

XXXIV.

Eintheilung und Benennung der Psychosen mit Rücksicht auf die Anforderungen der ärztlichen Prüfung.

Referat, erstattet in der Jahressitzung des deutschen Vereines für Psychiatrie
zu Göttingen am 25. April 1904.

Von

Prof. A. Hoche

in Freiburg.



Meine Herren!

Um ein so dorniges Thema, wie das vorliegende zum Gegenstand eines Referates und der allgemeinen Discussion in unserer Jahresversammlung zu machen, bedurfte es schon eines ganz besonderen und dringenden Anlasses, wie er jetzt in der praktischen Nothwendigkeit einer Verständigung der Lehrer des Faches über die Gestaltung der ärztlichen Staatsprüfung in der Psychiatrie gegeben ist.

Der Streit um die Classification der einzelnen Formen von Seelenstörung, von der heute hier die Rede sein soll, ist so alt; wie die wissenschaftliche Behandlung der Irrenheilkunde überhaupt; ebenso lange schon wird bald in elegischer, bald in polemischer Form die Uneinigkeit der Irrenärzte über die Gruppierung und Benennung der Psychosen beklagt; der Vergleich der psychiatrischen Nomenclatur mit der babylonischen Sprachverwirrung, der bis zum heutigen Tage in der Litteratur immer wiederkehrt, ist schon vor beinahe 100 Jahren von Nasse gebraucht worden.

Die Thatsache hat etwas Tröstliches, dass alle die grossen Fortschritte, die wir in der langen Spanne Zeit eines Jahrhunderts gemacht haben, von einem Chor immer gleich lebhafter Klagen über die Schwierigkeiten der Classification begleitet worden sind, ohne davon aufgehalten zu werden. — Es ist nicht leicht, etwa einem Nichtpsychiater ohne weiteres klar zu machen, warum grade in der Irrenheilkunde die Classificationsfrage eine solche grosse Rolle spielen kann und muss.

Ein Blick auf die Entwicklungsgeschichte unserer Wissenschaft zeigt, dass der Grund zunächst in der Besonderheit des Objectes zu suchen ist, welches, im Gegensatz zu anderen Gegenständen ärztlicher Forschung, eine nach aussen und eine nach innen gewendete Front besitzt und dadurch sehr viel mannigfaltigere Möglichkeiten der Betrachtung von verschiedenen Gesichtspunkten aus zulässt; so haben — wenn wir von den älteren rein philosophischen, speculativen Systemen ganz absehen — psychologische, physiologisch-anatomische, pathologisch-klinische, aetiologische Betrachtungsweisen abgewechselt, und für jede derselben ergiebt sich eine besondere Gruppierung des gesammten Erfahrungsmateriales; eine bestimmte Classification ist in der Psychiatrie nicht eine beliebige Anordnung eines ein für allemal gegebenen Stoffes, sondern, soweit sie individuelles Gepräge trägt, ein persönliches Programm, das Bekenntniss zu einem bestimmten Principe. So kommt es, dass die von dem einzelnen Forscher durchgeführte Eintheilung und Benennung der psychischen Störungen mehr wie in irgend einem anderen Zweige der medicinischen Wissenschaft seine besondere Forschungsrichtung und den Ausgangspunkt erkennen lässt, von dem aus er das Gebiet zu erforschen und zu bearbeiten gesucht hat.

Zu diesen in der Sache nothwendig begründeten Schwierigkeiten einer allgemeinen Verständigung kamen andere Momente hinzu: die thatsächliche relative Isolirung, in der früher die Vertreter der Psychiatrie, ohne Fühlung mit den Hochschulen und den Nachbarfächern, ihr Leben verbracht haben, und der verhängnisvolle Umstand, dass eine Anzahl der besten Köpfe unter den psychiatrischen Schriftstellern mit einem Ueberschuss von Originalität einen merklichen Mangel an Augenmaass für das praktische Bedürfniss einer Disciplin, die auch gelehrt und gelernt werden soll, verbunden hat.

