

Universitäts-Nervenklinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. E. KRETSCHMER).

Der erste Eindruck und seine medizinisch-diagnostische Verwendbarkeit.

Von
D. LANGEN.

(Eingegangen im Juni 1953.)

A. Einleitung.

Bei einer ärztlichen Untersuchung bedarf es einer Fülle von Befunden, um zu einer abschließenden Diagnose zu kommen. Sie beginnt mit der Anamnesenerhebung, dann folgen körperliche Untersuchungen, die unter Umständen durch spezielle Laboratoriumsfeststellungen ergänzt werden. Durch alle diese, oft mühevollen Verfahren gewinnt der Arzt schließlich ein Bild vom Kranken, dem er durch die „Diagnose“ eine „Etikettierung“ verleiht. Jeder erfahrene Arzt wird aber auch immer seinen ersten Eindruck vom Kranken mitregistrieren, und, mehr oder weniger bewußt, bei der abschließenden diagnostischen Beurteilung verwenden.

Schon der Medizinstudent wird angehalten, dem Kranken nicht nur mit der Anamnesenerhebung und sonstigen Untersuchungen entgegenzutreten, sondern sich erst durch eine einfache Inspektion beeindrucken zu lassen. Den Wert einer solchen Schulung zeigen die Erfahrungen E. KRETSCHMERS. Er gewinnt durch eine besonders exakte Beobachtung psychomotorischer Erscheinungen, ohne Kenntnis sonstiger anamnestischer Daten oder Befunde, Eindrücke, die von entscheidender diagnostischer Bedeutung sind. Ebenso hat KLAESI, wie SPOERRI zusammengefaßt darstellen konnte, diese „verstehende Ausdrucksphänomenologie“ speziell der optischen Eindrücke zu einem wertvollen Bestandteil der Diagnostik entwickelt.

Demgegenüber sind auf Form und Inhalt von Äußerungen der Kranken aufbauende Untersuchungen in der medizinischen Literatur fast nicht zu finden. Wir haben uns deshalb bemüht, die ersten während einer Exploration gesprochenen Sätze von Patienten besonders zu beachten und unsere Beobachtungen zu sammeln.

Die nachfolgenden experimentellen Untersuchungen über den ersten Eindruck sind das Ergebnis der Auswertung von 300 protokollarisch fixierten Antworten von Patienten auf eine bestimmte explorative Ausgangssituation. Obwohl die Bedeutung des ersten Eindrucks von erfahrenen Ärzten immer gewürdigt wurde, sind entsprechende systematische Untersuchungen nicht durchgeführt worden.

Wir hoffen, durch unsere Untersuchungen die diagnostische Bedeutung des ersten Eindrucks aus der Sphäre des Intuitiven herauszuheben und zu zeigen, daß jeder Arzt in der Lage ist, bei entsprechender Einstellung auf die testartige Untersuchungssituation, die erste Begegnung mit seinen Patienten diagnostisch ganz auszuschöpfen.

B. Hauptteil.

I. Technik der Untersuchung.

300 Zugänge der Universitäts-Nervenklinik Tübingen wurden auf den ersten Eindruck hin untersucht. Aus äußersten Gründen handelte es sich dabei in der überwiegenden Zahl der Fälle um weibliche Patienten. Einige Tage lang wurden auch alle Patienten der Poliklinik und die Zugänge der Männerabteilung einem ersten Eindruck unterzogen. Das Pflegepersonal hatte Weisung, uns zu diesem Zweck alle Zugänge gleich nach ihrer Aufnahme, noch bevor sie von dem sonst zuständigen Arzt untersucht waren, zu melden.

Wir legen aus 2 Gründen großen Wert auf diese Unmittelbarkeit:

1. Der Patient soll bei seiner Aufnahme in die Klinik möglichst nicht warten, um sich nicht durch die neue Situation zu stark beeindrucken zu lassen.
2. Durch diese Unmittelbarkeit wird im Patienten das Gefühl der Geborgenheit erzeugt, so daß er für die folgende Untersuchung aufgeschlossener wird. Wir haben diese Faktoren unter dem Begriff der „Gestaltung der ersten Begegnung“ und seine eminente Bedeutung in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht eingehend gewürdigt (LANGEN).

Der Patient kommt in das Zimmer des Untersuchers, wird zum Platznehmen aufgefordert und dann an ihn etwa die Frage gestellt: „*Nun, was hat's denn?*“ Darauf beginnt meist der Patient spontan mit einer Kette von Mitteilungen, die vom Untersucher gleich mitgeschrieben werden. Vereinzelt ist es uns möglich gewesen, durch eine dritte Person das Gesprochene 2 min lang mitstenographieren zu lassen. Es muß dabei stets darauf geachtet werden, daß sich das Mitschreiben in einer für den Patienten unauffälligen Weise vollzieht. Da selbst diese Form der Protokollierung manche Patienten störte, ist es günstiger, das Gespräch durch ein Mikrophon in einen Nebenraum zu übertragen und dort mitzuschreiben zu lassen. Dann dürften die Protokolle das Wesentliche noch deutlicher zum Ausdruck bringen.

Tritt bei einem Patienten eine Pause in den Äußerungen ein, und wird diese so lang, daß mit weiteren nicht mehr zu rechnen ist, so wird eine zweite Aufforderung dadurch gegeben, daß wir die Frage an den Patienten richten: „*Na und?*“ Danach kommt es meist zur Produktion von weiteren Gedanken.

Bei abermaligem Versiegen der Äußerungen vor Ablauf von 2 min wird als letzter Anstoß an den Kranken die Aufforderung gerichtet: „Nun erzählen Sie doch mal.“ Danach erfolgen in der Regel weitere recht ergiebige Mitteilungen.

Wir legen Wert darauf, daß die Aufforderung an den Patienten in Form ungerichteter Fragen geschieht. Schon durch eine Frage: „Wo fehlt es?“ oder ähnliches dürfte bei vielen bereits eine Einengung der Assoziationen in bestimmter Richtung erfolgen. Das gleiche gilt für die Aufforderungen wie: „Was führt Sie zu mir“ oder ähnliches. Es handelt sich hier um den Typ der suggestivfreien Frage, die auch E. KRETSCHMER gerne an den Beginn der Anamnesenerhebung gestellt wissen will.

Es ist uns bewußt, daß die Frage: „Nun, was hat's denn?“ beim Leser den Eindruck erweckt, als enthielte sie zu viele aggressive Faktoren. Falls er sich aber einmal die Mühe machen will, diesen Satz laut vor sich hinzusprechen, so wird er seine Modulationsfähigkeit feststellen. Vom anreizenden bis zum mitempfindenden Unterton können alle Affektlagen damit zum Ausdruck gebracht werden. Darin liegt unserer Meinung nach die Bedeutung dieser ungerichteten Assoziationsaufforderungen. Bei der bei unseren experimentellen Untersuchungen auf 2 min begrenzten Eindrucksgewinnung, die sich außerdem nur auf Inhalt und Form des sprachlichen Ausdrucks beschränkt, kommt es gleichzeitig darauf an, den Patienten zu einer Affektproduktion anzuregen. Entsprechend kann man durch ganz feine Nuancierungen sich auf den jeweiligen Patienten einstellen. Das heißt, man wird eine 80jährige Patientin anders fragen als ein Kind oder einen Jugendlichen. Man wird bei einem impulsiven Manne die gleiche Frage anders modulieren, als bei einem gehemmt schüchternen Mädchen.

Auf diese affektive Variations- und Modulationsfähigkeit möchten wir den größten Wert legen, da gerade durch sie die spontane Errichtung eines Ich-Du-Verhältnisses zwischen Arzt und Patient (TRÜB) und dadurch die „Strukturverzahnung“ (BECK) ermöglicht wird. Wir kommen später auf diese Probleme zurück.

Nachdem der Patient nun etwa 2 min lang assoziiert hat, wird die Eindrucksgewinnung abgebrochen. Er verläßt das Zimmer und begibt sich auf die Station. Wir fixieren den ersten Eindruck, nachdem wir uns noch Alter und Name des Patienten haben sagen lassen. Hierbei ist für alle nun folgenden Protokolle zu beachten:

Pausen in den Äußerungen werden von uns mit dem Schrägstrich „/“ bezeichnet. Die zweite Aufforderung „Na und?“ wird mit einem „!“ vermerkt. Die dritte Aufforderung „Erzählen Sie doch mal“ erhält „!!“.

Protokoll Nr. 56, F. W., 34 Jahre: „Ich kann nicht bücken, bekomme dann Kopfschmerzen re. Ich dachte, es läßt nach im Winter. Wenn ich mich bücke

will das raus da. Da ist nur Haut drüber. / ! / !! Das ist das Schlimmste, das mit den Kopfschmerzen.“

Erster Eindruck: Organisch. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Stirnhöhlenverletzung re.

Bei jedem Protokoll wurden neben dem ersten Eindruck noch ein „Kontrolleindruck“ und die „Abschlußdiagnose“ vermerkt. Die bei der Eindrucksgewinnung fixierten Protokolle 1—100 wurden später einem Kollegen vorgelesen und er um seinen Eindruck gebeten, ohne daß er die Patienten kannte oder gesehen hatte. Sein Eindruck wurde unter der Bezeichnung „Kontrolleindruck“ fixiert. (Herrn Dr. KLUGE sei an dieser Stelle herzlichst für seine Mitarbeit gedankt.) Bei der Entlassung der Patienten wurde dann auch die „Abschlußdiagnose“ vom Krankenblatt notiert. Diese Abschlußdiagnose entschied, unter welche Rubrik das Protokoll gehörte. Sie wurde oft nicht vom Eindrucksgewinner, sondern von dem später behandelnden Arzt gefällt, so daß ein hohes Maß von Objektivität vorliegt.

Wir unterteilen die Diagnosen in 4 Gruppen und unterscheiden:

1. Organisch: Hierunter fallen die meist neurologisch-organisch Kranken sowie die mit Altersabbau, Cerebralsklerose, vitalem Tonusverlust ebenso wie alle cerebralorganischen Krampfanfälle. Auch die genuinen Epilepsien werden hierher gezählt, da z. B. hier der Krampfanfall bei der Eindrucksgewinnung das zentrale Geschehen darstellt.

2. Neurosen: Dazu zählen Patienten, bei denen die „Folgen der Störung der Erlebnisverarbeitung“ (SPEER) das Krankheitsbild verursachen.

3. Psychopathien: Das sind die angeborenen Charaktervarianten.

4. Endogen Kranke: Hier werden die Patienten mit Psychosen, vor allem Schizophrenien und manisch-depressiven Krankheitsbildern eingereiht.

Das zeitweise Vorliegen eines Zusammenspiels dieser 4 Gruppen, z. B. „organisch mit neurotischem Überbau“ oder „Neurose mit starker endogener Mitbeteiligung“ (also etwa im Sinne einer Randpsychose) wird besonders beachtet und notiert.

II. Der erste Eindruck.

1. Bei organisch Kranken.

Nun kommen wir zu dem ersten Eindruck bei *organisch Kranken*. Zunächst sollen ihre Protokolle weiter betrachtet werden, da diese am leichtesten zu beurteilen sind.

Einige Beispiele:

Protokoll Nr. 5, E. Z., 42 Jahre: „Ich kann nicht mehr laufen. Mein Fuß geht nicht mehr und soviel heulen und Gleichgewichtsstörungen; wenn ich laufe, komme ich auf die re. Seite / Möchte bald wieder gesund werden, habe eine Kieferhöhlen-

operation gehabt, in der Klinik war es dann besser, zu Hause wieder schlechter, seit dem Schaffen schlechter. Morgens geht's, mittags nicht.“

Erster Eindruck: Organisch. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Multiple Sklerose.

Protokoll Nr. 20, E. H., 18 Jahre: „Ich habe also Anfälle, und das geht immer weiter. Aber Schmerzen habe ich nicht. Da wird mir alleweil so schwindelig. Meine Schwägerin meint, es käme vom Kopf / Und umgefallen bin ich auch, und weiter weiß ich jetzt nichts.“

Erster Eindruck: Organische Anfälle. Kontrolleindruck: Organische Anfälle. Abschlußdiagnose: Symptomatische Epilepsie.

Protokoll Nr. 21, B. S., 22 Jahre: „Im Dezember vorigen Jahres Autounfall, seitdem immer so arg Kopfschmerzen. / Wirbelsäule und die anderen Organe waren auch verletzt. Keine Periode mehr seitdem. War in Behandlung bei Dr. O. in Sch. Nun sagt er, er tät mich überweisen, weil es immer noch nicht besser geworden ist. / ! Ich weiß ja nicht, was Sie noch alles wissen müssen.“

Erster Eindruck: Prolongierte posttraumatische Beschwerden bei gehemmter Persönlichkeit. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Postcomotionelle Beschwerden.

Protokoll Nr. 35, C. H., 65 Jahre: „Wie ? Bin so arg wacklig im Laufen / Kann nicht mehr so gut hören und sehen. Ist das meiste. Und der Appetit ist auch nicht so / ! / !! Sonst weiß ich gerade nichts.“

Erster Eindruck: Organischer Abbauprozeß. Kontrolleindruck: Verdacht auf organischen Abbau. Abschlußdiagnose: Taboparalyse, demente Form.

Protokoll Nr. 38, P. M., 66 Jahre: „Nervenentzündung von einem Zahn. Habe ihn ziehen lassen. Trotzdem hörten die Schmerzen nicht auf. Immer allmählich Schmerzen. Wärme war gut, Heizkissen draufgetan. Als ich beim Obstauflesen war, war es naß, da haben die Schmerzen gleich wieder angefangen. Allmählich kann ich mir nicht mehr die Zähne putzen und mich nicht mehr waschen. Wenn ich nur den Mund so bewege, kann es hier stechen (zeigt ins re. Gesicht). Dann beim Essen hauptsächlich“ usw.

Erster Eindruck: Organischer Schmerzzustand, Trigeminus-Neuralgie. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Trigeminus-Neuralgie.

Protokoll Nr. 45, R. R., 30 Jahre: „War schon einmal da, 8 Wochen lang. Dr. Sch. hat gesagt, das sei eine Nervenentzündung im Gehirn. Damals war das Sehen sehr schlecht. Da waren die Augen sehr schlecht. Ich war dann zur Nachuntersuchung, da hat Herr Dr. B. mich zur Behandlung für heute vorgemerkt zu einer neuen Bestrahlungsserie. Momentan kann es sein, daß alles stockt. Ich sehe dann gar nichts mehr, die Hände versagen, deshalb bin ich wieder gekommen.“

Erster Eindruck: Organisch, Multiple Sklerose. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Multiple Sklerose.

