

Kriegsneurosen.

Erweitertes Referat, erstattet von

Robert Gaupp (Tübingen)

auf der gemeinsamen Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte
und des Deutschen Vereins für Psychiatrie in München 22. Sept. 1916.

(Eingegangen am 22. September 1916.)

Meine Herren! Dem Wunsche des Deutschen Vereins für Psychiatrie, daß zum Thema unserer heutigen Tagung auch von psychiatrischer Seite ausführlich das Wort genommen werde, verdanke ich meinen Auftrag, als dritter Referent zu Ihnen zu sprechen. Nachdem von erfahrenen Nervenärzten die neurologischen Ergebnisse ausführlich vorgetragen wurden¹⁾, will ich Wiederholungen auf dem Gebiete der klinischen Einzelschilderung möglichst vermeiden, um Sie nicht zu ermüden, und will dafür die Betrachtungsweise in den Vordergrund stellen, die der Psychiater beim Studium der Neurosen anzuwenden pflegt. Soll ich dem mir gegebenen Thema nicht Gewalt antun, so muß ich freilich darauf verzichten, Formen und Verlaufsweisen der im Kriege entstehenden eigentlichen Geisteskrankheiten hier zu erörtern; denn es handelt sich ja nach dem Wortlaut meines Referates nur um die Pathologie der Neurosen im Kriege. Ich sage Ihnen aber nichts Neues, wenn ich von vorneherein betone, daß bei diesen Neurosen die Abweichungen des seelischen Verhaltens der Erkrankten an Bedeutung voranstehen.

Gleich Nonne glaube ich den Begriff der Kriegsverletzungen²⁾ in den der Kriegsschädigungen umwandeln zu dürfen.

Betrachten wir die überaus umfangreiche Literatur der Kriegsneurosen, über die uns Birnbaums³⁾ treffliche Referate einen wertvollen Überblick geben, so fällt uns die weitgehende Übereinstimmung der geschilderten klinischen Tatsachen einerseits und die leidenschaftliche Tonart bei deren Deutung und bei der Be-

¹⁾ Als 1. Referent sprach H. Oppenheim, als 2. M. Nonne. Das Referat wurde wegen der Kürze der verfügbaren Zeit in verkürzter Form vorgetragen.

²⁾ Das Thema des Referates lautete: „Über Neurosen nach Kriegsverletzungen“.

³⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. Bd. 11, S. 321ff.; 12, 1ff., 317ff.

kämpfung der gegnerischen Meinungen andererseits auf¹⁾. Man wird manchmal fast an den Zank und Streit übereifriger Theologen erinnert. Alte lieb gewordene Lehren werden mit Nachdruck festgehalten, persönliche Anschauungen, neurologische und psychiatrische Richtungen und Denkweisen machen sich geltend; dabei wird der Kampf um so heftiger, je mehr es sich um — zur Zeit oder überhaupt — unlösbare Probleme, um Sachen des Glaubens statt des sicheren Wissens handelt. Leider kommt es dabei gelegentlich auch zu einer Verquickung wissenschaftlicher Anschauungen mit moralischen Werturteilen, mit Beweisführungen, die dem patriotischen Gefühle oder der humanen Gesinnung des Arztes alle Ehre machen, mit der Wissenschaft aber an sich nichts zu tun haben. Diesen Weg möchte ich nicht gehen. Weil mir nun aber ein großer Teil der Übelstände daher zu rühren scheint, daß verschiedene Dinge mit dem gleichen Namen belegt werden, so kann ich Ihnen — ich bitte das zu entschuldigen — eine kurze Definition der Begriffe, die ich zugrunde lege, nicht ersparen. Erst wenn wir wissen, was wir mit Worten wie „organisch“ und „funktionell“, „Neurose“, „psychogen“, „hysterisch“, „Schreckneurose“, „Neurasthenie“, „Nervosität“, „Psychopathie“, „emotional“, „thymogen“ und „ideagen“, „Granatkontusion“²⁾, „Affektepilepsie“ ausdrücken, können wir miteinander diskutieren, ohne aneinander vorbeizureden. Ich werde meine Begriffsbestimmungen möglichst kurz und bestimmt fassen.

