

Aus der Universitäts-Nervenklinik der Charité Berlin  
(Direktor: Prof. Dr. R. THIELE\*).

## Organische Hirnkrankheit und Triebumkehr.

Von  
WOLFRAM KURTH.

(Eingegangen am 20. April 1951.)

Obschon die Homosexualität, die in sozialpolitischer Hinsicht einen früher heiß umstrittenen, und auch heute immer noch gelegentlich recht störenden Faktor unserer Gesellschaftsordnung darstellt, in ihrer Manifestation weitgehend erkannt und nach ganz bestimmten, zum Teil neuartigen Gesichtspunkten juristisch bewertet wird, so gibt sie doch hinsichtlich ihrer ätiologischen Wurzeln trotz mannigfacher Forschungen nach wie vor manche Probleme auf. Jedoch hat sich die Fragestellung — nach der Problematik in den letzten Jahren jedenfalls — recht wesentlich zum Organischen hin verschoben. Insofern erscheint z. B. eine Meinung ADLERS heute doch etwas gesucht, die Homosexualität sei ein „Training des entmutigten Menschen seit seiner Kindheit, um der normalen Lösung der Liebesfrage auszuweichen.“ Daß die Behandlung dieses Themas früher mit sozialpolitischen und sogar weltanschaulichen Belangen verknüpft wurde, trug sicher nicht zu der für die Erforschung und Bearbeitung der Genese des Leidens notwendigen Objektivität bei. Hier soll im wesentlichen an einem eigenartig gelagerten Krankheitsfall eine für die Ätiologie der Homosexualität in Frage kommende Wurzel besonders erörtert werden, und zwar eine durchaus in cerebro gelegene. Der vorliegende Fall, bedingt durch das Krankheitsgeschehen, umschließt ein nicht alltägliches Doppelleben, und seine Besonderheit beschäftigte mehrere maßgebliche Kliniken, zuletzt die unsere, gutachtlich.

Einleitend sei jedoch kurz auf den augenblicklichen, in mancher Beziehung immer noch umstrittenen Stand der Forschung, besonders im Hinblick auf die verzweigte Ursachendeutung, eingegangen. Die letzte zusammenfassende Betrachtung über die Ursachen der Homosexualität, wobei auch der strafrechtlichen Beurteilung besonders gedacht wurde, gab LEMKE. Daß ihm hier BÜRGER-PRINZ mit seiner Kritik entgegentrat, ist nur ein Ausdruck für die noch bestehende Problematik des Stoffes.

Für eine Beurteilung in der Praxis unterscheidet man Scheinhomosexualität (manche „Strichjungen“, ängstliche, unsichere, labile Pubertierende, Menschen in Haftsituation — Nothomosexuelle —, aber auch

---

\* Mit Genehmigung von Herrn Prof. Dr. R. THIELE veröffentlicht.

körperlich-organisch kranke oder geistig minderwertige wie Schizophrene, Epileptiker, Schwachsinnige, organisch Hirnkranken) von den eigentlichen echten Homosexuellen, und diese unterteilt man wieder in gewordene mit einem Hang zur Homosexualität und in geborene, die der Homosexualität triebhaft unterlegen sind. Die Zahlen der Fälle von Homosexualität unterliegen deshalb Schwankungen von 0,1—4%\*.

LEMKE\*\* stellt die verschiedenen Theorien für das Zustandekommen der Homosexualität zusammenhängend dar. Danach ist eine medizinische Abgrenzung der Homosexualität zur Heterosexualität nicht einwandfrei durchzuführen. Auch ist bis heute nicht entschieden, ob die Triebumkehr anlagemäßig angeboren vorkomme, oder ob sie bis auf äußere Umstände zurückgeführt werden müsse im Sinne einer Neurose, wie sie die tiefenpsychologische Forschung herauszuarbeiten imstande ist (siehe die Berliner Psychotherapeutische Schule, SCHILDER u. a.). Andere Autoren sehen in der Homosexualität den Ausdruck einer spezifischen körperlichen Anlage, und andere halten sowohl Anlage als auch Umwelt für auslösend. Verfasser hatte Veranlassung a. a. O. neuere biologische Erkenntnis anzuführen, nach der das Bestehen einer bisexuellen Anlage angenommen wird — bisexuelle Zwischenstufen MAGNUS-HIRSCHFELDS, Intersexe GOLDSCHMIDTS. Infolge dieser Anlage könne ein Schwanken nach hetero- wie homosexueller Tendenz auftreten, während das dauernde Bestehenbleiben und Verharren auf diesem Zustande der Ausdruck eines gewissen Infantilismus ist, weil normalerweise die eine (homosexuelle) Anlage verkümmert, während die andere (heterosexuelle) bestehenbleibt. K. CONRAD hingegen meint, man solle das Phänomen der Homosexualität ganz ohne die Intersexualitätstheorie, jedoch als ein konstitutionelles Phänomen deuten, so daß es sich gleichfalls bei der Homosexualität wie bei den übrigen sexuellen Perversionen, „um vorzeitige oder abwegige psychische Determinationen früherer Durchgangssphasen der psychischen Sexualentwicklung handelt.“ Nach KRETSCHMER ist eine schizoide Psychopathie ein besonders disponierender Moment. Er fand auch gehäuftes Vorkommen von Schizophrenie bei Homosexuellen und andererseits in der Verwandtschaft Schizophrener eine verhältnismäßig große Auswahl sexuell Abwegiger. GAUPP nimmt als weiteren disponierenden Faktor psychischen Infantilismus an. Primitivität des Trieb-

\* KINSEY, A. C., B. P. WARDELL u. E. M. CLYDE ermittelten in ihrer Arbeit: Sexual behavior in the human male (das sexuelle Verhalten des Mannes), Philadelphia und London: W. B. Saunders Company 1948), ref. im „Nervenarzt“, 20. Jahrg., H. 6, 1949, sogar zumindestens bei 37% der männlichen Bevölkerung, wobei nur solche physischen Kontakte unter Männern berücksichtigt wurden, die zu einem Orgasmus führten. Diese Zahl übertrifft alle Erwartungen.

\*\* Siehe dort auch eine Literaturübersicht, auf welche verwiesen wird, während hier nur die bei L. nicht zitierten Arbeiten, soweit notwendig, ergänzend herangezogen werden.

lebens sei ein Hinderungsgrund für das Auftreten der Homosexualität, und deshalb kommen nach WOLFF bei reinrassigen Negern nur äußerst selten Homosexualität wie auch Persionen vor; demgegenüber meint FALK, daß bei den Eingeborenen in Südwest-Afrika (Buschleute, Herero, Hottentotten) die Homosexualität verbreiteter (3 %) sei als unter den Weißen. Trotz der Verschiedenartigkeit der für das Manifestwerden der Homosexualität zugrunde liegenden Theorien sowie der Mannigfaltigkeit der klinischen Symptomatik meint LEMKE doch eine einheitliche Grundlage annehmen zu müssen, und zwar ist nach ihm die Homosexualität die „Auswirkung einer endokrinen Störung, die gewöhnlich auf erblicher Grundlage, gelegentlich auch durch ein organisches Leiden entsteht“ (S. 29). Die Anlage dazu vererbe sich recessiv. KLEIN unterscheidet mit GOLDSCHMIDT zwischen zygotischer (im Keim festgelegter) und hormonischer (endokriner) Intersexualität, d. h. Homosexualität. Daß endokrines Geschehen (siehe auch KEHRER) ein Hauptfaktor für das Manifestwerden der Homosexualität ist (was z. B. RAECKE ablehnt), schließt LEMKE aus der Tatsache der temporären Homosexualität, die nur in bestimmten Lebensabschnitten bei sonst bestehender heterosexueller Einstellung auftritt. Das betrifft z. B. auf das gleiche Geschlecht gerichtete Schwärmereien bei pubertierenden Jugendlichen, Knaben und Mädchen. Zugrunde liegt einem derartigen Verhalten eine den Entwicklungsjahren entsprechende und dafür charakteristische Unreife und noch vorherrschende Undifferenziertheit. Insofern wird von einigen Autoren abwegige Triebhaltung der Entwicklungsstufe nicht für echt homosexuell gehalten, sondern für ein im Rahmen des Psychologischen sich abspielendes Geschehen (SPRANGER). LEMKE bezweifelt eine derartige Trennung, „denn wir finden fließende Übergänge von der ‚physiologischen‘ Triebstörung zum abnormen sexuellen Verhalten“ (S. 16). Besonders eindeutig für eine endogene Bedingtheit der Triebumkehr ist nach LEMKE gelegentlich erneutes Auftreten homosexueller Regungen im vorgerückten Alter, im Sinne also einer Persönlichkeitsveränderung der Rückbildungsjahre.