Protokoll Nr. 63, H. A., 21 Jahre: „Ich war am 11. 7. eingeliefert, weil ich Ohnmachten hatte; man hat eine Rückenmarkspunktion gemacht. Ich hatte eine Hirnhautentzündung und eventuell Hirnrindenentzündung. / Ich war dann in der H.-N.-O.-Klinik. Es soll eine Kieferhöhlenentzündung gewesen sein, die die Hirnhautentzündung veranlaßt hat. Ich sollte wiederkommen, wenn die Entzündung abgeheilt ist, nun bin ich da.“

Erster Eindruck: Organisch. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Genuine Epilepsie.

Protokoll Nr. 68, K. Sch., 48 Jahre: „Schmerzen im Kiefer (zeigt nach re.) ununterbrochen. / Die sind nicht immer da / ! Ja, also meistens kommen sie, wenn

ich nicht erkältet habe, dann sind sie am schlimmsten, im Tag oft 30 mal. Wenn es nicht so ist, 4—5 mal im Tage. Beim Essen, auch beim Waschen, wenn ich waschen tue. Beim Sprechen, wenn ich nur einen Laut ausspreche.“

Erster Eindruck: Organisch, Trigeminus-Neuralgie. Kontrolleindruck: Desgleichen. Abschlußdiagnose: Desgleichen.

Protokoll Nr. 75, E. B. 40 Jahre: „Ich habe so arge Schmerzen im Nacken und Kopf und vor allem Gleichgewichtsstörungen. Vor 2 Jahren bin ich die Treppe heruntergefallen und mit dem Steißbein darauf gefallen, der Dr. meinte, ich hätte eine kleine Gehirnerschüttung. Nun falle ich auf die re. Seite herum, vor allem, wenn das Wetter umschlägt, dann wird die Gleichgewichtsstörung ganz arg, gerade wenn ich so dasitze, dann drückt es mich immer herunter und dann kommen die Kopfschmerzen. Beim vielen Gehen wird es wieder besser.“

Erster Eindruck: Organisch (Contusio cerebelli). Kontrolleindruck: Contusio cerebelli. Abschlußdiagnose: Organischer cerebellarer Prozeß.

Protokoll Nr. 90, E. G., 54 Jahre (Poliklinik): „Herr Dr., ich habe es im Kopf und kriege Krampfanfälle. Da hier (zeigt auf die Schläfe) habe ich einen Schlag vor 2 Jahren gekriegt und seitdem immer Kopfschmerzen. / ! Jetzt möchte ich mich untersuchen lassen. Früher nie gehabt. Juli und jetzt wieder 2 mal Krampfanfall.“

Erster Eindruck: Organisch. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Organische Krampfanfälle.

Protokoll Nr. 91, D. R., 19 Jahre: „Wegen Anfälle / ! / !!, die kriege ich immer bloß morgens, da wird mir schlecht und ich flieg um. Dauert nur 2—3 min, dann bin ich wieder bei mir. Meistens von 5—9 Uhr da kommen sie. Und da war ich beim Homöopathen und seither alle 8 Tage. Vorher nur alle halbe Jahre.“

Erster Eindruck: Organische Anfälle. Kontrolleindruck: Organische Anfälle. Abschlußdiagnose: Genuine Epilepsie.

Protokoll Nr. 92, K. B., 18 Jahre (Poliklinik): „Ich habe Kopfschmerzen, und zwar ziemlich stark und dabei Schwindelanfälle. Es wird nun stärker. Es kann sein, ich stehe morgens auf und dann falle ich hintenüber. Oder beim Arbeiten. Selbst bei der Arbeit. Ich bin Elektriker, und wenn ich unten bin und hochkomme, ist der Schwindel da. Kopfschmerzen habe ich auch, wenn ich nur sitze, auch sonntags. Diese Sache habe ich jetzt 3 Jahre, in letzter Zeit ganz stark.“

Erster Eindruck: Organisch, wahrscheinlich vasomotorischer Kopfschmerz. Kontrolleindruck: Cerebralorganische Hirndurchblutungsstörung. Abschlußdiagnose: Vasomotorischer Kopfschmerz.

Was wird nun aus diesen Protokollen sichtbar? Hervorstechend ist die knappe Schilderung. Präzise, ohne Umschweife wird das Wesentliche erfaßt und in klar geordneter Wortfolge zur Darstellung gebracht. Besonders schön ist das festzustellen in den Protokollen Nr. 38, 56, 75, 92. Man spürt dabei, wie der Patient das Bestreben hat, das Wesentliche zur Darstellung zu bringen. Sowohl bei den Krampfanfalls-Kranken, als bei denen mit Trigeminus-Neuralgie hat man den Eindruck, als brauche gar nichts Besonderes mehr gefragt zu werden. Die Zahl der Worte ist beschränkt. Beim Mitschreiben kommt man meist gut mit. Der Stil ist schlicht. Auch beim einfachen Menschen spürt man gewissermaßen ein Bedürfnis nach Ordnung. Das formale Denken (im Sinne DIETERS) scheint vorzuherrschen.

Betrachten wir zum Vergleich einige Protokolle von organisch Kranken, die eine zusätzliche neurotische Verarbeitung ihres organischen Leidens zeigen:

Protokoll Nr. 23, K. Sch., 56 Jahre: „Ich habe ein Zeugnis, muß ich das Ihnen abgeben. Ich habe vor etwa 3 Jahren einen Schlaganfall gehabt und seitdem geht es nicht mehr recht. Im Kopf li. in der Seite ist es schlecht. Es ist mir oft wie besoffen und betrunken. Kann auf keiner Seite mehr liegen, weder re. noch li., und schaffen kann ich auch nicht mehr, dann wird mir ganz drümelig. Schwer schaffen geht gar nicht mehr.“

Erster Eindruck: Alter organischer Prozeß mit leicht psychogener Verarbeitung. Kontrolleindruck: Psychogen überlagerter Prozeß. Abschlußdiagnose: Organische Halbseitenschwäche mit psychogener Überlagerung.

Wir sehen hier, daß die Patientin nach einer anfänglich sachlichen Schilderung bald auf eine breitere Darstellung all der Dinge zusteuer, die sie nicht leisten kann.

Oder Protokoll Nr. 32, B. W., 22 Jahre: „Ich bin bestellt von der Berufsgenossenschaft. Ich hatte einen Schädelbruch und Gehirnerschütterung vor 2 Jahren. Ich komme jetzt zur Nachuntersuchung. Ich weiß auch nicht, / ! Ich weiß nicht, was ich nun sagen soll. Daß ich bald gesund werden möchte. Sie? Wird das nicht besser oder ist das ein bleibendes Übel?“

Erster Eindruck: Organisch mit neurotischem Überbau. Kontrolleindruck: Neurotischer Überbau bei postcomotionellen Beschwerden. Abschlußdiagnose: Post-contusionelle Beschwerden, geringe fixierte Ressentimenthaltung.

Auch hier stellt man fest, daß die ursprünglich sachliche Schilderung gegen Ende verlassen und nun plötzlich sogar eine aggressive Note durch die Frage deutlich wird: „Sie? Wird es nicht besser oder ist es ein bleibendes Übel?“

Protokoll Nr. 94, A. T., 47 Jahre: „Ja, ich bin bestellt von der Versicherung. / ! Wo mir's fehlt? Soll man oben anfangen oder unten? Hinten am Genick, am Kopf, an den Schultern, Gesicht, Hände, Arme, Füße und Kreuz? / Ja / wie es zugegangen ist? Habe ich schon so oft erzählt. Beim Autounfall zwischen X und Y. Der Fahrer ist geblendet worden und fuhr die Böschung herunter. Wagen stand auf dem Kopf. Weiß nicht. Man sagte mir, ich wäre bewußtlos gewesen. Ich habe keine Füße mehr gespürt.“

Erster Eindruck: Wohl vorwiegend psychogen nach Trauma. Kontrolleindruck: Rentenwunsch, Körperteilschilderung ohne Krankheitsbericht. Psychogene Überlagerung. Abschlußdiagnose: Arachnitis spinalis. Erheblich psychogen überlagert.

Hier sehen wir, wie eine stärkere neurotische Verarbeitung eines Traumas in Erscheinung tritt, wie das Demonstrative sich in den Vordergrund schiebt und der Anschluß an das Organische noch gewahrt bleibt.

Fassen wir die Befunde bei dem neurotischen Überbau eines organischen Leidens zusammen, so ist festzustellen: Im Verlaufe der Schilderung wird der Boden der Sachlichkeit verlassen und es tauchen stärkere affektbetonte Satzfolgen auf. Der Stil verliert an Sachlichkeit. Abrupte, abgehackte Assoziationen nehmen zu. Der Anschluß an das Organische bleibt aber überall gewahrt.

Dies zeigt sich uns auch bei einer großen Zahl von begutachteten Kopfverletzten, wo sich der organische Kern und neurotische Überbau sehr schön voneinander isolieren lassen. Gerade hier halten wir auf Grund unserer Erfahrungen eine sorgfältige Erhebung des ersten Eindrucks für besonders wichtig. Doch darüber später mehr.

Bevor die Betrachtung der organisch Kranken abgeschlossen ist, wollen wir die Fälle einer Analyse unterziehen, die im ersten Eindruck mit der Abschlußdiagnose nicht übereinstimmen. Es sind dies vor allem Fälle, bei denen im ersten Eindruck eine Neurose angenommen und abschließend ein organisches Krankheitsbild diagnostiziert wurde. Das interessanteste Beispiel diesbezüglich ist

Protokoll Nr. 95, E. W., 30 Jahre: „Ja. Ich weiß nicht, mir wird so schwarz vor den Augen und schlecht. Es drückt von unten herauf. War vor 14 Tagen bewußtlos. Habe eine Spritze bekommen. Im August war es genau so. Ich war nie krank. Eine Frau sagte, legen Sie sich hin. Legte mich hin. Bin dann geschüttelt worden. Hab keine Antwort gegeben. Es wurde der Arzt gerufen. Der Arzt hat gesagt, er nimmt es nicht auf sich. Ich soll ins Krankenhaus. Am nächsten Tag kam ich zu mir. Am Abend mal ganz kurz usw.“ (Da die Pat. sehr schnell sprach, konnte oft nur abgekürzt mitgeschrieben werden.)

Erster Eindruck: Neurose. Kontrolleindruck: Dem betreffenden Arzt war Pat. bekannt. Abschlußdiagnose: Hirntumor.

Die rein neurologische Untersuchung dieser Patientin ergab ebenfalls keine klare Symptomatik, erst das EEG und Ventrikulogramm zeigten dann einen durch Operation verifizierten Tumor. Betrachten wir die Biographie der Patientin, wie sie in der 2 Tage zählenden Zeit der Beobachtung hier erhoben werden konnte, so stellen wir erhebliche Konflikt-situationen fest, die die Möglichkeit einer rein neurotischen Verursachung des Krankheitsbildes durchaus verständlich gemacht hätten. Dazu scheint das Gefühl von etwas Bedrohlichem und Unheimlichem, das von dem schweren organischen Krankheitsbild ausgeht, bei der Exploration das Bild zu färben.

Auch in dem nachfolgenden Protokoll Nr. 17 tritt eine neurotische Komponente in die Augen.

Protokoll Nr. 17, L. R., 32 Jahre: „Ja was hat's? Viel hinter mir. Hab ein Kind. Danach 12 Eklampsieanfälle. Im Fernamt treten sie besonders auf. Seit dieses Jahr oft nicht geschwind bei mir. Dann kommt Speichel. Meine Dienststelle hat gedrängt, soll hierher kommen, um mal zu sehen. / ! Ja und diesmal war ich bei Dr. R. wegen Ausfluß. / Er hat was gemacht, was sehr gebrannt hat. In der Woche Periode bekommen, da hat sich zum erstenmal gezeigt, daß was nicht in Ordnung war. Nur im Betrieb die Anfälle. Zu Hause nicht. Dann war ich bei Dr. Sch. in Behandlung, auch davon nicht besser. Der hat Pillen verordnet. Seit ich die nehme, viel schlummer. / Auf eigene Faust bin ich hierher gekommen, daß man mal nach mir sieht.“

Erster Eindruck: Neurose mit psychogen ausgelösten organischen Ausnahmeständen. Kontrolleindruck: Neurose. Abschlußdiagnose: Encephalopathie, Hydrocephalus, Absencen. Charakterogen: Aufdringlich distanzlos.

Auffallend ist u. a. (wie später noch gezeigt wird) ein für die Neurose typischer Wortreichtum. Daneben steht der Bezug auf die Ergebnislosigkeit der Therapie und der Zusammenhang mit der Arbeit. Die Abschlußdiagnose lautet jedoch eindeutig auf organischen Krankheitsprozeß, wobei aber gleichzeitig vermerkt wird, daß es sich bei der Patientin um einen aufdringlichen distanzlosen Menschen handelt. Es wird also hier, wie auch bei anderen Beispielen, deutlich, daß sich beim ersten Eindruck Psychisches besonders stark heraushebt. Vor allem beim organisch Kranken wird dies sichtbar und zeigt genau die von der Persönlichkeit erfolgte Verarbeitung seines Krankheitszustandes. So zum Beispiel:

Protokoll Nr. 25, E. L., 35 Jahre: „Also Anfälle krieg ich immer wieder. / Die Versicherung schickt mich, das werden Sie wohl wissen. / Was wollen Sie noch wissen? Bin so hilflos, weiß nicht, was ich sagen muß. / Ich arbeite täglich einen halben Tag lang. Das ist mir zuviel. Weil ich sonst nichts bekomme, bin ich gezwungen. Fällt mir noch ein, Dr. R. hat mir das mitgegeben (Bescheinigung). Vielleicht sehen Sie etwas daraus.“

Erster Eindruck: Psychogene Ausnahmestände. Kontrolleindruck: Organische Anfälle? Abschlußdiagnose: Cerebralorganische Anfälle bei Psychasthenie, mit neurotischen Mechanismen und querulatorischen Rentenwünschen.

Die Versuche, eine sachliche Schilderung zu erreichen, werden immer wieder durchbrochen durch Fragen, hineinstrahlende Aggressionen und das Bedürfnis, die eigene Insuffizienz aufzuzeigen. Durch dieses teilweise bewußte Bestreben kann das organische Substrat soweit verwischt werden, daß es dann im ersten Eindruck nicht mehr zu erkennen ist.

Fassen wir nun den ersten Eindruck bei organisch Kranken zusammen: Er zeichnet sich in seinen Assoziationen durch knappe Schilderung bei klarer Symptomaufzählung, das Wesentliche heraushebend, aus. Rein deskriptiv bleibt er so bei den Symptomen seiner Erkrankung stehen. Er hat das Bedürfnis, durch einen vorwiegend von formalen Gesichtspunkten ausgehenden Stil möglichst sachlich und abgerundet das Gesamtgescchehen zum Ausdruck zu bringen.

