Sammelreferate.

Fortschritte in der psychiatrischen Diagnostik.

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

(Schluß aus No. 26.)

4. Psychische Symptome.

Wenn man die geringe Anzahl psychischer Elementarsymptome, die noch Griesinger aufzählt, mit der heutigen Entwicklung unserer klinischen Symptomatologie vergleicht, so ergeben sich zahlreiche Fortschritte auf diesem Gebiete, wenigstens in bezug auf die äußere Ausgestaltung und Vielfältigkeit der psychischen Symptome; besonders haben aber auch die Anschauungen über die diagnostische und prognostische Bewertung derselben einen großen Wandel erfahren. Wenn auch die frühere Gliederung der gesamten psychischen Störungen in solche der Gefühls-, der Verstandes- und der Willenstätigkeit aus praktischen Gründen noch beibehalten ist und zum Teil sogar noch mitbestimmend wirkt bei der Einteilung der Psychosen, so ist man

doch darüber einig, daß auf eines dieser Gebiete beschränkte Störungen kaum vorkommen, daß vielmehr immer das ganze Seelenorgan und infolgedessen alle seine Äußerungen geschädigt sind; nur treten sie auf dem einen Gebiete mehr hervor, als auf dem anderen. Für den Praktiker wenigstens ist deshalb auch die neuerdings vielfach erörterte Frage, ob bei der Paranoia primär eine Affektstörung auftritt (Tilling, Specht, Bresler, Berze, A. Pick) nicht von so erheblicher Bedeutung; wenn er überhaupt lediglich auf Grund der momentan vorhandenen psychischen Symptome seine Diagnose stellt, so wird er immer das Krankheitsbild als Paranoia bezeichnen, bei dem im Vordergrund des klinischen Bildes die verstandesmäßigen Störungen stehen.

Wie schon in der Einleitung erwähnt wurde, herrscht noch immer keine Übereinstimmung über die Frage, wie weit man berechtigt ist, aus den jeweiligen klinischen Symptomen allein ein psychisches Krankheitsbild aufzustellen; dieser Bericht muß sich daher mit der Wiedergabe des allgemein gültigen begnügen.

Am wenigsten Aenderung hat die Gruppe der affektiven Störungen erfahren. Wir unterscheiden als die wesentlichsten immer noch die beiden Extreme der krankhaft-freudigen und der depressiven bis ängstlichen Stimmung; dabei haben neuere psychologische Untersuchungen (Lehmann, Lange, Ziehen u. A.) uns eine Reihe von charakteristischen körperlichen Begleiterscheinungen, namentlich im Bereich der glatten Muskulatur und des Gefäßsystems kennen gelehrt (siehe oben).

Neuerdings ist vielfach der Versuch gemacht, neben den elementaren Affektstörungen der Euphorie und Verstimmung noch eine Reihe anderer Affekte als für bestimmte psychische Störungen charakteristisch darzustellen, wie das Mißtrauen, die Ratlosigkeit (Wernicke); man spricht sogar von einem „Affekt der Bekanntheit“. Es mag hier darauf hingewiesen werden, daß diese Zustände bei einer eingehenden psychologischen Analyse sich doch nicht als einfache elementare Affekte, sondern zusammengesetzt aus einem affektiven und einem verstandesmäßigen Teil erweisen. Demgemäß ist auch ihr Vorkommen an und für sich selten zur Diagnose einer bestimmten psychischen Störung zu verwerten; sie haben vielmehr je nach ihrer Entstehung eine ganz verschiedene Bedeutung.

