

(Aus der Städt. Heil- und Pflegeanstalt Herzberge, Berlin-Lichtenberg.)

Ein Fall von durch Komotionspsychose ausgelöster arteriosklerotischer Demenz.

Von

Dr. Fritz Salinger, Oberarzt, und Dr. Hans Jacobsohn.

(Eingegangen am 17. Oktober 1927.)

Bei den zahlreichen Fällen von traumatischen Psychosen, die wir in der Anstalt Herzberge zu sehen Gelegenheit haben, haben wir gewöhnlich die üblichen Bilder der Benommenheit mit anschließender Unorientiertheit, Incohärenz, mit mehr oder weniger starken Halluzinationen, motorischer Unruhe und hochgradiger Erregung beobachtet. Auch das Korsakowsche Syndrom ist bei diesen Psychosen nicht selten gewesen. Die traumatische Amnesie haben wir in fast allen Fällen beobachten können, ebenso wie mehr oder weniger ausgeprägte Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen.

Während der größere Teil unserer Fälle zur Ausheilung kam und höchstens die Amnesie für den Unfall fortbestand, haben wir bei einem kleineren Teil eine ausgesprochene traumatische Demenz beobachten können. Von den traumatischen Neurosen wollen wir in dieser Arbeit Abstand nehmen, da es sich hier nur darum handelt, einen besonders eigenartigen, sicherlich organischen Fall zu beschreiben.

Kraepelin schreibt in seinem Lehrbuch, daß sich unter Umständen auch allerlei paraphasische, asymbolische und parapraktische Störungen nachweisen lassen, die sich ganz allmählich wieder zurückbilden. Er erwähnt einen Kranken, der einen Monat nach der Kopfverletzung, die wahrscheinlich eine Basisfraktur verursacht hatte, noch nicht imstande war, Bilder richtig zu erkennen, dargereichte Gegenstände falsch benannte, obgleich er sie erkannte, an einzelne Wörter sinnlose Endungen anhängte. Reste dieser Störungen konnte *Kraepelin* noch nach 6 Monaten nachweisen.

Ausführlich beschäftigt sich mit Geistesstörungen nach Hirnerschütterungen *Reichard*¹.

Als direkt verursacht durch die Hirnerschütterung beschreibt er:

1. Allerhand vorübergehende oder bleibende Defekte der Intelligenz,

¹ Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychiatr.-gerichtl. Med. 1904.

in erster Linie des Gedächtnisses, Defekte, die bei entsprechender Untersuchung häufig ganz genau abgrenzbar sind.

2. Akute Psychosen, Dämmerzustände, deliriumartige, aphasische und asymbolische Zustände, die ausheilen können, nach Ansicht anderer Autoren aber meist mit dauernder Demenz enden.

3. Charakterveränderungen, Reizbarkeit, Jähzorn, geistige Schwäche Alkoholintoleranz usw., ein Zustand, aus welchem sich progressiv gelegentlich

4. Ein Schwachsinn (Dementia posttraumat.), der gelegentlich der Paralyse oder der schweren arteriosklerotischen Hirndegeneration ähnlich werden kann, entwickelt, falls sich diese Demenz nicht schon direkt an die Hirnerschütterung anschloß.

„Diese oft progressive Demenz ist höchstwahrscheinlich der klinische Ausdruck einer diffusen Rindenerkrankung, die von einzelnen oder multiplen Kontusionsherden, oft begünstigt durch die gleichzeitig bestehende Arteriosklerose, ihren Ausgangspunkt genommen hat“. Die jedesmalige Verschiedenheit in Sitz, Ausbreitung und Intensität der Erkrankung machen es erklärlich, daß das klinische Zustandsbild oft ein ganz verschiedenes ist, so daß die Ansicht früherer Autoren, es gäbe keine charakteristische traumatische Psychose, bis zu einem gewissen Grade Geltung behalte.

Von den Fällen, die R. in seiner Arbeit anführt, interessiert hier der „Fall 6“. Es handelte sich hier um einen 31 Jahre alten Schmied, der in bewußtlosem Zustande auf der Straße aufgefunden wurde, Erbrechen hatte, unrein war, einen schwer gestörten Status bot und zum Fenster hinausspringen wollte. Die Untersuchung ergab folgendes: „Sprache und Intelligenz sind auf das tiefste gestört, er liegt für gewöhnlich schlaftrig da und nimmt an nichts Anteil. Er macht fast beständig mit den Lippen schmatzende Bewegungen, knirscht mit den Zähnen. Der Gesichtsausdruck ist stumpfsinnig und gleichgültig; von einem Bestreben, der mangelhaften Sprache durch Zeichen und Bewegungen nachzuhelfen, ist nichts zu entdecken. Zu einer Bezeichnung von Gegenständen und Bildern ist er durchaus nicht zu bewegen; er bringt dabei nur sinnlose Silben hervor. Auch kann er nicht dazu angeregt werden, sich mit Gegenständen zu befassen. Ferner ist er niemals dazu zu bringen, zu vorgesagten Worten die zugehörigen Gegenstände oder Bilder zu zeigen.“

Proben seiner Reden sind:

„Havpassniotnav sind doch müßte mir je was der meint damit was denn? Haftemilje“.

Zuweilen spricht er auch mehr in wirklichen Worten, aber doch immer sinnlos. Wenn man ihn nach etwas fragt, so kommen in der Regel solche Redensarten wie: „Ich soll's wissen, das wäre noch schöner“.

Seine Verwandten erkennt er meist nicht; bei allen Besuchen zeigt er die größte Stumpfheit und Gleichgültigkeit. Irgendein zusammenhängendes Gespräch ist niemals mit ihm zu führen. Niemals spricht er das richtige Wort aus. Er kann nicht einmal seinen Namen spontan aussprechen oder nachsprechen.

Ebensowenig kann er aus eigener Konzeption oder auf Diktat etwas schreiben, nicht einmal seinen Namen. Die Fähigkeit des mechanischen Kopierens ist vorhanden, doch werden Buchstaben ausgelassen, vertauscht, verstümmelt. Ebenso schlecht sind seine Leistungen im Lesen. Er liest statt: „In einem Tal bei einem Hirten“. „In einem Tal keinen Ufern Kisten“. Er ist ferner, auch auf stärkstes Stimulieren, nicht dazu zu bringen, auch nur die einfachste Rechenaufgabe zu beantworten, eine geläufige Reihe, ein Gebot herzusagen.

Nach 4 Wochen besserte sich der Zustand, und nach 6 Wochen konnte er als gesund entlassen werden.

In einer Arbeit über die akute Kommotionspsychose macht *Kalberlah*¹ folgende Einteilung:

1. Die unmittelbar und zeitlich untrennbar aus dem durch die Kommotion gesetzten Zustand von Bewußtseinsstörung hervorgehende akute traumatische Psychose, die damit der klinische Ausdruck der durch den Vorgang der Gehirnerschütterung selbst gesetzten anatomischen Veränderung ist, die Kommotionspsychose s. s.

2. Die im Anschluß an Kopfverletzungen nach einem mehr oder weniger langen luciden Intervall und anfänglichem Fehlen eigentlich psychotischer Symptome im engeren Sinne sich ausbildenden, also mit dem Trauma nur im mittelbaren, zeitlich losen Zusammenhang stehenden geistigen Veränderungen, die entweder in schleichend sich entwickelnden chronischen psychischen Störungen (evtl. mit akuten Exacerbationen) bestehen oder nur die Prädisposition bilden für das sekundäre Auftreten von Geistesstörungen chronischer und akuter Art.

Als Hauptsymptome dieser sekundären Geistesstörung führt er eine mehr oder weniger weitgehende Charakterveränderung an, vielfach im Sinne einer sittlichen Depravation, eine auffallende Reizbarkeit, teilweise exzessiv gesteigert, mit Neigung zu Wutausbrüchen und sinnlosen Gewalthandlungen (explosive Diathese *Kaplans*), ferner ausgesprochene geistige Schwäche mit mehr oder weniger tiefem intellektuellem Verfall, Gedächtnisschwäche, reduzierter Merkfähigkeit, Zerfahrenheit und erschwerter Auffassung, Urteilsschwäche, labiler, zaghafter, larmoyante Stimmung von vorwiegend hypochondrischem Wesen oder stumpfer Apathie, Intoleranz gegen Alkohol oder andere

¹ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 38.

