

(Aus der Universitätsnervenklinik Halle a. S. [Direktor: Prof. A. Hauptmann].)

Subcorticale Demenz.

Ein Beitrag zur encephalitischen Denkstörung.

Von

Priv.-Doz. Dr. F. G. von Stockert.

(Eingegangen am 12. März 1932.)

Wenn auch *Berzes* großangelegte Theorie, den schizophrenen Prozeß als eine Störung der psychischen Aktivität aufzufassen, die im Hirnstamm ihre Lokalisation hat, durch das gewaltige Naturexperiment der Encephalitis lethargica *Economo* insofern keine Bestätigung fand, als bei dieser Erkrankung trotz der postulierten Lokalisation doch niemals typische schizophrene Zustandsbilder zustande kamen, so erwiesen sich doch die Überlegungen *Berzes* dadurch besonders fruchtbar, daß gerade als das Kardinalsymptom des postencephalitischen Parkinsonismus eine Aktivitätsstörung angesehen werden muß.

Es war das Verdienst von *Hauptmann*, den Mangel an Antrieb dieser Kranken psychologisch näher zu analysieren. Er kam dabei zu dem Ergebnis, daß die Aktivitätsstörung bei einem Teil dieser Kranken nur eine scheinbare ist, da durch den amyostatischen Symptomenkomplex ein grobes Mißverhältnis zwischen dem intentionalen Akt einerseits und dem objektiv wahrnehmbaren Ausdruckseffekt andererseits zustande kommt. Der Patient vermag infolge einer Beeinträchtigung des subcorticalen Reflexbogens seine Willensimpulse nicht in die Tat umzusetzen und scheint daher von außen betrachtet in seiner Intentionalität gestört, obwohl dies tatsächlich nicht der Fall ist.

Bei einer zweiten, wesentlich kleineren Gruppe besteht ein auch vom Kranken selbst empfundener Mangel an Antrieb, eine Willensstörung, wie *Bostroem* sich vielleicht doch etwas zu eng gefaßt ausdrückt. Wie weit für solche Fälle auch die ursprüngliche Annahme von *Stertz* zutrifft, daß dieser Mangel an Antrieb einen bewußten Verzicht angesichts unüberwindlicher Hindernisse darstellt, läßt sich schwer entscheiden. Zweifellos gibt es aber auch eine Aktivitätsstörung im eigentlichen Sinn, was schon durch die Beobachtung von *Steiner* bewiesen ist, daß bei solchen Kranken die innere Hemmung durch einen entsprechenden Antrieb von außen leicht überwunden werden kann.

Von besonderem Interesse sind aber jene Patienten, bei denen, wie *Bostroem* nachweisen konnte, eine „Starre ohne Hypertonie“ vorliegt. Ob in diesen Fällen feinere Untersuchungsmethoden doch eine Spur von Rigor nachweisen lassen, ist hier praktisch bedeutungslos, da das gebotene Hindernis sicher zu keinem Verzicht auf einen sicher erfolgreichen Antrieb fordert. Es ergibt sich daher die Frage, ob der Mangel an Spontanität des Handelns nicht bereits in einer tieferen Schicht seine Ursache birgt. Es war wieder *Berze*, der bei seinen Untersuchungen über die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität bei Schizophrenen auf die hypophrenen Wahrnehmungsstörungen hinwies, indem er zeigen konnte, daß eine verminderte Intentionalität nicht nur zu einem Zerfall der effektorischen Funktionen, sondern bereits der rezeptiven Akte Anlaß geben kann. Soweit ich die Literatur übersehe, wurde diese Fragestellung für das subakute oder chronische Stadium der Encephalitis lethargica noch nicht untersucht und so sei es im folgenden gestattet, ein Krankheitsbild relativ ausführlicher darzustellen, das uns in diese Probleme besonders deutlichen Einblick gewährt.

Es handelt sich um einen 45jährigen Eisenbahnsekretär, der am 29. 3. 31 an der Klinik aufgenommen wurde. Der einweisende Arzt spricht von einem Verwirrheitszustande und erwähnt eine Glykosurie *ohne* Acetonausscheidung. Die begleitende Frau berichtet, daß der Patient seit Sommer 1930 in seinem Wesen verändert sei. Er wurde interesselos, vernachlässigte seine persönlichen Angelegenheiten, kümmerte sich nicht mehr um seine Familie, obwohl er früher stets auf alles bedacht war. Seit September 1930 arbeitete er nur vorübergehend in seinem Amt, wo er nicht mehr den Dienstanforderungen entsprach. In seinem Verhalten gegen seine Frau wurde er im Gegensatz zu früher taktlos und rüde. In seiner Stimmungslage war er gereizt und unruhig, besonders in den Abendstunden. Er lief da von Hause fort und rannte planlos in der Stadt herum. Er wurde vergeßlich, fand beim Reden nicht die rechten Ausdrücke, ohne diese Wortfindungsstörung selbst zu empfinden.

Zwei Tage vor seiner Aufnahme an die Klinik bekam er plötzlich einen Verwirrheitszustand, verkannte von da ab seine Umgebung und machte, obwohl er nie Alkohol zu sich genommen hatte, einen direkt betrunkenen Eindruck. Wenn er aus dem Bett stieg, hatte er einen unsicheren, taumelnden Gang. Am nächsten Tage, also am Tage vor der Aufnahme in die Klinik, sollte seine Tochter konfirmiert werden. Diese Tatsache bedarf besonderer Erwähnung, weil S. die ersten Wochen an der Klinik, im Bett liegend, auf die Frage nach seinem Aufenthalt regelmäßig erklärte, er sei hier zu Hause, er warte auf die Gäste, mit denen er zur Konfirmation seines Sohnes gehen wolle. Als Zeit gab er immer 9 Uhr vormittags an und versicherte dann, um 11 Uhr ist die Konfirmation. Den Untersucher und das Pflegepersonal verkannte er und hielt sie für Freunde, die an der Konfirmation teilnehmen wollten.

Sich selbst überlassen, lag er vor sich hinstarrend oder mit geschlossenen Augen in Rückenlage im Bett. Auffallend war, daß er fast dauernd Kau- und Schluckbewegungen vollführte und sich immer wieder die Lippen leckte. Angesprochen, machte er einen somnolenten, aber deutlich ratlosen Eindruck. Er war sichtlich bemüht, Fragen zu beantworten oder gegebene Aufträge durchzuführen, kam aber immer wieder auf das Thema der Konfirmation zurück. Fragte man ihn, was er am Vortag gemacht habe, erklärte er, im Garten gewesen zu sein und Grünes für die Konfirmation geholt zu haben. Es wären auch andere mitgewesen, doch hätten sie nur die Spitzen abgeschnitten, damit niemand schimpfe.

Er spricht sehr langsam, insofern er sich vor jeder Antwort sehr lange besinnt, wobei er Mundbewegungen macht, als würde er die Antwort schon vor sich hinflüstern und stößt dann hastig den ganzen Satz hervor.

Einfache Aufträge, wie die Augen zu schließen oder die Zunge zu zeigen, werden prompt ausgeführt. Aufgefordert, die rechte Hand zu reichen, faßt er erst mit der linken nach der ihm entgegengehaltenen rechten Hand des Untersuchers. Erst als er nochmals aufgefordert wird, die rechte Hand zu reichen, vollführt er dies richtig. Wenn man von ihm verlangt, mit der rechten Hand das linke Ohr zu berühren oder mit der linken Hand das rechte Ohr, so greift er jedesmal mit der entsprechenden Hand nach dem Ohr der gleichen Seite.

Beim Benennen von Gegenständen zeigt sich eine auffallende Störung der Wortfindung, wie sie bei der Spontansprache nicht in Erscheinung tritt. So bezeichnet er einen Füllfederhalter als „ein Stab“ und läßt sich darin auch nicht beirren, wenn man ihm die richtige Bezeichnung sagt. Zu einer Uhr sagt er: „Das ist ein Kreis“. Mehrere Tage hintereinander wählt er immer dieselbe Bezeichnung. Auf die Frage, wozu dieser Gegenstand gehöre, sagt er am dritten Tage: „Das haben doch alle“ — — — — „das ist eine Uhr“. Wie ihm dann eine viereckige Weckeruhr, die auf den Tisch zu stellen ist, vorgezeigt wird, erklärt er: „Das hab ich nicht“. Er vermag auch nicht die Bezeichnung anzugeben. Wie ihm dann wieder die Taschenuhr vorgelegt wird, sagt er dann prompt: „Hab ich auch“ dann „eine Uhr“. Zu vorgelegten Schlüsseln sagt er erst: „Das ist feste“ — „das hab ich doch auch“ — das sind doch zum Aufmachen“ (er macht dabei die Bewegung des Sperrens). „Das sind doch solche“ — (Der Untersucher sagt: Uhren? Kappen? — Messer?) „Nein.“ (Schlüssel?) (nach längerer Pause) „Ja, das sind Schlüssel“.

Wie dem Patienten die Farbtafel aus dem Binet-Simon-Untersuchungskasten vorgelegt wird und der Untersucher auf den roten Streifen weist, fährt Sch. spontan mit dem Finger auf das „gelbe“ Feld und sagt: „Das ist so, wie ich meine Küche gemalt habe . . das ist gelbe Farbe“.

Noch einmal auf rot gewiesen, erklärt er: „Grün ist das nicht — ich habe auch schon einmal diese Farbe geholt, weil ich immer den Fußboden streiche — grün ist es nicht, grün sieht anders aus — gelb ist es auch nicht“. Auf die Frage, ob auf der Farbtafel grün vertreten sei, perseveriert er nur im Gedankengang der früheren Fragestellung verharrend „Grün ist es nicht“, obwohl tatsächlich auch ein grüner Streifen auf der Farbtafel vertreten ist. Wie ihm dann für rot die richtige Bezeichnung gesagt wird, ist er sehr erfreut darüber und stimmt bei, indem er leise vor sich hinflüsternd wiederholt: „Es ist rot“.

