

von Fakten, die mit der Persönlichkeit keinerlei Verbindung haben, gewissermaßen vergegenständlicht werden, ist erhalten und nur das, was normalerweise die Biographie ausmacht, also das, was man getan hat, was man erlebt hat — dies gerade kann nicht behalten, kann nicht erinnert oder besser gesagt nicht chronologisch eingeordnet werden.

Herr **E. Sternberg** (Moskau): **Zur Frage der funktionellen Rückbildungspsychosen.**

Das Problem der Abgrenzung der paranoiden Alterspsychosen, das sich im Verlauf vieler Jahrzehnte im Zentrum der Aufmerksamkeit der Untersucher befand, ist auch heute noch weit von seiner Lösung entfernt. Alle Versuche einer Eingliederung dieser Psychosen in die großen Gruppen des **Kraepelin'schen** Systems oder der Aufstellung selbständiger Formen haben bisher keine allgemein anerkannten Ergebnisse gehabt. Der Erfolg weiterer Forschungen auf diesem Gebiet wird in erster Linie von ihrem methodischen Niveau und der Berücksichtigung allgemeinpathologischer Gesetzmäßigkeiten abhängen. Einige Arbeiten stützten sich in methodischer Hinsicht auf die im Moskauer Institut für Psychiatrie ausgearbeiteten Prinzipien einer klinisch-psychopathologischen Analyse der Struktur der psychopathologischen Syndrome, der Wechselbeziehungen zwischen positiven und negativen Störungen in ihrer Struktur sowie der Gesetzmäßigkeiten ihrer Veränderungen im Krankheitsverlauf. Besondere Bedeutung für das Problem der paranoiden Alterspsychosen besitzen zwei Gruppen neuerer klinischer Beobachtungen: die Befunde, welche die allgemeinen, nosologisch unspezifischen klinischen Besonderheiten der Erscheinungsformen der Alterspsychosen betreffen, sowie die Beobachtungen über die klinischen Besonderheiten der Spätschizophrenien. Unter Berücksichtigung der genannten klinischen und methodischen Gesichtspunkte wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, neben den Spätschizophrenien und endoformen organischen (vaskulären) Psychosen auch eine Gruppe paranoider Alterspsychosen im eigentlichen Sinne als klinischen Typus anzuerkennen. Es wurden einige entsprechende differentialdiagnostische Gesichtspunkte erörtert.

Diskussion: **Barylla** (Eberswalde); **Fish** (Liverpool); **Sternberg** (Moskau).

Herr **G. Harrer** (Salzburg): **Untersuchungen zur Wirkungsweise der Thymoleptika.**

Vortrag bzw. Autoreferat nicht eingegangen.

Diskussion: **Vondráček** (Prag); **Häßler** (Frankfurt/Main); **Harrer** (Salzburg).

Herr **F. Fornády**, Fräulein **E. Kokovai** und Herr **L. Szegedy** (Budapest): **Beitrag zur Pathogenese der posttraumatischen extrapyramidalen Hyperkinesen.**

Der Krankheitsverlauf eines 61jährigen Mannes, der 10 Jahre lang als aktiver Boxwettkämpfer tätig war und 15 Jahre später die ersten extrapyramidalen Symptome zeigte, wurde zum Anlaß genommen, den Zusammenhang der allmählich progredienten Symptomatik — Blepharospasmus, dystonische Erscheinungen, Torticollis — mit den beim Boxen erlittenen Schädelhirntraumen zu diskutieren. Unter Hinweis auf Literaturmitteilungen wurden anoxisch-vasale Hirnschädigungen im Bereich der basalen Ganglien als Ursache der hyperkinetischen Erscheinungen angenommen, einem späteren leichten Schädeltrauma eine manifestie-

rende und einer mit zunehmendem Alter auftretende Arteriosklerose eine die Progression bewirkende Rolle zuerkannt.

Herr **A. Bukowczyk** (Wrocław): **Die Wroclawer Taxonomie in der diagnostischen Auswertung der Depressionen.**

Vortrag bzw. Autoreferat nicht eingegangen.

Diskussion: **Szewczyk** (Berlin).

