klärend auf das klinische Verständnis eingewirkt, daß auch die spezielle praktische Diagnostik dadurch Vorteile erfahren hat und noch ständig unter ihrem Einfluß steht. Dazu gehören insbesondere die in verschiedenen Publikationen, Kompendien und Handbüchern niedergelegten klinischen Arbeiten von Wernicke, Ziehen, Kraepelin und Sommer.

Wernicke hat den umfassendsten Versuch gemacht, die Geisteskrankheiten auf bestimmte Störungen im normalen Ablauf des psychischen Geschehens zurückzuführen. Alle psychischen Vorgänge vollziehen sich nach seiner Auffassung in drei Etappen einer assoziativen Bahn, nämlich in ihrem psychosensorischen (zentripetalen), ihrem intrapsychischen und in ihrem psychomotorischen (zentripetalen) Teil; er versucht hierfür zum Teil auch eine anatomisch-topographische Lokalisation, namentlich mit Hilfe der Rindenprojektionsfelder zu gewinnen. Demgemäß sind auch alle Erscheinungen geistiger Erkrankung als Störungen in einer dieser Etappen aufzufassen. Von diesen Gesichtspunkten aus gewinnt Wernicke ein Einteilungsprinzip der geistigen Störungen auf einer rein symptomatologischen Grundlage. Alle diese Auseinandersetzungen sind zum größten Teil rein theoretisch und vermögen den Zwecken des Praktikers nicht unmittelbar zu dienen. Aber ihre Schlußfolgerungen, die Beleuchtung, welche durch sie einzelne Seiten der geistigen Tätigkeit und ihre Störungen erfahren, wirken anregend und befruchtend auch auf die rein praktischen, diagnostischen Gesichtspunkte; es sei nur an die durch Wernicke eingeführte Auffassung des „Bewußtseins“ als einer Kombination aus drei Teilfunktionen, ferner an den Begriff der „Sejunktion“ erinnert; wir werden weiter unten sehen, welche Bedeutung diese Begriffe für die praktische Diagnostik gewonnen haben.

Auf verwandtem Boden mit Wernicke steht Ziehen, der namentlich im allgemeinen Teil seines Handbuches eine klare, auch dem Nichtfachmann verständliche Darstellung der psychischen Symptome auf dem Boden der physiologischen Psychologie und der psychischen Elementarsymptome gibt; auch in dem speziellen Teil hat er die Notwendigkeit erkannt, für praktische Zwecke die in der älteren klinischen Psychiatrie gebräuchliche Einteilung der Psychosen und ihre Nomenklatur möglichst beizubehalten und sie auszubauen. Gerade dem Praktiker gibt die Ziehensche Auffassung der Psychosen und der psychischen Elemente die besten Gesichtspunkte an die Hand, um bei der Betrachtung und Analyse eines Falles in das Chaos der ihm entgegentretenden psychischen Störungen zunächst einmal Ordnung zu bringen und von hier aus weitere Anhaltspunkte für die Diagnostik zu gewinnen.