Der Körperbau wird ebenfalls als Beweis für Endogenität der Homosexualität aufgeführt. So KRETSCHMERS und WEILS Feststellungen, welche Beziehungen zum Körperbau der Schizophrenen, ein Vorwiegen des asthenischen und dysplastischen Habitus aufwiesen. WEIL fand außerdem solche zum eunuchoiden Typus. Einen Schluß auf den Sitz einer derartigen endokrinen Funktionsstörung lassen jedoch die bisherigen Ergebnisse nicht zu. Die Homosexualität beruhe „wahrscheinlich auf einer pluriglandulären Störung mit verschiedenartiger Ausbreitung“ (S. 22). LEMKE meint aber den Hauptsitz der Störung im Hypophysen-Zwischenhirnbereich suchen zu müssen. Die Geschlechtsfunktion wird von einem am Boden des 3. Ventrikels in der Hypothalamusgegend

gelegenen Hirnbereich reguliert; er gehört hiermit zum Komplex der übrigen vegetativen Zentren. Infolgedessen können Störungen im Hypophysen-Zwischenhirnsystem somit zu solchen der geschlechtlichen Tätigkeit im Sinne einer Ab- und Zunahme oder Umkehr führen. Bei Mißbildung des Tuber cinereum fand SPATZ Pubertas praecox. Er meint deshalb, daß diesem Hirnabschnitt hormonale Wirkung zukomme. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang ein weiterer Fall von Pubertas praecox kombiniert mit Zwergwuchs, bei welchem außerdem Homosexualität vorlag. SPATZ wollte in diesem Fall, den er zusammen mit DE CRINIS begutachtete, veröffentlichen. Ein hierhergehörendes Bild erwähnt STERN unter Aufführung eines Falles von PETIT, welcher bei einem 12jährigen Mädchen nach Encephalitis vorzeitige Sexualität mit hetero- und homosexuellen Impulsen beobachtete. Encephalitis, Hirntumoren oder Hirnläsionen im Bereich der Basis können Perversionen auslösen (vgl. dazu auch REBOUL-LACHAUX-SERIN). SCHULTE beschreibt homosexuelle Handlungen bei zwei Narkoleptikern, zu deren Ausführung noch Hilfsfaktoren hinzukommen, einmal ein Dämmerzustand, im anderen Falle Alkoholismus. LEMKE führt zwei Jugendliche an, die homosexuell wurden in einem Falle nach Encephalitis, im anderen durch Läsion des Zwischenhirns, während er im übrigen meint, daß die Triebstörungen beim Postencephalitik und auch beim schwer Hirnverletzten selten im Sinne von Perversionen auftreten, sondern auf einer quantitativen Herabsetzung oder Aufhebung der Potenz beruhen. Erinuert sei jedoch hier an einen Fall von QUARANA, der, wenn auch schon vor seiner Erkrankung psychopathische Züge darbietend, nach einer Encephalitis mit typischem Verlauf und Symptomatik außerdem noch homosexuell wurde. Die Literatur verzeichnet außerdem nur noch wenige derartige reine Fälle, zu denen auch der unsere gehört.

WITRYS Kranker ist hier aufzuführen, der, bisher ein angeblich normal empfindender Offizier, nach einem Schädelbruch mit schwerer Commotio homosexuell wurde. Noch mehr an unser dann zu schilderndes Krankheitsbild erinnert das von SCHIFF und TRELLES mitgeteilte. Hier kam es im Anschluß an eine ophthalmoplegisch-hypersomnische Encephalitis bei einem 23jährigen Mann zu paroxystischen homosexuellen Impulsen. Auch in diesem Falle nehmen die Verfasser an, daß die Encephalitis eine Rückführung der seelischen Struktur auf infantilistische Grundhaltung mit einer noch undifferenzierten Geschlechtlichkeit verursacht hätte; dadurch sei es dann zum Auftreten von Homosexualität gekommen. Auf STERNs Encephalitismonographie ist bei der Erörterung unseres Falles selbst noch einzugehen.

Letzte Erkenntnisse zu dem Problem der Homosexualität vermitteln auch die bisherigen Unterlagen nicht, und die bereits erwähnte Kritik an LEMKES Auffassung beweist den noch nicht endgültigen Stand der Dinge.

STUMPF kritisiert SCHULTE, der sich „allzu eng an die nicht einwandfreie Hypothese“ LEMKES anschließt, und meint auch, daß hinsichtlich der Erbanlage nicht bei jedem homosexuellen Verhalten ein derartiger Schluß gerechtfertigt sei. Man müsse es „sich doch abgewöhnen, bei so außerordentlich komplexen Erscheinungen, wie sie die menschliche Sexualität darstellt, nach dem Schema irgendeines klar umschreibbaren Merkmals wie z. B. der Spaltfingrigkeit zu denken“. BÜRGER-PRINZ bezweifelt auch, daß LEMKES Material ausreichend stichhaltig in bezug auf die einwandfreie Deutung der Vererbungsverhältnisse sei. Aber auch in der mit Homosexualität nach LEMKE „oft“ gekoppelten weiteren krankhaften Symptomatik, wie z. B. Zwangsneurose, sieht BÜRGER-PRINZ eine irrtümliche Annahme; eine derartige Koppelung widerspreche sonstiger klinischer Erfahrung. Weiterhin kritisiert BÜRGER-PRINZ LEMKES Einvernahme der noch triebunsicheren Pubertierenden in die Reihe der echten Homosexualität. Nach BÜRGER-PRINZ sei es verfrüht, über die „Fundierung im Körperlichen“ bei der Homosexualität solange zu reden, als man „nichts Sicheres“ darüber sagen könne, obschon auch er das Vorhandensein körperlicher Ursache für die Homosexualität nicht bezweifeln will. Jedoch seien diese Symptome nichts „Organspezifisches“, noch nicht einmal „Systemspezifisches“. Das werde aber mit einer „Anlage zu Homosexualität“ behauptet, und dieser Annahme gelte die Abwehr. Grundsätzlich ist dazu zu sagen, daß bei aller Berücksichtigung der denn auch dringend notwendigen psychologischen Analyse zur Klärung homosexueller Genese doch die körperliche Symptomatik zu ihrem Recht kommen muß. Der Befund bei den homosexuell Abwegigen, die eine Encephalitis hinter sich haben, muß dazu anregen, auch diesen Weg weiter zu verfolgen und neben den psychischen körperliche Ursachen für die Homosexualität zu suchen, um die noch bestehenden Fragen und Probleme zu beseitigen. Das will auch der vorliegende nun zu schildernde Krankheitsfall.

Bei dem Prof. Dr. X. handelt es sich um einen im Jahre 1895 geborenen, seinerzeit bekannten Wissenschaftler in ehemals maßgeblicher akademischer Stellung. Seiner homosexuellen Verfehlungen wegen wurde er verhaftet und vom 31. 10. bis 11. 12. 1939 in der Universitäts-Nervenlinik der Charité begutachtet. An Auffälligkeiten hinsichtlich seiner Familienanamnese bietet er nach den Akten kurz das Folgende: Der Großvater väterlichseits beging im Alter von 47 Jahren Suicid. 2 Schwestern des Probanden seien wunderlich und verschroben. 1 Schwester der Mutter habe offenbar an einer schweren geistigen Störung mit Verfolgungswahnideen und zunehmender autistischer Weltentfremdung gelitten. Der Pat. selbst wies ebenfalls in seiner Kindheit Zeichen besonderer krankhafter Empfindlichkeit und Auffälligkeiten auf: Er litt an Bettnässen bis in die ersten Volksschuljahre hinein und zeigte eine ausgesprochene Phobie vor Hühnerfedern und Katzen. Aus seiner weiteren Jugend- und Entwicklungszeit ist hinsichtlich ihres äußeren Verlaufs nichts wesentlich Abweichendes von anderen festzustellen. Er besuchte die höhere Schule, studierte, nahm am Weltkrieg teil, währenddessen er eine