Das Bild ändert sich, sobald auch nur Andeutungen eines neurotischen Überbaues oder neurotischer Verarbeitung eine Rolle spielen, oder falls die Persönlichkeit des Erkrankten mit dem Krankheitsprozeß nicht fertig geworden ist. Dann weicht die Schilderung sehr schnell von dem formalen, klaren Stil ab, es kommen stärker erlebnisbetonte Äußerungen und Ausschmückungen hinzu. Affektive Einsprengungen werden unter Umständen vereinzelt, in Satzbruchstücken, z. B. in Form aggressiver Fragen oder ähnlichen Äußerungen, sichtbar. Am leichtesten wird eine Insuffizienz bei Verarbeitung eines organischen Geschehens deutlich.

Bei organisch Kranken mit Enthemmungen ändert sich das Bild. Da hier durch den Krankheitsvorgang höchste psychische Integrationsstellen direkt betroffen werden, müssen wir auch entsprechende, abweichende

Assoziationen erwarten. Bei einem Paralytiker z. B. werden sie locker geknüpft sein und an der Situation vorbeigehen. Der Senile wird sich durch eine gewisse Gespreiztheit auszeichnen. Ein an multipler Sklerose Leidender zeigt sich bei den Assoziationen flach euphorisch und verliert den Überblick. Beidem meist traumatischen Orbitalhirnsyndrom (E. KRETSCHMER) dagegen schimmern die allgemeinen Befunde der hirntraumatischen Leistungsschwäche, der Aspontaneität und Antriebsverarmung so stark durch, daß die organische Komponente ersichtlich wird. Bei allen anderen Fällen aber zeichnet sich die organische Ursache noch so ab, daß sie als solche im ersten Eindruck charakteristisch hervortritt.

In einem bestimmten, aber kleinen Prozentsatz der Fälle versagt der erste Eindruck bei organisch Kranken. Dies ist besonders charakteristisch bei den Patienten, die während ihrer organischen Krankheit in einer erheblichen Konfliktlage sind und bei denjenigen, die in charakterlicher Hinsicht zu starken Spannungen neigen. Hier drängen sich die psychogenen und charakterogenen Faktoren so in den Vordergrund, daß sie das organische Bild bis zur Unkenntlichkeit überdecken können. Diese Feststellung wird nicht wundernehmen, wenn man bedenkt, daß hier mit einer rein im Psychischen liegenden Untersuchungsmethode Organisches sichtbar gemacht wird. Damit ist verständlich, daß das Psychische unter Umständen so stark beim ersten Eindruck durchschlägt, daß es die Gesamtbeurteilung unmöglich machen kann. Diese Fälle sind es aber auch, die dem Arzt durchweg große diagnostische Schwierigkeiten machen können. Dabei muß er sich immer wieder alle Gesichtspunkte vor Augen halten, um dem Gesamtgeschehen, sowohl im Hinblick auf die Kausalität des Krankheitsbildes als auch auf die Therapie, gerecht zu werden.

2. Bei Neurosen.

Betrachten wir als nächstes die Kranken, bei denen sich in der Abschlußdiagnose eine Neurose herausstellte.

Protokoll Nr. 11, M. B., 30 Jahre: „Was ich überhaupt habe? Ich war in der Medizinischen Klinik, habe dort Spritzen vom Dr. bekommen. Spritzen mal für den Magen. Dann hatte ich Kopfschmerzen und Herzanfälle. Da wurde ich nach dem Krankenhaus in E. gebracht. Dort war ich 9 Tage. Man hat gedacht, ich sollte operiert werden. Dann kam ich wieder nach Hause. 2—3 Wochen ging es zu Hause, als ich dann aufstand, hatte ich ein taubes Gefühl im Herz und in der li. Seite. Wiederholt bekam ich Herzspritzen. Am 5. 3. kam ich in die Medizinische Klinik, dort stellte man fest, daß es bloß vorübergehend sei und nur die Nerven. Ich kam wieder nach Hause, bekam Medizin. Ich wollte nicht nachgeben. Die Schmerzen wechselten. Zur Periode immer schlimmer. Dann habe ich ein halbes Jahr ausgesetzt, bis ich einen halben Tag lang nähen ging. Da wurde es immer schlimmer. Ziehen in den Knochen. War beim Zahnarzt und hatte Magenschmerzen und dagegen nahm ich Tabletten. Habe mit der Arbeit ausgesetzt. Zeitweise nur Magenschmerzen. Dann auch solche in den Gliedern und im Hinterkopf. 1947 wurde ich an der Galle operiert. Man dachte es wäre ein Tumor.“ (Wegen des schnellen Sprechens ist oft nur ein stichwortweises Mitschreiben möglich.)

Erster Eindruck: Neurose. Kontrolleindruck: Neurose. Abschlußdiagnose: Neurose.

Protokoll Nr. 27, E. L., 38 Jahre: „Ja ich habe so ein Würgnis gehabt. Und wenn ich stark und viel arbeiten muß, tut es mir am ganzen Körper weh. Die Füße laufen an, und am Herz habe ich wohl auch etwas. Der Würgreiz ist so stark, es dauert oft den ganzen Tag. Erst habe ich gedacht, es käme vom Hals. Ich war beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt, er sagt, es käme nicht davon. Dr. Sch. meint, ich solle nach Tübingen gehen. Der Würgreiz ist jetzt besser. Es ist ein Schreck gewesen wegen Tübingen. Man hat ja leicht Angst, man regt sich leicht auf.“

Erster Eindruck: Neurose. Kontrolleindruck: Neurose. Abschlußdiagnose: Neurose.

Protokoll Nr. 41, A. H., 47 Jahre: „Ich bin schon 2 Std draußen, daß Sie nicht denken, ich sei erst gekommen, dauernd Kopfschmerzen und nervös. Stechen habe ich in der Herzgegend und im Kreuz. Ich habe schon Heißluft und Massagen bekommen. Ich habe eine sitzende Beschäftigung, die fällt mir so schwer, dann keinen Appetit und Stuhlverstopfung. Das Schlafen ist nicht gut / noch was? Viel Blut verliere ich immer bei der Periode. / Muß ich lange bleiben? Habe einen 11jährigen Jungen. Wär' halt bald gern heim. Der Große geht ins Geschäft. Es wird mir zuviel, Haushalt und Arbeit. *Halte es nicht mehr aus.*“

Erster Eindruck: Vitaler Tonusverlust mit neurotischer Depression (Witwe?). Kontrolleindruck: Neurose, unbefriedigende Lebenssituation. Abschlußdiagnose: Reaktiv-depressives Versagen (Witwe).

Protokoll Nr. 47, A. P., 37 Jahre: „Mit den Magennerven. Ich habe immer / ! Die habe ich seit März. Schmerzen durch den ganzen Körper habe ich da. Ich war schon in S. im Krankenhaus. 14 Tage war es gut, dann wieder brechen und Fieber. Von vorne an / hat nicht aufgehört bis jetzt / !! Dr. St. meint, es käme von der Wohnung. Mein Mann ist 10 Jahre krank, hat eine Staublunge. Wir haben nur 2 Räume.“

Erster Eindruck: Neurotische Depression. Kontrolleindruck: Milieu-Neurose. Abschlußdiagnose: Neurose.

Protokoll Nr. 73, E. L., 19 Jahre: „In den Füßen fehlt es mir. Ich kann nicht mehr schnell genug laufen. / ! Erzählen soll ich. Vor 3 Jahren an der Nase operiert. Von da nicht mehr laufen. Nun tu ich schon 3 Jahre herunterkommen. Alles hat man gemacht im Krankenhaus in T. Und nach 7 Jahren bin ich gekommen in die Nervenklinik.“

Erster Eindruck: Neurotische Gangstörung. Kontrolleindruck: Organisch (die Pause nach dem zweiten Satz spricht allerdings für Neurose). Abschlußdiagnose: Stark endocrin mit ausgelöster neurotischer Gangstörung.

Protokoll Nr. 85, E. M., 28 Jahre: „Asthma. Und dann krieg ich Anfälle so häufig, und wenn das Wetter anders wird, meine ich gerade, ich müßte ersticken. / Dann wird mir so schlecht dabei und Kopfweh, und dann hab ich so den Husten. Und dann friert es mich immer. Dann kriege ich einen ganz roten Kopf / . Und ins Geschäft kann ich nicht mehr. Jetzt bin ich schon ein ganzes Jahr daheim.“

Erster Eindruck: Neurotisches Asthma bronchiale. Kontrolleindruck: Asthma mit psychogener Überlagerung. Abschlußdiagnose: Psychogene Anfälle, Asthma bronchiale mit neurotischer Auslösung.

Protokoll Nr. 116, A. K., 30 Jahre: „Ich lebe jetzt in Scheidung. Deshalb bin ich da. Mein Mann hat mich mißhandelt. Bin jetzt 8 Wochen weg von meinem Mann. Der Herr Dr. hat mich doch überwiesen, da war ich bisher in Behandlung / ! Ich weiß nicht, was sie alles von mir wissen wollen / !! Ich bin im September von meinem Mann weg, weil er es immer mit anderen Frauen hatte und getrunken hat.“

Bisher war ich bei meiner Schwester, kann 14 Tage nicht schlafen. Bin nachts 2—3 Std bewußtlos. Kann nicht essen, jetzt habe ich die Scheidung eingereicht, da ist er jeden Tag gekommen und hat mich holen wollen.“

Erster Eindruck: Fremdneurose. Abschlußdiagnose: Schweres reaktives Ver sagen bei Ehekonflikt.

Protokoll Nr. 117, H. K., 31 Jahre: „Ich bin vor 2 Jahren verunglückt und habe eine Wirbelsäulenverletzung, sie macht sehr viel zu schaffen. *Ich kämpfe schon 7 Jahre dagegen*. Da ändert sich nichts mehr. *Ich habe Fehler gemacht*, daß ich nicht gleich zum Arzt ging, da habe ich viel *versäumt*. Ich ging erst nach 3 Monaten zum Arzt. Dann hat man mir eine Röntgenaufnahme gemacht. Erst 1945 *da hat es sich gezeigt*, was los ist. Ich habe 3 Röntgenaufnahmen da und ein Gutachten von Dr. H. in B. Wenn Sie sich das mal ansehen wollen. Ich war schon mal hier und wurde damals *irrtümlich auf die psychogene Sache* behandelt. Da muß man aber anders veranlagt sein *wie*. Ich bin damals nicht durchgedrunken. *Was glaubt man schon einem Laien?*“

Erster Eindruck: Rentenneurose mit kampfparanoiden Einschlägen. Abschlußdiagnose: Multiple Körperbeschwerden bei Rentenneurose.

Protokoll Nr. 131, W. B., 46 Jahre: „Ich komme aus der Medizinischen Klinik. Der Arzt hat gesagt, er bringt mich in die Medizinische. Aber jetzt bin ich da her gelaufen. *Ich weiß nicht wegen was*. Ich bin mit den Nerven zusammengebrochen. / Ich habe 10 Kinder geboren, und das letzte ist 8 Jahre alt. Und dann habe ich Fehlgeburten gehabt vor 2 Jahren. Und jetzt ist die Periode ausgeblieben. Ich bin jetzt 46. Seit sie ausgeblieben ist, kann ich nicht mehr schlafen und nicht mehr arbeiten, und die Kinder sind da. Das halte ich nicht mehr aus. Ich habe mich so aufgeregert, ob ich in anderen Umständen bin. Ich habe nichts mehr geschafft und nur immer *in ein Loch hineingeguckt*. Ich kann nichts dafür. Jetzt habe ich halt Angst, weil ich so alt bin, daß noch mal etwas geblieben ist. Das Kind wegnehmen werden Sie nicht können, und *vorher finde ich keine Ruhe*.“

Erster Eindruck: Neurotische Depression. Abschlußdiagnose: Durch Schwangerschaft bedingte schwere neurotische Depression im Klimakterium.

Protokoll Nr. 154, A. S., 41 Jahre: „Also kriege ich Anfälle, Herr Dr. meistens vor der Periode oder, wenn ich überreizt bin mit der Arbeit, dann kriege ich so Störungen, Pelzigkeit in den Gliedern, und wenn das so weiterschreitet und ich *nicht gleich einen Arzt bekomme*, dann werde ich auch starr dabei. Und sobald ich eine Spritze habe, da legt es sich sofort wieder. / ! Das kriege ich meistens *wenn ich schaffe*. Ich schaffe in einer Schuhfabrik, und dann muß ich sehr streng arbeiten und habe *2 Kinder und bin Witfrau*, und dann habe ich noch genährt für andere. Ich glaube, das ist zuviel für mich geworden. / !! Vor 3 Wochen habe ich einen schweren Anfall gehabt von nachts 2 Uhr bis morgens 6 Uhr, und da hat der Dr. nichts anderes geben können als Morphinum, und das habe ich schon öfters gekriegt. Die Anfälle äußern sich: Mir wird schlecht, nicht wie Brechreiz, einfach nicht wohl, so blöd, und dann kriege ich ein Angstgefühl und ich denk, es greift mich einer, wenn auch niemand da ist. Damit kämpfe ich schon 2 Jahre. Dann war ich im Krankenhaus in T., dann bin ich daher gekommen, da habe ich 2 mal einen Anfall gehabt in 8 Wochen. Voriges Jahr um dieselbe Zeit bin ich in der Medizinischen Klinik gelegen, und da haben sie nichts weiter feststellen können und ich bin heim gekommen und habe am selben Tag einen Anfall bekommen, *den schwersten*.“

Erster Eindruck: Neurose. Abschlußdiagnose: Psychogene Anfälle bei Witwen neurose und hysterischer Persönlichkeit.

Was zeigen diese Protokolle? Gegenüber den organisch Kranken fallen einige recht typische Besonderheiten auf. Betrachtet man die durch schnittliche Länge derselben, so fällt ihr großer Umfang auf. Besonders

bei den letzten Protokollen, die durch einen Dritten mitstenographiert und somit wortgetreu erfaßt wurden, wird dies deutlich. Der Stil ist aufgelockert, mit ausschmückenden Worten versehen, vorwiegend erlebnisgetragen, im Aufbau mehr dynamisch gestaltet — im Gegensatz zu den vom Statischen beherrschten formgebundenen Stil des organisch Kranken —. Die Affekte kommen zu explosiver Entladung. Es zeigt sich eine vorwiegend emotionale Kontinuität und eine Labilität des Gedankenablaufs. Eine starke Tendenz zum identifizierenden Denken herrscht vor. Ferner ist als besonders typisch bei den Neurose-Protokollen folgendes zu beobachten: Alle wechseln nach einer kurzen Zeit der Symptomschilderung die Stufe des Ablaufs ihrer Assoziationen. Meist erfolgt diese Umschaltung nach einer kurzen Pause. Die dann folgenden Äußerungen zeigen eine ganz ausgesprochene Neigung, auf den Komplex hinzuzielen. Dies ist bei den Protokollen Nr. 41, 47, 116, 117 und 131 z. B. ganz deutlich festzustellen. Die Anziehungskraft, die dabei vom Komplex ausgeht, scheint um so größer zu sein, je mehr er teilweise bewußt ist. Aber auch noch weitgehend unbewußte Komplexe entfalten eine solche Anziehungskraft, daß die Entwicklung der Assoziationen auf sie hin selbst in einem 2 min-Protokoll sichtbar wird.