„Organisch“ heißt jede anatomisch nachweisbare krankhafte Veränderung des Nervensystems; sie ist im Gehirn und Rückenmark in der Regel mit dem Begriff der Unheilbarkeit verbunden, weil ja das Zentralnervensystem im Unterschied von den peripheren Nerven keine nennenswerte Regenerationskraft besitzt, sobald es einmal zu anatomisch nachweisbaren, also größeren Veränderungen gekommen ist. „Funktionell“ heißt die anatomisch nicht oder noch nicht nachweisbare Krankheit, deren materielle, physikalisch-chemische Grundlage, die natürlich nie fehlt, unbekannt ist. Der Kreis des Funktionellen verengert sich mit dem Fortschritt der hirnpathologischen Forschung (— ich erinnere an die Epilepsie, die Paralyse

¹⁾ Ich erinnere an die Diskussionen in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, im Hamburger ärztlichen Verein und a. a. O. Vgl. auch Strümpell: „Über Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen.“ Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1916, 55, 180ff.

²⁾ Die neuerdings wiederholt, so auch jüngst von L. Mann (Breslau) aufgestellte Behauptung, der Name „Granatkontusion“ stamme von mir, ist unrichtig. Ich habe das schon vorher in der Kriegsneurologie gebräuchliche Wort nur übernommen. Vgl. z. B. Harzbecker, Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 47.

agitans, die Chorea, die Dementia praecox usw. —). Die funktionellen Erkrankungen sind in der Regel die leichteren, die ihrem Wesen nach nicht unheilbaren; die ihnen zugrunde liegenden Hirnvorgänge sind im Prinzip ausgleichsfähig, führen nicht zum anatomischen Zerfall, nicht zum klinischen Dauerdefekt¹⁾. Die Begriffe „dynamisch“, „molekular“, „mikroorganisch“²⁾, „mikrostrukturell“²⁾ sind entbehrliche Hilfsbegriffe theoretisch interessierter Autoren³⁾.

„Neurosen“ heißen die funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, gleichgültig ob sie körperlicher oder seelischer Herkunft sind. Vergiftungen, deren anatomische Grundlage noch unbekannt ist, wie z. B. die Strychninvergiftung, sind theoretisch auch Neurosen, wie erst jüngst wieder Schultze⁴⁾ richtig darlegte; sie werden aber praktisch nicht mehr dazu gezählt, weil bei ihnen anatomische oder chemische Veränderungen der Hirnsubstanz als selbstverständlich angenommen werden und weil ihre exogene Ursache eindeutig bestimmt ist, was bei den Neurosen meist nicht der Fall ist.

Ein Teil der Neurosen ist seelisch verursacht, nicht bloß seelisch ausgelöst, ist also „psychogen“. Wesen und Wege der Wirkung des Seelischen auf das Körperliche sind unbekannt und letzten Endes unerkennbar. Die Betrachtung dieser Wirkungen unter Anwendung anatomisch-physiologischer Ausdrucksweise kann einen gewissen heuristischen Wert haben, vermittelt aber keine endgültige Erkenntnis, wirkt oft nur verwirrend und erschwert als sogenannte „Hirnmythologie“ oder „Molekularmythologie“ häufig das Verständnis des Sachverhaltes. Ein Teil der psychogenen Krankheitszustände ist „hysterisch“. Es gibt keine Krankheitseinheit „Hysterie“, aber eine Form der seelischen und körperlichen Reaktion, die „hysterisch“ heißt. Der Begriff ist von mir vor 6 Jahren in unserem Deutschen

1) Vgl. R. Gaupp, Organisch und Funktionell. Kritische Bemerkungen zu Nissls Vortrag „Über die sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten“. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1900, S. 129ff.

2) Bezeichnungen von Sarbó, Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 4; 1916 Nr. 20.