Dem Patienten wurden nun Leseproben in der Form vorgelegt, daß auf einem Pappstreifen in Druckschrift ein kurzer Auftrag stand, wie „*Fassen Sie sich an die Nase*“ Sch. starrt eine Zeit die Tafel ratlos an. Auf die Frage „Können Sie lesen“ antwortet er: „Selbstverständlich kann ich lesen, ich komme nur nicht gleich darauf — ein bißchen groß“. — „Den ersten Buchstaben kann ich nur nicht.“ Der Untersucher sagt ihm darauf, daß es sich um ein „F“ handle. Er hingegen erklärt: „Nein, das ist ein J“. Er zeigt darauf auf das Doppel-S in „fassen“ und sagt: „Das ist ein S, das auch“. Er liest nun; „J — assen“. „Sie“. Auf das *s* des nun folgenden *sich* deutend: „Das ist wieder so eines wie früher — ich komme nur nicht gleich darauf . . . sich“ . . . „an“ . . . „Sie — assen sich an“. Auf das folgende Wort *die*weisend „Das ist wieder so ein *i*, dann auf das *d* deutend, „so etwas habe ich noch nicht gehabt“. Endlich ruft er freudig aus: „Jetzt hab ich es heraus! „J — assen Sie sich an *i* ase“. Wie ihm der Untersucher noch einmal das *d* von „*die*“ und das *N* von „*Nase*“ zeigt, sagt er: „Das weiß ich nicht“. Nach dem Sinn des Gelesenen gefragt, antwortet er: „Das ist ein Spruch“. Zur Ausführung des gelesenen Auftrages ist er nicht zu bewegen, sondern er macht nur ein völlig ratloses Gesicht. Wie man ihm dann im Befehlston sagt: „Fassen Sie sich an die Nase“, so führt er dies prompt aus.

Als ihm eine andere Leseprobe vorgelegt wird, auf der „Strecken Sie die Zunge heraus“. steht, verhält er sich im wesentlichen gleich. Wie ihm das *S* am Anfang vom Worte *Strecken* gesagt wird, liest er das *St* ganz rein, wie ein Hannoveraner aussprechend, und dehnt darauf besonders das *e*, als würde er ein ganz unbekanntes Wort aussprechen. Er liest aber weiter „Strecken — Sie“ er zeigt dann auf die verschiedenen *S*-Laute, die im Satz vorkommen und weist darauf hin, daß sowohl in „*Sie*“ und „*die*“ „*ie*“ vorkommt, ohne daß „*die*“ richtig gelesen wird. Er spricht aber den ganzen Satz mit der oben erwähnten, auffallenden Artikulation „Strecken Sie ie Zunge heraus“. Er wird wieder ratlos, wenn man ihn auffordert, den Auftrag auszuführen, tut dies aber prompt, sobald ihm vom Untersucher der Auftrag mit dem entsprechenden Tonfall erteilt wird.

Auf die Frage, wie er heiße, blickt er lange unschlüssig vor sich hin. Er wiederholt mehrmals: „Wie ich heiße“. . . „das haben die mir doch nicht gesagt“. Wie ihm dann sein Name vorgesprochen wird, denkt er lange nach und sagt dann: „Ja“. Auf die weitere Frage, ob er seinen Namen schreiben könne, lacht er und sagt: „Natürlich kann ich ihn schreiben“. Aufgefordert, dies zu tun, setzt er zu jedem Buchstaben, den er dann mehrmals vor sich hinspricht, einzeln an. Er schreibt sehr langsam, wobei er in einem *sch* das *c* und bei der Endsilbe *er* das *e* wegläßt.

Als sein Alter gibt er „34 Jahre“ an statt 44. Aufgefordert, nun 34 Jahre zu schreiben, schreibt er die Zahl 430, indem er genau das akustisch Aufgefaßte — erst vier und daneben dreißig schreibt. Sehr ähnlich wie beim Schreiben der Zahl, verhält er sich beim Zahlenlesen. So liest er die Zahl 25 erst als „zwei—fünf“, dann als „zwei und fünfzig“. Die Zahl 36 als „drei—sechs—drei und sechzig“. Aufgefordert, 7×8 auszurechnen, sieht er nur unschlüssig vor sich hin und lacht verlegen; wie er dann nach 6×6 gefragt wird, sagt er: „Sechsmal sechs ist sechs und sechzig“. Als er dann noch einmal aufgefordert wird, 7×8 auszurechnen, erklärt er: „Siebenmal acht ist sieben und achtzig“.

Bemerkenswert war noch sein Verhalten, wenn man ihn aufforderte, symbolische Handlungen auszuführen. Auf die Frage „wie nimmt man beim Grüßen den Hut ab“, macht er verlegene unschlüssige Gesten. Sobald ihm dann aber tatsächlich ein Hut aufgesetzt wird, macht er prompt eine grüßende Bewegung mit demselben. Auch als von ihm verlangt wird, mit der Hand zu winken, vollführt er ratlose Bewegungen mit der rechten Hand, die er zur Faust ballt. Sobald ihm aber ein Taschentuch gereicht wird und man den Auftrag wiederholt, so winkt er in der üblichen Weise.

Die körperliche Untersuchung ergibt einen mittelkräftig gebauten Mann, dessen Aussehen seinen Jahren entspricht; der Ernährungszustand ist günstig.

Der Schädel ist normal konfiguriert und weist keine Verletzungsnarben auf; eine lokale Klopfempfindlichkeit der Schädelkapsel besteht nicht.

Pupillen sind rechts = links, mittelweit, reagieren prompt und ausgiebig auf Licht und Naheinstellung. Der Augenhintergrund zeigt keinerlei pathologische Veränderungen. Die Augenbewegungen sind frei, es besteht kein Nystagmus.

Corneal- und Conjunctivalreflex sind beidseits lebhaft. Die Frage, ob der Patient eine Berührung im Trigeminalggebiet empfinde, wird sichtlich nicht erfaßt; er vollführt aber bei jeder Berührung mit der Nadelspitze deutliche Fluchtreaktionen und zeigt dann auf Aufforderung mit dem Finger richtig auf die Reizstelle.

Im Facialisgebiet keine Paresen.

Zunge wird gerade vorgestreckt; Gaumensegel wird symmetrisch gehoben.

Eine grobe Prüfung des Gehörs ergibt keine Störung. Geruchsproben werden richtig wahrgenommen und unterschieden, doch vermag Sch. nicht die Geruchsart (Nelken, Kölnischwasser, Pfefferminze) anzugeben.

Obere Extremitäten: Keine aktive, keine passive Bewegungseinschränkung, keine Tonusveränderung. Es ist nur hervorzuheben, daß alle Bewegungen deutlich

verlangsamt sind und auch sowohl in der Gesichtsmuskulatur als im Bereiche der Extremitäten eine gewisse Armut an Ausdrucks- und Mitbewegungen besteht, ohne daß von einer Steifigkeit im Sinne eines Parkinsonismus gesprochen werden könnte.

Eigenreflexe sind beiderseits auslösbar, nicht gesteigert. Kein *Wartenbergsches* Zeichen. Diadochokinese ist beiderseits verlangsamt.

Der vertikale und horizontale Zeigerversuch wird ohne Abweichung durchgeführt. Auch der Finger-Fingerversuch gelingt ungestört.

Bauchdecken sind beiderseits schlaff, doch sind die Kontraktionen beim Aufsetzen symmetrisch kräftig. Bauchdeckenreflexe sind in allen Quadranten beiderseits nicht auslösbar; hingegen sind die Cremasterreflexe rechts = links lebhaft.

Untere Extremitäten: Keine aktive, keine passive Bewegungseinschränkung. Kein Lasègue. Grobe Kraft rechts = links normal, Tonus beiderseits nicht verändert.

Patellar- und Achillessehnenreflexe rechts = links auslösbar, keine Kloni, kein Babinski, kein Oppenheim, kein Rossolimo.

Stützreaktion kann nicht ausgelöst werden. Knie-Hackenversuch langsam wischend, aber nicht ataktisch.

Bei der Prüfung der Berührungsempfindung kann man nur schwer verwertbare Antworten bekommen; hingegen macht der Patient bei Schmerzreizen sofort lebhaft Fluchtbewegungen, wobei auch die Reizstelle richtig lokalisiert wird.

Bei Augenschluß kein Schwanken. Der Gang ist breitspurig, vorsichtig schleifend. Herz und Lunge zeigen normalen Befund.

Puls rhythmisch äqual 84 Schläge pro Minute. Blutdruck 140 mm Hg nach *Riva-Rocci*.

Im Harn konnten weder Eiweiß noch Zucker nachgewiesen werden.

Die gewöhnlichen Schädelröntgenbilder, wie die Spezialaufnahmen der Sella, geben keinen Anhaltspunkt für einen drucksteigernden Prozeß.

Während einer nach Occipitalpunktion durchgeführten Lufteinblasung von 60 ccm und Ablassen der gleichen Flüssigkeitsmenge, schläft der Patient, ohne irgendwelche Narkotica bekommen zu haben, ein. Das Encephalogramm zeigt eine normale Füllung der Ventrikel und eine gleichmäßige Luftansammlung an der Oberfläche. Im abgelassenen Liquor ist keine Eiweiß- und keine Zellvermehrung nachzuweisen. Liquor-Wassermann: negativ. Serum-Wassermann: negativ.

Sowohl bei der körperlichen als auch bei der psychischen Untersuchung machte die bestehende hochgradige Verlangsamung und die Somnolenz des Patienten große Schwierigkeiten. Es war nur schwer zu entscheiden, ob der Kranke infolge der hochgradigen Perseverationstendenz noch an der Ausführung der vorigen geforderten Leistung klebte oder ob er infolge der noch näher zu analysierenden Auffassungsstörung überhaupt nicht in der Lage war, die Aufträge auszuführen. Eine gewisse Möglichkeit zur Entscheidung dieser Frage war dadurch gegeben, daß der Patient ein ängstlich ratloses Gesicht machte, wenn er sich vor Aufgaben gestellt sah, die er ihrem Sinne nach nicht verstand. Andererseits aber sah man im Moment, in dem er eine Aufgabe nach langem Überlegen erfaßt hatte, sein Gesicht deutlich freudig aufleuchten, und dann kam es auch bald zu der entsprechenden Reaktion.

Bemerkenswert war noch die Tatsache, daß der Patient die erteilten Aufträge immer im Flüsterton leise vor sich hinsprach und auch zuweilen nach weiterem Wiederholen des Auftrages die Ausführung vergaß. Sich selbst überlassen, machte er fast dauernde Kaubewegungen und leckte sich immer wieder seine Lippen, schlief aber, besonders wenn er sich zurücklegte, bald ein.

Was nun den körperlichen Befund anbelangt, so waren die Symptome äußerst spärlich. Im Vordergrund stand eine zunehmende Schlafsucht, eine allgemeine Verlangsamung aller psycho-motorischen Reaktionen, die beschriebenen Kau-, Lippen- und Zungenbewegungen und eine Glykosurie; die allerdings nur vom einweisenden Arzt festgestellt worden war.

Schlafsucht und Glykosurie sind uns besonders durch die Encephalitis lethargica bekannte Mittelhirnsymptome, auch Kau- und Schluckbewegungen wurden im akuten Stadium der Encephalitis wiederholt beobachtet; *v. Economo* wies in diesem Zusammenhang auf eigene Untersuchungen an Kaninchen hin, bei denen er in der Substantia nigra ein subcorticales Kau- und Schluckzentrum nachweisen konnte. *Bechterew* bestätigte diesen Befund an Hunden. *v. Economo* nimmt daher an, daß diese Kau- und Lippenbewegungen bei Encephalitikern auch als Reizsymptome der bei dieser Erkrankung ja fast stets schwer geschädigten Substantia nigra aufzufassen seien.