Herr **F. Gerstenbrand** (Wien): **Das Klüver-Bucy-Syndrom im Remissionsstadium des apallischen Syndroms.**

In 74 Fällen nach einem traumatischen apallischen Syndrom, aber auch nach apallischem Syndrom anderer Ätiologie hat Ref. das Klüver-Bucy-Syndrom als markantes Stadium der Remission beobachtet. Es kommt auch während eines stufenweisen Abbaues der Gehirnfunktionen zum apallischen Syndrom vor. Die im einzelnen analysierte Symptomatik entspricht Ausfallssyndromen, wie sie nach operativen Eingriffen am limbischen System auftreten. Für entsprechende Symptomkombinationen bei nicht-traumatischen apallischen Syndromen wurden Beispiele angegeben. Die dem Klüver-Bucy-Syndrom vorangehende, die sich ihm anschließende Durchgangssymptomatik und die ihm folgenden Phasen des apallischen Syndroms wurden geschildert. — An der folgenden Diskussion beteiligten sich: **Scheller** (Würzburg); **Göllnitz** (Rostock); **Sternberg** (Moskau); **Vondráček** (Prag); **Gerstenbrand** (Wien).

Frau **J. Huszár** (Budapest): **Einige Probleme der typischen und atypischen Rauschzustände.**

Diskussion: **Barylla** (Eberswalde).

Herr **F. Fornády**, Frau **R. Fráter** und Fräulein **E. Kokovai** (Budapest): **Über Wahnstimmungszustände im Zusammenhang mit der bildenden Kunst.**

Zeichnungen und Gemälde einer 23jährigen Kunststudentin, die sie während dreier Wochen vor Klinikaufnahme bei beginnender Schizophrenie geschaffen hatte, wurden demonstriert und nach Form, Inhalt und Farbwirkung besprochen. Es handelte sich um eine Selbstporträtreihe, welche die Entwicklung der die Erkrankung einleitenden Wahnstimmung wiedergab.

Diskussion: **Vondráček** (Prag).

27. 1. 1967 **Vormittagssitzung.** Vorsitzender: **H. A. F. Schulze** (Berlin).

Frau **J. Hausmanowa-Petrusewicz** (Warszawa): **Spinale kindliche und jugendliche Muskelatrophie.**

Der Vortrag befaßte sich mit der Frage, ob die infantile spinale Muskelatrophie (**Werdnig-Hoff-**

Irreseins, welche in dessen verschiedenen Formen verschiedene Stadien eines Krankheitsprozesses erkennt ...". Er beschrieb jedoch verschiedene „Hauptformen des Irreseins“, z. B. „Tobsucht“, „Schwermut“, „Verrücktheit“, „Blödsinn“, und kannte auch zwei Gruppierungen psychotischer Grundzustände: einmal die, welche von affektiven Vorgängen, und zum anderen jene, welche von Störungen des Denkens und Willens beherrscht werden, wobei das Irresein fast nur innerhalb jener ersten Gruppe ein heilbares, dagegen im Falle der Ausbildung der zweiten (seiner Meinung nach sekundären) Gruppe ein vorwiegend unheilbares Leiden sei. Die Psychose entsteht bei ihm auf dem Boden einer „Dysthymie“ und ist von vielen Faktoren abhängig, in erster Linie von einer diffusen, von „innen heraus“ entstandenen Erkrankung kortikaler Bereiche bei allgemeiner erheblicher Prädisposition, kann aber z. B. auch von Schädigungen in kindlichen Lebenszeiten, Erziehungsfehlern und sexuellen Schwierigkeiten hervorgerufen werden. Er ist der Ansicht, daß beim Irresein vieles auf Störungen an sich gesunder Vorgänge beruht, mißt dem quantitativen Moment eine große Bedeutung bei und kommt zu dem Schluß, daß fast immer ein „Komplex mehrerer, z. T. sehr vieler und verwickelter“ Elemente zusammenkommt. — Ein Überblick über die großen Züge der Entwicklung der verschiedenen Psychosenlehren aus dem Blickpunkt des Werkes von Griesinger rundete diese historische Betrachtung ab.

Herr H. Göllnitz (Rostock): Wilhelm Griesinger und die Kinderneuropsihiatrie.