Die in praktischer Erfahrung gesammelten Feststellungen konnten hier gleichsam experimentell in der Mehrzahl der Fälle bestätigt werden, so daß wir diese Entwicklung der Assoziationen auf den Komplex hingradezu als Differentialdiagnosticum der Neurosen beim ersten Eindruck gegenüber den Psychopathien angewandt haben. Wie ja schon WENDT ausgeführt hat, zeigen gerade Neurosen die Neigung, ihre ganze, ihnen unbewußte, Dynamik in die ersten Sätze hineinzupressen.

Weitere, schon früher gemachte Erfahrungen bestätigen sich bei der experimentellen Untersuchung des ersten Eindrucks. Bei der überwiegenden Zahl der Neurosen — unter den zu statistischen Zwecken verwandten sind es 45 — haben etwa 30 in der ersten Begegnung eine Übertragung vollzogen (LANGEN). In mehreren Fällen ist festzustellen, daß dies in der Pause nach der Symptomschilderung geschah, so daß die Unterbrechung wohl durch die Überwindung des Widerstandes bedingt ist. Die Richtigkeit dieser Beobachtungen ließ sich besonders bei Weiterbehandlung der Patienten durch andere Kollegen ganz eindeutig aufzeigen. Gerade hier konnte bei späterer Exploration festgestellt werden, daß schon in den ersten 2 min eine Übertragung gebildet wurde.

Fassen wir die Resultate über den ersten Eindruck bei Neurosen zusammen, so ergibt sich: Die Äußerungen dieser Kranken sind aufgelockert, bildhaft, vorwiegend erlebnisgetragen, mit emotionaler und dynamischer Kontinuität, einer Labilität des Gedankenablaufs mit Tendenz zu identifizierendem Denken. Die Assoziationen steuern sichtbar auf den Komplex. Eine Übertragung wird oft in den ersten 2 min gebildet.

3. Bei Psychopathien.

Wir lassen nun die Protokolle einiger Psychopathien folgen:

Protokoll Nr. 69, M. F., 40 Jahre: „Ich bin halt schon so lange krank. Es wird einfach nicht. / Will vorne anfangen. Am 1. 2. 1949 wurde ich krank im Unterleib und hatte starke Schmerzen. Ich konnte nicht mehr auf die Arbeit kommen und ging zum Frauenarzt. Der hat gesagt, ich muß sofort operiert werden. Mußte aber warten bis zum 4. 3., dann wurde ich operiert. Nach der Operation lange krank und seither nicht mehr die Alte. Im Oktober 1949 war ich 4 Wochen von der L.V.S. in Liebenzell. Es wird aber gar nicht. Kann mein Brot nicht mehr verdienen. Schwester unterhält mich. Dann war es die Leber und Galle. Seit ich operiert bin, will nichts funktionieren. Vorher war es viel besser, als wenn es im Leib stillsteht.“

Erster Eindruck: Schwere Neurose mit starken Aggressionen. Kontrolleindruck: Vorwiegend endogen mit psychogenen Überlagerungen. Abschlußdiagnose: Psychasthenische Persönlichkeit mit Konfliktsituationen und starker hereditärer Belastung.

Protokoll Nr. 76, H. L., 32 Jahre: „Ich bin seit Januar dieses Jahres krankgeschrieben. Mein Arzt hat mir ein ärztliches Zeugnis geschrieben. Weiß nicht, ob Sie es bekommen haben von der Versicherung. Ich arbeite zur Zeit ein paar Tage wieder. Habe aber so arge Kopfschmerzen und kann nicht schlafen. Heute wieder so arge Schmerzen. So ein Zittern im Herzen, komisch. Kein Herzklopfen. Bin immer furchtbar müde und erschöpft. Wenn ich arbeite, viel schlimmer. Nachts habe ich die wildesten Träume. Morgens bin ich mehr erledigt als abends. Dann habe ich Kopfschmerzen und so ein Angstgefühl.“

Erster Eindruck: Vorwiegend psychogen mit vegetativen Störungen. Kontrolleindruck: Neurose. Abschlußdiagnose: Schwere Neurasthenie mit diffusen Körperschmerzen ohne organischen Befund bei psychasthenischer Persönlichkeit, vegetative Dystonie.

Protokoll Nr. 54, U. Sch., 23 Jahre: „Ich habe schon einige Zeit Beschwerden mit dem Stuhlgang. Lag in der Medizinischen Klinik und bin dort untersucht worden. Festgestellt, daß es sich um nervöse Störungen handelt. / ! / !! Bin jetzt daher überwiesen worden, um hier behandelt zu werden.“

Erster Eindruck: ? Kontrolleindruck: Vorwiegend depressiv. Abschlußdiagnose: Ausgesprochene schizoide Psychopathie mit körperlichen Kümmerformen.

Protokoll Nr. 89, P. W., 34 Jahre: „Ich war schon öfters in der Hautklinik wegen Ausfluß in der Behandlung. Ich bin schon sehr lange in Behandlung, damit ich ausgeheilt werde. Ich bin hierher geschickt zur Untersuchung, glaube nicht, daß es von den Nerven kommt. / ! Das ist nur eine Operationsnarbe, da brauchen Sie keinen Anstoß zu nehmen. Ich habe noch einen Augenfehler von der Gefangenschaft.“

Erster Eindruck: Neurologisch ohne Befund. Psychisch leicht sensitiv anmutend. Keine Krankheit. Kontrolleindruck: Möglich organisch. Selbst-unsicher. Abschlußdiagnose: Fixierte hypochondrische Verarbeitung bei selbstunsicherer Persönlichkeit.

Protokoll Nr. 127, M. H., 20 Jahre: „Schwermut. / ! / !! Wie es gegangen ist. Mutter und Schwester sind nicht nett zu mir, und der Vater ist gestorben. Der ist mein Schutz gewesen 1947. / Muß mit Mutter und Schwester in der Landwirtschaft arbeiten und dann ist das schon gekommen. Ich habe schon in der Schule alles schwerer genommen. / Dann habe ich noch eine kleine Schwester, die ist auch oft so grob.“

Erster Eindruck: Konstitutionelle depressive Psychopathie. Abschlußdiagnose: Konstitutionelle depressive Psychopathie.

Der erste Eindruck über diese Protokolle dürfte wohl der sein, daß hier die meisten Fehldiagnosen vorkommen und das ganze Bild uneinheitlich ist. Verwechslungen mit organischen Erkrankungen kommen dabei nicht vor, da der bei diesen zu beobachtende straffe Aufbau in der Schilderung fehlt. Dafür machen aber einige Protokolle den Eindruck, als ob sie von endogenen Kranken stammten. Dies ist besonders bei 2 Protokollen der Fall, die noch folgen sollen.

Protokoll Nr. 52, M. M., 19 Jahre: „Jetzt brauche ich nicht so warm. Hier ist es warm. Draußen war es kalt. Ja, wer das nicht einsieht. Wunder über Wunder. Oh, meine Stirn. Wenn's kalt wird, setzt alles aus. Da friert es einem direkt. Ich muß noch mehr ausstehen für die Leute. Oh, wer das versteht. Ich kann kein Geld mehr sehen.“

Erster Eindruck: Verwirrte Psychose. Kontrolleindruck: Psychose. Abschlußdiagnose: Psychopathie mit periodischen Verstimmungszuständen und diencephalen Dysregulationen (keine Verwirrtheit).

Protokoll Nr. 72, E. K., 41 Jahre: „Ich weiß nicht, was ist. / Ja was soll ich sprechen. / ! / !! Ich bin nicht so auf der Höhe. Starke Depressionen, Lebensunlust. Ha, was sonst, nichts.“

Erster Eindruck: Verdacht auf schizophrene Psychose. Kontrolleindruck: Psychose. Abschlußdiagnose: Psychopathie mit periodischen zum Depressiven neigenden Verstimmungszuständen, vorwiegend reaktiv.

Wie zu ersehen, zeichnen sich die *Protokolle bei den Psychopathien* ebenso wie die der Neurosekranken durch die *erlebnisgebundene Form* der Schilderung aus. Sie unterscheiden sich von denen der organisch Kranken durch deren von formalen Gesichtspunkten ausgehenden Stil. Sie heben sich aber auch ganz wesentlich von den Neurose-Protokollen ab durch das Fehlen der Entwicklung auf einen Komplex hin und durch die Dürftigkeit der Erwähnung kausaler Zusammenhänge.

Für die vielfältigen und heterogenen Psychopathien gibt es auch im ersten Eindruck keine einheitlichen charakteristischen Symptome. Dies ist ein Grund, weshalb hierbei Fehlschlüsse am häufigsten vorkommen.

4. Bei endogenen Psychosen.

Zum Abschluß der Schilderung der einzelnen Krankheitsgruppen lassen wir die endogenen Psychosen folgen. Wir wollen dabei gleich die *manisch-depressiven Krankheitsbilder* von der Gruppe der Schizophrenien trennen.

Zunächst einige Beispiele von endogenen Depressionen:

Protokoll Nr. 13, M. H., 30 Jahre: „Im Kopf Schmerzen, da oben und in den Schläfen. / Und dann spür ich's mal im Arm und im Herzen. Schlecht dabei, als ob ich brechen muß, kommt aber nichts raus. / So ein Angstgefühl. / Ich wage gar nicht, allein zu bleiben, wenn ich zu Hause bin. Das ist das Liederliche.“ (3 min)

Erster Eindruck: Endogene Depression. Kontrolleindruck: Unklar. Abschlußdiagnose: Endogene Depression mit vegetativen Symptomen.

Protokoll Nr. 19, A. St., 55 Jahre: „Herr Dr., ich kann nicht schlafen. Wochenlang kann ich nun nicht schlafen. Gestern war es so spät. Einschlafen kann ich;

wenn es 2 bis $\frac{1}{2}$ 3 Uhr wird, ist die Nacht für mich zu Ende. Dadurch bin ich im Kopf oben so benommen. Manchmal habe ich Angst. Es ist aber oft besser. Ich könnte wohl arbeiten. Ich habe die Leute entlassen. / Ich habe Menschen zum Essen. Ein paar Tage will ich mich pflegen. Es gibt auch Tage, wo ich Depressionen habe.“

Erster Eindruck: Endogene Depression mit geringen neurotischen Mitaussöhnungsursachen. Kontrolleindruck: Endogen. Abschlußdiagnose: Endogene Depression.

Protokoll Nr. 33, M. K., 52 Jahre: „Keine Freude mehr im Leben. Die Tante darf nicht mit herein? / Der Vater ist gestorben. Ich habe gesagt, es wäre besser, ich wäre gestorben. / ! Ich weiß auch nicht, alle Gedanken dabei sind verwirrt. Der Dr. hat mir einen Zettel gegeben für die Behandlung. Allerlei Gedanken sind dadrin. Ich kann nicht schaffen. Die Energie fehlt mir.“ (3½ min)

Erster Eindruck: Endogene Depression. Kontrolleindruck: Endogene Depression. Abschlußdiagnose: Endogene Depression.

Protokoll Nr. 59, K. B., 46 Jahre: „Ich kann halt gar nicht schlafen. Schon 14 Tage bereits. Wenn ich mich aufrege, bin ich ganz erledigt und müde. Ich kann nicht mehr so schaffen. Halte mich immer im Geschäft auf, wenn ich nicht schlafen kann. Immer so eine Unruhe. Schwere Gedanken habe ich. Ich mein, ich werde nicht mehr gesund.“

Erster Eindruck: Endogene Depression. Kontrolldiagnose: Endogene Depression. Abschlußdiagnose: Endogene Depression.

Protokoll Nr. 83, G. K., 43 Jahre: „Ich weiß eigentlich gar nicht, was in mir ist. Ich kann gar nicht sagen, was es eigentlich ist. Vor allem mein Kopf und meine Gedanken. Wegen Geschäft fährt mir alles vor den Augen rum. Sehen tue ich auch mal nichts, und dieser Tage wurde ich kraftarm. Habe keine Gedanken mehr. Habe auch arg Angst und ist mir so schwer und dann Schmerzen in den Beinen. Dann kein Interesse mehr und im Leib.“ (2½ min)

Erster Eindruck: Vorwiegend endogene Depression. Kontrolleindruck: Vorwiegend endogene Depression. Abschlußdiagnose: Vorwiegend endogene Depression.

Protokoll Nr. 113, Ch. R., 36 Jahre: „Ja, ich habe es auf die Nerven. Schreiben vom Dr. Und da habe ich immer so Kreuzweh. Keine Energie, zu gedrückt. So müde und Kopfweh auch oft; da unten im Bauch. Krieg einfach keine Energie nicht mehr, auch in der Kraft, und das dauert als nach der Periode 6 Wochen und jetzt schon 2 Jahre nach dem Wochenbett 1948.“

Erster Eindruck: Vorwiegend endogene Depression. Abschlußdiagnose: Endogene Depression.

Protokoll Nr. 121, R. H., 40 Jahre: „Ich habe immer so arge Schmerzen. Also da hat es angefangen. Also da im Daumen, und jetzt gehts weiter bis dahin. Da oben ist alles so druckempfindlich, auch an den Nieren und im Rücken tut's auch immer weh. Ich kann halt nicht mehr schaffen mit der Hand. / ! Ich habe halt immer Schmerzen, ich weiß nicht, was ich sagen soll.“

Erster Eindruck: Endogene Depression. Abschlußdiagnose: Vorwiegend endogene Depression.

Ins Auge springt zunächst die Spärlichkeit der Angaben, die sich durch die Kürze der Protokolle ausdrückt. Sie lassen sich bequem mitschreiben. Die Assoziationen kreisen meist um die krankhaften Inhalte und kommen nicht von ihnen los. Bei in die Körpersphäre projizierten Sensationen drehen sich fast sämtliche Äußerungen um diese und reihen sich aneinander an; so werden z. B. Angst oder Schlaflosigkeit breit geschildert.

Auch hier sind der Stil und die Denkform *vorwiegend erlebnisgebunden*. Das *kreisförmige Zurückführen* der Gedanken, die vom Emotionalen getragene Kontinuität lassen Gefühl und Erleben in den Vordergrund treten. Es fehlt aber die dynamische Entwicklung, wie wir sie bei den Neurosen gefunden haben; ebenso wird die Brücke zum Kausalen höchstens einmal gestreift, wenn gewisse neurotische Beimengungen mit im Spiel sind. Im ganzen wirkt die Wortfolge starrer, bewegungsärmer und entwicklungsunfähiger. Oft muten die Protokolle etwas hilflos an. Wegen des Fehlens eines Komplexes erfolgt keine entsprechende assoziative Entwicklung, im Gegensatz z. B. zu den neurotischen Depressionen. Die Bildung von Übertragungen konnte in den ersten Minuten nie beobachtet werden.