Wenden wir uns nun der Analyse der bisher geschilderten psychischen Symptome zu, so fällt uns in erster Linie ein korsakoffähnliches Syndrom auf. Der Patient erkennt seine Umgebung, er ist räumlich und zeitlich desorientiert und haftet in seiner Vorstellung an einer der akuten Verschlechterung seines Zustandes unmittelbar vorausgehenden affektbetonten Situation. Dieses scheinbar scharfe Abschneiden der retrograden Amnesie an einem Punkt ist uns auch von den alkoholischen Korsakoffzuständen durch *Bonhoeffer*, *Schröder* u. a. berichtet worden. Wir müssen die Tatsache, daß der Patient sich jünger macht als er tatsächlich ist, (denn er gibt erst sein Alter mit 34 Jahren und dann mit 44 Jahren an, obwohl er bereits 45 Jahre alt ist), vielleicht als Beleg dafür anführen, daß die Grenze doch nicht so scharf ist, da der Patient zu Beginn seiner Erkrankung, als seine Merkschwäche bereits begonnen hatte, noch tatsächlich 44 Jahre alt war.

Besonders bemerkenswert erscheint aber, daß Sch. immer wieder bei allen Explorationsversuchen von der Konfirmation zu erzählen anfängt und sich nur schwer auf ein anderes Thema fixieren läßt. Er bleibt in seinem ganzen Verhalten überhaupt auffallend an früher Erlebtes gebunden. Fast bei jedem Gegenstand, der ihm gezeigt wird, ist die erste Reaktion die, daß er sagt: „Das gehört nicht mir“ oder „so etwas habe ich auch“. Am auffallendsten ist diese Reaktionsweise bei den vorgelegten Farbentafeln, bei denen er nicht die Farbbezeichnung zu benennen vermag, sondern erst dann mit einer Farbe als solcher etwas anfangen kann, wenn er eine persönliche Beziehung mit ihr aufgefunden hat, wie beim vorgelegten gelben Feld „Das ist so, wie ich meine Küche gemalt habe“. Er haftet mit seiner Aufmerksamkeit lediglich an der Farbe, zu der er erlebnismäßige Beziehungen besitzt, während er die anderen Farben, auf die er hingewiesen wird, unbeachtet läßt.

Wir haben es hier also mit einer Abstraktionsbehinderung zu tun, mit einer Störung des kategorischen Verhaltens im Sinne von *Gelb* und *Goldstein*. Diese Störung tritt noch deutlicher zutage, wenn man den Kranken auffordert, symbolische Handlungen vorzunehmen, wie sich so zu verhalten, als würde er jemanden begrüßen oder jemandem zuwinken. Der Kranke steht allen diesen Aufforderungen völlig ratlos gegenüber. Erst im Moment, als ihm das entsprechende Aktionsobjekt in Form eines Hutes oder eines Taschentuches zur Verfügung gestellt wird, vermag er sofort die Befehle auszuführen.

Sehr auffallend ist das Verhalten des Patienten beim Lesen eines kurzen gedruckten Textes. Seine Aufmerksamkeit wird da erst durch rein formale Merkmale gefesselt. Er sucht hier wie bei einem Bourdon-text alle gleichen Buchstaben aus dem gebotenen Schriftbild heraus, ohne tatsächlich gleich richtig den Buchstaben bezeichnen zu können. Er reiht dann bei seinem Leseversuch einen Buchstaben an den anderen. Wenn dabei auch ein der reinen Lautzusammensetzung nach wortähnliches akustisches Phänomen produziert wird, so hat dies doch mit einem Wort in sprachlichem Sinne als Träger einer Bedeutung noch nichts zu tun. Rein klanglich wird es wie ein das erstmal gehörtes fremdsprachiges Wort produziert. Er stößt sich auch nicht daran, einen oder den anderen Buchstaben in einem Wort auszulassen und vermag auch nicht aus dem Sinn des ganzen Satzes den Laut entsprechend zu ergänzen, da der ganze Satz für ihn ebensowenig Bedeutung wie das einzelne Wort besitzt. Es sei in diesem Zusammenhang noch vorweggenommen, daß er einen Fragesatz, an dessen Ende ein Fragezeichen steht, ohne jede grammatische Satzmelodie liest, und am Schluß des Satzes noch *Fragezeichen* sagt, also „Wo ist die Lampe?“ „Wo ist die Lampe Fragezeichen“. Das Satzzeichen hat den sinnvollen Symbolwert eingebüßt und wird nur als Objekt von einer gewissen Form als solches bezeichnet.

Unter diesen Umständen ist der Patient auch nicht in der Lage, den schriftlich erteilten Auftrag auszuführen, denn er versteht unter Lesen nur ein Bezeichnen von aneinandergereihten Gegenständen, die in diesem Fall Buchstaben oder Satzzeichen sind. In gleicher Weise verhält er sich beim Schreiben. Er setzt da vor sich hinsprechend abgesetzt einen Buchstaben nach dem andern auf das Papier, wobei er die einzelnen Konsonanten ohne den sonst gebräuchlichen Begleitvokal ausspricht, also nicht *be*, *ce*, *de*, *ef*, sondern nur „b—c—d—f“. Nur bei der Endsilbe *er* seines Namens spricht er tatsächlich „er“, schreibt aber dann nur *r*, das vorangehende *e* auslassend.

Auch das Schreiben und Lesen von Zahlen wird in dieser elementar konkreten Form vollzogen, so schreibt er die Zahl 34 so, wie er es akustisch wahrnimmt, erst vier dann dreißig, wodurch natürlich die völlig andere Zahl 430 zustande kommt. In ähnlicher Weise wird die zweistellige Zahl 25 als zweiundfünfzig gelesen. Aber wir wollen uns noch später mit der Schreib- und Lesestörung einmal eingehender befassen. Es sei nur jetzt noch die eigentümliche Wortfindungsstörung erwähnt, daß der Patient für vorgezeigte Gegenstände nicht in Ermangelung der richtigen Bezeichnung den weiteren Begriff wählt, sondern hier den abstrakteren Ausdruck für die unmittelbar gegebene Gestalt wählt, indem er z. B. für Uhr „Kreis“ und für einen Füllfederhalter das Wort „Stab“ gebraucht. Auch hier wird schon eine Bezeichnung des sinnlich Gegebenen ohne Berücksichtigung der Bedeutung des Gegenstandes gewählt. Der Patient bleibt in der Auffassung von Objekten stets am äußeren, sinnlich

Gegebenen haften, ohne zur Bedeutung des Gegenstandes vorzudringen. Wir können bereits schon jetzt von einer Asymbolie sprechen und hoffen, dies noch durch die weitere Schilderung seines Verhaltens erhärten zu können.

Die Schlafsucht des Patienten nimmt weiter an Intensität zu, so daß er fast den ganzen Tag schläft. Durch akustische oder optische Reize kann er überhaupt nicht erweckt werden, nur nach grobem Rütteln öffnet er die Augen und starrt vor sich hin. Wenn er den Untersucher dann erkennt, fängt er zufrieden zu lächeln an und ergreift die ihm zum Gruß entgegengestreckte Hand. Er bleibt dann mit dem Blick an dem Gegenstand haften, den er einmal angesehen hat oder starrt nach dieser Richtung ins Leere. Durch die heftigsten akustischen Reize ist man nicht in der Lage, ihn dazu zu bewegen, den Blick nach der Schallquelle zu wenden, außer man ruft laut seinen Namen, dann kehrt er nach einer gewissen Latenzzeit sein Gesicht dem Betreffenden zu. Auch durch optische Reize ist er nicht zu beeinflussen. So kann man ihn von der Seite plötzlich mit einer Lampe beleuchten oder selbst ihn mit Hilfe eines Spiegels durch das reflektierte Sonnenlicht blenden, ohne daß er nur die geringste ausweichende Bewegung mit dem Kopf vornimmt. Nur auf direktes Berühren reagiert er, indem er den Blick nach der Reizstelle wendet oder bei Nadelstich Fluchtbewegungen unternimmt.

Fordert man ihn auf, nach einem Gegenstand oder nach einer Person im Zimmer zu sehen, indem man gleichzeitig mit der Hand nach der betreffenden Richtung weist, so blickt er niemals nach der Richtung, nach der die Hand weist, sondern nur auf die Hand selbst. Selbst wenn man versucht, seine Augenbewegungen zu prüfen, indem man mit dem Finger unmittelbar vor seinem Gesicht nach rechts, links, oben oder unten zeigt und gleichzeitig sagt „Sehen Sie dahin — dorthin“ so wendet er niemals den Blick nach dieser Richtung. Deutet man aber nicht nach einer Seite, sondern sagt nur „Schauen Sie nach rechts — oder — links“ so vollführt er den Auftrag stets richtig. Auch die Aufforderung, nach der Decke oder nach der Wand zu sehen, an der das Bett mit seiner Langseite steht, wird nach der mehrere Sekunden dauernden Latenzzeit ausgeführt.

Wesentlich schwieriger wird die Untersuchung, wenn man den Kranken auffordert, nach irgendeinem beliebigen Gegenstand in seiner nächsten Umgebung zu sehen. Hier bedarf es nämlich mehrerer Momente, die bei der Beurteilung der Ausführungsbehinderung zu berücksichtigen sind. Der Patient ist dauernd in einer Blickrichtung so gebannt, er klebt so fest an einem Objekt, daß er Gegenstände, die in seinem peripheren Gesichtsfeld auftauchen und da bewegt werden, überhaupt nicht beachtet, so daß wir vorübergehend an eine schwere organische Einengung seines Gesichtsfeldes dachten. Dadurch, daß wir dem Patienten 50 cm lange Pappstreifen mit 3 cm hoher Schrift in die Hand gaben und er in der Lage

war, diese Schrift (in der früher angegebenen Weise) zu lesen, sahen wir besonders bei längeren Worten, daß das Gesichtsfeld doch nicht so eng, wie es anfangs schien, sein könne.

Es zeigte sich nun bei weiteren Untersuchungen ein neuer Faktor, der zum Teil das Verhalten des Patienten bei der Aufgabe, Gegenstände aufzusuchen, erklärte. So legten wir eine Bonbonniere, auf deren Deckel ein Bild von 3 Mohren war, auf seine Bettdecke und forderten ihn auf, die Schachtel in die Hand zu nehmen. Der Patient machte nicht den geringsten Versuch, diesen Auftrag auszuführen, sondern starrte weiter vor sich hin, obwohl die Schachtel entschieden innerhalb seines Gesichtsfeldes lag. Er flüsterte sogar leise vor sich hin: „Die Schachtel — die Schachtel —“. Wie man ihm dann die Bonbonniere vor die Augen hielt und er sie nun sichtlich mit seinem Blick erfaßte und man ihn noch einmal aufforderte, „Nehmen Sie die Schachtel“ griff er noch immer nicht danach; als man ihn nun fragte, was das für ein Gegenstand sei, antwortete er: „Das ist ein Bild“. Diesen Satz perseverierte er nun weiter und nahm nun erst auf die Aufforderung „Nehmen Sie das Bild“ die Schachtel zur Hand.

