

## Zur Psychologie Schädelverletzter.

Von

**Heinz Hartmann und Paul Schilder.**

(Eingegangen am 1. Juli 1925).

Das psychische Störungen nach Schädeltraumen unter der Form der *Korsakoffschen Psychose* verlaufen können, ist seit langem bekannt. Berger stellt die wichtigste hierhergehörige Literatur zusammen. Wenn wir im folgenden eine derartige Kommotionspsychose ausführlich mitteilen, so tun wir dies deshalb, weil wir bei ihrer Beobachtung auf psychologische Mechanismen gestoßen sind, die einer Beachtung wert erscheinen.

Hermine H., 32 Jahre alt, erlitt nach den Angaben ihres Mannes am 20. VII. 1924 folgenden Unfall: Sie fuhr mit ihm mit dem Rade nach Laxenburg. Von Inzersdorf fuhr an einer Stelle, an der es etwas bergab geht, ein Bursch und ein Mädchen auf dem Rade. Das Mädchen fuhr schlecht, der Referent wollte vorfahren, das Mädchen wollte ausweichen und überschlug sich. Das Rad lag auf der Straße, der Bursch fuhr falsch vor; er stieß hierbei mit der Patientin zusammen, die eben vorfuhr. Sie wurde bei dem Sturz bewußtlos und blieb es etwa 45 Minuten. Zur Seite der Unfallsstelle war ein frisch aufgeworfener Straßengraben. Von dort kam sie in das Franz-Josefsspital, wo sie genäht wurde. Sie erbrach, aus Nase und Ohr war Blut gekommen.

Die Patientin hat keine Vorkrankheiten, hat ein gesundes Kind, das etwa 10 Jahre alt ist. Über dem linken Scheitelbein findet sich eine Rißwunde. Eine Knochenverletzung ist äußerlich nicht wahrnehmbar. Blutung aus dem linken Ohr stecknadelkopfgroße Öffnung im linken Trommelfell. Ein später aufgenommenes Röntgenbild zeigt einen Frakturspalt, der durch das linke Scheitelbein und die linke Schläfenbeinschuppe schräg von hinten oben nach unten vorne zieht und in die mittlere Schädel-grube einmündet. Am 21. VII. abends trat eine immer mehr zunehmende Unruhe auf, die sich bis zum Toben steigerte. In die Klinik kam die Patientin unruhig an und versucht den Verband hinunterzureißen. Am nächsten Morgen ist sie mürrisch und ablehnend und klagt über Kopfschmerzen und Schwindel. Die Schmerzen säßen im Vorderkopf. Sie verneint ausdrücklich, daß sie gefallen sei. Obwohl es erst halb 9 Uhr vormittags ist, glaubt die Patientin es sei Mittag. (Auf Frage?) „Da sitz ich heraus am Feld auf dem Bett. (Datum?) Ich bin ganz allein da, 19. April, nein Juni, Juli“. (Was machen Sie?) „Ausrasten, daß das Kopfweh vergeht. Wenn das Kopfweh vergeht, ziehe ich mich an. Meine Eltern sind da auch wo. Sie haben gesagt, sie kommen auch, wenn es mir besser geht.“ Die Patientin hat in ihrem Wesen etwas leicht Dämmeriges. (Was haben sie am Kopf?) „Verband, weil ich mir die Haare gewaschen hab.“ (Gestürzt?) „Nein, ich bin nicht gefallen, am ganzen Körper bin ich so müd.“ (Im Spital?) „Nein ich lieg da im Bett, ein Feldbett, es gehört halt jemandem.“

Als ihr Unterschiedsfragen vorgelegt werden ist sie zerstreut, fragt z. B.: kommt da nicht jemand herein? Beim Rechnen gelingen Aufgaben, wie  $6 \times 21$ , doch versagt sie z. B. bei  $9 \times 12$  und rechnet  $9 \times 10 = 90$ ,  $9 \times 2 = 18 = 89$ . Eine Zahl, die ihr vorgesprochen wurde hat sie nach ganz kurzer Zeit vergessen.

Sie sagt, sie sei nicht verheiratet, habe einen Lebensgefährten (die Patientin hat mit ihrem Mann vor der Ehe zusammengelebt).

Am 24. VII. ist die Patientin im wesentlichen unverändert. Als ihr die apokalyptischen Reiter *Dürers* vorgelegt werden, sagt sie: „Speerschießen, aufs Wild schießen mit einem Schießbogen, angezogen sind sie alle so wie Jäger, eine Wage hat einer in der Hand“. Zur Feldschlange sagt sie: „Jagdwagen, die sie hereinziehen“. Als ihr die Haifischgeschichte vorgelegt wird, sagt sie: „Schad um den jungen Burschen, er ist hinuntergesprungen ins Wasser und der Haifisch hat ihn geschnappt. Sie hätten ihn halten sollen, es ist ja schad um den jungen Menschen.“ Zur Geschichte von Rabbi Moir meint sie<sup>1)</sup>: „Seine beiden Söhne sind vom Blitz getroffen worden, schad um die jungen Menschen.“ (Unfall?) „O nein, so Kopfweh, habe ich, eine Beule!“ (?) „Da hat mich wer hingehaut, in der Hetz nur, au weh, nur der Kopf tut mir so weh.“ Sie wolle in den Hof, dort sei ihre Mutter. (Wo sind sie?) In dem Bett, im Krankenbett.“ Als Datum gibt sie den 12. an; doch weiß sie jetzt, daß sie verheiratet ist. Bei der Merkfähigkeitsprüfung, bei der sie auch am 1. Tag vollständig versagt hatte, kann sie sich zweistelliger Zahlen nach ganz kurzer Zeit nicht mehr erinnern. Der Satz von Straßburg<sup>2)</sup>, wird auch nach viermaligem Vorsprechen nicht erinnert, nur ist die Patientin recht unaufmerksam und sagt fortwährend, sie möchte nach Hause, weil sonst ihr Mann nicht in die Wohnung könne.

25. VII. (Gestern?) „Ich bin nicht mitgegangen ins Gasthaus. Zu Mittag bekomme ich einen Kaffee dort, ich will nichts anders es muß bald 12 Uhr sein!“ (3/49 Uhr.) Weiß aber jetzt ihre Adresse und weiß, daß sie im Spital ist, sie drängt nach Hause. (Spital?) „Weil ich eine Krankheit gehabt habe, mies war mir und da bin ich hergegangen und die Schwester läßt mich nicht hinaus. Ich hab schon gestern gehen wollen, aber der Mann hat keine Zeit gehabt.“ Da die Patientin fortwährend Versuche macht den Verband abzureißen, muß sie beschränkt werden. Nach der Zwangsjacke befragt, sagt sie: „Die Schwestern haben das gemacht, die Schwestern haben gesagt, ich soll das anziehen, damit mir warm ist. Am Kopf habe ich mich angehaut, als ich herkam, das ist aber jetzt verheilt.“ (Sie haben ja doch eine Zwangsjacke an?) „Es ist ja gerade keine Zwangsjacke, es ist ja nur, daß mir wärmer ist; ich will zu Vater und Mutter, die haben gesagt ich soll heute kommen.“ (Richtig.) Gibt an, der Vater sei schon gestorben, die Mutter wohne bei ihr und helfe ihr. (Unfall erlitten?) „Ich habe mir den Kopf am Bett angehaut, das ist schon lange, das ist schon ein paar Monate.“ Die Geschichte vom Rabbi Moir erkennt sie nicht wieder. Sie erkennt sie einigermaßen nach 6 Lesungen, doch flieht sie immer wieder persönliche Bemerkungen ein, die sich meist auf die Schule, in der ihr Mann Schuldienster ist, beziehen.