Wir glauben, daß diese Feststellungen so klar sind, daß wir zum Abschluß zu den Protokollen der *Schizophrenien* übergehen können. Schon auf Grund theoretischer Überlegungen dürfen wir vermuten, daß gerade bei den schizophrenen Krankheitsprozessen die Erfassung des ersten Eindrucks ergiebig sein kann. Das formale Denken des Schizophrenen ist durch eine Störung der „Assoziationsspannung“ (E. BLEULER) bzw. durch die „Hypotonie des psychischen Tonus“ (BERZE) charakterisiert. So wird ohne weitere Erörterung verständlich, daß gerade diese Störung bei einer Untersuchungssituation, wie sie in der von uns gestalteten ersten Begegnung vorliegt, besonders gut sichtbar wird. Die Assoziationsaufforderung „Na, was hat's denn?“ regt die psychische Arbeit ohne ein zu starkes Denkziel anzubieten an. Das Fehlen desselben verleitet den Patienten gerade bei diesen Denkstörungen zu unzusammenhängenden Äußerungen.

Betrachten wir nach diesen Vorbemerkungen die Protokolle. Wir besitzen 5, bei denen vom Patienten trotz 3 maliger Aufforderung keine Antwort gegeben wurde. Es sind dies Protokoll Nr. 43, 64, 129, 151, 156. Betrachten wir uns hier die Krankengeschichten der Patienten, so finden wir, daß es sich bei der von Protokoll Nr. 43 um eine 21jährige handelt, die nach der ersten Kohabitation sich zunehmend veränderte und schließlich befürchtete, gravide zu sein. Im Verlauf der stationären Behandlung wurde verschiedentlich ein Affektstupor bei einer schweren Neurose in Erwägung gezogen. Nachdem die Patientin sich aber auch nach psychotherapeutischer Aufarbeitung der Konfliktlage und dem Ausschluß einer Schwangerschaft nicht besserte, kam man zu der Diagnose einer stuporösen Schizophrenie.

Bei Protokoll Nr. 64 handelte es sich um eine Patientin, die mit schweren Zwangsmechanismen (Frl. M. R., 24 Jahre) zur psychotherapeutischen Behandlung eingewiesen war. Ihr Verhalten auf der psychotherapeutischen Station war so, daß sie auf die psychiatrische Abteilung verlegt werden mußte. Sie stand oder saß meist starr im Zimmer herum,

zeigte eine ausgesprochene eckige Motorik und sehr schlechte Zuwendung, hatte keinen Kontakt mit den Mitpatienten. Man kam daher nach eingehender Beobachtung zu der Auffassung, daß es sich um eine Randpsychose mit stark kataton-stuporösen Einschlägen handelte.

Bei der Patientin von Protokoll Nr. 129 (L. S., 22 Jahre) handelte es sich um einen Fürsorgezögling, der zur Begutachtung geschickt war. In der Abschlußdiagnose wurde von einer primitiven Persönlichkeit gesprochen, die zu starkem affektstuporösen Verhalten neigte. Daneben bestand eine Debilität mit Neigung zur Enthemmung.

Bei der Patientin von Protokoll Nr. 151 handelte es sich um die 38jährige Frau P. Sch. mit einer vorwiegend stuporösen Schizophrenie und Pseudodebilität.

Bei der 27jährigen Patientin K. M. (Protokoll Nr. 156) lag ein ausgesprochener katatoner Stupor vor. Diese Patientin war besonders dadurch interessant, daß bei ihr mehrere Jahre vorher eine hysterische Gangstörung bestand.

Aus diesen 5 Protokollen ist somit folgendes zu ersehen: Die *kataton-stuporös Kranken* und jene, die sehr starke entsprechende Einsprengungen in ihrem Krankheitsbild aufweisen, zeichnen sich im ersten Eindruck durch das *Fehlen jeglicher Äußerungen aus*. Die Sperrungen sind hier offenbar so groß, die Anpassungsfähigkeit an eine neue Situation so gestört, die intrapsychische Spannung zu stark, daß die ungerichtete Assoziationsaufforderung sie nicht sprengen, und den Fluß der Gedanken nicht anregen kann. Da es selbst bei schwer gehemmten und sogar bei gehemmten Depressionen zu Äußerungen kommt, erscheint uns ihr vollkommenes Fehlen als wichtiger diagnostischer Hinweis für das Bestehen kataton-stuporöser Mechanismen. Wir sind selbstverständlich weit davon entfernt, aus diesen Befunden, die ja außerdem nur Einzelbeobachtungen sind, eine endgültige Diagnose abzuleiten. Es erscheint uns aber richtig, diesen ersten Eindruck bei der Beurteilung des ganzen Krankheitsbildes gebührend mitzuverwenden.

Im Gegensatz zu diesen Protokollen lassen wir die Äußerungen eines Kranken mit Affektstupor folgen.

Protokoll Nr. 169, A. K., 31 Jahre: / „Weiß selbst nicht, wo mir's fehlt. / ! Es ist halt immer so schwer / !! wegen meinem Mann.“

Erster Eindruck: Affektstupor, neurotische Verursachung des Krankheitsbildes wahrscheinlich. Abschlußdiagnose: Psycho-reaktive Depression bei Ehekonflikt mit Neigung zu Affektstupor.

Hier wird trotz der Spärlichkeit der Assoziationen die Entwicklung auf den Komplex so deutlich, daß eine neurotische Verursachung des Krankheitsbildes vermutet werden muß.

Eine andere Gruppe von Beobachtungen stellen die folgenden Protokolle dar:

Protokoll Nr. 31, H. M., 23 Jahre: „Keine Energie mehr, keine Freude mehr, keine Lust zu etwas. / ! / !!“ (Trotzdem keine Antwort mehr.)

Erster Eindruck: Schizophrene Psychose zum Katatonen neigend. Kontrolleindruck: Endogen. Abschlußdiagnose: Beginnende Schizophrenie mit katatonen Einschlägen.

Protokoll Nr. 79, O. H., 26 Jahre: „Habe immer so arg Herzschlag. / ! Sonst nichts, wenn ich das nicht mehr hätte, wäre ich gesund. / ! ! Was muß ich erzählen, wie das Herzschlag ist, manchmal mehr, mal weniger, seit ich hier bin, ist es ganz schlimm, daheim nicht so arg.“ (3 min)

Erster Eindruck: Vorwiegend endogen. Kontrolleindruck: Endogen. Abschlußdiagnose: Randpsychose mit neurotischen Komponenten.

Protokoll Nr. 80, J. B., 28 Jahre: „Ja, was soll ich sagen, immer schwindelig. / ! Ja, was soll ich Ihnen sagen, lieber fragen Sie mich, Herr Dr. / ! ! Kann ich nicht erzählen, müssen Sie mich fragen, wie oder was.“

Erster Eindruck: Eher endogen (mißtrauisch). Kontrolleindruck: Eher endogen. Abschlußdiagnose (Poliklinik): Paranoide Schizophrenie, erster Schub.

Von derselben Patientin besitzen wir 2 weitere Protokolle, die aufgenommen wurden, als die Patientin abermals zur stationären Behandlung kam und auch später nochmals um eine solche Behandlung nachsuchte.

Protokoll Nr. 108: „Ich bin schwindelig. / ! Sie müssen mich schon fragen. / ! ! Ich sag ja, daß ich schwindelig bin und Schmerzen habe. Ja, was soll ich noch sagen, ich kann nicht mehr sagen.“

Protokoll Nr. 188: „Bei mir tun die Nerven nicht mehr, das hat sich geändert, es ist gar nicht mehr so, wie es vorher war, ganz anders. / ! Krämpfe habe ich auch. Die Nerven krampfen sich zusammen, das Herz läßt auch nach bei mir, krieg manchmal keine Luft. Das ist mir auch schon passiert, daß auch die Gelenke nachlassen, dann muß ich liegen. Ich bin die ganze Zeit im Bett gelegen jetzt. / ! ! Was soll ich Ihnen sagen, mehr kann ich nicht sagen. Wie ich war, war es ganz anders, aber jetzt ist es wieder, das wechselt sich ab. Ich weiß nicht, was dies ist, daß ich manchesmal so schwindelig bin, daß ich nicht auf sein kann, muß direkt liegen.“

Jedesmal kommt es bei allen 3 Eindrücken, obwohl der Untersucher, der die Patientin nur bei der Eindrucksgewinnung sah, sich ihrer aber nicht mehr erinnern konnte, zu 3 gleichen Feststellungen, nämlich vorwiegend endogen.

Protokoll Nr. 82, K. J., 16 Jahre: „Also ich bin vom Dr. geschickt und untersucht worden. Er hat gesagt, mir fehlt es an den Nerven“ / ! / ! ! (trotz mehrfacher Aufforderung keine Assoziationen mehr).

Erster Eindruck: Psychoseverdächtig. Kontrolleindruck: Wahrscheinlich endogen. Abschlußdiagnose: Beginnende schizophrene Psychose.

Das Gemeinsame dieser Protokolle ist auch hier zunächst einmal ihre Kürze, die sich von der bei den endogenen Depressionen dadurch unterscheidet, daß in den Assoziationen ein *unvermitteltes Abbrechen* entsteht. (Wie z. B. bei Protokoll Nr. 31 und 82.) Eine weitere Besonderheit ist die häufige Unterbrechung, so daß schließlich Satz neben Satz ohne eigentlichen Zusammenhang steht und die kontinuierliche Beziehung der

Satzfolge verlorengegangen ist. (Wie z. B. bei Protokoll Nr. 79 und 80.) Weder das unmotivierte Aufhören der Äußerungen noch ihre häufige und abrupte Unterbrechung ist einfühlbar. Wir haben sie nur bei stark schizophren gefärbten Krankheitsbildern gefunden.

Dem Einwand, daß ein solches Abbrechen der Äußerungen auch bei anderen, z. B. bei schwer gehemmten Menschen vorkommen kann, können wir dadurch begegnen, daß in den 300 Protokollen und den vorhergehenden mehrjährigen Beobachtungen diese Befunde nur bei Prozeßkranken erhoben werden konnten. Selbst schwer schizoide Psychopathen kommen zu einer fortlaufenden Assoziation. Der Prozeßkranke aber findet entweder nicht die Möglichkeit, die Sperrungen zu durchbrechen — dann fehlen alle Äußerungen — oder er unterbricht seine Assoziationen. Manche beginnen wieder nach dem Absetzen zu sprechen und hören bald wieder auf. Auf diese Weise entsteht ein seltsam abgehackter, uneinheitlicher und gedanklich nur locker geknüpfter Stil.

Betrachten wir schließlich eine weitere Gruppe von Protokollen:

Protokoll Nr. 1, M. W., 36 Jahre: „Oben der Kopf, hier der seelische Druck vom Vater her; unten kalte Füße, werde fertig. Im Moment nicht. Druck von meinem Vater. Dazu bin ich bewogen worden, den Mann von der Frau wegzubringen. So ist er hängen geblieben. Ich sitze daneben. Die Angehörigen haben mich beeinflußt. Ich komme darüber hinweg durch eine Behandlung.“

Erster Eindruck: Vorwiegend paranoide Schizophrenie. Kontrolleindruck: Schizophrenie. Abschlußdiagnose: Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (Randform).

Auch hier wurde bei der Patientin auf der Station ein ins Neurotische gehendes Krankheitsbild angenommen, bis man dann zu obiger Abschlußdiagnose kam. Beachtet man vor allem den Anfang der Äußerungen, so wird man wohl leicht den fundamentalen Unterschied zu den organischen oder Neurose-Protokollen erkennen. Die Behinderung im Ablauf geordneter Assoziationen ist hier deutlich.

Protokoll Nr. 7, K. D., 40 Jahre: „Wegen Nervenschwund und wegen Muskelschwund und Knochenschwund. Vor allem da (zeigt auf die Stirn). Vom Auto aus so schlecht geworden. / Spüre ich die ganze Zeit. Meine Hüften sind bedenklich schmäler. Fast gar keine Hüften, geht grade herunter.“

Erster Eindruck: Endogene Depression. Kontrolleindruck: Neurose. Abschlußdiagnose: Kurzschlußhandlung bei Psychoseverdacht.

Wir haben das Protokoll seinerzeit mit dem Eindruck „endogene Depression“ versehen. Betrachten wir es aber heute, wo wir die Ergebnisse zusammenstellen, so springt es aus dem Rahmen der endogenen Depressionen heraus. Hier befremdet die bei ihnen nicht übliche, eigenartig bizarre, etwas unheimlich anmutende Ausdrucksweise. „Wegen Nervenschwund und wegen Muskelschwund und Knochenschwund.“ Kein Zeitwort ist in diesem Satz. Die Besonderheit von Form und Inhalt der Äußerungen veranlaßt uns jetzt, nach den inzwischen von uns gemachten Erfahrungen,

den Fall dem schizophrenen Formkreis zuzuordnen. Die Patientin wurde dann später wieder aufgenommen, so daß wir nochmals einen ersten Eindruck festhalten konnten.

Protokoll Nr. 104, K. D. 40 Jahre: „Ich wollte nicht mehr herkommen, aber / . Jetzt, ich weiß gar nicht, wie es ist. Sagen Sie, ich möchte gern zu Frl. D. Ist die noch da? / ! Na wissen Sie, Herr Dr., ich habe schon viel geredet da, und heute nacht habe ich entsetzlich geträumt.“ / ! (Pat. hat sehr trockene Lippen, offenbar von hohen Scopolamindosen.)

Erster Eindruck: Verwirrte Psychose. Abschlußdiagnose: Hebephrenie.

Die Kürze des Protokolls dürfte wohl durch die stark dämpfenden Medikamente bedingt sein. Auffallend ist ferner, daß ein Leitgedanke in ihm vermißt wird. Die Fähigkeit zu geordneten Äußerungen ist vollkommen verlorengegangen, so daß das Bild einer verwirrten Psychose entsteht.

Ein für die schizophrene Psychose ungemein charakteristisches

Protokoll ist Nr. 132, E. N., 25 Jahre: „Also, ich habe so etwas ganz Komisches. Ich hab geschafft und da bin ich so gestanden, ja, und als wenn mir einer einen Ruck gegeben hätte, wie wenn einer reingeschaut hätte, also wie wenn ich alles verloren hätte. Ich habe gar nicht verstehen können, daß ich ein Mensch bin. Alles so leer. Und das habe ich auch behalten, so etwas ganz Unnatürliches und dann so furchtbare Unruhiges am Herzen, als wenn mir das Herz raus- und reinschlägt.“

Erster Eindruck: Schizophrenie. Abschlußdiagnose: Schizophrenie.

Das Depersonalisationssyndrom soll während späterer Explorationen nie wieder so gut herausgekommen sein, weshalb dieses Protokoll auch mit in das Krankenblatt aufgenommen wurde.

Das Charakteristische dieser Protokolle ist das *Uneinheitliche*. Es ist schwer, übergeordnete Gesichtspunkte herauszufinden. Neben dem Einheitlichen ist typisch das Sprunghafte, das Nebeneinanderstehen von Gedanken oder Gedankensplittern. Die Gedankenverbindungen sind oft uneinfühlbar geworden. Der nach BLEÜLER so typische „Verlust der Assoziationsspannung“ kommt in vielen Protokollen sehr klar zum Ausdruck, so daß schon dadurch eine erste Beurteilung möglich wird. Diese elementare Störung kann vor allen Dingen besonders klar sichtbar werden, wenn während der ersten 2 min viel gesprochen wird. Oder aber, wir finden in den schizophrenen Protokollen ein abruptes Abbrechen der Gedanken, wie es vor allem bei katatonen Einsprengungen im Krankheitsbild sichtbar werden kann. Je mehr dann die Krankheitsbilder zum Stuporösen hinneigen, um so spärlicher wird die Wortfolge. Sehr schön kommt dies z. B. in Protokoll Nr. 79 heraus. Hier kam man im ersten Eindruck zu der Auffassung eines endogenen Krankheitsbildes. Die Abschlußdiagnose lautete „Randpsychose mit neurotischen Komponenten“. Obwohl diese vorwiegend in beruflichen und sexuellen Ambivalenzen bestanden, die das Krankheitsbild manifestierten, war die ausgesprochen endogene Komponente so ausgeprägt, daß die Patientin zunächst als

endogen Kranke imponierte. Auch hier scheint also der erste Eindruck die endogene Präformierung deutlich herauszuschälen. Wird das Stuporöse im schizophrenen Krankheitsbild dann dominierend, bekommen wir schließlich in der ersten Begegnung keine Äußerungen mehr. Alle anderen Patienten, insbesondere die, die zu neurotischen Affektstauungen neigen, bieten demgegenüber nie ein solches Verhalten.

Bei der Vielgestaltigkeit der Krankheitsbilder der Schizophreniegruppe wird man sich nicht wundern, daß es uns nicht gelungen ist, einheitliche Symptome im ersten Eindruck herauszuarbeiten, wie dies bei anderen Krankheitsbildern möglich war. Hier kann der Stil einmal mehr formal, einmal mehr erlebnisgebunden sein, je nach der Grundstruktur der Denkform oder der erkrankten Persönlichkeit.

5. Versagen des ersten Eindrucks.

Betrachten wir nun schließlich die Patienten, bei denen durch den ersten Eindruck eine *Entscheidung nicht zu treffen war*. Zunächst ist festzustellen, daß sich leichte Schwachsinnssymptome hierbei nicht abzeichnen. Dies ist auch kaum zu erwarten, da eine Testfrage wie die „Nun, was hat's denn?“ keinerlei Anforderungen an die intellektuelle Leistungsfähigkeit stellt. Ebenso kann die diagnostische Beurteilung versagen, wenn es sich um Patienten handelt, die zur psychiatrischen Begutachtung, z. B. zur Beurteilung ihrer Zurechnungsfähigkeit kommen, oder bei Fürsorgezöglingen, bei denen durch die Beobachtung über ihren weiteren Entwicklungsgang entschieden werden soll.

Als Beispiel hierfür mögen die Protokolle Nr. 29 und 98 dienen.

Protokoll Nr. 29, S. E., 16 Jahre: „Bin hergeschickt von U. / ! / ! ! Weiß nicht, was ich Ihnen erzählen soll. Ja, habe verschiedene dumme Streiche gemacht. Kam ins Jugendheim in U. Mutter will, daß ich beobachtet werde.“

Erster Eindruck: Nicht zu entscheiden. Kontrolleindruck: Nicht zu entscheiden. Abschlußdiagnose: Affektlabile Psychopathie (Diencephalose).

Protokoll Nr. 98, H. St., 30 Jahre: „Ja, ich weiß nicht. Ich komme hierher von C. / ! Komme hier wegen Mord, habe meinen Mann totgeschlagen. / ! Ich weiß nicht, ich bin ein bißchen schüchtern.“

Erster Eindruck: Nicht zu entscheiden. Kontrolleindruck: Endogene Gemütskälte. Affektstörung. Abschlußdiagnose: Psychopathie, ungesteuerte Affekte, leichte Debilität, Primitivcharakter.

Obwohl beide Protokolle zur Diagnostik gar nicht zu verwenden sind, wird doch z. B. in dem letzten die psychaesthetische Proportion, die bei der Tat eine mitbestimmende Rolle spielte, sichtbar.

Ein weiteres Versagen der diagnostischen Verwertbarkeit des ersten Eindrucks besteht dann, wenn kurz vorher eine Exploration oder eine sonstige mit der Aufnahme verbundene Ablenkung erfolgte.

Einige Beispiele von bereits vor dem ersten Eindruck explorierten Patienten:

Protokoll Nr. 10, Ch. K., 60 Jahre: „Ja, hab Schmerzen keine, so vergeblich, so leer im Kopf und tagsüber könnte ich schlafen, abends aller Schlaf weg. / Auf einmal tut's mir den Hals zusammenkrampfen. Spür ich heute auch wieder, sonst wüßte ich nichts.“

Erster Eindruck: Nicht zu entscheiden. Kontrolleindruck: Nicht zu entscheiden. Abschlußdiagnose: Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (Randform).

Protokoll Nr. 15, A. M., 50 Jahre: „Ich hab da die li. Hand, die Glieder sind pelzig, kann nicht mehr schaffen. / Jetzt soll ich dableiben, man hat mich untersucht / ! ! Heißt, ich muß dableiben mal.“

Erster Eindruck: Wohl organisch. Kontrolleindruck: Organisch. Abschlußdiagnose: Syringomyelie.

Protokoll Nr. 62, K. V., 30 Jahre: „Ja, ich muß wissen, was Sie wissen wollen. Und ich weiß nicht, was ich bei Ihnen machen soll. Ich bin gerade körperlich untersucht worden. (Etwas ausführlichere Erklärung.) Soll ich nun alles sagen und schreiben Sie jedes Wort mit? Dann sage ich wohl etwas Dummes. Wie meine Krankheit entstanden ist? Ich wach morgens auf. Habe so eine Unruhe in mir, ich bin so nervös und suche Ruhe. Dr. B. hat den Puls untersucht, der war erst ruhig, dann unruhig und ging rauf.“

Erster Eindruck: Vermutbare Depression mit Unruhe. Kontrolleindruck: Vorwiegend psychogen mit mißtrauischer Selbstunsicherheit. Abschlußdiagnose: Endogene Depression.

Protokoll Nr. 77, L. Sch., 29 Jahre: „Das wissen Sie sicher alles, / daß ich morphiumsüchtig bin / ! Möchten Sie mich fragen? / ! ! Daß ich mich voller Abszesse gespritzt habe, um zu Morphin zu kommen.“

Erster Eindruck: Vermutbare Psychopathie. Kontrolleindruck: Nicht zu entscheiden. Abschlußdiagnose: Psychopathie.

Protokoll Nr. 78, G. Sch., 30 Jahre: „Wie, was hat's denn? Hab schon Herrn Dr. W. alles gesagt, was ich zu sagen habe. / ! / ! Was soll ich denn erzählen?“

Erster Eindruck: Nicht zu entscheiden. Kontrolleindruck: Nicht zu entscheiden. Abschlußdiagnose: Psychopathie.

Übereinstimmend spürt man wohl bei diesen Protokollen, daß das Wesentliche des ersten Eindrucks hier nicht so prägnant ist. Viele Kranken wissen nicht, was sie sagen sollen, einige verweisen geradezu auf die vor kurzem erfolgte Exploration und zeigen damit, daß sie die neuerliche Eindrucksgewinnung als Wiederholung und damit irgendwie sinnwidrig empfinden. Andere wieder wollen durch Einwände eine Präzisierung der Fragen und gleich Behandlungsvorschläge erreichen. So entsteht das Gefühl, daß nach einer Vorexploration ein Spannungsgefälle verlorengegangen ist, so daß auch diese Tatsache auf die große diagnostische Bedeutung des ersten Eindrucks hinweist.

Ein sehr schönes Beispiel dieses Verlustes an Spannungsgefälle bietet auch

Protokoll Nr. 40, H. T., 39 Jahre: „Jetzt bin ich erst mal fertig, wenn ich erst die Fenster sehe und alles. Mein Arzt hat mir das ganz anders geschildert. / ! (Weint). Das beeindruckt mich so furchtbar, daß ich gar nichts sagen kann. Ich war in I. und war froh, als ich wieder raus war. Das Gefühl, mit Geisteskranken zusammen zu sein.“

Erster Eindruck: Nicht zu entscheiden. Kontrolleindruck: Klinikprotest. Abschlußdiagnose: Psychopathie.

Die Patientin war in der Nacht gekommen und wurde erst am nächsten Morgen der Eindrucksgewinnung unterzogen. Sie spricht es geradezu aus, daß sie durch die Aufnahme so „beeindruckt“ war, daß sie das für uns Wesentliche bei der ersten Eindrucksgewinnung gar nicht zum Ausdruck bringen kann. Trotzdem gibt uns auch dieser erste Eindruck Hinweise, indem er den großen Widerstand gegen die Krankenhausbehandlung, der während der ganzen Dauer derselben ungünstig fühlbar war, zeigt.

Diese Protokolle sollen uns zeigen, daß eine diagnostisch verwertbare Eindrucksgewinnung nur sinnvoll ist, wenn sich Patient und Arzt unmittelbar nach der Aufnahme erstmalig begegnen.

Zum Schluß dieses ersten der Protokolldarstellung gewidmeten Teiles soll noch auf die Reaktion der Patienten kurz eingegangen werden. Wir haben sie gelegentlich im Laufe ihrer stationären Behandlung gefragt, was sie für einen Eindruck von der ersten Begegnung hatten. Vorwiegend hörten wir dabei, daß sich die Kranken gleich geborgen fühlten. Unsere früher geäußerte Behauptung, daß Übertragungssphänomene sich schon in der ersten Begegnung anbahnen, konnten wir in mehreren Fällen bestätigt finden. Den Gegebenheiten entsprechend handelte es sich hier meist um Neurosen, die zunächst auf der neurologischen Abteilung auf einen organischen Krankheitskern untersucht und dann zur psychotherapeutischen Behandlung zu uns verlegt wurden.

Lediglich von einer Patientin wurde uns bekannt (Protokoll Nr. 94), daß sie dem sie dann begutachtenden Arzt sinngemäß etwa sagte: „Da merkt man gleich, daß man in einer Nervenklinik ist. Da kommt einer und läßt einen reden und reden und sagt kein Wort zu einem, und wenn man dann fertig ist, sagt er, er wolle nur einen ersten Eindruck gewinnen.“ — Dies ist die einzige ablehnende Einstellung, die uns bekannt geworden, die aber an sich für das Krankheitsbild der Patientin (Diagnose: Arachnitis spinalis mit erheblicher psychogener Überlagerung) typisch ist.

Wenn als Abschluß der Untersuchung dem Patienten bedeutet wurde, daß man nur einen Eindruck gewinnen wollte, um zu wissen, auf welche Station er gelegt werden solle, so geschah dies der experimentellen Exaktheit wegen. Das durch die Eindrucksgewinnung beim Kranken möglicherweise hervorgerufene Befremden verlor sich dann meistens. In der praktischen Durchführung dieser Exploration wird man je nach der Notwendigkeit sie in der gesprächhaften Form weiterführen. Trotzdem ist bei manchen Patienten dieses Befremden zweifellos vorhanden, da die zum Monolog auffordernde Untersuchungssituation zweifellos nicht jedem Menschen entspricht. Es ist aber immer wieder zu sehen, wie das unter Umständen konsequent durchgeführte Schweigen ein schnell in die Tiefe dringendes Untersuchungsverfahren ist. Vom Patienten müssen auf diesem Weg in die eigene Tiefe immer Widerstände überwunden

werden. Da ihm der Weg in diese versperrt ist, wird gerade bei stuporös Kranken verständlich, weshalb er hierbei so oft im Schweigen verharrt, während er auf direkte Fragen Antworten gleich geben kann. Der Stupor verhindert geradezu ein Erkennen des schweren inneren Krankheitsgeschehens. Bei der Untersuchung von Neurosekranken erweist sich dagegen eine solche in die Tiefe führende Exploration als besonders wertvoll und zeitsparend für die spätere Behandlung.

III. Die Statistik des ersten Eindrucks.

Wie schon erwähnt, fußen die statistischen Aussagen auf den ersten hundert Protokollen. Wir haben aber insgesamt 300 Eindrucksprotokolle gesammelt, von dem 100, ab aber nur die interessanten und diagnostisch unklaren zur späteren Verwertung wörtlich fixiert. Auf Grund einer Gesamtübersicht dieser 300 Protokolle haben sich die gleichen Ergebnisse gezeigt, wie bei den ersten 100.

Bei 10 von diesen 100 Protokollen ließ der erste Eindruck keine sicheren diagnostischen Schlüsse zu. Da dies auch bei allen praktischen Untersuchungssituationen, die nicht nur dem Experiment dienen, ähnlich sein wird, sollen diese 10 Fälle in den folgenden Auszählungen mitberücksichtigt werden. Das heißt also, wenn von 100 Fällen der erste Eindruck mit den Abschlußdiagnosen in 75% übereinstimmt und 15% nicht zutreffen, während 10% nicht einwandfrei zu entscheiden sind, so müssen diese 10 Fälle im Verhältnis 75:15 = 5:1 verteilt werden. Von den 10 Fällen werden also 8 zu den 75 und 2 zu den 15 gezählt. Analog sind die anderen Verhältniszahlen zu setzen. Die auf diese Weise errechneten Werte werden in Klammern hinter die ausgezählten gesetzt. Würde man die 10 Fälle als unklar stehen lassen, so wäre man zu sehr geneigt, sie von vornherein als Fehler zu buchen. Die folgenden Auszählungen sind auf die Abschlußdiagnosen bezogen.

Zunächst eine Übersicht über die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Krankheitsgruppen:

Von hundert Fällen waren organisch Kranke	51
Neurosen	14
Psychopathien	12
Psychosen	23

Von den 100 Abschlußdiagnosen aller 4 Gruppen

stimmen mit dem ersten Eindruck überein	75 (83)
stimmen mit dem ersten Eindruck nicht überein	15 (17).

In 83% aller Fälle stimmt also der erste Eindruck mit der Abschlußdiagnose überein. Beachtet man ferner, daß die Abschlußdiagnosen in weit überwiegender Zahl von anderen Ärzten stammen, so kann man von einem sehr guten Ergebnis sprechen. Die ganze Statistik beweist eindeutig, daß dem ersten Eindruck eine große diagnostische Bedeutung zukommt.