Seit langem ist eine Störung der Wahrnehmung, die Sinnes-täuschungen, als eines der prägnantesten Symptome der krankhaft veränderten Geistestätigkeit bekannt. Dieses hat auch die neuere Forschung bestätigt, indem sie die Ursache der Halluzinationen in einer krankhaften Uebererregbarkeit psychosensorischer Zentren des Gehirns erblickt. Sicher nachgewiesene Sinnestäuschungen sind immer noch eines der bestimmtesten Symptome einer, wenn auch nur vorübergehend vorhandenen Geistestörung. Dagegen räumt man den Sinnestäuschungen lange nicht mehr die Bedeutung, wie früher, für die Pathogenese und den weiteren Verlauf der ganzen Erkrankung und für die Diagnose einer bestimmten Krankheitsform ein. Man weiß, daß sie bei allen möglichen Psychosen vorkommen und eben nur der Ausdruck einer krankhaft veränderten Tätigkeit des Seelenorgans sind, daß sie aber in den meisten Fällen nicht genügen, um allein die anderen Symptome, insbesondere eine wahrhafte Verfälschung des Bewußtseinsinhalts, zu erklären. Auf einem Sinnesgebiet jedoch ist uns durch die genauere Kenntnis der hier vorhandenen Halluzinationen das Verständnis komplizierter psychischer Störungen wesentlich erleichtert worden, nämlich auf dem Gebiete des Tast- oder, allgemein gesprochen, des Gefühlssinnes. Wir wissen, daß nicht nur die von den Nervenendigungen der äußeren Haut vermittelten Tastempfindungen, sondern ebenso die vom Muskelgelenkapparat, wie von den Schleimhäuten und serösen Häuten der inneren Organe ausgehenden Empfindungen halluzinatorisch verfälscht werden können und daß diese Gefühls-, Muskelsinn- und Organhalluzinationen in ganz hervorragender Weise das Bewußtsein der Körperlichkeit verfälschen können; dadurch aber kann der erste Anstoß zu krankhaftem Beziehungswahn und weiterhin zu wahnhaften Verfolgungsideen gegeben werden. Für die von den Muskeln des Sprechapparates ausgehenden Halluzinationen hat Cramer außerdem nahe Beziehungen zu dem von ihm als „Gedankenlautwerden“ bezeichneten eigenartigen Symptom nachgewiesen.

Im Bereich der formalen Seite der Vorstellungstätigkeit, wo man früher nur die beiden Störungen der krankhaften Beschleunigung und der Verlangsamung des Ablaufs kannte, haben wir neuerdings, namentlich durch die Arbeiten von Ziehen, als ein weiteres wichtiges Symptom den Auseinanderfall der Vorstellungen, die Inkohärenz, kennen gelernt, die wir bei vielen, namentlich akuten Psychosen der Paranoia-Gruppe antreffen; daß wir sie unter Umständen völlig von der Vorstellungsbeschleunigung trennen müssen, hat neuerdings wieder Heilbronner gezeigt. Auch auf dem weiteren Wege, welcher die Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen zu Vorstellungen und Erinnerungsbildern betrifft, haben wir in den Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit und Reproduktionsfähigkeit weitere wichtige Symptome kennen gelernt. Insbesondere aber hat uns Wernicke gezeigt, wie alle diese Störungen geeignet sind, das Bewußtsein in seinen drei Qualitäten, der Körperlichkeit, der Außenwelt und der Persönlichkeit erheblich zu alterieren und dadurch zu dem von ihm als Sejunktion

bezeichneten Zerfall der individuellen Persönlichkeit zu führen, der uns das Verständnis für zahlreiche psychische Erkrankungen eröffnet. Namentlich organische Psychosen, wie die mit herdförmigen Erkrankungen einhergehenden arteriosklerotischen, senilen und paralytischen Störungen haben dadurch eine nähere Erläuterung erfahren. An der Hand der experimentellen Psychologie haben sich zur objektiven und zum Teil auch zur quantitativen Feststellung mehrere dieser Störungen, wie der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, Methoden gefunden, (Ranschburg), die auch einer praktischen Verwertung bei der Untersuchung Kranker zugänglich sind. Zur Prüfung des Vorstellungsablaufes und des Reichtums zu assoziativen Verknüpfungen sind ebenfalls Methoden angegeben (Aschaffenburg, Sommer u. A.), die jedoch für die praktische Verwertung — mit Ausnahme weniger Grenzfälle — noch nicht geeignet sind.