Encephalitis durchmachte, promovierte und stieg im Laufe seiner weiteren Laufbahn zu erheblichen akademischen Graden empor. Er heiratete und hatte ein Kind in einer guten, harmonisch verlaufenden Ehe bis zum Einbruch des Manifestwerdens jener Encephalitisfolgen, die ihn zu einem jahrelang periodisch in nahezu unheimlich drangvoller Weise geführten Doppelleben veranlaßte. Soweit die äußeren, bis auf die letzte Entwicklung im ganzen unauffälligen Daten. Näheres Eingehen auf die prämorbidie Persönlichkeit, wie sie die Vorgeschichte ergibt, sowohl, wie auf das seit Jahren schleichend verlaufende, später elementar durchbrechende Krankheitsgeschehen selbst lassen eine bestimmte Symptomatik schlaglichtartig erhellt hervortreten. So führte der Pat. zu seiner Kindheit und Jugend und späteren Entwicklung folgendes aus: Schon als Junge habe er an den verschiedenen Berufsschichten, besonders denen der „kleinen Leute“ viel Interesse gehabt. Er habe gerne den „Naschmarkt“ in Wien besucht und habe es dabei darauf angelegt, die Hökerinnen bei den kleinen Einkäufen, die er dabei getätigt habe, zu reizen und zu ärgern, bis sie ihn mit einer Flut von Schimpfworten überschütteten, und gerade das habe er haben wollen, weil darin gerade die Urwüchsigkeit des Wiener Volkes bemerkenswert zum Ausdruck gekommen sei. Diese bereits in früher Jugend gesuchten Erlebnisse hielten in ihm auch späterhin ein Interesse für soziologische und soziale Probleme wach. Wie viele geistig geweckte Menschen habe er in seiner Jugend auch Gedichte gemacht und Novellen verfaßt, die zum Inhalt immer derartige Fragestellungen gehabt haben. Auch wenn er später mit seinen Partnern, die aus den verschiedensten Volkskreisen stammten, zusammen war, so bewegten sich die Unterhaltungen mit ihnen stets um die Lebensweise dieser Leute, ihre Sorgen, Hoffnungen, Familienverhältnisse, Beruf, Einkommen usw. Es sei ihm immer möglich gewesen, zu seinen Mitmenschen auch sofort den rechten Kontakt herzustellen. Bestimmte Berufe fesselten ihn besonders. So habe er in einer seiner Novellen das Schicksal eines Kapellmeisters zum Ausdruck gebracht. Dieser Mann habe Nacht für Nacht im Café spielen und die Menschen erheitern müssen, während Frau und Kind zu Hause lungenkrank gewesen seien. Dieser Gegensatz habe ihn immer bewegt, und immer wieder habe sich ihm die Vorstellung aufgedrängt, daß die Angehörigen von Musikern, die er irgendwo in einer Gaststätte hörte, lungenkrank sein könnten. Eine andere ihn zwanghaft immer wieder überfallende Vorstellung ist die folgende, die er ebenfalls novellistisch verarbeitet habe: Eine Reisegesellschaft wurde nach einem Schiffsbruch auf eine Südseeinsel verschlagen. Unter den Insassen des Schiffes befanden sich die Vertreter verschiedenster hoher und niederer Stände und Berufe. Bei dem plötzlichen Unglück war es den Reisenden nur möglich, sich notdürftig bekleidet mit Hemd oder Badehose zu retten. Sämtliche äußerlich erkennbaren Standesunterschiede waren somit verwischt. Die Novelle gipfelte dann schließlich darin, daß einem Menschen Stand und Ehre nicht weiter helfen können, um sich durchzusetzen, sondern daß dafür lediglich die hohe Qualität der eigenen Persönlichkeit maßgebend sei. Der Novellenstoff, bei dem die notdürftig bekleidete Gesellschaft ein Hauptmerkmal darstellt, drängt sich dem Pat. auch sonst bei den verschiedensten Anlässen zwanghaft in seinen Vorstellungskreis ein. Das passierte ihm auch anläßlich großer und feierlicher Versammlungen, deren Mittelpunkt er als Hauptredner war. Während seiner frei gehaltenen Ansprache konnte er den Gedanken nicht loswerden, wie das wohl aussehen würde, wenn alle Anwesenden nur mit der Badehose bekleidet dasäßen.

Als Student und auch später als junger Dozent habe er immer wieder politische Versammlungen und solche von Arbeitslosen besucht, weil ihn die Gesamtatmosphäre dort angezogen habe. Als Student habe er gelegentlich als Kohlentrimmer gearbeitet, und es sei ihm nicht schwer gefallen, anläßlich des Todes seines Vaters,

sich auf dessen großen Restaurantbetrieb umzustellen, indem er in Schnellkursen die Vorkenntnisse und die Berechtigung zur Ausübung des Berufes eines Ökonoms in einem großen Betrieb erwarb.

So wie er imstande ist, sich vieles plastisch-lebendig vorzustellen — eine Tatsache, die ihm in seinem Beruf als Vertreter einer deskriptiven (Natur-) Wissenschaft immer von Nutzen war —, so neigt er auch dazu, Eindrücke und Erlebnisse immer wieder weiter zu spinnen und auszubauen, so z. B. Filmhandlungen. Auch bei der Vorstellung von historischen Persönlichkeiten ging ihm das so. So habe er sich einmal nach dem Kriege anlässlich eines Besuches der Wiener Hofburg einen ganzen Vormittag damit beschäftigt, in seiner Phantasie die historischen Räume der Burg mit all den verschiedenen bekannten Habsburgern zu beleben.

Zu seinem Triebleben äußert er, daß er sich normal entwickelt habe; nicht mehr, als andere Jugendliche das tun, habe auch er onaniert. Später hatte er die üblichen Tanzstundenliebschaften und erst als junger Student ersten Geschlechtsverkehr. Er habe am Weltkrieg teilgenommen und sei im Jahre 1917 erkrankt. Über seine Erkrankung war aus den Akten folgendes zu ermitteln: Im Frühjahr 1917 wurde er anlässlich eines Granateinschlages an der Ostfront verschüttet. Einige Zeit sei er bewußtlos gewesen und im Verlauf dieser Verschüttung in verschiedene Lazarette gekommen. Nach der Verschüttung habe er heftig aus der Nase geblutet, aber zunächst noch weiter Dienst gemacht. Am Abend erlitt er einen Ohnmachtsanfall, ebenso am folgenden Tag beim Reiten; dabei war ihm übel, der Kopf war benommen. Am Abend stellte sich Fieber ein, welches unter Schüttelfrost bis 42° stieg. Die nächsten Tage sind ihm nicht deutlich in Erinnerung. Nur ab und zu erwachte er aus seiner Benommenheit. Er wurde in ein Feld- und schließlich in ein Korps-Lazarett zurückverlegt. Das Fieber ließ allmählich nach. Er schlief auch tagsüber leicht ein und mußte wacherüttelt werden. Auch hatte er ein eigenartiges Zittern in den Knien. Im Lazarett in Brünn wurde er genau untersucht. Gleichzeitig bestand eine langwierige Darmerkrankung mit starken, gelegentlich blutigen Durchfällen. Durchfallsneigung blieb seitdem bestehen. Nach dem Abklingen des Fiebers fühlte er sich sehr matt und zerschlagen. Nachts konnte er nur schlecht schlafen, tagsüber bestand dagegen starkes Schlafbedürfnis. Auch litt er unter Schmerzen im Rücken, Gesäß und Rumpf, so daß er sich kaum fortbewegen konnte. Eines Morgens seien auch diese Schmerzen plötzlich vergangen. Ausgesprochen krank sei er seit damals nicht mehr gewesen. Nur hin und wieder sei ein Schwindelgefühl aufgetreten, besonders beim Gehen auf belebten Straßen. Er müsse dann stehen bleiben, um nicht hinzufallen. Er neige erheblich zum Schwitzen. Alle paar Wochen trete bei ihm ein Zustand ein, bei dem er über starke Abnahme seiner Leistungsfähigkeit zu klagen habe. Dann bestehe ein dumpfer Druck im Kopf, seelische Verstimmung, Denkhemmung und allgemeine Müdigkeit. Über den Nystagmus des Pat., der seit damals besteht, ist in den Akten ein Beleg in Form eines Briefes der Schwester des Pat. aus damaliger Zeit festgehalten. Darin schreibt die Schwester: „... als ich ihn im August 1917 in Brünn im Spital besuchte, bin ich über die ständig hin- und herwackelnden Augen erschrocken. Er hat sich nach längerem Urlaub wieder selbst an die Front gemeldet, weil er in solcher Zeit nicht daheim bleiben wollte. Aber diese *Oculi oscillatores* (die Schwester hat Latein gelernt) hat er seither behalten und auch seine Nerven wurden nicht wieder richtig heil. Als unser Vater 1922 starb, und sich bei der Liquidation des Geschäftes einige Schwierigkeiten ergaben, bekam er einen Weinkrampf...“

1917 habe er sich verlobt, als er anlässlich seiner Krankheit zu Hause war. 1922 heiratete er. Seine Ehe ist harmonisch und glücklich. Er habe seine Frau mit anderen Frauen niemals betrogen. Von dem eigentümlichen Doppelleben, welches er führte — auf der einen Seite in hochachtbarer Stellung, anderseits für Tage und

Wochen in finsterner niedriger Umgebung mit Strichjungen und teilweise minderwertigen, ihn erpressenden Menschen in verschiedenen Teilen Deutschlands — erfuhr seine Frau nichts. Sie ahnte nichts davon, niemals wurde seine Ehe von irgendwelchen Spannungen erschüttert. Oft habe er das Wort deswegen seiner Frau gegenüber auf der Zunge gehabt, ohne sich jedoch überwinden zu können. Es sei aber immer so gewesen, daß sich seine eigene innere Unruhe auf seine Familie übertragen habe, ehe überhaupt ein Wort gefallen wäre. Seine Frau und seine Tochter seien fein empfindende Menschen, die schnell gefühlsmäßig reagierten. Er habe aber Ruhe und Frieden haben wollen, wenn er nach Hause gekommen sei, und diese Harmonie nicht gestört wissen wollen.