Schädlichkeiten, auf die das geschwächte Gehirn vielfach durch vorübergehende Zustände von Bewußtseinsstrübung, Verwirrtheit, deliranter Erregung reagiert. Er erwähnt dann eine Arbeit von *Muralt*, der ausgesprochene katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen beschrieben hat¹.

K. beschreibt sehr ausführlich einen Fall von traumatischer Psychose nach einer schweren Gehirnerschütterung. Der betreffende Kranke war zunächst nach dem Unfall schwer benommen, zeigte dann eine delirante Unruhe, war in den nächsten Tagen nie bei klarem Bewußtsein, 16 Tage nach dem Unfall war sein Gesichtsausdruck immer noch deutlich benommen; in seinen sprachlichen Äußerungen drückte sich neben leidlicher formaler Korrektheit eine starke inhaltreiche Zerfahrenheit und Verwirrtheit aus. Zeitlich und örtlich war er völlig desorientiert. Er gab vielfach ganz sinnlose, sich direkt widersprechende Antworten, ohne diese Fehler zu bemerken, korrigierte sie aber sofort, sobald man sie ihm vorhielt. Das Rechnen ging nur sehr mangelhaft, komplizierte Aufgaben wurden falsch oder gar nicht gelöst, da er die Aufgaben fortgesetzt vergaß. In den nächsten Tagen zeigte er noch eine mäßige Schwerbesinnlichkeit und stumpf-apathisch-konfuse Geschwätzigkeit, hochgradig reduzierte Merkfähigkeit, Erinnerungsdefekt für den Unfall und die folgende Zeit, sowie Neigung zum Konfabulieren. Nach 4 Wochen besserte sich sein Zustand, jedoch war er in seinen Konfabulationen ganz nach Belieben zu lenken und, ohne daß er es merkte, in Widersprüche zu verwickeln. Es bestanden für längere Zeit vor dem Unfall, offenbar für 1—2 Jahre, zahlreiche Lücken und Erinnerungsfälschungen. Dann wurde er psychisch freier, hatte aber gar keine Krankheitseinsicht und zeigte besonders beim Rechnen eine große Zerfahrenheit und ungenügende Merkfähigkeit. Die Neigung, gelegentlich Gedächtnislücken konfabulatorisch auszufüllen, blieb bestehen. 2 Monate nach dem Unfall war er noch sehr geschwätzig und aufdringlich und war durch sein ständiges Geschwätz höchst lästig. Er beschäftigte sich übertrieben fleißig. Allmählich besserte sich auch die Merkfähigkeit. Die Neigung zu Konfabulationen trat völlig zurück, und er hatte jetzt eine gänzlich geordnete klare Erinnerung für alle Ereignisse vor dem Unfall, aber eine völlige Amnesie für den Unfall selbst und für die ersten 3 Wochen nach dem Unfall. Auffallend war die schwächliche Euphorie und Geschwätzigkeit sowie die erhebliche Monotonie der sprachlichen Äußerungen und schriftlichen Expectorationen. Er forderte durch seine rührselige, schwülstige Sprechweise den Spott seiner Mitpatienten heraus. 3½ Monate nach dem Unfall wurde er als erheblich gebessert entlassen, er war aber noch immer etwas euphorisch,

¹ Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychiatr.-gerichtl. Med. 1900.

hastig, übereifrig, übertrieben höflich und untertäzig, geschwätzig, phrasenhaft, renommierend und unzuverlässig in seinen Angaben. Nach der Entlassung hat er überhaupt nicht mehr ordentlich gearbeitet. 8 Tage war er zu Hause leidlich verträglich, sorgte für die Wohnung, kochte etwas Essen, war dabei aber sehr langsam, umständlich, unpraktisch und wortweich, ohne wirklich viel zu schaffen. Sehr schnell wurde er jedoch in der Arbeit loddriger, verdarb mehr, als er wirklich leistete, und bekümmerte sich schließlich um nichts mehr. Er führte nur immer große Reden, zeigte sich für seine eigene Unfähigkeit gänzlich einsichtslos, war dabei reizbar, grob, unverträglich, mißtrauisch, unleidlich. In seinen Reden und sonstigen Gebaren war er stets höchst absonderlich, gespreizt und verschroben, immer pathetisch, prahlerisch, aufdringlich, geschwätzig, doch nur ein inhaltnloses Gefasel produzierend, allen Leuten Intimitäten seines Familienlebens erzählend. Vielfach brachte er auch ganz phantastische lügenhafte Fableien und Renommistereien vor, die in wichtigtuender Weise meist seine eigene Person zum Mittelpunkt hatten und dazu dienen sollten, ihn als tüchtig, fleißig, interessant hinzustellen. Er erzählte, daß er 20 000 Mark geerbt habe, wurde zunehmend eifersüchtig, behauptete, seine Frau sei die größte Hure. Die Frau brachte ihn dann wieder in die Anstalt ($1\frac{1}{2}$ Monate nach der Entlassung).

Bei diesem 43jährigen Maurer war eine Heilung mit Defekt eingetreten, als dessen äußerst charakteristischer Ausdruck das gänzlich unzweckmäßige, einsichtslose, verschrobene Verhalten zu gelten hat. Außerdem hatte sich eine völlige Veränderung seiner psychischen Persönlichkeit eingestellt.

E. Trömner schildert in seiner Arbeit über traumatische (Konklusions-)Psychosen einen allgemeinen cerebralen Schwächezustand als Folge der Commotio cerebri, dessen Symptome Gedächtnisdefekte, Vergeßlichkeit, große Ermüdbarkeit, Kopfschmerzen und nach allen Anstrengungen Schwindel und eventuell Erbrechen, gemütlich Apathie, Mißmut und große Empfindlichkeit gegen alle unangenehmen Gefühlsregungen seien. Er nennt dieses charakteristische und häufige Syndrom, das durch die Gedächtnisdefekte und die Labyrintherscheinungen ausgezeichnet ist, *Encephalopathia traumatica*. Dann schildert er eigentümliche Zustände, die sich nach Commotio cerebri einstellten, und die er als „kindische Streiche“ bezeichnet. So fiel ein 47jähriger Zollaufseher sehr bald nach einer Gehirnerschütterung durch Sonderheiten und Verkehrtheiten auf; z. B. unterschrieb er die Zollquittungen jetzt mit „Krehe“ statt Kraehe, was ihm merkwürdigerweise eine Klage wegen Urkundenfälschung eintrug. Vor dem Richter erschien er mit nur 1 Stiefel, weil ihm vorher gesagt wäre, er solle einen ausziehen. Er wurde allmählich immer seltsamer und konfuser, konnte nichts

mehr behalten, stritt alles ab, faßte alles verkehrt auf. Daheim verübt er kindische Streiche, bekritzelt Tür und Wände, bemalte seinen Hühnerstall rot und blau, ärgerte sich sogar über das Geschrei seiner Hühner und schnitt einigen von ihnen die Schnäbel ab, damit sie still wären. Schließlich halluzinierte er weiße Ratten, die an den Wänden umherliefen. In Friedrichsburg wurde die Diagnose „Paranoia“ gestellt. 3 Jahre nach dem Unfall war er wieder gesund. *Trönnner* selbst sagt, daß der Fall nicht ganz einwandfrei sei, weil eine starke erbliche Belastung vorläge und außerdem auch eine Einwirkung von Giften (Alkohol und Salicylpräparate) in Frage käme. Die „kindischen Streiche“ beobachtete er noch bei einem 47 jährigen Mann, 2 Monate nach dem Unfall. Dieser ließ nachts die Wasserleitung laufen, „um Fische zu fangen“, wollte Frau und Kindern den Leib aufschneiden, um nachzusehen, ob sie krank wären, hatte viele, namentlich nächtliche Halluzinationen und versuchte mehrmals Suicid. Im nächsten Jahre hatte er mehrere epileptiforme Krämpfe, dann wurde er ruhig, behielt aber Halluzinationen und seltsame Beeinträchtigungsideen, glaubte, Gift im Essen und einen Nagel im Kopf zu haben, außerdem, daß Arzt und Frau ein Komplott gegen ihn geschmiedet hätten. Dieser Zustand dauerte zwei Jahrzehnte. *Trönnner* stellte in diesem Falle die Diagnose „traumatische Psychose“. Er sagt selbst, daß diese remittierende paranoide Psychose sowohl an ein chronisches Alkoholdelirium erinnert, als auch an eine Amentia, als auch an sogenannte halluzinierende Paranoia, aber nach seiner Meinung unterscheide sie sich doch durch Ursache, Verlauf und Symptome so von ihnen, daß ihre Sonderstellung als Dementia traumatica gerechtfertigt erscheine. Es erscheint uns sehr fraglich, ob in diesen Fällen, wirklich ein Zusammenhang zwischen Commotio cerebri und Psychose vorhanden ist.