In gleicher Weise verhielt er sich, wenn man ihm sagte, er solle nach einer Apfelsine greifen. Er antwortete, nachdem man ihn mehrmals dazu aufgefordert hatte: „Die habe ich doch heute morgen gegessen“. Wie es dann gelang, ihm die Apfelsine in sein Blickfeld zu rücken und seine Aufmerksamkeit darauf zu lenken, sagte er: „Das ist doch ein Ball“. Diese Stellungnahme ist um so bemerkenswerter, als der Patient am Vormittag wirklich eine Apfelsine gegessen hatte; allerdings wurde sie ihm von seiner Frau stückweise gereicht. Die einzelnen Merkmalsqualitäten der Orange waren da wesentlich differenzierter, weil außer dem spezifischen optischen Eindruck der einzelnen Orangenspalten noch der Geruchs- und Geschmackseindruck dazukam, wodurch die Gesamterlebnisgestalt einer Apfelsine wesentlich eindringlicher vermittelt wurde und so auch erfaßt werden konnte, während dann der bloße optische Eindruck der Apfelsine noch nicht ausreichte, die Frucht zu erkennen. Das Haften an diesem optischen Eindruck allein führte aber nur zur Abstraktion des visuellen Bildes eines Balles.

In diesem Stadium der Erkrankung, die etwa die 2.—5. Woche seines Klinikaufenthaltes umfaßte, kam es überhaupt zu keinerlei Spontanhandlungen. Der Patient mußte gewaschen und gefüttert werden. Er ließ zwar niemals unter sich, doch forderte er nicht selbst seinen Schieber, verrichtete aber seine Miktions- und Defäkationsakte, wenn man ihn dazu anhielt. Er schlief in dieser Zeit fast den ganzen Tag, wenn man sich nicht mit ihm beschäftigte.

Versuchen wir jetzt wieder, sein Verhalten kurz zu analysieren, so sehen wir im wesentlichen eine Zunahme aller früher charakterisierten Störungen; vor allem sein Haftenbleiben am jeweiligen Objekt seiner

Aufmerksamkeit. Es sei nur noch erwähnt, daß er noch immer versichert, daß er hier zu Hause sei und auf die Konfirmation seines Sohnes warte. Es gelingt nur durch grob taktile Reize, seine Aufmerksamkeit vom jeweiligen Haftpunkt abzulenken. Intensivste optische und akustische Reize vermögen ihn nicht abzulenken. Visuelle Reize im peripheren Gesichtsfeld werden scheinbar überhaupt nicht berücksichtigt. Wir haben den Eindruck schwerster statischer Perseveration im Sinne von *Arnold Pick*.

Selbst wenn es endlich gelingt, die Blickrichtung des Kranken auf eine Reizquelle zu fixieren, sehen wir, daß der Patient nicht entsprechend reagiert. Er erweist sich als fast völlig asymbolisch. Die Zeichengebung der Richtung wird nicht ihrem Sinne nach erfaßt, sondern der Patient blickt nur auf die zeigende Hand, ohne den Blick in die Verlängerung der angedeuteten Richtung zu wenden. Seine einzige Reaktion ist höchstens noch, daß er die Handstellung des Untersuchers mit seiner Hand nachahmt, ohne die entsprechende Richtung einzuhalten.

Gegenüber der fast völligen Unerregbarkeit durch die meisten äußeren Reize zeigt er aber unter gewissen Bedingungen doch ein adäquates Verhalten. So bleibt er auch von dem größten Getöse, das im Raum, in dem er sich aufhält, vollführt wird, gänzlich unberührt, ruft man aber nur mittellaut seinen Namen, so wendet er dem Betreffenden sein Gesicht zu. Ebenso verhält er sich den meisten optischen Reizen gegenüber; er benimmt sich so, als würde er Gegenstände, die innerhalb seines Gesichtsfeldes liegen, überhaupt nicht sehen. Gelingt es aber einmal durch Rütteln und dadurch, daß man das Objekt in seine Blickrichtung bringt und ihm womöglich den Gegenstand in die Hand gibt, ihn zu einer „Einstellung“ zu diesem Objekt zu zwingen, so bleibt er nun mit seiner Aufmerksamkeit an diesem Objekt kleben. Der Gegenstand bekommt einen Sinn für ihn und wird als Gestalt erlebt, wenn auch nicht in einer allgemein üblichen Gestalt, sondern in einer wesentlich abstrakteren, da das Klebenbleiben am rein sinnlichen Eindruck zu einer Verzerrung des Gestalterlebens nach einem rein formalen Gesichtspunkt führt. Die Orange wird zum bloßen Ball, und an der Schachtel wird nur das Bild herausgesehen, ohne daß die sonstigen Merkmale, die eine Schachtel charakterisieren, erfaßt werden. Hat aber ein Gegenstand irgendeinen Sinn gewonnen, so wird er im weiteren Verhalten des Kranken berücksichtigt. Er wird nach dem Gegenstand auf Aufforderung greifen, selbst wenn er im peripheren Gesichtsfeld liegt. Ebenso wird der Ruf des Namens als überschwelliger Reiz wirken, während sonst alle akustischen Reize unterschwellig bleiben.

Unser Patient verhält sich darin so wie der von *Goldstein* beschriebene, der aus der unmittelbaren Einstellung zu einer Tätigkeit nicht herausgerissen werden konnte, wenn man nicht in der Lage war, diesen Reiz sinnvoll der Situation einzuordnen. In unserem Fall ist aber eine sinn-

volle Einordnung eines Reizes dadurch besonders schwer, weil man kaum in der Lage ist, vorher die Bedeutung eines Gegenstandes für den Patienten zu beurteilen. Für ihn ist die Umwelt eine ungestaltete amorphe Masse, aus der nur die eine Gestalt herausragt, an der er gerade haftet; gelingt es ihm, aus dieser homogenen Atmosphäre eine neue Gestalt herauszukrystallisieren, so findet diese weiter die entsprechende Berücksichtigung.

Es war nun von besonderer Bedeutung, festzustellen, ob sich nach Abklingen der Schlafsucht, die auch im wachen Zustand dem Patienten das Gepräge der Benommenheit gab, das Bild wesentlich ändere und inwieweit die geschilderte Auffassungsstörung als Ausdruck des getriebenen Sensoriums anzusehen war.

Tatsächlich war am Ende der 5. Woche die Schlafsucht fast völlig abgeklungen und es zeigte sich insofern eine deutliche Veränderung des Verhaltens des Kranken, als er die Speisen, die man vor ihn hinstellte, auf Aufforderung aß, als er selbst auf das Klosett geht und sich am Morgen auch allein anzieht und wäscht. Er hantiert dabei mit den einzelnen Gegenständen durchaus zweckentsprechend. Im übrigen sitzt er fast den ganzen Tag ruhig auf seinem Stuhl im Zimmer oder im Garten. Spontan äußert er aber niemals einen Wunsch. Alle seine Bewegungen sind verlangsamt, sein Gesichtsausdruck ist arm an Mimik, ohne maskenhaft zu sein. Richtet man an ihn Fragen oder erteilt man ihm einen Auftrag, so sieht er einen ratlos gespannt an, bis er den Auftrag in irgend einer Weise aufgefaßt hat, dann nimmt sein Gesicht einen strahlend zufriedenen Ausdruck an. Gibt er dann eine Antwort, so leitet er dies mit leichten Lippenbewegungen ein und stößt dann den Satz mit einer Propulsion des Redetempos hervor. Auffallend ist es, daß er ebensowenig auf optische wie akustische Reize reagiert, wenn es nicht gelungen ist, durch Namensruf oder direktes Rütteln seine Aufmerksamkeit nach einer bestimmten Richtung zu fixieren.

Es zeigte sich nun bei der weiteren Untersuchung eine bisher noch nicht beachtete Reaktionsweise auf gestellte Fragen. Begrüßt man ihn am Morgen und fragt man ihn gleichzeitig: „Wie geht es“, so sagte er stereotyp jedesmal: „Ich geh in den Garten“. Oder hielt man ihm die Uhr vor mit der Frage „Wieviel Uhr ist es?“ so sagte er regelmäßig „Eine Uhr“. Erkundigte man sich bei ihm, was das für ein Haus sei, in dem er sich jetzt befinde, starrt er den Untersucher ratlos an. Auf die Wiederholung der Frage „Was ist das für ein Haus?“ gibt er an: „Ein Haus zum Wohnen“. Wir sehen also auch hier, daß der Gesamtsinn der Fragestellung nicht erfaßt wird, sondern der Patient wieder an einem Wort mit seiner Aufmerksamkeit haften bleibt, wobei auf diese Weise der wesentlich abstrakteren Fragestellung „Wie geht es?“ der konkretere Sinn eines „Wohin gehen Sie?“ unterlegt wird. Ebenso wird die Frage nach dem Zweck des besonderen Hauses als Krankenhaus mit der

allgemeinen Bedeutung des Hauses als Wohnstätte beantwortet. Nach dem Beruf des Untersuchers gefragt, sieht er erst völlig ratlos vor sich hin, dann nach der Beschäftigung gefragt, sagt er erst: „Sie kommen doch alle Tage hierher“, dann „Gehört Ihnen denn das nicht?“ Wie dann die Frage noch weiter an ihn gestellt wird, antwortet er im Hinblick darauf, daß der Untersucher sich dauernd Notizen macht „Sekretär“. Über den Beruf der Pfleger, die er bereits alle beim Namen kennt, weiß er nur zu sagen „Die bringen doch immer das Essen“. Er vermag auf alle diese Fragen nur insofern Antwort zu geben, als er die Tätigkeit der Betreffenden charakterisiert, soweit er sie unmittelbar selbst erlebt.