Am 26. VII. drängt sie noch immer nach Hause. Sie sei im Spital wegen Kopfschmerzen, die kann man bald wo kriegen.“ Sie weiß auch nicht, daß sie einen Verband hat, und sagt darauf aufmerksam gemacht: da sind Haare drauf, da war eine Wunde. Als ihr nun ein Spiegel vorgehalten wird, ist sie nicht erstaunt. „Ich hab mich angehaut, da ist eine kleine Wunde gewesen.“ (?) „Da ist das Tuch darüber.“ (Wie heißt ein Tuch über einer Wunde?) „Es, ist nur ein weißes Tuch, ein reines Handtuch ist es gewesen.“ (Auf Vorhalt:) „Unter dem Verband ist ein kleines Handtuch.“ Auf das blaue Auge und die blutunterlaufene Conjunctiva ver-

<sup>1)</sup> Die Geschichte vom Rabbi Moir ist dem Leitfaden der Psychiatrischen Diagnostik von *Gregor* entnommen und lautet: „Rabbi Moir, der große Lehrer, saß am Sabbat in der Betschul und unterwies das Volk; unterdessen starben zu Hause vom Blitz getroffen, seine beiden Söhne.“

<sup>2)</sup> Am 30. September 1870 erfolgte der Einzug der deutschen Truppen in Straßburg.

wiesen, sagt sie: „Schmutzig ist es halt, wie ich dagelegen bin.“ Als sie nach der Geschichte vom Rabbi Moir gefragt wird, sagt sie: „Der Herr Professor hat für andere Leute einen Vortrag gehalten, das Kind ist vom Blitz getroffen worden, ein Schüler, es wird schon wieder gut werden, es muß ja gut werden. So lange noch Schule war: zuerst hieß es, am 15. September beginne die Schule, mit meinem Buben ist es auch so, der war in der Schule, kam dann aufs Land, er muß wieder in die deutsche Schule.“

Eine grob sexuelle Geschichte, die am Tag vorher erzählt wurde, kann sie nicht erinnern. „Nein, alles war so fein.“

27. VII. Gestern habe man ihr den Kopf eingebunden. (Richtig.) Sie sei jetzt schon ganz gesund. „Der Herr Doktor hat gesagt, daß es heilt, ich habe mich wo angeschlagen, schon längere Zeit, schon gute 8 Tage. Wir sind von Wien nach St. Pölten mit dem Rad gefahren, wir sind gestürzt, ich hab mir den Kopf angeschlagen, ich habe das immer gewußt, ich bin dabei gewesen.“ Sie fuhr am Montag (der 21. VII. war ein Montag) und stürzte auf der Gasse. Nach der Verletzung fuhr sie nach Hause. Die Patientin wechselt fortwährend in ihrer Darstellung. Sie hat zunächst erzählt, daß sie auf einem Bahnhübergang gestürzt sei, dann wieder, daß es auf der Straße geschehen sei, auch der Mann sei gestürzt und habe sich den Kopf angehaut. Er habe eine Beule gehabt, die am nächsten Tage wieder gut gewesen sei. Dann wieder erzählt sie, daß sie am nächsten Tag von St. Pölten nach Wien gefahren sei, sie habe das Rad am selben Tage ausgelöst, es habe aber geregnnet, es sei ihr ein Rätsel wie sie hergekommen sei. Die Geschichte vom Rabbi Moir erzählt sie jetzt in folgender Weise: „Von einem Lehrer war es, daß ein Lehrer eine Versammlung abgehalten hat und daß seine Kinder vom Blitz verwundet sein sollen. Ist es wahr, ihm sollen seine Kinder auf dem Land vom Blitz getroffen sein. Mein Mann hat es mir heute gesagt, der Professor muß halt mit den Kindern zum Arzt, er hat eine Anstellung an der Schule und hat eine Krankenkasse.“

Als nach einigen Stunden neuerdings nach ihrem Auge gefragt wird, sagt sie: „Das ist ein bissel angestrengt.“ Als sie gefragt wird, was man ihr im Spiegel gezeigt habe, sagt sie: „Gestern hab ich einen Spiegel gehabt, da hat man mir den Kopf gezeigt, daß er gut verbunden ist.“ (Das Auge?) „Das Auge ist schwarz von den Regeln und ist ein bischen schmutzig, das ist vom Zug, das wird wieder gut werden.“ Sie sei ja einmal im Franz-Josefsspital beschäftigt gewesen, und dort habe sie gehört, daß die Augen bei der Periode schwarz seien.

Die Patientin spricht sehr viel, ist aber vollkommen klar.

Am 28. VII. gibt sie noch einmal eine detaillierte Schilderung ihres Radunfalls. Sie fuhr nach St. Pölten und fuhr an einen Bahnschranken, das ist im Juni gewesen. Sie fuhr mit ihrem Mann um 4 Uhr früh weg nach St Pölten. Sie sei in  $1\frac{1}{2}$  Stunden zurück gewesen. „Wir blieben Sonntag dort, schliefen bei dem Stubenmädchen. Eine Stunde vor St. Pölten stiegen wir in die Bahn, beim Westbahnhof lösten wir die Räder aus und fuhren mit dem Rad nach Hause in die Wohnung. Den Kopf hab ich mir beim Hinausfahren verletzt, mein Mann ist heute zurückgekommen, er hat sich das Haar heruntergekämmt, es ist ihm nichts geschehen. Das Stubenmädchen hat ihm das Haar eingeschmiert. Das Auge ist schwarz vom Anhauen.“ Erzählt die Geschichte vom Rabbi Moir ebenso wie am Vortage. Am 29. VII. erlernt sie das Gedicht vom Vöglein in 6 Lesungen. Doch ist sie dabei sehr unaufmerksam, knüpft fortwährend persönliches Material an. Das Gedicht vom Baum und Strauch hat sie nach 3 Lesungen nicht erlernt. Im übrigen versucht sie noch immer durch Ausreden, sie müsse für das Kind, das vom Lande zurückkomme, sorgen u. dgl. m. die Entlassung zu erzielen. Als Datum gibt sie Mitte Juni oder Juli, am 18. oder so was an. Am 31. VII. drängt sie besonders stark hinaus. Am 2. VIII. sagt sie, sie müsse nach Hause, um für den Klavierunterricht des Kindes zu sorgen. Den Unfall