Ritter stellt in seiner Arbeit über „psychische Störungen nach sogenannter Commotio cerebri“¹ die Kontusionspsychosen den Commotionspsychosen gegenüber. Bei den ersteren beschreibt er als Symptome im akuten Stadium „Erbrechen, Kopfschmerz, Verwirrtheitszustände aller Art und verschiedener Typen, Paresen, Paralysen, Asymbolie, Apraxie, Aphasie, ausgesprochen diffuse Herderscheinungen von längerer Dauer, entsprechend jedoch nur der länger dauernden Bewußtlosigkeit“. — Sinngemäß sei deshalb die Bezeichnung „Commotionspsychose“ für diese Fälle fallen zu lassen, und es seien die akuten psychisch-nervösen Zustände nach diffuser Contusio cerebri als „Contusions-Psycho-Neurosen“ zu bezeichnen.“

Als „Endzustände“ führt er folgende Formen an: „Depressive und katatoniforme Art der sekundären Geistesstörungen nach Kopfverlet-

¹ Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psychiatrie 80.

zungen, die sich auf dem Boden von Hirnreizerscheinungen (Sympathicusreizungen) mit Friedmannschem Symptomenkomplex ausbilden oder von traumatisch-psychopathischer Konstitution und von Dementia traumatica ausgehen (*Thiem*); traumatische Demenzen (*Scheder*); ferner Dementia traumatica mit dem Delirium traumaticum (*Wille*) und dem Korsakowschen Symptomenkomplex; ferner können ausgelöst werden Dementia paralytica, Dementia praecox und melancholische Bilder“.

Der Kranke, den wir zu beobachten Gelegenheit hatten und noch haben, wurde uns am 22. April 1922 unter der Diagnose „Arteriosklerose mit plötzlicher Verschlimmerung durch Commotio cerebri (amnestischer Symptomkomplex), Paralyse“ vom Friedrich Wilhelm-Hospital überwiesen. In das Hospital war er vom Krankenhaus Moabit verlegt worden, wo er vom 1. März bis zum 13. April gelgen hatte, und zwar unter der Diagnose „Contusio cerebri“. Aus den Papieren konnten wir folgendes erschen: Der 61jährige Patient war am 1. März auf der Straße überfahren und in bewußtlosem Zustande eingeliefert worden. Nach Angaben der Angehörigen sei er von einem Auto angefahren worden, wobei er auf den Hinterkopf gefallen sei. Bei der Aufnahme war er vollkommen bewußtlos und reagierte auf keinen Anruf. Ins Bett gebracht, warf er sich ständig hin und her. Äußere Verletzungen wies er nicht auf, Symptome einer Basisfraktur lagen nicht vor, es bestand kein Erbrechen. Patient, ein Mann von 63 Jahren, war blaß und hatte einen mittleren Ernährungs- und Kräftezustand. Er war recht groß und hager. Die inneren Organe waren mit Ausnahme des Herzens, das verbreitert war und ein systolisches Spitzengeräusch hatte, ohne pathologischen Befund. Die Pupillen reagierten nicht und waren ziemlich eng; der Cornealreflex war vorhanden. Das Babinski'sche Phänomen war beiderseits positiv. Bei der Sensibilitätsprüfung zeigte sich völlige Unempfindlichkeit auf alle Reize. Der Puls betrug 60 Schläge in der Minute, Druckpuls, der Blutdruck betrug 155/55. Patient wurde sofort zur Entlastung lumbalpunktiert, auch mußte er katheterisiert werden. Am andern Tag bestand hohes Fieber, Druckpuls und große Unruhe bei anhaltender Bewußtlosigkeit. 3 Tage später begann er auf Anruf zu reagieren, aber nicht zu antworten; er war völlig apathisch. Er mußte die nächsten Tage hindurch weiter katheterisiert werden. Nach weiteren 10 Tagen begann er wirr durcheinander zu reden. Er ließ nach wie vor Stuhl und Urin unter sich. Allmählich richtete er sich im Bett auf, drängte auch hinaus. Nach etwa 4 $\frac{1}{2}$ Wochen war er fieberfrei, konnte aufstehen, und nach kurzer Zeit sprach er geordnet und war intervallweise orientiert. Eine erste, am 30. III. vorgenommene spezialärztliche Untersuchung stellte folgendes fest: „Patient spricht viel vor sich hin, ist zeitlich und räumlich desorientiert, macht euphorischen Eindruck. Neurologisch: Pupillen eng, rechts etwas verzogen, Reaktion auf Licht vorhanden“. Aus dem übrigen neurologischen Befund seien nur die pathologischen Abweichungen hervorgehoben: Achillessehnenreflexe nicht ganz sicher auslösbar. Fehlen der Bauchdeckenreflexe mit Ausnahme des linken oberen, der schwach positiv war (bei straffen Bauchdecken). Brachioradialis- und Tricepsreflex schwach vorhanden, r. = l. Starke Hypalgesie am ganzen Körper. Die Sprache war übrigens einwandfrei, der Puls war etwas gespannt und beschleunigt. Der innere Befund ergab noch starkes Pulsieren der Brachialis, die als Strang zu fühlen war, Blutdruck 170/65; deutlich Trommelschlegelfinger, besonders an der rechten Hand. Am 10. IV. war Patient soweit, daß er sich an der Unterhaltung der anderen Patienten beteiligen konnte. Hier zeigte sich schon seine psychische Anomalität; er war unsachlich, weitschweifig und sprach mit großem Redeschwall. Er begann auf Entlassung zu drängen.

In diesen Tagen schrieb er folgenden, seine psychische Situation charakterisierenden Brief:

„Dientag, den 12. IIII. 1927.

Sehr geehrter Vorstand!

Bitte ergebenst um Verzeihung, wenn ich stören und verzeihen sollte. Ich bin krank seit dem 19. März 1927 und momentan vollständig gesund und geheilt. Zur Zeit befindet sich mich im Krankenhaus Moabit und zwar im Gebäude Nr. 22 und kann nicht nach Hause kommen, weil der Arzt Dr. H. sagt, ich müßte noch einige Tage am Tage Bett liegen soll wodurch ich Kopfschmerzen habe, vordem habe ich gesagt, daß ich dadurch Kopfweh habe, nun blieb die Bett liegen. Ich will aufbleiben, dadurch habe ich kein Kopfweh, da ich vollständig gesund bin, was der Arzt weiß, er hat es selbst angeordnet. Ich konnte hinaus kommen, was doch nicht andem ist. Ich bin vollständig gesund in jeder Weise und ersuche um sofortige Entlassung nach meiner Wohnung hier B.-Str. Nr. 23, I, zu kommen und zwar sofort.

Achtungsvoll

A. H.

z. Zt. Station Nr. 22.

Ersuche um sofortige weitere Veranlassung meinerseits. Ich habe jede Woche diverse Verpflichtungen verschiedener zu zahlen und muß dadurch arbeiten, was ich kann, gegen meinen Willen kann ich nicht zurück gehalten werden, durch die Verpflichtungen meinerseits muß ich sofort heraus. Alles übrige mündlich. Bitte um sofortiges Eingreifen in dieser fatalen Angelegenheiten“.

Die am 13. IV. vorgenommene 2. spezialärztlich-neurologische Untersuchung stellte die Diagnose „Contusio cerebri mit psychischen Störungen.“

In den folgenden Tagen drängte Pat. vielfach hinaus, war nörglerisch und reizbar, protestierte gegen „ungerechte Behandlung“ (meinte Zurückhaltung im Krankenhaus). Schon am 15. IV. war er völlig orientiert, zeigte aber allerhand psychische Störungen, wie große Ablenkbarkeit und Bereitschaft, sich zu Konfabulationen verleiten zu lassen. Zeitweise war er bei seinem Drängen auf Entlassung ganz einsichtslos, und selbst dann, wenn er nachgab, hatte man bei ihm nicht den Eindruck eines tieferen Verständnisses für seine Lage. In einer für seine pathetische Gereiztheit typischen Art sagte er: „Ich will als ein anständiger Mann dastehen und meinen Verpflichtungen in jeder Beziehung nachkommen“. Er müsse deshalb entlassen werden. Als ihm vorgeschlagen wurde, wenigstens noch eine Woche mit der Entlassung zu warten, äußerte er Suicidabsichten. Als er am 19. IV. wegen der Erregungszustände und bestehender Suicidabsichten ins Hufeland-hospital verlegt wurde, war er zeitweise noch desorientiert. Er ließ nicht mehr unter sich. Gegen seine Frau war er besonders gereizt und neigte zu Gewaltakten gegen sie.