Was nun die Frage nach der Tageszeit anbelangt, so ergab die Analyse wieder eine recht charakteristische Reaktionsweise. Erkundigte man sich bei ihm z. B. „Wie spät ist es“ indem man ihm gleichzeitig eine Uhr in die Hand gab, so wendete er den Blick von der Uhr ab zum Fenster heraus und sagte: „Jetzt ist doch Abend, ich geh doch jetzt schlafen“. Auf die Zeiger der Uhr gewiesen, erklärt er richtig „Ein Zeiger“, auf die weitere Frage „Wozu gehört der Zeiger“ antwortet er „Zur Uhr“. Auch hier wird die Frage des „Wozu“ nicht in bezug auf die Bedeutung eines Zeigers im allgemeinen, sondern nur im konkreten Sinne nach der Zugehörigkeit des Zeigers zur betreffenden Uhr erfaßt. Der Untersucher zeigte nun auf die römischen Ziffern der Uhr, insbesondere auf die X mit den Worten „Was ist das für eine Zahl?“. „Das ist keine Zahl, das sind Striche“. Zur XI sagt er dann auf die Frage „Welche Zahl?“ „Das sind 3 Striche“. Wie ihm dann dieselbe Zahl arabisch aufgeschrieben wird „11“, erklärt er: „Ja, das ist eine Zahl, eine Eins und eine Eins“. Die Bedeutung der Uhr als Instrument der Zeitbestimmung wird nicht erfaßt, sondern die Uhr ist lediglich ein Gegenstand von einer gewissen Form, der die Bezeichnung *Uhr* trägt, ohne einen besonderen Zweck zu repräsentieren. Damit verschwindet auch der Sinn der Zahlen, der bereits durch die Lage der einzelnen am Ziffernblatt gegeben wäre. Auf diese Weise sinken die an und für sich sonst weniger gebräuchlichen römischen Ziffern nunmehr zu leeren Strichen herab.

Es ergab sich nun bei der weiteren Untersuchung, daß römische Zahlen niemals als Zahlen akzeptiert, sondern immer nur als Striche bezeichnet werden. Arabische Zahlen werden zwar als solche anerkannt, aber in der schon früher beschriebenen Weise aufgelöst. Die Jahreszahl, die noch immer mit 1930 angegeben wird und der Zeit seiner Erkrankung entspricht, schreibt er 9 10 100 30. Sein Geburtsjahr, 1887, liest er als „eins acht acht sieben“. 12 wird als „Ein und zwei“ gelesen. Auf die Aufforderung, die zwei Zahlen zusammen zu lesen, sagt er dann: „Ein und zwanzig“. Es wird also immerhin die zweistellige Zahl als solche auf besonderen Hinweis erfaßt, doch wird der Stellenwert im Sinne der Reihenfolge der Einzelzahlen umgesetzt. Beim Schreiben verhält es sich ebenso; er setzt die Einzelzahlen, wie sie ihm akustisch geboten

werden, zu einer mehrstelligen Zahl zusammen. So wird die Zahl 13 als 3 10 geschrieben, hingegen vermag er akustisch die Zahl 12 nicht so zu zerlegen, und so schreibt er diese Zahl als Wort in Buchstaben als „Zwölf“ aus.

Beim Zählen von Objekten bis 25 vollzieht er dies in der Weise, daß er richtig bis 10 zählt und bei 11 wieder mit 1 anfängt, um dann bei 21 wieder mit 1 zu beginnen. Läßt man ihn 4 Finger einer Hand abzählen, so tut er dies richtig. Hält man dann 2 Hände vor ihn hin, indem man die Daumen einschlägt, so zählt er erst bei der einen Hand langsam bis 4 und dann an der anderen Hand nochmals bis 4. Er ist nicht in der Lage, fortlaufend bis 8 zu zählen. Nur dann, wenn man die Hände ganz dicht aneinanderhält, so daß sich die kleinen Finger berühren, so vermag er dann alle 8 Finger als eine Einheit aufzufassen und zählt alle Finger einzeln ab von 1—8.

Wir sehen, daß der Zahlbegriff als ein Symbolwert völlig verloren gegangen ist, daß vielmehr die Zahl nur noch zu einem Schriftzeichen wurde, das einen besonderen Namen trägt. Mehrstellige Zahlen werden daher so gelesen, daß nur die Reihenfolge der einzelnen Ziffern berücksichtigt wird. In gleicher Weise verhält er sich aber auch beim Schreiben von mehrstelligen Zahlen. Er löst den akustischen Eindruck auf und setzt die einzelnen Zahlen ohne Rücksicht auf ihren mathematischen Stellenwert hintereinander. Zahlen wie 11 und 12, bei denen dies nicht ohne weiteres möglich ist, schreibt er aber in Buchstaben aus. Beim Zählen von Gegenständen vermag er bis 10 zu zählen, sobald die Zahl zweistellig wird, fängt er wieder bei 1 an. Er zählt dabei nicht im eigentlichen Sinn, sondern gibt jedem Gegenstand nur eine Nummer. Er gibt aber den einzelnen Gegenständen nur so lange fortlaufende Nummern, als sie dicht beieinander liegen, sonst beginnt er bei jedem Haufen, der von ihm als Einheit empfunden wird, von neuem zu numerieren.

Sein Verhalten beim Lesen und Schreiben von Worten und Sätzen ist ähnlich wie von Zahlen. Er reiht Buchstaben aneinander, ohne Rücksicht auf die Bedeutung. Er ist daher auch nicht in der Lage, einen undeutlich geschriebenen Buchstaben sinngemäß zu ergänzen. So liest er z. B. anstatt „Fassen Sie sich an die Nase“ „Fassen Sie sich on otie Nase“ weil das flüchtig geschriebene *a* in *an* wie *o* aussieht und das *d* von *die* leicht gezogen wie *ot* aussieht; trotzdem würde jeder Gesunde diese Undeutlichkeit im Augenblick, wenn er den Sinn nur einigermaßen erfaßt hat, überhaupt nicht berücksichtigen. Erteilt man ihm mündlich denselben Auftrag, so faßt er ihn sofort auf und führt ihn aus. Wir können nur annehmen, daß der Kranke durch den einfachen Leseakt, den er mit Anspannung seiner ganzen Aufmerksamkeit vollzieht, so restlos in Anspruch genommen ist, daß er nicht gleichzeitig auf den Sinn achten kann, ebenso wie ein Kind, das Lesen lernt, anfangs ohne Verständnis für den Inhalt Worte aneinanderreihet. Selbst die Forderung,

einen Auftrag erst nachzusprechen und dann auszuführen, mißlingt meist. Er wiederholt dann den gehörten Satz mehrmals und wird ratlos, wenn man ihm nun sagt, er soll dies auch ausführen.

Wenn man ihm nur eine Bezeichnung eines Gegenstandes aufschreibt und ihn danach auffordert, diesen vom Tisch zu nehmen, so zeigt er auch ein ganz charakteristisches Benehmen, so z. B. das Wort „Kette“. Er liest dieses Wort mehrmals hintereinander, indem er immer die zweite Silbe betont „Ketté“, er sieht dabei ratlos vor sich hin; wie er dann plötzlich sinngemäß die erste Silbe akzentuiert und das Wort in der üblichen Betonung wiederholt, zieht ein befriedigtes Lächeln über sein Gesicht, und er greift nach der auf dem Tisch liegenden Uhrkette, denn in diesem Augenblick hatte das Wort *Kette*, das für ihn zuerst bloß die Bedeutung eines Artikulationskomplexes hatte, jetzt Symbolwert für einen besonderen Gegenstand bekommen.

In den ersten Wochen verhielt er sich ähnlich, wenn man ihm mündlich eine Aufgabe stellte. Er sprach erst ratlos die gehörten Worte nach, die dann auf einmal für ihn Sinn bekamen. Man sah diesen Moment stets an einem Aufleuchten in seinem Gesichtsausdruck, erst dann vollzog er den Auftrag der Bedeutung entsprechend, die er den Worten unterlegte. Es soll hier auf die interessanten Beobachtungen *L. Binswangers* bei Kommutationspsychosen hingewiesen werden, wo die Einheit von Wortklang und Wortbedeutung wieder auseinanderfällt, so daß durch den Wortklang die Aufmerksamkeit soweit absorbiert ist, daß der Inhalt verloren geht. Noch deutlicher tritt diese Störung in unserem Fall bei Lese- und Schreibversuchen zutage.

Es kam auch wiederholt vor, daß Gegenstände, die er erst rein nach ihrer Form erfaßt hatte, nachdem seine Aufmerksamkeit auf besondere Merkmale gelenkt wurde, eine andere Bezeichnung bekamen, die dann dauernd festgehalten wird; so sei ein Beispiel für viele genannt. Dem Patienten wird eine Kindertrompete aus Blech mit der Form eines Posthorns vorgelegt, sofort setzt er das Instrument richtig an den Mund und bläst. Auf die Frage „Wie nennt man das?“ sagt er erst: „Zum Blasen“ dann „Trompete“. Wie ihm dann eine Kinderflöte aus dem gleichen Metall vorgelegt wird, nimmt er diese wie einen Dirigentenstab zur Hand und sagt: „Ein Stab“. Obwohl er wiederholt auf das Mundstück und die Klappenlöcher hingewiesen wird, bezeichnet er weiter das Instrument als *Stab* durch mehrere Wochen, so oft es ihm gleichzeitig mit der Trompete vorgewiesen wird.

Einmal haftet er plötzlich mit seinem Blick an dem Mundstück, setzt darauf das Instrument richtig an den Mund und pfeift. Wie er darauf wieder gefragt wird, was das für ein Gegenstand sei, sagt er: „Zum Pfeifen“. So oft ihm nun die Flöte vorgezeigt wurde, sagte er regelmäßig: „Zum Pfeifen“ oder „Eine Pfeife“. Wenn man ihm nun versichert, dies sei ein Stab, sagt er stolz: „Nein, das gehört zum Pfeifen“.

Sehr instruktiv war der Versuch, vor ihm ein kleines Schilderhaus von etwa 7 cm Größe auf den Tisch zu stellen. Auf die Frage, was dies sei, legte er es nun so um, daß die offene Seite nach oben sah und erklärte: „Das ist ein Kasten“. Sobald man das Häuschen wieder entsprechend aufstellte, legte er es regelmäßig um und wiederholte „Ein Kasten“. Selbst als man ihn auf das rote Dach des Häuschens aufmerksam macht, läßt er sich nicht beirren, sondern legt es wieder um und sagt: „Ein Kasten“. Einen hölzernen Soldaten, der dicht daneben gestellt wird, beachtet er trotz mehrfacher Aufforderung in keiner Weise, sondern er bleibt mit seiner Aufmerksamkeit am „Kasten“ kleben. Erst als das Schilderhaus entfernt und der Soldat allein vor ihn gestellt wird, sagt er: „Ein Junge“. Das geschulterte Gewehr kann er nicht benennen. Wie man ihm sagt, das sei ein Gewehr, erklärt er entschieden: „Das ist kein Gewehr. Ich habe zu Hause ein Gewehr“. Wie man jetzt den Soldaten ins Schilderhaus stellt, sagt er nun spontan: „Ein Schilderhaus“. So oft das Schilderhaus darauf umgelegt wird, wie er es zuerst tat, stellt er es immer wieder richtig auf mit den Worten „Ein Schilderhaus“. Die Bezeichnung *Kasten* wird entschieden abgelehnt, und er sagt wiederholt stets „Ein Schilderhaus“. Es muß auch betont werden, daß er jetzt auch den Soldaten selbst, wenn er sich in seinem peripheren Gesichtsfeld befindet, jedesmal mit der Hand herholt und in das Schilderhaus stellt.

Entsprechend verhält er sich auch mit einer Kaffeemühle, die er sofort richtig als solche bezeichnet, und mit der dazugehörigen Lade. Er bezeichnet die Lade wieder als *Kasten*. Auf die Frage, ob der Kasten zur Kaffeemühle gehöre, lehnt er dies mit den Worten ab: „Nein, das ist eine Kaffeemühle und ein Kasten“. Selbst als er auf die seitliche Öffnung für die Lade aufmerksam gemacht wird, erklärt er nur: „Da gehört der Kaffee herein“. Erst als man ihn direkt fragt, ob nicht der Kasten in die Mühle gehöre, steckt er sichtlich befriedigt aufleuchtend die Lade in die Mühle und wiederholt dies regelmäßig, sobald die Lade herausgezogen und daneben gestellt wird. Jetzt konzidiert er auch die Bezeichnung *Lade*.

Wir sahen schon am 1. Beispiel mit der Flöte, wie er an der groben äußeren Form ohne weitere Überlegung stecken bleibt, ohne andere wesentliche Merkmale überhaupt zu berücksichtigen, selbst dann nicht, wenn ein verwandter Gegenstand die gleichen Merkmale trägt, die sofort beachtet werden, wie das Mundstück des Blasinstrumentes. Er bleibt auf die einmal erfaßte „Gestalt“ zentriert, bis es endlich gelingt, ihn gleichsam dazu zu zwingen, andere Merkmale zu berücksichtigen, und damit springt plötzlich eine wesentlich andere Gestalt für ihn ein, auf die er dann konzentriert bleibt. In gleicher Weise verhält er sich dem Schilderhaus gegenüber, das er nur als Kasten anerkennen will und in diesem Sinn auch die Lage bestimmt. Der daneben liegende

Soldat wird überhaupt nicht wahrgenommen, als befände er sich im hemianopischen Gesichtsfeld. Im Moment, da er als solcher erfaßt wird und der Patient ihn auch mit dem Schilderhaus in Beziehung bringt, ist er gleichsam mit der Gestalt des Schilderhauses verschmolzen, und er wird auch aus entlegenen Punkten des Gesichtsfeldes sofort zurückgeholt. Wir sehen also das früher bereits hervorgehobene Phänomen wieder, daß der Kranke nur *einen* Gegenstand zu berücksichtigen vermag. Für ihn ist der eine Gegenstand, um mit *Goldstein* zu sprechen, die Vordergrundfigur, der Hintergrund ist aber für ihn vollkommen umgestaltet, sozusagen eine amorphe Masse.

Er ist daher auch nicht in der Lage, selbständig einen Gegenstand mit einem anderen in Beziehung zu setzen, außer die Beziehungsetzung wird vor ihm vollzogen, dann ist er aber auch nicht mehr in der Lage, diese Beziehung selbst wieder zu lösen.

Dadurch, daß er aber nicht mehrere Dinge zu übersehen vermag und daher auch nicht in der Lage ist, spontan irgendwelche Gegenstände neben der zentrierten Figur im Hintergrund mitzuerleben, um sie im gegebenen Fall in den Vordergrund zu rücken, fehlt ihm jede Möglichkeit, eine Zuordnung nach höheren Gesichtspunkten als rein formalen vorzunehmen. Gibt man ihm z. B. einen Haufen von Wollsträhnen, um sie nach Farben zu ordnen, so legt er nur alle diese Strähnen ohne Rücksicht auf ihre Farbe in einer Reihe parallel nebeneinander, wobei er streng darauf achtet, daß nicht etwa einer oben oder unten vorsteht. Diese primitive Ordnungstendenz läßt er aber auch an allen seinen Habseligkeiten walten, indem er auf dem Nachttisch seine Zahnbürste, seinen Kamm und ein Besteck schön parallel ausgerichtet nebeneinander legt. Erst dann, wenn man ihn speziell auffordert, alle roten, alle blauen und alle grünen Strähnen und alle übrigen nach Farben zusammenzulegen, tut er dies, aber auch noch in der strengen Einhaltung der Richtung, wobei er die Strähne aller anderen Farben, die ihm nicht besonders bezeichnet werden, im bunten Durcheinander der Farben in derselben formalen Ordnung seitwärts legt.

Bei jedem Versuch, den Patienten überhaupt Gegenstände ordnen zu lassen, bestand außer dem Kleben am einzelnen Gegenstand aber auch noch die Schwierigkeit, daß vor allem der betreffende Gegenstand, wie bereits ausgeführt, auch anders erlebt, als eine andere Gestalt aufgefaßt wurde. So erwies sich das Bemühen, ihm z. B. aus einem Spielzeugkasten ein kleines Dorf mit Häusern, einem Zaun und stilisierten Bäumen zusammenzustellen, völlig zwecklos, weil er alles nur dem Material entsprechend als Holz bezeichnete und es erst geraume Zeit brauchte, ihn dazu zu bewegen, die Gegenstände in ihrer Bedeutung zu akzeptieren. Gelang dies dann teilweise, so klebte er wieder am einzelnen Objekt, ohne die anderen Gegenstände zu berücksichtigen, so daß wieder nicht der entsprechende Erfolg erzielt werden konnte.

Auch der Versuch, ihn einzelne Bilder aus mehreren Teilen zusammenstellen zu lassen, gelang nur sehr unausgiebig. So vermag er nicht den aus 4 Teilen bestehenden Hahn des Rossolimokastens zusammenzusetzen. Er weiß auch mit den einzelnen Teilen, die dem Kopf, dem Rumpf, den Füßen und einem Schwanz entsprechen, nichts anzufangen. Den Teil mit dem Schwanz bezeichnet er als Blumenstrauß. Wie dann das ganze Tier vor ihm zusammengestellt wurde, sagt er: „Ein Huhn“. Wie das Bild dann wieder in seine 4 Teile zerlegt wurde, konnte er wieder nicht das Bild zusammensetzen, sondern fügt nur Kopf und Schwanz und Rumpf und Füße zusammen; bei einem weiteren Versuch, alle Teile bis auf den Schwanz, den er seitwärts liegen läßt, ohne ihn zu berücksichtigen. Er sagt dann wieder „Ein Huhn“ und stellt in Abrede, daß ein Teil davon fehlt.

Ebenso benimmt er sich mit dem vierteiligen Bild eines Wagens aus dem *Rossolimoschen* Untersuchungskasten. Wie er, nachdem er das farbige Bild bereits erkannt hatte, hier wieder die einzelnen Teile zusammenstellen soll, berücksichtigt er nur die Größe der einzelnen Teile, ohne auf das Bild zu achten, wobei er sogar ein Stück verkehrt mit der unbedruckten Fläche nach oben anfügt, obgleich er dabei dauernd „Ein Wagen“ vor sich hinspricht. Wie man dann von dem fertigen einmal erfaßten Wagen den Räderteil fortnimmt, will er nicht zugeben, daß an dem Wagen etwas fehlt.

Dieses Nichtwahrnehmen des Fehlens wesentlicher Teile einer einmal aufgefaßten Gestalt zeigte sich besonders bei Versuchen mit dem bekannten Kinderspielzeug, bei dem eine Anzahl von Würfeln zu 6 verschiedenen Bildern zusammengesetzt werden kann. Je nachdem, welche Seiten der Würfel aufwärts gesetzt werden, ist z. B. das Bild eines Hundes, eines Pferdes, eines Rindes usw. zu sehen. Der Patient war nicht in der Lage, wenn von 20 Würfeln 19 am richtigen Platz standen, den 20. ergänzend einzufügen, selbst dann nicht, wenn er das Bild bereits richtig erfaßt hatte. Hatte er aber einmal eine Darstellung gedeutet, so blieb er auch dabei, wenn auch wesentliche Teile durch Wenden der Würfel falsch ergänzt waren. So blieb er dabei, ein Bild noch als Pferd zu deuten, wie statt des Kopfes und Halses ein Teil einer Wiese oder eines Storches eingesetzt war. Selbst als man ihm die vollständige Vergleichsvorlage des Bildes zeigte, blieb er dabei, daß kein Unterschied zwischen den beiden Bildern sei. Erst als man ihn direkt nach dem Kopf des Pferdes fragte und so seine Aufmerksamkeit auf den Defekt lenkte, sagte er: „Hier ist der Kopf, und hier ist der Kopf nicht“.

Für ihn sind die einzelnen Teile nicht mehr Teile eines Ganzen, das zusammengehört, sondern jeder Teil Gegenstand für sich, der keinen besonderen Sinn mehr repräsentiert. Die Zugehörigkeit der einzelnen Teile ist nur mehr durch die Größe und Form bestimmt, ohne Rücksicht auf einen gemeinsamen Darstellungsinhalt. Er ist auch nicht in der

Lage, aus der nur zum Teil dargestellten Gestalt die Gesamtgestalt zu ergänzen, wie es ein Gesunder bei den vorgelegten Tests ohne weiteres könnte. Unser Patient klebt stets so sehr an den Einzelheiten, daß ein Gesamtüberblick an und für sich schon behindert ist, geschweige, wenn noch Teile ergänzt werden müssen. Ist aber einmal eine Gestalt tatsächlich erfaßt, so bleibt sie für ihn bestehen, wenn auch wesentliche Teile fehlen. Es wirkt sich hier das Gesetz der Erhaltung der Gestalt um so mehr aus, als der Kranke überhaupt nur sehr schwer in der Lage ist, durch eine Modifikation der Merkmale zu einer neuen Gestalt vorzudringen.

Im vorhergehenden wurde immer wieder die auffallende Initiative-losigkeit des Patienten betont. Wenn sie auch am Ende des 2. Monats unserer Beobachtung insofern an Intensität abgenommen hatte, als er sich allein an- und auszog, sein Essen ohne Aufforderung aß und sich selbst auch die von seiner Frau mitgebrachten Speisen aus dem Eiskasten holte, so saß er doch fast den ganzen Tag vor sich hinstarrend auf einem Stuhl, oder er lief unermüdlich im Garten auf den gleichen Wegen in gleicher Richtung herum. Zu spontanen sprachlichen Äußerungen kam es fast gar nicht. Wenn er angesprochen wurde, gab er nach Maßgabe seines Verständnisses Auskunft. Ein Gespräch im eigentlichen Sinn kam aber niemals zustande.