stellt sie noch in der alten Weise dar. Sie habe keine Schmerzen gehabt, es sei am andern Tage schon gut gewesen, sie habe keine Schmerzen gehabt, „ich war ganz glücklich darüber“. Ist zeitlich noch immer schlecht orientiert, ihre Mutter habe Kopfschmerzen, deshalb müsse sie nach Hause. Auch am 4. VIII. hält sie an ihrer Darstellung des Unfalls fest. Plötzlich beginnt sie zu erzählen der Unfall habe in der Laxenburgerstraße stattgefunden. Sie sei über etwas gestolpert, über Steine. Sie fiel auf die Erde. Nach dem Unfall sei sie mit ihrem Mann nach Hause gegangen. Auf der Unfallsstelle seien Gräben aufgegraben gewesen, sie sah hinein weil sie neugierig war und stolperte. In St. Pölten sei sie nicht früher gewesen. Auch am 5. VIII. hält sie an dieser Darstellung fest, die auch in einer ungenügenden, durch Schlafmittel verstärkten Narkose festgehalten wird. Der Mann der Patienten gibt hierzu an, die Patientin sei 2 Tage vorher bei ihrem in der Nähe der Laxenburgerstraße wohnhaften Onkel gewesen und dort wurde in der Tat zwecks Anlage von Siedlungshäusern geegraben, doch wurde am Tage des Unfalls von diesen Siedlungshäusern nicht gesprochen. Am 8. VIII. gibt die Patientin an, in der Nacht sei ihr wie im Traum, sie habe jedoch nicht geschlafen, alles auf den Unfall bezügliche eingefallen. Sie gibt nun eine genaue Schilderung des Unfalls, die sich mit der Schilderung des Mannes deckt. Doch fügt sie, was nicht den Tatsachen entspricht, hinzu, der Mann habe sie dann zum Onkel geführt und habe sie dann gewaschen. Sie sei dann nach Hause. Sie hält auch daran fest, daß sie die Geschichte von Rabbi Moir irgendwo auf dem Gange gehört habe. Am 9. VIII. gibt sie an, sie sei 2 Tage im Franz-Josefs-Spital gewesen. Als ihr die Angaben der ersten Tage des Spitalsaufenthalts vorgelegt werden, gibt sie ausweichende Antworten, sie erinnert sich weder an die Bilder, noch an die Haifischgeschichte, noch an die Geschichte vom jungen Mädchen. Auch ihre freien Einfälle zu dem Beginn der Gedichte zeigen nichts Charakteristisches. Am 13. VIII., 4 Tage nach der Entlassung, stellt sie sich wieder vor. Sie gibt jetzt an, daß sie schon früher vom Unfall wußte, als sie davon erzählte, doch habe sie nicht gewagt davon zu erzählen. Sie habe den richtigen Hergang etwa schon am 4. VIII. gewußt, eine Angabe, welche vom Mann bestätigt wird; sie habe ihm den richtigen Hergang an diesem Tage erzählt. Hingegen hält sie daran fest, die Geschichte vom Rabbi Moir sei ihr irgendwo erzählt worden, allerdings erzählt sie sie so, daß die Kinder nur vom Blitz erschreckt worden seien. Von der Haifischgeschichte und von der unanständigen Geschichte bringt sie auf einzelne Bruchstücke hin uncharakteristische Einfälle, welche nicht gestatten festzustellen, ob die Patientin etwas erinnert hat. Hingegen als ihr gesagt wird, sie habe ein Gedicht gelernt, das mit einer Hecke anfängt, sagt sie: „Vielleicht ein Vogelnest, es war ein großer Vogel dabei, vielleicht, daß es jemand ausnehmen wollte, der große Vogel hat die Jungen gefüttert, das tun sie ja sehr gerne. Wenn sie flügge sind, werden sie im Fliegen unterrichtet, die Kinder auf dem Lande nehmen ja gerne die Nester aus.“

Doch erkennt sie dieses Gedicht nicht, erlernt es jedoch nach einer Lesung. Auch das Gedicht vom Baum und Strauch wird nicht erkannt, ist allerdings nach der 2. Lesung erlernt. Der Satz vom Rabbi Moir wird nach der 3. Lesung erlernt, sie sagt, sie könne sich nicht so genau erinnern, es jemals erlernt zu haben. Daß ihr jemals ein Spiegel vorgezeigt wurde, kann sie nicht erinnern.

Die Patientin hat durch einen Sturz vom Rade eine schwere Schädelverletzung erlitten. Bewußtlosigkeit von 45 Minuten Dauer, Erbrechen beweisen, daß es sich um eine Gehirnerschütterung handelt. Die Bewußtlosigkeit wird von einer zunehmenden Unruhe abgelöst. In dem Zeitpunkt, da die psychiatrische Untersuchung einsetzt, zeigt sie nur mehr eine ganz leichte Bewußtseinstrübung, welche übrigens schon

am nächsten Tage verschwindet. Das Bild wird zunächst beherrscht von Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen. Freilich sind auch Störungen der Aufmerksamkeit vorhanden, ja selbst leichte Auffassungsstörungen sind anzunehmen. Allerdings sind die Störungen der Auffassung derartig gering, daß sie die Situationsverkennung nicht erklären. So gibt sie im Gitterbett liegend an, sie sitze am Felde auf dem Bette. Noch einige Tage später erklärt sie die Zwangsjacke als ein Kleidungsstück, das zum Wärmen dient.

Für die allgemeine Psychologie des Korsakoff sind derartige Beobachtungen von Belang. Aus Wahrnehmungstäuschungen können derartige Verkennungen nicht abgeleitet werden. Es verbietet sich auch, sie aus den Störungen der Merkfähigkeit zu erklären. Die Auffassungsstörung kann als zu geringfügig gleichfalls nicht als ausreichende Erklärung gelten<sup>1)</sup>.

Die Situationsverkennung muß wohl einen besonderen Grund haben und wir können ihn bei unserer Patientin ohne Schwierigkeit erkennen. Die Situation des Krankenhauses ist ihr unerwünscht, sie setzt an deren Stelle eine Erinnerung, welche vielleicht durch die dem Unfall vorausgehende Situation mitbestimmt ist. Es steht bei ihr die so gewonnene Auffassung der Situation neben der wahrnehmungsgemäßen, ohne daß die Patientin den Versuch macht, beide zu vereinigen. Wir haben es mit einer Denkstörung zu tun, welche sehr weitgehend der Denkstörung der Demenzen angenähert ist. *Pick* hat bereits das unbeirrte Festhalten an offensichtlich widerspruchsvollen Äußerungen hervorgehoben. *Bellheim* und *H. Hartmann* haben es bestätigt. In Fällen von *Hartmann* und *Bellheim* wurden bestimmte symbolische Entstellungen mit einer Zähigkeit festgehalten, welche der Flüchtigkeit zu widersprechen scheint, mit welcher sonst beim Korsakoff die Eindrücke haften.

Wir kämen also zu der vorläufigen Ansicht, daß das Wahrnehmungsmaterial bei der Korsakoffschen Psychose unvereinheitlicht neben einem Material steht, das durch Komplexe besonders gestützt ist. Vielleicht kann der Kranke die Synthese nicht leisten, vielleicht hat er aber überhaupt nicht die Tendenz, Nebeneinanderstehendes in eine Einheit zusammenzufassen; womit ja eine wesentliche Beziehung zwischen dem Korsakoff und der Demenz gegeben ist. Die neuere Entwicklung der Psychiatrie geht im allgemeinen dahin, Korsakoff und Demenz scharf von einander zu sondern. Man ist in Gefahr, zu übersehen, daß doch tiefe Gemeinsamkeiten zwischen beiden bestehen. Dieses Problem wird uns später noch eingehend beschäftigen.