Im Hufelandhospital war Patient vom 19. bis 22. IV. 1927. Hier konnte Pat. bereits eine eigene Anamnese liefern. Er gab an, daß sein Vater vor 2 Jahren an einem ihm unbekannten Leiden gestorben sei, die Mutter an einem „empfindlichen Kopfleiden“ vor 7 Jahren. Seit 1890 sei er verheiratet, die Frau sei gesund. Interessant ist nun, daß er bei seinen weiteren Angaben viel *konfabulierte*: z. B. will er von 1915-1918 als Feldwebel im Felde gewesen sein, dann will er sich als Massagekünstler ausgebildet haben. (Vergleiche den später folgenden Brief.) Er sei oft geflogen, z. B. die kleine Strecke von hier nach Dresden“. Er habe viele öffentliche Reden gehalten. Er sei von 1892/97 in Deutsch-Südwestafrika gewesen. Er sprach viel von militärischen Angelegenheiten (übrigens vor dem Unfall auch schon). Patient war schwer fixierbar, dabei redselig und weitschweifig. Er erzählte aber meist dasselbe. Stark egozentrisch eingestellt, erzählte er fast nur von sich und seinen Leistungen, dabei vielfach konfabulierend: So erzählte er, daß er

gern bei Operationen mithilfe und sich schon getrauen würde, eine Blinddarmoperation zu machen. Er verfolgte den Arzt auf Schritt und Tritt, ihm immer wieder seine Geschichten erzählend oder auf sofortige Entlassung drängend. Über den Unfall gab er an, daß er bei einem Rettungsmanöver zu Schaden gekommen sei: er sei auf ein Auto gesprungen, um einen Zusammenstoß desselben mit einem Kandelaber zu verhüten, und dabei sei es ihm passiert, daß er mit den Armen an einen Kotflügel kam, wodurch er geschleift wurde. „Aber der andere kam doch noch davon, weil ich das Auto doch noch festhalten konnte.“ „Ich bin ein bißchen vorübergehend unwohl geworden“, „die Unterarme sind dick geworden, habe ich alles mit Massage weggebracht“. Der Unfall sei eine Lappalie gewesen. Tatsache war, daß er beim Überschreiten einer Straße einem Radfahrer ausweichen wollte und dabei von einem Auto umgefahren wurde. Wie er gefallen ist, wissen wir nicht; er war gleich bewußtlos, zeigte aber keine äußeren Verletzungen. Somaticus ergab sich eine breite Aorta, Blutdruck 150/140; die Achillessehnenreflexe waren vorhanden, rechts stärker als links. Auch zeigte sich wieder eine allgemeine Hypalgesie. Die Lumbalpunktion ergab einen Druck von 190, 12/3 Zellen und einen positiven Pandy. Röntgenologisch zeigte sich ein Aortenaneurysma. *Die Sprache war leicht schmierend, zuweilen wurden Worte miteinander verwechselt, er fiel auch oft aus der Satzkonstruktion.* Unter allerhand konfabulatrosischen Angaben drängte er sofort nach der Aufnahme auf die Entlassung: er habe heute abend noch 28 Unterschriften zu geben, Maschinen nachzusehen und in seinem Laboratorium noch schriftliche Arbeiten auszuführen. 2 Tage später war er völlig verwirrt. Der Gedankengang war inkohärent. Gedankengänge, die sich an Maschinen, Operationen, Massage usw. knüpfen, kamen in einem kunterbunten Wust zutage. Er schrieb in diesen Tagen folgende, ihrer Eigenart und ihres typischen Inhaltes wegen vollständig abgedruckten Betrachtungen über Massage usw.:

„Verschiedenartige Methoden und Weisen von Behandlungen von Massagen von Körperteilen des Menschen. Von Kopfweh meisten mittelmäßig hochliegen, möglichst Einreibungen zu beiden Seiten der Schläfe vorn über mit Salzwasser bzw. mit Benzin ohne Belag. Bei Brustweh, Einreibung mit Obigen mit Belag mit Leinenstücken.

Bei Husten und Geschwür, die Fugen mit Benzin einreiben und mit Leinen verschnüren. Unterschenkel bis Knie verreiben und verbinden. mit Leinen, Knie-Gelenk Rund verreiben. Unterschenkel Schmerzen verreiben mit obigen und leicht verbinden vom Knie bis Fußgelenk.

Bei den Ober- und Unter-Armschmerzen sind halbe Verbindungen tätig bis zum Handgelenk tätig zu machen durch obige Einreibungen und Verbindung durch Leinen. Finger werden selbst in Tätigkeit gesetzt.

Die Beschädigungen können verschieden hin durch Riehmen, Rahmen, Geschwulst sowie auch Fallen, dies kommt zur Betrachtung.

Dies geschrieben führe ich selbstständig durch und auch persönlich.

A. H.

Bin vollständig gesund und nur zur Untersuchung, da tue er sehr gern, auch aus dem Beruf, da ich darin tätig bin“.

„Das Monieren und garnosieren diesverse Teile körperlich, sowie auch künstlicher Teile einzelner Angaben z. B.

Eiserne respekt, stählerene Stahl und Eisenteile halb rund flach auch kantig, diese können durch „Urin“ welcher verschieden artig warm sein muß und dementsprechend in Behälter kommt auch verschiedenlich warm ist, man kann die Begleitbehälter entsprechend in diversen Graden erwärmen nachdem durch kaltes Wasser abwaschen und kühl, sowie trocknen durch Gasespäne, respektive auch durch trockene Lappen reinigt auch etwas einölt zur Erhaltung der Teile, durch Lappen gebrauchte abreibt, teilweise auch durch Sägespäne abtrocknet so

geht es nachdem in seine Tätigkeit. Nach dem Nachölen der Unternahme, ist es für das Bett zum Vorteil, sowie auch Unterarm, daß ein Kissen weich von weich, so lang als Unterarm Handgelenk sowie Ellbogen ist und im Unterarm in Bett liek und sehr wesentlich wirkt zur heilung speziell ist.

Zur Heilung von Warzen nimmt man, beschmieren von Ölen und ungesalzenes Fett war, hilft zur Genesung. Ich bin in allen tätig, durch persönlich und interessen voll.

N. B.! Bitte, um *sofortige* Entlassung nach Hause meiner Wohnung B.-Str. Nr. 23, I.

N. W. 21.

A. H.

Zimmer Nr. 58.

Ihre werte Güte an mich, werde ich gut empfinden und nachahmen, mit Dank. Ich bin nur zur Untersuchung nach hier gekommen und bin gut gesund in jeder Weise“.

Herr Professor *Schuster* stellte am 22. IV. persönlich folgende Entlassungsdiagnose: „Sehr eigenartige psychische Veränderung: Amnestisches Bild, Euphorie, gehobenes Selbstbewußtsein. Inkohärenz. Als bloße Folge einer Commotio wohl kaum denkbar, wahrscheinlich eine Exacerbation einer Arteriosklerose. Paralyse ist nicht ganz auszuschließen“.

Am 22. IV. wurde Patient uns nach Herzberge überwiesen.

Bei der Aufnahme war Patient euphorisch, läppisch, teilweise amnestisch, unzusammenhängend in seinen Äußerungen, schlecht fixierbar.

Wir wollen gleich hervorheben, daß sich sein im folgenden zu schildernder Zustand im wesentlichen während seines Aufenthaltes bis heute wenig geändert hat, wenn auch im ganzen sein Zustand gleichmäßiger geworden ist und mehr einer chronischen Störung, einer Persönlichkeitsumwandlung entspricht, als einer posttraumatischen Psychose. Allerdings sind im Laufe der Zeit ab und zu kurze akute Phasen von stärkerer Verwirrtheit, von besonders hervortretender läppischer Verblödung und von abnormer Reizbarkeit aufgetreten. Einmal hatte er sogar einen Zustand exogen hervorgerufener stärkster Erregung bei absoluter Geordnetheit und Orientiertheit, ohne aber auch nur im geringsten vernunftsmäßigem Zureden zugänglich zu sein.