3) Natürlich ist gar nichts dagegen zu sagen, wenn man im Bedürfnis nach medizinisch-anschaulichen Bildern die psychophysischen Vorgänge bei den Krankheitszuständen der Psychopathie und Neurasthenie auf eine „angeborene oder erworbene Labilität der molekularen Struktur und der biochemischen Vorgänge des Nervensystems, namentlich des Gehirns“ zurückführt (Mohr). Man muß sich dabei nur bewußt sein, daß es sich eben um Bilder handelt, die die erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten nicht aus der Welt schaffen. Zudem ist ja „Molekül“ selbst nur ein wissenschaftlicher Hilfsbegriff.

4) Neurol. Centralbl. 1916, S. 610.

Verein definiert worden¹⁾ und ich habe dem damals Gesagten nichts Neues hinzuzufügen.

Unter „Schreckneurosen“²⁾ pflegt man einen psychogenen Komplex körperlicher und seelischer Symptome zu verstehen, bei dem es sich um starke Ausprägung der uns auch sonst bekannten körperlichen und psychischen Wirkungen des Schrecks handelt. Die „Schreckneurose“ trägt ganz oder jedenfalls vorwiegend typisch „hysterische“ Züge in Form zeitlich und oft auch qualitativ abnormer Wirkungen des Seelischen auf den Körper und der Abspaltung seelischer Komplexe von der Einheit und Geschlossenheit des Bewußtseins. Unter „Neurasthenie“ verstehe ich (im Unterschied z. B. von Cimbali u. a.) die durch chronische Ermüdung und Erschöpfung entstehenden körperlichen und seelischen Symptome von seiten des früher gesunden Nervensystems im Sinne der Lehren von Möbius und Kraepelin³⁾. Die angeborenen konstitutionellen Abweichungen der psychophysischen Struktur auf dem Grenzgebiet zwischen Gesundheit und Krankheit werden als „Nervosität, Zwangsneurose, Psychopathie“ (wenn man will, sofern die körperlichen Symptome stark hervortreten „Neuropathie“) von der Neurasthenie abgetrennt. Sie können sich im Leben weiter entwickeln, verstärken und weiter ausdehnen.

„Emotionell“ oder „thymogen“ nennen wir jede Wirkung starker Gefühle und Affekte auf Körper und Psyche. Die Wirkungsweise ist biologisch vorgebildet, aber in ihrem Wesen unbekannt⁴⁾. Das „ideogene“ Symptom trägt in seiner klinischen Form die Kennzeichen, daß bewußtes oder halb-bewußtes Seelenleben (sogenannte „gefühlbetonte Vorstellungen“) bei seiner klinischen Gestaltung mitgewirkt hat

1) R. Gaupp, Über den Begriff der Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 5, S. 457. Vgl. auch Strümpell l. c.

2) Vgl. namentlich: Paul Horn, Über Schreckneurose in klinischer und unfallrechtlicher Beziehung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 53, 333ff. 1915.

3) Gegen die Behauptung Molls u. a., daß es im Kriege viele „neurasthenische Dämmerzustände“ gebe, verhalte ich mich ablehnend. Der Begriff Neurasthenie wird ungebührlich erweitert. Wie weit ich mich in der Umgrenzung dieses Begriffes von vielen anderen unterscheide, wurde mir beim Lesen des Oppenheimschen Buches über die Neurosen der Kriegsverletzten deutlich. Was Oppenheim dort unter Neurasthenie schildert, z. B. seine Fälle XIV und XV, auch XI, XII und XIII, hat meines Erachtens mit Neurasthenie nichts zu tun. Man sieht also, wie die Vorbedingung jeder Möglichkeit einer Verständigung die scharfe Umgrenzung der gebrauchten medizinischen Begriffe ist, sonst kommen wir niemals zur Einigung.

4) Liepmann (Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6) sagt volhg richtig, daß die Gemütserschütterung „extrapsychisch nach physiologisch-biologischen, nicht nach psychologischen Gesetzen“ auf das Zentralnervensystem wirke, also wie ein Schlag oder ein Virus eine Causa darstelle.

(z. B. die Armlähmung nach Handschuß). Der Begriff „Granatkontusion“, der z. B. meiner Arbeit über dieses Gebiet zugrunde gelegt ist¹⁾, deckt sich mit Wollenbergs²⁾ „Granatkomotion“ und „Granaterschütterung“ und der „allgemeinen Granatexplosionsstörung“ des Zentralnervensystems; sie ist von der unmittelbaren „Granatverletzung“ und natürlich auch von der „Hirnkontusion“ streng zu trennen.