Unter den Störungen des Bewußtseinsinhaltes ist die Desorientiertheit durch Wernicke einer genaueren Analyse unterzogen und gezeigt, durch welche Momente sie zu stande kommen kann und inwieweit sie für bestimmte Störungen charakteristisch ist. Die Wahnideen, ihre Genese und ihr Vorkommen haben vielfache Untersuchungen erfahren. (Friedmann, Störing, E. Schultze). Daß das Auftreten von Wahnideen nicht für eine bestimmte Krankheitsform charakteristisch ist, wußte man längst; wir kennen jetzt einige Eigentümlichkeiten, welche die bei einzelnen Psychosen vorkommenden Wahnideen charakterisieren. Als wichtigste Störung im Beginne mancher Fälle von Paranoia wurde von Neisser, Cramer u. A. auf den Beachtungswahn in seinem Zusammenhang mit Sinnestäuschungen hingewiesen.

Eine ganz besondere Beachtung und Bedeutung für die Diagnose und Prognose bestimmter Psychosen haben neuerdings eigenartige, offenbar durch Störungen im Vorstellungsablauf entstandene Bewegungsanomalien gefunden, die man vielfach als katatonische Symptome zusammenzufassen pflegt. Nach der Auffassung Kraepelins und seiner Schüler bestehen die katatonen Symptome einmal in abnorm stark auftretenden Hemmungen im psychomotorischen Ablauf, die sich namentlich auch durch einen erhöhten Spasmus in einzelnen Muskelgruppen (Antagonisten), auszeichnen (Flexibilitas, Negativismus, Passivität, Mutismus), weiter auch in eigenartigen mit großer Intensität und langer Dauer, aber meist ohne bestimmten Zweck ausgeführten Bewegungen (Stereotypie, Automaten, Manieren, Echolalie). Die psychologische Erklärung dieser Bewegungsanomalien ist keine einheitliche, wenn sie auch alle auf Störungen in der psychomotorischen Bahn und speziell in dem Verhältnis zwischen Bewegungsaustrieb und Bewegungsvorstellungen zurückzuführen sind. Besonders muß betont werden, daß der katatonische Symptomenkomplex nicht ohne weiteres mit dem Begriff des „Stupor“ identifiziert werden darf; Stupor kann durch katatonische Symptome, aber auch durch ganz andere Momente (Angst, Halluzinationen etc.) bedingt werden. Diese Momente sprechen wesentlich mit bei der Bewertung der genannten Symptome für Diagnose und Prognose. Kraepelin und seine Schule stehen auf dem Standpunkt, daß der echte, katatonische Stupor immer eine Erkrankung charakterisiert, die, bei gewöhnlich akutem Beginn schon von vornherein zur Entwicklung eines Zustandes geringer oder stärkerer geistigen Schwäche führt. Andere Autoren (Schüle, E. Meyer, Tschisch, Scheffler) finden echte katatonische Symptome auch bei andern, namentlich auch bei günstig verlaufenden Psychosen. Es scheint sich hier besonders um eine strenge Umschreibung der katatonen Symptome und ihre Abgrenzung gegenüber den durch andere Störungen verursachten ähnlichen Stuporzuständen zu handeln; Cramer hält diejenigen Formen des katatonischen Stupors für besonders ungünstig, welche neben den oben angedeuteten Störungen von seiten der willkürlichen Muskulatur auch vasomotorisch-trophische Erscheinungen (Zyanose, Oedeme, Kälte der Extremitäten) aufweisen. Besonders charakteristisch scheint außerdem das Mißverhältnis zwischen den verstandesmäßigen Störungen und den sie begleitenden Affektzuständen zu sein, sodaß es sich auch hier in ganz hervorragender Weise um eine „Sejunktion“ im Sinne Wernickes handelt (Gross.) Eine Klärung der Ansichten ist noch nicht erreicht. Jedenfalls aber darf betont werden, daß allgemeine Ausdrücke wie „Negativismus“, „Passivität“, „Mutismus“, „Stereotypie“, da sie Muskelzustände ganz verschiedener Genese bezeichnen, nicht ohne weiteres zur Kennzeichnung einer ganz bestimmten Diagnose und Prognose verwendet werden dürfen.