Die bisherigen Erörterungen führen zu jenem Symptom hinüber, das uns bei unserer Patientin am meisten interessiert, nämlich zu der Stellung,

<sup>1)</sup> Nach *Gregor* haben auch jene Korsakoff-Fälle Auffassungsstörungen, bei welchen die grobe Prüfung nichts derartiges zu ergeben scheint.

welche sie gegenüber ihrer Schädelverletzung einnimmt: Obwohl sie über Kopfschmerzen und Schwindel klagt, verneint sie ausdrücklich, daß sie gefallen sei. Auf ihren Kopf verwiesen, sagt sie, sie habe einen Verband, weil sie sich die Haare gewaschen habe. Diese Antwort erscheint bemerkenswert. Der Ausdruck Verband zeigt bereits an, daß die Patientin irgendein Bewußtsein der Krankheit hat, welches sie aber mit Entschiedenheit von sich abzuwehren trachtet. Die gesamte Auskunft enthält einen Denkfehler. Am 24. VII. spricht sie bereits von einer Beule, die sie am Kopf habe. Am 25. VII. gibt sie zu, sie habe sich den Kopf am Bette angeschlagen, das sei aber schon lange, ein paar Monate, her. Wir werden nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, sie verlege infolge von Verdrängungstendenzen das Erlebnis weiter in die Vergangenheit zurück. Sie drängt auch hinaus und bagatellisiert am 26. VII. ihre Kopfschmerzen. Als sie an diesem Tag auf ihren Verband aufmerksam gemacht wird, antwortet sie, da sei eine Wunde gewesen, es seien Haare darauf. Als ihr der Spiegel vorgehalten wird, ist sie gar nicht erstaunt und sagt, was für ihre Verdrängungstendenz bezeichnend ist, sie habe eine kleine Wunde gehabt, es sei ein Tuch darüber. Erst auf wiederholten Vorhalt, daß man auf eine Wunde doch kein Tuch lege, meint sie, unter dem Verband sei ein kleines Handtuch. Besonders bemerkenswert ist die Art, wie sie sich gegenüber der blutunterlaufenen Conjunctiva und dem blauen Auge gegenüber verhält: „schmutzig ist es halt, wie ich dagelegen bin“. Noch am nächsten Tag bleibt die Entstellungstendenz gegenüber der Augenverletzung erhalten und sie behauptet jetzt, das Auge sei von den Regeln schwarz geworden.

Es ist ganz fraglos, daß alle diese Äußerungen nur aus dem starken Wunsche nach der Gesundheit, nach dem Nichtkranksein erklärliech sind; es ist mit andern Worten eine Verdrängungstendenz, gegen die sich freilich das Verdrängte fortwährend wehrt. Es wäre irrig, zu übersehen, daß die Patientin uneinsichtig hinausdrängt, daß sie eine Zungenfertigkeit und Geschwäztigkeit dabei entwickelt, welche lebhaft an die Zudringlichkeit der Sensorisch-Aphasischen erinnert. Auch diese haben ja die Tendenz über ihren Defekt hinwegzusehen (vgl. hierzu neuerdings *Betlheim*), ein Mechanismus, der, wie *Pötzl* nachgewiesen hat, auch sonst der Nichtwahrnehmung des eigenen Defektes bei Gehirnerkrankungen zukommt. Man kann sich die Frage vorlegen, ob nicht in jedem Individuum Strebungen vorhanden seien, Verletzungen und Krankheiten zu leugnen und so wenigstens im Wunsche und in Gedanken die Integrität des Körpers wieder herzustellen und man wird diese Frage bejahen müssen. Es bedarf aber wohl bestimmter Bedingungen, damit sich diese allgemeine Tendenz durchsetze. Sie können in allgemeinen psychischen Umständen gegeben sein, aber auch in besonderen Verhältnissen, so bei der sensorischen Aphasie in Bedingungen, welche im

Herd selbst gegeben sind und auch in der Logorrhoe zum Ausdruck kommen. Auch das schwere Schädeltrauma dürfte Bedingungen setzen, welche die Verdrängungstendenz gegenüber dem Defekt begünstigen. Es setzt ja auch eine Merkfähigkeitsstörung und räumliche und zeitliche Desorientierung. Freilich sind wir ja über die psychologischen Bedingungen, welche die Merkfähigkeitsstörungen hervorrufen und mit sich bringen, nicht hinreichend orientiert. Wir haben hervorgehoben, daß die Patientin die Tendenz hat, ihre Schädelverletzung und die Anzeichen derselben zu verleugnen. Sie ist ja, wie aus der Krankheitsgeschichte klar hervorgeht, für den Unfall als solchen amnestisch gewesen. Bestehen Beziehungen zwischen der Amnesie und der Verleugnungstendenz gegenüber der Schädelwunde? Ist vielleicht auch die Amnesie ein Produkt der Verdrängungstendenzen, ist die Merkfähigkeitsstörung vielleicht gar eine Verdrängungstendenz gegenüber neuen Eindrücken, die sich von dem wichtigen Fall der Schädelverletzung auf andere Fälle überträgt? Das ist freilich schon deshalb nicht wahrscheinlich, weil eine Reihe von Fällen mit Schädelverletzungen retrograde Amnesie zeigen, welche den Unfall selbst nicht mit einschließt und es sprechen ja auch die nichttraumatischen analogen Korsakoff-Fälle gegen eine so einfache Auslegung der Tatsachen. Doch wäre diese Frage immerhin aufzuwerfen und systematisch zu untersuchen. Bevor wir das Material unter diesen Gesichtspunkten durchsehen, sei nur noch darauf verwiesen, daß wie die drei folgenden Beobachtungen (Fall 2, 3, 4) zeigen, die Verdrängungstendenz gegenüber der Schädelwunde eine Erscheinung von allgemeiner Bedeutung ist und nicht etwa nur dem Einzelfalle zukommt. Unterstreichen wir noch die Bemerkung, daß das, was wir hier beschreiben, keineswegs die retrograde Amnesie bei Schädeltraumen ist, sondern ein Nichtwahrnehmen eines Defektes, welchen die Patienten ihrem sonstigen Auffassungsvermögen nach wahrnehmen müßten; es ist ein Falschbeurteilen von Wahrnehmungen unter dem Einflusse der Einstellungen, welche wir oben charakterisiert haben.