Zur Last gelegt wurden dem Pat. etwa 24 nachweisbare homosexuelle Verfehlungen vorwiegend im Sinne mutueller Onanie an 14 Partnern in den Jahren 1934 bis Anfang 1939; dann wurde er verhaftet. Befragt, wie er über seine krankhafte Entwicklung denke, meint er: „Wieso ich dazu komme, ist mir unbegreiflich. Ich habe früher nie etwas damit zu tun gehabt und lebe in glücklicher und guter Ehe. Ich hatte keine homosexuellen Jugenderlebnisse. Nie ist mir das Geringste passiert, obschon es eine Menge Gelegenheiten gegeben hätte.“ Die krankhafte Neigung hat sich im Jahre 1934 zum ersten Male bei ihm gezeigt. Damals war er schon 40 Jahre alt. Schon etwas vorher sei ihm ein gesteigertes Durstgefühl aufgefallen. Außerdem stellten sich Schwindelanfälle ein, auch beim Autofahren. Nachts hatte er gelegentlich eine Schwäche im re. Mundwinkel, ganz anfallsweise, so daß aus dem Mundwinkel Speichel floß. Davon sei er dann immer aufgewacht. Mitunter habe er auch, wenn er plötzlich aufstehen wollte, eine Hemmung gehabt, so daß er sich einen Ruck geben mußte, um aufzustehen. In den letzten Jahren sei er leichter erregbar gewesen als früher. So habe er sich Untergebenen gegenüber mitunter gehen lassen, was ihm früher niemals passiert sei, und was ihn später dann immer beschämt sein ließ. Daß er oft die Farbe wechsle, sei ihm früher schon aufgefallen, jedoch habe er nur durch Zufall einmal bemerkt, als er in den Spiegel schaute, daß sein Gesicht unmittelbar nach einem homoerotischen Akt blaurot verfärbt war. In den letzten Jahren habe er mitunter lachen müssen, ohne daß dafür eigentlich ein Anlaß vorhanden gewesen sei. Krampfartiges, ihn jäh überfallendes Weinen habe sich erst im Laufe des letzten Jahres entwickelt. Schon vor seinem ersten homosexuellen Erlebnis habe er an diesen Schwindelanfällen gelitten. Seiner Frau sei auch öfter aufgefallen, daß er nicht gerade gehen können, daß er wie ein Betrunkener geschwankt habe. Anlässlich eines derartigen Schwindelgefühls sei es auch zu seinem ersten homosexuellen Erlebnis gekommen. Dazu bedurfte es bei schon gelockerter Hemmung allerdings noch eines diesbezüglichen Antrages durch einen professionellen Strichjungen in Berlin. Alles sei so schnell über ihn gekommen, daß er hinterher über seine Widerstandslosigkeit und den außerordentlich rasch eintretenden mit Samenerguß verbundenen Orgasmus erschreckt war. An anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen litt er schon seit Jahren. Gedanken über Strafbarkeit seiner Handlungsweise seien ihm erst in zweiter Linie gekommen. Ihm sei auch später gesagt worden, diese Dinge seien gar nicht strafbar. „Mir fiel auf, daß die Delikte sich immer schubweise einstellten.“ Er bildete sich dann ein, er leide an Schizophrenie und fragte gelegentlich auch Ärzte seines Bekanntenkreises, die derartige Gedanken lachend zurückwiesen. Er vergleicht seinen Zustand mit dem einer elektrischen Lampe: Wenn die Stromintensität abnehme, dann brenne die Lampe niedriger und flackere. Das sei phasenhaft. In den Zeiten, in welchen er an Schwindel leide, sei er auch besonders unruhig. Er halte es dann zu Hause nicht aus, müsse herumlaufen und habe, als er später einen eigenen Wagen hatte, irgendwohin fahren müssen. Er habe in dem ersten Jahr, als er den Wagen hatte, über 40000 km verfahren. Darunter seien viele völlig



sinnlose Fahrten, für die er später und auch manchmal während der Fahrt selbst eine Begründung gesucht habe, nur um sie vor sich selbst hinreichend zu motivieren. Denn immer, wenn diese Phase wieder abgeklungen sei, habe er sich nicht begreifen können. In diesen Perioden sei er oft in der Gegend ziellos herumgelaufen und habe sich dann häufig nachts irgendwo in einem Vorort weit draußen wiedergefunden. Es sei auch vorgekommen, daß er völlig vergessen hatte, Kolleg halten zu müssen. Statt dessen sei er planlos im Gelände herumgelaufen. Während solcher Zeiten widersprach er sich auch nicht selten schriftlich bei irgendwelchen dienstlichen Anordnungen innerhalb eines Tages, so daß ihn sein Sekretär auf den Widersinn seiner Anordnungen aufmerksam machen mußte.

Wie fremd der Pat. diesen Phasen gegenübersteht, versucht er damit verständlich zu machen, daß er seinen Zustand wie ein unverständliches aber unwiderstehliches, unentrinnbares Schicksal hinnimmt, einerseits Angst hat, er könne verrückt werden, andererseits hofft, daß die Erscheinungen abklingen würden, wie sie kamen. Er macht sich diese Erlebnisse nicht zu eigen, er baut sie nicht in sein Leben ein, sein Lebensstil ist nicht davon betroffen, und er kämpft, da er kein Schuldgefühl in sich trägt, auch nicht dagegen an. Er sagt dazu, er stehe wie vor einer dunklen Mauer, vor einer schweren Pforte, durch die er hindurch müsse, ohne zu wissen, wohin. Als äußerliche Kennzeichen dieser Haltung ist auch die geringe oder fast nicht vorhandene Vorsicht im Verhalten zu seinen Partnern zu erblicken. Alle seine Partner waren weitgehend über seine persönlichen Verhältnisse orientiert, kannten seinen Namen und Adresse. Diese Tatsache ist ein Ausdruck dafür, daß er auf berechnete Tarnung seiner Lage nicht bedacht war. Dauerverhältnisse zu diesen Partnern habe er nicht gehabt, wenn er auch mit einzelnen längere Zeit im Briefwechsel gestanden habe. Das habe aber daran gelegen, daß man ihn erpreßt hätte. Die meisten dieser Briefe habe er gar nicht beantwortet; nur wenn er sich ihrer nicht mehr erwehren konnte, sei er zur Antwort gezwungen gewesen. In den phasenlosen Zeiten haben ihn die Partner in keiner Weise interessiert, zu irgendwelchen Vertraulichkeiten sei es in diesen Zeiten dann nicht gekommen. Persönlich fühlt er sich auch an niemanden irgendwie freundschaftlich fixiert. Immer nur dann kam es zu Delikten, wenn er in seinem Ausnahmezustand war, der immer mit Schwindel und Durstgefühl begann. Auch in den Vorgutachten wurde diese Periodizität des drangvollen Geschehens ausdrücklich immer betont.

Die in der hiesigen Klinik erhobenen Befunde bestätigen und ergänzen die anamnестischen Erhebungen. Das Spontanverhalten des Pat. war bereits auffällig. In den ersten Tagen seines Aufenthaltes in der Klinik fiel die Affektinkontinenz auf. Während er sich völlig natürlich, gelöst und oft recht witzig auf sein Gegenüber einstellen kann, kommt dann plötzlich jenes Zwangsweinen über ihn, in welches er oft bei unvermuteter Anrede, bei Begrüßungen oder beim Wechsel des Gesprächsthemas ausbricht. Dieses krampfhaftes Weinen dauert nur Sekunden. Regelmäßig ist dabei eine bläulich-livide Verfärbung des Gesichtes zu beobachten. Dieser Zustand verschlägt ihm die Sprache. Er macht eine hilflos-fuchtelnde Handbewegung, neigt sich unwillig zur Seite oder schlägt mit der Hand gegen die Brust; dann ist plötzlich alles vorbei. Er spricht völlig gesammelt und gefaßt zum Thema weiter, während die blau-rötliche Verfärbung erst allmählich wieder nachläßt und der gewöhnlichen Blässe des Gesichtes Platz macht. Sonst aber ist die Mimik und Gestik des Pat. unauffällig und situationsadäquat. Er zeigt sich lebhaft, gewandt und heiter, so daß das sich jäh einschaltende Zwangsweinen um so fremdartiger wirkt, besonders dann, wenn nicht der geringste Anlaß zur Traurigkeit momentan vorhanden ist. Der Pat. berichtet dazu ergänzend auch von gelegentlich auftretendem Zwangslachen, welches aber bei uns nicht beobachtet werden konnte.

Zeitlich, örtlich, wie über seine Person ist der Pat. völlig orientiert. Derartige Phasen, wie sie von ihm geschildert wurden, in denen er wie verloren umherirre, wurden hier nicht bemerkt. Überhaupt sei er, solange sein Verfahren jetzt laufe, nie mehr in einen derartigen Zustand hineingeraten. Er ist völlig besonnen. Seine Aufmerksamkeit ist keineswegs hinsichtlich der Vigilität und Tenazität eingeschränkt. Empfindung und Wahrnehmung erweisen sich als ungestört. Der Denkablauf ist geordnet. Nur gelegentlich, besonders nach längeren Gesprächen, kommt der Pat. von einem Thema ins andere, verliert etwas den Faden und spinnnt dank seiner lebendigen Phantasie und dank immer neuer Einfälle weiter an den aufsteigenden Gedanken. Es handelt sich wie auch schon die Vorgutachter ausführten, „um eine Persönlichkeit von überlegener Intelligenz, blitzschneller Auffassung und großer Menschenkenntnis. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind intakt. Dr. X. verfügt souverän über das ganze Erinnerungsmaterial seines bewegten Lebens.“ Bei Besprechung der Grundstimmung des Pat. wurde bereits seines leicht hypomanischen Temperamentes gedacht. Nur auf Grund dieser Anlage war er anscheinend imstande, sein Leben und seine Aufgaben mit den außerordentlich hohen und vielseitigen Anforderungen durchzuführen und ihnen gewachsen zu sein, wie er es tat, und dabei noch Zeit zu finden für die unheimliche trieb- und dranghafte Nachtseite dieses Doppellebens. Eine bei ihm mitunter zu bemerkende Akinese bei der Mimik des Gesichtes ist deswegen um so auffälliger und ebenfalls die Affektinkontinenz, die vor allem durch Zwangsweinen zum Ausdruck kommt.