Schlüsseln wir zunächst diese 100 Fälle auf, so stellen wir bei den 51 organisch Kranken fest:

Es stimmen mit dem ersten Eindruck überein 41
Es stimmen mit dem ersten Eindruck nicht überein 10

Das heißt, daß $\frac{4}{5}$ der Abschlußdiagnosen sich mit dem ersten Eindruck decken.

Bei den 14 Neurosen

stimmen mit dem ersten Eindruck überein	12 (13)
stimmen mit dem ersten Eindruck nicht überein	1 (1)
durch den ersten Eindruck nicht zu entscheiden	1

Das heißt also, eine Neurose wird im ersten Eindruck praktisch fast immer sichtbar. Diese wichtige Feststellung zeigt abermals, welch große Bedeutung der erste Eindruck auch für die Differentialdiagnose „organisch“ oder „neurotisch“ hat.

Bei 12 Psychopathien

stimmen mit dem ersten Eindruck überein	4 (6)
stimmen mit dem ersten Eindruck nicht überein	4 (6)
durch den ersten Eindruck nicht zu entscheiden	4

Wie schon erwähnt, befriedigt das Ergebnis bei den Psychopathien am wenigsten. Dies hat verschiedene Gründe. Zunächst ist, wie bereits ausgeführt, der Psychopathiebegriff nicht einheitlich und umfaßt einen weiten Bereich. Das Wesentliche aber dürfte sein, daß anlagebedingte und psychoreaktive Momente sich hier stark vermengen, so daß beim ersten Eindruck einmal der Anlagefaktor mehr hervortritt und als endogen anmutet, und das andere Mal das Hervortreten des Psychoreaktiven eine Neurose nahelegt. Schließlich kommt dazu, daß $\frac{1}{3}$ der Fälle nicht zu entscheiden war, u. a., weil die Patienten nur zur Beobachtung kamen. Dieses schlechte Ergebnis wurde auch in der zweiten Protokollserie von 100—300 erzielt, so daß angenommen werden kann, daß sich wohl die Psychopathien im ersten Eindruck immer schlecht erfassen lassen werden.

Bei den 23 Psychosekranken ergibt sich folgendes:

Es stimmen mit dem ersten Eindruck überein	15 (19)
Es stimmen mit dem ersten Eindruck nicht überein	3 (4)
Durch den ersten Eindruck nicht zu entscheiden	5

Auch hier sehen wir die diagnostische Bedeutung des ersten Eindrucks, da er sich bei $\frac{4}{5}$ der endogenen Kranken als zutreffend erwiesen hat. Würde man die beiden Formkreise der endogenen Psychosen noch trennen, käme man zu der Feststellung, daß bei den Depressionen die Trefferzahl nahezu 100% erreicht, während sie bei der Gruppe der Schizophrenien begreiflicherweise mehr schwankt.

Fassen wir das Ergebnis bei den 300 Protokollen zusammen: Eine Übereinstimmung der Abschlußdiagnosen mit dem ersten Eindruck wurde beobachtet

bei den 143 organisch Kranken in $\frac{4}{5}$ der Fälle
 bei den 42 Neurosen in praktisch allen Fällen
 bei den 36 Psychopathien in der Hälfte der Fälle
 bei den 52 Psychosen in $\frac{4}{5}$ der Fälle
 durch den ersten Eindruck nicht zu entscheiden 27 Fälle.

Untersuchen wir nun statistisch, wie oft der erste Eindruck mit dem Kontrolleindruck, der ja nur allein durch Einsichtnahme in das Protokoll durch einen anderen Kollegen gefällt wurde, übereinstimmt bzw. von ihm abweicht, so stellen wir bei den 100 Fällen fest, daß der erste Eindruck

mit dem Kontrolleindruck übereinstimmt in 68 (75) Fällen
 mit dem Kontrolleindruck nicht übereinstimmt in 22 (25) Fällen
 durch den ersten Eindruck nicht zu entscheiden in 10 Fällen.

Diese Feststellungen waren für uns selbst überraschend, da wir mit Recht annahmen, daß bei der Eindrucksgewinnung optische Eindrücke beim Untersucher eine entscheidende Rolle mitspielen. Durch den Kontrolleindruck, der nun ganz ausschließlich auf die Wortfolge aufgebaut ist, glauben wir bewiesen zu haben, daß der entscheidende diagnostische Schwerpunkt in der Besonderheit von Form und Inhalt der Äußerungen liegt.

IV. Theoretisches; psychologische Analyse.

Wir wollen uns nun noch der Psychologie des ersten Eindrucks zuwenden und dabei an Hand der ausführlichen Arbeit von ECKSTEIN die wesentlichen Resultate seiner Feststellungen herauszuarbeiten versuchen.

ECKSTEIN kommt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß „der erste Eindruck ursprünglich und seinem Wesen entsprechend auf das Auffallende, das Besondere, das Hervorstechende eingestellt zu sein scheint“. Dies könne „als Wesenzug des ersten Eindruckes überhaupt angesehen werden“.

ECKSTEIN ging bei seinen experimentellen Untersuchungen so vor, daß er von verschiedenen „Eindrucksempfängern“ für kurze Zeit Eindrücke von insgesamt 403 Versuchspersonen („Beeindrucker“) protokollarisch aufnehmen ließ. Durch diese Untersuchung kam er zu dem Ergebnis, daß der erste Eindruck „mitbestimmt und mitgestaltet wird durch den Empfänger des Eindrucks und durch dessen strukturbedingte, spezifisch persönliche Sehweise“. Bezüglich des Wesens des ersten Eindrucks stellt ECKSTEIN dann noch fest: „Des öfteren kann es ihm (dem Eindrucksempfänger) auch schon gelingen, eine Skizze der inneren Zusammenhänge und des wesentlichen Kräfteverhältnisses aufzuzeigen. Das heißt also: Es gehört zum Wesen des ersten Eindrucks, daß er sich in erster Linie an das hält, was auffällt und aus dem Durchschnittsrahmen herausragt — seien dies nun besonders körperliche Formen und Proportionen, bestimmte Anfälligkeit in Ausdruck und Gebaren — oder sei es das vermeintlich Hervorstechendste im innersten Gefüge und Wesen.“

Wichtig für unsere Betrachtungen ist noch, daß nach den Feststellungen ECKSTEINS der erste Eindruck nicht nur im Körperlichen haftet, sondern auch in das Wesen des Menschen eindringt. Obwohl also die Gesichtspunkte des „Eindrucksempfängers“ verschieden sein können, wird dabei doch das Wesentliche erfaßt.

Überzeugend konnte ECKSTEIN darstellen, daß die Beeindruckung als ein Auffangen des seelischen Kräftespiegels, das aus einem Menschen sich erstrahlend nach außen ergießt, aufzufassen ist.

Über die Echtheit des ersten Eindrucks konnte ausgesagt werden, daß der „Eindrucksempfänger“ Unechtes auf die Dauer nicht festhalten kann, wodurch Diskrepanzen zum Unbewußten des Untersuchten sich verraten. Über die Treffsicherheit des ersten Eindrucks äußert sich ECKSTEIN: „Nur etwa ein Zwölftel aller Eindrücke kann in diesem Sinne als unzutreffend, nur ein Sechstel als unsicher bezeichnet werden; immerhin dreiviertel ihrer Gesamtzahl dürften als sogenannte Treffer zu werten sein.“

Die Bedeutung des ersten Eindrucks wird von ECKSTEIN mit folgenden Worten treffend charakterisiert: „Was die Augenblicks- und Dauergültigkeit dessen, was der erste Eindruck zu sagen hat, anlangt, so konnten wir zeigen, daß in den uns vorliegenden ‚Momentaufnahmen‘ doch recht viel an Wesentlichem und Charakteristischem enthalten ist. . . . Gewiß ist das seelische Leben ein dauerndes Fließen und im Vollzug-sein. In jedem folgenden Augenblick ist etwas anderes da; ständig lösen sich neue Zuständigkeiten, Inhalte, Strebungen usw. ab. Streng genommen läßt sich kein Ausdrucksgeschehen und damit auch kein Eindruck wiederholen. Aber das hinter dem Ausdruck stehende Wesen bleibt und ist nicht dem äußeren Wechsel zeitlicher Gestalten unterworfen.“

„Eine empfängliche Wachheit und natürliches Aufgeschlossensein einerseits, wie gründlich bohrendes Eindringen zur Bereitstellung vertiefter Erfahrung andererseits, sind deshalb die beste Voraussetzung dafür, daß der erste Eindruck schon in zutreffender und charakteristischer Weise das Wesen des Gegenüber wahrnehmend erfaßt.“

Während ECKSTEIN auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen zu diesen Ergebnissen kommt, wird J. S. DACH vorwiegend geführt von persönlichen Erlebnissen. In dem Vorwort seines Buches schreibt er unter anderem: „Wie kommt es, mußte ich mich fragen, daß wir ohne viel Denken oder Erwägen oder Kombinieren, gleichsam ohne unser Zutun, bei dem bloßen Anblick eines Menschen, wie von einem Schlag‘ berührt sein können und sofort von bestimmten Eigenschaften angesprochen werden, ja auf Grund einer solchen Begegnung einen unser künftiges Verhalten bestimmenden Willensentschluß fassen müssen.“

DACH gewinnt seinen Stoff, indem er der Untersuchung zu Grunde legt:

1. Planmäßige Beobachtungen in lebensursprünglicher Situation.
2. Institutionsbeobachtungen, die in der Versuchsanordnung denen ECKSTEINS gleichen.

3. Rückschauende Erinnerungsbeobachtungen.

Er stellt in seiner Zusammenfassung fest, daß „bei Begegnungen von Menschen sich häufig ein erster Eindruck bildet, der sich nicht immer, aber sehr oft mit voller Deutlichkeit als ein Sonderphänomen von späteren Eindrücken abhebt“. Er hebt weiterhin hervor: „Charakteristisch für diesen Eindruck ist eine unmittelbare, und zwar mehr gefühlsmäßige (intuitive) als verstandesmäßige Stellungnahme zu dem Begegneten.“ Es ist also festzustellen, daß DACH dem ersten Eindruck eine mehr intuitive Bedeutung beimißt, während der eigentliche Erkenntnisvorgang erst nach der Beeindruckung einsetzen soll. „Der erste Eindruck dürfte zwar nicht überschätzt, aber keineswegs unterschätzt, sondern soll bei der Gesamtbeurteilung immer mitberücksichtigt werden.“ „In bezug auf die Bewährung des ersten Eindrucks ist zu sagen, daß seine Berechtigung uns größer erscheint, als man zumeist annimmt.“

Arbeiten von medizinischer Seite, die sich mit dem ersten Eindruck erschöpfend beschäftigen, konnten wir nicht finden, obwohl sich eine große Zahl von Autoren mit dem Ausdruck und seiner diagnostischen Bedeutung befaßten, wie z. B. DARWIN, KILIAN, LEONHARD und andere.

Des weiteren soll nun versucht werden, den Vorgang bei der Eindrucks-gewinnung verständlich zu machen: In den meisten Fällen kommt der Patient als Hilfesuchender mit dem Vorsatz, dem Arzt möglichst schnell ein klares Bild von seinen Krankheitserscheinungen zu geben. Dies ist für uns die Ausgangssituation; sie veranlaßt den Kranken zu konzentrierten Äußerungen. Unter diesem Aspekt stellt die erste Begegnung von Arzt und Patient eine Art Test dar, der am ehesten dem Thematic apperception test (T.A.T.) entspricht. So wie beim T.A.T. der Patient über ein vorgelegtes Bild eine von ihm erdachte Geschichte erzählen soll, so soll er hier auf eine Testfrage „Na, was hat's denn?“ mit seiner Geschichte reagieren, die nur durch die Ausgangssituation Patient-Arzt determiniert ist, im übrigen aber eine freie Entfaltungsmöglichkeit zuläßt. So werden die Assoziationen weitgehend durch den inneren Entschluß bestimmt, in kurzer Zeit einem anderen ein Bild von sich zu entwerfen.

Über den T.A.T. hinaus ist bei unseren Eindrucksversuchen die Analyse von *Inhalt und Form* des sprachlichen Ausdrucks noch weiter entwickelt.

Daß dieser erste Eindruck gerade bei Neurosen die größte Trefferzahl hat, wird dadurch verständlich, daß besonders ein solcher Kranke ein starkes Bedürfnis zeigt, alles in die ersten Sätze hineinzupressen. Dies vielleicht schon deshalb, weil oft bei vielen vorangegangenen Untersuchungen nicht der Kern seiner Krankheitsproblematik gefunden wurde. Das ist wohl auch der Grund, weshalb in so vielen Protokollen von Neurosekranken Sätze auftauchen wie „Es ist schon alles versucht worden“, oder „Bei früheren Untersuchungen wurde gar nichts gefunden“. Bei der neuen Untersuchungssituation hat der Patient aber das dringende Bedürfnis, sich verständlich zu machen und legt seine ganze Neurose unbewußt in den ersten Sätzen dar. WENDT schreibt analog:

„Andererseits enthält doch jede erste Erzählung eines Pat., wenn sie in der inneren Spannung eines schicksalhaft bedeutungsvollen Zwiegesprächs geführt wurde, . . . an irgendeiner Stelle die deutliche Kennzeichnung der tiefsten Motivierung der Neurose. Leider ist es dem Therapeuten oft nicht möglich, diesen Hinweis schon zu erkennen und in seiner vollen Bedeutung zu verstehen . . . Nachträglich im Besitz des vollen Wissens über die Neurose, erscheint uns diese damals so unverfänglich klingende Äußerung wie die treffende summarische Überschrift der gäzen Krankheitsgeschichte.“

Im Gegensatz zu den Neurosekranken finden wir bei den stuporösen Schizophrenien die Hemmung so stark, daß sie nicht durchbrochen werden kann, während der organisch Kranke in ruhig sachlichem Gedankenfluß seine Symptomatik in sich einfach gegliedert aufbaut.

Dies ist die psychologische Situation, soweit sie den Patienten und seine Äußerungen betrifft. Während der Patient sich durch seine Assoziationen aktiv ausdrückt, empfängt der Arzt diese in konzentrierter, aber passiver Haltung, bereit, die feinsten Nuancierungen der Zusammenhänge aufzu-

nehmen. Für den Untersucher ist das Wesentliche dieser explorativen Methode, in dieser passiven Haltung dem gesprochenen Wort folgen zu können. Dies erfordert eine gewisse Schulung, da bei einer ersten Begegnung, meist das optische Sinnesorgan zur Eindrucksgewinnung dominiert, und erst wenn hier die Eindrücke registriert sind, andere Sinnesorgane eingeschaltet werden. Stellt man sich aber vorwiegend auf die Aufnahme akustischer Reize ein, so können schon die ersten wesentlichen Äußerungen in ihrer ganzen Bedeutung zur vollen Registrierung kommen. Bis her wurde diese Gesamtsituation in der Literatur kaum beachtet.