Im Gegensatz zu manchen seiner Zeitgenossen und Nachfahren hat Griesinger in seinem Lehrbuch schon recht weitgehend die psychopathologischen Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters beschrieben. Nach einem schematischen Überblick wurden die Komplexe Frühprägung, Fehlerziehung, Psychosen, Ich-Entwicklung, Intelligenztiefstand, Intelligenzabbau, Verhaltensstörungen und Frühtherapie besprochen.

Herr D. Seige (Berlin): Carl Westphal an der Berliner Nervenklirik.

An Hand seines Lebensverlaufes, der beruflichen Entwicklung und wissenschaftlichen Tätigkeit wird sein Wirken als Mitarbeiter von Ideler und Griesinger sowie später als Direktor der Nervenklirik in Forschung, Klinik und akademischer Lehre dargestellt und dabei auf deren teilweise charakterbedingte wie auch schicksalhafte Beziehungen zu seiner Person hingewiesen.

Herr H. Hoff (Wien): Die Bedeutung Bonhoeffers für die Entwicklung der Internationalen Psychiatrie
[verlesen von Herrn F. Gerstenbrand (Wien)].

Bonhoeffer war ausgegangen von dem Konzept der Krankheitseinheit und war einer der wenigen Männer, die versucht haben, einzelne dieser Krankheitsbilder in einem besonderen Licht zu sehen. Er konzentrierte sich besonders auf den exogenen Reaktionstyp. Zum ersten Mal hat Bonhoeffer die Persönlichkeit des Menschen, der erkrankt ist, in das Licht einer psychiatrischen Betrachtungsweise gerückt. In seinem Sinne können heute die verschiedenen Bilder des exogenen Reaktionstypus als Auseinandersetzung der in einer bestimmten Situation befindlichen individuellen Persönlichkeit mit einer körperlichen Erkrankung verstanden werden. Bonhoeffer konnte zei-

gen, daß das Delirium tremens keine Abstinenzerscheinung ist, sondern daß es als chronische Alkoholpsychose den Regeln des exogenen Reaktionstypus unterliegt. Man kann von Bonhoeffers Werk aussagen, daß es, entstanden an der Jahrhundertchwelle, weiter wirkt und seinen Beitrag leistet in einer Zeit, die sich durch vielfache Verwirrung kennzeichnet. Der exogene Reaktionstypus ist heute ein international anerkannter Begriff geworden. Das Entscheidende bleibt aber bis zum heutigen Tag, daß in den Erkenntnissen Bonhoeffers zum ersten Mal neben der psychiatrischen Krankheit auch der Mensch in Erscheinung getreten ist. Der Mensch wird nicht mehr allein von seiner Krankheit überfallen, sondern er reagiert eben mit seiner spezifischen, verschiedenen, individuellen Reaktionsform auf diese Krankheit. Dieser Schritt scheint in der Auffassung der Psychiatrie ein ungeheurer Wendepunkt zu sein.

Herr H. Schwarz (Greifswald): Persönliche Erinnerungen.

Der Vortragende berichtete, ausgehend von der Erkenntnis, daß Erinnerungen nur dann zu Erfahrungen werden, wenn man aus ihnen etwas gelernt hat, von eindrucksvollen Erlebnissen seiner Assistentenzeit an der Nervenklirik der Charité unter Bonhoeffer. Die Beispiele vermittelten tiefere Einblicke in die Situation der Klinik und die Wirkung und Ausstrahlung Bonhoeffers als Lehrer, Arzt und Mensch. Die Erinnerungen ließen aber auch die furchtbaren Folgen der brutalen Nazihererschaft besonders deutlich werden, als der Vortragende davon berichtete, wie viele jüdische Kollegen aus der Klinik verjagt und verfolgt wurden.

26. 1. 1967 Nachmittagssitzung. Vorsitzender: F. Barylla (Eberswalde).

Herr V. Vondráček (Prag): Der Aberglaube vom Standpunkt der Psychiatrie.