Sein Schlaf war dauernd gut. Er benahm sich meist ruhig und freundlich, ja sogar übertrieben devot und eifertig im Umgang mit den Ärzten. Außer diesem Charakterzug war am hervorstechendsten seine unbekümmert euphorische Haltung und sein scheinbar bekümmert anteilnehmendes, medizinisch eingestelltes Verhalten den anderen Patienten gegenüber, besonders deutlich, wenn man ihn etwa einlud, sich zu irgendeinem Fall, etwa einem Mutismus zu äußern. Dann redete er dem betreffenden Patienten etwa in folgender Art zu: „Aber Kamerad, sag doch etwas! Hörst du denn nicht? Der Herr Doktor will was von dir“. Und dann zum Doktor: „Aber nein sowas, 's ist ja schrecklich, der redet ja gar nichts!“ Und dieses Spiel konnte so beliebig lange fortgesetzt werden, indem er sich in seiner Verblödung und kritiklosen Art immer wieder zu diesen Manifestationen medizinischer Teilnahme verleiten ließ. Von vornherein betonte er in stereotypen Redewendungen, die er gewöhnlich nicht erlangte, seinen Antworten anzuhängen, daß er „normal, ja ganz normal“ sei. Er war zeitlich orientiert und konnte seine Personalien richtig angeben. Auf die Frage nach dem Aufenthalt gab er zur Antwort, daß er im Krankenhaus sei und nur auf die Untersuchung beim „Herrn Professor“ gewartet habe, um jetzt nach Hause zu gehen, da er „ja ganz normal“ sei. Am Tage nach der Aufnahme konnte er noch keine Auskunft

darüber geben, wo er sich in der letzten Zeit befunden hätte, gab aber, als ihm dieses gesagt wurde, zu, ein paar Wochen krank gewesen zu sein; aber jetzt sei er ganz normal. Er berief sich konfabulierend auf seine Verwandtschaft mit Universitätsprofessoren, als Bestätigung seiner Gesundheit. Auf die Frage, ob er denn überfahren sei, sagte er freundlich lächelnd: „Ach, das kann man doch kein Unglück nennen, ich bin überfahren worden, hab auch etwas abbekommen, aber man darf kein verwerflicher Mensch sein. Ich gehe mit vielen Maschinen um.“ An diesem Tage äußerte er auch Größenwahnideen, wobei er seine großartigen Fähigkeiten rühmte. So sagte er z. B., daß er viele Sprachen könne. Später, als die akute Psychose mehr in den Hintergrund trat, wurde er etwas einsilbiger, monotoner in seinen Äußerungen und kaum geneigt, Größenideen auszuspinnen, auch nicht auf Provokation hin. Dennoch war seine Stimmung fast immer gehoben, und sein Auftreten strahlte förmlich von breiter Selbstgefälligkeit. Die körperliche Untersuchung zeigte ziemlich enge, träge und gering reagierende Pupillen. Bei der Augenuntersuchung erlangte er nicht zu sagen: „Augen gut im Sehen, gut im Schießen bei der Artillerie, hat mich gefreut, was erreicht“. Die Patellarreflexe waren sehr lebhaft. Außerdem waren die palpablen Arterien geschlängelt und hart. Die Sprache entsprach seiner gehobenen Stimmung, war dabei aber etwas leiernd. Spezifisch war sie nicht gestört. Beim Sprechen vergaß er sich mitunter, z. B. sagte er einmal statt „marschieren“, „Marslatouren“. Eine recht eigenartige, sich später variierende Störung, der wir in der Folge noch einen breiteren Raum gewähren wollen, ergab sich bei der gleich vorgenommenen Wortfindungsprüfung. Wir lassen hier ein paar Beispiele folgen:

Uhr: Zylinder, Remontoir.

Ring: Trauring: Ein verheirateter Ehering.

Federhalter: Federhalter mit Längsfeder.

Löscher: Löscher für geschriebene Sachen.

Taschenlampe: Ein Feuerkörper, welchen man im Zwielicht brauchen kann als Leuchter.

Eine 8 Tage später erfolgende Unterhaltung mit dem Arzt ist so typisch für sein Verhalten, daß sie hier wörtlich im Auszug wiedergegeben sei:

(Wie geht es Ihnen?). „Danke sehr gut. Ich freue mich daß es mir sehr gut geht, und daß ich wieder in meiner Funktion tätig sein kann, auch im Krankenhaus bei den Herren Oberärzten.“

(Wo sind Sie denn hier?) „Speziell in der Funktion des Herren Oberarztes.“

(Sind Sie krank?) „Nein, vollständig gesund, kann ich wirklich bestätigen.“

(Sind Sie hier im Krankenhaus?) „Ja, wegen einer körperlichen Untersuchung.

Ich habe es mit Freuden getan.“

(Waren Sie krank?) „Seit ein paar Monaten, durch Autounglück. Entschuldigen Herr Doktor, das kann vorkommen.“

(Datum?) „Entschuldigen, Herr Doktor, es kann der 23. oder 24. (+) sein. Kein Kalender da.“

(Monat, Jahr?) +

(Aber jetzt sind Sie nicht mehr krank?) „Nein, vollständig gesund und munter, und wie es sein soll.“

(Wie lange hier?) „1½ Wochen kann es sein, bin aber jetzt vollständig fertig.“

(Wer ist das? [Oberpfleger]) „Ein Herr, der ist vielfach hier, bitte um Verzeihung wenn ich belästigen sollte.“

Bei der Verabschiedung sagte Patient dem Arzt in übertriebener Weise Dank für die Untersuchung. Er entschuldigte sich vielmals für die viele Mühe, die er dem Arzt gemacht habe. Dieses Verhalten hat er während seines ganzen Anstaltsaufenthaltes beibehalten.

Ein 2. Wortfindungsversuch brachte in diesen Tagen folgende Antworten:

Löscher: Eine Art Tintenlöscher (macht Bewegung des Löschens).

Rotstift: Rotstift in Bleiform.

Zündholz: Ein Zündholzstift mit einem Streichholz.

Auf die Aufforderung, das Streichholz anzuzünden, tat er dieses mit den Worten: „Bitte, Herr Doktor, wollen so gütig sein, Herr Doktor“. Dabei ließ er das Streichholz bis zum letzten Rest verkohlen und verbrannte sich beinahe.

Tintenfaß: Gläsernes Tintenfaß.

Federhalter: Schwarzer Federhalter mit länglicher Feder.

Man kann aus diesen Versuchen folgendes ersehen: Es bestand im Anfang eine deutliche Wortfindungsstörung, wobei die fehlenden Dicta durch Umschreibungen ergänzt wurden. Hierbei wurde der Begriff zunächst nicht deutlich getroffen und die Beschreibung der Funktion sehr oft zum Ersatz des Sammelbegriffes genommen. Auch trat wohl eine Überkompensation des Defektes durch reichliche beschreibende Wortemballage hinzu. Es war nun deutlich, wie sich dieser organische Defekt mit der posttraumatischen Persönlichkeitsveränderung berührte, indem Patient nun seine senile Geschwätzigkeit in den Dienst seiner Sprachfunktion stellte. Zunächst wohl nur die Lücken der Begriffsbildung deckend, fand er bald an dieser Art von „funktioneller Begriffsbeschreibung“ Gefallen, und das ging so weit, daß er, als schon keine Wortfindungsstörung mehr vorlag, an die prompt gefundenen Bezeichnungen in alter Weise seine beschreibenden Ergüsse anhängte. Selbst bei energischer Ermahnung konnte er von dieser Gewohnheit nicht ganz lassen. Hier sind deutlich die Übergänge von der kommotionellen Verwirrtheit zur arteriosklerotischen Persönlichkeitsumbildung zu erkennen. Kaum merkbar glitt er in diesen Zustand arteriosklerotischer Demenz hinüber, der sich auszeichnete durch Weitschweifigkeit bei Armut zum Gedankenausbau, Geschwätzigkeit mit Neigung zu Stereotypismen, an der Oberfläche haftende Liebenswürdigkeit bei völligem Fehlen eines spürbaren Charakterkernes. Ähnlich wie bei der Wortfindung erging es ihm auch beim Schreiben. Abgesehen von dem Stadium seiner zeitweilig völligen Verwirrtheit schrieb er dauernd klar und deutlich, wenn auch zeitweise sehr verschnörkelt. Auf die Aufforderung, seine Adresse aufzuschreiben, tat er dies sehr langsam und jedes einzelne Wort dem Arzt erklärend, etwa „das ist die Straße nämlich“. Die reine Merkfähigkeit war hier niemals deutlich gestört, nur litten die Versuche unter seiner schlechten Konzentrationsfähigkeit und seiner mangelhaften Begriffsbeziehung. Die Intelligenzprüfung ergab, auch ohne, daß man dieses und seine Weitschweifigkeit in Rechnung zu setzen brauchte, eine mittelschwere Demenz.