Untersuchen wir nun, durch die Analyse der Auffassungs und Denkvorgänge bei unserer Patientin bereichert, die Gedächtnisstörungen im engern Sinne. Hier ist zunächst einmal die Erinnerung an den Unfall als solchen einer Betrachtung zu unterziehen. Die Patientin zeigt zunächst eine ausgesprochene retrograde Amnesie für den Unfall. Ja die retrograde Amnesie geht zunächst noch weiter, denn sie weiß in den ersten Tagen nichts von ihrer Eheschließung. Am 27. VII. beginnt die Patientin zuerst von ihrem Unfall zu erzählen, sieben Tage nach dem Unfall. Diese Erzählung, deren Details übrigens von der Patientin stets variiert werden, ist in vieler Hinsicht bemerkenswert. Sie hält einen Punkt der wirklichen Begebenheiten fest, nämlich daß es sich

um einen Radunfall gehandelt hat. Aber der Unfall wird auf eine Radpartie bezogen, die sie einige Zeit vorher gemacht hat. Es ist bemerkenswert, daß sie ihren Mann am Unfall teilhaben läßt. Wir dürfen vermuten, daß der Unfall in einer dunklen, keimhaften Form der Patientin damals schon gegenwärtig war, daß aber das allgemeine unbestimmte Wissen vom Unfall mangelhaft herausdifferenziert wird. Besonders bemerkenswert ist die Art, wie die weitere Aufhellung erfolgt. Sie gibt am 4. VIII. eine Darstellung, welche viele Details des Unfalls richtig wiedergibt. Die Laxenburgerstraße ist in der Tat die Straße, wo der Unfall stattfand. Auch Gräben spielen eine Rolle. Diese Darstellung enthält aber nichts von einem Radunfall. Man wird an die *Pötzlsche Lehre* erinnert, daß das einmal Entwickelte in späteren Bildern (Träumen, Phantasien) nicht erscheine, während das noch nicht Entwickelte nachgeliefert werde. Allerdings müssen wir uns fragen, ob die Patientin in der Zeit, als sie diese Darstellung des Unfalls gab, nicht bereits den richtigen Hergang wußte. Wir konnten hinterher nicht mit Sicherheit feststellen, ob es sich mit dieser Darstellung um eine Durchgangsstufe zur richtigen Erinnerung gehandelt hat oder um eine Paraphrase zur bereits aufgestiegenen richtigen Erkenntnis. Die Bedeutung der Darstellung wäre aber in beiden Fällen eine sehr ähnliche. Die Patientin hatte die richtige Erinnerung sicherlich schon zu einer Zeit, als sie den Ärzten von ihr keine Mitteilungen machte. Die Angaben des Mannes, der als Schuldiner eines großen Gymnasiums einen recht erheblichen Bildungsgrad und wissenschaftliches Verständnis hat, sind in dieser Hinsicht eindeutig. Die Patientin begründet ihr Verschweigen, daß sie übrigens sogar in einer, allerdings nur mangelhaft gelungenen Schlafmittelhypnose festhält, damit daß sie sich geschämt habe. Ist das wirklich der Grund? Man darf — ohne den Beweis hierfür erbringen zu können — vermuten, daß die Patientin ihrer Erinnerung doch nicht ganz sicher war. Wie immer die psychologische Erklärung lauten möge, die Tatsache als solche bleibt bemerkenswert. Während sich die älteren Autoren mit dem Problem der retrograden Amnesien viel beschäftigt haben, ist das Interesse für diese psychologische Fragestellung in der neueren Zeit geringer geworden. Die älteren Autoren haben die organisch ausgelösten und die hysterischen Amnesien unbefangen nebeneinander gestellt, während die neueren im allgemeinen einer grundsätzlichen Trennung zustreben. *Schilder* hat im Einklang mit *J. H. Schultz* die grundsätzliche Gleichartigkeit „organisch bedingter“ und hysterischer Gedächtnisstörungen wiederholt betont. Es gelang ihm die Aufhellung der retrograden Amnesie eines wiederbelebten Erhängten; ebenso konnte eine postepileptische Amnesie in der Hypnose behoben werden. Ähnliche Erfahrungen liegen von *Muralt* und *Ricklin* vor. Hypnotische Wiederaufhellungen von Amnesien, welche durch Schädeltraumen verursacht sind, sind bisher noch

nicht gelungen. Auch in unserem Falle war eine freilich ungenügende Hypnose wirkungslos. Eine Reihe von Indizien weisen allerdings darauf hin, daß auch die Amnesie der Schädelverletzten grundsätzlich mit den gleichen psychologischen Annahmen zu erfassen ist, wie die hysterische Amnesie. In einer von *Schilder* wiederholt zitierten Mitteilung von *Righetti Romolo* erschien das Amnesierte zunächst in einem Traum; wozu übrigens die Angabe unserer Patientin, daß ihr alles auf den Unfall Bezugliche wie im Traum eingefallen sei, eine gewisse Analogie bildet. Diese Angabe wird scheinbar dadurch entwertet, daß die Patientin ja sicherlich den Hergang des Unfalls schon früher wußte. Aber es ist trotz allem bemerkenswert, daß die psychologisch ungeschulte Patientin die Wiederkehr der Erinnerung zum Traume in Beziehung bringt. *Schilder* hat auf die Enge der psychologischen Beziehung zwischen den Erinnerungs- und Schlaf- und Traumsystemen verwiesen. In der berühmten Beobachtung von *Forbes Winslow* blieb ein Priester infolge einer Hirnerschütterung mehrere Tage vollständig bewußtlos. Zu sich gekommen, war er in dem Zustand eines intelligenten Kindes. Als er aber mit seinem Studium wieder begann, hatte er seinen früheren Besitzstand nach einigen Monaten sehr rasch wieder erreicht. Es können also die Erinnerungsspuren keineswegs vollständig gelöscht sein. Offenbar hemmt das Schädeltrauma nur die Evokation der Erinnerungen. Wir haben ja anzunehmen, daß die Erinnerung schrittweise während des Erinnerungsaktes differenziert werde (*Schilder, Betlheim und H. Hartmann*). Auch organische Störungen vernichten nicht Erinnerungsmaterial, sondern stellen nur Störungen in diesem Differenzierungsvorgang dar. Freilich bleibt die psychologische Natur des Faktors, welcher etwa beim Schädeltrauma, beim Erhängen, beim Ertrinken, bei der Lawinenverschüttung den Erinnerungsvorgang hemmt, unklar. Ist es eine psychologisch nicht repräsentierte organische Hemmung? Oder hat diese organische Hemmung eine psychologische Repräsentanz? Wir neigen zu der letzteren Annahme, wiewohl wir uns darüber klar sind, daß diese psychologische Repräsentanz als sehr primitives, instinktmäßiges Psychisches gedacht werden muß, das vorläufig einer exakteren psychologischen Definition nicht zugänglich ist. Wir würden diesen Faktor der Kategorie der Verdrängungsmechanismen einreihen. Wenn *Grünthal* dahin zu neigen scheint, die psychologische Störung des Korsakoff im wesentlichen als Denkstörung aufzufassen, so muß doch die besondere Eigenart dieses Nichtbeachtens der unmittelbar dem Trauma vorausgegangenen Erlebnisse besonders betont werden. Wir sprechen mit vollem Rechte von Gedächtnisstörungen, müssen uns aber darüber im klaren sein, daß Einstellungen auch für diese von wesentlicher Bedeutung sind. Nur so sind etwa Fälle, wie der von *Brown Sequart* zu erklären, in welchem der Patient im Anschluß an eine

Apoplexie die Erinnerung an 5 Jahre seines Lebens verloren hatte, die Erinnerungslücke reichte aber nur bis in die Zeit 6 Monate vor seiner Attacke. Die 6 Monate vor seiner Attacke waren in seinem Gedächtnis. Betonen wir nochmals, daß nach unserer Auffassung auch das Nichterinnerte in der Psyche erhalten geblieben sein muß. Es kann nur richtig differenziert und nicht in die entsprechende Beziehung zu anderen Erlebnissen gesetzt werden. Störungen im Differenzierungsvorgang sind es, wenn die Patientin zeitlich vergangene Radpartien zu dem Unfall in Beziehung setzt u. dgl. m. Die Einordnung eines Erlebnisses in seine räumlichen, zeitlichen und persönlichen Beziehungen ist der Schlußpunkt dieses Differenzierungsvorganges.