Der Begriff Aberglaube wurde definiert. Sodann wurde das Thema aus psychologischer und psychiatrischer Sicht behandelt. Den Beziehungen zwischen psychiatrischen Krankheiten und ihren Äußerungen zur Entstehung und Bildung des Aberglaubens wurde nachgegangen. Der Aberglaube ist auch in Europa sehr verbreitet. Er wirkt seinerseits pathogenetisch, pathoplastisch und kommt bei gewissen anankastischen Zuständen als ein Symptom, als der bekannte magische Hintergrund der Anankasmen, vor. Da der Aberglaube die Freiheit des Menschen begrenzt, muß man gegen ihn taktvoll kämpfen. — Zur Diskussion sprachen: Barylla (Eberswalde), Leonhard (Berlin).

Herr H. Scheller (Würzburg): Neue Anschauungen bezüglich der Psychopathologie des Korsakow-Syndroms und des Delirs.

Wir sind zu der Überzeugung gekommen, daß die zentrale Störung bei beiden Syndromen die Störung der Orientiertheit ist, und zwar nun nicht etwa bloß im Sinne von Desorientiertheit, also einer Unsicherheit, der die Kranken durch Fragen zu begegnen versuchten, sondern einer positiven Verfälschung der Orientierung oder besser: einer Falschorientiertheit. Diese Auffassung wurde im einzelnen erläutert und mit Beispielen belegt. Korsakow-Kranke und Delirante bleiben in allem, was sie tun, und was sie erleben, immer im Rahmen ihrer Biographie, also dessen, was sich wirklich ereignet hat, oder was sich wenigstens hätte ereignen können. Die Lernfähigkeit

Jubiläumssitzungen vom 26. bis 28. Januar 1967 in der Nervenlinik der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin anlässlich des 100jährigen Bestehens der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, des 60jährigen Bestehens der Universitätsnervenlinik der Charité und des 150. Geburtstages von Wilhelm Griesinger

Präsident: Professor Dr. K. Leonhard.

Organisatorische Leitung: Doz. Dr. med. habil. H. A. F. Schulze.

26. 1. 1967 Vormittagssitzung. Vorsitzender: K. Leonhard (Berlin).

Herr K. Leonhard (Berlin): Eröffnung und Begrüßung der Ehrengäste und Teilnehmer.

Glückwünsche des Herrn Ministers für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik M. Seifrin, übermittelt durch den Stellvertreter des Ministers, Herrn Professor Dr. Mecklinger. Verlesung einer Grußadresse des Präsidenten der Weltföderation für Neurologie, Prof. Dr. Macdonald Critchley, London. Vortrag von Grußadressen und Glückwünschen der Ehrengäste und Sprecher der ausländischen Delegationen.

Herr H. A. F. Schulze und Herr Ch. Donalies (Berlin): Historischer Festvortrag: 100 Jahre Psychiatrie und Neurologie im Rahmen der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie und der Nervenlinik der Charité.

Der Rückblick auf das Jubiläumshundert stützte sich auf die Auswertung der Sitzungsberichte, Aufzeichnungen, Bilder und Zeugnisse, wissenschaftliche Arbeiten, zeitgenössische Schilderungen und Überlieferungen früherer Mitglieder unserer Gesellschaft und außenstehender Betrachter. Es wurden solche Episoden und Beispiele hervorgehoben, die Marksteine und Wendepunkte der Entwicklung deutlich machen. Die Gründung der Gesellschaft durch Griesinger erfolgte etwa zur gleichen Zeit wie die Eröffnung der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité. Beide Institutionen sind fest mit dem Namen Griesinger verbunden. Die weitere Entwicklung beider ist nicht voneinander zu trennen. Seit etwa 60 Jahren besteht das heutige Gebäude der Nervenlinik. Persönlichkeit und Werk Griesingers wurden gewürdigt. Mit Hinweisen auf die wichtigsten Vorträge und hervorragende Referenten wurde das wissenschaftliche Leben in den Sitzungen der Gesellschaft skizziert. Besondere Berücksichtigung fanden die Nachfolger Griesingers als Vorsitzende der Gesellschaft und Direktoren der Klinik und die Ehrenmitglieder. Hier seien nur einige Namen genannt: Westphal, Steinthal, Martini, Hitzig, Wernicke, Virchow, Jolly, Ziehen, Sander, Henneberg, v. Leyden, Krafft-Ebing, Mendel, Oppenheim, Stier, Moeli, Vogt, Liepmann, Bonhoeffer, Moreira, Henschen, Ramon y Cajal, Mingazzini, Kramer, Wagner v. Jauregg, Spatz, Zutt, Roggenbau, Thiele, Donalies, Seige und Leonhard. Der Name eines Vorsitzenden und Klinikdirektors verdient nicht, ehrend genannt zu werden. — De Crinis hat die Geschichte unserer Gesellschaft, unserer Klinik, ja die ganze deutsche Psychiatrie mit Schuld und Schande beladen. Dieser Zeit der Barbarei und des Ungeistes während der Naziherrschaft konnte auch der Festvortrag nicht ausweichen, gilt es doch, unsere jun-