Alle diese Momente haben zu dem Endergebniss zusammengewirkt, dass von jeher, nicht erst seit heute oder gestern, die Psychiatrie einer gemeinsamen Sprache mehr als andere medicinische Fächer ermangelt hat. Da nicht immer und überall die Einsicht in die Gesetzmässigkeit dieser Erscheinung vorhanden war, hat die Frage der systematischen Eintheilung — bei der Neigung der Gelehrten, gegen anders denkende unfreundlich zu werden — häufiger und schärfer, als der Sache dienlich war, zu persönlich lebhaften Auseinandersetzungen geführt. Reflexe davon fehlen auch bei älteren Autoren nicht, so wenn Kahlbaum schon vor 40 Jahren das Thema der Eintheilung der Seelenkrankheiten zu den „verrufenen Zielen“ der Forschung zählt, dessen Behandlung einer besonderen Entschuldigung bedarf.

Auch heute gilt Vielen die Zeit für die Erörterung eines solchen

Themas nicht für „gekommen“; wenn man damit meint, dass wir warten sollen, bis eine ideale Classification alle Köpfe einigt, so wird diese Zeit niemals kommen.

Es besteht nun hier und da die Meinung, dass die Schwierigkeiten der Verständigung unter den Psychiatern heute in ganz besonders hohem Maasse angewachsen sein, so sehr, dass dadurch die wissenschaftliche Stellung der Psychiatrie beeinträchtigt werde, und dieser Meinung ist vor kurzem erst in lebhaften Klagen, die mancherlei und unerwünschtes Echo gefunden haben, Ausdruck gegeben worden¹⁾. Wie alt diese Klage ist, und dass sie gesetzmässig immer wiederkehrt, habe ich erwähnt; sie ist aber auch heute viel mehr ein Ausdruck der Neigung, nicht das Gemeinsame sondern das Trennende, nicht das Erworbene sondern das Fehlende zu sehen, als ein treues Spiegelbild der wirklichen Sachlage; es unterliegt für mich gar keinem Zweifel, dass unsere heutige Epoche in der Geschichte der Psychiatrie als eine glückliche Zeit lebhafter und vielseitiger wissenschaftlicher Arbeit auf allen gangbaren Wegen, als eine Zeit raschen Fortschrittes verzeichnet werden wird. Ein Vergleich unserer heutigen psychiatrischen Litteratur mit der vor etwa 20 Jahren lehrt das jeden Unbefangenen.

Dass die zahlreichen und zum Theil ungeordnet umher liegenden Bausteine vielleicht heute bei dem Einzelnen das Gefühl der Befriedigung nicht aufkommen lassen wollen, ist unvermeidlich, und wir müssen uns damit abfinden.

Wenn wir nach alledem in lebhaften activen Meinungsverschiedenheiten zwischen Einzelnen und zwischen Schulen nicht ein Unglück, sondern vielmehr die Bedingung und das Zeichen des Fortschrittes erblicken, so bekommen die Differenzen, namentlich soweit sie in theilweise weitgehenden Unterschieden der Nomenklatur zum Ausdruck kommen, doch ein etwas anderes Gesicht, wenn es sich darum handelt, in Psychiatrie zu unterrichten und die Ergebnisse des Unterrichtes in einer staatlichen Prüfung zu controlliren. Bisher war es dem Studirenden der Medicin anheimgegeben, ob und wie weit er sich mit Psychiatrie befassen wollte; mit Ausnahme der wenigen Universitäten, an denen der Psychiater Mitexaminator in der inneren Medicin war, konnte der Examinand ziemlich sicher sein, dass er nicht in die Verlegenheit kommen würde, psychiatrisches Wissen vorweisen zu müssen, und die Erfahrung lehrt, dass bisher immer nur ein in der Grösse nach der Oertlichkeit schwankender Theil der klinischen Studenten die jetzt überall gegebene Gelegenheit zur Ausbildung in der Irrenheilkunde benutzt hat.

1) Gaupp, Münchener medic. Wochenschrift, 1903; No. 40.

Dieser Zustand ist nun beseitigt; alle Diejenigen, die seit vorigem Semester in den klinischen Abschnitt des Studiums eintreten, werden sich der psychiatrischen Staatsprüfung zu unterziehen haben, und werden, bei der Freizügigkeit des deutschen Studenten, grossen Theiles in die Lage kommen, sich an dem einen Orte über die an anderen erworbenen Kenntnisse ausweisen zu müssen; jeder Psychiater wird Candidaten zu prüfen haben, die ihr Wissen nicht bei ihm erworben haben, und so kann, was theoretisch betrachtet kein Unglück war — die Vielgestaltigkeit der psychiatrischen Nomenklatur — in praktischer Hinsicht allerdings Schwierigkeiten erzeugen. — Art und Umfang derselben zu bemessen und Wege zu suchen, auf denen ihnen begegnet werden möge, das wird die eigentliche Aufgabe dieses Referats sein.

Es wird, denke ich, Niemand die Erwartung oder die Befürchtung hegen, dass ich nun versuchen würde, als Heilmittel etwa eine neue Universalclassification vorzuschlagen und damit einen neuen Zankapfel auszuwerfen; es kann sich vernünftigerweise nur darum handeln, den heutigen Stand der Classificationsfrage zu prüfen an dem Maassstabe des praktischen Bedürfnisses; und ich hoffe, dabei zeigen zu können, dass die Schwierigkeiten keineswegs so gross sind, als die Schwarzseher uns glauben machen wollen, und vor allem, dass sie, guten Willen vorausgesetzt, überwunden werden können.

Wir wollen ausgehen von dem Wortlaut der gesetzlichen Bestimmungen über die Staatsprüfung. Es heisst dort, dass der Examinand gehalten ist, einen Geisteskranken zu untersuchen, Anamnese, Diagnose, Prognose und Heilplan festzustellen, und dass er weiterhin auch an anderen Kranken in mündlicher Prüfung nachzuweisen hat, dass er die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Irrenheilkunde besitzt.

Die Diagnose ist für unsere heutige Fragestellung der Hauptpunkt, auf den sich die zweifelnden und z. Th. verzweifelnden Erwägungen beziehen. Es mag ruhig zugegeben werden, dass einzelne Krankheitsformen, ja sogar Krankheitsgruppen und Symptome an verschiedenen Orten unter so verschiedenen Namen diagnosticirt werden, dass allerdings beim ersten Anblick eine Verständigung nicht einfach erscheint. In welchem Umfange von dem Examinanden eine Namensdiagnose psychischer Störungen zu verlangen sein wird, darauf werde ich später zurückkommen; ein Moment aber scheint mir bei der litterarischen Erörterung der praktischen Schwierigkeiten nicht genügend beachtet worden zu sein, dass der Examiner eben gegebenenfalls im Stande und Willens sein muss, den Schüler eines andern Lehrers in dessen psychiatrischer Sprache zu prüfen. Kein einsichtiger Examiner wird

eine Prämie darauf setzen dürfen, dass seine eigene specielle Lehreintheilung reproducirt wird; ob der Candidat die für einen practischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Irrenheilkunde besitzt, lässt sich auch bei dem Gebrauch einer dem Examinator vielleicht persönlich unsympathischen Classification leicht feststellen. Immerhin ist es ein dringend erstrebenswerthes Ziel, zu dessen Erreichung der Zwang des Examens vielleicht eine beschleunigende Wirkung ausüben wird, dass der Luxus einer reichlichen Neuschaffung psychiatrischer Krankheitsbezeichnungen von dem Verantwortlichkeitsgefühl gegenüber der Allgemeinheit eingedämmt werde, und dass der Einzelne auch darin Concessionen zu machen bereit sei, dass er im Lehrvortrage in der Zuerkennung eines bestimmten Inhaltes an die einzelnen eingebürgerten Krankheitsbezeichnungen sich im Grossen und Ganzen der thatsächlichen Majorität fügt; es geht nicht an, dass der Einzelne die Lösung aller Schwierigkeiten darin sieht, dass seine persönliche Classification nun von allen Anderen angenommen wird; ein gewisses Maass von Opferbereitschaft muss verlangt werden. — Vor allem gilt dies nach einer ganz bestimmten Richtung hin. Ein gutes Theil der beklagenswerthen Verwirrung in den letzten Jahren beruht auf einer Verschiebung der natürlichen Grenzen zwischen wissenschaftlicher Forschung und Lehrthätigkeit; nicht Alles, was dem Einzelnen als neue Einsicht aufgeht, ist darum auch schon geeignet, als Gegenstand des Schulvortrages zu dienen; ein Blick in Nachbardisciplinen zeigt, dass dort diese durchaus zweckmässige Trennung weit schärfer durchgeführt wird. Specieell das Kraepelin'sche Lehrbuch, das ich, ebenso wie wohl die Mehrzahl der Anwesenden, als wissenschaftliche Leistung und als treibenden Keil des Fortschrittes in jeder Beziehung ausserordentlich hochstelle, hat nicht wenig dazu beigetragen, augenblicklich den Unterricht in der Psychiatrie zu erschweren. Ich bin überzeugt, dass Kraepelin mit einem grossen Theil seiner neuen Aufstellungen Recht behalten wird; ich weiss weiter sehr wohl, dass sein wissenschaftlicher Einfluss im Inland und Ausland gerade darum so rasch gewachsen ist, weil er eben seine neuen Anschauungen nicht in Fachzeitschriften, sondern in einem vorzüglich geschriebenen Lehrbuche vorgetragen hat; immerhin aber lässt sich die Thatsache nicht wegleugnen, dass die raschen Aenderungen in Auffassung und Eintheilung des Lehrstoffes, die von Auflage zu Auflage erfolgten, es dem Lernenden heute bedeutend erschweren, gerade in der Kenntniss der einfachen Thatsachen das Gefühl des festen Bodens unter den Füssen zu gewinnen, und mehr als eine solche elementare Kenntniss wird man überhaupt bei der dem Studium der Psychiatrie zufallenden Frist von einem bis höchstens zwei Semestern nicht verlangen dürfen.

Es wird weiterhin als nothwendig erkannt werden, in den Ansprüchen auf den Besitz einer systematischen Classification überhaupt bescheidener zu werden. Es lässt sich ja von vorneherein mit Sicherheit sagen, dass bei einer in so lebhaftem Fluss befindlichen Wissenschaft, deren Gegenstand seiner Natur nach scharfe Grenzbestimmungen nicht zulässt, jede logisch befriedigende Eintheilung, nach der unser Bedürfniss uns suchen heisst und die man ja leicht auf mancherlei Arten herstellen kann, werthlos sein muss, weil sie nothwendiger Weise den Thatsachen Gewalt anthut. Für die Zwecke einer allgemeinen Verständigung sind alle Eintheilungen zu verwerfen, die etwa nur von anatomisch-localisatorischen hypothetischen Anschauungen oder bestimmten physiologischen Theorien ausgehen oder etwa die ganze Psychiatrie unter den Gesichtswinkel einer besonderen psychologischen Anschauungsweise rücken; für Jeden, der die Voraussetzungen solcher persönlichen Systeme, die ja alle zur Vergänglichkeit verurtheilt sind, nicht theilt, fällt die Möglichkeit fort, sich der darauf aufgebauten Classification zu bedienen. Ein Beispiel einer solchen Darstellung unter dem Gesichtspunkt einer, noch dazu äusserst unglücklichen, Hypothese war z. B. die Arndt'sche Psychiatrie, welche die abnormen psychischen Erscheinungen als Analoga zu dem Zuckungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven auffasste.

Von den lebenden Autoren hat wohl Wernicke am consequentesten ein Lehrgebäude auf anatomisch-physiologische Hypothesen hin errichtet, in dem man leider eine eigene Sprache spricht, die eine allgemeine Verständigung mit Sicherheit ausschliesst; (die Thatsache vielfachen wissenschaftlichen Gewinnes, den Wernicke's Anschauungsweise gebracht hat und weiter bringen wird, bleibt davon ganz unberührt).

Eine ideale Classification wäre diejenige, die sich in gleichmässiger Weise stützte auf ätiologische, pathologisch-anatomische und klinische Gesichtspunkte, die sich bei voller Kenntniss des Gegenstandes einfach decken würden. Von diesem Ziele ist nicht nur die Psychiatrie, sondern auch die innere Medicin und andere Zweige der ärztlichen Wissenschaft weit entfernt; überall gehen ursächliche Momente, pathologisch-anatomische Befunde und klinische Symptome als Princip der Abgrenzung nebeneinander her, ohne irgend welchen Schaden für das ganze Lehrgebäude; so wird sich auch die Psychiatrie damit begnügen dürfen. Für unsere practischen Lehrzwecke genügt bei dem heutigen Stande unseres Wissens eine bewusst principienlose Nebeneinanderstellung der einzelnen Formen psychischer Anomalie, die in Gruppen gefasst werden mögen, je nachdem der ätiologische oder der klinische oder der pathologisch-anatomische Gesichtspunkt sich als der didaktisch

fruchtbarere erweist. Jede Classification ist gut, die als brauchbares Mittel der Verständigung dienen kann.

Wir wollen nun einen kurzen Blick werfen auf den psychiatrischen Unterrichtsstoff und dabei diejenigen Gebiete, auf denen im Wesentlichen Uebereinstimmung herrscht, abzusondern versuchen von strittigen Kapiteln und von den eigentlichen Kampfstätten.

Genügende Uebereinstimmung herrscht, wie wohl allgemein zugegeben wird, bei allen Formen organisch bedingter Seelenstörung: progressive Paralyse, senile und arteriosclerotische Dementia u. s. w., bei den angeborenen Schwächezuständen: Imbecillität, Idiotie, bei einer Reihe von Zuständen von durchsichtiger Aetiologie: thyreogene Erkrankungen, Morphinismus, Cocainismus, grössten Theiles beim Alkoholismus (wenigstens für Delirium tremens und Alkoholdegeneration), bei den einfachen Delirien, bei dem grossen Gebiete der Epilepsie (abgesehen von der Stellung der Dipsomanie), bei der Hysterie, nicht in Bezug auf die Definition, die gleichgiltig ist, aber doch mindestens soweit es sich um die Identificirung derjenigen Fälle handelt, denen das Adjectiv hysterisch zukommt; nur wenig zweifelhaft sind die einfachen Formen der Hebephrenie, die chronisch-hallucinatorische Paranoia (abgesehen von Kraepelin's Standpunkt), der Querulantenwahn.

Nicht zweifelhaft ist für die überwiegende Majorität die Auffassung des Zustandbildes der Manie, der einfachen Melancholie, sowie der periodischen und circulären Formen; es macht dabei praktisch wenig aus, ob man theoretisch diese Krankheitsbilder principiell als mehr oder weniger ausgebildete Theile eines manisch-depressiven Irreseins ansieht oder nicht. Als die eigentlichen Differenzpunkte müssen heute gelten einmal die Ausdehnung des Paranoiabegriffes und zweitens das Kapitel von der Dementia praecox. Bei der Paranoia betreffen die divergirenden Auffassungen verschiedene Punkte; die Existenz einer „acuten Paranoia“ wird von den Einen bestritten, und Paranoia nur das genannt, was von vornherein chronisch und unheilbar ist; dadurch wird z. B. auch der ätiologische Begriff der acuten Alkoholparanoia im klinischen Sinne zweifelhaft; ein immer wachsender Theil der Zustandsbilder von Paranoia wird von Kraepelin für die Dementia praecox in Anspruch genommen; allgemeine Zustimmung ist dabei vielleicht zu erhoffen für die nicht häufigen Fälle von Dementia paranoides und die unter ausgesprochen katatonischen Erscheinungen rasch verblöddenden; ausgedehnte Zustimmung versagt ist dagegen sicherlich seinem neusten Versuche, den grössten Theil der Fälle von chronischer Paranoia unter dem Namen der Dementia praecox einzuordnen, ein Versuch, der mir namentlich didaktisch im hohen

Maasse bedenklich erscheinen will. Zu welchen thatsächlichen Consequenzen das führt, zeigen sehr lehrreich die Jahresberichte der Heidelberger Klinik, in denen 1901 auf 366 Aufnahmen 190 und 1902 auf 400 Aufnahmen 180 Fälle von *Dementia praecox*, also circa die Hälfte, entfallen. Auf diese im Ganzen 766 Aufnahmen binnen zwei Jahren kommt ein einziger Fall von *Paranoia*. Was soll man praktisch und gar im Unterricht mit einer Diagnose anfangen, die 50 pCt. des ganzen Materials in denselben Rahmen spannt, dessen Bezeichnung ausserdem für einen grossen Theil der Fälle weder im Hauptwort: *Dementia* noch im Adjektiv: *praecox* zutreffend ist? Wenn hierbei wenigstens noch über den Inhalt der adjectivischen Zustandsbezeichnung „paranoisch“ ein Verständigung möglich ist, so ist das nicht der Fall für die Ausdehnung, die Ziehen in seinem Lehrbuche dem *Paranoiabegriffe* giebt, wenn er das intellectuelle Moment gegenüber anderen, affektiven, Störungen in den Vordergrund rückt, und so z. B. dazu kommt, einen Zustand *acuter hallucinatorischer Verwirrtheit*, der für die Majorität der Psychiater mit *Paranoia* gar nichts zu thun hat, als *acute Paranoia* zu bezeichnen; ich glaube, dass Ziehens Gefolgschaft hier sehr gering ist und möchte hoffen, dass sie es auch bleiben wird. — In Bezug auf die *Dementia praecox* ist, wenn wir von dem erwähnten Versuche, die *Paranoia* grössten Theiles dort unterzubringen, absehen, in letzter Zeit die Discussion weniger scharf geworden, und zwar vor Allem deswegen, weil ein nicht unbeträchtlicher Theil der früheren Gegner Kraepelins sich inzwischen seinen Anschauungen in diesem Punkte genähert hat, wenn sie es auch noch nicht alle zugeben. Am meisten Differenzen auf dem Terrain der *Dementia praecox* bestehen sonst noch für die katatonischen Formen; auch hier indessen wird die Anerkennung derjenigen Fälle, die in der ersten Lebenshälfte einsetzen, unter den specifisch katatonischen Erscheinungen verlaufen und zur Verblödung führen, nicht mehr lange auf sich warten lassen; schon jetzt ist die adjectivische Bezeichnung „katatonisch“, wenn damit Nichts über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankheitsform ausgesagt werden soll, eine im psychiatrischen Verkehre gangbare Münze.