Störungen der Willensphäre waren hier nicht zu beobachten, abgesehen von den beschriebenen Zwangshaltungen. Die leicht gehobene Grundstimmung äußert sich bei dem Pat. in einer gewissen Euphorie, die im Verein mit seiner Gewandtheit, schnell und phantasievoll zu denken, die Möglichkeit verleiht, auch in seiner augenblicklichen trüben Lage sich jederzeit eine bunte Welt heranzuzaubern, indem er von seinem bewegten Leben berichtet und dabei seine Erzählungen mit dem ihm von Hause angeborenen Humor und der eleganten Leichtigkeit, die den österreichischen Menschen oft eigen ist, färbt. Nur aus dieser hypomanischen Grundhaltung und der gleichzeitig bestehenden schweren cerebralen Störung ist zu verstehen, daß der Pat. imstande ist, sich über die Tatsache seines Doppellebens hinwegzusetzen, ohne in den doch vorkommenden völlig klaren Phasen daraus die notwendigen Konsequenzen zu ziehen. Vielmehr betrachtet er seine dranghaften Zustände als krankhaft, ist überzeugt davon und hofft, daß sie völlig abklingen werden, nachdem er bereits Anzeichen des Nachlassens zu bemerken meinte und selbst auch versuchte, durch Trinken von Alkohol darüber hinwegzukommen.

Auch körperlich wurde der Pat. mehrfach intensiv untersucht. Die Ergebnisse in Marburg und München decken sich mit den bei uns erhobenen und ergänzen einander. Nach diesen Befunden war eine grobe Veränderung an den inneren Organen nicht nachweisbar. Jedoch sprechen manche Symptome für das Vorliegen feinerer Regulationsstörungen, so das in der Anamnese angeführte Schwindelgefühl, die Neigung zum Schwitzen und anfallweise auftretende Kopfschmerzen. Auch eine kapillarmikroskopische Untersuchung ist in diesem Sinne zu deuten. Allerdings kommt diesen Symptomen keine organspezifische Deutung für eine bestimmte endokrine Drüse zu, sondern lediglich das Gesamtspiel der neurovegetativen und innersekretorischen Ordnung erscheint als gestört. In der interferometrischen Untersuchung ergab sich eine Störung der männlichen Keimdrüsenfunktion bei gleichzeitiger Unterfunktion der Hypophyse. Klinisch war das nicht eindeutig zu bestätigen, obgleich eine Ursache für die vasomotorischen Erscheinungen und für eine Labilität des Blutdruckes in mangelhafter Hypophysenfunktion erblickt werden kann. Auch der Adrenalinversuch ergab keine

Abweichungen von der Norm. BRUENINGS, München, fand von seiten des vestibulären oder cochlearen Systems nichts Krankhaftes. Der Nystagmus ist optisch bedingt und wurde von ihm als wahrscheinlich mangelhafter Fixationszwang des Auges gedeutet. Die Augenklinik München kam zu folgendem Ergebnis: Bei dem Pat. bestehe ein feinschlägiges horizontales Augenzittern beider Augen. Beim Blick führen die Augäpfel etwas grobschlägigere Zitterbewegungen aus. Da für das Augenzittern eine labyrinthäre Ursache ausgeschlossen werden könne, so sei es auf die Störung im Bereich des Zentralnervensystems zurückzuführen, und zwar im Anschluß an die Encephalitis im Jahre 1917. In beiden Hornhäuten finden sich feine oberflächliche Narbentrübungen, re. mehr als li. Sie seien auf früher durchgemachte Entzündungen skrofulöser Art (Keratitis eczematosa) zurückzuführen. Außerdem finde sich in der vorderen Schale beider Linsen eine feine punktförmige Trübung gegen den vorderen Linsenpol hin. Sie ist für angeboren zu halten. Auf beiden Augen bestehe leichte Kurzsichtigkeit verbunden mit Stabsichtigkeit, außerdem Alterssichtigkeit beiderseits. Um besonders scharf sehen zu können, müsse der Pat. den Kopf nach re. drehen. Das sei augenärztlicherseits nicht eindeutig zu klären. Gelegentlich kommt es jedoch bei Kleinhirnschädigungen zu einer derartig „angezeichneten“ Lage des Kopfes.

Auch in der hiesigen Klinik wurde hinsichtlich des Nystagmus folgender Befund erhoben: Beim Blick geradeaus unter der Leuchtblille Nystagmus oscillierend und rotatorisch mit rascher Komponente nach re. Beim Blick nach re. grobschlägiger horizontaler Nystagmus. Beim Blick nach li. feinschlägiger Nystagmus mit der raschen Komponente nach li. Bei Aufblicken Nystagmus mit rascher Komponente nach li., oscillierender Art, jedoch auch Andeutung von rotatorischen Bewegungen. Die Schlagfolge des Nystagmus ist bei Endstellung nach li. und re. eine regelmäßige, beim Aufblicken ist die Schlagfolge unregelmäßig unterbrochen von Phasen rascheren Schlages.

Ergänzend und die bisher erhobenen neurologischen Befunde vervollkommend und bestätigend fanden wir folgendes an pathologischen Ausfällen. Im Bereich der Hirnnerven nur: Chvostek re. Spur, li. deutlich positiv. Der li. Patellarreflex war bei uns gelegentlich lebhafter als re. Bechterew und Rossolimo li. positiv, während der Babinski nicht positiv war. An Kleinhirnzeichen war Romberg positiv ohne Schwanken nach bestimmter Richtung. Beim Gang mit geschlossenen Augen wurde die Unsicherheit besonders deutlich. Dabei zeigt sich auch eine Koordinationsstörung in den Beinen, die etwas beim Knie-Hacken-Versuch zum Ausdruck kommt; auch beim Finger-Nasen-Versuch deutliche ataktische Ausfälle beiderseits. Der Gang ist auch sonst auffällig: die Arme pendeln nur ungenügend mit, die Schultern sind etwas nach vorne gezogen, als ob der Pat. sich nach vorn schieben müsse. Der Kopf wird dabei meist starr fixiert gehalten, und die Mimik hat dann oft etwas maskenhaft Starres.

Die mehrfach durchgeführten serologischen Untersuchungen von Blut und Liquor wie auch die Untersuchungen des Harns, Blutbildes, Senkung usw. ergaben keinerlei krankhafte Abweichungen von der Norm; lediglich im Liquor fand sich eine Erhöhung von Zucker, ein Symptom, welches in den Rahmen einer chronischen Encephalitis paßt. Im Encephalogramm fand sich ebenfalls keine Abweichung von der Norm.

Soweit die klinischen Untersuchungen, die übereinstimmend in den verschiedenen Universitäts-Kliniken das Vorliegen einer auffälligen körperlich-organischen, physischen Veränderung ergeben. Sie ist als Folge einer Encephalitis anzusehen. Die bereits angeführte Literatur weist wenn auch wenige, so doch weitgehend übereinstimmende Parallel-

fälle auf, besonders was eine Encephalitisgenese für die homosexuelle Triebumkehr angeht; denn diese steht im Vordergrund des klinischen wie juristischen Interesses.

Die beiden Vorgutachter (MIKOREY-München und KRETSCHMER-Marburg) führten zur Differentialdiagnose des vorliegenden Krankheitsbildes verschiedene Gesichtspunkte an. So wäre nach MIKOREY etwa an eine beginnende progressive Paralyse mit Abbau der feineren moralischen Hemmungen bei relativ intakter Intelligenz zu denken. Dagegen spricht aber der sonstige körperliche, insbesondere serologische Befund, und vor allem spricht auch die Gesamtentwicklung dagegen. Ebenso wenig kann bei dem normalen Encephalogramm und der intakten Intelligenz eine allgemeine Hirnatrophie, etwa vom Typus der PICKSchen Erkrankung, angenommen werden. Auch die Annahme, daß die Delikte in epileptischen Dämmerzuständen ausgeführt seien, kann nicht stichhaltig sein; denn der Patient erinnert sich an alle Einzelheiten ganz genau. Ebenfalls sind Anzeichen für eine beginnende Prozeßpsychose, für eine Schizophrenie, nicht vorhanden. Die körperlichen Störungen ließen MIKOREY auch eine atypische Form der multiplen Sklerose in den Bereich der Erwägungen ziehen. Die ausgeprägten Gleichgewichtsstörungen, die Schwindelanfälle, der Nystagmus, die Ataxie der Gliedmaßen, das Zwangsweinen als Ausdruck einer organischen Veränderung, die Amimie, alle diese zu einem Syndrom sich zusammenfügenden Bestandteile der Bilder weisen am ehesten auf eine Erkrankung des Kleinhirns und Hirnstamms hin. Man kann sie höchstens noch als Zeichen der dem Patienten eigenen allgemeinen Vasomotoren-Labilität, gesteigert durch Nicotinabusus, ansehen, wenn man schon nicht auch die Labilität selbst als Symptom vegetativer cerebraler Störung einfach zu dem bereits vorhandenen Symptomen hinzurechnen will. Gegen eine multiple Sklerose sprechen im wesentlichen der normale Liquorbefund und das weitgehende Fehlen spastischer Erscheinungen; jedoch könne als Proteus der organischen Nervenerkrankung die multiple Sklerose sich auch einmal dieses Gewandes bedienen und so zu einem derartigen Zustandsbild führen. Weiterhin wurde von MIKOREY die epidemische Encephalitis differentialdiagnostisch herangezogen. Dafür sprechen nach ihm die fieberhafte Erkrankung im Felde mit Andeutung von Schlafsucht, die mimische Starre und das Fehlen bestimmter physiologischer Mitbewegungen. Auch die Erhöhung des Liquorzuckers lasse an das Vorliegen einer chronischen Encephalitis denken. Nicht passe hier hinein das Syndrom der Kleinhirn-Ataxie und des Nystagmus. MIKOREY glaubt schließlich, das neurologische Zustandsbild am ehesten nach bei einer relativ degenerativen Erkrankung des Zentralnervensystems, nämlich der PIERRE-MARIESchen Heredo-ataxie-cérébelleuse, einordnen zu können. Bei aller Unsicherheit und allen „Vielleicht“ hinsichtlich der angestellten