gen Kollegen davor zu bewahren, jemals wieder zum Werkzeug des Verbrechens zu werden! — Die Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie wurde am 8. Dezember 1947 wiedergegründet. So fügt sich den genannten Jubiläen das 20jährige Bestehen nach dem Kriege an. Die großartige Perspektive der weiteren Entwicklung des wissenschaftlichen Lebens und die größeren Aufgaben unserer neu erstandenen Berliner Gesellschaft wurden abschließend aufgezeigt.

Herr D. Müller-Hegemann (Berlin): Wilhelm Griesinger und die Medizinische Psychologie.

Verf. setzte sich kritisch mit einigen, dem wirklichen Wollen Griesingers nicht gerecht werdenden Wertungen der Literatur auseinander. „In einer ganzen Reihe von Publikationen sind Themen der Psychologie von Griesinger ausführlich behandelt worden. ... Griesinger verlangte, daß die psychologische Betrachtung nicht einseitig betrieben, vielmehr die motorische und sensitive Störungsgruppe als ganz ebenso wichtig studiert und für Diagnostik und Therapie verwertet, ferner, daß von der Erforschung des an den Kranken selbst erfahrungsgemäß zu beobachtenden Phänomens ausgegangen werden, schließlich, daß man vor allem die Elemente der psychischen Abnormitäten auffinden und zu verstehen suchen müsse. ... Wenn er immer wieder zentral, d. h. zerebrale Grundlagen und Zwischenglieder psychologischer Erscheinungen anführte, so tat er dies als überzeugter Naturwissenschaftler, der von der anatomisch-physiologischen Basis aus Zugang zu dem psychischen Phänomen suchte, deren verstehbaren Zusammenhang er in bestimmtem Umfang durchaus anerkannte. ... Seine Arbeit „Über psychische Reflexaktionen“ ist oft mißverstanden worden. I. P. Pawlow vorwegnehmend hat Griesinger darin den Reflexbegriff so erweitert, daß auch die psychischen Erscheinungen mit ihm erfaßt wurden. ... Das psychische Leben der Menschen wie der Tiere fange in den Sinnesorganen an, und der stete Fluß, als den wir es wahrnehmen, trete in den Bewegungsorganen wieder nach außen. Er spricht vom Umschlagen der sensitiven Eindrücke in motorische Erregungen in die Triebe zu lebhafter Beweglichkeit. ... Weiter unterschied er Stimmung, Besonnenheit, Gemüt und andere wichtige psychische Erscheinungen und beschäftigte sich mit ihren pathologischen Veränderungen. ... Erwähnt sei, daß nach Griesinger alle höhere geistige Tätigkeit an die Sprache gebunden ist. ... Die psychischen Erscheinungen sind für ihn Funktionen des Gehirns, aber keineswegs passive Absonderungen, vielmehr aktive Faktoren sowohl hinsichtlich der Pathogenese wie der Therapie, so daß eine ausschließlich auf das Hirnorgan bezogene Auffassung entfällt. — Wer diese Grundkonzeption Griesingers nicht beachtet, wird seiner Originalität in der damaligen Psychiatrie nicht gerecht werden können.

Herr H. Rennert (Halle): Wilhelm Griesinger und die Einheitspsychose.

Griesinger vertrat wie sein Lehrer Zeller, z. T. zurückgehend auf Guislain, ein einheitspsychotisches Konzept, nämlich „eine Betrachtungsweise des

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie