestellten Pflichten gewiß nicht mehr erledigen. Es gab Ärger, Stöße und Tränen. Das Zittern trat deutlicher auf, wie sich im großen und ganzen die Symptome dauernd verschlimmert hatten. Der Blinzelkrampf verstärkte sich immer mehr, tonische Blickkrämpfe setzten ein, denen Kopfschmerzen folgten. Die Hände waren meist kalt, die Periode ließ an Stärke und Dauer nach. — Die Stimmung war bald nach der Aufnahme wieder gehoben, etwas läppisch. Trotz Verstärkung der motorischen Hemmungen gegenüber früher nahm sie die vertrauten Arbeiten auf der Station gleich wieder auf.

In der Krankengeschichte finden sich mehrfach Einträge, daß die Kranke eine Verlangsamung des Gedankenablaufes aufwies. Weiterhin wird sogar gesagt: „fabelhaft bradyphren und bradykinetisch.“ Doch kann ich nach späteren eigenen Erfahrungen mit der Kranken nur annehmen, daß dieses Urteil auf einem nicht ganz berechtigten Gebrauch des Wortes „Bradyphrenie“ beruht.

Nach Eingewöhnen wurde die Kranke bald wieder vorlaut wie früher. Hatte sie Blickkrämpfe, so wurde sie ratlos, ging hin und her, klagte dann über ein Gefühl von Benommenheit. Zuweilen steigerte sich die Ratlosigkeit geradezu zu einer Verwirrtheit. Hypnoseversuche, die wieder versucht wurden, lehnte sie mit Lächeln und Dazwischenreden ab. Auf energischen Vorhalt wurde sie ängstlich und erregt.

Bei Besorgungen in der Stadt, die ihr bald wieder anvertraut werden konnten, zeigte sie sich treu, geschickt, wenn auch recht langsam.

Bald entspann sich wieder eine gewiß unschuldige Liebesbeziehung zu einem Kranken, dessen Briefe sie nach seiner Entlassung strahlend den Schwestern zum Lesen gab.

Ihre Grundstimmung konnte bei entsprechenden Anlässen leicht schwanken. Sie war affektlabil, aber immer fand sie bald wieder die Wendung zur guten Laune.

Im August 1928 war sie eine ganze Zeitlang recht verstimmt, weil man die Frage ihrer Entlassung erwog. Damals weinte sie leicht. Ein äußerer Ausdruck ihres Wohlbefindens auf der Abteilung war eine Gewichtszunahme von 7,5 kg. Sie äußerte mit leichter Eitelkeit den Wunsch nach Milchtagen. Mehrmals durchgemachte, an und für sich unbedeutende Halsentzündungen führten jeweils zu starker Mattigkeit und Klagebereitschaft.

Stets war sie neugierig, mischte sich in alles herein. Immer wieder zeigte sie ein gewisses Geltungsbedürfnis. Sie hielt nicht damit zurück, ihre Leistungen zu betonen. An und für sich unbedeutende Beschwerden baute sie mit einer gewissen Vorliebe aus. Als sie einmal etwas heiser war, sprach sie besonders viel und übertrieb dabei offensichtlich ihre Heiserkeit. In intellektueller Hinsicht wies sie bis in die letzte Zeit herein besondere Störungen nicht auf. Als die Frage der Entlassung erörtert wurde, sträubte sie sich dagegen, in eine Heil- und Pflegeanstalt verlegt zu werden. Sie protestierte mit Jammern und Weinen. Lieber wollte sie wieder nach Hause; obwohl sie wußte, daß sie da nicht besonders freundlich aufgenommen werden würde. Aber sie meinte, sie wolle eher sterben und ins Wasser gehen, als daß sie nach einer anderen Anstalt käme. Sie besaß damals sogar die Aktivität, einen Brief an den Landrat zu schreiben, in dem sie um Entlassung nach Hause ersuchte. Wir fügten uns ihrem Wunsch und ließen sie nach Hause.

Einige Wochen später (12. 8. 29) hat sie sich zu Hause erhängt. Ein lakonischer Brief ihres Schwagers lautet: „Sie hatte sich selbst ein Ziel gesetzt, wo wir nicht mehr vor aufpassen konnten. Denn sie wußte wohl sehr gut, daß sie nicht zu heilen sei.“

Von persönlichen Eigenarten der Patientin vor ihrer Erkrankung ist nur bekannt, daß sie „unauffällig“ war. Die akute Erkrankung fällt in das 18. Lebensjahr. Nach einer Latenzzeit bildete sich ein mittelschwerer Parkinsonismus aus. Hand in Hand damit trat eine deutliche Veränderung ihrer Persönlichkeit hervor.

Bei dieser Entwicklung spielt gewiß auch mit herein, daß sie in der Familie (man erinnere sich nur an die Äußerung der Mutter nach dem ersten Suicidversuch) dauernd ein Stein des Anstoßes war. Sie war von vornherein entwurzelt. Ihre körperliche Leistungsfähigkeit war durch die Krankheit herabgesetzt. Sie war abnorm müde, neigte zum Schlafen. Aber sie war auch unverträglich, leicht erregbar, heulte auf Vorhalte gleich los, wollte sich nicht mehr einfügen.

Dies alles wußte sie selbst zu schildern, wenn sie andererseits auch meinte, sie neige eher zu einer gewissen Fröhlichkeit, die sie dann in der

Ruhe der Encephalitisstation, fern von familiären Schwierigkeiten, tatsächlich wiederfand. Diese euphorische Stimmung war gewiß ihren Krankheitssymptomen, ihrer unmittelbaren Situation im Leben völlig inadäquat. Und in ihr darf man gewiß eine organische, durch die Krankheit selbst hervorgerufene Veränderung sehen.

Es kam dann das Erlebnis mit dem Bräutigam, der sich von ihr los sagte, gewiß auch aus dem Grund, weil er die Krankheit bei ihr sah. Nun kam es zu der ratlosen Kurzschlußreaktion des ersten Suicidversuches. Sie fühlte sich plötzlich vereinsamt, allein und verlassen, ohne daß das Bewußtsein vitaler Bedrohtheit durch die Erkrankung hereinzuspielen braucht.

Die Kranke war schon ihrer körperlichen Anlage nach in keiner Weise von der Natur bevorzugt, vielmehr ein etwas ungefüges, häßliches, kleines Wesen, bei dem neben der Verlangsamung der Bewegungen, dem Rigor, den Blinzelkrämpfen; später auch Blickkrämpfe recht aufdringlich waren.

Außer der gewiß aus dem Organischen heraus, nicht erlebnismäßig bedingten Verschiebung der Grundstimmung, deren Labilität zeigte sie eine recht große und auch ins Krankhafte gehende Erregbarkeit, der eine rasche Umsetzung der Affekte ins Motorische entsprach. Diese Neigung zu kurzschlüssigen Handlungen ist gleichsam eine Vorbedingung für ihr suicidales Handeln. Der Ärger über die Untreue des anderen, über die Isolierung in der Familie, dabei gewiß auch manche Mißempfindungen aus ihrer Krankheit heraus häuften sich gleichsam an und lösten sich gewaltsam in der Handlung des ersten Selbstmordversuches.

In der Anstalt waren diese dysphorischen Affekte bald abreagiert. Sie ist wieder ruhig, heiter, scherzt. Das Milieu stimmt sie bald um.

Später verschlimmert sich ihr Zustand. Die Anforderungen des Tages führen ihr ihr Versagen immer wieder vor. Blickkrämpfe kennzeichnen sie nach außen hin. Sie ist für die anderen Menschen stigmatisiert.

Von einer Bradyphrenie kann man bei ihr gewiß nicht sprechen. Was bei ihr in psychischer Hinsicht vor allem betroffen ist, ist die Affektseite, das Temperament, wie auch die Triebseite. Sie ist der Spielball ihrer Erlebnisse, die affektiven Apparate gehen mit ihr durch, sie versagt mit den zu einer entsprechenden Lebensführung notwendigen Hemmungen. Ihre erotischen Neigungen überrennen sie. Der Einfall des Augenblicks beherrscht sie.

Sie läßt durchaus Dezenz anderen gegenüber vermissen, in einem Grad, wie man trotz ihrer sozialen Herkunft nicht zu erwarten brauchte. So prahlt sie auch den Schwestern und den anderen Kranken gegenüber mit den Briefen, wie sie auch sonst sich auf der Abteilung nie in den Schatten stellt.

Ihre Hilfeleistung drängt sie mit einer gewissen Klebrigkeit immer wieder auf, wie auch *Steck* durchaus zu Recht erklärt, daß manche Post-

encephalitiker in dieser Hinsicht Epileptikern ähnlich sind. Trotz ihrer betonten Sozialität ist sie doch schließlich egoistisch, herrschsüchtig, wie bei ihr denn überhaupt ein Teil aufopfernder Einstellung anderen Menschen gegenüber gewiß nicht vor allem sozialen Instinkten entspricht. Sie petzt andere gern an. Hat sie Blickkrämpfe, so ist sie leicht erregt, ratlos verwirrt. Aber gewiß ist der Abschluß des Lebens durch Erhängen nicht die Folge eines solchen Zwischenspieles.

Die körperlichen Symptome haben sich im Laufe der Jahre zunehmend verschlechtert.

Wie die meisten menschlichen Handlungen ist der Selbstmord unserer Kranken gewiß nicht nur von einer Seite her determiniert. Es fehlt nach Angaben des Schwagers wohl ein letztes, irgendwie auslösendes Erlebnis. Bei der Kranken ist es zu einer Summation von Unlust gekommen, die schließlich zur Tat führte. Hier laufen verschiedene Wege zusammen. Einmal das Entwurzeltsein der Patientin, das schließlich aber doch schon vor der Amyostase bestand. Es bildet gleichsam den Grundton. Im Milieu der Familie fehlen alle tiefergehenden Bindungen. Sie findet nicht die Resonanz des Mitgefühls. Als Mensch fühlt sie sich nur geduldet. Sie lebt unter den Vorwürfen der Angehörigen, die ihre Krankheit nicht verstehen und verstehen wollen. Dazu kommt das Versagen im täglichen Leben, wie gewiß auch die Erinnerungen an die unglücklichen Liebesbeziehungen drückend auf der Kranken gelegen haben. All diese Erlebnisse konnten aber auf der Station gleichsam latent bleiben. Ich möchte annehmen, daß die Kranke, wenn es möglich gewesen wäre, sie auf der Encephalitisstation zu halten, noch am Leben wäre. Das ungünstige Milieu der Familie akzentuierte die Mißstimmung und treibt die Kranke zum Selbstmord, der wohl nicht so ganz, wie der erste Suicidversuch, nur eine überstürzte, kurzschlüssige Handlung war. Die durch die Krankheit hervorgerufene Schwankungsbereitschaft der Stimmungslage unter äußeren Eindrücken wirkt mit herein.

Durch das Suicid weicht die Patientin den Schwierigkeiten aus, die ihr die Mißgunst ihrer Familie bereitet. Es handelt sich gewiß nicht um einen Bilanzselbstmord, der vor allem die durch die Krankheit bedingte Störung der Ich-Umweltsbeziehungen berücksichtigen würde. Das Suicid der Kranken erfolgte gewiß mit Blickrichtung auf das unfreundliche, abweisende Verhalten der Familie.

11. Der zur Zeit des Aufenthaltes auf der Encephalitisstation 43jährige Architekt Bruno Niederwall (geb. 3. 12. 85) stammt aus anscheinend gesunder Familie.

Als Kind litt er häufig an Bindehautentzündungen. Auf der Mittelschule blieb er zweimal sitzen, angeblich weil ihn seine Stiefmutter gehindert habe, die Schulaufgaben zu erledigen. Sie beschäftigte ihn sehr mit häuslichen Arbeiten. — Nach der Schulzeit lernte er als Maurer, besuchte eine Baugewerbeschule, wo er auch zweimal sitzen blieb, diesmal, weil er „zu flott gelebt habe“. Nach einer 3monatigen weiteren Ausbildung auf einer technischen Hochschule machte er sich als Architekt selbständig. Er verdiente gut.

1910 verheiratete er sich; aus der Ehe sind 2 Kinder hervorgegangen. 2 Jahre vor der Aufnahme auf die Encephalitisstation (26. 9. 28—11. 12. 29) hatte die Frau des Kranken im Glauben, schwanger zu sein, Selbstmord durch Erhängen begangen. Wie die Sektion ergab, war sie jedoch gar nicht gravid. Gewiß hat zu dieser Reaktion der Frau die Erkrankung des Mannes und die dadurch bedingte schwierige wirtschaftliche Lage wesentlich beigetragen.

Die akute Encephalitis fällt in das Jahr 1924 (E.A. = 39 Jahre). Patient delirierte, so daß man daran dachte, ihn in eine Irrenanstalt zu bringen. Für das akute Stadium besteht eine fast völlige Amnesie. Nach $\frac{1}{4}$ Jahr war er dann wieder „so gesund, wie er auch früher gewesen sei, ohne jede Beschwerde.“

Im Jahre 1926 bemerkte er jedoch, daß es mit dem Sehen schlechter wurde, es kam ihm alles verschwommen vor, ohne daß er Doppelbilder gehabt haben will. Der Speichel floß ihm aus dem Mund, er wurde unbeholfener, langsamer, fühlte sich in allem gehemmt und träge. Die Hände zitterten zeitweise, er hatte großes Schlafbedürfnis. Nach einem Jahr besserte sich das wieder etwas. Er klagte damals darüber, keine Energie mehr zu haben, seinen Arbeitern könne er nicht mehr gegenüberreten. Im fehle die Lust zur Arbeit, er glaube auch „am Verstand gelitten zu haben.“ Er habe keine Lust mehr am Leben.

Der einweisende Arzt teilte mit, daß N. sich noch an einem der letzten Tage vor der Aufnahme habe mit Gas vergiften wollen. Man sei dazwischen gekommen. Er leide sehr unter seinem Zustand, es bestehe bei ihm eine allgemeine körperliche und psychische „Erstarrung“, es fehle an Initiative und psychischer Antriebskraft.

Der Kranke selbst gab hier an, daß ihm seit seiner Erkrankung nichts mehr glücke, sein Geschäft habe so nachgelassen, daß die Fürsorge für ihn habe eingreifen müssen. In sexueller Hinsicht sei er völlig inappetent.

Er war mager, hatte deutliches Salbengesicht, war im ganzen Körper bewegungsarm, verlangsamt. Antworten erfolgten einsilbig, kurz, doch nicht abweisend.

Am linken Bein waren der *Oppenheimsche* und der *Babinskische* Reflex angedeutet.

Das einzige, wofür Patient zunächst Interesse zeigte, war Rauchen. Im übrigen erschien er sehr stumpf und interesselos, fügte sich ohne Widerstreben in alle Anordnungen der Station, kam mit niemandem in Schwierigkeiten.

Auf der Abteilung fühlte er sich sehr wohl, beantwortete Fragen nach seinem Ergehen stets mit der Antwort: „Danke, gut.“ Fragte man ihn, ob es besser geworden sei, so erfolgte jedoch: „Nein, immer dasselbe.“ Die amyostatischen Zeichen verminderten sich unter der Behandlung nicht.

Zunächst saß er fast den ganzen Tag im Tagesraum, rauchte und spielte Karten. Später, als er sich vertrauter fühlte, klagte er selbst darüber, daß er sich innerlich völlig ruhig, ja zu ruhig fühle. Er habe an nichts mehr Interesse, möge nichts Ernsthaftes mehr denken, infolgedessen auch nicht lesen. Wenn er auch eine Besserung seines Kräftezustandes anerkenne, so habe ihm die Kur nicht weiter genützt. So faßte er das Resultat der Behandlung für ihn zusammen. Als ihm einmal eine seinem Beruf durchaus entsprechende Aufgabe gestellt wurde (Urlaubs-karten zu zeichnen), schlug er den kürzesten Weg insofern ein, als er diese Karten in gewöhnlicher Handschrift schrieb.

Der gerichtlich bestellte Pfleger des Kranken berichtete bei einem gelegentlichen Besuch von dem krassen Gegensatz der früheren und jetzigen Persönlichkeit des Patienten Niederwall. Er habe gute künstlerische Qualitäten gehabt, sei als Architekt begabt gewesen, habe eine angesehene Stellung eingenommen, bis er krank geworden sei. Nach der Krankheit sei sein Geschäft eingegangen. Kunden, die nicht zahlen wollten, habe er einfach gehen lassen. Er habe alles Interesse verloren, man habe ihn schließlich bei anderen Leuten beschäftigen müssen, weil er selbständig nicht mehr habe arbeiten können. Der letzte Arbeitgeber habe den N. nur noch mit

Lehrlingsarbeiten beschäftigen können. Die Kinder habe man dem Vater entziehen müssen, er habe ihnen allen Willen gelassen, und sie wären völlig verkommen und verwildert gewesen. N. habe keine Bücher mehr geführt, so daß es nun schwer möglich sei, die gewiß sehr ungünstigen Vermögensverhältnisse auch nur einigermaßen zu klären. Es sei ausgeschlossen, ihn in seine alten Verhältnisse zurückzubringen. Das Chaos werde nur noch größer und dann werde N. gewiß wieder zu suicidalen Absichten gedrängt werden. Man habe ihn einige Zeit nach dem Tod der Frau aus einem Zimmer, in dem er den Gashahn geöffnet habe, herausholen müssen.

Eigentümlich war die Ruhe und Gelassenheit, die Unbeteiligtheit, mit der N. die Nachricht von seinem Verbleiben auf der Abteilung aufnahm. Er war durchaus damit einverstanden. Im Vordergrund stand weiterhin immer wieder die große Initiativlosigkeit und Indolenz des Patienten, die nur dann etwas geringer wurde, wenn man ihm Aufgaben stellte. Aus eigenem Antrieb heraus erfolgte nichts. Scherzweise wurde er dazu angehalten, einen Entwurf für ein Haus für einen der Ärzte zu zeichnen. Das erfolgte wohl auf einigen Blättern, aber durchaus im Rahmen des Gewöhnlichen und Hergebrachten, ohne daß es darüber hinaus ging.

Wie schon oben betont, zeigt N. eine wesentliche Besserung nicht. Er war in seiner Kleidung immer nachlässig, unordentlich, dazu ausgesprochen gefräßig. Wenn auf der Abteilung abgegessen war, so suchte er sich, trotzdem er schon reichlich gegessen hatte, beim Abräumen die Reste mit den Fingern zusammen.

Über seine Zukunft machte er sich nie selbst Sorgen, versicherte, wenn man ihn in dieser Richtung fragte, nur: „Es wird schon gehen.“

Als er schließlich von hier aus in eine karitative Anstalt verlegt werden sollte, protestierte er zunächst dagegen; er empfand es als peinlich, als Kranker dorthin zu kommen, wo er früher als selbständiger Architekt gearbeitet hatte. Auf Zureden fügte er sich aber auch hier. „Das Schwinden der Verstimmungen wird im wesentlichen darauf zurückzuführen sein, daß er hier keine Sorgen hatte und vielleicht auch noch zunehmend indolenter geworden ist“, sagt das Krankenblatt. Im ganzen hatte der Kranke hier 13 Pfund zugenommen.

Nach einem Bericht der Anstalt, in die er verlegt wurde, vom Anfang 1931, hatte er sich dort genau so wie hier sofort eingefügt. Er wurde mit primitiven Arbeiten, wie Holzhacken beschäftigt. Man habe versucht, ihn auf dem Bauamt zu beschäftigen, doch entsprach die Qualität seiner Arbeit durchaus nicht den zu stellenden Anforderungen. Er war unpünktlich, im übrigen fleißig, unauffällig. Man konnte ihn in ein Stift verlegen. Nie fragte er dort, ebensowenig wie hier, nach seinen Kindern. In der letzten Zeit trat, vielleicht noch deutlicher als hier, die auch von erwachsenen Postencephalitikern her bekannte zähe Klebrigkeit hervor, mit der er sich an den Arzt heftete, immer wieder danach fragte, ob er nicht Ausgang haben könnte und dgl.

Gerade der Fall Niederwall scheint mir von besonderer Wichtigkeit zu sein.

N. ist gewiß keine überragende Begabung; ihm fehlte es, wie sein Verhalten auf der Schule und der Bauschule lehrt, im höheren Maße am Trieb weiterzukommen, sich fortzubilden, höher hinaufzukommen.

Immerhin fügt er sich dann, als er als Architekt ins Leben kommt, gut ein. Man schätzt ihn, er verdient, und das Wirtschaftliche wird bei ihm wohl auf der Antriebsseite wesentlich mitgewirkt haben.

Was er sich im sozialen Leben selbst geschaffen hat, zerrinnt ihm wenige Jahre nach der akuten Encephalitis, die er im 39. Jahre durch-

macht. Zunächst, d. h. für 2 Jahre geht es mit ihm ganz gut. Dann verliert er — die deutlichen Erscheinungen des Parkinsonismus entwickeln sich bald — alle „Energie“; er kann keine Arbeit mehr auf sich nehmen, versucht das auch bald nicht mehr. Er kann sich das selbst nicht recht erklären, meint, am Verstand gelitten zu haben.

Aber es ist doch vielmehr das Impulsive, Triebmäßige, woran es ihm mangelt. Aus sich selbst heraus tut er nichts mehr. Gibt man ihm einen Anstoß, so rollt der Wagen in den gewohnten Gleisen eine Zeitlang weiter. Dann bleibt er wieder stehen.

Er ist immer schläfrig, das Leben freut ihn nicht mehr.