Es seien daher die wenigen spontanen Äußerungen, die er in einer Beobachtungszeit von 8 Monaten tat, erwähnt. Es muß dabei vorweggenommen werden, daß wir bei ihm nach 5 Monaten eine Atropinkur einleiteten in der Hoffnung, ebenso wie bei postencephalitischen Parkinsonisten eine Zunahme an psychischer Aktivität zu gewinnen und dadurch das ganze Zustandsbild vielleicht wesentlich zu beeinflussen. Unsere Erwartungen wurden in dieser Hinsicht in keiner verwertbaren Weise erfüllt. Aber wir hörten doch von ihm die erste spontane Äußerung, während dieser Behandlung, da er unter dem imperativen Durstgefühl mehrmals um Wasser bat.

Sehr auffallend waren aber die Bedingungen, unter denen das zweite-mal die Initiative-losigkeit des Patienten durchbrochen wurde. Es war dies wenige Tage später, als er einmal allein in seinem Zimmer saß und ein jugendlicher Encephalitiker die Gelegenheit benützte, um in dem Zimmer aus dem Nachttisch des anderen Kranken, der bei unserem Patienten im Zimmer lag, aber gerade nicht anwesend war, die Geldbörse zu nehmen und eine Mark zu stehlen. Wie der andere Kranke nun wieder in sein Zimmer zurückgebracht wurde, trat plötzlich unerwartet der sonst so schweigsame Patient an diesen heran und erläuterte mit wenigen Worten und dadurch, daß er die Handlungsweise des Diebes nachahmte, daß „einer ihm etwas nehmen wollte“. Wir müssen doch aus dieser unerwarteten Reaktion schließen, daß Sch. begriff, um was es sich handelte und der zornige Affekt über diesen Diebstahl seine

Hemmung durchbrach. Man kann es nicht als Spontanäußerung im selben Sinne auffassen, daß er einmal, als der erwähnte Zimmergenosse die Äpfel bewunderte, die ihm seine Frau gebracht hatte, diesen fragte: „Wollen Sie einen haben?“

Seine Hemmung beschränkte sich aber im wesentlichen auf spontane sprachliche Äußerungen, weil er sonst irgendwelche einfache Wünsche, wie in den Garten zu gehen, zu essen oder sich niederzulegen ziemlich prompt in die Tat umsetzte. Wollte man ihn daran aus irgendeinem Grunde hindern, so wurde er sehr ungehalten und führte seine Absicht mit Energie aus. Er benützte dann geschickt einen unbewachten Augenblick, um sein Vorhaben auszuführen, sei es, daß er sich mit einem anderen durch die geöffnete Tür in den Garten drängte, sei es, daß er bei einer Exploration plötzlich aufstand und in sein Zimmer zum Essen ging.

Den Bericht über das Verhalten des Patienten abschließend, sei noch gestattet, einige Beobachtungen der Frau zu berichten, die ihren Mann nach 8 Monaten aus der Klinik nach Hause nahm. Diese Angaben sind uns um so wertvoller, weil sie uns den Kranken noch in seiner früheren gewohnten Umgebung zeigen und uns dadurch sein Verhalten in Alltagssituationen vor Augen geführt wird.

Kaum hatte er die Klinik verlassen, ereignete es sich, daß er mitten auf der Straße stand und ein Sanitätsauto kam. Obwohl das Auto heftige Hupensignale gab, blieb er gleichmütig stehen, bis das Auto wenige Meter von ihm entfernt stehenblieb. Er sah ratlos und erstaunt das Auto an, ohne deshalb aus dem Wege zu gehen, obwohl der Wagenführer weiter Signal gab. Als nun die Sanitätsmannschaft, die vorn im Auto saß, glaubte, der Patient sei taub, begannen sie lebhaft zu gestikulieren und bemühten sich, durch Armbewegungen ihm begreiflich zu machen, daß er Platz machen solle; aber das half alles nichts. Erst als ihn ein Vorübergehender auf den Bürgersteig führte, folgte er willig.

Wir sehen also auch hier das gleiche Benehmen wie an der Klinik. Er hört zwar den Lärm der Hupe, er ist aber nicht in der Lage, das Geräusch als Zeichen zu verwerten und reagiert daher auch nicht entsprechend. Ebenso verhält er sich gegenüber den pantomimischen Gebärden der Leute, die ihm durch optisch wahrnehmbare Zeichen klar machen wollen, daß er sich zur Seite begeben solle. Ganz abgesehen davon, daß ein Gesunder bereits ohne akustische und optische Signale beim Herannahen eines Autos die Straße verlassen wird. Er erwies sich durch dieses Verhalten ebenso asymbolisch wie bei unseren oben angegebenen Versuchen.

Aber auch eine 2. Beobachtung der Frau scheint uns in dieser Hinsicht bemerkenswert. Der Patient wurde auf Wunsch der Angehörigen versuchsweise zu Weihnachten nach Hause entlassen. Seine Frau und Tochter schmückten für ihn den Weihnachtsbaum und bauten ihm auf

einem Tisch eine Reihe Geschenke auf in der Hoffnung, ihm damit eine große Freude zu bereiten. Zu ihrem Erstaunen starrte er völlig ungerührt den erleuchteten Baum an und beachtete in keiner Weise die Geschenke. Auf die Frage nach dem Christbaum antwortete er nur ruhig: „Ein Baum“. Auch hier wird der Baum als solcher erkannt, aber der symbolische Sinn wird trotz der veränderten äußeren Aufmachung nicht erfaßt.

Besonders auffallend schien aber der Frau der starke Sinn für Ordnung; er legte beim An- und Ausziehen alles genau an seinen Platz. Gegenstände, die er in die Hand nahm, stellte er genau an denselben Ort zurück und legte alle Bleistifte, Federhalter und andere längliche Gegenstände stets genau parallel nebeneinander, wie wir dies bereits früher bei seinen Ordnungsversuchen hervorgehoben haben. Ereignete es sich aber einmal, daß irgendein Stück nur etwas entfernt vom gewohnten Platz lag, so fand er es schon nicht mehr. Wir haben hier dieselbe peinliche Ordnung wie *Goldstein* dies für seine Hirnverletzten festgestellt hatte. In unserem Fall ist aber diese Ordnung nicht nur auf eine Sicherungstendenz des Patienten zurückzuführen, wie bei den Hirnverletzten *Goldsteins*, die durch jede Änderung ihres Milieus eine Erschütterung ihres ganzen Verhaltens befürchten müssen und gleichsam aus Zweckmäßigkeitsgründen zur Schonung ihrer eigenen Kräfte ihre strenge Ordnung walten lassen, sondern unser Kranker wiederholt alle seine Handlungen mit photographischer Treue. Er klebt an dem einmal erlebten Verlauf, und so gehört er zu jenen seltenen Patienten, die bei Demonstrationen unter allen Umständen funktionieren, denn man kann versichert sein, daß die gleiche Fragestellung jederzeit mit der gleichen Reaktion beantwortet wird.

Sich selbst überlassen äußert sich dieses Haften an der Situation in einer ausgesprochenen Iterationstendenz, sofern er überhaupt einmal einen Handlungsmechanismus mobilisiert hat und nicht im Sinne der oben erwähnten statischen Perseveration im Sinne von *Arnold Pick* an einem Blickpunkt seiner Aufmerksamkeit starr haften bleibt. So trat diese Iterationstendenz dann zutage, wenn er einen Bleistift in der Hand hatte, denn da kam es vor, daß er auf ein beliebiges Blatt, sei es auch auf eine Zeitung stundenlang nichts als seinen Vornamen *Kurt* untereinander oder nebeneinander schrieb.

Was nun das zwangsmäßige Verharren auf einem Vorsatz anbelangt, so zeigte sich dies besonders, wenn er ausgehen wollte. Es half da alles nichts, man mußte ihn fortgehen lassen und ihn begleiten. So ereignete es sich einmal, daß der Patient am frühen Morgen fortzugehen verlangte. Der Patient ging in Begleitung seiner Frau in einem gleichmäßigen, aber schnellen Tempo, so daß ihm seine Frau nur mit Mühe folgen konnte. Plötzlich kamen sie zu einer Stelle, wo die Straße die Bahngleise überquert. Obwohl ein Lastenzug sich diesem Durchlaß bereits näherte,

überquerte der Patient, ohne den Zug zu berücksichtigen, die Schienen. Die Frau mußte während der Zeit den langen Zug vorbeifahren lassen und hatte, wie sie nun die Straße frei vor sich hatte, ihren Mann aus den Augen verloren. Dies trug sich um 7 Uhr früh zu; obwohl die Polizei verständigt wurde, war bis 5 Uhr nachmittags bei einbrechender Dunkelheit noch keine Spur von ihrem Mann gefunden. Sie ging darauf selbst nochmals auf die Suche und fand ihren Mann in der nächsten Nähe ihrer Wohnung gleichmäßig ruhig auf einer ringförmig in sich geschlossenen Straße um eine Kirche gehen, ohne daß er die unmittelbar in diese Straße einmündende breite Straße, in der er selber wohnte, bemerkte. Spätere Erhebungen ergaben, daß er bereits viele Stunden hier unentwegt nach einer Richtung gelaufen war.

Zusammenfassung.

Versuchen wir nun nach dieser eingehenden Darstellung der Reaktionsweise unseres Kranken uns ein Urteil über die Art des Prozesses, der in den letzten 5 Monaten zu einem gewissen Abschluß gekommen war, zu bilden, so können wir von einer Demenz sprechen, die sich in seinem gesamten Verhalten bemerkbar macht und in einer jetzt näher zu umschreibenden Auffassungsstörung ihre Ursache hat. Es gelingt uns vielleicht, alle Fehlleistungen auf einen Generalnenner zu bringen, den wir als Grundsymptom ansehen können und der uns gerade am Höhepunkt der Erkrankung am deutlichsten vor Augen tritt. Es ist dies das Klebenbleiben der Aufmerksamkeit an einem Punkt, der ebenso in der Außenwelt gelegen sein kann wie vermutlich auch an einem gefaßten Gedanken, der ihn einmal beschäftigte. Es besteht ein ausgesprochenes Unvermögen, die Aufmerksamkeit zu verlegen, außer es gelingt, diesen neuen Zielpunkt dem alten einzuordnen oder mit ihm verschmelzen zu lassen.

Dieses Haften an dem einmal erfaßten Objekt ist so stark, daß der Patient auch nicht in der Lage ist, zu einer völlig veränderten neuen Situation irgendeine Einstellung zu gewinnen. Auf diese Weise kommt es zu einem korsakoffähnlichen Syndrom mit völliger räumlicher und zeitlicher Desorientierung. Er klebt so fest an der unmittelbar seiner Einlieferung in die Klinik vorausgegangen, allerdings affektbetonten Situation, daß er sich überhaupt nicht zu seiner neuen Umgebung in Beziehung setzen kann. Wir sehen hier gerade die Störung, die in den neueren Untersuchungen über den „amnestischen Symptomenkomplex“ besonders von *Bürger-Prinz* und *Kaila* in den Vordergrund gestellt wurde, nämlich eine Einstellungsstörung in Reinkultur. Wir konnten die an und für sich als Kardinalstörung des Korsakoffsyndroms aufgefaßte Merkschwäche wegen der besonderen methodischen Schwierigkeiten für eine solche Untersuchung in unserem Fall nicht speziell prüfen, doch konnten wir soviel feststellen, daß der Patient Dinge, die er einmal

in irgendeiner Form überhaupt aufgefaßt hatte, stets wieder in der gleichen Gestalt wiedererkannte.