Das über die retrograde Amnesie Gesagte kann in sinngemäßer Umgestaltung auf die Gedächtnissstörung übertragen werden, welche die Erlebnisse betrifft, die auf das Schädeltrauma folgten. Auch hier müssen wir daran festhalten, daß es sich um Gedächtnissstörungen handelt, wenn wir auch, in Übereinstimmung mit *Gruenthal*, daran festhalten, daß das Erlebnis nicht dem seelischen Bereiche entschwindet. Wir erinnern in dieser Hinsicht nur kurz an die bekannten Untersuchungen von *Brodmann* und *Gregor*. Bei unserer Patientin zeigt sich ja nach der vollständigen Klärung, daß sie das Gedicht vom Vöglein, das sie am 29. VII. erlernt hat, zwar nicht erinnert, aber doch mit wesentlicher Ersparnis lernt. Daß nicht von allen Gedichten Spuren nachweisbar sind, liegt an der relativ unvollkommenen Methodik der Gedächtnisuntersuchungen. Besonders interessant ist die Art, wie sie sich mit der Erzählung vom Rabbi Moir auseinandersetzt. Während des Bestehens der Psychose schafft sie einsteils eine Reihe von falschen Ichbeziehungen, anderesteils wird die kleine Geschichte nicht als Untersuchungsprobe aufgefaßt, sondern als Bericht über ein wirkliches Geschehen. Mit einer verblüffenden Hartnäckigkeit wird diese Geschichte samt den Entstellungen erinnert und in die gesunde Zeit hinübergenommen. Es ist sicher, daß der Prozeß der mangelhaften Auffassung der Situation und der mangelhaften Differenzierung des Gedächtnismaterials in räumlicher und zeitlicher Hinsicht hier zusammenwirkt. Die Psychologie der Merkfähigkeitsstörungen haben wir hier ja nicht eingehender zu behandeln. Auch hier wird man, ebenso wie bei der Psychologie der retrograden Amnesien, einen organisch fundierten Verdrängungsfaktor annehmen müssen, über dessen Natur wir im einzelnen noch nichts wissen. Hierzu verweisen wir auf die Arbeit von *Bethlem* und *Hartmann*.

Wir teilen nun einige Beobachtungen von Schädelverletzten mit, bei welchen die Tendenz, die Schädelwunde zu verleugnen, gleichfalls in deutlicher Weise hervortritt.

*Anton G.*, ein zwanzigjähriger Hausdiener, wird wegen „starker motorischer Unruhe“ am 10. Februar 1925 von der ersten Unfallstation auf die Psychiatrische Klinik verlegt. Er war am Morgen desselben Tages mit durchschossenen Schläfen (Selbstmordversuch) in einer Kammer des Varietés „Ronacher“, bei welchem er als Knecht bedienstet war, aufgefunden und auf die Unfallstation gebracht worden. Der chirurgische Befund lautet: An der rechten Schläfe hellergröÙe, pulvergeschwärzte Einschüöffnung, aus der Gehirnsubstanz hervordringt. Röntgendifurchleuchtung wie Palpation zeigt ein Revolverprojektil an der linken Schläfe knapp unter der Haut. Puls langsam, etwas gespannt. Atmung ruhig. Keine stärkere Blutung. — Der Vater des Pat. ergänzt die Anamnese: Sein Sohn war als Hausdiener bei Ronacher beschäftigt. Er hatte dort unter anderem die Aufgabe, das Bier aus dem Keller heraufzutragen. Der Kellermeister (s. Krankengeschichte) war sein direkter Vorgesetzter. Seit einigen Wochen war Pat. verstimmt, doch hat er keine Suizidabsichten geäußert und der Vater weiß über die Ursachen des Selbstmordversuches nichts. Pat. soll Kokain geschnupft haben. In früheren Jahren war Pat. in der Werkstatt der Nordwestbahn angestellt. Dort hat er sich (vor fünf Jahren) an einem Diebstahl beteiligt. Pat. hat häufig Abszesse gehabt (an den Schenkeln, am Bauch, im Gesicht). Familienanamnese o. B.

11. II. Auf der Klinik liegt Pat. ruhig, mit geschlossenen Augen, in Rückenlage, ist zunächst schwer ansprechbar. Auf Drängen spricht er dann fließender. (Kennen Sie mich?) „Ja, der Raseur sein's. (Wie lange sind Sie schon hier?) April, Mai, Juni, Juli — vier Monate. (Schmerzen?) Jawohl. (Wovon?) Von Abszessen. Die hab ich jetzt schon seit 10 Jahren. (Wovon?) Vom unreinen Blut. (Wo sind die Abszesse?) Unten am Fuß. (Pat. hat in Wirklichkeit derzeit keinerlei Abszesse. — Am Kopf trägt er einen umfangreichen Verband. Was ist mit Ihrem Kopf los?) Am Kopf hab ich gar nichts. Am Kopf bin ich ganz gesund. (Kopfschmerzen?) Nein (Es werden mit dem Kopf passive Bewegungen gemacht. Pat. äußert Schmerzen. (Woher die Schmerzen?) Wissen's, Herr Doktor, ich bin auf der Seite oft gefallen. (Wann?) Das ist ja schon lang. (Was haben Sie gestern gemacht?) Gestern abends? War ich zu Hause. Habe mich frisieren lassen, dann bin ich zu Hause gefahren. (Waren wir schon einmal beisammen?) Ich glaube schon. In Russisch-Polen. (Heutiges Datum?) Samstag, 9. II. 25. (Wo sind wir hier?) In Wien, im Allgemeinen Krankenhaus. (Was war denn los?) Es war ein Unfall da — oder was —. (Was für ein Unfall?) Ich weiß das nicht. (Was ist denn geschehen?) Der eine rennt vor und der andere auch und schreit: „Hier! Hier!“ da können's sich ja denken, da muß etwas Schreckliches gewesen sein. (Was war denn das für ein Unfall?) Ja, wieso? was war das für ein Unfall? (Also, was für ein Unfall?) Auf der Staatsbahnstrecke war das. (Was ist geschehen?) Geschehen ist gar nichts — (Waren Sie an dem Unfall beteiligt?) Aber woher! Ich nicht. (Wer denn?) Warten's ein bissel. Der Kellermeister war das gewesen.“ — Pat. zeigt eine recht beträchtliche Bewußtseinstrübung. Die Merkfähigkeit ist bedeutend herabgesetzt. Probeworte sind nach einer Minute vergessen.

Einige Stunden später, als der Vater zu Besuch kommt. (Mit Hinweis auf den Vater: wer ist der Herr?) „Von St. Marx. (Aber Sie müssen ihn doch kennen!) Ich werde ihn mir genau anschauen, wer das ist. 60 Flaschen kann ich auftragen alle Tage. (Der Vater redet ihn an: Toni!) Ja, ich weiß, der ist der Cousin. (Sie müssen ihn kennen, es ist nicht der Cousin!) Wissen tu ich schon, wer es ist, aber genau, wie er heißt, kann ich nicht sagen.“ — Auffassung verlangsamt und erschwert. Pat. bezeichnet Gegenstände nach einigem Besinnen richtig, liest, wenn auch mit Mühe.

