

Berlin, Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie

(Fortsetzung aus Heft 3/1968 dieser Zeitschrift)

26. 1. 1967 Nachmittagssitzung**Vorsitzender:** F. Barylla, Eberswalde

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.

Diskussion: Barylla, Eberswalde, Leonhard, Berlin

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 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.

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 Kraepelinschen 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. Eigene 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, die die allgemeinen, nosologisch unspezifischen klinischen Besonderheiten der Erscheinungsformen der Alterspsychosen betreffen, sowie die Beobachtungen über die klinischen Besonderheiten der Spätschizophrenie. Unter Berücksichtigung der genannten klinischen und methodischen Gesichtspunkte wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, neben den Spätschizophrenen 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

G. Harrer, Salzburg:

Untersuchungen zur Wirkungsweise der Thymoleptika

Vortrag bzw. Autorreferat nicht eingegangen.

Diskussion: Vondráček, Prag; Haßler, Frankfurt (Main); Harrer, Salzburg

F. Fornády, E. Kokovai und L. Szegedy, Budapest:

Beitrag zur Pathogenese 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 Schädel-Hirn-Traumen 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 manifestierende und einer mit zunehmendem Alter auftretende Arteriosklerose eine die Progression bewirkende Rolle zuerkannt.

A. Bukowczyk, Wrocław:

Die Wroclawer Taxonomie in der diagnostischen Auswertung der Depressionen

Vortrag bzw. Autorreferat nicht eingegangen.

Diskussion: Szewczyk, Berlin

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 markantestes Stadium der Remission beobachtet. Es kommt auch während eines stufenweisen Abbaus der Gehirnfunktionen zum apallischen Syndrom vor. Die im einzelnen analysierte Symptomatik entspricht. Ausfallsyndromen, 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.

Diskussion: Scheller, Würzburg; Göllnitz, Rostock; Sternberg, Moskau; Vondráček, Prag; Gerstenbrand, Wien

J. Huszár, Budapest:

Einige Probleme der typischen und atypischen Rauschzustände

Ref. hält die Bezeichnungen: gewöhnlicher und pathologischer Rausch für ungeeignet und schlug vor, besser von typischen und atypischen Rauschzuständen zu sprechen. Zur Kennzeichnung des atypischen Rausches wurden folgende Kriterien angegeben: die qualitative Intoleranz, Sinnestäuschungen, Wahnerlebnisse, Ängstlichkeit, terminaler Schlaf, Amnesie. Das Fehlen einzelner Faktoren schließt den atypischen Rausch nicht aus. Es folgten Hinweise für die forensisch-psychiatrische Bewertung im Einzelfall.

Diskussion: Barylla, Eberswalde

F. Fornády, R. Fráter und E. Kokovai, Budapest:

Über Wahnstimmungszustände im Zusammenhang mit der bildenden Kunst

Zeichnungen und Gemälde einer 23jährigen Kunststudentin, die sie während 3 Wochen vor Klinikaufnahme bei beginnender Schizophrenie geschaffen hatte, wurden

SONDERDRUCK AUS
DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN

Organ der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin

HEFT 5/1968 · 23. JAHRGANG