Kraepelin hebt besonders hervor, daß neben der Symptomatologie die Betrachtung des gesamten Krankheitsbildes in seiner Entstehung, seinem Verlauf und Ausgang für die Diagnose wichtig und für die Einreihung des Falles in ein bestimmtes Schema unerlässlich ist. Die Berechtigung dieser Forderung ist zweifellos; in keinem Fach der klinischen Medizin wird man aus dem augenblicklichen Zustandsbilde allein die Diagnose stellen wollen, sondern alle oben genannten Faktoren, wenn sie zur Verfügung stehen, dazunehmen. Freilich wird der Praktiker häufig bei seinem diagnostischen Vorgehen einen Teil dieser Daten entbehren müssen, sodaß er, wie Raecke bei einer bestimmten Gelegenheit betont, immer wieder auf die augenblicklichen Symptome angewiesen ist. Die Annahme, welche von einzelnen Vertretern der Kraepelinschen Schule gemacht wird, daß die meisten andern Psychiater als reine „Symptomatologen“ der „klinischen“ Auffassung der Psychiatrie gegenüberstünden, ist auch von anderer Seite wiederholt zurückgewiesen.¹⁾ Kraepelin und seine Schule sind auf dem genannten Wege zu einer andern Auffassung einer Anzahl von Krankheitsformen der älteren klinischen Psychiatrie gelangt. Insbesondere sind die einfachen Affektpsychosen, die Manie und Melancholie zum größten Teil in ein als „manisch-depressives Irresein“ bezeichnetes Zustandsbild verwiesen worden. Ebenso hat Kraepelin den bereits von Kahlbaum aufgestellten Krankheitsbegriff der „Hebephrenie“ und „Katatonie“ unter dem Namen der „Dementia praecox“ weiter ausgebaut und bringt in diese Gruppe eine große Anzahl der sonst unter anderen Bezeichnungen, namentlich der Paranoia, geläufigen Krankheitsbilder unter.

Die allgemeine Bedeutung von Sommers klinischen Arbeiten liegt hauptsächlich darin, daß er mit großem Nachdruck betont, jede psychiatrische Untersuchung, auch zu diagnostischen Zwecken müsse sich in Form und Vorgehen möglichst dem exakten naturwissenschaftlichen Experiment anschließen, insbesondere müsse die Art und Intensität der angewandten Reize möglichst genau bestimmt und die darauf erfolgende Reaktion nach Ausfall und Dauer festgelegt werden. Eine Wiederholung des Versuches unter Anwendung des gleichen Reizes gibt je nach der geänderten Reaktionsweise unter Umständen Aufschluß über Änderungen des Krankheitszustandes.

Auf psychischem Gebiet werden dabei einerseits nach bestimmten Gesichtspunkten aufgestellte Frageschemata verwendet und die Antworten und Reaktionszeiten sofort protokollarisch festgelegt, anderer-

1) Vergleiche hierzu Nissl, Hysterische Symptome bei einfacher Seelenstörung. Zentralblatt für Nervenheilkunde 1902, S. 2 und die Entgegnungen von Storch, ebenda S. 174 und von Raecke, Neurologisches Zentralblatt 1902, S. 299.

Sammelreferate.

Fortschritte in der psychiatrischen Diagnostik.

Von Dr. L. W. Weber, Oberarzt und Privatdozent in Göttingen.

I. Allgemeines.

Die klinische Psychiatrie ist eine verhältnismäßig junge Disziplin; die Zahl der allgemein anerkannten, in Entstehung, Symptomen und Verlauf einheitlichen Krankheitsbilder ist noch eine ziemlich geringe, wie schon ein Blick auf die, fast in jedem Lehrbuch andere Systematik zeigt. Deshalb besteht auch die Aufgabe der psychiatrischen Diagnostik, wenigstens für den Praktiker, weniger darin, jeden Fall in ein bestimmtes Krankheitschema zu verweisen oder dafür eine neue Krankheitsform aufzustellen, sondern sie soll alle überhaupt vorhandenen Symptome möglichst vollständig feststellen und auf ihre Bedeutung prüfen. Insbesondere der Praktiker wird auf diesem Wege jedenfalls am sichersten zur Lösung der ihm obliegenden Aufgaben kommen: einmal, überhaupt den Nachweis der geistigen Erkrankung eines Individuums zu erbringen, was ja bei der mehr und mehr anerkannten Bedeutung der Grenzzustände gar nicht immer so leicht ist, und ferner aus der Art und Bedeutung der gefundenen Symptome Schlüsse auf die Schwere der Erkrankung zu ziehen und womöglich ein Urteil über die Prognose zu gewinnen.

Auf diesem Gebiet hat die psychiatrische Diagnostik in den letzten Jahrzehnten zweifellos erhebliche Fortschritte gemacht, namentlich dadurch, daß sie sich von der spekulativen Auffassung der psychischen Krankheitsfälle befreite und einer rein naturwissenschaftlichen Beobachtung und Registrierung aller Symptome zuwandte. Ueber die Hauptergebnisse dieser Fortschritte, wie sie in den Publikationen der letzten Jahre niedergelegt worden sind, soll, soweit es für den Praktiker von Interesse ist, im Folgenden kurz berichtet werden.

Von besonderer Bedeutung für unser diagnostisches Vorgehen wurden die von verschiedenen Seiten gemachten Versuche, höhere allgemeine Gesichtspunkte für die Gesamtauffassung der geistigen Störungen, ihre Pathogenese, Symptome und Verlaufsformen zu gewinnen. Gewiß tragen die meisten derartigen Versuche den Stempel der Einseitigkeit an sich, sind vielfach noch nicht abgeschlossen und vorläufig nur als Programme einer bestimmten, wissenschaftlichen Arbeitsrichtung anzusehen; insofern werden sie dem Praktiker weniger bieten. Aber die in ihnen niedergelegten Anschauungen haben so vielfach

seits dienen dazu verschiedene aus der experimentellen Psychologie weiter entwickelte Methoden. Weiter aber zieht Sommer mit großer Konsequenz alle technischen Hilfsmittel der exakten naturwissenschaftlichen Fächer heran, um in möglichst großer Ausdehnung objektive, am besten graphisch registrierbare Darstellungen körperlicher und psychischer Krankheitsäußerungen zu gewinnen. Diese letzteren Methoden, welche zum Teil ein kompliziertes Instrumentarium, technische Gewandtheit und viel Zeit erfordern, werden natürlich der Hauptsache nach nur im Untersuchungszimmer der Klinik Verwendung finden können: das oben genannte, ihnen zu Grunde liegende Prinzip, sich bei jeder Untersuchung über den angewandten Reiz und die Reaktionsart klar zu werden und beide möglichst objektiv festzulegen, muß aber jedem diagnostischen Vorgehen auch in der Sprechstunde des Praktikers zu Grunde liegen. Natürlich sind diagnostische Hinweise auch in den andern Handbüchern und Kompendien, welche in den letzten Jahren erschienen sind, enthalten: eine Aufzählung und Besprechung derselben liegt nicht im Rahmen dieses Aufsatzes.

Wenn wir nach diesen allgemeinen Hinweisen eine Besprechung der diagnostischen Fortschritte auf einzelnen Gebieten vornehmen, so ist es nach den oben gemachten Andeutungen über die Unsicherheit und Mannigfaltigkeit unserer Systematik zweckmäßiger, sie nicht nach einzelnen Krankheitschematen vorzunehmen, sondern die diagnostischen Gesichtspunkte, welche sich aus den ätiologischen Momenten, aus der körperlichen und psychischen Symptomatologie und dem Krankheitsverlauf ergeben, zu besprechen.

II. Aetiologie.

Für die praktische Diagnostik der Geistesstörungen spielen die zu der Anamnese zu erhebenden Daten der Vorgeschichte eine um so wichtigere Rolle, als häufig die Untersuchung der Kranken selbst sehr wenig Anhaltspunkte für die Diagnosestellung ergibt. Was aber die Verwertung ätiologischer Momente für eine bestimmte Diagnose betrifft, so sind die meisten neueren Arbeiten darüber einig, daß hier große Vorsicht am Platze ist. Immer mehr drängt sich die Ueberzeugung auf, daß die meisten geistigen Störungen das Endresultat einer Anzahl konkurrierender Schädlichkeiten sind, die nach ihrer Bedeutung wieder in prädisponierende und auslösende Momente gegliedert werden können. Ganz besonders scharf wird diese Tatsache neuerdings wieder von Cramer betont; „es ist ein großer Fehler, bei Geisteskrankheiten zu schließen: gleiche Ursache, gleiche Wirkungen.“ Insbesondere trifft dies für die große Gruppe der äußeren Ursachen (Kraepelin) in Gestalt von materiellen oder psychischen Schädlichkeiten zu.

In den seltensten Fällen ist man berechtigt, aus einer, wenn auch besonders intensiven Schädlichkeit das Krankheitsbild diagnostisch und namentlich auch prognostisch definitiv festzulegen. Mit ätiologischen Bezeichnungen versehene Krankheitsnamen, wie Typhuspsychose, Puerperalpsychose, Herz-, Nieren-, Magenpsychosen, haben nicht mehr die Bedeutung, daß darunter ein in Aetiologie wie Symptomen und Verlauf einheitliches Krankheitsbild zu verstehen ist; man gebraucht sie jetzt mehr, um damit auszudrücken, daß mutmaßlich eine der genannten Ursachen — vielleicht nur als auslösendes Moment — mitgewirkt hat. Für die Gruppe der Puerperalpsychosen wird dieser Standpunkt besonders scharf und klar vertreten von Aschaffenburg und von E. Meyer. Beide Autoren heben hervor, daß die Puerperalpsychosen aufzulösen sind in die auch anderweitig bekannten Krankheitsbilder und daß die Prognose ebenfalls in keiner Weise von der sonst für die betreffende Psychose gültigen abweicht. Ebenso weist Klemm aus der Marburger Klinik für die „Influenzapsychosen“ nach, daß dieselben „durchaus nichts charakteristisches“ haben. Zu demselben Resultat kommt Friedländer bezüglich der Typhuspsychosen. Man hat dann den Kreis etwas weiter zu ziehen versucht, indem man unter den ätiologischen Momenten der akuten Psychosen zwei Gruppen von Schädlichkeiten als „Vergiftung“ und „Erschöpfung“ ausschied (Kraepelin). Aber auch hier hat Raecke an der Hand einer Anzahl von Krankheitsfällen gezeigt, daß im klinischen Bilde Erschöpfungs- und Infektionspsychosen nicht immer zu trennen sind.

Wenn somit in den meisten Fällen sogenannter „Infektionspsychosen“ die betreffende Infektionskrankheit nur ein auslösendes Moment für die Psychose darstellt, so ist es mit der Syphilis und ihren Beziehungen zu der wichtigsten organischen Psychose, die wir kennen, der progressiven Paralyse, gerade umgekehrt. Die meisten neueren Untersuchungen (Fürstner, Erb, Nonne, Mott, Bianchi, Eisart) lassen sich dahin zusammenfassen, daß die Paralyse keine spezifisch syphilitische Gehirnkrankung ist, daß die Syphilis auch keine *conditio sine qua non* für die Paralyse darstellt, aber für ihr Zustandekommen von sehr erheblicher Bedeutung ist. Sie ist ein prädisponierendes Moment, bereitet den Boden vor, auf dem dann andere, namentlich chronisch einwirkende Schädlichkeiten materieller oder psychischer Art, die Erkrankung zum Ausbruch bringen: in diesem Sinne wird die Paralyse als eine „meta- oder parasymphilitische“ Erkrankung bezeichnet, ohne daß man dafür jedoch an bestimmte, zur Syphilis in Beziehung stehende Gewebsveränderungen denkt. Trägt man diesen Gesichtspunkten Rechnung, so wird man das Fehlen oder Vorhandensein

einer syphilitischen Infektion in der Anamnese nur mit großer Vorsicht bei der Diagnose der Paralyse verwerten, um so mehr, als von anderen Seiten darauf hingewiesen wurde, wie selten es möglich ist, aus körperlichen Befunden eine vor Jahrzehnten durchgemachte Syphilis sicher nachzuweisen. Namentlich darf, wenn die Diagnose „Paralyse“ aus anderen Momenten gemacht ist, nicht ohne weiteres auf eine Syphilis als einzige in Betracht kommende Ursache zurückgeschlossen werden, ein Standpunkt, den man gelegentlich von Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsgesellschaften vertreten findet. Von den erfahrensten Sachverständigen werden heute diese Beziehungen so aufgefaßt, daß selbst wenn Syphilis sicher nachgewiesen ist, diese wohl prädisponierend gewirkt haben kann, daß aber ohne den betreffenden Unfall die Paralyse nicht zu stande gekommen wäre. Das Reichsversicherungsamt hat sich meist dieser Auffassung angeschlossen. (Vergl. Sammlung ärztlicher Obergutachten Berlins 1903.)

Auf dem Gebiet der Intoxikationspsychosen haben wir unsere Anschauungen bezüglich der Diagnostik ebenfalls dahin zu modifizieren, daß neben dem prädisponierenden oder auslösenden Moment der Vergiftung meist noch andere ursächliche Schädlichkeiten in Frage kommen. Besonders deutlich sind diese Beziehungen bei den erst durch die Untersuchungen von Laudenheimer und Köster bekannt gewordenen Psychosen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung zu erkennen. Insbesondere hat Laudenheimer nachgewiesen, daß nur diejenigen Gummiarbeiter unter dem Einfluß der Schwefelkohlenstoffvergiftung psychisch erkranken, welche eine degenerative Veranlagung aufweisen. Die auf dem Boden des chronischen Alkoholmißbrauches entstehenden Geistesstörungen war man lange Zeit gewohnt als den Typus der reinen Intoxikationspsychosen anzusehen. Auch hier weisen neuere Untersuchungen, insbesondere von Bonhöffer daraufhin, daß neben dem Alkohol auch anderen psychischen und körperlichen Schädlichkeiten Bedeutung beizumessen ist. Dasselbe gilt für das im letzten Jahrzehnt neugeschaffene Krankheitsbild der Korsakowschen oder polynuritischen Psychose (Korsakow, Tiling, Mönkemöller, Lückerrath, L. Kahlbaum, Soukhannoff und Andere). Man muß bei allen diesen Psychosen damit rechnen, daß sie gelegentlich auch ohne Mitwirkung von Alkoholvergiftung zu stande kommen können. Von einer andern, dem Sprachgebrauch nach zu den Alkoholpsychosen gerechneten Geistesstörung, der Dipsomanie, wußte man schon länger, daß hier das kausale Verhältnis ein umgekehrtes ist, insofern als der Alkoholmißbrauch die Folge einer periodisch auftretenden psychischen Verstimmung ist. Jetzt hat Gaupp auf Grund sorgfältiger klinischer Beobachtung die Ansicht ausgesprochen, daß es sich hier um eine Form psychischer Epilepsie handelt. Die akute, einmalige Alkoholvergiftung wird nach der heutzutage wohl allgemein gültigen Auffassung, welche neuerdings Cramer wieder genau präzisiert hat, nur dann als eine krankhafte Geistesstörung betrachtet, wenn es sich um sogenannten „pathologischen Rausch“ handelt, das heißt wenn nach einmaligem Alkoholgenuß bei einem psychopathischen, das heißt schon anderweitig prädisponierten Individuum, unter der Einwirkung besonderer Umstände ein akuter Zustand transitorischer Bewußtseinsstörung auftritt, der durch besondere Symptome gekennzeichnet ist. Dieser „pathologische Rausch“ ist namentlich in forensischer Beziehung wichtig.

Von dem Ideal, das Heiberg vorschwebt, die Intoxikationspsychosen nach der chemischen Konstitution des betreffenden Giftes zu klassifizieren, sind wir also nach dem Gesagten weiter als je entfernt und werden dies Ziel, der Natur der Sache nach, vermutlich nie erreichen.

Der in den letzten Jahrzehnten eingeführte Begriff der „Auto-intoxikation“ und die darauf zurückgeführten psychischen Störungen (v. Wagner) hat bisher zu wenig positive Grundlagen — insbesondere fehlt der strikte Nachweis derartiger Gifte —, um darauf diagnostische Erkenntnisse zu gründen. (Fortsetzung folgt.)