Erwägungen, die sich nur auf die differential-diagnostischen Erörterungen beziehen können, sei an der Diagnose als solcher, nämlich einer ausgedehnten organischen Hirnkrankung, vor allem der Zwischenhirnzentren, absolut nicht zu zweifeln. Daher die Störungen in den vasomotorischen und endokrinen Regulationen, daher die Affektinkontinenz, insbesondere das Zwangsweinen, daher die periodischen Anfälle elementarer, aus dem Gesamtgefüge der Persönlichkeit herausfallender homosexueller Triebtendenz. „Für diese Deutung spricht vor allen Dingen die Koppelung dieser homosexuellen Paroxysmen mit Durstzuständen, welche Dr. X. uns durchaus glaubhaft beschrieben hat. Die Zentren der Sexualität und die Zentren für die Regulation des Wasserhaushalts und die Durstempfindung oder vielmehr den Durst-Instinkt sind eng benachbart im Gebiet unter den Sehhügeln gelegen und können daher sehr leicht gemeinsam durch *eine* Noxe, durch *einen* pathologischen Prozeß gestört werden“ (MIKOREY). Schließlich weist MIKOREY auch auf die Übergangsformen zwischen der FRIEDRICH-PIERRE-MARIE-Gruppe und der epidemischen Encephalitis hin.

KRETSCHMER knüpft in seinen differentialdiagnostischen Erwägungen an das bisherige an. Seiner Meinung nach handelt es sich bei dem Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit um einen postencephalitischen Zustand nach der als Encephalitis aufgefaßten Erkrankung im Jahre 1917. Dafür spricht auch die Verlaufskurve mit ihrem für Postencephalitis charakteristischen Typus. KRETSCHMER spricht von den drei Teilen, welche bei dem Leiden gewöhnlich zu unterscheiden seien: 1. das akute Krankheitsbild, 2. eine oft durch Jahre sich hinziehende Latenzzeit scheinbarer Genesung, in welche ebenfalls nur einige spärliche Brückensymptome eingestreut seien, 3. das lange nachschleppende chronische Gehirnleiden. Die Tatsache, daß bei dem Patienten die in Rede stehenden Störungen erst jetzt im laufenden Jahrzehnt nach einer über 10jährigen Zwischenpause stärker hervorgetreten seien, würde die Diagnose eines postencephalitischen Folgezustandes nicht nur nicht stören, sondern im Gegenteil stützen. Der Patient biete selbst auch das gewöhnlich hierbei entstehende Spätleiden, nämlich Teile des PARKINSON-Syndroms. Hier werde jedoch der nur schwach angedeutete Teil des Leidens mit Versteifung der Körperhaltung, Verarmung an mimischen Ausdruck und Mitbewegungen durch das hypomanische Grundtemperament zum Teil durchbrochen und verdeckt. Zur Frage der Ataxie, die MIKOREY nicht ganz zum Bilde einer Postencephalitis zu passen scheinen, ergebe die feinere Analyse der Art von Ataxie, daß sie keinen eindeutigen Kleinhirntypus aufweise. Die Unsicherheit beim Gang dürfe vielmehr in diesem Falle einerseits durch die erhebliche Unsicherheit der Augenmuskelninnervation bedingt sein, andererseits die bei Parkinsonisten auch sonst zu beobachtenden Störungen der Körperstatik als angedeutete

Teilkomponenten enthalten. Das Auffallende und Atypische hier liege lediglich in einer Akzentverschiebung zwischen den Symptomgruppen, indem sonst in der Regel der Parkinsonismus das Bild beherrsche, und Zwischenhirnstörungen mehr als Begleitsymptome wirken, während im vorliegenden Falle das Verhältnis gerade umgekehrt sei. Wir schlossen uns diesen vorgutachtlichen differentialdiagnostischen Ausführungen vollinhaltlich an. MIKOREY betrachtet das vorliegende Krankheitsbild geradezu als ein Unikum, und zwar hinsichtlich der vom Patienten beschriebenen Periodik eines homosexuellen Dranges, welcher bei einem vorher normalen Mann im Alter von 39 Jahren in fast explosiver Weise bei der banalen Gelegenheitsursache einer Belästigung durch einen Strichjungen erstmalig in Erscheinung trat, und von diesem Zeitpunkt ab sich mit elementarer Gewalt in der primitivsten Form immer wieder durchsetzte. Dieses elementare Gefühl zeigte denn auch daneben starke Schwindelgefühle, Unruhezustände, Durstgefühl und Konzentrationschwäche.

Gerade die Periodizität im krankhaften Verhalten des Patienten war einer der wesentlichen Gründe für die Oberstaatsanwaltschaft, die neuerliche Begutachtung durch uns zu veranlassen. Es wurde gemeint, daß die von den beiden Vorgutachtern aufgewiesenen dranghaften Anwendungen und entsprechenden Handlungen, wobei außerhalb der Ausnahmezustände nichts dergleichen in Erscheinung trete, im Widerspruch zu allen einschlägigen kriminalistischen Erfahrungen stünden. Hierzu zogen wir in unserm Gutachten, um die Richtigkeit der Annahme der Vorgutachter, deren Meinung wir uns anschlossen und noch weiter belegten, die, wenn auch begrifflicherweise bei einem „Unikum“ (MIKOREY) seltenen, aber doch immerhin nicht fehlenden Vergleichsfälle in der Literatur zu dieser Frage heran. KLARFELD führt zu HÜBNERS Untersuchungen an sexuell Abnormen aus, daß, wenn sich auch ganz allgemein schon im Leben eines Menschen Phasen relativer Zurückhaltung von solchen starker sinnlicher Erregung abgrenzen lassen, diese meist doch Äußerungen einer krankhaften Triebsteigerung seien. Von krankhafter Steigerung könne man dann sprechen, wenn die Auslösung des Orgasmus eine ungewöhnlich leichte ist, oder wenn der Orgasmus von Komplikationen begleitet ist, wie vegetativen Anfällen, Zittererscheinungen, Bewußtseinsstörungen. Wieweit KLARFELD dabei postencephalitische Zustände vorschwebten, war nicht deutlich zu ersehen. Besonders hier aber tritt jene dranghafte periodisch sich äußernde Triebsteigerung in den Vordergrund des krankhaften Geschehens. MIKOREY führte dabei als Beispiel den bereits beschriebenen Fall von SCHIFF und TRELLES an, bei welchem diese homosexuellen Abartigkeiten in derselben Weise elementar und unwiderstehlich, intermittierend in Form von Paroxysmen auftraten. KRETSCHMER meint dazu in seinem Gutachten: „Übrigens entsprechen

die Angaben in der Literatur unseren eigenen Beobachtungen. Es sind dort immer wieder einzelne, teilweise auch forensisch bedeutsam gewordene Fälle von krankhaften Veränderungen des Sexualtriebes bei Postencephalitikern berichtet, darunter auch in homosexueller Richtung.“ Die umfassendsten Unterlagen für die Encephalitisfolgen bringt wohl F. STERN in seiner Monographie darüber. Er äußert sich zu den plan- und ratlosen Umherwandern der Encephalitiskranken: „In etwas komplexer gebauten Fällen wird die Störung zu einer psychomotorischen insofern, als die Kranken selbst die Unruhe als einen Drang empfinden, der sie nachgehen müssen, ohne daß dabei das Subjektive des Zwangsmäßigen, wie bei den echten Zwangsvorstellungen, entwickelt ist“ (S. 187). Zu den antisozialen Handlungen derartiger Kranker als Folge der Encephalitis bemerkt STERN: „Daß diese antisozialen Handlungen nicht von einer Herabsetzung der Intelligenz im ganzen begleitet werden, ergibt sich aus früheren Darlegungen von selbst. Einzelfälle sind beschrieben worden, in denen eine Umdämmerung des Bewußtseins während der antisozialen Handlung bestand, doch entspricht dies nicht dem Durchschnitt, die Kranken wissen im allgemeinen, was sie in dem Zustande tun. Es ist nun wichtig, sich einen Begriff zu machen, wie diese Kranken sich zu ihren antisozialen Handlungen stellen, wie sie außerhalb der ‚Krise‘ sich benehmen. Von mehreren Autoren ist ausgeführt worden, daß nach der Tat, also dem Diebstahl, dem Angriff auf Mitpatienten usw. eine tiefe und aufrichtige Reue in dem Zustand besteht, aber von dem Kranken selbst angegeben wird, daß er dem Antrieb nicht widerstehen könne. Diese Stellungnahme aber findet sich nur in einem Teil der Fälle. Bei unsern schlimmsten antisozialen Kranken kann von irgend einer tatsächlichen Einsicht in dem Zustand gar nicht die Rede sein“ (S. 196).