12. II. Pat. ist stärker benommen. (Wie geht's?) „Sehr schlecht. (Was fehlt Ihnen denn?) Hunger und Kopfweh. (Wovon die Kopfschmerzen?) Das weiß ich

nicht... alle Minuten kommt das Hannerl. (Was für eine Krankheit haben Sie denn?) Ich habe überhaupt keine Krankheit nicht. (Unfall?) Das war beim Infanterie-regiment Nr. 49. (Unfall?) Es waren im ganzen 3 Kisten... die waren leer. (Unfall?) An einen Unfall kann ich mich nicht erinnern.“ Es wird Pat. ein Spiegel gezeigt, auf den Verband gewiesen und gefragt, was das sei. „Dahinter ist mein ganzes Gehirn.“ Pat. schließt sofort die Augen wieder und ist nicht mehr dazu zu bewegen, sie zu öffnen.

Die Benommenheit nimmt zu. Pat. spricht sehr undeutlich und leise, ist schwer ansprechbar und kaum zu fixieren. Er wird auf eine chirurgische Klinik transferiert.

Nach einem Selbstmordversuch (Schädelschuß) verleugnet der Pat. seine Schädelwunde. Er spricht von Abszessen am Fuß und betont ausdrücklich, daß der Kopf gesund sei. Er spricht auch von einem Unfall, der auf der Staatsbahnstrecke stattfand, an dem er aber nicht beteiligt war. Der Pat. hat allerdings eine beträchtliche Bewußtseinstrübung, welche mit herangezogen werden muß zur Erklärung des Umstandes, daß die Einstellung des Pat., von seiner Schädelwunde nichts wissen zu wollen, sich so restlos durchsetzt.

*Hans W.*, ein 21jähriger Chauffeur, wird am 29. Juli 1924 von einer chirurgischen Klinik auf die Psychiatrie transferiert. Er war dort seit zwei Tagen mit der Diagnose „Vulnus sclop. capitis — Schläfendurchschuß“ in Behandlung gestanden. Da er sehr unruhig war, delirierte und zeitweise tobte, konnte er auf der chirurgischen Klinik nicht gehalten werden und wurde, mit einem Kopfverband versehen, auf die Psychiatrie verlegt. Die Mutter des Pat. macht folgende Angaben: Ihr Sohn war schon seit mehreren Monaten erregt und aufbrausend, dabei freudlos, schaute immer ins Leere. Vor etwa 10 Wochen erlitt er einen Motorradunfall und trug eine oberflächliche Kopfverletzung davon, welche ambulatorisch behandelt wurde. Vier Tage vor dem Selbstmordversuch, welcher in der Nacht vom 26. auf den 27. d. M. ausgeführt wurde, soll Pat. geäußert haben, er habe einen schweren Kummer, ihm könne niemand helfen. Kein Potus. — Der Großvater väterlicherseits starb im Irrenhaus.

Auf der Klinik (30. VII.) ist Pat. zeitlich und örtlich nicht orientiert. Er meint er sei hier in einem Kaffeehaus und warte auf Fahrgäste. Nach seiner Krankheit befragt, sagt er zuerst, er sei verkühlt, dann, auf seinen Kopfverband aufmerksam gemacht, er habe Beulen, oder Streifschüsse. Man habe ihn angeschossen, das sei eine lange Geschichte. Als er mit dem Auto auf der Straße fuhr, habe man ihn aufhalten wollen, doch sei er nicht stehen geblieben, da er Eile hatte. Da hätten ihn Polizisten angeschossen. Wundert sich, als man ihm mitteilt, daß er im Spital liege; leugnet es dann, das sei nicht wahr, er sei in einem Kaffeehaus. In einem Spital habe er nichts zu tun. — Röntgenbefund (Schädel): Im Bereich der rechten Schläfe befindet sich ein ziemlich scharf begrenzter, fast guldenstückgroßer, runder Defekt, ein analoger, über 20-Hellerstück großer Defekt im Bereich der linken Schläfe. Freie Splitter sind nicht nachweisbar. — Augenbefund: R. Protrusio bulbi, Lidverletzung. Im Oberlid Chemose. Fundus nicht sichtbar. Retrobulbäres Hämatom? L. Blasse Papille, bes. temporal. Beginnende genuine Atrophie?

Am nächsten Tage (31. VII.) ist Pat. sehr unruhig, muß beschränkt werden. Duktus: „Das Auge bring ich nicht auf, am Kopfe habe ich drei Doppel. Ich weiß nicht, woher das ist. Ich wüßte nicht, von wo. Vielleicht sind's Stiche, von Bienen vielleicht? (Wo sind Sie hier?) Das Boot steht ja da, im zweiten Bassin bin ich hier, dort steht ja der Diener. (Woher die Doppel?) Durch das Schlafen kann ich das auch haben, nicht wahr? (Für wen halten Sie mich?) Sie werden ein Bekannter sein vom Sch., das ist der, der das Boot hat. Wir sein ja doch an der Donau.“

1. VIII. Ob er Ref. sehe? Meint zunächst „ja“, dann, nach längerem Besinnen, „nein“. (Wieso sehen Sie mich nicht?) „Das Aug“ ist entzündet. Von der Verkühlung. (Pat. ist in der Zwangsjacke. Befragt, was das sei:) Ja, das ist ein militärisches Jackerl. (Warum tragen Sie das?) Das hab ich so angezogen bei der Arbeit. (Was arbeiten Sie da?) Das Licht habe ich eingeleitet. Greifens da hinter die Tür, vielleicht steht da ein Licht. (Wer bin ich?) Ein Doktor. Einen Buben hab‘ ich geschickt ... die Zimmer gehören hier uns, es ist ein Geschäft. Gehn wir’s an, daß wir weiterkommen. (Was ist mit Ihrem Kopf los?) Da ist so was, vielleicht ist es ein Streifschuß. (Woher der Streifschuß?) Den hab ich da gefangen, bei einer Rauferei“. Die Merkfähigkeit ist herabgesetzt, aber nicht hochgradig.