Es hätte keinen Zweck, hier die ganze klinische Psychiatrie durchzugehen; worauf es mir ankam, war nur, an der Hand der nächstliegenden Beispiele zu zeigen, dass das Gebiet, das als sicherer Besitz unserer Wissenschaft gelten darf, verhältnissmässig recht gross ist im Vergleich mit dem strittigen Terrain, und dass über den grösseren Theil classificatorischer Fragen eine gegenseitige Verständigung sehr wohl möglich ist

Die Aussichten dazu erscheinen um so besser, je klarer man sich den vernünftigerweise in den Examensbestimmungen zu suchenden

Sinn vor Augen hält. Der Unterricht in der Psychiatrie will und soll nicht Psychiater ausbilden; es soll der angehende Arzt, wie in anderen klinischen Fächern, eine wissenschaftliche Grundlage mitbekommen, die es ihm ermöglicht, einfache Thatbestände zu erkennen, und auf der weiter bauend er im Stande ist, in seiner Praxis dazu zu lernen und Erfahrungen zu machen; seine Ausbildung soll so beschaffen sein, dass er vor allem die Grenzen seines Wissens klar erkennt, und sich nicht an Aufgaben versucht, denen er nicht gewachsen sein kann. Der Arzt in der allgemeinen Praxis stellt sozusagen für psychische Erkrankungsfälle das erste Filter dar; in seiner Hand liegt unter gewöhnlichen Verhältnissen die Aufgabe der Erkennung und Behandlung der ersten Stadien von Seelenstörungen und die Entscheidung über die Frage der Verbringung in eine Anstalt, ebenso wie etwa die erste vorläufige Begutachtung bei Einleitung einer Entmündigung oder im Strafverfahren.

Es ist dazu nöthig, dass der Arzt im Stande ist, sich in einem gegebenen Krankheitsfall in den groben Zügen zurechtzufinden; in der Regel wird es sich dabei um die Beurtheilung eines Zustandsbildes handeln, aus dessen Symptomen sich die ärztlichen Schlussfolgerungen in Bezug auf Suicidneigung, Gemeingefährlichkeit, wahrscheinliche Nahrungsverweigerung und andere Dinge ergeben, welche als die Indicationen des Eingreifens wirksam werden.

Es ist dabei für den practischen Arzt, der einem Krankheitsfall gegenüber steht, im Moment ganz gleichgültig, ob z. B. ein melancholischer Symptomencomplex eine echte Melancholie, etwa in dem eingeeengten Sinne Kraepelin's, oder eine Theilphase eines manisch-depressiven Irreseins darstellt; das melancholische Zustandsbild mit allen seinen Folgen und Indicationen steht practisch in Frage, und der Arzt in der Praxis erfüllt voll seine Schuldigkeit, wenn er das sicher erkennt und daraus die nöthigen Schlussfolgerungen zieht. Es ist eine Illusion, zu glauben, dass der beste Unterricht in der Psychiatrie in der Ausbildung der Mediciner mehr leisten kann als das, und es ist verkehrt, mehr erstreben oder erzwingen zu wollen. Die meisten classificatorischen Fragen und Nüancen, die den Fachmann so lebhaft in Mitleidenschaft ziehen, haben für den practischen Arzt und somit auch für das medicinische Staatsexamen gar keine Bedeutung; wer im Unterricht selber erfahren hat, wieviel mitgebrachte Vorurtheile, schiefe und unglückliche Ansichten der Anfänger im Studium der Psychiatrie erst einmal abzulegen hat, ehe er anfängt, sich in den elementarsten Thatsachen des neuen Gebietes zurechtzufinden, wie lange es dauert, bis der Blick

auch nur für die gröberen charakteristischen Züge einer psychischen Störung sich schärft, der wird, wenn er fähig ist, ohne Illusionen den Dingen ins Gesicht zu sehen, bescheiden in der Schätzung des überhaupt auf diesem Gebiete Erreichbaren. Der thatsächlich drängendsten Aufgaben im Unterrichte in der Psychiatrie sind so viele, dass die feinen classificatorischen Unterschiede als ein Luxus erscheinen, der wichtigeren Dingen den Raum beschneidet.

Was demnach im Staatsexamen in der Psychiatrie zu verlangen ist, möchte ich etwa in Folgendem zusammenfassen:

Der Examinand muss im Stande sein, einfache und typische Fälle sicher zu erkennen, also z. B. progressive Paralyse, Delirium tremens, chronischen Alkoholismus, Manie, Melancholie, chronische Paranoia u. s. w. Das Gleiche gilt für Symptomencomplexe, wie etwa Bewusstseinstörung, Delirien, Verwirrtheit, Erregung u. s. w.; strengere Anforderungen wird man bei denjenigen organischen Fällen stellen dürfen, die, wie etwa die progressive Paralyse, vorwiegend auf solche Untersuchungsmethoden hin diagnosticirt werden können, deren Kenntniss der Examinand aus der inneren Medicin mitzubringen hat. Eine präzise Namensdiagnose wird in anerkannt typischen Fällen und immer dann zu verlangen sein, wenn mit der Diagnose zugleich die Prognose und auch etwa therapeutische Indicationen gegeben sind.

Bei einer grossen Anzahl von Fällen, soweit dieselben überhaupt zum Examen herangezogen werden, wird es dagegen vollkommen genügen, wenn der Examinand im Stande ist, den Symptomencomplex in seinen Hauptcomponenten zu erkennen und daraus die practischen Schlussfolgerungen abzuleiten. Ueberhaupt wird ja das Urtheil des Examinators über die psychiatrische Qualification des Candidaten nicht an der mehr oder weniger präzisen Einzeldiagnose haften; die vorgesehene Prüfung an der Hand (zahlenmässig nicht begrenzter) anderer Fälle wird reichlich Gelegenheit geben, die Fähigkeit des Candidaten in der Beurtheilung der wesentlichen Dinge z. B. auch in der Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit, der Entmündigung u. s. w. genau kennen zu lernen. Dieses lässt sich sehr wohl ermöglichen, ohne dass classificatorische Schuldifferenzen störend oder hindernd dazwischen treten; das grosse Gebiet der allgemeinen Symptomenlehre, aus dem sich die practischen Indicationen grösstentheils ableiten, ist verhältnissmässig so wenigen örtlichen und persönlichen Lehrunterschieden unterworfen, dass ein Candidat, der überhaupt irgendwo in Psychiatrie etwas gelernt hat, überall eine gerechte Beurtheilung finden wird.

Ich will diese Ausführungen, die nur dazu bestimmt sind, als Ein-

leitung der Discussion zu dienen, nicht weiter fortsetzen; ich weiss sehr wohl, dass dieselben stellenweise geeignet sein konnten, persönliche Empfindlichkeiten zu wecken; es war dies indess im Interesse der Sache, die höher steht, nicht zu vermeiden; die Punkte, an denen Besserungsbestrebungen einzusetzen haben, mussten in aller Offenheit besprochen werden, wenn etwas genützt werden soll.

Ich möchte wünschen, dass dieser Zeitabschnitt, der uns lange Erstrebtes bringt, und der in der Geschichte der Psychiatrie, wenn wir wollen, als die Einleitung einer besseren Epoche verzeichnet werden wird, nicht durch unsere Schuld um sein Bestes betrogen werde!