STERN erwähnt in der genannten Arbeit unter seinen eigenen Fällen der Gruppe erwachsener Sexualdeliquenten, die eine Encephalitis durchgemacht haben, einen Kranken, „bei dem sich die pathologische Veranlagung infolge der Charakterveranlagung nach der Erkrankung in hemmungslosen Handlungen homosexueller Natur geäußert hat.“ In die gleiche Gruppe gehöre auch ein Kranker mit einem ausgesprochenen Drang und Unruhezustand. STERN bemerkt dazu: „Es wird wohl nirgends Widerspruch erwecken, wenn in allen diesen Fällen eine Aufhebung der Zurechnungsfähigkeit anerkannt wird, sobald erstens die encephalitische Genese erwiesen, zweitens die Beobachtung festgestellt wird, daß tatsächlich eine habituelle Hemmungslosigkeit und Triebhaftigkeit in erheblichem Grade besteht. Diese Auffassung ist unabhängig von der theoretischen Erwägung, ob wirklich eine ethische Depravation eingetreten ist, oder ob es sich nur um eine Exekutivstörung, eine hemmungslose psychomotorische Entladung handelt, auf die hinterher Reue eintritt. Das Wesentliche dürfte hier in forensischer Beziehung die

Feststellung der organischen Hirnläsion sein, welche zu einer ganz automatisierten Störung des Handelns führt“ (S. 469).

Nach der kasuistischen Besprechung des organisch-cerebralen Krankheitsbildes mit Triebumkehr als hervorstechendstem Symptom nach Encephalitis bliebe noch die Erörterung der sich hieraus ergebenden forensischen Probleme und Fragen übrig. Generell ist dazu zu bemerken, daß gerade in den letzten Jahrzehnten moderner Rechtsprechung die Behandlung der Homosexualität unter strengeren Gesichtspunkten durchgeführt wurde als bisher. Insofern mußte das Verlangen nach Klärung der ursächlichen Grundlagen der Triebumkehr von besonderer Dringlichkeit sein. LEMKES Arbeit war ein Versuch, auf diesem Wege zur Klarheit zu gelangen. Und auch er bemerkt, daß, wenn auch viele Probleme, die die Homosexualität aufgibt, noch nicht gelöst seien, die frühere Unsicherheit über die strafgesetzliche Behandlung der Homosexuellen beendet sei. Und zu dem früheren Streit der Meinungen um die Strafbarkeit homosexueller Handlungen meint LEMKE abschließend, daß jeder Mensch die Pflicht habe, sich mit seinen Erbanlagen auseinanderzusetzen, und davon könne der homosexuell Veranlagte nicht ausgenommen werden. Die Anlage zu einer Triebstörung gebe kein Recht zu ihrer hemmungslosen Entfaltung. Aber auch LEMKE räumt dabei ein, daß sich eine solche Homosexualität entsprechend der Tatsache ihrer Entstehung aus einem abnormen körperlichen Zustand von anderen Straftaten dieser Art grundsätzlich unterscheide. So bedürfen denn auch nach ihm die Homosexuellen der ärztlichen Behandlung, der Fürsorgemaßnahmen und der rassenhygienischen Betreuung.

„Die strafrechtliche Beurteilung einer gleichgeschlechtlichen Handlung ist von der Entstehung der abwegigen Triebrichtung im allgemeinen unabhängig“, ist nach LEMKE dagegen von der strafrechtlichen Praxis zu sagen, und er meint auch, daß die meisten Sachverständigen betonten, die Genese der Triebabweichung wäre für die Verantwortungsfähigkeit vor dem Gesetz von untergeordneter Bedeutung. Allerdings muß hier eingeräumt werden — und das meint auch LEMKE — daß die Anwendung des Schutzparagraphen 51 sich dann als notwendig ergibt, „wenn die Beziehungen zwischen Trieb und übriger Persönlichkeit so wenig ausgewogen sind, daß die Beherrschung des Geschlechtstribs nicht gelingen kann oder sehr erschwert ist“ (S. 38). Auch seinem Postencephaliker wurde ja verminderte Zurechnungsfähigkeit anerkannt, und somit stand er dann doch unter dem Schutz des Paragraphen 51. Ebenso für unsern Fall plädierten die beiden Vorgutachter MIKOREY und KRETSCHMER für die Anwendung des § 51 aus den aufgeführten Gründen, weil die sexuellen, dranghaft periodisch auftretenden Ausnahmezustände den Erlebnistypus postencephalitische Drangzustände zeigten. So führte KRETSCHMER dazu im einzelnen noch aus, daß die strafbaren Handlungen des Patienten



unmittelbar kausal einer organischen Hirnkrankung entspringen, von der wir auch sonst wissen, daß sie öfters tiefgehende Störungen und Enthemmungen des Trieblebens, speziell auch auf sexuellem Gebiet, verursache. Seine strafbaren Handlungen seien vollkommen sicher auf eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit zurückzuführen. Wenn man von der überwiegend wahrscheinlichen Voraussetzung ausgehe, daß die sexuellen Verfehlungen immer in umschriebenen inselförmigen Ausnahmezuständen erfolgt seien, so müssen sie forensisch vergleichsweise in die nächste Parallele zu den Ausnahmezuständen der Epileptiker gestellt werden und müssen als solche ohne weiteres unter den Absatz 1 des § 51 fallen. Alle solchen Zustände seien klinisch gerade dadurch charakterisiert, daß sie (mit oder ohne stärkere Bewußtseinstörung) aus dem gewohnten Fluß der seelischen Abläufe herausfallen und die Gesetzmäßigkeiten und gewohnten Steuerungen der Grundpersönlichkeit so radikal durchbrechen, daß die Persönlichkeit sie weder in intellektuellem, noch in willensmäßigem Sinn zu beherrschen vermag. Aber auch wenn man diese Drangzustände nicht allzusehr als scharf umschrieben auffassen wollte, so müßte man hier bestreiten, daß die Persönlichkeit ohne weitere ärztliche Hilfe, ohne gründliche spezialistische Behandlung und Beratung von sich aus in der Lage gewesen wäre, zu den rätselhaft auftretenden Impulsen eine klare Stellung einzunehmen und sie in eigener Willenskraft und Verantwortung zu steuern. Es müsse deshalb dem Patienten der Schutz des § 51, Absatz 1 mit Bestimmtheit im vollen Umfang zugebilligt werden.

Auch wir kamen zu der Überzeugung, wenn auch die Fähigkeit, das Unerlaubte der Tat einzusehen, nicht aufgehoben war, so war doch die Fähigkeit, nach dieser Hinsicht zu handeln, erheblich vermindert, wenn nicht aufgehoben, und zwar unter dem Einfluß der durchgemachten Gehirnerkrankung. Den phasenhaft triebartigen Charakter, wie man ihn bei der Encephalitis findet, die nicht selten mit weitgehenden Wesensveränderungen einhergeht, stellten auch wir in Übereinstimmung mit den Vorgutachtern als etwas Unzweifelhaftes fest. So sind wir gleichermaßen überzeugt, daß die bei Dr. X. festgestellten Krankheitserscheinungen und die dadurch bedingten Wesensveränderungen auf die ihm zur Last gelegten Handlungen einen Einfluß hatten, wenn auch vielleicht diese Handlungen nicht ganz allein auf die durch die Krankheit entstandene Wesensveränderung zurückzuführen sind, obschon die Möglichkeit dafür nicht ausgeschlossen sein soll. Hinsichtlich einer eventuell zu erwägenden Dauerinternierung kamen sowohl KRETSCHMER wie auch wir zu dem Schluß, daß eine solche nicht notwendig sei, insofern als nicht anzunehmen sei, daß der Patient noch einmal ohne alle Aufsicht in einen derartigen Zustand hineingeraten könne. Die Voraussetzungen für eine ausreichende Beaufsichtigung und Überwachung seien durch die Ehefrau

und den eng heranzuziehenden Hausarzt hinreichend gegeben. Der Patient könne auch unter diesen Umständen seine wertvollen Anlagen und Gaben, da seine Intelligenz nicht gestört oder eingeschränkt sei, wie bisher in den Dienst der Wissenschaft stellen.