Er ist schon, wie der einweisende Arzt mitteilt, in sich selbst erstarrt, wenn man an die seelischen Qualitäten denkt, die ihn zunächst beruflich in die Höhe brachten.

Der Suicidversuch hat seine Vorgeschichte. Es wird hier nicht ohne Bedeutung sein, daß die Frau des Kranken Suicid beging, weil sie meinte, gravid zu sein, ohne daß es tatsächlich der Fall gewesen wäre. Bei ihr werden im Jahre 1926, 2 Jahre nach der akuten Encephalitis des Mannes, gewiß auch die wirtschaftlichen Folgen der Krankheit in die Motive des Suicides eingegangen sein.

Eigentümlich ist bei dem Kranken, wie durch seine Krankheit die affektiven Bindungen an seine Kinder, die Bindungen des eigenen Blutes völlig gelöst werden. Als sie noch bei ihm sind, läßt er sie ohne jedes Mitgefühl völlig verkommen und später, auf der Encephalitisstation, wo ich mich lange und oft mit ihm unterhielt, klang nie eine Erinnerung an die Kinder an. Auch in sexueller Hinsicht war er völlig tot.

Für ihn existierten nur noch zwei triebhafte Einstellungen. Rauchen und Essen war das einzige Verlangen, das ihn in Bewegung brachte. Er wurde gefräßig und es war ihm gleich, ob er sich als Ergänzung des Essens mit den Fingern von Tellern anderer die Überreste zusammensuchen mußte.

Die letzte sich aus dem Gleichmaß der Tage abhebende Aktion des Kranken bedeutet der Suicidversuch im Jahre 1928, der gewiß ernst gemeint war, und aus der Einsicht vielleicht nicht so sehr in die elende gesundheitliche, sondern vielmehr wirtschaftliche Lage hervorging. Daß dabei der Gedanke an den Selbstmord der Frau indizierend mit hereinwirkt, ist wahrscheinlich. Müde und ohne jede Tragfähigkeit des Willens war jedoch auch der Suicidversuch, und der Entschluß dazu versank bald in der Starre und Stumpfheit des Kranken.

N. zeigt also sehr deutlich Niveausenkung der Persönlichkeit. Damit hat *Stertz* einen guten Ausdruck geschaffen, wenn auch Niveausenkung nicht etwas für die Encephalitis epidemica Spezifisches ist.

Diese Senkung des Persönlichkeitsniveaus setzte sich auf der Encephalitisstation noch fort.

Als er schließlich in eine Anstalt verlegt werden sollte, in der er früher als Architekt persönlich bekannt war, empfand er es wohl peinlich, auf Kosten des Wohlfahrtsamtes untergebracht zu werden. Aber das ging bald vorbei.

Später hatte sich die Indolenz, die Gelassenheit des Kranken so verstärkt, er war ohne weitere Gegenwehr in seinem Dauerzustand versunken, eine Zerstörung der Persönlichkeit vom Trieb-, Affekt- und Willensmäßigen her. Gewiß zeigte die Persönlichkeit des N. schon vor der Erkrankung einige auffallende Züge. Aber doch ist bei ihm die Niveau-senkung, das Bradyphrene seiner Persönlichkeit auf die durch die Krankheit hervorgerufenen Hirnveränderungen zu beziehen.

12. Bei einer 26jährigen Bauersfrau Lina Terfeld (geb. 28. 3. 05), die im Alter von 14 Jahren ihre akute Encephalitis durchmachte, waren Störungen erst nach ihrer Heirat, 1½ Jahre vor der Aufnahme auf der Station (1931) eingetreten. Gleich im Beginn des Parkinsonismus war es zu „Schauanfällen“ gekommen. Die Kranke fühlte sich langsam und steifer werden. Die Arbeit ging ihr schlechter von der Hand. Sie wurde vergeßlicher, meinte auch selbst, sie sei im Denken langsam geworden. „Man hatte sie darauf aufmerksam gemacht, daß sie beim Gehen die Beine so steif halte und nicht mit den Armen pendele.“ Die Beobachtung der anderen, die ab und zu vorwurfsvollen Klagen der Angehörigen vertrug die von vornherein etwas empfindliche, empfindsame Kranke nicht recht. Als sie auf der Station einmal vom Tode eines früheren Schulkameraden hörte, weinte sie fast 2 Tage lang, hilflos, ohne Widerstandskraft.

Sie litt unter ihren Krankheitserscheinungen, sprach das auch auf der Abteilung gern einmal aus, wo sie sich an und für sich sehr wohl fühlte. Nur ab und zu äußerte sie ihren Lebensunmut in Suicidabsichten. Aber all dies trug den Stempel des Asthenischen; sie war wohl bekümmert, sie hatte aber keinen Kummer. Hier fehlte weitere Entschlußkraft, vor allem die Schwungkraft des Affektiven, die zu einem Suicid führen kann, das aber hier auch als Ausweichreaktion vor der Familie, die ihr Kranksein nicht verstand, gedeutet werden mußte.

IV. Selbstmorde usw. als Kurzschlußreaktionen auf krankheitsferne Erlebnisse.

Die 4. Gruppe stellen die Kranken mit Selbstmordversuchen und -drohungen als „Kurzschlußreaktionen auf krankheitsferne Erlebnisse“ dar.

13. Bei dem Kranken Karl Northeim, geboren am 24. 6. 97, war von erblicher Belastung nichts zu erfahren. Er litt von Kindheit auf an einer angeborenen Versteifung im rechten Schultergelenk. Im übrigen entwickelte er sich normal. Von psychopathischen Eigentümlichkeiten vor seiner Erkrankung ist nichts bekannt geworden.

Als landwirtschaftlicher Arbeiter erkrankte er mit 21 Jahren (1919) an akuter Encephalitis. Er wurde müde, sah alles „durcheinander“. 14 Tage lang lag er in einer medizinischen Klinik, ohne zu delirieren. 1920 merkte er Steifwerden; er konnte sich nicht mehr recht bewegen, litt bald auch an Speichelfluß. Verschlimmerung des Zustandes ließ ihn von 1923 ab nicht mehr arbeiten.

In der Klinik war er zum erstenmal vom 9. 1.—24. 3. 25. Schon damals zeigte er einen grotesken Schütteltremor in beiden Armen. Bei Ablenkung, wie bei aktiver Bewegung trat das Zittern zurück. Mimische Bewegungen erfolgten mit der linken

Gesichtshälfte ausgiebiger als mit der rechten. Charakteristisch war die Flexionshaltung ohne Mitbewegungen. Der Rigor war rechts stärker als links.

Nach einigen Tagen der Eingewöhnung fiel N. auf der Klinik bald recht unliebsam auf. Das Rauchverbot hielt er nicht ein, trotzdem er bei Wegnahme der Pfeife versprochen hatte, gewiß nicht wieder zu rauchen. Er quälte immer wieder um Ausgang. Gegen Patientinnen war er recht zudringlich. Man faßte ihn einmal gerade ab, als er eine junge Kranke in die Arme zu nehmen suchte.

Später mußte man ihn eine ganze Zeitlang seiner Aufdringlichkeit wegen im Bett halten. Beim Waschen drehte er einmal beide Wasserhähne auf, veranstaltete eine üble Planscherei, schlug mit den Händen ins Wasser hinein. Nachts stand er auf, lief planlos hin und her.

Man konnte ihn schließlich nur mit seiner Familie zusammen ausgehen lassen, da er sonst auf der Straße bettelte. Als man ihm bei einem Versuch, aus der Klinik zu entweichen, stellte, geriet er in einen heftigen Erregungszustand, schimpfte, schlug um sich, trat mit den Füßen.

Von der Klinik aus kam er in die Heil- und Pflegeanstalt, wo er das gleiche Verhalten zeigte. Am 3. I. 27 kam er von da aus auf der Encephalitisstation zur Aufnahme. Sein Zustand hatte sich weiter verschlimmert. Rigor und Starre waren wesentlich stärker. Der Tremor in beiden Armen hielt ihn in dauernder Unruhe.

Er konnte nicht mehr allein essen, nicht mehr kauen, sich nicht mehr allein aus- und anziehen. Das Knöpfen fiel ihm besonders schwer, aber „das macht ihm gar nichts“. Immer wieder versagt er infolge des Zitterns und fängt immer wieder aufs neue an.

Seine charakterliche Mißentwicklung trat immer deutlicher hervor. So schüttete er das Essen weg, nachdem er eben erst danach verlangt hatte. Aus nichtigem Anlaß heraus verprügelte er einen anderen jüngeren und schwächeren Kranken. Von seinen Ausgängen brachte er erbettelte Zigarren mit und dgl. Er rauchte trotz Verbots immer wieder im Krankenzimmer, trank gleich aus den Wasserhähnen.

Andererseits half er beim Arbeiten ganz fleißig mit, vor allem dann, wenn es gelang, sein Interesse dafür zu wecken. Dann war er in einer ausgezeichneten Stimmung, lachte, konnte zuweilen außerordentlich zuvorkommend, höflich sein. Hatte er sich aber bei der Arbeit körperlich angestrengt, so sah er verfallen aus. Man mußte ihn schonen.

Einmal kletterte der an und für sich schwer bewegliche Kranke bei einem Spaziergang mit affenartiger Geschwindigkeit auf einen Obstbaum, riß unreifes Obst herunter, das er dann in seinem Nachttisch bewahrte. Ein anderes Mal wurde er bei einem solchen Diebstahl auch von einem Hund gefaßt. Auf das Verbot hin, nicht zu stehlen, reagierte er mit einem Hungerstreik, den er jedoch bald wieder aufgab. Er war jedenfalls außerordentlich affektlabil, wurde leicht wütend, schlug dann zu.

Immerhin lernte er auf der Station schließlich doch, sich selbst an- und ausziehen.

Der Tremor wechselte in seiner Stärke, anscheinend unabhängig von äußeren Einflüssen. Ganz ähnlich galt es von seiner Stimmung und seinem ganzen äußeren Verhalten.

Gelang es, ihn ruhig zu halten, so blieb er lenkbar. Affekte brachten ihn immer wieder leicht zu Entgleisungen; die Äußerung seiner Erlebnisse erfolgte dann ohne jede Hemmung. Im Januar 1928 hatte er zum zweitenmal eine Periode, in der er außerordentlich unruhig, schwer reizbar war. Er attackierte damals eine Pflegerin, warf die Arznei aus dem Fenster. Im übrigen onanierte er sehr stark, suchte auch andere Kranke dazu zu verleiten.

In dranghafter Unruhe blieb er zuweilen auch von der Station weg.

Seit Juni 1928 ging er trotz aller Pflege im Körpergewicht dauernd zurück. Dabei wurde er immer widersätzlicher. Sollte er zum Turnen kommen, so mußte

er sich erst eine Zigarre anstecken. Er rauchte ohne Rücksicht auf Zeit und Ort. Eines der Hausmädchen mußte sich mit einer schallenden Ohrfeige vor ihm retten. Am nächsten Tag machte er sich an eine Patientin der Heil- und Pflegeanstalt heran, einen Tag später küßte er eine Amyostatische der Abteilung. Drohung mit Verlegung nach der Heil- und Pflegeanstalt nützten nur für kurze Zeit; 8 Tage ging es dann ganz gut.

Bis in die letzte Zeit auf der Encephalitisstation herein berichtete er mit einer besonderen Genugtuung dem Stationsarzt prompt und mit Nachdruck: „Herr Doktor, ich habe Ihr Rad geputzt.“ Dabei war er mit allen Antworten rasch zur Hand. Von einer Bradyphrenie kann man bei ihm gewiß nicht sprechen.

Später erforderte sein Verhalten aber doch Verlegung nach der Heil- und Pflegeanstalt, wo er sich vom 7.—21. 8. befand. Im Juni 1929 verstarb er. Genauere Angaben darüber finden sich in einer Arbeit von *Fleck* und *Rustige*.

Ganz seinem früheren Verhalten entsprechend, war er in der Anstalt klebrig. Meist zeigte er gute Laune, querulierte aber auch gern. Eine eigentliche Einsicht in seine Krankheit hatte er nie.

Unter dem 15. 4. 29 findet sich der Eintrag, daß N. in der letzten Zeit eine mehr gleichmäßige Stimmung bewiesen habe. Die Pfleger lobten ihn, weil er sich tüchtig bei der Arbeit erwies. Dem Arzt gegenüber verhielt er sich — das kann ich aus eigener Erfahrung berichten — meist freundlich und zutraulich, aber auch distanzlos und klebrig.

Eines Morgens kam es aus belangloser Ursache zu einem Streit mit einem anderen, allerdings auch recht reizbaren Imbezillen. Der Pfleger riet ihm, bis zum Kaffee im Bett zu bleiben. Das tat N. auch. Doch fand der Pfleger ihn kurze Zeit danach in seinem Bett mit einer Schlinge um den Hals. „Er dachte offenbar ernstlich an Selbstmord.“ Der Sicherheit halber wurde er auf eine Wachabteilung verlegt, wo er als Grund für seinen Suicidversuch Ärger darüber angab, daß er keinen Besuch erhalten habe. Er habe es deshalb ebenso machen wollen, wie es der Patient Eversen (s. oben) vor kurzem auf der Anstalt gemacht habe.

Man konnte ihn bald wieder auf eine ruhigere Abteilung verlegen. Aber immer blieb er reizbar, schlug später noch einmal aus seiner Unbeweglichkeit heraus plötzlich einen Kranken mit einem Besenstiel über den Kopf.

Die psychischen Veränderungen bei Northeim haben, trotzdem er ein Erkrankungsalter von 21 Jahren hat, nichts mit Bradyphrenie zu tun. Trotz Rigor und Starre zeigte er neben dem Tremor eine überaus gute Beweglichkeit, wenn ein entsprechender Anlaß vorlag, wenn es galt, zum Stehlen auf einen Apfelbaum zu klettern, einen Angriff einzuleiten oder abzuwehren.

In intellektueller Hinsicht lagen bei N. besondere Störungen nicht vor. Das Denkmaterial stand ihm seiner Bildung entsprechend rasch, zuweilen geradezu überraschend schnell zur Verfügung. Die Hauptstörung lag im Triebmäßigen, das nicht nur enthemmt, sondern bei dem geradezu ein Überangebot von Triebanstößen meist niederer Qualität vorlag.

Dabei ist aus der Zeit vor der akuten Erkrankung von psychopathischen Eigentümlichkeiten nichts bekannt. Man ist wohl berechtigt, die Encephalitis wesentlich dafür verantwortlich zu machen. In jeder Hinsicht zeigte er die Hemmungslosigkeit eines Kindes. Ohne weiteres Ziel griff er die Äpfel vom Baum, legte sie in seinen Nachttisch und ließ sie verderben.

Seinen sexuellen Trieben war er einfach ausgeliefert. Mit gieriger Hast drängte er sich den Frauen auf, onanierte andererseits in schamloser Weise, suchte andere dazu zu verleiten. Man kann geradezu von einem sexuellen Triebchaos bei ihm sprechen. Gereizt wird er wütend, aggressiv, greift mit eingengtem Gesichtsfeld an.

Sind die Reize abgeklungen, so bietet er eine durchaus inadäquate gute Laune. Er ist dann zu einem Scherz aufgelegt. Man kommt leicht mit ihm in Kontakt.

Seine Persönlichkeit steckt voll von Widersprüchen; er zeigt in verschiedenen Situationen immer wieder verschiedene Gesichter. Seine Aggressivität ist meist nach außen gerichtet und nun erfolgt plötzlich eine Aggression gegen sich selbst. Der Streit mit einem anderen Kranken, das pädagogische Eingreifen des Pflegers, wohl auch der Gedanke, daß man sich gegen einen Besuch bei ihm ausgesprochen hatte, das wirkt zusammen und gleichsam wird die trotzigte Auflehnung noch geformt durch den Selbstmord eines anderen Kranken mit der gleichen Erkrankung.

Es mag sich bei der Motivation des Selbstmordes von Northeim gewiß um etwas ähnliches handeln, wie man es bei manchen überstürzten Selbstmorden von Kindern sieht. Das Augenblickserleben wird in die Tat umgesetzt. N. ist ja in seiner zügellosen Spätpubertät ins Kindliche zurückgesunken.

Der zeitlich nahe aneinanderliegende Selbstmord von Eversen und der Selbstmordversuch von Northeim sind in ihrer Motivierung weitgehend voneinander verschieden.

Bei Eversen handelt es sich mehr um einen gewiß nach innen durchaus abgeklärten Selbstmord. Er zieht damit die Bilanz seines Lebens. Bei Northeim ist der Selbstmordversuch vielmehr — *sit venia verbo* — nach außen hin gerichtet. Er sucht damit doch vor allen Dingen auch Rache zu nehmen an seiner Umgebung, wenn ihm auch der Selbstmordversuch gleichzeitig die einzig mögliche Entlastung der Spannung des Augenblicks ist. Um so beachtenswerter sind diese Verschiedenheiten der Motivierungen, weil beide Kranken im gleichen Milieu der Anstalt lebten. Aber diese Unterschiede finden ihre Erklärung in der verschiedenen Gestaltung der Persönlichkeit durch Anlage und durch Krankheit.

14. Die nächste Kranke ist die im Jahre 1897 geborene Arbeitersehefrau Marie Richter, deren akute Encephalitis in das Jahr 1922 (E.A. = 25 Jahre) fällt. Sie war zweimal auf der Encephalitisstation, und zwar vom 12. 11. 26—30. 1. 27, wie vom 27. 10. 30—11. 3. 32.

Nach der Encephalitis litt die Kranke viel unter Kopfweh. Seit 1925 war sie meist depressiv verstimmt. In körperlicher Hinsicht bot sie das recht deutliche Bild des Parkinsonismus mit erheblicher Herabsetzung der aktiven und auch passiven Beweglichkeit. Schon vor der Krankheit war sie ein unfreudiger Mensch, nach der Krankheit regte sie sich auch über Belangloses in der heftigsten Weise auf. Sie klagte, wie viele Postencephalitiker, über eine Herabsetzung ihrer Merkfähigkeit. Eine gröbere Vergeßlichkeit war nicht festzustellen. Dafür war sie, sich selbst überlassen, von einer erstaunlichen Gleichgültigkeit. Spontan sprach sie

fast nichts, den Eindruck einer traurigen Verstimmung hatte sie selbst kaum. Aber auch auf freudige Eindrücke sprach sie affektiv im allgemeinen nicht mehr so an, wie sie es früher doch getan haben würde.

Durch den ersten Aufenthalt auf der Station wurde sie durch die Anregung von außen lebhafter, die Spontaneität besserte sich. Dafür war sie auch dankbar.

Die zweite Aufnahme zeigte eine wesentliche Verschlimmerung der Myastase. Auch subjektiv fühlte sich die Kranke sehr viel schlechter.

Sie war bradyphren und erlebte das auch. Die meisten spontanen geistigen Vorgänge erfolgten verlangsamt. Sie vergaß jetzt auch eben an sie gestellte Fragen. Andererseits beobachtete und registrierte sie die Vorgänge um sich herum ganz gut. Mit einer gewissen Kurzschlüssigkeit schossen ab und zu auch einmal Fragen heraus, wie, ob sie eine Medizin nicht in anderer Form bekommen könne und dgl. Dies geschah häufig genug ohne jede Verbindung mit dem gerade im Gang befindlichen Gespräch.

Zu Hause hatte es mit dem Mann manche Schwierigkeiten gegeben. Er hatte kein Verständnis für ihr Kranksein, vertrug auch die durch die Krankheit bedingte Ausscheidung seiner Frau aus dem Haushalt nicht. Einmal hatte sie sich vom Bahnhof einer großen Stadt, da sie selbst nicht mehr weiter kam, von einem ihr fremden Mann nach Hause bringen lassen. Das hatte den Mann zu einer Szene veranlaßt.

Am nächsten Morgen zitterte die Erregung darüber noch in ihr nach, sie war nicht imstande, die Betten zu machen. Dann kam ihr plötzlich der Gedanke, es habe doch keinen Zweck, ihren Mann zur Last zu fallen. Sie ging in die Kammer, hängte sich dort mit einem Strick an der Tür auf. Der Mann fand sie bewußtlos. Für die Tat, wie für die letzten Stunden vorher bestand bei der Kranken eine Erinnerungslücke. Sie meinte dann selbst, daß sie nur die Aufregung des vorhergehenden Tages zum Suicidversuch veranlaßt hätte, sie freue sich, daß sie am Leben geblieben sei. Damals versicherte sie auch ihrem Mann, daß sie früher nie an Selbstmord gedacht habe.

Bei der Aufnahme in die Klinik fanden sich noch deutliche Strangulationsnarben um den Hals herum.

Wohl war die Stimmung gedrückt; sie war jedoch ohne tiefere Gemütsbewegung imstande, von und über den Suicidversuch zu sprechen. Sie meinte selbst, das sei eine unüberlegte Handlung gewesen.

Bei der Kranken ist man wohl berechtigt, *Navilles* Begriff der Bradyphrenie anzuwenden. Nur zeigt sie eine Erscheinung, die man häufig genug bei ähnlich gestörten Postencephalitikern beobachten kann. Die Verlangsamung der psychischen Vorgänge bedeutet durchaus keine obligate Dauererscheinung. Hier stehen Zeiten mit Verlangsamung neben solchen, in denen besondere Fragen und Aufforderungen, die einem gerade behandelten Thema durchaus nicht entsprechen, immer wieder geradezu herausgeschleudert werden. Allem Anschein nach handelt es sich dann um besondere affektive Schaltungen.