5. VIII. Nach Aussage eines Pflegers soll Pat. auf Befragen gestern angegeben haben, er habe sich selbst angeschossen. (Was ist Ihnen denn am Kopf geschehen?) „Zwei Streifschüsse. (Woher?) Von Bekannten. (Sie haben doch gesagt, daß Sie sich selbst angeschossen haben?) Nein, woher! (Wer denn dann?) Ach, Bekannte von mir. Durch einen Blödsinn! (Was war das für ein Blödsinn?) Wie’s halt schon ist bei so was, das können Sie sich ja so denken... kann man halt nichts machen.“

25. VIII. Pat. ist ruhig und geordnet, eher heiter. Er sehe nichts. Durch den Schuß. Weiß, daß er sich nicht erinnern konnte, wie es zu dem Schuß gekommen ist. Die Mutter habe ihm dann erzählt, daß er sich selbst angeschossen habe. Warum er es getan habe, wisse er nicht. Er denke die ganze Zeit darüber nach, doch könne er sich nicht daran erinnern. Wie es ihm in der ersten Zeit hier gegangen sei, könne er nicht sagen, das habe er vergessen. Seine Erinnerung an die letzte Zeit reiche nur 10 Tage zurück. Darauf aufmerksam gemacht, daß er möglicherweise das Sehvermögen nicht zurückerlangen werde, meint er ruhig: „Gibt’s das? Dann schauen wir schön aus.“

Auch dieser Pat. — Schläfendurchschuß in selbstmörderischer Absicht — sagt zunächst, er sei verkühlt. Den Kopfverband erklärt er zunächst durch Beulen, dann durch Streifschüsse. Bemerkenswert ist, daß er diese Streifschüsse darauf zurückführt, daß er von Polizisten angeschossen wurde. Ein anderes Mal spricht er von Beulen, die er durch Bienenstiche bekommen hat. Im allgemeinen bleibt er bei der Version von den Streifschüssen, doch muß in ihm das Bewußtsein des Selbstmordversuches und der schweren Schädelverletzung lebendig sein, da er einem Pfleger davon erzählt hat. Auch diese Beobachtung zeigt die Entwertungstendenz, welche der Pat. gegenüber seiner Schädelverletzung hat.

Freilich ist die Einstellung von der Krankheit und vom Trauma weg eine Einstellung, welche nicht nur dem Schädeltrauma zukommt. Verwirrtheit ermöglicht es solcher Einstellung sich leichter durchzusetzen. In der folgenden Beobachtung spielt zwar eine Schädelverletzung mit, doch ist die Patientin überhaupt auf die Verdrängung ihrer Erkrankung eingestellt. So schiebt diese verwirrte Patientin am 3. VII. ihr Kranksein ihrer Schwester Stella zu, während sie ihr eigenes Kranksein in Abrede stellt.

Die 18jährige *Helene P.* wird am 30. VI. 1924 von einer chirurgischen Klinik auf die Psychiatrie verlegt. Auf der chirurgischen Abteilung konnte sie nicht gehalten werden, weil sie sehr unruhig war, lärmte und schrie. Zeitlich und örtlich war sie desorientiert. Aus der Krankengeschichte der chirurgischen Klinik ist folgendes zu entnehmen: Pat. ist am 21. Juni d. J. nach einem Autounfall eingeliefert worden. Sie lag zwei Tage bewußtlos. Nach dem Erwachen war sie völlig

desorientiert, motorisch erregt, für den Unfall vollständig amnestisch. Status somaticus: Das l. obere Augenlid ist blau verfärbt und ödematos. An der l. Schläfenseite eine etwa 9 cm lange Rißwunde. Darüber eine zweite, 1 $\frac{1}{2}$  cm lange. Beide betreffen nur die Haut. Vereinzelte Quetschungen an beiden o. E. Abschürfungen und Quetschungen auch an den u. E. Puls: 104, klein, äqual, rhythmisch. Wiederholtes Erbrechen. Secessus urinae. — Nach Angabe der Mutter ist Pat. bis zu dem Unfall psychisch vollständig gesund und unauffällig gewesen.

Auf der Psychiatrischen Klinik ist Pat. bei der Aufnahme (1, VII.) sehr unruhig, spricht fortwährend, verbigeriert. Muß beschränkt werden. „Zum Schlüß hat mich der Herr Doktor behandelt, schneidens mir das weg! 94 . . . 92 . . . 98 . . . 114 . . . (zählte weiter). Weil die Schwester hat gesagt, ich soll immer zählen . . . daß ich nicht vergiß, daß ich das habe, die Urinblase hab ich nicht . . . hab ich nicht . . . hab ich nicht (Wo sind Sie?) Spital . . . Rudolfshügel (Warum?) Wegen der Urinblase . . . weil die Ärmeln niemand hat durchschneiden können . . . dort bin ich immer gestoßen worden.“ Pat. hat eine Schwester gebissen. (Warum?) „Da hab ich auf die Seite gehen wollen . . . (Wodurch krank?) Durch einen Autounfall . . . (Wann?) Schon sehr lang, sehr lang! (Schmerzen?) Ja, ich möcht die Hände frei haben . . .“ Verbigerationen. Pat. erweist sich immer wieder als fixierbar, irrt aber dann ab. Objektbezeichnungen erfolgen prompt. Einzelne Details der Umgebung werden hyperprospektisch aufgenommen.

2. VII. Pat. ist dauernd sehr unruhig, zählt fortwährend. „Antschi, gib mir ein Messer auf die Wunde und ein bissel Watte . . . (Was war mit dem Auto?) 300000 ist es angekommen, ich bin dann herausgefallen bei 40000 . . . (Wie lang ist das her?) 8 Monate . . . einen Monat lang . . . das erste Mal hab ich Sie gesehen bei meiner Schwester.“

3. VII. Unverändert, ängstlich, verbigeriert. „Wird sie bald gesund werden? (Wer?) Die Schwester Stella, es ist meine beste Freundin . . . es steht so dorten! (Sind Sie selbst krank?) Nein, das glaub ich nicht . . . (Schmerzen?) Ja, im Bein . . .“ Will nicht hören, wenn man von ihrer Krankheit spricht. — Einige Tage später, nach ihrer Krankheit befragt: „Ich hab etwas am Herzen . . . Herzverfettung . . . (Autounfall?) Ja, ich werd' mich näher erkundigen darüber . . . beim Doktor . . . (Warum so unruhig?) Ich weiß nicht . . . (Woher die Schmerzen?) Ich weiß es nicht (Warum so unruhig?) Ich weiß nicht . . . (Woher die Schmerzen?) Ich weiß es nicht . . . vom Unfall . . . vielleicht bilde ich mir das ein, daß ich das vom Unfall hab.“ — Erysipel. Hohes Fieber. Pat. weiß jetzt von dem Unfall, weiß auch, wie lange sie hier ist. — Am 26. VII. ist Pat. völlig orientiert, ruhig und geordnet und kann nach Hause entlassen werden.

#### Literaturverzeichnis.

- Berger*: Trauma und Psychose. Berlin: Julius Springer 1915. — *Bethheim* und *Hartmann*: Über Fehlreaktionen bei der Korsakoffschen Psychose. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **72**. 1924. — *Brown-Sequart*: zit. nach *Ribot*. — *Forbes Windslow*: On the Obscure diseases of the Brain. Disorders of the Mind. — *Grünthal*: Zur Kenntnis der Psychopathol. des Korsakoff. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **53**. 1923. — *Pick*: Beiträge zur Pathol. des Denkverlaufes beim Korsakoff. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **28**. 1915. — *Pötzl*: Experimentell erzeugte Traumbilder. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **37**. 1917. — *Ribot*: Les maladies de la memoire. — *Romolo Righetti*: Riv. di pat. nervosa ementale. 1921. Nach Ref. — *Schilder*: Medizinische Psychologie. Berlin: Julius Springer 1924. — *Schilder*: Zur Lehre von den Amnesien Epileptischer, zur Schlafmittelhypnose usw. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **72**. 1924. — *Schilder*: Über die Wiederaufhellung einer Amnesie bei einem wiederbelebten Erhängten. Med. Klinik. 1922. — *Schultz, J. H.*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **89**. 1924.