Abschließend sei eigens hervorgehoben, daß die Erörterung dieses vergleichsweise seltenen Falles — der dann auch eine isolierte Publikation zu rechtfertigen schien — keineswegs sich zu den nicht nur psychologisch vertieften, sondern auch auf die große Mehrzahl der vorkommenden Fälle von Homosexualität sich beziehenden Ausführungen von BÜRGER-PRINZ in Gegensatz stellt. Der Verfasser ist sich wohl bewußt, daß es sich dabei nur um eine Bereicherung der naturgemäß nicht sehr großen Kasuistik von Fällen exogener Art handeln kann. Die Wichtigkeit einer Verfolgung solcher Zusammenhänge liegt weniger in dem Beitrag zu den grundsätzlichen Fragen der Homosexualität, deren Schwerpunkt vielmehr inmitten psychologischer Feststellungen zu suchen ist, als in der klinischen Aufrollung von psychophysischen Abwegigkeiten auf dem Gebiete der Krankheitsformen. Nicht vorwiegend theoretisch, sondern rein praktisch genommen mag der Fall einen weiteren Hinweis darauf liefern, wie unerläßlich es ist, bei allen inkriminierten Handlungen, deren Eigenart die Beurteilung nach Maßgabe der dem Richter unmittelbar zugänglichen psychologischen Vorstellungen und Einsichten als nicht ausreichend erscheinen läßt, den ärztlichen Sachverständigen hinzuzuziehen. Auch bei solch kompliziert zusammengesetzten und durchaus in das persönliche Leben hineinreichenden Störungen, wie sie in dem vorliegenden Fall von homosexuellem Verhalten gegeben sind, kann sich einmal bei psychiatrisch-neurologischer Analyse ein „organischer Kern“ heraus-schälen lassen. Für die kausale Betrachtung gilt das jedenfalls. Indessen ist es auch hier im Sinne der von BÜRGER-PRINZ in den Vordergrund gestellten Seiten der Homosexualität bezeichnend, in welchem Ausmaße die prämorbidie Persönlichkeit, und zwar nicht bloß nach ihren konstitutionellen Zügen, sondern auch nach ihren erlebnismäßigen Prägungen, ja sogar neurotischen Fixierungen, an der Ausgestaltung der Erscheinungen beteiligt ist. So kann es im Ganzen gesehen keinem Zweifel unterliegen, daß eine sozusagen konzentrische Inangriffnahme des Problems der Homosexualität, und zwar von der klinisch-somatischen, der pathologisch-anatomischen (SPATZ u. Mitarb. mit ihren Untersuchungen zur Rolle des Tuber cinereum), wie auch der im engeren Sinne psychopathologischen Seite aus seiner vielfältigen Beschaffenheit angemessen ist. Wie sich der Komplex der Homosexualität teils in der Verkenntung anders gelagerter Störungen in dieser Richtung, teils aber auch als solche in ein paranoisches, bzw. schizophrenea Krankheitsgeschehen zur Geltung bringen kann, zeigt BETZENDAHL in seinem Buch „Persönlichkeitsentwicklung und Wahnbildung“, sowie in seiner Schrift: „Eine para-

noische Episode, Entstehung und Ausgleich“. Gegenüber diesen verschiedenen Formen der Grundlagen einer homosexuellen Betätigung wäre natürlich ebensowohl die Diskussion der organischen Pathogenese im vorliegenden Falle ganz im einzelnen in den Vordergrund zu stellen. Dann würde vor allem eine Abwägung zwischen dem Anteil des unzweifelhaften Schädeltraumas und der doch nicht ganz gesicherten Encephalitis, insbesondere ihrer lethargischen Spielart, notwendig sein. Ganz läßt sich hier aber wohl nicht mehr zu einer Entscheidung gelangen. Bekanntermaßen gibt es ja auch einen traumatischen Parkinsonismus. Andererseits fällt die cerebrale Affektion in die Zeit der damaligen Epidemie (1917). Das Trauma kann eine erhöhte Disposition geschaffen haben. Im übrigen ist in jedem Falle eine traumatische Komponente im späteren Bilde unverkennbar vorhanden. So muß es also genügen, basale Erscheinungen, ob nun mehr so oder mehr so, anzunehmen, und von hier aus die ersichtliche Beteiligung eines organischen Hirngeschehens ganz im allgemeinen, und mit einem gewissen Hervortreten von Hirnstammsymptomen, zu konstatieren. Nach der hier erfolgten Problematik ruhte der Akzent auf dem Zusammentreffen eines homosexuellen Verhaltens von besonderer forensischer Bedeutsamkeit mit körperlichen Veränderungen, deren ausschlaggebender Einfluß in ihrer Gesamtheit eindeutig war.

### Zusammenfassung.

Es wurde einleitend auf die medizinische und juristische herrschende Auffassung von der Homosexualität eingegangen, insbesondere auf die organische Ätiologie dieses Zustandsbildes im Anschluß an Hirnveränderungen traumatischer oder entzündlicher Art. Speziell wurde ein Fall von Triebumkehr mit exzessiver Auswirkung im Anschluß an eine nachweisbare Encephalitis behandelt, die im Jahre 1917 auftrat. Bei der klinischen Beobachtung bot auch jetzt noch der Pat. eine typische postencephalitische Symptomatik. Im Anschluß an die Schilderung des Krankheitsbildes selbst folgte die Analyse der verschiedenen vorgutachtlichen Stellungnahmen zu diesem an und für sich s. Zt. die beteiligten Kreise wegen seiner bedenklichen Folgen recht beunruhigenden Krankheitsbild, welches hinsichtlich seiner Ätiologie erheblich selten ist, und schließlich die eigene Stellungnahme des Verf. zum vorliegenden Problem.

### Literatur.

- <sup>1</sup> ADLER, A.: Das Problem der Homosexualität. Leipzig: S. Hirzel 1930. —  
<sup>2</sup> BETZENDAHL, W.: Persönlichkeitsentwicklung und Wahnbildung, eine Untersuchung über den Sinn des Erlebens und der Bedeutung des Verhaltens bei krankhaften Veränderungen des Ich. Berlin: S. Karger 1932. Darin Fall I. Z. Psychol. 113, 98 (1939). — <sup>3</sup> BÜRGER-PRINZ, H.: Mschr. Kriminal-Biolog. u. Strafrechtsreform 32, H. 1, 32 (1941). — <sup>4</sup> CONRAD, K.: Der Konstitutionstypus als genetisches Problem,

1941. — <sup>5</sup> FALK, K.: Arch. Menschenkde **1**, H. 5, 202—14 (1925). — Zbl. Neur. **42**, 455 (1926). — <sup>6</sup> GOLDSCHMIDT, R.: Die Lehre von der Vererbung, 1933. — <sup>7</sup> HIRSCHFELD, M.: Sexuelle Zwischenstufen, 1918. — <sup>8</sup> HÜBNER: Untersuchungen an sexuell Abnormen. Vortrag zur Hundertjahrfeier d. Ges. dtsh. Naturf. u. Ärzte 21. u. 22. 9. 1922. Ber. v. KLARFELD im Zbl. Neur. **31**, 58 (1923). — <sup>9</sup> KEHRER, F.: Med. germano-hispano-americ. (Spanisch) **2**, Nr. 2, 14 (1924). — Ref. Zbl. Neur. **45**, 817 (1927). — <sup>10</sup> KINSEY, A. C., B. P. WARDELL u. E. M. CLYDE: Sexual behavior in the human male. Philadelphia u. London: W. B. Saunders Company 1948. — Ref. Nervenarzt **20**, H. 6 (1949). — <sup>11</sup> KLEIN: Hypothese zur Vererbung und Entstehung der Homosexualität. Vortrag zur Hundertjahrfeier d. Ged. dtsh. Naturf. u. Ärzte 21. u. 22. 9. 1922. — Ber. v. KLARFELD im Zbl. Neur. **31**, 58 (1923). — <sup>12</sup> KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie. 9. Aufl. 1947. — <sup>13</sup> KURTH, W.: Leitfaden der Neurologie und Psychiatrie, 1949. — <sup>14</sup> LEMKE, R.: Über Ursache und strafrechtliche Bedeutung der Homosexualität. Jena: G. Fischer 1940. — <sup>15</sup> LEMKE, R.: Med. Klin. **11**, 1355 (1940). — <sup>16</sup> LEMKE, R.: Mschr. Kriminalbiolog. **32**, 241 (1941). — <sup>17</sup> QUARANA, A.: Rev. argent. Neur. (Spanisch) **1**, 146 (1935). — Ref. Zbl. Neur. **78**, 372 (1936). — <sup>18</sup> RAECKE: Ärztl. Sachverst.-Ztg **34**, 351 (1928). — Ref. Zbl. Neur. **52**, 770 (1929). — <sup>19</sup> REBOUL-LACHAUX-SERIN: Ann. med.-psychol. **1924**. — <sup>20</sup> SCHIFF, P. et J. O. TREILLES: Homosexualité postencéphalitique. Ann. méd. psych. **89**, 11. 154 u. 239—47 (1931); Ref. Zbl. Neur. 62 u. 63. Bd. 516 u. 832 (1932). — <sup>21</sup> SCHILDER, P.: Psychoanalytic Ref. **16**, 377 (1929). — Ref. Zbl. Neur. **55**, 203 (1930). — <sup>22</sup> SCHULTE, W.: Nervenarzt **15**, 68 (1942). — <sup>23</sup> STERN, F.: Die epidemische Encephalitis, 2. Aufl. Springer 1928. — <sup>24</sup> STUMPF: Ref. bei W. SCHULTE. — <sup>25</sup> WEISSCHEDEL, E., u. H. SPATZ: Dtsch. med. Wschr. **1942**, 1221. — <sup>26</sup> WEIL, A.: Ref. Zbl. Neur. **31**, 208 (1923). — <sup>27</sup> WITRY: Ann. med. psychol. **87**, 1, 398 (1929). — Ref. Zbl. Neur. **54**, 390 (1930). — <sup>28</sup> WOLFF, L. B.: Urol. a. cut. rev. **26**, 9, 547 (1922). — Ref. Zbl. Neur. **31**, 224 (1923).

Dr. med. habil., Dr. phil. WOLFRAM KURTH, (16) Wiesbaden, Heßstr. 1