Die psychischen Degenerationszeichen und die Bedeutung, welche ihnen die neuere Psychiatrie bezüglich der Diagnose degenerativer Zustände beilegt, wurden bei der Aetiologie schon erwähnt. Hier sei noch auf die Zwangszustände hingewiesen, deren klinische Kenntnis wir namentlich französischen Autoren (Magnan) verdanken, deren genauere Analyse und Abgrenzung gegenüber verwandten Erscheinungen durch deutsche Arbeiten (Ziehen, Heilbronner, Tuczek) gesichert ist. Die deutschen Autoren, insbesondere in der forensischen Psychiatrie, stehen auf dem Standpunkt, daß das Auftreten von Zwangsvorstellungen allein nicht genügt zum Nachweis einer Geistestörung, daß es also „Monomanien“ in dem Sinne der älteren französischen Schule nicht gibt. Wir dürfen also eine Geisteskrankheit auf Grund von Zwangsvorstellungen nur dann als vorhanden annehmen, wenn

neben den Zwangsvorstellungen sich noch andere Störungen auf affektivem oder intellektuellem Gebiet finden. Insbesondere gilt dies auch für die so oft zur gerichtlichen Beurteilung führenden perversen Sexualhandlungen; hier betonen namentlich Hoche und Cramer mit großer Schärfe, daß die Handlung allein nicht genügt zum Nachweis eines krankhaft veranlagten Seelenlebens.

5. Krankheitsverlauf.

Die praktische Diagnostik kann nicht in allen Fällen den Krankheitsverlauf als Hilfsmittel herbeiziehen; aber, wie schon in der Einleitung erwähnt, wird gerade in der neueren Psychiatrie von vielen Seiten auf den Verlauf der psychischen Erkrankung besonderes Gewicht bei der Feststellung der klinischen Krankheitsform gelegt, und es haben sich auf Grund der dabei gemachten Beobachtungen mancherlei von den älteren Anschauungen abweichende Ansichten ausgebildet, auf die hier noch kurz hingewiesen werden soll.

Auf dem Gebiet der affektiven Psychosen ist namentlich Kraepelin und seine Schule auf Grund der Beobachtung des Krankheitsverlaufes zu der Ansicht gekommen, daß reine Melancholien und Manien sehr selten sind und vielleicht nur noch die Melancholie des Rückbildungsalters dahin zu rechnen ist. Die in anderen Lebensaltern vorkommenden Erkrankungsformen dieser Art betrachtet er wegen der Häufigkeit der Wiedererkrankungen als Phasen eines einheitlichen, über lange Lebensabschnitte verlaufenden Krankheitsprozesses, des „manisch-depressiven Irreseins“. So richtig die Beobachtung ist, daß affektive Erkrankungen im Verlauf langer Lebensperioden häufig wiederkehren, so darf doch die Berechtigung, eine in sich abgeschlossene Geistesstörung, die mit Heilung endet und von der nächsten Erkrankung durch Jahre und Jahrzehnte getrennt ist, auch als einzelne Psychose zu betrachten und zu benennen, nicht bestritten werden. Daß der Boden, auf den sich diese Psychosen oft im Laufe eines ganzen Lebens entwickeln, ein abnormer ist — nicht im landesüblichen Sinne der Degeneration —, wird dabei allgemein zugegeben. Für die in kurzen Intervallen auftretenden Erkrankungen dieser Art kennt ja auch die ältere Psychiatrie bereits die Bezeichnung der zirkulären periodischen Psychose.

Noch mehr macht sich die Verschiedenheit der Anschauungen auf dem Gebiete der Verstandeserkrankungen geltend, insbesondere in der Definition und Diagnose der Paranoia. Daß die Paranoia nicht in dem Sinne eine ausschließliche Verstandeserkrankung ist, als ob affektive Störungen bei ihr überhaupt nicht vorkämen, darauf wurde schon von den meisten neueren Autoren (Westphal, Cramer, Neisser u. A.) hingewiesen. Wenn sie trotzdem unter der Rubrik der Verstandeserkrankungen geführt wird, so soll damit nur gesagt sein, daß die hervorstechendsten Symptome und zugleich diejenigen, welche den ganzen Charakter und die Erscheinung des Krankheitsbildes bestimmen, eben Störungen der Auffassung, des Vorstellungsinhalts und -Ablaufes und des Urteils sind. Weiter herrschen aber sehr differente Anschauungen über den Verlauf der Paranoia. Ein Teil der Autoren steht auf dem Standpunkt, daß man eine akute von der subakuten und chronischen Form der Paranoia unterscheiden kann. Sie rechnen zu den ersteren Formen alle die Psychosen, welche akut mit den oben erwähnten Störungen einsetzen, entweder zur völligen Heilung kommen oder in eine chronische Form oder in sekundäre Demenz übergehen. Kraepelin und seine Schule verwerfen den Begriff der akuten und heilbaren Paranoia völlig und kennen nur eine chronische unheilbare Paranoia, nämlich diejenige Erkrankung, welche bei gewöhnlich allmählichem Beginnen unter Entwicklung von Wahnideen und Ausbildung eines Wahnsystems jahrzehntelang besteht, ohne daß es dabei zu einer Assoziations-, Gedächtnis- oder Urteilsschwäche, also den Zeichen der Demenz, kommt. Durch diese Definition werden natürlich die für die Diagnose Paranoia geeigneten Krankheitsfälle an Zahl außerordentlich gering; in der Tat trifft, wenn man das Gros der bisher sogenannten Paranoiker darauf ansieht, die Definition eigentlich nur noch auf einen Teil der sogenannten Querulanten zu. Alle übrigen Fälle weist Kraepelin dem „manisch-depressiven Irresein“ zu oder in die große Gruppe der von ihm als „Dementia praecox“ bezeichneten Erkrankung, welcher zum Teil die zuerst von Kahlbaum und Hecker geschilderten Bilder zu Grunde liegen. Kraepelin versteht darunter eine mehr oder weniger akut, meist mit verstandesmäßigen Störungen einsetzende Erkrankung, welche von vornherein die Tendenz zur Entwicklung einer — mehr oder weniger bemerkbaren — geistigen Schwäche in sich trägt, in vielen Fällen aber in schwersten Blödsinn ausgeht. Kraepelin selbst gibt zu, daß diese Gruppe zweifellos noch eine Anzahl von Unterformen hat, von denen er einige auch anführt, ohne besonderes Gewicht auf ihre scharfe Abgrenzung zu legen. Meistens aber sind sie, neben dem genannten Verlauf, auch noch durch die oben beschriebenen eigenartigen Symptome, namentlich auf dem Gebiet der psychomotorischen Sphäre, gekennzeichnet. An ein bestimmtes Lebensalter ist der Beginn der geschilderten Erkrankung auch nach der Auffassung Kraepelins nicht gebunden, wenn auch das jugendliche Alter einen großen Bestandteil dazu liefert. Weiter liegt nach der Auffassung Kraepelins diesem „Verblödungsprozeß“ ein eigenartiger, vielleicht durch Autointoxikation bedingter Krankheitsprozeß zu Grunde, den er

am ehesten der progressiven Paralyse an die Seite zu stellen geneigt ist. Es muß aber betont werden, daß die entsprechende pathologisch-anatomische Grundlage dazu bis jetzt noch nicht gefunden ist. Andere Autoren stehen der Auffassung Kraepelins in diesen Fragen ablehnend gegenüber; am ehesten ist man geneigt, einen derartigen, vom Beginn ab zur Verblödung tendierenden und durch bestimmte Symptome gekennzeichneten Verlauf für eine Anzahl der — namentlich auf degenerativem Boden entstehenden — Jugendpsychosen zuzugeben. Daß mit der Kraepelinschen Auffassung auch der Begriff der Demenz wesentlich modifiziert werden und namentlich die „sekundäre Demenz“ fast völlig verschwinden muß, ist eine weitere Folge derselben, der neuerdings Tuczek in einem Referat Rechnung zu tragen sucht.

Literatur: Alzheimer, Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Zentralblatt für Nervenheilkunde 1902, S. 399. — Aschaffenburg, Puerperalpsychosen. Neurologisches Zentralblatt 1900, S. 1155. — Bianchi, Genesi e nosografia della paralisi progressiva. Annali di neurologia 1902. — Bonhöffer, Bemerkungen zur Pathogenese des Delirium tremens. Neurologisches Zentralblatt 1901, S. 479. — Cassirer, Vasomotorisch trophische Neurosen. — Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. 3. Auflage. Jena 1903. Ueber die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1903, S. 36. Krankhafte Eigenbeziehung und Beobachtungswahn. Neurologisches Zentralblatt 1902, S. 715. Halluzinationen im Muskelsinn. Archiv für Psychiatrie Bd. 28. — Eisath, Ueber die Aetiologie der progressiven Paralyse in Deutschtirol. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 58. — Embden, Ueber chronische Manganvergiftung bei Braunsteinmüllern. Neurologisches Zentralblatt 1901, S. 1067. — Erb, Syphilis und Tabes. Jahrbuch für Psychiatrie Bd. 22. — Friedländer, Ueber den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Zentralnervensystem. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1900. — Fürstner, Ueber die Geistesstörungen im Senium. Archiv für Psychiatrie Bd. 20. Gibt es eine Pseudoparalyse? Zentralblatt für Nervenheilkunde 1902, S. 442. — Gaupp, Dipsomanie, Jena 1901. „Organisch“ und „funktionell“. Zentralblatt für Nervenheilkunde 1900, S. 129. — Gudden, Ueber Pupillenreaktion bei Rauschzuständen. Neurologisches Zentralblatt 1902, S. 1096. — Heilbronner, Ueber progressive Zwangsvorstellungspychosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1899. — Hoche, Frühdiagnose der progressiven Paralyse. 2. Auflage, Halle 1902. — Kahlbaum, Zwei Fälle polyneuritischer Psychose. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 56, S. 429. — Köster, Schwefelkohlenstoffvergiftung. Neurologisches Zentralblatt 1898, S. 493. — Laudenheimer, Nervöse und psychische Störungen der Gunmiarbeiter. Neurologisches Zentralblatt 1898. — Lückcrath, Beitrag zur Kenntnis der Korsakowschen Psychose. Neurologisches Zentralblatt 1900, S. 341. — E. Meyer, Zur prognostischen Bedeutung der katonischen Erscheinungen. Münchener medizinische Wochenschrift 1903, No. 32. — Nonne, Syphilis und Nervensystem. Berlin 1902. J. Karger. — Mott, Vier Vorlesungen aus der Pathologie des Nervensystems. Bergmann 1902. — Peipers, Kon-sanguinität in der Ehe und deren Folgen für die Deszendenz. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 58, S. 793. — A. Pick, Senile Hirnatrophie als Grundlage von Herderkrankungen. Wiener klinische Wochenschrift 1901, No. 17. Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. Neurologisches Zentralblatt 1902, No. 1. — Räcké, Er-schöpfungspsychosen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 57, S. 39. — Rosse, Blutdruckmessungen bei Geisteskranken. Zentralblatt für Nervenheilkunde 1902, S. 517. — Salgo, Die funktionellen Psychosen des Greisenalters. Referiert im Neurologischen Zentralblatt 1902, S. 866. — Soukhanoff and Bontenko, A study of Korsakoffs disease. The Journ. of Ment. Path. 1903, Ba. 3, S. 1. — Schäfer, Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 59. — J. Scheffer, Melancholie mit katonischen verschynselen naar 9-jarigen chuur plotselyk genesen. Referiert Neurologisches Zentralblatt 1900, S. 672. — Schüle, Klinische Beiträge zur Katatonie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 58. — Strohmeier, Individualstatistik bei der Erbliecktsfrage in der Neuro- und Psychopathologie. Münchener medizinische Wochenschrift 1901, No. 45 und 46. — Tschisch, Die Katatonie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1899. — Tuczek, Ueber Begriff und Bedeutung der Demenz. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. 14. — Wagner von Jauregg, Autointoxikationspsychosen. Jahrbuch für Psychiatrie Bd. 22, S. 177.