Ein zweiter, für den Arzt wesentlicher Faktor ist nach erfolgter Sprech-aufforderung *sein Schweigen*. Von diesem geht unter Umständen eine sehr starke Wirkung aus, die mit der Länge der Sprechpause abnimmt. Manche zu Aggressionen neigende Patienten scheinen dies auch entsprechend zu empfinden, so daß geradezu ein „provokatorisches Schweigen“ erzeugt wird. Wird die Pause aber zu ausgedehnt, so verliert das Schweigen an Lebendigkeit. Die zweite Sprech-aufforderung „Na und?“ regt dann zu neuen Assoziationen an. Bei erneutem Versiegen der Gedankenproduktion wird das Schweigen nun schließlich, ehe seine Wirkung zu erlöschen beginnt, durch die dritte Aufforderung „Erzählen Sie mal“ letztmalig unterbrochen.

Aber auch bei pausenlosen Aussagen dürfte das Schweigen des Arztes eine Rolle spielen. Deutlich wird dies, wenn der Untersuchte seinerseits Fragen an den Arzt richtet, die von ihm aber übergangen werden. Es ist dann recht eindrucksvoll zu sehen, wie der Patient trotz der fehlenden Antwort in seiner Rede fortfährt und sogar recht tief in seine Problematik eindringt oder die latenten Aggressionen schon in seiner Frage sichtbar werden.

Mit der Erörterung dieser Frage sind wir nun in die „Strukturverzahnung“ (BECK) dieser explorativen Methode eingedrungen. In seiner Arbeit „Begegnung und Erkenntnis“ gibt dieser eine Theorie der explorativen Methode und beschreibt nach einer Einführung die große Bedeutung der Begegnung und die dadurch erfolgende Errichtung eines Ich-Du-Verhältnisses:

„Der Erkennende und der Zu-Erkennende“ müssen „in eine existentielle Einheit ihrer entscheidenden Seins- und Sinnhaftigkeit zum Ausdruck kommen können“. Beachtet man dazu einige unserer Protokolle, vor allem die von Neurosen, so wird man BECK wohl recht geben, daß es sich auch bei dieser ersten Begegnung „nicht um eine Dialektik des Verstandes oder des Geistes, sondern um eine Dialektik der ganzen und ganzheitlichen Person, das heißt also: um Dramatik“ handelt. Obwohl der Untersuchte spricht und der Explorierende schweigt, kann man auch von dieser Methode sagen, daß sie „bei vollkommenem Gelingen den erkennenden und zu-erkennenden Partner, das Subjekt und Objekt der Situa-

tion, in gleicher Weise und Tiefe ergreift“. Dieses Ergreifen nun in seiner Zweipoligkeit ist auf jeder Seite kein bloß statisches und empfangendes. „Es ist von vornherein dynamisch und aktiv. Obwohl es kaum eine ‚stillere‘ Untersuchungsmethode gibt, in der nach außenhin weniger gehandelt und ‚getan‘ wird als in der Exploration, so ist diese doch mit der Aktionsspannung geladen wie kein anderes Verfahren.“ Der wie ein trockener Schwamm aufnahmebereite Arzt braucht nur durch ganz kleine ungerichtete Aufforderungen einen Anstoß zu geben, er braucht nur lauschend in innerer Bereitschaft zu verharren, sich die Begegnung zum Erlebnis werden zu lassen, um dann später einen nüchternen Erkenntnisvorgang daraus zu machen.

Betrachten wir nach der Analyse der Begegnung die Assoziationen der Patienten, so sind wir schon bei der Erwähnung der Protokolle immer wieder auf die für die Art der Erkrankung typischen *Stilmomente* gestoßen. Wir hatten festgestellt, daß beim organisch Kranken der Stil der ordnenden Systematik und betonten Sachlichkeit durch ein vorwiegend formalgebundenes Denken erreicht wird. Die Aufmerksamkeit ist eingeengt und auf das Wesentliche fixiert. Dagegen wird bei den Neurosen die Stilform vorwiegend durch die Dynamik bei der Erlebniswiedergabe geprägt, wodurch eine emotionale Kontinuität mit deutlicher Labilität im Gedankenablauf entsteht. Die Aufmerksamkeit ist ausgedehnt und fluktuiert. Auch bei den Psychopathien finden wir eine erlebnismäßig gebundene Form des Denkstils. Ebenso zeigen die endogenen Kranken, besonders die Depressionen, einen vorwiegend erlebnisgebundenen Sprachausdruck mit emotionaler Kontinuität. Dagegen hat die Gruppe der Schizophrenien eine große Vielfalt von Stiltypen. Gegenüber dem kontinuierlichen Assoziationsablauf bei den übrigen endogenen Kranken könnte man hier nur als ein sehr häufiges stilistisches Symptom die abgehackte Sprechweise herausheben, die um so stärker wird, je mehr der Patient zum autistisch-stuporösen Pol hinneigt. Stoßweise Produktionen wechseln ab mit längeren Pausen. Man hat bei vielen Protokollen das Gefühl von etwas Unnatürlichem.

Vergleichen wir dazu die Ausführungen E. KRETSCHMERS in „Körperbau und Charakter“ (S. 186) über die schizoiden Temperamente, so spüren wir, wie diese Befunde beeinflußt werden durch das Fehlen der affektiven Mittellagen, bzw. wie das „Überspannte“ die Assoziationen gestaltet.

Auch BUSEMANN kommt in seinem Buch „Stil und Charakter“ bezüglich des Stils der Schizothymen zu den gleichen Feststellungen. Er hebt das Arhythmische und Gezwungene hervor, wobei leicht Lücken entstehen. Was beim Schizothymen nur angedeutet hervortritt, sehen wir bei den Protokollen der Schizophrenien in oft grotesker Weise vergröbert.

Es ist bei den einzelnen Krankheitsgruppen festzustellen, daß sich zwei scharf voneinander abweichende Denkformen gegenüberstehen. Auf der

einen Seite steht die mehr formale Denkform der organisch Kranken, auf der anderen die mehr erlebnisgebundene Denkform der Neurosen, Psychosepathien und endogenen Depressionen. Dazu schreibt DIETER in „Typische Denkformen“:

„Die Grundeinstellung der beiden Hauptdenkformen läßt sich folgendermaßen kurz umreißen: Der eine Typ ist vorzugsweise verstandes- und willensmäßig eingestellt und wendet sich vor allem den formalen und quantitativen Relationen der organischen Wirklichkeit zu; der andere Typ fühlt sich dem Leben verbunden. Sein Interesse richtet sich auf die materiellen und qualitativ gearteten Züge des organischen Seins.“

Das heißt also auf unsere Untersuchung bezogen: Der organische Krankheitsprozeß zwingt den Erkrankten von vornherein mehr in die formale Denkform, während psychische Erkrankungen reaktiver oder endogener Art sich durch einen erlebnisgebundenen Denkstil ausdrücken. Daß sich Neurosen im ersten Eindruck so gut wie immer richtig diagnostizieren lassen, wird nun auch theoretisch verständlich: Die gestörte Erlebnisverarbeitung muß sich gerade hier im Denkstil am markantesten ausprägen. Dagegen sind Fehldiagnosen bei den organischen Fällen überall da zu erwarten, wo konstitutionelle oder gleichzeitig gestörte Erlebnisverarbeitungen vorliegen, so daß sich der Anreiz zu einer formalen Darstellung der Symptomschilderung nicht genügend stark Geltung verschaffen kann. Dieses Durchdringen der erlebnisgebundenen Denkform ist hierbei also durch einen Erlebnisdruck oder durch charakterogene Ursachen bedingt.

V. Praktische Konsequenzen.

Betrachten wir zum Schluß unserer Ausführungen nun die praktischen Folgerungen, die sich aus den Untersuchungsergebnissen ziehen lassen:

Zunächst haben wir wohl eindeutig gezeigt, daß dem ersten Eindruck eine große diagnostische Bedeutung zukommt, und daß er nicht nur im psychologischen Bereich, sondern auch in medizinisch-diagnostischer Hinsicht einen wichtigen Faktor darstellt.

Obwohl unsere Untersuchungen an der hiesigen Nervenklinik und somit vorwiegend an neurologisch-psychiatrischen Kranken durchgeführt wurden, dürfte diesen Ergebnissen auch Allgemeingültigkeit zukommen. Es bleibt sich gleich, ob ein organisch Kranker einem Internisten sein Vitium cordis oder einem Chirurgen seine Appendicitis schildert, ebenso wie es gleich ist, ob eine vorwiegend auf die Sexualorgane sich beziehende Neurose einem Gynäkologen offenbart wird, oder ob ein depressiver Patient einem praktischen Arzt über seine in die Körpersphäre projizierten Beschwerden berichtet. Es ist immer die gleiche Situation: Ein wirklich Hilfesuchender sieht schon in der ersten Begegnung im Arzt den Helfer. Diesem bietet sich dabei die Möglichkeit, einen prägnanten ersten Eindruck von seinem neuen Patienten zu bekommen. Seine große klinische Bedeutung ließ sich dabei aufzeigen.

Wichtig ist, daß diese erste Begegnung auch in der Form gestaltet wird, daß sich der Patient nach allen Richtungen frei entfalten kann. Diese Gelegenheit wird meistens durch direkte Fragen an ihn versäumt. Dadurch werden seine Schilderungen in eine bestimmte Bahn gelenkt, so daß eine freie assoziative Entfaltung nicht möglich ist. Jeder Arzt sollte deshalb die erste Begegnung mit dem Patienten dadurch zu einer persönlichen machen, daß er sie unter vier Augen stattfinden läßt. Bei diesem ersten Gespräch sollten formelle und allgemein orientierende Fragen unterbleiben, da der Kranke so die Gelegenheit zu spontanen Äußerungen besser ausnützen kann. Die optische Orientierung sollte beim Arzt zunächst nicht überwiegen, damit er sich möglichst den Worten bzw. der Wortfolge des Patienten kontemplativ hingeben kann. Sind dann die ersten wichtigsten Äußerungen des Patienten erschöpft, werden sie zu einer vorläufigen Diagnose zusammengefaßt. Der dadurch gewonnene und fixierte erste Eindruck kann bei allen späteren differentialdiagnostischen Erwägungen mit in die Waagschale geworfen werden.

C. Zusammenfassung.

Wir versuchten, die Bedeutung des ersten Eindrucks speziell in der neurologisch-psychiatrischen Diagnostik an Hand von dreihundert entsprechenden Untersuchungen aufzuzeigen.

Es wurde die sich auf der Gestaltung der ersten Begegnung aufbauende explorative Methode beschrieben, die den Patienten durch ein bis drei ungezielt gehaltene Fragen zu spontanen Gedankenäußerungen anregt. (Bei unserer experimentellen Untersuchung wurden dieselben auf zwei Minuten beschränkt.)

Daraufhin wurde an Hand von Protokollen der erste Eindruck bei organischen Erkrankungen, bei Neurosen, bei Psychopathien und endogenen Psychosen ausführlich dargestellt und die wesentlichen Unterschiede von Form und Inhalt der Äußerungen beschrieben. Die organischen Erkrankungen mit ihrem formalgebundenen Stil ließen sich deutlich von den Neurosen, Psychopathien und endogenen Depressionen mit ihrer vorwiegend erlebnisgebundenen Gedankenproduktion abgrenzen. Uneinheitlich, aber charakteristisch waren die Befunde bei den Schizophrenien, je nachdem zu welcher Gruppe sie gehörten, z. B. abgehackte, abrupte Sprechweise bei den katatonen, bis zum völligen Fehlen von Äußerungen bei den stuporösen, und bizarre, meist unnatürlich wirkende Assoziationen bei den paranoid-halluzinatorischen Formen.

Danach wurde die Ursache für die gelegentlichen Versager bei der Eindrucksgewinnung erwähnt.

Die Statistik des ersten Eindrucks ergab bei dreihundert Protokollen eine Übereinstimmung mit der Abschlußdiagnose bei den organischen

Erkrankungen und Psychosen in $\frac{4}{5}$ der Fälle, bei den Neurosen in praktisch allen und bei den Psychopathien in 50% der Fälle.

Die theoretische und psychologische Bedeutung des ersten Eindrucks wurde eingehend dargestellt und dabei Situation und Strukturverzahnung zwischen Patient und Arzt einer Analyse unterzogen. Die Notwendigkeit für den Arzt, sich zuerst vorwiegend von Form und Inhalt des sprachlichen Ausdrucks beeindrucken zu lassen, wurde besonders betont.

Abschließend wurde die praktische Bedeutung des Untersuchungsverfahrens für Ärzte jeder Fachrichtung gewürdigt.

Literatur.

- BECK, W.: Begegnung und Erkenntnis (Zur Theorie der explorativen Methode). — BERZE, J.: Psychologie der schizophrenen Prozeß- und Defektsymptome. Wien. med. Wschr. 1929, 79. — BLEULER, E.: Störung der Assoziationsspannung, ein Elementarsymptom der Schizophrenie. Arch. f. Psych. 74 (1918). — BUSEMANN, A.: Stil und Charakter, Meisenheim 1948. — DACH, J. S.: Der erste Eindruck, seine Bedeutung und Bedingtheit, 1937. — DARWIN, CH.: Der Ausdruck der Gemütsbewegung bei den Menschen und den Tieren. — DIETER, G.: Typische Denkformen und ihre Beziehung zur Grundstruktur der Persönlichkeit. Z. f. Psychol. Erg. Bd. 24, 1934. — ECKSTEIN, C.: Die Psychologie des ersten Eindrucks. Leipzig 1937. — KILIAN, E.: Facies dolorosa, Lehmann 1936. — KLAESI, J.: zit. nach SPOERRI. — KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter, 20. Aufl. Heidelberg: Springer 1951. — Medizinische Psychologie, 10. Aufl. Stuttgart: Thieme 1950. — Die Orbitalhirn- und Zwischenhirnsyndrome nach Schädelbasisfrakturen. Arch. f. Psych. 182 (1949). — LANGEN, D.: Übertragung und Retardierung. Z. f. Psychother. 1 (1951). — LEONHARD, K.: Ausdruck, Sprache der Seele. Tübingen: Haug 1949. — SPEER, E.: Vom Wesen der Neurose. Stuttgart: Thieme 1938. — Der Arzt der Persönlichkeit. Stuttgart: Thieme 1949. — SPOERRI, TH.: Über Psychotherapie Schizophrener an der Berner Klinik Waldau. Z. Psychother. 2 (1952). — TRÜB, H.: Heilung aus der Begegnung. Stuttgart: Klett 1951. — WENDT, C. F.: Psychotherapie im abgekürzten Verfahren. Heidelberg: Springer 1948.

Dr. med. D. LANGEN, Tübingen, Univ.-Nervenklinik.