Dieser Zustand ist dann im wesentlichen bis heute der gleiche geblieben; das übertrieben höfliche Benehmen hielt an, er machte aber im Laufe der Zeit einen etwas gesetzteren, festeren Eindruck, wenn auch

ein Teil dieser Zurückhaltung auf seine schleichend zunehmende Demenz in Anrechnung zu bringen ist. Seit Mitte Mai ist er örtlich genau orientiert (es ist übrigens anzunehmen, daß seine Orientiertheit schon einige Zeit vorher bestand). Am 11. Mai gab er das Datum mit 11. April an und glaubte, 14 Tage in der Anstalt zu sein, „zur Untersuchung bei Herrn Professor“. Er betonte noch immer, daß er „auch gesund und munter sei“, und hatte damals die Manie, hinter allen Sätzen ein „Jawohl“ zu setzen, „wie das beim Militär so üblich sei“. Damals wurde er vom Arzt gefragt, wie lange er noch dableiben wolle, worauf er antwortete: „meine Wünsche sind sobald wie möglich. Darum wollte ich herzlich bitten. Gesund und munter bin ich auch.“ Der Satzbau war geziert und verschnörkelt und hielt sich oft nicht an die Regeln der Syntax, ohne den Inhalt unverständlich zu machen. In der Zeit über den Unfall gefragt, sagte er: „der war so unbedeutend, daß ich ihn kaum rechnen kann, gesund und munter fühle ich mich auch, jawohl. Bin zweimal untersucht worden, jawohl. War nicht erheblich. Ich bin was gewohnt durch die Feldzüge, ich bin von oben bis unten gesund und munter, jawohl“. In der Folge erzählte er über den Hergang des Unfalles eine erfundene Geschichte, die er lange Zeit beibehielt. Auch bei ihr ist seine betonte Menschenfreundlichkeit und Helferrolle hervortretend. Anfänglich stand diese Geschichte noch nicht in allen Einzelheiten fest, und er variierte sie so lange, bis sie folgende endgültige Form annahm. Er habe auf der Straße beobachtet, daß ein Motorrad mit einem Automobil zusammenzstoßen drohte, er habe „in die Speichen des Motorrades gegriffen, jawohl, 2 Menschen gerettet, jawohl“, und sei dabei „ein bißchen vom Kotflügel getroffen worden“. Mitte Mai begann er wieder stärker Entlassungswünsche vorzubringen, war dabei klebend, ohne eigentlich eindringlich zu sein, dauernd militärisch adrett im Benehmen, bei jovialer Freundlichkeit. Wo er den Arzt sah, sprang er auf, riß die Hacken zusammen, rief dem Arzt ein lautes, freundliches „Guten Tag, Herr Doktor“ entgegen und brüllte ein militärisches „Achtung“ in die Krankensäle.

Bald trat aber eine deutliche akute Änderung in seinem Zustand ein. Er wurde abweisend, mürrisch, gereizt, blieb aber nach außen hin zunächst freundlich, ließ sich schlecht fixieren und wich der Unterhaltung aus. Zusehends verschlechterte sich auch sein körperlicher Zustand. Er wurde blaß und elend. Er sei hier nur zur Untersuchung und sei „vollkommen gesund“ und „müsse jetzt sofort entlassen werden.“ „Krankheit liegt vollständig fern.“ Überhaupt schien seiner Gereiztheit sein Entlassungswunsch zugrunde zu liegen. Wir waren uns aber klar, daß darin nur ein Ausdruck eines organisch-endogenen Prozesses zu erblicken sei. Ebenso unvermittelt, wie sie in Erscheinung getreten war, hörte diese Gereiztheit auch wieder auf. Immerhin machte er

nach dieser etwa 8 Tage dauernden Periode einen dementeren, dabei weniger aktiven und anfänglich stark mitgenommenen Eindruck.

Die objektive Intelligenzprüfung zeigte damals recht erhebliche Defekte. Als ihm die Geschichte von phantasievollen unachtsamen Milchmädchen zum Nacherzählen erzählt wurde, begriff er gar nicht, was er solle, lachte gereizt und dement überlegen und kam darüber nicht hinweg, daß „alle Mädchen falsch“ seien. Schließlich sagte er: „Mädchen kann ich nicht mehr sehen mit Ausnahme von meiner Tochter und meinem Sohn“. Eine andere längere Geschichte, die nicht von Mädchen handelte, war er bereit nachzuerzählen, versäumte aber die Hauptpointe und fing, da von Kirschen die Rede war, an, medizinische Gesundheitsregeln herzusagen, etwa, wie gut Kirschen für den Magen seien: „überhaupt Obst — — — ja sehr schön“. Bei dieser Gelegenheit erklärte er natürlich wieder, wie gesund und munter er sei, und mit Bezug auf die übrige Geschichte fügte er hinzu: „Das Leben ist so ernst, ja, man soll es sich leicht und angenehm machen, durch gegenseitiges Handanlegen und Eingreifen, jawohl.“ Als der Arzt, um seine Reaktion zu prüfen, ein Messer nahm mit den Worten: „jetzt werde ich Sie töten“, antwortete er lächelnd, aber doch sichtlich betreten und etwas verlegen: „Nach dem Feldzug ist mir ja doch egal. Nach der letzten Geschichte weiß ich wirklich nicht, was ich davon denken soll, wo ich doch zur Untersuchung hergekommen bin, und wo ich gesund und munter hergekommen bin.“

Der Wortfindungsversuch deckte prompt stärkere Defekte auf:

Zeitung: Ein Blatt.

Buch: Ein Gedrucktes, paar Zentimeter stark.

Pinzette: Pincenez aus Stahl.

Später: Man faßt damit Papier, bzw. Bleifedern (die betreffenden Dinge lagen auf den Tisch herum und wurden von ihm dementsprechend gebraucht, wobei er gleichsam die Funktion vorausnahm und später erklärte, was er getan hatte, ebenso bei Höhrrohr, wobei diesmal der Arzt der in Funktion setzende Teil war und das Höhrrohr hochhob: „Rohr, welches in die Höhe gehoben wird, man kann damit horchen“).

Taschenlampe: Leuchter, man kann verschiedenes anleuchten. Da befindet sich ein Knopf, auf dem man drückt, indem die Flamme empor-schlägt.

Stehlupe: Ein Ständer, wo man verschiedenes beobachten kann, welche Größe es hat.

Aufgefordert, sich etwas unter der Lupe anzusehen, wurde er mit diesem primitiven Mechanismus nur sehr schwer fertig; endlich fand er das vergrößerte Bild und sagt dazu: „Hübsch, schön klar, schön klar“.

Außer den richtigen Himmelsrichtungen nannte er noch einfach die Zahlen $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{16}$.

Im Laufe der Exploration war er wieder der alte Liebenswürdige geworden. Bei Beendigung der Unterhaltung sagte er lächelnd liebenswürdig: „Herr Doktor, Sie machen mir Spaß. So bißchen mit den Blödsinnigen, was die manchmal für Blödsinn angeben.“ Auf die diesmalige Frage, ob er krank sei, sagte er: „Im Gegenteil, gesund wie ein Fisch.“ — Es zeigte sich aber bald, daß seine Liebenswürdigkeit nur eine momentane, durch die Unterhaltung mit dem Arzt hervorgerufene war, typisch überhaupt für das Anstrichmäßige, charakterlich wenig Verhaftete seiner Außenbeziehungen. Denn schnell drang seine abweisende Gereiztheit wieder durch und beherrschte für einige Zeit das Krankheitsbild. Mit dieser Gereiztheit synchron ging eine zunehmende demente Verwirrtheit. In bunter Reihenfolge, nicht etwa ideenflüchtig, sondern eher klebend am Gedankengang, meist spontan, aber auch Provokationen nachkommend, brachte er wirre Gedankengänge über Statuten, Paragraphen, Behörden (alles wohl in Zusammenhang mit seinen Entlassungswünschen und der juristischen Situation der Internierung), sehr oft auch wieder über ärztliche Praktiken, zumeist über das Massieren und seine praktische Anwendung, vor. Über seine Krankheit und speziell über den Unfall wollte er, wie immer, nichts wissen und sprach auf Veranlassung nur in seiner verlegen abweisenden Art hierüber. Der Satzbau war, wie stets, oft ungereimt, so daß er sich immer im Inhaltlichen verständlich machen konnte, die Sätze aber durch Schieffheiten des Ausdruckes und hochtrabende Wendungen komisch wirken ließ:

„Ich bin und liebe Tumult und Ungelegenheit absolut nicht. Im Gegenteil, damit (mit dem Unfall) bin ich längst fertig und wünsche, daß nie wieder etwas vorkommt“. (Die Unterhaltung hierüber wie den Unfall selber ablehnend.)

Als er aus seiner Gereiztheit herauskam, war ihm das durchgemachte Stadium an seiner sichtlich vorgeschrittenen Demenz und zunehmenden Abgestumpftheit anzumerken. Seine Gesamthaltung war die gleiche geblieben. Am 15. VI. wurde wieder eine objektive Intelligenzprüfung vorgenommen. Es wurden ihm zunächst einfache Erkennungsbilder, die leicht schematisiert waren, vorgehalten. Auffallenderweise war die Wortbildungsstörung bis auf Reste erloschen. Seine Geschwätzigkeit und Weitschweifigkeit traten in den Vordergrund, er beschrieb und erklärte die einzelnen Bestandteile jedes Gegenstandes und schmückte die Beschreibungen durch Zusätze aus, etwa: „Das ist ein Pferd, das scheint Gras zu fressen“ (obwohl hiervon auf dem gezeigten Bilde nichts zu sehen war). — Am 20. Juni bekam er anlässlich einer geringfügigen Ursache einen sehr heftigen, aber nur 2 Tagedauernden Erregungszustand, der durch die Beeinträchtigungsidee, man könne ihm seinen von den Angehörigen mitgebrachten und auf der Kleiderkammer verwahrten

Anzug gestohlen haben, unterhalten wurde. Wahrscheinlich fühlte er mit der tatsächlichen Verwahrung des Anzuges schmerzlich die Tatsache seiner Internierung heraus. In dieser verzweifelten Stimmung fing er ganz plötzlich zu toben an, nannte das Personal Verbrecher, Lumpen und Spitzbuben, bedrohte den Arzt und mußte schließlich auf die unruhige Abteilung ins Bett gebracht werden. Am selben Nachmittag war er noch sehr gereizt, ließ sich nicht von seinen Gedanken-gängen abbringen, sagte zum Arzt „Ihr Spitzbuben“ und lächelte bei allen Begütigungsversuchen des Arztes dement überlegen. Am anderen Tage war er noch deutlich böse, ließ aber mit sich reden. Er ging auf logische Auseinandersetzungen nicht ein, sagte still zu allem „ja, ja“ und tat wie jemand, dem man ein Unrecht abzubitten hätte. Einen Tag darauf benahm er sich wie gewöhnlich, tat als wenn nichts vorgefallen wäre und wich Gesprächen über das Geschehene aus.

Seither befindet sich Patient noch in unserer Anstalt. Die Demenz hat keine sehr greifbaren Fortschritte gemacht, jedoch ist das Bild seines Zustandes im ganzen schwerer geworden. Er ist in seinen Affekten stumpfer, in seiner Phantasietätigkeit farbloser und beschränkter geworden. Er hat in letzter Zeit kaum mehr nach Entlassung verlangt, sich vielmehr in seniler Beharrung in seinen Zustand gefügt und gibt sich auch nicht Rechenschaft über seine Situation und deren Ablauf. Er ist sehr „froh“, wenn er Besuch seiner Angehörigen empfängt, ist dann auch etwas lebhafter als sonst, läßt den Besuch aber ohne Behinderung wieder abziehen und ist wunschlos.

Zu seiner Anamnese ist noch folgendes nachzutragen: Er war aktiver Soldat gewesen und hatte es bis zum Sergeanten gebracht. Nach 10 jähriger Militärdienstzeit ging er zur Eisenbahn und wurde Lademeister. Hier fiel er dadurch auf, daß er wiederholt betrunken zum Dienst erschien. Durch seine guten sonstigen Qualifikationen gelang es ihm aber, sich einige Jahre im Dienst zu halten, schließlich wurde er aber anlässlich eines besonders krassen Falles fristlos entlassen. Er arbeitete in der Folge in Fabriken, beschäftigte sich dort viel mit Schlosserei, so daß es ihm allmählich gelang, wieder eine gehobenere Stelle zu erreichen. Auf der letzten Stelle arbeitete er seit 7 Jahren ununterbrochen bis zum Tage des Unfalles. Ob er in den letzten Jahren noch Schwierigkeiten durch sein Trinken hatte, und ob er überhaupt in stärkerem Maße dem Abusus verfiel, ist nicht mit Sicherheit festzustellen. Angeblich hielt er sich gut (die Angehörigen sind hierin keine objektiven Berichterstatter, da sie in Anbetracht der Schuldfrage des Unfalles Interesse daran haben, den Patienten als nüchternen Menschen hinzustellen). Die Angehörigen heben seine gutmütige Ge-sinnung, seine soziale Haltung, seinen Fleiß und seine bis zum Tage des Unfalles ungebrochene Arbeitsfreudigkeit und Fähigkeit hervor.

Unser vorstehend geschilderter Fall ist nach Art und Verlauf als Kommotionspsychose aufzufassen. Er zeigt neben den Zeichen einer solchen das Bild der arteriosklerotischen Demenz. Von Interesse ist dabei, daß eine weit vorgesetzte Hirnarteriosklerose bis zu einem großen Trauma ohne psychische Manifestationen verlaufen und erst, durch ein solches ausgelöst, sich sofort in einer derart vorgesetzten Form zeigen kann. (Patient zeigte übrigens somatisch die typischen Merkmale einer starken allgemeinen Arteriosklerose.) Die Grenzen zwischen Arteriosklerose und Kommotionspsychose lassen sich in diesem Fall wohl kaum ziehen, auch läßt sich nicht einmal deutlich sagen, wann überhaupt die akute Psychose als abgeklungen zu gelten hat. Erst recht kann man das posttraumatische Krankheitsbild, also die traumatische Demenz, von der arteriosklerotischen Demenz nicht scheiden, vielleicht rein symptomatisch. Hierzu ist zu sagen, daß sich viele Symptome, wie z. B. die exzessive Reizbarkeit, sowohl für die eine wie für die andere Krankheitsform heranziehen ließen. Praktisch spielt das keine Rolle; die Prognose erachten wir in jedem Fall für schlecht.

Schröder-Greifswald hat sich in einer Monographie mit dem Thema der Geistesstörungen nach Kopfverletzungen beschäftigt. Er trennt bei den Kommotionspsychosen leichte, abortive Formen von schweren. Die schweren sind durch ihre wochen- oder gar monatelange Dauer charakterisiert. Bei diesen kann man mehrere Krankheitsabschnitte erkennen. Es sind dies zunächst das Stadium der Bewußtlosigkeit, bzw. Bewußtseinstrübung, und das amnestische Stadium (Korsakowscher Symptomkomplex). Zwischen diese schiebt sich sehr oft ein „Übergangsstadium“, das am häufigsten durch akute Erregungsschübe, seltener durch Hemmungszustände gekennzeichnet ist. Die initiale Bewußtlosigkeit kann, wie in unserem Falle, viele Tage anhalten und die völlige Aufhellung erst nach Wochen eintreten. Das Übergangsstadium der Erregung (delirantes Stadium) tritt meist auf, bevor noch die Bewußtseinstrübung ganz abgeklungen ist. Die Kranken werden unruhig, laufen herum, erkennen ihre Umgebung und halluzinieren, nach *Schröder* namentlich optisch und taktil. Das Delirium kann sehr gering, kaum auffällig sein und andererseits ein außerordentlich schweres Bild zeigen (Delirium traumaticum). Das Delirium kann sich längere Zeit hinziehen (3 Wochen) und setzt meist lytisch ab.