Wir kommen hier gleich zu der zweiten uns besonders in die Augen springenden Störung, nämlich der Form der Auffassung, die für optisch, akustisch, ja auch, wie noch erwähnt werden muß, rein taktil gegebene Reize gleich ist. Der Patient bleibt stets an der Oberfläche kleben, er haftet an einer Qualität, die er unter Hintansetzung wesentlicher Merkmale dominiert, wobei er nicht zu einer primitiveren Zuordnung im Sinne von *Gelb* und *Goldstein*, sondern auch selbst zu abstrakteren Erlebnisgestalten vordringt. Er bezeichnet so rein am Formeindruck haftend die Uhr als Kreis und beantwortet die Frage „Wie geht es?“ auf der konkreten Vorstellung vom Gehen zentriert: „Ich geh in den Garten“. Es kommt durch diese Abstraktion einzelner Glieder aus dem ganzen gebotenen Reizkomplex zu einer Verzerrung der erlebten Gestalten. Die einzelnen Merkmale werden in ihrer Wechselbeziehung nicht mehr entsprechend übersehen, wodurch die gebildete Gestalt eine unvollkommene bleibt. Im allgemeinen werden bei Korsakoffzustandsbildern durch eine intensivere Zulenkung der Aufmerksamkeit die Auffassungsstörungen, wie *Wenger* nachweisen konnte, korrigiert, während durch die besondere Form des Prozesses in diesem Fall eher das Umgekehrte der Fall ist.

Besonders deutlich tritt dies beim Lesen und Schreiben zutage. Es werden Zeichen für akustische Eindrücke aneinandergereiht und andererseits beim Lesen diese Zeichen in einer gewissen Reihenfolge wieder benannt, ohne daß dieser Akt mit einem Lesen oder Schreiben, durch das Inhalte vermittelt werden sollen, irgend etwas zu tun hätte. Der Patient ist an die bloße Funktion des Aneinanderreihens von Buchstaben ebenso wie ein Kind, das diese Funktionen erst mühevoll erlernen soll, so fixiert, daß die Inhalte völlig unberücksichtigt bleiben. Er ist nicht in der Lage, den Symbolwert dieser Zeichen zu erfassen.

Noch ausgesprochener zeigt sich diese Störung beim Lesen und Schreiben von Zahlen, wobei die römischen Ziffern überhaupt nicht mehr als Zeichen aufgefaßt werden, die den Namen einer Zahl tragen, sondern lediglich als eine gewisse Anzahl von Strichen gezeichnet werden. Auch die mimischen Ausdrucksbewegungen haben für ihn vollkommen den Darstellungscharakter eingebüßt und sind zu sinnlosen Bewegungen herabgesunken, die zwar erfaßt und auch nachgeahmt, nicht aber als Zeichen gewürdigt werden. In diesem Sinn ist auch das Verhalten des Patienten zu werten, der anfangs die ihm zum Gruß entgegengestreckte rechte Hand nicht mit seiner rechten Hand ergreift, sondern wie ein kleines Kind diese Bewegung bloß kopiert, indem er mit der unmittelbar gegenüber befindlichen linken Hand die Bewegung nachahmt. Das gleiche gilt für die Imitation der nach einer Richtung weisenden Geste mit der Hand, ohne daß er mit dem Blick diese Richtung weiter verfolgt.

Im Akustischen entspricht dieser Asymbolie, die hier nicht auf einer gnostischen Störung im engeren Sinn beruht, sondern durch die geschilderte Perseverationstendenz gegeben ist, sein Verhalten beim Hupensignal des Autos, das wohl gehört, aber nicht entsprechend verwertet werden konnte. Immer klebt er an der unmittelbar sinnlich gegebenen Fassade, ohne daß es ihm gelingen würde, gleichzeitig zu einer Deutung vorzudringen und so eine Sinngestalt aufzubauen. Die intensive Fixierung am äußeren Merkmale läßt keine weitere assoziativ synthetische Betrachtung mehr zu.

Aber auch sein Willensleben steht unter dieser primären Aktivitätsstörung, dem Unvermögen, den Zielpunkt zu wechseln, und so gewinnt ein gefaßtes Vorhaben den Charakter eines nicht mehr beeinflussbaren Dranges. Hat er einmal die Absicht, fortzugehen, so läßt er sich nicht hindern, und will er sich einmal abends niederlegen, so ist er nicht zu bewegen, noch in das Untersuchungszimmer zu gehen. Wird er aber noch in einen anderen Raum geführt, so kehrt er im nächsten Moment in sein Zimmer zurück und legt sich ins Bett.

Wenn wir auch bei unserem Patienten keine Zeichen eines Parkinsonismus feststellen konnten, so deutet doch die beschriebene Denkstörung entschieden auf ein postencephalitisches Zustandsbild. Es handelt sich hier um einen Fall von rigorloser Starre, bei dem gerade die für schwerste Formen von Parkinsonismus charakteristische „mangelnde Triebkraft des Vorstellungsablaufes“, wie sich *Hauptmann* ausdrückt, solche Formen angenommen hat, daß dadurch eine schwerste Auffassungsstörung zustande kam, die dem ganzen Zustand das Gepräge einer hochgradigen Demenz verleiht.

Wenn auch der Verlauf der Erkrankung atypisch ist, so besonders das auffallend verlängerte Prodromalstadium, das über ein halbes Jahr zurückzuverfolgen war, so muß doch darauf hingewiesen werden, daß die Form dieses verlängerten Vorstadiums mit den Unruhezuständen der Reizbarkeit und Vergeßlichkeit weitgehend den von *Mäkelä* und *Stern* beschriebenen Fällen entspricht. Das akute Stadium ist von einer hochgradigen Schlafsucht und anfänglichen Glykosurie eingeleitet. Auch die in die Substantia nigra zu lokalisierenden Kau- und Schluckbewegungen sind für die akute Phase dieser Erkrankung charakteristisch. Die von uns eingeschlagene Therapie mit intensiven Jodpreglinfusionen führte auch im Zeitraum von 3—4 Wochen zu einem Abklingen dieses *akuten Stadiums*, das dann direkt in das chronische Bild überging.

Was nun die Demenz anbelangt, so wird diese von den meisten Autoren, wie besonders von *Stern* in seiner Monographie und neuerlich wieder von *Steck* als Seltenheit bezeichnet; v. *Economo* betont, daß die Verblödung meist nur eine scheinbare ist. Nur *Aschaffenburg* trat entschieden dafür ein, daß man die Interesselosigkeit der Patienten und den Mangel an Verständnis für die Schwere des Leidens als Demenz werten

müsse. Ich meinerseits glaube, daß die Demenz nicht nur oft durch den Mangel an Ausdrucksmöglichkeit für psychische Reaktionen vorgetäuscht wird, sondern daß vielleicht eine gestörte Auffassung durch ein schweres amyostatisches Syndrom verdeckt sein kann, da es ja in vielen Fällen kaum zu entscheiden sein wird, ob ein äußerer Reiz, der wegen der Hypokinese an und für sich nicht mit einer entsprechenden Reaktion beantwortet werden kann, tatsächlich richtig aufgefaßt und gedeutet wurde oder nicht. Für diese Annahme spricht auch die Beobachtung *Bianchis*, dem wir mit *Naville* den Begriff der Bradyphrenie verdanken, darin bestehend, daß schwere Parkinsonisten auch eine Gedächtnisstörung für die jüngste Zeit aufweisen. Es wäre nach den obigen Untersuchungen naheliegend, daß diese Merkschwäche auf die behinderte Einstellung zu neuen Eindrücken und deren Verarbeitung zurückzuführen sei, wodurch es zu dem oben geschilderten korsakoffähnlichen Syndrom kommt.

Erwägungen über die Lokalisation dieser Störung der psychischen Aktivität können nur hypothetischen Charakter haben, solange nicht die entsprechenden anatomischen Befunde vorliegen. *Stern* selbst, der in einem Fall von rigorloser Starre im wesentlichen Veränderungen in der Substantia nigra feststellen konnte, äußert sich über die Verwertbarkeit seines Befundes sehr zurückhaltend. Wir können, was unseren Fall anbelangt, nur sagen, daß zur Zeit, wie die psychische Starre den Höhepunkt erreicht hatte, die Lippen- und Zungenbewegungen, die für eine gleiche Lokalisation zu verwerten wären, am intensivsten waren.

Abschließend können wir feststellen, daß es sich bei unserem Kranken um einen Demenzprozeß bei Encephalitis lethargica handelt, der sich auch auf eine einheitliche Grundstörung als Achsensymptom in Form einer schweren Einstellungsstörung infolge einer Starre aller psychischen Abläufe zurückführen läßt. Von besonderem theoretischem Interesse scheint uns dabei, daß hier die Bedeutung der psychischen Aktivität für die Wahrnehmungsvorgänge in allen Sinnesgebieten und deren Verarbeitung bewiesen werden konnte.

Literaturverzeichnis.

- Aschaffenburg*: Zbl. Neur. 42. — *Beringer*: Z. Neur. 103. — *Berze*: Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Wien 1914. — *Binswanger, L.*: Korresp.bl. Schweiz. Ärzte 1917, Nr 42. — *Bostroem*: Allg. Z. Psychiatr. 93 (1930); Arch. f. Psychiatr. 71. — *Bürger-Prinz u. Kaila*: Z. Neur. 124. — *v. Economo*: Die Encephalitis lethargica. Wien 1929. — *v. Economo* nach *Spatz*: Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie, Bd. 10. Berlin 1927. — *Gelb u. Goldstein*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 83. — *Goldstein*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 82; Mschr. Psychiatr. 58. — *Hauptmann*: Arch. f. Psychiatr. 66. — *Mäkelä*: Über psychische Störungen bei und nach Encephalitis epidemica. Helsingfors 1923. — *Mathei*: Das Gestaltsproblem. München 1929. — *Pick*: Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Berlin 1921. — *Steck*: Schweiz. med. Wschr. 1931. — *Steiner*: Z. Neur. 78. — *Stern*: Die epidemische Encephalitis. Berlin 1928; Allg. Z. Psychiatr. 93 (1930). — *Stertz*: Arch. f. Psychiatr. 74. — *Wenger*: Z. Neur. 82.