So erweist sich unsere Kranke im Laufe des täglichen Lebens desinteressiert, während sie andererseits registriert, was um sie herum vorgeht. Auf ihre Ausscheidung aus dem Leben reagiert sie mit einer stillen, stumpfen Bedrücktheit, aus der nur einmal, veranlaßt durch den Mann, die Neigung zum Selbstmord herausbricht, eine Kurzschlußhandlung, affektiv hochgepeitscht, die sich in das übrige Leben der Kranken kaum entsprechend einfügen läßt, ihm fremd gegenübersteht.

Wie sie selbst versicherte, hatte sie vor ihren Suicidversuch nie an Suicid gedacht, auch nachher nicht wieder.

Hier hatte eine akut einsetzende Anhäufung von dysphorischen Affekten ohne weitere Überlegung zu dem durchaus ernst gemeinten Suicidversuch geführt.

Bei der folgenden Gruppe von 2 Kranken handelt es sich um solche, bei denen die Selbstmordabsichten als Drohmittel vorgebracht wurden, um aus unangenehmen äußeren Situationen zu kommen. Ihr Verhalten entspricht durchaus dem, wie es sonst von erregbaren Psychopathen her bekannt ist.

15. Der Kaufmann Edgar Hoff (geb. am 27. 5. 04) war vom 20. 9. 29 bis 30. 12. 29, sowie vom 3. 11. 30 bis 28. 2. 31 auf der Encephalitisstation.

Das akute Stadium der Encephalitis machte er im Winter 1923/24 (E. A. = 19 Jahre) mit leichtem Fieber und Schlafsucht durch. In den letzten Jahren war er steifer geworden, seit 1927 zitterte der linke Arm und das linke Bein. Das wurde bei Aufregungen schlimmer. Zuletzt war noch Speichelfluß dazugekommen.

Bei der ersten Aufnahme zeigte er eine sehr ausgesprochene Neigung zur Flexionshaltung des Körpers; er sackte leicht in sich zusammen. Die linke Hand wies Pfötchenstellung auf, sowie Münzzähltremor. Der Kranke blinzelte sehr leicht. Beiderseits bestand Rigor (links stärker als rechts), im linken Bein ein deutlicher mittelschlägiger Tremor.

Nach Angaben seiner Angehörigen war seine Wesensänderung erst in der letzten Zeit stärker hervorgetreten. Er war sehr empfindlich, weinte sofort, wenn ihm irgend etwas gesagt wurde. Er drohte dann auch, sich das Leben zu nehmen, die Familie sei ihn so los. Dann, wenn er ruhig war, zeigte er sich stets als gutwillig und hilfsbereit; er arbeitete gern. Bei Bekannten war er beliebt. Dabei zeigte er eine auffällige, übermäßige Zärtlichkeit zu einer kleinen Nichte, verlangte oft, daß sie ihn küsse, obwohl ihm das von der Familie immer wieder untersagt wurde. Die Sprache war in der letzten Zeit hastiger und undeutlicher geworden.

In psychischer Hinsicht zeigte er zunächst eine bemerkenswerte Initiativlosigkeit und Indolenz. Er verhielt sich affektiv leer und läppisch, kam mit anderen Kranken gut aus, verhielt sich völlig passiv. Er war wohl mit Recht als bradyphren zu bezeichnen.

Unter der Behandlung wurde er, vor allem auch in seinem subjektiven Empfinden, „ganz entschieden besser, geschmeidiger“. Das Arbeiten machte ihm Spaß, er wurde ruhiger, war nicht mehr so reizbar wie früher. Dabei machte er sich keine Gedanken hinsichtlich seiner Krankheit und seiner Zukunft, blieb eigentlich doch indolent.

Immerhin übernahm er nach der Entlassung eine Vertretung für Kaffee und Tee.

Wie sich bei der zweiten Aufnahme herausstellte, bereitete diese Tätigkeit ihm doch recht große Schwierigkeiten. Er war nun aber immer vergnügt, heiteren Sinnes: „Ich tanze sogar, dann sind die Nerven ruhig.“ Aber seine Erregbarkeit war stärker als früher, er war noch empfindlicher geworden. Unter hohen Atropin-gaben besserte sich der an und für sich verschlechterte körperliche Zustand recht gut.

Hoff ist in einem Alter von 20 Jahren, also noch in der Jugendzeit, an der akuten Encephalitis erkrankt.

Die psychischen Veränderungen, die er bietet, weisen jedenfalls darauf hin, daß man die seelischen Veränderungen nach Encephalitis epidemica doch nicht immer auf einen einheitlichen Nenner beziehen darf. Die eigentümliche Initiativlosigkeit, die Desinteressiertheit an Krankheit

und Schicksal, das „Bradyphrene“ steht geradezu in einem schroffen Gegensatz zu seiner Reizbarkeit und Erregbarkeit, in der er jeweils auch kurzschlüssig, nur mit Augenblicksbedeutung seine Suiciddrohungen ausstieß. Eigentümlich und durchaus unbradyphren ist auch die Neigung zu kleinen erotischen Szenen mit einer kleinen Nichte. Hier reagierte er aber nicht nur auf Anstöße von außen her, zeigte vielmehr von vornherein erhöhte Ansprüche.

Das Bradyphrene stellt jeweils nur einen Ausschnitt aus der Persönlichkeit der Postencephalitikern dar. Und häufig genug bedeutet es doch nur die Außenseite, wenn eben keine tiefergehenden Reize gesetzt werden. Trotz der leeren Euphorie der Kranken ist weiterhin die affektive Erregbarkeit doch vorhanden, quantitativ unter Umständen sogar sehr lebhaft ansprechend, wenn auch qualitativ verflacht, undifferenzierter. Aber doch wieder mit einer Stoßkraft, die schließlich auch kurzschlüssig mit Selbstmord drohen läßt.

16. Der 4. Fall unserer 4. Gruppe betrifft die am 30. Juni 1892 geborene Frau eines Gemeindevorstehers Brockel, die vom 18. 2.—26. 4. 29 auf der Encephalitisstation war.

Angeblich ist eine Schwester ihres Vaters in einer Anstalt verstorben; woran war nicht in Erfahrung zu bringen. Der Vater war im Alter von 51 Jahren eine Zeitlang „so tüterig“. Er wußte nicht, was er tat, war verstimmt, sprach viel von Selbstmord. Er sah manchmal Gestalten. Man konnte ihn nicht allein lassen. Aber nach einem Jahr war das alles wieder vorbei. Die Mutter ist nach Krämpfen und Bewußtlosigkeit, die sie in den letzten Jahren ihres Lebens hatte, gestorben, noch als die Patientin ein Kind war. Im übrigen hat sie 5 gesunde Geschwister.

Eine 6klassige Schule hat sie mit gutem Erfolg besucht. Die ersten Menses kamen mit 16 Jahren; die Blutungen waren immer stark, schmerzhaft.

Mit 22 Jahren (1914) mußte sie eine Eierstocksoperation durchmachen. Das rechte, angeblich vergrößerte Ovarium wurde exstirpiert. Danach war das Unwohlsein beschwerdefrei.

1915 heiratete sie. Aus der Ehe stammen 2 gesunde Mädchen von 12 und 9 Jahren. Zwischen und nach den beiden Kindern erfolgte je eine Fehlgeburt. 2 Jahre vor der Aufnahme auf der Encephalitisstation wurde die Appendix entfernt.

Die akute Encephalitis fällt in den Januar/Februar 1923 (E.A. = 30 Jahre). Sie hatte hohes Fieber, war 4 Wochen lang „besinnungslos“, hat „allerlei dummes Zeug geredet“. Von der Krankheit hat sie sich nicht wieder recht erholt. Doppeltsehen blieb eine Zeitlang bestehen. Es zeigte sich eine Schlafverschiebung insofern, als sie nachts von 2 Uhr an nicht mehr schlafen konnte, tagsüber müde war. Allmählich wurde sie vor allem rechterseits in den Bewegungen lahm und steif. Sie litt unter Speichelfluß.

Dem Befund auf der Encephalitisstation nach war sie groß, kräftig gebaut, adipös. Sie hielt sich dauernd in leichter Flexionshaltung. Der Gesamteindruck ihres Bewegungsspiels war der des Langsamen, Matten und Nachlässigen. Der rechte Arm pendelte nicht. Das Gesicht zeigte eine leichte Hypomimie, glänzte fettig. In den Armen war Rigor deutlich nachzuweisen (rechts schwächer als links); rechts war die grobe Kraft schwächer, als der Muskulatur entsprach. Die Sprache war leise, monoton, jedoch gut artikuliert. Im Affekt konnte sie recht lebhaft werden.

Sie verhielt sich meist mürrisch, einsilbig, schwer zugänglich. Man hatte den Eindruck von Mißtrauen nach allen Seiten hin, als ob sie immer etwas im Hinterhalt läge. Auf den Visiten antwortete sie automatisch nur: „Danke gut.“ Sie klagte

dem Arzt gegenüber nie, nörgelte aber dauernd bei Schwestern und Patienten herum. Stellte man sie, so wich sie aus. Intellektuelle Störungen lagen nicht vor.

Auch an den Bewegungsübungen beteiligte sie sich nur gezwungen. Passives Widerstreben beherrschte ihr Verhalten.

Sie schrieb bald heimlich Briefe nach Hause, bat sie abzuholen, man müsse ihr Lebensmittel schicken. (Dabei aß sie oft fast unmäßig.)

Schließlich kündigte sie an, sie wolle zu einem bestimmten Termin nach Hause. Ihr Mann sei bei seinem letzten Besuch durchaus damit einverstanden gewesen. (Dabei hatte der Mann alles aufgeboten, um sie zum Hierbleiben zu veranlassen.)

Auch bei ruhigem Zureden erfolgte nur noch automatisch und stereotyp ein kurzes: „Ich will aber nach Hause!“ Schließlich meinte sie, die Kinder würden ohne sie nicht fertig. Als man ihr erwiderte, daß das bisher doch anscheinend ganz gut gegangen sei, fuhr sie wütend auf: „Es ist schlimm genug, daß meine Kinder ohne mich fertig werden.“ Dann gebärdete sie sich wie ein eigensinniges Kind, stampfte mit den Füßen auf, zitterte krampfhaft mit Armen und Beinen. Als sie gebeten wurde, das Zittern sein zu lassen, steigerte sie sich in immer größere Erregung hinein, rang die Hände, biß ins Taschentuch, wimmerte theatralisch laut: „Muß eine Mutter denn so nach ihren Kindern schreien?“ Der Lärm wuchs so, daß man ihr ein Beruhigungsmittel spritzen mußte. Beim Herausgehen aus dem Zimmer sagte sie zum Arzt, Abendessen brauchte sie nun nicht mehr: „Ich habe mich an meinen Tränen satt geweint.“ Das hinderte sie aber durchaus nicht, sich auf der Abteilung von einer Pflegerin sofort ein Ei in die Pfanne schlagen zu lassen.

Am nächsten Tag zeigte sie sich recht mürrisch, antwortete kaum. Dann setzte plötzlich ohne weiteren Anlaß das gleiche theatralische Verhalten wie am Vortage ein. Plötzlich lag sie auf den Knien: „Bitte, bitte, lassen Sie mich nach Hause!“ Das wiederholte sie eine ganze Zeitlang affektstarr, formelhaft. Auf der Station war sie dann wieder ruhig, aß nach der Rücksprache wie gewöhnlich zu Abend, unterhielt sich über Schokolade und andere Schleckereien. Solange das Stichwort Entlassung nicht fiel, zeigte sie sich recht stumpf und gleichgültig.

Dies Verhalten auf der Station illustriert ohne weiteres, daß die Patientin im Leben außerhalb versagen mußte.

Sie selbst meinte, daß sie nach der Erkrankung im Jahre 1923 immer leicht bedrückt gewesen sei. Allerdings hatte sie dann auch einmal Zeiten vergnügter Stimmung. Sie bezeichnete sich selbst als „zeitweise reizbar“. Trotzdem meinte sie, sie habe für ihre Kinder immer sehr gut sorgen können. Im Haushalt sei sie stets peinlich und sauber gewesen. Hier war ihre Sauberkeit und Ordentlichkeit aber doch nur eine Atrappe nach außen hin, während sie sich in ihren Sachen vernachlässigte. Während sie aber früher das „glücklichste Ehepaar, das man sich denken kann“, waren, fühlte sie sich in den letzten Jahren vernachlässigt. Sie vermutete, ihr Mann habe Beziehungen zu einer Hebamme.

Diese Angaben wurden durch Einblick in die Ehescheidungsakten, die ich einsehen konnte, durchaus nicht bestätigt.

Der Mann schilderte übrigens die Geschwister der Frau als jähzornig und rücksichtslos. Eine Schwester der Frau sei an einer tuberkulösen Hirnhautentzündung verstorben.

Seine Frau sei von vornherein etwas nervös und leicht aufgebracht gewesen. Früher habe sie das aber jeweils durch besondere Liebenswürdigkeit ausgeglichen. Mit der Schwiegermutter habe sie sich gleich so schlecht vertragen, daß er nicht auf dem väterlichen Hof habe bleiben können. War sie aber einmal heftig, so bat sie ihn dann um Verzeihung.

Nach der akuten Erkrankung im Jahre 1923 änderte sie sich auffallend in ihrem ganzen Wesen. Sie war einerseits stumpf und gleichgültig, konnte andererseits bei den geringsten Anlässen maßlos jähzornig und heftig explodieren. Oft schlug sie die Kinder aus nichtigen Gründen so lange, bis sie selbst erschöpft war. Zuweilen

wurde sie auch gegen den Mann handgreiflich, wie verschiedene Zeugen in den Ehescheidungsakten anschaulich schilderten.

Sie wurde mißtrauisch und eifersüchtig, ging mit ihrem Mann immer auf die Bälle mit, tanzte nicht, schlief vielmehr ein. Sie ließ ihn allein nicht mehr ausgehen, wenn er auch als Gemeindevorsteher Verpflichtungen dazu hatte. Den Haushalt und die Kinder vernachlässigte sie, reinigte z. B. die Fußböden nur in der Mitte.

Dabei war sie nach der akuten Encephalitis völlig frigide.

In die Zeit vor dem Aufenthalt auf der Encephalitisstation fallen die, wie sie selbst schilderte, und ihr Mann bestätigte, durchaus ernststen Suicidversuche. Das eine Mal wollte sie sich im Anschluß an eine Auseinandersetzung mit der Hebamme, der sie Beziehungen zu ihrem Mann nachsagte, am elektrischen Zähler Strom zuführen. Das mißlang ihr.

Das zweite Mal versuchte sie, aus ähnlichem Anlaß, und zwar durchaus nicht nur in demonstrativer Weise mit einer Leiter auf einen Starkstrommast zu steigen. Dabei fiel sie mit der Leiter um, verzichtete dann darauf.

Gewiß liegt an der Wurzel der Selbstmordversuche bei Frau Brockel nicht nur ein Motiv, sondern ein Motivbündel. Einerseits mag das unlustvolle Erleben des Versagens im Leben gleichsam die dauernde Spannung ausmachen. Diese Einstellung wird von der Anlage (jähzornig, nervös, leicht aufgeregt) her unterstützt, durch die Krankheit noch betont. Dann wird als Motiv von zeitlich begrenztem Wert die Erregung und Auseinandersetzung mit der Frau anzusetzen sein, von der sie Beziehungen zu ihrem Mann vermutet.

So kommt es zu den Kurzschlußhandlungen, deren Grundspannung zum Teil aber doch eine dauernde ist, auch wenn die Kranke dazwischen herein doch auch wieder an die Genüsse des Lebens gebunden scheint.

Wäre es zum Selbstmord gekommen, so hätte er eine affektiv bedingte Kurzschlußhandlung vorgestellt, während sie sonst gleichgültig, stumpf und mürrisch ihr Leben in kleinen Egoismen und ab und zu mit hysterischen Reaktionen durchlebte.

Jedenfalls bildet die durch die Krankheit erlebnismäßig und gewiß auch organisch bedingte Unlust die Tragfläche für die Kurzschlußhandlungen der Selbstmordversuche.

Bei Frau Brockel liegt eine Störung der Triebs- und Gefühlsseite ihrer Persönlichkeit vor. Man kann gewiß bei ihr auch von einer Charakterveränderung sprechen.

17. Die 5. Kranke unserer Gruppe, die Arbeiterin Henny Voß, ist am 8. 6. 1896 geboren. Sie war vom 16. 3.—16. 10. 27 auf der Encephalitisstation.

Ihr Vater starb im Jahre vor der Aufnahme an Zuckerkrankheit und Aderverkalkung. Sie hat 3 gesunde Geschwister, eine Schwester ist „nervenkrank“, „zittert immer so.“

Im Juni 1920 erkrankte sie mit Schüttelfrost, hohem Fieber, Zuckungen in Armen und Beinen, starker Unruhe und Schlaflosigkeit (E.A. = 24 Jahre). Sie sah eine Zeit lang doppelt. Der akute Zustand hielt nur ungefähr 3 Wochen an.

Danach fühlte sie sich wieder vollkommen gesund, konnte als Zigarettenpackerin arbeiten.

1923 setzten plötzlich Blickkrämpfe ein, die oft bald den ganzen Tag anhielten. Gleichzeitig merkte sie, daß die Sprache, dann auch das Gehen langsamer wurde; sie hatte immer viel Speichel im Mund. Seit 1924 ging es mit dem Arbeiten nicht mehr.

In der letzten Zeit hat sich ihr Zustand erheblich verschlimmert.

Mitte Dezember 1924 stürzte sie sich, wie sie angab, „aus Liebeskummer“ in selbstmörderischer Absicht aus dem Fenster, wobei sie sich den rechten Oberschenkel brach, am rechten Ellenbogen eine Knochenabsprengung zuzog.

Nach der Verletzung war sie (im Krankenhaus) in psychischer und motorischer Hinsicht recht unruhig, so daß sich eine Heilung ohne Dislokation nicht ermöglichen ließ. Sie lachte, schwatzte dauernd, verlangte immer wieder Pantopon, brach, indem sie sich den Finger in den Rachen steckte.

Sie gab nach dem Suicidversuch an, sie sei von jeher etwas schwermütig gewesen.

In körperlicher Hinsicht wies die kleine, blasse, zierlich gebaute Patientin mimische Starre und deutliches Salbengesicht auf. Den vermehrten Speichel schluckte sie. Bei längeren Worten sprach sie palilalisch. Der Nacken war sehr starr, der Rigor überwog in den Beinen an Stärke. Pathologische Reflexe lagen nicht vor.

Die Kranke verhielt sich meist stumpf, desinteressiert, zeigte eine geringe Ansprechbarkeit; bei Überschreiten der Reizgrenze war sie dann jedoch affektilabil. Eine Intelligenzprüfung wies ein recht niedriges Niveau auf.

Sie klagte selbst, daß ihr das Denken so schwer fiel; es falle ihr nichts ein. Also Störungen, die wohl als bradyphrene aufgefaßt werden dürfen.

Über ihren Selbstmordversuch meinte sie, sie habe ja schon 1 Jahr lang mit dem Verlobten nicht mehr verkehrt. Aber aus dem Fenster gestürzt habe sie sich in dem Moment, als sie erfuhr, daß ihr Bräutigam sich anderwärts verlobt habe. „Da habe ich mich aus dem Fenster gestürzt, da war ich ganz verzweifelt.“ Sie meint aber bald, es sei doch eine große Dummheit von ihr gewesen, die sie gewiß nie wieder mache.

Bald zeigte sie wieder eine vorwiegend euphorische Stimmungslage. Lachte sie, so übersteigerte sich das häufig in unmotivierter Weise.

Blickkrämpfe brachten sie jeweils in eine ratlose, verzweifelte Stimmung. Sie war dann völlig hilflos. Es traten heftige Schmerzen über den Augen ein; sie erbrach dabei zuweilen auch.

Die zeitliche Orientierung war aus einer gewissen Desinteressiertheit heraus mangelhaft. Fragen beantwortete sie unlustig, mangelhaft oder falsch. Nur als sie von der Bedeutung von Ostern berichtete, strahlte ihr Gesicht in sichtlicher Freude. Eine eigentliche Verlangsamung zeigte sie dann nicht. Auf der Station traten trotz Atropin die Blickkrämpfe sehr gehäuft auf. Sie ließen auf Entzug aller Medikamente und energisches Zureden auf einige Tage nach, kamen dann aber wieder.

Wenn sie einmal verstimmt war, so äußerte sie leicht die Absicht, sich mit Gas zu vergiften. Dann fehlte aber doch der entsprechende willentliche Einsatz.

Die Heil- und Pflegeanstalt, wohin die Kranke von hier aus verlegt wurde, meldete im Februar 1931, daß die Kranke recht unruhig sei, viel und ohne Grund schreie; im übrigen verhalte sie sich stumpfsinnig und apathisch.

Auch den Angaben der Angehörigen nach neigte die Kranke schon immer etwas zur Schwermut. Nach einer Latenzzeit von ungefähr 3 Jahren nach Ablauf der akuten Encephalitis setzten Zeichen des Parkinsonismus so heftig ein, daß es schon 1 Jahr später mit dem Arbeiten nicht mehr ging. In der letzten Zeit vor dem Suicidversuch, der gewiß durchaus ernst gemeint war, war eine erhebliche Verschlimmerung

eingetreten. Das hat gewiß sehr drückend gewirkt. Im letzten Jahr hatten sich die Beziehungen zu dem Verlobten gelockert. Sie war doch krank für die anderen und wußte das selbst. Gewiß bestärkte das Erleben der Erkrankung die depressive Note ihrer Veranlagung. Als Drohung nach außen hin, aber ohne ernsten Einsatz der Persönlichkeit, äußerte sie auch späterhin Suicidabsichten. Aber der eine, ernste Suicidversuch ist in seiner Motivierung doch etwas anderes. Wie bei Frau Brockel die Erregungen über die vermeintliche Untreue des Mannes, die Auseinandersetzung mit dem Mann, wie bei der Patientin Meyer bei dem ersten Suicidversuch die Erfahrung der andersseitigen Bindung des Bräutigams eine tiefste Erregung veranlaßte, die schließlich zum Suicidversuch führte, so ergibt sich auch hier ein Motiv aus enttäuschten Liebesbeziehungen der Kranken heraus.

Die Reizgrenze liegt bei der Patientin an und für sich hoch, sie muß erst erreicht und überschritten sein, um sie aus ihrer stumpfen, leeren, euphorischen Verstimmung herauszureißen und den notwendigen Antrieb zu geben. Also handelt es sich doch wieder um eine Kurzschlußhandlung. Der Suicidversuch erfolgt aus einer Katastrophenstimmung heraus.

All dies Erleben reagiert sie in den Schmerzen des Krankenlagers nach dem Fenstersturz ab. Es bleibt doch nur eine episodische Verstärkung und Heraushebung der Verstimmung, die ihrerseits besondere Akzente immer wieder durch die Blickkrämpfe erhält.

Die durch den Krankheitsprozeß bewirkte Verstimmung bildet also nicht das letzte Motiv, sondern sie selbst ist nur die Vorbereitung, bildet gleichsam den Brutofen. Die Triebkraft eines plötzlich aufflammenden Affektes ist der Anlaß zum Suicidversuch. Bald ist er vertan und das alte Bild ist wieder da.

Bei den Kranken der eben besprochenen vierten Gruppe handelt es sich zum größeren Teil um psychopathieähnlich Veränderte mit gesteigerter Erregbarkeit und Explosibilität, oder auch um Kranke, die an und für sich wohl einen bewegungslosen, fast torpiden Eindruck auch in seelischer Hinsicht machten, jedoch bei Überschreiten der relativ hoch gelegenen Reizgrenze auch hemmungslos explodieren konnten und dabei gegen ihr eigenes Leben wüteten.

Diese Gruppe zeigt ganz besonders, daß es auch bei erwachsenen Postencephalitikern zu Veränderungen des Naturells, der Umsetzung vom Seelischen in Handlungen, kommen kann, aus denen heraus sich Handlungen ergeben, die dem erlebten Reiz in keiner Weise adäquat sind.

V. Hysterisch-theatralische Selbstmordversuche.

Ins Hysterisch-Theatralische, gewiß nicht Ernstgemeinte entgleisen bei Suicidversuchen und Suiciddrohungen 5 Kranke der 5. Gruppe.

18. Die Patientin Frau Marie Söhle ist am 27. 8. 1900 geboren. Hinsichtlich der Familienanamnese war nur in Erfahrung zu bringen, daß ihr Vater stark getrunken hat. Ein Bruder des Vaters soll „verrückt“ gewesen sein.

Sie war, wie sie selbst meinte, vor der Erkrankung tüchtig, konnte flink arbeiten, reden und lachen. Den Vater eines unehelichen Kindes, das sie mit 18 Jahren bekam, heiratete sie. In den folgenden $8\frac{1}{2}$ Jahren ihrer Ehe war sie noch 6mal schwanger. Ein Kind starb, 2 Jahre alt, an „Erkältung“. Die Geburten waren nicht leicht, erfolgten aber immer spontan. Nach den Geburten hatte sie jeweils für 6—12 Wochen lang Nachblutungen. Sie konnte alle Kinder selbst stillen. Von ihrer Familie sprach sie mit großer Anhänglichkeit. Ihren Mann rühmte sie zunächst über die Maßen. In den letzten Jahren hatten sie unter Nahrungsschwierigkeiten zu leiden, da sie aus Polen ausgewiesen wurden.

1923 (E.A. = 23 Jahre) erkrankte sie mit starker Erkältung, langsam steigendem Fieber, Kopfschmerzen und Schwindel. Im Krankenhaus schlief sie fast dauernd, war aber, wie sie angab, nicht bewußtlos. 3 Wochen später wurde sie nach Hause entlassen. Von da ab hat sie die frühere Kraft und Leistungsfähigkeit nicht wieder erlangt.

Im Jahre 1926 bemerkte sie, daß gelegentlich die Augen „hochgingen“. Bei Aufregungen zitterte es im linken Bein. Die Oberlippe fing an zu zucken, die Sprache wurde undeutlicher und verwaschener. Sie wurde „mundfaul“. Die Bewegungen wurden langsamer. Sie mußte viel schlafen, war nicht mehr so lebhaft und fröhlich wie früher. Schließlich stellten sich Doppelbilder ein; sie schwitzte mehr als sonst.

Die Kranke, die zum erstenmal vom 10. 4.—26. 6. 28 auf der Abteilung war, war von grazilem Körperbau. Sie brachte Kopfläuse mit, wie sie überhaupt einen verwahrlosten, zunächst auch scheuen Eindruck machte. Sie zeigte sich sehr bewegungsarm. Es fand sich deutliche Nackensteifigkeit. Der linke Arm pendelte beim Gehen nicht, der rechte etwas. Die Muskulatur war sehr dürrig. Im linken Arm war die Kraft schwächer als auf der rechten Seite. Ein Rigor fand sich kaum. Die Haltung war beim Gehen leicht gebeugt. Es bestand geringe Kraft und leichte Propulsionsneigung. Reflexdifferenzen und krankhafte Reflexe fanden sich nicht. Die Stimmung war traurig, etwas ängstlich. Ohne Aufforderung sprach sie kaum. Im Verhalten machte sie zunächst einen stuporösen Eindruck, ohne eigentliche Sperrungen. Die Auffassungsfähigkeit schien in Ordnung zu sein. Bewußtseinsstörungen lagen nicht vor. Inhaltlich zeigten sich im Gedankenablauf keine Besonderheiten. Intellektuell stand sie auf einem niedrigen Niveau. Sie klagt darüber, daß sie sich wesentlich leichter als früher aufrege. Vereinzelt traten Augenkrämpfe auf.

Nach einigen Wochen wurde sie lebhafter. Sie hatte sich eingewöhnt, nahm auch gut zu. Sie konnte ausgezeichnet Skat spielen, legte den anderen Kranken die Karten aus, lehrte sie polnische Tänze. Wenn einmal ihr Mann nicht regelmäßig schrieb, fühlte sie sich schlecht, mußte sich ins Bett legen.

Es zeigten sich aber bald nach verschiedenen Seiten hin Schwierigkeiten. Andere Kranke beschwerten sich darüber, daß Patientin obszöne Erzählungen von sich gab, in wüster Weise schalt und schlug. Als man sie dieserhalb verwies, bekam sie Weinkrämpfe, drohte sich das Leben zu nehmen, verlangte nach einer Gummizelle. Sie legte sich in demonstrativer Weise auf den Steinfußboden hin. Hier wolle sie die ganze Nacht durch schlafen. Sie könne es nicht mehr aushalten.

Als man ihr nach erfolglosem ersten Entlausungsversuch das zweite Mal eine Lausekappe aufsetzte, sträubte sie sich, brüllte unartikulierte stundenlang durchs Haus, legte sich auf den Fußboden, schlug immer mit dem Kopf auf den Boden und nachher im Bett auf den nebenstehenden Nachttisch. Mehrmals riß sie sich die Kappe ab. Nahrungsaufnahme und die Einnahme von Medikamenten wurde verweigert. Schließlich führte sie auch einen Anfall vor, bei dem sie aus dem Bett fiel, aber auf energisches Anreden hin spontan aufstand. Sie wurde von

einer Schwester mit einem um den Hals gelegten Bindfaden auf dem Klosett über-
rascht. Dann würgte sie, gab an, sie habe Blut erbrochen. Am Abend wollte sie
sich an das Vorkommnis überhaupt nicht mehr erinnern.

Eine Zeitlang hatte sie sich trotz alledem auf der Abteilung eine Sphäre des
Ansehens verschafft. Das kam daher: Eine andere Patientin hatte vor einigen
Wochen Besuch von einem Freund bekommen, der 22 Jahre alt war, nicht krank
aussah. Sie legte diesem Mädchen die Karten, erklärte plötzlich, sie möge nicht
sagen, was drin stünde. Auf Drängen meinte sie, daß der junge Mann krank werden
und ganz schnell sterben werde. Als der Bräutigam dann lachend abwehrte, sagte
sie: „Es dauert nicht mehr lange.“ Etwa 3 Wochen später bekam die Patientin
von den Eltern des Freundes die Nachricht, daß der Freund nach kurzem Kranken-
lager gestorben sei. Nach diesem „Erfolg“ triumphierte Frau S., gebärdete sich
noch unangenehmer als früher, verleumdete, trug zu. Sie lachte über die Haus-
ordnung, hetzte die einzelnen Patienten untereinander auf. Mit ihren obszönen
Redensarten ließ sie nicht nach.

Als schließlich ihr Mann kam, erklärte sie, sie wolle sofort mit ihm nach Hause
gehen. Als diesem Wunsch unerwarteterweise vom Arzt nachgegeben wurde, war
sie verduzt, sie sei doch noch nicht gesund.

In einem Brief an die Stationschwester dankte sie sich nach Entlassung
innigst für alles ihr geschehene Gute. Wenn sie einmal wieder nach der Abteilung
komme, wolle sie dem Arzt Hände und Füße küssen, denn Arzt und Schwester
hätten sich maßlos Mühe mit ihr gegeben, und sie habe das Gute mit Füßen
getreten.

Zum zweitenmal kam sie am 4. 10. 28 zu uns. Draußen war es ihr zunächst
ganz gut gegangen. Sie klagte nur darüber, daß sie auch unter Mundkrämpfen
gelitten habe. Nachts habe sie ab und zu Leibschmerzen gehabt. Sie gab ihrem
Mann die Schuld daran, der wohl im Schlaf etwas mit ihr machen müsse. Darüber
sei sie in Streit mit dem Mann gekommen. Sie habe dem Arzt gesagt, sie schneide
dem Mann nochmal den Hals ab, wenn er sie nicht in Ruhe lasse. Das mache sie
jedoch nicht, es habe sich nur um einen Scherz gehandelt. Der Befund war unver-
ändert. Kein deutlicher Rigor. Zunächst auch wieder still, bescheiden, ruhig;
versprach das Beste.

Sie steckte aber bald dem Arzt einen Brief zu, in dem sie mitteilte, daß ihr Mann
sie ums Leben bringen wolle. Er trage „Morfum“ bei sich. Wenn sie fest ein-
geschlafen sei, merke sie genau, wie ihre Glieder mit einem Mal schlapp würden.
Dann schlafe sie 4 Stunden lang. In diesen 4 Stunden mißhandele sie ihr Mann.
Wenn sie wieder zu sich komme, habe sie einen ganz dicken Leib und Schmerzen
nicht zum Aushalten. Es gluckse so im Leib. Sie vermute, daß ihr Mann ihr „Urin
in den Bauch hereinmache“, aber er streite das ab. Ihr Mann trage jedenfalls
die ganze Schuld an ihrer Krankheit. Sie könne nicht mehr allein Rad fahren.
Wenn sie treten wolle, so müsse sie gleich absteigen. Ihr Mann lüge, wenn er den
Mund aufmache. Er habe gelogen und betrogen, auf dem Gericht gesagt und
geschworen, ohne daß er sich an die Wahrheit gehalten habe. In einem zweiten
Brief bat sie dann wieder, daß der Arzt ja dem Mann nichts davon sagen solle. Seine
Schwester habe ihren Mann ja auch vergiftet. Jedenfalls habe der seine Frau, als er
aus dem Feld zurückgekommen sei und gesehen habe, daß sie ein Kind, nicht von
ihm, in der Wiege liegen gehabt habe, mit dem Seitengewehr totschiessen wollen. Die
Ärzte hätten später bei seinem Tod gedacht, er sei an Herzschlag gestorben, aber es
sei sicher Gift gewesen. Wenn sie (Pat.) ihrem Mann gegenüber geklagt habe, habe
er sie geschlagen, daß ihre Augen voll Blut gewesen seien. Andererseits bat sie
wieder darum, ihren Mann ja nicht verhaften zu lassen, denn sie habe ihn doch lieb.
„Herr Docktor, und sollte er doch leugnen so will allem Leben ein Ende machen.
Ein kurzer Tod ist doch besser als wenn er mich so langsam dahin martert.“ Nach
14 Tagen klagte sie über besonders starke Leibschmerzen. Sie wies vorübergehend

auch eine Urinverhaltung auf. Nach Einlauf wurde das wieder besser. Sie gab dann an, sie glaube, in den letzten Wochen eine Fehlgeburt gehabt zu haben. Nach 4 Wochen nahmen die tonischen Blickkrämpfe an Frequenz zu. Später klagte sie dann über Schmerzen, jammerte, weinte, stöhnte, ohne daß in der Frauenklinik außer einer leichten Pyelitis ein Befund zu erheben gewesen wäre. Von Mitte November ab fing sie an, nachts durch das Haus zu laufen, ihr Mann sei im Haus, sie müsse ihn suchen. Am Tage wurde sie frech, drohte. Als der Arzt mit Entlassung drohte, wollte sie ihn umarmen, die Füße küssen, wenn er ihr noch einmal verbeuge.

Bei einem Besuch gab ihr Mann an, daß alles, was seine Frau berichte, unwahr sei. Sie habe ihm das Leben in jeder Weise schwer gemacht, bei jeder Gelegenheit Szenen produziert, so daß er schon still gewesen sei. In der letzten Zeit habe sie zu Hause nachts in der Küche auf dem Sofa geschlafen, habe Türen und Fenster mit Möbelstücken verbarrikadiert, um seinen vermeintlichen „Attentaten“ aus dem Wege zu gehen. Auch als junges Mädchen sei sie schon herrisch, launisch, schwer zu behandeln gewesen. Aber die Störungen der letzten Zeit seien so erst nach der Krankheit aufgetreten.

Nach Rückkehr aus der chirurgischen Klinik, wohin sie mit einer Pyelitis verlegt werden mußte, war die Patientin zunächst durchaus verträglich und erträglich. Sie beschwerte sich aber bald darüber, daß sie es hier nicht genau so habe, wie in der anderen Klinik. In der Augenklinik wurde dann, obwohl die Patientin immer wieder darüber klagte, daß sie schlecht sehen könne, kein objektiver Befund für das schlechte Sehen gefunden. Im Dezember 1928 wurde sie besonders frech, unangenehm, schimpfte. Dabei versäumte sie nie, nach außen hin einen guten Eindruck zu machen. Wenn einmal der Arzt angeblich ihren Gruß nicht in entsprechender freundlicher Weise erwidert habe, kam sie coram publico mit ausgestreckten Händen auf ihn zu und sagte: „Herr Doktor, Sie sind mir doch nicht böse?“ Mitte Januar 1929 erklärte sie, sie wolle überhaupt nicht mehr schlafen. Sie behauptete dann, daß einer der Pfleger nachts in den Schlafraum der Frauen komme und „Geschichten mache“. So beschuldigte sie das Pflegepersonal und andere Patienten. Auf Vorhalt meinte sie: „Ihr könnt mich nicht dumm machen, Ihr steckt ja doch alle unter einer Decke.“

Beim Mittagessen wartete sie immer wieder darauf, daß man sie zum Essen auffordere, ihr gut zurede. Als man damit reagierte, daß man sie nicht aufforderte, wurde sie schließlich ausgesprochen bescheiden und freundlich.

Ende Januar 1929 war sie wieder ständig aufsässig, hatte immer etwas auszusetzen. Bei energischer Zurechtweisung fing sie laut an zu heulen, bekam einen Blickkrampf. Bei der Visite gab sie dem Arzt nicht mehr die Hand, blieb mit verschränkten Armen stehen. Sie wolle einfach nicht länger hierbleiben. Sitzbäder, die sie gegen starken Fluor erhielt, lehnte sie ab. Das Wasser fließe ihr nur in den Leib. Sie meinte immer wieder, die Männer hätten es alle auf sie abgesehen. Als man ihr droht, ihr eine Spritze zu geben, sagt sie: „Wenn Sie mir eine Spritze geben, haue ich Sie. Wir wollen doch mal sehen, wer der Stärkere ist.“ Schließlich hatte sie aber doch soviel Angst vor der Spritze, daß sie ruhig blieb. Immerhin erwies es sich doch notwendig, sie nach der Heil- und Pflegeanstalt zu verlegen.

Dort blieb sie vom 27. 1.—12. 5. 29. Sie gab daselbst an, daß sie in der Schule schon recht aufgeregt und zanksüchtig gewesen sei. Als Kind hat sie unter Alldrücken gelitten. Sie schimpfte maßlos auf die Encephalitisstation. Zunächst war sie in der Anstalt freundlich, beschwerte sich aber bald in einem Brief über die Behandlung in der Anstalt. „Wie es heller Tag wurde, fing es wieder an, kam die Schwester, hat mir den Mund zugestopft. Ich ließ nicht nach, schrie immer weiter. Wie ich nicht aufhören wollte zu schreien: ich will nach Hause, ich will nach Hause, da haben sie mich angezogen, mich in die Anstalt gebracht.“ Bald war sie wieder ganz freundlich, klagte nur über Kopfschmerzen, Schwindel und Zittern, verhielt

sich ruhig, geordnet, ließ sich durch andere Kranke leicht beeinflussen, stellte sich gleich auf deren Seite, pries ihre guten Eigenschaften über alles. Ausgehen in Begleitung verlief ohne Besonderheiten. Schließlich konnte sie, wie sie ruhiger geworden war, doch 3 Monate beurlaubt werden. Sie ist dann nicht wieder in die Anstalt gekommen.

In einer Auskunft, die wir von Frau S. im Februar 1931 einforderten, erging sie sich in schwersten Beschimpfungen gegen die Station. Sie meinte, sie sei vor der Behandlung auf der Encephalitisstation durchaus nicht arbeitsunfähig gewesen. Zu Hause sei sie dann „ganz total abgeschwächt“ und innerlich ganz krank gewesen, habe nicht einmal den Haushalt führen können. Geistig bezeichnet sie sich selbst noch als „ganz auf der Höhe“. Vor der Behandlung sei sie flink, nicht müde gewesen, habe auch Appetit gehabt. Als sie in der chirurgischen Klinik gelegen habe, sei die Schwester zu ihr gekommen, habe gemeint, sie sei doch nur ein Schatten und die Krankenhäuser seien wohl nicht zum Gesundwerden, sondern zum Krankmachen da. Jetzt könne sie sehr schlecht sprechen. — Von dem Arzt der Abteilung sei sie aufs schändlichste mißhandelt worden. Wenn sie am Morgen mit starken Leibschmerzen aufgestanden sei, so habe die Nachtwache nur höhnisch gesagt: „Na, da haben Sie aber schön geschlafen.“

„Wie ich in der Klinik war, hatte ich unten im Leib eine tífung und wie der Doktor bei der Viesiete an mich vorbeikam, sagte er Hohnisch: „Na, was macht daß Loch im Bauch?“ und ging gleich weiter, ohne mich anzusehen!!!“

Bei Frau S. ist über besondere Belastung in der Familie nichts in Erfahrung zu bringen.

Sie hat schon in früher Jugend psychopathische Eigentümlichkeiten gezeigt, war in der Schule leicht aufgeregt und zanksüchtig. Ihr Mann gab an, daß sie auch vor der Erkrankung „zu herrschsüchtig“ gewesen sei.

Immerhin ist auffallend, welche Veränderungen in psychischer Hinsicht bei der 24jährigen Frau durch die akute Encephalitis hervorgerufen worden sind.

In körperlicher Hinsicht war sie nicht unbeträchtlich hypokinetisch. Tremorererscheinungen traten zurück. Der Rigor war nur mäßig.

Dem körperlichen Befund, der Einengung der Beweglichkeit widersprechen durchaus die seelischen Eigenschaften nach der akuten Encephalitis.

In der ersten Zeit der Eingewöhnung verhielt sie sich — durchaus wie Psychopathen — jeweils ordentlich, ruhig und gesittet. Man wird sie als reizbar, erregbar, pseudolog, geltungsbedürftig bezeichnen dürfen, sie hatte eine besondere Neigung zu theatralisch vorgebrachten, z. T. auch hypochondrisch überbewerteten Beschwerden.

Später zeigte sich jedoch rasch und gleichsam überraschend hereinbrechend ihre affektive Unausgeglichenheit, ihre Bosheit, mit der sie einen gegen den anderen aufhetzte, ihre Neigung, dem Arzt gegenüber anders zu erscheinen, als den Tatsachen entsprach. Infantile Trotzreaktionen brachten sie dazu, Nahrungsaufnahme und Aufnahme von Medizin zu verweigern. Jede Ermahnung führte sie zu hysterisch-demonstrativem Verhalten. Ihr Geltungsbedürfnis ließ sie sich als Wahrsagerin betätigen, welche Tätigkeit ihr vorübergehend auch noch durch einen unglücklichen Zufall einen besonderen Ruf brachte.

Daß sie eigentlich paranoide Züge aufgewiesen hätte, möchte ich nicht annehmen. Ich sehe vielmehr in dem nächtlichen Herumgeistern, in dem Sich-ängstlich-Geben, weil Männer nachts kämen, der Beschuldigung gegen Pfleger und gegen das Pflegepersonal, daß es in sexueller Hinsicht nicht einwandfrei gewesen sei, vor allem doch immer wieder den Ausdruck ihres Geltungsbedürfnisses. Genau in der gleichen Weise wird man die mit großer Emphase und wechselnden Ausschmückungen vorgetragenen Beschuldigungen gegen ihren Mann ansehen dürfen.

Pseudologe Züge sind ja wohl auch etwas Kindheitsgemäßes. Die ganze eigentümlich sprunghafte Affektivität der Kranken trägt deutlich den Stempel des Regressiv-Infantilen.

Daß ein Teil ihrer hypochondrisch ausgebaut vorgebrachten Beschwerden eine körperliche Ursache hatte, ist (sie hatte eine Pyelitis) nicht zu bezweifeln. Der Hauptteil ihrer Klagen beruhte jedoch gewiß nicht im Körperlichen.

Bei entsprechend ernsthaftem Vorhalt konnte sie sich auch recht schnell umstellen. Dann war sie wieder wie ein zahmes, kleines Wesen, das dem Arzt und der Schwester Füße und Hände küssen wollte.

Die affektiven Bindungen an die Angehörigen waren zudem, allerdings entzieht es sich meinem Urteil, ob das nicht auch früher schon so war, recht mager. Die Kinder traten in ihren Gedanken völlig zurück. Ihrem Mann schrieb sie wohl zuweilen liebestolle Briefe, um ihn dann jedoch gleich wieder völlig abzulehnen und zu beschuldigen.

Vielleicht bildet das starke Betonen der sexuellen Vorwürfe, die obszönen Reden bei ihr gleichsam eine „Befriedigung“ in sexueller Hinsicht, sie folgt darin vielleicht nur „Ersatztendenzen“.

Von einer Bradyphrenie ist, trotzdem die akute Encephalitis in ein Alter von 23 Jahren fällt, nicht die Rede. Hier handelt es sich gewiß um eine Persönlichkeitsveränderung, insofern die Trieb- und Affektseite gestört war, aber vor allem auch das, was man als den Oberbau der Persönlichkeit, den Charakter, bezeichnen kann. Dabei handelt es sich im wesentlichen vielleicht nur um eine Verstärkung von Anlagen durch die Krankheit, die schon vor der Erkrankung bei ihr vorhanden waren.

Der Mann der Frau S., bei dem man gewiß ein größeres Maß an Objektivität in der Beurteilung ihrer eigenen Persönlichkeit voraussetzen darf, als sie selbst hat, schildert die Kranke schon vor der Krankheit als herrisch, launisch, schwer zu behandeln.

Der Suicidversuch war gewiß nicht ernst gemeint, sondern entsprang ihrer „Lust“ zu demonstrieren.

19. Der Arbeiter Ernst Friedrich, geboren 28. 2. 08 machte die akute Encephalitis im Alter von 16 Jahren (E.A. = 16 Jahre) durch. Er zeigt Veränderungen, wie sie in ähnlicher Form durchaus von kindlichen Encephalitikern her bekannt sind. Von einer Bradyphrenie kann man gewiß nicht sprechen.

Ein Rückgang in intellektueller Hinsicht lag nicht vor. Auffallend war die Erregbarkeit und Reizbarkeit, die Empfindlichkeit und das Nachtragen, wie wir es schließlich auch bei psychopathischen Menschen immer wieder sehen.

Mit der eigentümlichen Klebrigkeit und Zudringlichkeit so vieler Postencephalitiker drängte er sich an Arzt und Pflegepersonal heran, sprach von Dingen, die ohne aktuelles Interesse waren und vor allem um sein Ich und seine Persönlichkeit spielten.

Seine Erregbarkeit und Reizbarkeit führte ihn immer wieder zu täglichen und auch tätlichen Konflikten mit anderen. Bei entsprechend geschicktem Zureden ließen sich die Erregungen häufig genug noch abfangen, erwies sich Friedrich als einigermaßen zugänglich. Auffallend war dabei der eigentümliche Wechsel der affektiven Einstellung, seine Affektlabilität. Eben konnte er noch in der freundlichsten Weise eine Antwort geben, während ihn im nächsten Augenblick eine ähnliche Frage geradezu brutal losbrechen ließ. Die ganze Persönlichkeit zeigt so, unter Berücksichtigung seines Alters, gleichsam einen Rückschritt oder besser gesagt, ein Bestehenbleiben in kindlicher Unbeherrschtheit.

Die Selbstmordgedanken wurden mit demonstrativer Tendenz vorgebracht, aber ohne auf der Abteilung eigentlich ernst genommen zu werden. Zuletzt protestierte er gegen seinen Aufenthalt auf der Encephalitisstation, wo er sich nicht am Platz fühlte, damit, daß er sich in geschickter Weise an seinem Bett einen Strick um den Hals legte, aber so, daß es zu einer Drosselung des Halses nicht kommen konnte. Gewiß kann aber ein besonders unglücklicher Zufall auch ein solches Spiel zum Ernst werden lassen. Wir werden im Schlußteil von einem solchen Kranken hören.

Ein großer Teil der Störungen bei Friedrich, die er auf der Encephalitisstation und schließlich in der Anstalt, wohin er damals für einige Zeit verlegt werden mußte, bot, waren gewiß reaktiv ausgelöst. Er wollte in seiner triebhaften Unruhe nicht mehr auf der Station bleiben, kam in die geschlossene Anstalt und reagierte darauf so, wie man es von einem triebhaften, erregbaren Psychopathen auch sonst sehen kann. Psychopathische Züge ergaben sich aus der Vorgeschichte nicht. Nach der Entlassung aus der Anstalt führte er sich draußen, wie ich mich selbst auf einer Vortragsreise überzeugen konnte, ruhig und ordentlich, so daß weder der Vater noch der Arzt die Notwendigkeit verstanden, ihn in die Anstalt zu bringen.

Hier war also gewiß das Milieu der Anstalt und der Abteilung etwas durchaus Ungünstiges.

Bei der Aufnahme und in den ersten Tagen in der Klinik bot er übrigens ein eigentümlich stuporöses Verhalten. Auch hierbei handelte es sich gewiß nur um einen reaktiv und erlebnismäßig ausgelösten psychogenen Stupor, der sich auf der durch die organischen Veränderungen des Hirns bedingten Veränderung der Ansprechbarkeit auf psychische Reize aufbaute.

Die eigentümliche Zutunlichkeit und die Neigung, sich unter Umständen bei dem Arzt beliebt zu machen, das leichte Schmeicheln machte, wie gesagt, einen kindlichen Eindruck.

Zu erwähnen ist, daß die sexuelle Entwicklung des Friedrich allem Anschein nach verzögert und gehemmt eintritt. Bis zur letzten Beobachtung im Winter 1931 (Alter 23 Jahre) sind sexuelle Strebungen oder erotische Neigungen nicht aufgetreten.

Seine eigentümliche Reizbarkeit, Erregbarkeit, wie schließlich auch seine Klebrigkeit usw. standen geradezu in einem grotesken Gegensatz zu seiner motorischen Einengung durch Rigor und Hypokinese.

Ohne familiäre Belastung und ohne eigenes psychopathisches Vorspiel zeigte der Kranke neben Akinese und Rigor in körperlicher Beziehung die Klebrigkeit, Zudringlichkeit, Reizbarkeit und Erregbarkeit vor allem

jugendlicher Postencephalitiker. Aus dieser veränderten Persönlichkeit holt dann der Aufenthalt auf der Station eine dynamisch starke Protestreaktion heraus, die in dem Schauspiel des Suicidversuches, der gewiß nicht ernst gemeint war, gipfelte.

Akinese und diese Reagibilität stehen in schroffem Gegensatz zueinander.

Der Aufbau der ganzen Protesthandlung, deren Tenor nur lautete: „Fort von der Station!“ ist gewiß weitgehend Handlungen bei psychopathischen Menschen ähnlich. Eigentümlich und verschieden vom Psychopathischen ist vielleicht die Zähigkeit und Klebrigkeit, die so sehr der Klebrigkeit von Epileptikern ähnelt.

Die psychoreaktive Entwicklung der Störungen des Friedrich auf der Abteilung und in der Anstalt weisen nichts eigentlich Dranghaftes auf, wie bei kindlichen Postencephalitikern. Vielmehr handelt es sich dabei um den Ausdruck einer Wesensveränderung, wie wir sie bei Psychopathen durchaus auch finden. Ziehen wir hier gleichsam die körperlichen motorischen Störungen ab, so finden wir eben das, was wir als psychopathische Persönlichkeit bezeichnen würden.

Ich stimme jedenfalls *F. Stern* durchaus zu, wenn er sagt, daß es wenig Sinn habe, die seelischen Veränderungen der Postencephalitiker etwa als Wesensveränderung im Gegensatz zum psychopathischen Charakter zu bezeichnen, wenigstens, wenn man den Gesichtspunkt der Symptomatologie des Seelischen in Betracht zieht. Ich kenne jedenfalls Postencephalitiker, die vor Eintritt amyotatischer Erscheinungen und ohne genauere Kenntnisse der Vorgeschichte als Psychopathen auch von psychiatrisch Vorgebildeten angesehen wurden.

Der Unterschied zwischen psychopathisch und psychopathieähnlich (postencephalitisches) ist gewiß festzuhalten, es handelt sich dann aber um den Gesichtspunkt der Pathogenese.

20. Eine andere Jugendliche, Strecker, die die akute Encephalitis im Jahre 1918 und 1919 in einem Alter von 12 Jahren durchgemacht hatte, war vom Juni 1929 bis Januar 1930 auf der Encephalitisabteilung. Sie mußte für ungefähr ein Jahr nach der Heil- und Pflegeanstalt verlegt werden, kam dann wieder zur Encephalitisstation, allerdings nur für einige Monate. Man mußte sie wieder nach der Anstalt verlegen. Nach der akuten Krankheit wurde sie unruhig, „hippelig“, außerordentlich leicht erregbar, andererseits interesselos, müder; sie brauchte viel Schlaf. In entsprechendem Alter zeigte sie keine Lust zu Vergnügungen und Tanz, blieb allein zu Hause. In den letzten 2 Jahren vor der Aufnahme war die Stimmung niedergedrückt, reizbar und erregbar; es wurde immer schlimmer mit ihr.

Nachgeben konnte sie zu Hause nicht, sie sagte: „Das kann ich nicht, das tue ich auch nicht.“ Auf der Station meinte sie: „Doch, ich kann auch nachgeben, nur zu Hause fällt es mir besonders schwer.“ Sie handele dabei anders, als sie selbst wolle, empfand die Reizbarkeit als etwas Ich-Fremdes, aber sie erlag ihr immer wieder. Häufig hatte sie ein beängstigendes Gefühl, eine Unruhe, daß irgend etwas geschehen müsse, eine gegenstandslose Angst, Beklemmungsgefühle auf der Brust, Stiche, den Eindruck, als wenn jeder etwas gegen sie habe. Unter ihren

Explosionen litt sie in den ersten Jahren selbst ganz besonders. Sie meinte, allerdings etwas affektiert: „Wenn Sie wüßten, wie feinfühlig ich in Wirklichkeit bin!“ Seit einem Jahr vor der Aufnahme zitterte sie mit der linken Hand, hatte auch Augenkrämpfe. Eine plötzliche Verschlimmerung trat im Februar 1929 ein. Der Vater meinte, sie sei ganz einfach ein Tollkopf. Zu Hause wurde sie außerordentlich launisch, bei geringen Anlässen jähzornig.

Der Gang war flott. Im linken Ellenbogen bestand ein deutlicher Rigor. Links fehlte die Diadochokinese. Es bestand Retropulsionsneigung und Dermographismus. Zunächst verhielt sie sich hier mißtrauisch, abweisend, kurz. Sie pendelte aber ständig zwischen den Extremen, machte häufig einen hemmungslosen Eindruck. Bei geringen Anlässen konnte sie weinend den Raum verlassen, reagierte auf Ermahnungen nur mit Steigerung der Erregung. Kurze Zeit danach konnte sie dann flehentlich um Entschuldigung bitten, war für kurze Zeit sehr lenkbar und anhänglich bis zum nächsten Affektausbruch. Dabei war sie sehr empfindlich, fühlte sich leicht zurückgesetzt. Auch ohne jeden sichtbaren Anlaß traten Verstimmungen ein, dann weinte sie hemmungslos, war ratlos. Die Verstimmungen gingen aber immer schnell vorüber. — Auf der Abteilung gab es so immer wieder Schwierigkeiten mit ihr. Mit einigen Patienten schloß sie überschwengliche Freundschaften; aber immer drängte sie Bekannte infolge ihres schroffen Verhaltens von sich ab. Dem Pflegepersonal gegenüber war sie anspruchsvoll, glaubte sich schlecht behandelt. Harmin brachte jeweils eine gewisse Erleichterung der Beweglichkeit. Ihre Unbeständigkeit war erzieherisch nicht nachhaltig zu beeinflussen. Sie war recht affektlabil, konnte manchen Kranken Hilfe reichen und freundlich sein, dann aber war sie auch wieder abweisend, trotzig, geradezu negativistisch. Zuweilen wollte sie sich nicht behandeln lassen, vermutete in jedem belanglosen Vorfall ein gegen sie geschmiedetes Komplott, wurde dann sehr heftig, ausfallend, stampfte mit den Füßen und Beinen, wollte entlassen werden. Oft zeigte sie auch geradezu verfallenes Aussehen, der Turgor war schlecht, sie sah sehr blaß aus. Dies im wesentlichen unter Einfluß psychischer Faktoren. Ab und zu klagte sie vorübergehend über Appetitlosigkeit, erbrach dann auch oft, konstatierte mit Stolz, wenn sie abgenommen hatte. Die immerhin leichte Myastase trat, wie auch die Blickkrämpfe, schließlich etwas zurück. Das Erbrechen verschwand auf Pseudomedikation ebenfalls. Bald aber wieder zeigte sie sich völlig unbeherrscht, triebhaft, war sehr unruhig, suchte unter einem Vorwand ins Bett zu kommen, sich den anderen Patienten zu entziehen, konnte plötzlich aus dem Haus laufen, äußerte Gedanken des Lebensüberdresses, machte sich selbst Vorwürfe, war mißtrauisch, wenn man leise sprach, meinte, man habe Schlechtes über sie gesagt. Immer wieder drohte sie mit Suicid. Die Selbstmordversuche erfolgten jedoch immer vor Publikum. Sie machte sich erst bemerkbar, bevor sie sich symbolisch zu strangulieren versuchte.

Aus dem Gutachten des Kreisarztes ging hervor, daß sie schon mehrmals zu Hause in der Erregung den Gashahn geöffnet hatte, um sich das Leben zu nehmen.

Eine Änderung in ihrem Verhalten trat bis in die letzte Zeit hinein nicht ein. Nur wurde sie trotz intensiver Behandlung noch bewegungsärmer.

Auch diese Patientin zeigte eine Umformung ihrer Persönlichkeit nach der psychopathischen Seite hin. Dies äußerte sich vor allem in ihrer Reizbarkeit, in der Haltlosigkeit ihrer unbeherrschten motorischen, jähzornigen Entladungen. Ihr affektives Verhalten ähnelte am meisten dem eines Kindes, das seine Einstellung auch von Augenblick zu Augenblick wechseln kann, wie es die äußeren Eindrücke mit sich bringen. Andererseits hatte sie aber auch die Fähigkeit, sich mit einer gewissen Bewußtheit in Affekte hereinzusteigern, dann, wenn sie für sich einen

Vorteil daraus erhoffte. Gerade dann drohte sie auch mit Suicid, aber sie brauchte für ihre Suicidversuche Publikum, es handelte sich nur um Demonstrationen, denen nur ein größerer Ernst für sie selbst innewohnte, wenn ihr einmal die Zügel über das eigene Selbst aus der Hand gefallen waren.

Ein Suicidversuch bedeutete für sie nur einen Protest gegen ihre Umgebung. Nur zuweilen kam sie auch von innen heraus zu depressiven Verstimmungen, ohne *syntone* Züge aufzuweisen. Eine Persönlichkeit, bei der nach der Krankheit das Unberechenbare und von ihr aus zum Teil doch wieder Berechnete in auffälligem Gegensatz standen.

21. Ein weiterer Kranker, Ewald Ziegler, der Spielleiter in einem größeren deutschen Badeort gewesen war, hat im Frühjahr 1920 in einem Alter von 19 Jahren die akute Encephalitis durchgemacht. Stärkere parkinsonistische Erscheinungen lagen bei ihm nicht vor, jedoch zeigte er eine deutliche Wesensveränderung. In den letzten Jahren vor der Aufnahme (1929) klagte er über Kopfschmerzen, Blinzeln. Er war zudringlich, wollte aus nichtigen Gründen heraus die Ärztin der Station immer allein sprechen, versuchte Kniefälle, Handküsse usw. Anderen Patienten gegenüber verhielt er sich überlegen, prahlte gern. Seine Kleidung war gewählt, zeigte eine etwas feminine Note. Auch in der Klinik trug er immer ein lilaseidenes Halstuch. Harmin vertrug er nicht. Die Blinzelskrämpfe und die Steifigkeit am linken Arm nahmen unter geringen Gaben von Scopolamin etwas ab. Nur im linken Arm bestand schließlich noch ein leichter Rigor. In späteren Briefen an die Ärztin der Station klagte er, daß seine Hände nicht wollten, wie er wolle. 2 Monate nach der Kur sei es ihm zufriedenstellend gegangen. Später sei jedoch der linke Oberkörper wieder „stärker gelähmt“ gewesen. Er habe an Selbstmord gedacht, es habe sich jedoch wieder gelegt.

Ob es sich bei den von Ziegler geäußerten Suicidgedanken um ernste Erwägungen gehandelt hat, ist nicht zu sagen. Das etwas Weichliche, theatralisch Pointierte seines Wesens könnte die Selbstmordgedanken auch als eine gedankliche Spielerei, vielleicht als eine prätentiose At-trappe (Brief an die Ärztin) ansehen lassen.

22. Die Patientin Martha Hermann, geboren am 3. 10. 14 stammte aus angeblich gesunder Familie. In der Schulzeit lernte sie gut, machte während dieser Zeit eine Mittelohr- und eine Kniegelenksentzündung, Grippe und Skrofulose durch.

Mit 11 Jahren erkrankte sie plötzlich mit Schlafsucht. Sie blieb dann vom September bis Anfang nächsten Jahres in einem Krankenhaus. Hier (19. 10. 29 bis 14. 5. 30) klagte sie über Aufgeregtheit, Unruhe, zeitweise Kopfschmerzen, Müdigkeit. Schon vor dem Aufenthalt auf der Station war sie eine Zeitlang in einer Stellung. Es ging jedoch nicht, weil sie immer wieder dazu neigte, Beziehungen zu jungen Männern aufzunehmen. Menstruiert war sie noch nicht.

Im übrigen entsprach die Entwicklung der Patientin ihrem Alter. Die Sprache war etwas undeutlich, zu schnell. Es zeigte sich eine leichte Hypomimie, allgemeine Hypokinese. Tonus und Trophik wiesen besondere Störungen nicht auf. Die Reflexe waren in Ordnung. Beiderseits fand sich der *Rossolimosche* Reflex angedeutet.

Von vornherein war die Kranke ausgesprochen motorisch unruhig, ängstlich. Ihre Bewegungen trugen zum Teil fast choreiformen Charakter.

Intellektuelle Störungen lagen nicht vor. Bald fiel sie auf der Abteilung durch ihre Hastigkeit und Unruhe, durch ihr Lautsein unangenehm auf. Die anderen Kranken waren froh, wenn sich die Tür hinter ihr schloß. Auf der Station beherrschte sie bald alle Mitpatientinnen, war sehr laut, ständig in Bewegung, neckte gern,

war selbst jedoch außerordentlich empfindlich gegen Neckereien, zeigte einen ungewöhnlichen Beschäftigungsdrang, suchte dauernd Arbeiten. Bei alledem war sie jedoch sehr flüchtig. Jede Möglichkeit mit männlichen Patienten zusammenzukommen, suchte sie. Sie setzte sich z. B. beim gemeinsamen Antreten zur Injektion ihnen auf den Schoß und anderes mehr, wenn man nicht ständig aufpaßte. Sie präsentierte sich gleichsam immer wieder den Männern.

Andererseits schloß sie auch mit weiblichen Patientinnen zum Teil recht überschwengliche Freundschaften. Abends wurde sie von der Nachtwache einmal im Bett einer anderen Patientin getroffen. In jeder Hinsicht war sie hemmungslos. Infolge ihrer Unberechenbarkeit war sie den anderen Patientinnen sehr lästig. Zeitweise war sie anschniegig, überschwenglich freundlich. Sobald sie sich jedoch zurückgesetzt fühlte, fing sie laut an zu heulen, jammerte, daß alle Menschen ungerecht gegen sie etwas hätten, war völlig einsichtslos. Zeitweise schimpfte sie in den unfähigsten Ausdrücken. Zuweilen auch gab sie sich außerordentlich bescheiden und zerknirscht, versprach hoch und heilig Besserung, um nach wenigen Minuten wieder irgendeinen Streich auszuhecken. Strafen und Vorhalte hatten nicht den geringsten Einfluß auf sie. Immer wieder war sie unberechenbar, triebhaft. Eines Tages nahm sie plötzlich während einer Mahlzeit eine Wurst vom Tisch, hob die Röcke und legte lachend die Wurst zwischen die Beine. Bei Zurredestellung durch die Ärztin der Station gab sie sich außerordentlich naiv, unbefangen. Sie wisse gar nicht, wie sie dazu gekommen sei und was es bedeute. Sie stritt strikte jede Erfahrung in dieser Hinsicht ab. Nur habe ein Onkel ihr einmal ungefähr Erklärungen gegeben, um sie vor Annäherungen zu warnen. Bei dieser Gelegenheit erzählte sie dann in phantastischer Weise, daß sie schon mehrmals in einsamen Gegenden von Männern verfolgt worden sei. Was die Männer von ihr gewollt hätten, wußte sie angeblich nicht. Bei dieser Unterredung schluchzte sie dauernd, hielt die Hände vor das Gesicht, sah dabei aber zwischen den Fingern durch, um das Verhalten der Ärztin zu beobachten. Als sie sah, daß der Vorfall anscheinend ernst genommen wurde, steigerte sie sich in recht theatralische Erregung. Sie wolle nicht mehr leben. Dabei nahm sie ein Messer mit ins Bett mit der Erklärung, daß sie sich die Pulsadern durchschneiden wolle. Sie beruhigte sich dann jedoch, als sie sich völlig unbeachtet sah.

Sie vertrug Strenge am besten, verlangte andererseits aber auch eine gewisse Anerkennung ihrer Leistungen auf der Station.

Katamnestic war über die Kranke nichts in Erfahrung zu bringen.

Das Erkrankungsalter der Patientin liegt recht tief, 11 Jahre, so daß es nicht weiter verwunderlich ist, daß sie psychopathieähnliche Erscheinungen zeigte.

Der oben gegebenen Schilderung ist gewiß nichts Besonderes hinzuzufügen. Es handelt sich bei ihr nicht im geringsten um eine Bradyphrenie.

Auffallend war ihre Neigung zu erotischen oder sexuellen Beziehungen, und zwar wohl nach der homosexuellen als auch nach der heterosexuellen Seite hin, je nach Gelegenheit. Das war um so auffallender, als die körperliche Sexualentwicklung bei ihr noch nicht soweit fortgeschritten war, daß sie menstruiert war.

In körperlicher Hinsicht wies sie, wie häufig jugendliche Encephalitiker, keine deutlichen Zeichen der Encephalitis epidemica auf, abgesehen von einer gewissen Hypokinese.

Ihre Drohung mit Suicid, derentwegen sie hier genauer angeführt wird, war gewiß nicht ernst gemeint, vielmehr hysterisches Theater, in das sie sich bewußt hereingesteigert hatte, das aber sofort in sich zusammenfiel, als sie merkte, daß sie keine Zuschauer mehr hatte.

Für eine besondere Anlage zu solchen hysterischen Störungen war nichts bei ihr zu erfahren, weder aus der eigenen noch aus der Familienvorgeschichte.

In dieser Gruppe unserer Kranken spielt Prahlerei, Demonstration mit durchaus nicht ernstgemeinten Suicidversuchen, um etwa Rache zu nehmen für objektiv berechtigtes, subjektiv als Unrecht empfundenes Verhalten der Umgebung eine Rolle. Oder das Theater des Suicidversuches ist als Drohung oder erpresserischer Faktor für irgend einen Wunsch des Kranken anzusehen.

In dieser Gruppe bildet die psychopathieähnliche Verschiebung der Trieb- und Affektlage mit ihren hysterischen Akzenten den Mutterboden für die Suicidversuche, in deren Motivation das Erleben der Krankheit selbst kaum mehr eingeht.

VI. Fall Schliemann und Fall Vollmer.

Aus dem Rahmen der bisherigen Gruppen fallen zwei weitere Kranke.

23. Ulrich Schliemann machte die akute Encephalitis im April 1920 in einem Alter von 13 Jahren durch. Kurze Zeit danach kam er in die Klinik, weil er nachts nicht schlafen konnte. Er klagte damals über starke Kopfschmerzen, verhielt sich kindisch, zeigte sich später (1925) bei einem Aufenthalt in der Klinik so dreist und vorlaut, wie häufig jugendliche Postencephalitiker, bei im übrigen korrektem, dem Alter angepaßtem Verhalten. Er war sehr fett, litt an starkem Speichelfluß. Ausgesprochene parkinsonistische Erscheinungen zeigten sich nicht, abgesehen von leichten amyostatischen Störungen im rechten Arm.

Beim 3. Aufenthalt in der Klinik, wo er sich vom 27. 9. bis 22. 12. 28 befand, hatte er seinen Suicidversuch schon begangen. In den letzten Jahren war er draußen ständig in niedergedrückter Stimmung gewesen, hatte keine Lust zum Arbeiten. Nach der Schulentlassung wurde er übrigens im Sägewerk seines Vaters beschäftigt. Er hatte sich kurz vor seinem Suicidversuch Gedanken über Onanie gemacht, grübelte, litt ständig unter Kopfschmerzen. 1927 schoß er sich mit einem Revolver in den Kopf. Seit dieser Zeit waren die Kopfschmerzen an Intensität geringer und seltener geworden. Einige Zeit nach der Schußverletzung — der Knochensplitter und die Kugel wurden operativ entfernt — zeigte er eigentümliche Anfälle. Ohne völlige Ausschaltung des Bewußtseins kam es ihm so vor, als wenn er in die Höhe gehoben würde. Der Körper streckte und spannte sich dann. Einige Male hat er auch um sich geschlagen. Bewußtlos wurde er dabei nicht. Daraufhin wurde im November 1927 eine Trepanation ausgeführt, bei der Verwachsungen zwischen Schädelsknochen und Hirnhaut gelöst werden konnten.

Nach dem Schuß nahm das Zittern an Stärke zu, es ging in das rechte Bein über. Bei Aufregung zitterte er besonders lebhaft, regte sich auch leichter und intensiver auf als früher. Im Jahre 1927 waren erstmals auch Blickkrämpfe eingetreten. Die Narbe in der rechten Schläfengegend war reaktionslos. Häufig zeigte er blinzeln- de Augenbewegungen. Rechts fand sich ein ganz geringer Rigor, im rechten Fuß ständiges Zittern. Retropulsion war sehr deutlich.

Auf der Abteilung selbst war er nett, offen, etwas klebrig, zudringlich. Er berichtete gleich dem Arzt, daß er früher onaniert habe, auch jetzt noch die Versuchung dazu spüre. Anderen Patienten sang er Lieder vor, erzählte unerschöpflich Witze von erstaunlicher Harmlosigkeit und Pointelosigkeit. Im übrigen war er bei mittlerer Begabung recht affektlabil. Zuweilen erschien er in seiner zudringlichen Art und Weise deprimiert. In der Regel jedoch war er leicht hypomanisch. Rigor und Tremor ließen unter der Behandlung nach. Er fühlte sich innerlich ruhiger. Kindlich freute er sich auf die Weihnachtsfeier. Er setzte sich zu den Frauen auf der Abteilung, sang deren Lieder mit. Sein Leiden führte er auf die Onanie zurück. Wenn man ihm die Sorgen deshalb abnahm, so bedankte er sich, nannte sich den glücklichsten Menschen. Schalt ihn ein anderer Patient, so konnte er stundenlang weinen, suchte die Schuld bei sich selbst. Erhielt er mal nicht entsprechende Nachricht von zu Hause, so mußte er sich dem Arzt oder der Schwester gegenüber aussprechen. Bei Kleinigkeiten fing er laut, schallend und anhaltend an zu lachen. Dann fiel ihm plötzlich wieder ein: „Das verfluchte Lachen. Die Leute müssen ja denken, ich sei blödsinnig, aber es kommt mir immer so.“ Stets war er beflissen, sich zu entschuldigen, auch wenn er sich gar keine Vorwürfe zu machen brauchte.

Nach einem Bericht des Arztes vom März 1931 war eine wesentliche Besserung, abgesehen von dem Eindruck einer gewissen Frische und einer größeren Beweglichkeit nach der Behandlung auf der Encephalitisstation, nicht nachzuweisen. Dies verschwand jedoch nach kurzer Zeit wieder. Von Arbeitsfähigkeit konnte nicht die Rede sein, einmal wegen der Unfähigkeit die Glieder zu beherrschen, dann aber wegen seiner starken Reizbarkeit, die unter dem Unverständnis der Mitarbeiter oft zu Reibereien Anlaß gab. Körperlich war die Krankheit beständig fortgeschritten, wenn auch in psychischer Hinsicht eine wesentliche Verschlimmerung anscheinend nicht nachzuweisen war. Der Kranke war kürzlich wieder auf der Abteilung. Vor allem in seelischer Hinsicht waren die Krankheitserscheinungen noch prägnanter als früher.

Bei Schliemann, der seine akute Encephalitis schon im Alter von 13 Jahren durchmachte, trat neben parkinsonistischen (vorwiegend halbseitigen) Störungen ungefähr 6 Jahre nach der akuten Erkrankung eine Neigung zu depressiven Verstimmungen ein. Früher zeigte er nur die bekannten psychopathieähnlichen Erscheinungen der Jugendlichen, die aber auch später noch deutlich vorhanden waren. Reizbar, zudringlich, aufdringlich, klebrig, dabei affektlabil, wollte er mit einem gewissen kritischen Bewußtsein seiner übergroßen, seinem Alter durchaus nicht angepaßten Jugendlichkeit ruhiger, erwachsener erscheinen, als der tatsächlich sein konnte.

Dazu trat die Verstimmung, die gewiß einerseits aus dem Erlebnis seiner Krankheit heraus, also reaktiv erfolgte, andererseits, wie die Affektlabilität, Folge der organischen Hirnerkrankung war.

Anscheinend ist bei ihm die Pubertät verspätet aufgetreten, er hat sich mit dem Onaniekomplex nicht abfinden können, schießt sich eine Kugel in den Kopf, die oberflächlich liegen bleibt und entfernt werden kann.

Gewiß ist, daß der Suicidversuch durchaus aus Motiven hervorgegangen ist, wie sie auch bei anderen jungen Menschen in und nach der Pubertät vorhanden sind. Es könnte sich also um ein nur ganz zufälliges

Zusammentreffen von Suicidversuch und postencephalitischer Wesensveränderung handeln. Überblickt man aber die Gesamtpersönlichkeit des Schliemann, so wird man doch sagen müssen, daß hier engere Beziehungen bestehen. Die krankhaft bedingte Persönlichkeitsänderung, vor allem der Affektiven, ist doch die Voraussetzung zur Tat.

Die encephalitische Erkrankung als solche geht in die psychische Motivation des Selbstmordversuches nicht ein, sie bleibt vielmehr in deren Sphäre.

Daß späterhin noch epileptiforme Störungen eintreten, die durch Entfernen des Geschosses gut beeinflußt werden konnten, ist hier nebensächlich.

Einen ganz eigenartigen therapeutischen Erfolg bringt der Suicidversuch insofern mit sich, als vorher quälende Kopfschmerzen, die auch lebensunlustig gemacht hatten, verschwinden.

24. Eigentümlich sind die Suicidversuche des Studenten Ewald Vollmar (geb. 17. 1. 01), der sich vom Februar bis Ende 1928 auf der Encephalitisstation befand.

Über den Kranken hat *Runge* schon früher berichtet, so zuletzt in *Bumkes* Handbuch. Dort interessiert er vor allem wegen Würgzuständen, durch die er in einen dem sexuellen Orgasmus ähnlichen Zustand kam.

Ich möchte hier, der letzten Zusammenfassung *Runges* folgend, den Kranken kurz schildern. Die akute Encephalitis fällt bei dem von Mutterseite her mit Schizophrenie belasteten Studenten der Theologie ins Alter von 18 $\frac{1}{2}$ Jahren, kurz nach dem Abitur. Im Anschluß daran entwickelte sich ein nur zunächst nicht sehr hochgradiges, akinetisch-hypertonisches Stadium. Infolge einer unglücklichen Liebesaffäre traten Selbstmordgedanken auf, er suchte sich zu erwürgen. Hier liegt die Wurzel seiner Würganfälle, die nach hypnotischer Behandlung durch Prof. *Runge* wegblieben. Später entwickelt sich ein teils querulatorisch-nörgliges, dann mehr apathisch-willenloses, oft läppisch-infantiles Verhalten. Vorübergehend gibt es kurze reaktive Depressionen. Der Kranke vernachlässigte sich völlig im Äußeren.

In diesem Zustand kam der von vornherein Psychopathisch-Willensschwache auf unsere Abteilung.

Alle Bewegungen waren verlangsamt, der Kranke konnte sich kaum noch allein an- und ausziehen. Er zeigte damals dauernd unwillkürliche Bewegungen der oralen Muskulatur, fiel beim Stehen nach hinten oder nach der Seite um. Im ganzen Körper bestand starker Rigor.

Er gab selbst an, gleichgültiger, interessloser geworden zu sein, klagte über die Langsamkeit seines Ganges und der übrigen Bewegungen, über die Neigung der linken Hand zu Kontrakturen. Die allerdings nur zeitweise lebendige Einsicht, daß sich sein Zustand dauernd verschlimmerte, hatte ihn sehr skeptisch und wenig hoffnungsvoll gemacht. Über Kenntnisse, die er früher gehabt haben mußte, verfügte er nur noch lückenhaft. Dabei zeigte er durchaus noch Interesse für seinen Beruf, für die Zeitereignisse. Er spielte gern mit Bekannten Schach.

Daß er auch in intellektueller Hinsicht nachgelassen hatte, bestätigte ein Pfarrer, der sich in sehr netter Weise seiner annahm. Dafür fehlte im übrigen völlig die Einsicht. Er diskutierte auf Diskussionsabenden des Pfarrers unentwegt.

Unangenehm wurde er, vor allem dem Arzt der Station, bald durch seine Klebrigkeit und Zudringlichkeit. Er kam häufig, auch noch nachts ins Zimmer, ohne das „Herein“ abzuwarten. Er überschätzte seinen persönlichen Wert durchaus, es fehlte ihm an Distanzgefühl; Abweisungen merkte er nicht.

Von sexuellen Abartigkeiten war hier nichts zu bemerken. In affektiver Hinsicht wies er eine gewisse Steifheit auf. Er konnte sich schwer umstellen. Wiewiel davon auf Anlage zu beziehen war, muß offen bleiben. Er selbst besaß keine Kritik dazu, ebensowenig seine Mutter. Immer war er anspruchsvoll. Man konnte ihn aber doch noch einmal auf seinen eigenen Wunsch zu einem theologischen Lehrgang beurlauben.

Durch Briefe seiner Mutter erfuhren wir dann, daß er während des Kurses zu Hause einen ernstgemeinten Suicidversuch unternommen hatte. Sie bezeichnete den Kranken selbst als kindlich. Sein ganzes Auftreten habe etwas ängstlich-unsicheres. Die Vorgeschichte dieser Suicidversuche schildert die Mutter dahin: Der Kranke habe einen gleichaltrigen Freund, der Jura studiere. Diesem habe er schon immer das Studium der Theologie als das für ihn einzig Richtige aufdrängen wollen. Der Freund könne Theologie aber nach seiner innersten Überzeugung nicht studieren.

Nun habe der Kranke schon früher einmal zu Hause durch Öffnen eines Gasbrenners versucht, sich zu töten, sich gleichsam zu opfern und damit zu erzwingen, daß der Freund eben Theologe werde. Das sei aus einem an den Freund gerichteten Abschiedsbrief hervorgegangen. Darin habe er als letzten Wunsch niedergelegt, daß der Freund Theologie studiere. „Jetzt traf ich meinen Sohn auch bei solcher Absicht und er versprach mir, solche Tat nicht zu tun und schien auch einzusehen, daß das eine Wahnidee und ein großes Unrecht sei.“ Jetzt habe er dem Freund wieder einen Brief geschrieben, daß er sich bis zu einem bestimmten Tag äußern solle, ob er nicht das theologische Studium ergreifen wolle. „Willst Du mich denn ganz auf dem Gewissen haben?“ sei seine letzte Frage. Diesen Brief habe der Freund niemandem zeigen dürfen außer der Mutter.

Aussprache mit dem Kranken zeigte dann, daß sein Selbstmordversuch doppelt motiviert war. Er fühlte sich nunmehr doch durch die Krankheit, wie es den Tatsachen entsprach, aus dem Leben ausgeschaltet. Das Leben hatte für ihn an Wert verloren. Andererseits lebte er in dem Gedanken, daß ein Opfertod ihm gleichsam die Weihe eines Märtyrers verschaffe. Hier fand er einen Wert, den ihm das Leben selbst nicht mehr bot.

Die Aussprache gab ein Bild seiner inneren Verworrenheit. Angeblich hatte er mit diesen Gedanken schon lange gekämpft, viele Nächte kaum geschlafen. Er beruhigte sich aber schließlich, bat den Arzt, ihn bei seiner Mutter und dem Freund zu entschuldigen. Suicidversuche sind nach Mitteilung der Mutter bisher nicht wieder vorgekommen.

Ewald Vollmar wies neben den deutlichen körperlichen Zeichen der Encephalitis epidemica psychische Störungen auf, die, wenn wir hier von dem Komplex des Würgens absehen, recht widerspruchsvoll sind und sich nur schwer in einer Persönlichkeit verstehen lassen.

Sein intellektuelles Niveau war gesunken, seine affektive Einstellung zur Umgebung, sein Naturell krankhaft starr. Er war nicht mehr imstande, irgendeinen Gegenstand rasch von verschiedenen Seiten und unter verschiedenen Gesichtspunkten zu betrachten. Andererseits wies er dann eine recht primitive und nicht weiter abzuleitende Zudringlichkeit und Klebrigkeit auf. Er hatte kein Distanzgefühl mehr, war vor allem nicht mehr imstande, den Wert seines persönlichen Seins für andere Menschen zu bestimmen. Er überschätzte sich, seinen eigenen Wert.

Der Suicidversuch entsprang neben der durch die Krankheit und ihre Störungen bedingten Lebensunlust einer gewissen Herrschsucht über

den anderen, den er gleichsam damit zwingen wollte, seinen Lebensgang grundsätzlich zu ändern.

Die inneren Widersprüche der Einstellung zum Suicid und seiner, wenn auch etwas kindlich-weichen Einstellung zur Religion sah er selbst zunächst nicht deutlich. Hier war er völlig unklar, fast zerfahren. Es bedurfte erst eingehender Rücksprachen, um hier wieder Ordnung zu schaffen.

Bei Vollmar lagen Entschlüsse und Gedankengänge vor, die durchaus nicht einem 27jährigen entsprachen, die vielmehr in die gefühlsmäßige Unausgeglichenheit, die Unklarheit des Denkens der Zeit um und nach der Pubertät sich einfügen könnten.

Vollmar hat gewiß mit dem Gedanken des Suicides gekämpft. Gegengründe gegen den Suicid flossen ihm auch aus seiner christlichen Weltanschauung zu. Und doch kam ihm die Begründung des Suicidversuches (Opfertod) aus derselben Weltanschauung. Der erlebte Unwert des eigenen Lebens versteckte sich dabei unter dem Opfergedanken. Die eigentümliche Denkstarre des Kranken führte ihn zu dem Suicidversuch, der durch Zufall unterblieb, täuschte ihm etwas Rationales, Sinnvolles vor, wo man doch nur Verworrenes und Veranntes sehen kann.

Zu beachten ist auch hier die Senkung der Persönlichkeit, die Rückbildung ins Kindliche, Unvollendete, die mit einer gewissen egoistischen rücksichtslosen Note auftretende Zudringlichkeit und Klebrigkeit, die Denk- und Triebstörung im Sinne der Verlangsamung und Starre, von der die Affektseite nicht unberührt bleibt.

C.

Zusammenfassende Betrachtungen über die psychischen Störungen der erwachsenen Postencephalitiker.

Für statistische Auswertungen, die gerade für Selbstmorde eine ganze Reihe von beachtenswerten Tatsachen ergeben können, sind unsere Zahlen zu klein. Nur einiges sei festgestellt.

Unter den von mir beobachteten 5 postencephalitischen Selbstmördern finden sich 4 Männer und nur 1 Frau. Man könnte daraus den Schluß ziehen, daß bei diesen Kranken Männer eher Suicidneigung hätten als Frauen.

Vergleicht man aber damit Angaben, wie sie z. B. *F. Kant* bringt, so begehen Frauen im allgemeinen weniger häufig Selbstmorde als Männer, wenn auch ein dauerndes Ansteigen der Zahl der Frauenselbstmorde in den letzten Jahren nicht zu verkennen ist. So kamen im 19. Jahrhundert auf 4 Männer- nur 1 Frauenselbstmord, während im Jahre 1921 in Deutschland 100 Selbstmorden von Männern 46,8, in Berlin sogar 68,7 Frauenselbstmorde entsprachen. *F. Kant* erklärt das mit Recht für eine Wirkung der Emanzipation der Frau, ihres Heraus-

tretens aus der Familie in das öffentliche, das Berufsleben. Auf dem Lande ist die Frau gewiß in religiöser, ethischer und familiärer Hinsicht mehr gebunden als in der Stadt. Das mag sich, da der größte Teil unserer Kranken vom Lande kommt, auch in unseren Zahlen zeigen.

Nun sind (nach *F. Kant*) Selbstmordversuche bei Frauen *absolut* häufiger als bei Männern. Das hänge gewiß mit der bei Frauen stärker verbreiteten Neigung zu theatralisch-hysterischen Ausbrüchen, zum anderen Teil mit einer im entscheidenden Augenblick mangelnden Willenskraft und außerdem mit der von Frauen bevorzugten Wahl der Mittel (Vergiftungsversuche häufiger, Versuche durch Erhängen seltener als beim Manne) zusammen. Auf die Art der Suicidversuche einzugehen, hat bei der geringen Zahl unserer Kranken keinen Sinn.

Es fanden sich unter meinen 11 Kranken mit Selbstmordversuchen immerhin 5 Frauen, eine relativ beträchtliche Zahl, wenn auch die Männer das Übergewicht behielten.

Greifen wir dagegen die Gruppe der hysterisch-theatralischen Suicidversuche heraus, so finden wir 3 Frauen gegenüber 2 Männern. Hierin äußert sich doch wohl die Neigung der Frauen zu theatralisch-hysterischem Verhalten.

Die Selbstmordstatistik ergibt, daß Suicide einmal das Alter von 20—25 Jahren bevorzugen, daß aber andererseits die meisten Selbstmorde im Alter von 60—80 Jahren begangen werden (*F. Kant*). Nun bevorzugt die Encephalitis epidemica für ihr akutes Auftreten das jugendliche Alter. Wir haben bisher noch nicht den nötigen zeitlichen Abstand von den Jahren des gehäuften akuten Einsetzens der Encephalitis epidemica, um etwas darüber aussagen zu können, ob sich nicht vielleicht die bei der Durchschnittsbevölkerung bestehende Bevorzugung der höheren Altersklassen für das Suicid auch bei den Postencephalitikern zeigen würde, was durchaus möglich ist.

Stellt man 2 Tabellen über unsere Postencephalitiker gegenüber, in denen einerseits das Erkrankungsalter, andererseits *das* Alter wiedergegeben ist, in dem an Suicid gedacht oder Suicid verübt wurde (Tabelle 1 und 2), so ergibt sich, daß die Selbstmorde und Selbstmordversuche bei unseren Kranken das 3. Lebensjahrzehnt bevorzugen. Das ist aber wohl nur ein Ausdruck dafür, daß die meisten dieser Kranken eben kurz vor oder noch während dieser Frist erkrankten. Weiterhin zeigen die Tabellen, daß die Krankheit erst eine Reihe von Jahren bestehen muß, ehe Suicidabsichten auftreten. Es ist dabei jedoch zu bedenken, daß, da unsere Kranken einer Station für chronisch Kranke entstammen, Frühfälle, d. h. Selbstmorde aus dem akuten Stadium heraus, fehlen müssen. Der eine Schluß ist aber wohl erlaubt, daß sich, entsprechend der langsamen Entwicklung und dem Fortschreiten des Parkinsonismus, meist erst nach Jahren die zum Teil durch die organischen Hirnveränderungen

begünstigten, zum Teil auch aus dem Erleben des durch die Krankheit erschweren Lebens hervorstechenden Motive zum Suicid entwickeln.

Tabelle 1. Erkrankungsalter.

Altersklasse	Fälle
10—15 Jahre	6
16—20 Jahre	6
21—25 Jahre	6
26—30 Jahre	3
31—35 Jahre	1
36—40 Jahre	1
41—45 Jahre	1
	24

Tabelle 2. Alter der Selbstmorde und Selbstmordversuche.

Altersklasse	Fälle
10—15 Jahre	0
16—20 Jahre	1
21—25 Jahre	8
26—30 Jahre	7
31—35 Jahre	4
36—40 Jahre	2
41—45 Jahre	1
46—50 Jahre	1
	24

Im Vordergrund des Interesses steht für uns jedoch das Psychologische, Psychopathologische bei den Kranken, vor allem also die Motivation der Selbstmorde, Selbstmordversuche und Selbstmorddrohungen. Dabei gingen wir, um die Einteilung der Fälle nicht zu sehr zu komplizieren, von dem am meisten hervorstechendsten, dem Hauptmotiv, aus.

Daß sich dabei aus der Art der Motive nicht etwa etwas für Encephalitis epidemica Pathognomisches ableiten läßt, ist von vornherein zu betonen. Es ist auch nicht etwa so, daß die bei unseren Kranken gefundenen Motive etwa *den* Kanon der Suicidmotive der chronisch Encephalitiskranken darstellten. Wir brauchen ja nur daran zu erinnern, daß z. B. *F. Stern* wie *Stiefler* von Selbstmorden und Selbstmordversuchen bei Postencephalitikern infolge unerträglicher (zentraler oder auch peripherer) Schmerzen berichten. Solche Fälle haben wir nicht unter unseren Kranken.

Bei einem Kranken, der oben nicht berücksichtigt ist und den ich der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg verdanke, führte wahrscheinlich ein ohne ernste Absicht und mit der Tendenz des Theatralisch-Demonstrativen ausgeführter Suicidversuch unbeabsichtigt und unerwartet zum Tode.

Immerhin meine ich, daß sich aus der in dieser Arbeit getroffenen Gruppenbildung Wichtiges zum Verständnis der Persönlichkeitsveränderung erwachsener Postencephalitiker ergibt, auch wenn die Zuteilung der Kranken zu den einzelnen Gruppen gewiß zum Teil den Stempel des Subjektiven trägt. Ich komme damit auf eine eigene Arbeit aus dem Jahre 1927 zurück. Die dort verwandte Literatur kann ich hier voraussetzen.

Ich halte es für zweckmäßig, das Wesentliche der verschiedenen Gruppen noch einmal kurz zusammenzufassen:

1. Gruppe der *Bilanzselbstmorde*, der 4 Kranke einzureihen waren, während bei 2 weiteren Patienten die gleiche Motivierung der Selbstmordabsicht eine große Rolle spielt.

Bei allen diesen Kranken handelte es sich um ein relativ kühles Abwägen der Motive für und gegen den Selbstmord, selbst wenn, wie z. B. bei dem Kranken Eilhardt (Nr. 2), der Toresschlußaffekt des Suicides eine ungewöhnliche innere und äußere Beweglichkeit mit sich brachte.

Das Abwägen der Motive hat zur Voraussetzung, daß die Krankheit nicht so zerstörend auf die Persönlichkeit der Kranken eingewirkt haben darf, wie wir es bei Kranken der späteren Gruppen sehen. Hier ist nicht nur Krankheitsgefühl, sondern auch Krankheitseinsicht, ein gewisser Überblick notwendig, es muß ein gewisses Intelligenzniveau vorhanden sein, vor allem aber auch eine gewisse Reife der Persönlichkeit. Diese kommt auch im Alter unserer Kranken zum Ausdruck; es betrug für die ersten 4 Kranken 21, 22, 24 und 32 Jahre, für die beiden letzten 25 und 50 Lebensjahre.

Einer der Kranken (Hofmeister, Nr. 1), dessen Erkrankungsalter in das 11. Lebensjahr fällt, klagte über eine leichte Erregbarkeit nach der Krankheit, in der er auch zuschlug. Im übrigen zeigte er sich bei starker Einengung seiner Beweglichkeit still, scheu, schwer zugänglich, aber auch initiativlos. Das Monotone seines Wesens wurde noch durch seine Neigung zu stereotypen Fragen betont. Später wurde das Krankheitsbild in seelischer Hinsicht, abgesehen von der zuletzt genannten Neigung, im wesentlichen durch das eigentümlich Schlaaffe, Antriebslose bestimmt, das unter günstigen äußeren Umständen von einer Euphorie begleitet war, die aber keineswegs ein Gegengewicht gegen die suicidalen Absichten bilden konnte. Bei dem Kranken mischten sich bis in die letzte Zeit herein Zeichen aus dem Kreis des Hyperphrenen (Reizbarkeit, stereotype Fragen) mit Symptomen aus dem Kreis der Bradyphrenie (Schlaffheit, Antriebsmangel u. dgl.).

Der 3. Kranke dieser Gruppe (Icke) machte nur zunächst den Eindruck „bradyphrener“ Verlangsamung. Bei genauerer Exploration zeigte sich, daß er rasch, wenn auch qualitativ ungenügend antworten konnte. Er wies weiterhin einen möglicherweise schon anlagemäßig bedingten Mangel an affektiver Ansprechbarkeit auf, der durch die Krankheit gewiß noch verstärkt auftrat.

Der 4. Kranke (Eversen) war nicht etwa stumpf, eher euphorisch verstimmt, heiter, wenn das in den letzten Wochen oder Monaten seines Lebens wohl auch nur eine bewußt vorgesetzte Maske war. Er lebte mit der Umwelt der Anstalt, seines durch die Krankheit bedingten Lebenskreises im Kontakt. Aber seine Interessen gingen auch darüber hinaus. Wenn er sich infolge Einengung seiner Beweglichkeit nicht voll aktiv beteiligen konnte, so „registrierte“ er doch die Ereignisse seiner Umgebung

genau, wie wir es bei recht vielen chronischen Postencephalitikern sehen. Das geschah wenigstens bei ihm durchaus auch mit affektiver Resonanz.

Der Kranke Sailer (Nr. 5) ist ein Beispiel dafür, daß man auf eine ganze Reihe von Postencephalitikern die Begriffe Hyperphrenie und Bradyphrenie überhaupt nicht anwenden kann. Bei ihm war die „Grundstimmung“ im wesentlichen reaktiv, durch das Erleben der Folgen der Erkrankung gedrückt, die ihm seinen Lebensraum völlig einengte, ja ihn aus dem Leben ausschaltete. Von einer im engeren Sinne krankhaften Willensstörung ist hier ebensowenig zu sprechen wie beim Bilanzselbstmord eines geistig und körperlich Gesunden.

Es ist meines Erachtens wesentlich für die Kranken der 1. Gruppe, daß es sich bei der Auseinandersetzung durch Selbstmord und Selbstmordgedanken immer wieder um die bewußte Beziehung des Ich zur Krankheit und ihre Folgen handelte. Bei ihnen finden sich durchaus Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht.

Das ist anders bei den 3 Kranken der 2. Gruppe: *„Reaktionen auf zeitlich umschriebene Störungen der Encephalitis“*. Ihr Erkrankungsalter beträgt 22, 27 und 33 Jahre, während sie im Alter von 25, 40 und nochmals 40 Jahren an Suicid dachten oder Suicidversuche unternahmen.

Auch bei ihnen steht die Krankheit im Schwerpunkt der Motivierung. Aber es ist nicht so sehr ein bewußtes Erleben der Krankheit und ihrer Folgen, distanziert zum Ich, vielmehr eine Reaktion auf zeitlich umgrenzte, zuweilen auch für Augenblicke zusammengedrückte Krankheitserscheinungen, die eng in das Psychophysische ihrer Persönlichkeit hereingreifen.

Bei dem einen Kranken spielen z. B. plötzlich von innen her hereinbrechende „Schauer“, Angstaffekte eine Rolle. Im übrigen war er auf der Abteilung bald hoffnungsfreudig, geradezu euphorisch, „sozusagen kerngesund“. Außerhalb der Station achtete der Kranke erwartungsneurotisch darauf, ob man ihn nicht wegen seiner Krankheit beobachte. Er zeigte eine Labilität der Stimmungslage, einen Mangel der affektiven Steuerung der bei so vielen erwachsenen Postencephalitikern zu finden ist und als wichtig für die postencephalitische Persönlichkeit nicht übersehen werden darf. Es handelt sich dabei um eine Störung, die als Vorspiel zu Willenshandlungen und -entschlüssen gewiß eine Rolle spielen kann, an und für sich aber aus dem Bereich der Willensstörungen herauszuheben ist.

Der Wille der Kranken dieser Gruppe wird durch die akut betonten Krankheitserscheinungen jeweils völlig in Beschlag gelegt, ohne gleichsam in sich selbst gestört sein zu müssen.

Bei der 3. Gruppe unserer Kranken, die ich als die der *Ausweichreaktionen* bezeichnet habe, ist die Reaktion gewiß auch durch die Krankheit veranlaßt. Aber die Motivation geht weder von einer Reaktion auf die Krankheit, noch von Reaktionen *durch* die Krankheit aus (wie in

Gruppe 2), vielmehr wirkt das Krankheitserleben nur in der Sphäre der Motivationen mit. Hier spielt das unfreundliche Milieu die Hauptrolle, das Mißverständnis der Umgebung, der mangelhafte Kontakt mit ihr.

Das Erkrankungsalter der 3 Kranken beträgt 14, 18 und 39 Jahre, während Selbstmordgedanken, Selbstmordversuche und vollendeter Selbstmord in das 26., das 24. und das 28. Lebensjahr der gleichen Kranken fallen. Das unfreundliche oder auch feindliche Verhalten der Umgebung überschritt ihre affektive Tragfähigkeit.

Die Kranke, die durch Suicid endete, Elise Meyer (Nr. 10) machte das akute Stadium erst mit 18 Jahren durch. Sie zeigte eine ganze Reihe von „hyperphrenen“ Symptomen mit ihrer erotischen oder sexuellen Zudringlichkeit, ihrer Erregbarkeit und Klebrigkeit. Die Labilität ihrer Stimmungslage erlaubte ihr auf der Abteilung vergnügt, fröhlich, heiter zu sein, wenn sie auch auf unangenehme Nachrichten hin sofort mit einer tiefen Verstimmung antworten konnte, auf das unfreundliche Verhalten ihrer Familie mit Suicid reagierte. Sie rief andererseits, sich selbst überlassen, auch den Eindruck des Bradyphrenen hervor; man konnte von ihr annehmen, sie sei seelisch verlangsamt. Aber bei näherem Zusehen fand sich bei relativ guter Intelligenz doch vor allem nur eine Niveausenkung (*Stertz*), die sie noch mit dem 28. Lebensjahr auf dem Standpunkt der Spätpubertät stehen ließ.

Sehr deutlich ist auch die Niveausenkung bei dem Architekten Niederwall (Nr. 11), der später, langsam zunehmend, vertroddelte und versandete, ohne daß die formale Intelligenz wesentliche Defekte aufwies. Immer deutlicher wurde seine Initiativlosigkeit und Indolenz. Er empfand sein Kranksein später nicht mehr so, wie er es früher getan hatte.

Die 4. Gruppe habe ich als die der „*Kurzschlußreaktionen auf krankheitsferne Erlebnisse*“ bezeichnet. Die Krankheit selbst spielt für die Selbstmordtendenzen dieser Kranken keine wesentlich motivierende Rolle, sie klingt da nur mit an. Kurzschlußreaktionen setzen voraus, daß rasch oder plötzlich eine gewisse Affekthöhe und Spannung erreicht wird, von der aus dann die überstürzte, unüberlegte Handlung, hier des Selbstmordes oder Selbstmordversuches stattfindet.

Unter diesen 6 Kranken werden wir also einerseits psychopathieähnlich Veränderte mit krankhaft gesteigerter Ansprechbarkeit, Erregbarkeit und Explosibilität erwarten dürfen. Wir finden aber auch Kranke, die von außen gesehen einen bewegungslosen, fast torpiden Eindruck nicht nur in körperlicher Hinsicht machen, die aber dann, wenn die relativ hochliegende (vielleicht durch die Krankheit hochgestellte) Reizgrenze überschritten ist, auch hemmungslos explodieren und gegen ihr eigenes Leben wüten können.

Es handelt sich hier, unter dem Gesichtspunkt der Selbstmordabsichten, um Störungen des Naturells, der Umsetzung von Seelischem in

Handlungen (*E. Kahn*). Diesem Begriff ist wohl auch die Zudringlichkeit und Klebrigkeit vieler Kranker unterzuordnen.

Die 5 Kranken dieser Gruppe weisen Erkrankungsalter von 19, 21, 24, 25 und 30 Jahren auf, während die hier wichtigen Alter der Suicidgedanken (in derselben Reihenfolge) 25, 31, 28, 34 und 32 Jahre betragen.

Der 31jährige Karl Northeim (Nr. 13) erkrankte erst mit 21 Jahren und doch wies er seit seiner Erkrankung nur Störungen auf, wie sie als hyperphrene, psychopathieähnliche zu bezeichnen sind. Haltlos, erregbar, reizbar, jähzornig, aufdringlich, klebrig, sexuell-haltlos, inadäquat euphorisch, dabei affektilabil, explosibel, so wird man ihn bezeichnen können, wobei die Buntheit dieser Reihe zugleich das durchaus Inkommensurable, im Voraus nicht Berechenbare seiner Persönlichkeit kennzeichnet. Dabei hatte man bei ihm nicht nur den Eindruck einer Enthemmung, sondern — ganz ähnlich wie bei postencephalitischen Kindern — den eines Überangebotes von Triebmäßigem.

Im Gegensatz dazu weist die kranke Frau Richter (Nr. 14) einen Mangel an affektiver Ansprechbarkeit, eine große Gleichgültigkeit, fast Stumpfheit, eine Unfreude auf, die aber dann in sehr eigentümlicher Weise durch kurzschlüssige Handlungen unterbrochen werden konnte. Bradyphrenes und Hyperphrenes sind hier in derselben Persönlichkeit vermischt.

Ganz ähnliches zeigen andere Kranke ohne Suicidversuche u. dgl. auch. Dabei liegen die Erkrankungsalter dieser Patienten gewiß nicht so sehr in der frühen Jugend.

Man gewinnt bei dieser Gruppe von Kranken den Eindruck, daß ähnlich wie z. B. bei dem Shock eines Unfallerlebnisses Seelisches unter Überspringen von seelischen Zwischenstationen, unter Überspringen von Hemmungen gleich ins Körperliche, Vegetative und in die tieferen Schichten der Persönlichkeit hereinschlagen kann. So tritt auch hier unter Ausschaltung aller Hemmungen ein Anspringen affektiver, seelischer und vegetativer Apparate im Hirn, um einen Ausdruck von *Rieger* anzuwenden, von primitivstem Rang ein. Jede Direktion von oben her ist dann ausgeschaltet. Bei einem Shock handelt es sich nur um eine funktionell bedingte Mißschaltung, hier muß man organische Veränderungen im Hirn als Vorbedingungen annehmen.

Die 5. Kranke dieser Gruppe, Henny Voß (Nr. 17), gibt einen Beweis dafür, daß nicht allzuselten, wie ich schon 1927 betonte, sich die psychopathieähnlichen Erscheinungen im Lauf der Jahre zurückbilden können. Bei unseren Kranken tritt geradezu ein Erscheinungswandel vom Hyperphrenen zum Bradyphrenen ein, wobei, wie auch *Thiele*, *Max* und *Hedwig*, *Eyrich*, *Engerth* und *Hoff* und zuletzt *Steck* hervorhoben, der Parkinsonismus fortschreiten kann, gewissermaßen zur Dominante wird.

Die letzte (5.) Gruppe meiner Kranken ist als die der *hysterisch-theatralischen, nicht ernst gemeinten Suicidversuche* zusammengefaßt. Auch

hier finden sich kurzschlußähnliche Handlungen, aber die Versuche bedeuten zugleich eine Lüge, eine demonstrativ gemeinte Unwahrheit.

Daß diese Störungen nicht lediglich der Krankheit als solcher zu verdanken sind, daß vielmehr der Anlage der Kranken eine ganz besondere Bedeutung zuzuschreiben ist, ergibt sich schon aus meinen früheren erbbiologischen Feststellungen. Die Belastung solcher Kranker hat nicht die Bedeutung einer Vorbedingung für das Auftreten psychopathieähnlicher Wesenszüge, sie wirkt sich im wesentlichen im Sinne der Pathoplastik aus, im Sinne einer Akzentuierung der psychopathieähnlichen Folgezustände.

Dabei ist zu beachten, daß entsprechend früherer Erfahrungen vom Jahre 1927, die auch von anderen, z. B. *Steck*, bestätigt werden, nicht nur Kinder und Jugendliche nach Encephalitis epidemica psychopathieähnliche Veränderungen aufweisen. Bis zu einem Erkrankungsalter von 40 Jahren hin, vereinzelt sogar darüber hinaus, haben wir sie, wenn auch seltener als in der Jugend und meist in schwächerer Form, auftreten sehen.

Für die Selbstmordversuche der Kranken der letzten Gruppe spielt das Erleben der Krankheit nur eine neben- oder untergeordnete Rolle. Vielmehr gibt die Krankheit in der psychopathieähnlichen Verschiebung der Trieb- und Affektlage, mit ihren hysterischen Akzenten, gleichsam nur den Mutterboden für die Suicidversuche ab, die aus krankheitsfremden Motiven hervorgehen und sich ihrerseits mit der Dynamik des krankhaft veränderten seelischen Untergrundes aufbauen.

Die Altersbeziehungen dieser Kranken sind folgende: ihre Erkrankungsalter betrugen 11, 12, 16, 19 und 23 Jahre, die suicidalen Entgleisungen erfolgten (in derselben Reihenfolge) im Alter von 16, 23, 31, 29 und 29 Jahren.

Der zuletzt beschriebene Kranke (Nr. 24) bietet wieder die eigenartige Mischung von Bradyphrenem und Hyperphrenem, von der oben schon gesprochen wurde. Auch *Runge* geht in der Schilderung dieses Kranken davon aus, indem er ihn einerseits als apathisch-willenlos (= bradyphren), andererseits als läppisch-euphorisch (= hyperphren) bezeichnete. Diese eigentümliche Vereinigung der an und für sich in derselben Persönlichkeit zunächst unvereinbar erscheinenden persönlichen Verhaltensweisen ist, wie mich Untersuchungen, die hier nicht ausführlich besprochen werden können, an ungefähr 50 wahllos herausgegriffenen Kranken der Encephalitisstation lehrten, gerade bei erwachsenen Postencephalitikern mit Parkinsonismus recht häufig.

Daß aber beide Störungen so außerordentlich häufig bei denselben Kranken auftreten, erlaubt es meiner Ansicht nach nicht, wie *F. Stern* will, anzunehmen, daß die Persönlichkeitsveränderung der Kinder (Hyperphrenie) und die sog. Bradyphrenie *Navilles* „in gewissem Sinne auf Störungen eines gleichartigen Apparates mit entgegengesetzten Vorzeichen

beruhen“. Plus- und Minusfunktionen eines gleichartigen Apparates könnten gewiß nicht zur gleichen Zeit bei derselben Persönlichkeit so wesensverschiedene Züge hervorrufen. Sie müßten sich dann ja gleichsam aufheben.

Daß gemeinsames Auftreten beider Störungen aber sehr häufig vorkommt, habe ich schon in Stuttgart betont und ich brauche aus der Arbeit von *Steck* als Zustimmung nur den Satz zu zitieren: «L'altération du caractère et la bradyphrénie peuvent se rencontrer chez le même malade.»

In Übereinstimmung mit dem, was ich oben über die Altersbeziehungen der Bradyphrenie und Hyperphrenie sagte, steht weiterhin eine Äußerung *Stecks*, die er mit großem Material belegt: «qu'il est seulement grosso modo vrai que la bradyphrénie est l'apanage avant tout des adultes et que l'altération du caractère se trouve de préférence chez les jeunes gens.»

In dieser Hinsicht haben eben spätere Erfahrungen umlernen lassen.

Zur Frage der Bradyphrenie ist noch einiges zu sagen: *Steck* meint zu dem Ausdruck von *Naville*: bradyphrénie: «Ce vocable qui ne préjugait rien et qui permettait ainsi d'éviter des analogies trop hâtives a fait fortune.»

Ich bin gewiß nicht dafür, diesen Begriff etwa auszumerzen. Das würde sicher nicht gelingen, denn er hat sich Bürgerrecht nicht nur in der französischen, sondern auch in der deutschen Psychiatrie, ja in der Weltliteratur erworben. Aber doch meine ich, daß man ihn zweckmäßigerweise etwas umbaut, ja umbauen muß.

Dazu ist es wohl am besten, von *Navilles* Arbeit aus dem Jahre 1922 auszugehen.

Nach *Naville* ergaben experimentell-psychologische Untersuchungen von *Claparède* bei Bradyphrenen «l'incapacité d'opérations intellectuelles rapides (combinaisons, réflexions, imaginations, calcul, puzzles)», so daß *Naville* schließlich meinte: «nous avons pu constater que le mécanisme intellectuel lui-même était ralenti». Weiterhin sagt er: «....il y a donc un rapport constant entre la lenteur motrice de ces malades et leur lenteur intellectuelle».

Wenn auch diese Ansicht nicht nur eines so engen Parallelismus, sondern sogar einer recht engen „Beziehung“ zwischen Psyche und Motorik durch die Erfahrung widerlegt wird — man denke z. B. an hyperphrene parkinsonistische jugendliche Postencephalitiker — so kann man aus diesen Worten doch entnehmen, daß *Naville* eine Verlangsamung der psychischen Funktionen als einen integrierenden Bestandteil des Begriffes der Bradyphrenie ansah.

Das stimmt, wenn man aus klinischer Vertrautheit heraus sich solche Kranke ansieht, sicher nicht. Aus diesem Grund heraus habe ich dagegen

Einspruch erhoben, daß eine Zahl von 35 % herauskäme, wenn man die Bradyphrenen unter den Akinetisch-Hypertonischen auszähle.

Experimentell-psychologische Untersuchungen können in dieser Hinsicht kaum weiterhelfen; zu messen ist doch nur die Verlangsamung der Reaktionen, die gewiß aber nicht etwa nur durch eine Verlangsamung des im engeren Sinne „intrapyschischen“ Anteils der Reaktion bedingt zu sein braucht, sondern vielmehr eben so gut z. B. durch Verlangsamung der Ansprechbarkeit des Sprachmotoriums hervorgerufen sein kann. Wichtig und zu verwenden sind doch nur die klinische Beobachtung und eigene Aussagen der Kranken über die Geschwindigkeit ihrer Denkvorgänge, der Geschwindigkeit des Zuflusses an seelischem Material bei irgendwelchen Reaktionen. Daß solche Angaben aber immer wieder nicht leicht zu erreichen sind, betont auch *Steck*.

Unter den hier beschriebenen Kranken fanden sich nur 2 (Nr. 2 und 12), die sich selbst dahin äußerten, daß sie in psychischer Hinsicht verlangsamt seien. Auch wenn man den Begriff: Bradyphrenie in weiterem Sinne faßt, sind doch nur weitere 5 Kranke (Nr. 1, 10, 14, 18 und 24) als bradyphren anzusehen. Aber das könnte vielleicht mit der Auswahl der hier beschriebenen Kranken zusammenhängen. Denn Suicidversuche, wie Suicidneigung erfordern eine gewisse geistige Beweglichkeit, die im übrigen sonst nicht vorhanden zu sein braucht. Ich habe mir unter diesem Gesichtspunkt im Laufe der letzten Jahre ohne besondere Auswahl immer wieder Kranke der Encephalitisstation angesehen. Sie entsprachen durchaus den oben gegebenen Feststellungen über die Seltenheit der Bradyphrenen in der Originalfassung *Navilles*.

Daß Kranke in Heilanstalten, wie *Steck* meint, häufiger die Zeichen der Bradyphrenie auch in engerem Sinne aufweisen können, ist möglich, wenn ich das auch nach Erfahrungen mit Kranken der Göttinger Heil- und Pflgeanstalt nicht ganz bestätigen kann. Es handelt sich bei den Anstaltskranken häufig genug doch nur um Scheinbradyphrene. Bei hochgradig motorisch Eingeeugten, die nicht mehr imstande sind, sich auch nur durch Bewegungen verständlich zu machen, stehen wir zudem an einer Grenze, die wir mit psychologischer Einsicht nicht überschreiten können.

Daß man aber bei manchen Kranken immer wieder in Verführung gerät, eine Bradyphrenie anzunehmen, was sich bei genauerem Zusehen als falsch erweist, ist eine häufig genug sehr überraschende Tatsache, auf die z. B. auch *Hauptmann* hingewiesen hat. Das „Auftauen“ solcher Kranker gerade auf der Encephalitisstation ist eine bekannte Erfahrung. Und solche „aufgetauten“ Kranken sind eben doch keine Bradyphrenen im engeren Sinne.

Der Gegensatz von Bradyphrenie und Hyperphrenie ist gewiß aus der Erfahrung herausgewachsen, man darf aber aus der großen sprachlichen und klanglichen Verwandtschaft nicht den Schluß darauf ziehen,

daß nur Dysfunktionen des gleichen körperlich-seelischen Apparates mit verschiedenen Vorzeichen vorlägen.

Einige psychologische Tatsachen sind weiterhin zu erwähnen, wenn sie auch nicht etwa für alle Kranken verbindlich sind.

Wenn auch eine Verlangsamung der psychischen Vorgänge bei den meisten Kranken nicht vorliegt, so klagen sie darüber, daß der Zufluß an Material zum Denken geringer geworden ist, zuweilen geradezu stoppt. Die Sphäre der Begriffe und Vorstellungen ist gleichsam ärmer geworden, die Gedanken sind ohne „Reichtum“ und „Fülle“. Schon aus diesem Grunde kommt es bei den Kranken aus der Verarmung des Denkvorganges zu einer Art von Denkstörung quantitativer und qualitativer Art. Das führt bei manchen Kranken neben weiter unten anzuführenden affektiven Störungen zum Versanden.

Es fehlt der Zufluß aus dem Schatz an früher gesammelten Erfahrungen. Schon daraus erklärt sich bei einer gewissen Zahl von Kranken auch, daß sie weniger Interesse an der Umgebung haben, eine Klage, die man recht häufig hört.

Die Verarmung des Gedankenzuflusses ist etwas, was von *Steck* auch als „appauvrissement“ hervorgehoben wird.

Der Zufluß aus dem seelischen „Material“ weist dann oft genug auch insofern eine weitere Störung auf, als die Kranken, was objektiv kaum nachweisbar ist, über eine besondere „Vergeßlichkeit“ klagen. Eindrücke verblassen bald an Farbe und Leuchtkraft. Hier fehlen dann die Ansätze für weiteres Auskrystallisieren, für weiteren seelischen Anbau. Man hat ja schon früher darauf hingewiesen, daß sich daraus die „Demenz“ mancher, vor allem jugendlicher Postencephalitiker erkläre. Um Demenzen im engeren Sinne handelt es sich jedoch höchstens in Ausnahmefällen mit atypischer Lokalisation des Hirnprozesses. Ein solcher Fall von Seltenheitswert wurde z. B. kürzlich wieder von *von Stockert* beschrieben. Andererseits kann man auch Kranke finden, die mit oder ohne stärkere affektive Beteiligung „registrieren“, was sie erleben (Eversen oder Icke).

Die schließlich gewohnheitsmäßige Einengung des Gesichtskreises solcher Kranker auf das Nächstliegende kann aber auch nur situativ, zum Teil durch die motorische Störung bedingt oder unterstützt sein.

Daß der Verlust an „Interesse“, an Affinitäten für das Leben, die Umgebung aber nicht etwas nur sekundär, aus einer Einsicht in die Ausschaltung aus dem Leben bedingt ist, dafür ist z. B. *Niederwall* (Nr. 11) ein Beweis. Bei ihm wirkt die durch die Krankheit bedingte Affektstumpfheit, das Fehlen der Resonanz ganz besonders mit herein. Sie löst ihn auch aus nahen familiären Bindungen. Hier kommt es zu einer besonderen „Stumpfheit“, zu „zu großer Ruhe“, zu einer Indolenz und Antriebsschwäche, die der ganzen Persönlichkeit ihren Stempel aufdrückt.

Trotz alledem zeigen manche dieser Kranken bei ihrem Mangel an lebendiger Zielstrebigkeit, an Lebenswillen einerseits, andererseits eine Klebrigkeit und Zähigkeit, die Erscheinung, daß sie immer wieder in geradezu stereotyper Form unter Umständen durchaus belanglose, meist aber egozentrische, häufig aus dem Zusammenhang gerissene Fragen und Bitten stellen, eine Regsamkeit auf niederem Niveau, die *Steck* mit Recht als mit dem sog. Epileptoid verwandt ansieht. Solche Postencephalitiker können tatsächlich häufig genau so klebrig sein wie Epileptiker (so z. B. Vollmar, Nr. 21).

Die Affektivität unserer Kranken weist, worauf schon oben hingewiesen wurde, wenn auch nicht in allen Fällen, besondere Störungen auf. Dem stumpfen Verhalten, wenn man sie sich selbst überläßt, widerspricht gleichsam häufig genug eine leichte Reizbarkeit, Erregbarkeit, sogar Explosibilität. Solche Kranke sprechen auf Reize (Ärger u. dgl.) von außen her leichter an, als sie es vor ihrer Erkrankung taten. Wir brauchen hierbei nur an die ganz ähnliche Erregbarkeit der Encephalopathen nach Hirntraumen zu denken. Häufig genug muß aber, um zu einer entsprechenden Reaktion zu führen, erst eine Reizschwelle erreicht werden, die zuweilen besonders hoch liegt. Dann gibt es aber bei manchen Kranken Explosionen, die ohne jede Rücksichtnahme auf ethische oder menschliche Bindungen erfolgen. Gerade dafür sind auch die Kurzschlußselbstmordversuche ein besonders anschauliches Material. Es kommt bei vielen der Kranken eben zu einer Änderung des Naturells, der Umsetzung von Seelischem in Handlungen.

Es gibt so Kranke (z. B. Frau Brockel, Nr. 16), die, von außen gesehen, einen stumpfen, gleichgültigen Eindruck machen, aber, wenn man hinter die Kulissen sieht, doch sehr häufig in eine dauernde schwere Spannung geraten und deren Spannung sich ab und zu haltlos entladen, abreagieren kann.

Festzuhalten ist jedenfalls, daß von einer „Verlangsamung“ häufig genug nur dann gesprochen werden kann, wenn die Kranken sich selbst überlassen bleiben. Sie ist dann eben nur situativ bedingt. Anregung gibt sofort ein anderes Bild. Diese Erfahrungen gehören in die Nähe dessen, was *Steiner* schon früher über Fremd- und Eigenerregbarkeit der Kranken sagte, Eigentümlichkeiten, die sich schon beim Normalen zeigen können.

Die leichte, affektive Ansprechbarkeit vieler Kranker zeigt sich auch in folgendem. Immer wieder weisen sie eine Neigung zu einer eigentümlich anmutenden leeren, schwebenden Euphorie auf, die deswegen mit Recht als schwebend zu bezeichnen ist, als sie dann, wenn sie in Kontakt mit Menschen oder Dingen kommt, leicht sowohl in Reizbarkeit und Erregbarkeit übergeführt werden kann, wie sie auch in einer Depression münden kann, die ihrerseits häufig genug leicht wieder zu heben ist.

Aus der Neigung zu leerer Euphorie ist es wohl auch zu verstehen, daß die Kranken nicht zu einer entsprechenden Krankheitseinsicht kommen oder vielmehr, daß auch eine „intellektuell“ gewonnene Krankheitseinsicht keine entsprechende affektive Resonanz zu finden braucht. Daraus erklärt sich wohl die bei dem Schicksal der Kranken immer noch recht geringe Zahl von Suiciden.

Überblickt man das, was wir in Kürze über die psychischen Veränderungen der erwachsenen Postencephalitiker zu sagen hatten, so geht zunächst klar daraus hervor, daß diese seelischen Veränderungen gewiß nicht etwa nur aus den motorischen Störungen zu verstehen sind.

Die Verschiedenheiten dieser Veränderungen bei den einzelnen Persönlichkeiten werden sich einerseits aus den anlagemäßig differenten Strukturen erklären lassen, während andererseits gewiß auch lokalisatorische Einflüsse des Krankheitsvorganges in, wie ich meine, durchaus bisher unübersehbarer Weise hereinspielen können.

Ich stimme *Lange* durchaus zu, der meint, daß tiefgreifende Veränderungen der seelischen Persönlichkeit und Wandlungen im Gesamt-motorium nur durch verschiedene Beobachtungsweisen herausgehobene Seiten einer Gesamtwandlung der Persönlichkeit sind.

Dem Versuch *Bostroems*, die psychischen Veränderungen bei chronischen Postencephalitikern durch eine Störung der Zusammenarbeit der Willensintentionen mit den niederen Willensvorgängen, den Automatismen zu verstehen, kann ich nicht durchaus zustimmen. In dieser Hinsicht sprach ich schon in Stuttgart meine Skepsis aus und *Steck* stimmt ihr zu.

Bostroems Formulierung scheint mir zur Annahme einer Grundstörung vor allem für die erwachsenen Postencephalitiker hinzuneigen, die mir jedoch dem lebendigen Anschauen solcher Kranken gegenüber nicht zu genügen scheint. Ich erinnere hier an Parallelen in der Schizophreniefrage und glaube, daß damit nur ein gewisser Ausschnitt aus den Störungen der chronischen Postencephalitiker herausgehoben wird.

Es ist gewiß zuzugeben, daß bei einem Teil der Kranken, vor allem, wenn er sich zielmäßig bewegt, der bewußte Wille eben durch den Ausfall der Automatismen gleichsam gefesselt wird. Ich sehe aber immer wieder — wie z. B. auch von *Economo* und die Wiener Schule betonten — daß nicht bloß „Willensstörungen“ bei diesen Kranken vorliegen, daß es sich vielmehr auch um Störungen im Triebhaften und Affektiven handelt, die, wie auch *Steck* betont, nicht etwa nur als «troubles secondaires» aufgefaßt werden dürfen.

Man kann *Steck* gewiß zustimmen, wenn er meint, die Bradyphrenie sei jetzt aufzufassen als «une atteinte diffuse de l'activité psychique, un nivellement de la pensée, un rétrécissement du champ des intérêts, un nivellement de toute la personnalité». Dann handelt es sich aber bei der

Bradyphrenie nicht mehr um ein irgendwie zu präzisierendes Krankheits-symptom, sondern um einen praktisch gewiß wichtigen Sammelbegriff für recht verschiedenartige Störungen.

Man wird sich am ehesten dann vor gewissen Einseitigkeiten hüten können, wenn man ins Auge faßt, daß es sich wenigstens bei den weitaus meisten der von mir beobachteten erwachsenen Postencephalitiker um Persönlichkeitsveränderungen handelt und sich weiterhin daran erinnert, daß für die strukturelle Betrachtung von Persönlichkeiten ein sehr nützliches Bild das vom Schichtenaufbau ist. Das warnt vor dem Versuche, etwa unter zu einheitlichen Gesichtspunkten Störungen zu verstehen, die bei unseren Kranken gewiß auch in verschiedenen Schichten unterzubringen sind. Denn es handelt sich, sofern man überhaupt von seelischen Störungen bei ihnen sprechen kann, nicht nur um solche im Bereich des Willens, sondern immer wieder auch um solche im Bereich des „Materials“ von *Klages*, um Störungen im Triebmäßigen („Lebensziel“), wie um solche im Bereich des Affektiven, des Temperaments und des Naturells.

Das ermöglicht es auch zu verstehen, daß Hyperphrenes und Bradyphrenes in derselben Persönlichkeit vermischt auftreten kann.

Kleist und *Stertz* haben sich, wie schon früher *Reichardt* und *Specht*, in besonderer Weise bemüht, lokalisatorische Gedanken für die Auffassung der seelischen Störungen der Postencephalitiker und anderer Kranker mit extrapyramidalen Krankheiten heranzuziehen. Ich erinnere hier vor allem auch an *Stertz*s Vortrag über die Bedeutung des Zwischenhirnsyndroms in Baden-Baden (1932). Für mich konnte es sich nur um den Versuch handeln, psychopathologische Fragen zu klären.

Literaturverzeichnis.

Bostroem: Die psychischen Folgeerscheinungen der epidemischen Encephalitis. Allg. Z. Psychiatr. **93**, H. 7/8, 417—431 (1930). — *von Economo, C.*: Die Encephalitis lethargica, ihre Nachkrankheiten und ihre Behandlung. Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1929. — *Engerth, G. u. H. Hoff*: Über das Schicksal der Patienten mit schweren Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica. Dtsch. med. Wschr. **55**, Nr 5, 181—183 (1929). — *Eyrich, Max u. Hedwig*: Zur Prognose der epidemischen Encephalitis. Zbl. Neur. **117**, 620—647 (1928). — *Fleck, U.*: Die psychischen Veränderungen der erwachsenen Metencephalitiker mit Betrachtungen über die psychischen Folgezustände der Encephalitis epidemica überhaupt. Arch. f. Psychiatr. **80**, H. 3 (1927). — *Fleck, U. u. E. Rustige*: Über den Verlauf der chronischen Encephalitis epidemica. Arch. f. Psychiatr. **97**, H. 1 (1932). — *Gaupp, R.*: Über den Selbstmord. 2. Aufl. München 1910. — *Gruhle, H. W.*: Artikel Selbstmord im Handwörterbuch der med. Psychologie von *Karl Birnbaum*, S. 532—535. Leipzig 1930. — *Hauptmann*: Der Mangel an Antrieb, von innen gesehen. Arch. f. Psychiatr. **66**, 615 (1922). — *Hoche, A.*: Vom Sterben. Jena 1919. — *Kahn, E.*: Psychopathie. Handwörterbuch der psychischen Hygiene

und der psychiatrischen Fürsorge. Berlin-Leipzig 1931. — *Kant, F.*: Artikel Selbstmord im Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge von *Bumke*, S. 324—330. Berlin 1931. — *Kleist, K.*: Gehirnpathologische und lokalisorische Ergebnisse. 6. Mitteilung. Die Störungen der Ichleistungen und ihre Lokalisation im Orbital-, Innen- und Zwischenhirn. *Msschr. Psychiatr.* **79** (1931). — *Lange, J.*: Zum Problem des Persönlichkeitsaufbaues. *Med. Klin.* **1931**, Nr. 13. — *Naville, Fr.*: Les centres psychiques sous-corticaux paléocéphaliques. Extrait des *Arch. Psychol.* **19**, Nr 73 (1924). — Études sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. Extrait de l'*Encéphale*. *J. de Neur.* **1922**, Nr 6/7. — *Reichardt*: Hirnstamm und Psychiatrie. *Msschr. Psychiatr.* **68** (1928). — *Runge*: Psychosen bei Gehirnerkrankungen. *Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*. Spez. Teil, Bd. 3. — *Specht*: Vegetatives Nervensystem und Psychopathologie. *L. R. Müllers Lebensnerven*. Berlin 1931. — *Steck, H.*: Les syndromes mentaux postencéphalitiques. *Arch. suisses Neur. et Psychiatr.* **27**, 1 (1931). — Die psychischen Störungen nach Encephalitis lethargica. *Schweiz.med. Wschr.* **61**, Nr 35, 824 (1931). — *Steiner, G.*: Was lehrt uns die Encephalitis lethargica? *Jkurse ärztl. Fortbildg* **18**, H. 5, S. 5—28 (1927). — *Stern, F.*: Die epidemische Encephalitis, 2. Aufl. Berlin 1928. — Psychische Störungen nach epidemischer Encephalitis. *Allg. Z. Psychiatr.* **93**, H. 7/8, 397—416 (1930). — Encephalitis epidemica. *Fortschr. Neur.* **3** (1931). — *Stertz, G.*: Über die Senkung des Persönlichkeitsniveaus als funktionelle Störung und als Defektsymptom. *Msschr. Psychiatr.* **68**, 621—628 (1928). — Problem des Zwischenhirns. *Zbl. Neur.* **65**, 450—451 (1932). — *Stiefeler, G.*: Parkinsonismus und Selbstmord. *Wien. med. Wschr.* **1923**. — *Stockert, von*: Subcorticale Demenz. *Arch. f. Psychiatr.* **97**, H. 1, 77—100 (1932). — *Thiele*: *Msschr. Psychiatr. Org.-Bd.* **36** (1926).