Wenn man außer diesem Delirium die anderen Formen, so etwa den Stupor oder die epileptoide Angst, hinzuzieht, so kann man zusammenfassend von der akut gefärbten Verlaufsphase sprechen, wie sie schließlich bei allen exogenen Psychosen zu finden ist. Hier herrschen Reizerscheinungen vor, im Gegensatz zu den sonstigen Ausfallserscheinungen der Kommotionspsychose.

Das amnestische Stadium, das sich fast immer dem Übergangsstadium anschließt, ist das am längsten dauernde. Außer dem Korsakowschen Symptomkomplex finden sich hier noch andere Störungen, wie Intelligenzstörungen und pathologische Affektzustände. Der amnestische Komplex hat seine Wurzel schon in der Bewußtlosigkeit und dem oft folgenden Delirium und wird nur bei letzterem durch die aktiven Symptome der Unruhe und des Halluzinierens verdeckt. „Er ist gewissermaßen der länger bestehen bleibende Rest der in der Bewußtlosigkeit steckenden Einzelstörung und umfaßt von ihm diejenigen, welche sich am spätesten zurückbilden.“ Dieser Komplex bildet sich nur sehr allmählich zurück und kann monatelang ein stationäres Bild vortäuschen. Während ein delirantes Bild bei unserem Patienten nicht objektiv zur Beobachtung kam (immerhin sind in den alten Krankheitsgeschichten Erregungszustände vermerkt), finden wir dieses dritte Stadium bei ihm noch immer deutlich vor. Hauptsächlich fiel die retrograde Amnesie auf, wobei Patient konfabulatorisch den Ausfall zu überdecken versuchte. Auch das ist bei *Schröder* beschrieben worden. Zudem zeigte sich ein Mangel oder eine Unvollkommenheit im Gefühl für diesen Ausfall, ebenso für Defekte in der Merkfähigkeit. (Eine ausgesprochene Merkfähigkeitsstörung trat bei unserem Patienten nicht deutlich in Erscheinung.) Aufmerksamkeit und Auffassung waren bei unserem Patienten ähnlich, wie es *Schröder* und *Bonhöffer* beschreiben, nur insofern gestört, als sein „Habitualniveau“, solange er sich selbst überlassen war, ein sehr tiefes war. In unserem Falle gelang es, durch Ansporren vom Patienten bessere Leistungen zu erhalten. Bei unserem Patienten zeigte sich außer der durch Unaufmerksamkeit vorgetäuschten Intelligenzstörung eine sichtlich zunehmende Schwäche. Die Neigung, zum Beispiel bei der Beschreibung von Bildern, an Einzelheiten zu kleben, statt Gesamtdarstellungen zu erfassen, trat bei unserem Patienten stark hervor. Asymbolische und apraktische Erscheinungen zeigte er nicht. — Die Affektlage in diesem 3. Stadium ist nicht einheitlich. Die Kranken sind oft verdrossen und gereizt und dabei uneinsichtig und verständnislos für ihren Zustand. Charakteristisch soll für die Kranken sein, daß sie auf Befragen die Störungen als unwesentlich und überhaupt nicht des Aufhebens wert bezeichnen (wie das auch unserer Patient tat). Seltener soll auch eine heitere Stimmung ohne Verdrossenheit und Reizbarkeit vorkommen, selbst Fälle einer ausgesprochenen Manie. Zu unserem Fall können wir sagen, daß bei im wesentlichen durch Demenz bedingter euphorischer Gehobenheit nur zweimal Zustände von deutlicher Gereiztheit auftraten. Von der bei *Schröder* genannten Asymbolie, Apraxie und Aphasie war nur die 3. cerebrale Störung angedeutet vorhanden (sowohl motorisch wie sensorisch). (Herdförmige Läsionen, zum Teil nur Partialerscheinungen der allge-

meinen Gehirnschädigung durch die Commotio.) Wie bei unserem Patienten das Bild der Aphasie durch die arteriosklerotische Demenz übertönt wurde, haben wir im vorangegangenen beschrieben. — *Schröder* verlangt mit Recht eine scharfe Umreißung des Begriffes der traumatischen Demenz. Er führt aus, daß man oft die reine Kommotionspsychose hiermit bezeichnet. „Traumatische Demenz im strengen Sinne des Wortes stellen die nach Kommotionspsychosen zurückbleibenden psychischen Defektzustände dar.“ Er führt „neben allgemeinen Wesensveränderungen Gedächtnisstörungen und Herabsetzungen der Leistungsfähigkeit“ an. Das Bild dieser Störung sei im allgemeinen ein recht einförmiges und gleichartiges. — Von *Köppen* ist dann noch die „sekundäre Demenz“ beschrieben worden. Es sollen sich bei dieser Form der Erkrankung die Störungen oft erst nach vielen Jahren als „organische Hirnerkrankungen“ und „Verblödungen“ manifestieren, sogar auch ohne primäre Kommotionspsychose. Wir können uns diesem Standpunkt nicht anschließen. Wir zweifeln an dem Zusammenhang der Erscheinungen und der Einheitlichkeit eines derartigen supponierten Krankheitsbildes (nicht natürlich an der Tatsache der sekundären Störungen auf Grund von Nachblutungen oder allmählichen Drucksteigerungen, die aber in einem begrenzten Zeitraum auftreten müssen). *Schröder* hält die Bezeichnung der traumatischen Demenz in vielen Fällen mit Recht für eine Verlegenheitsdiagnose. Es werde offenbar vielerlei sehr Verschiedenes darunter zusammengefaßt. Er nennt die Arteriosclerosis cerebri, die Paralyse, die psychogene Pseudodemenz, die, zum Trauma in mehr oder weniger direktem Zusammenhang stehend, als traumatische Demenz imponieren.

Schröder zählt den Kommotionspsychosen jene Besonderheiten zu, die man bei allen exogenen Psychosen antrifft, und ihre speziellen Züge führt er auf die Natur der ursächlichen Schädlichkeit zurück. Schwerere Formen der Erkrankung und gelegentliches Ausbleiben der Restitutio ad integrum könnten nach seiner Ansicht durch „Faktoren, welche erfahrungsgemäß in demselben Sinne krankmachend wirken, d. h., welche gleichfalls psychotische Zustände vom Charakter der exogenen psychischen Störungen hervorzurufen vermögen, wie z. B. Alkoholismus, Lues, Arteriosklerose (Nephritis), fieberrhafte Komplikationen und ähnliches“, begünstigt werden.

Die Kommotionspsychose an sich sei das protrahierte Durchgangsstadium von der Bewußtseinslosigkeit zur endgültigen Aufhellung. In unserem Falle ist es zur Aufhellung gekommen bei gleichzeitiger Veränderung der gesamten Persönlichkeit. Lägen keine Zeichen einer allgemeinen Arteriosklerose vor, würde man wohl ohne weiteres unseren Fall der traumatischen Demenz zurechnen. Wir wollen mit unserem Fall einen Beitrag zu der Anschauung liefern, daß vollkommen vor-

bereitete, selbst organisch fundierte Störungen zu ihrem Ablauf erst durch ein Trauma gebracht werden können.

Genau wie bei den endogenen Psychosen die Geistesstörung in ihrem ganzen Aufbau voll ausgebildet und systemfertig vorhanden sein kann und erst durch ein psychisches, hinzukommendes Moment geweckt zu werden braucht (nicht gemeint sind natürlich hiermit latent verlaufende und durch ein hinzutretendes Moment zur Manifestation gelangende Psychosen), kann es nach unserem Fall vorkommen, daß die organischen Vorbedingungen für eine Demenz vorliegen und sich noch nicht in das psychische Bild umsetzen, bis ein akzidentelles Moment die dem Organismus entsprechende psychische „Korrektur“ vornimmt. Ob diese Anschauung zu einer allgemein gültigen erhoben werden darf, muß die Erfahrung lehren. Wir haben an dieser Stelle nicht davon zu sprechen, wie die psychischen Faktoren beschaffen sein müssen, und in welchem Stadium sie einzusetzen haben, um das, was wir manifeste Psychosen nennen, zu bewirken. Bei den exogenen Geistesstörungen mag wohl die Schwere des Traumas eine ausschlaggebende Rolle spielen.