Die Begriffe „Commotio“, „Contusio“ und „Compressio cerebri“ werden im Sinne der bekannten hirnpathologischen Lehren gebraucht. Die Ausdrücke „traumatische Hirnerkrankung“, „traumatische Psychose“, „traumatische Demenz“, „traumatische Invalidität des Gehirns“ sind ohne weiteres klar; es handelt sich dabei um organische Folgeerscheinungen allgemeiner oder umschriebener Hirnschädigung. Die Bezeichnung „Komotionsneurose“ lehne ich ab. Unter „Affektepilepsie“ oder „reaktiver Epilepsie“³⁾ verstehen wir emotionell ausgelöste, also psychogene allgemeine Krämpfe, Schwindelanfälle oder Ohnmachten vom klinischen Aussehen der genuin-epileptischen Anfälle. —

Ich komme nach dieser begrifflichen Orientierung zu unserem eigentlichen Gegenstand: Es ist schon oft⁴⁾ gesagt worden und ich kann es heute hier selbst nur wiederholen, daß es eine spezifische Kriegsneurose nicht gibt. Weil aber der Militärdienst und namentlich der Krieg eine große Zahl schwerer Schädigungen erzeugt, die auf Hunderttausende junger Männer mit ihrer ganzen Wucht einwirken, sehen wir heute in Wochen mehr funktionelle Erkrankungen des erwachsenen Mannes als sonst in Jahren. Die Zahl der Kriegsneurosen ist im Verhältnis zur Gesamtzahl unseres Heeres gering, in ihrer absoluten Höhe aber doch nicht unbeträchtlich. Genaue Angaben sind noch nicht möglich. Die Ziffern wachsen mit der Länge des Krieges und der Ausdehnung der Dienstpflicht auf minder kräftige Personen. Meine eigene Erfahrung erstreckt sich auf zahlreiche Fälle, von denen die Mehrzahl in meiner Klinik in Beobachtung und Behandlung stand. Im österreichischen Völkergemisch glaubt Pilcz⁵⁾ beobachtet zu haben, daß der Slawe anfälliger ist als der Deutsche. Die Häufigkeit der polnischen Hysterie ist mir schon aus meiner Friedenserfahrung früherer

¹⁾ R. Gaupp, Die Granatkontusion. Beiträge z. klin. Chir. **96**, Heft 3, S. 277.

²⁾ R. Wollenberg, Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Münch. med. Wochenschr. 1914, Nr. 44. Über die Wirkung der Granaterschütterung. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. **56**, Heft 1.

³⁾ Hierher gehören auch die „psychasthenischen Anfälle“.

⁴⁾ Das kritische Referat ist nicht der Ort zu umfangreichen Literaturnachweisen. Der Leser findet alles Wesentliche in den Übersichtsreferaten Birnbaums l. c.

⁵⁾ Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 22.

Jahre bekannt. Ob der Romane leichter neurotisch wird als der Germane, werden wir erst nach Friedensschluß übersehen¹⁾. Das ruhigere Temperament des Norddeutschen scheint widerstandsfähiger als der erregbarere Süddeutsche und Rheinländer. Hypochondrische Züge sah ich beim Schwaben häufiger als beim Bayern, hysterische Bilder fielen mir beim Rheinländer am meisten auf. Die Beobachtungen des Einzelnen haben jedoch nur bedingten Wert, weil die Zahlen von außermedizinischen Einflüssen abhängen. Wir haben entsprechend der Lage Tübingens und Württembergs wenig Kranke vom Osten, weit mehr vom westlichen Kriegsschauplatz erhalten. Kriegsfreiwillige, ungedienter Landsturm und Ersatzreserve liefern mehr Neurotiker als das aktive Heer, die Reserve und die Landwehr. Massive monosymptomatische Bilder zeigen sich häufiger beim sehr jungen, ungebildeten und beim debilen Soldaten, polymorphe und Mischformen finden sich mehr bei Älteren und Gebildeten²⁾. Die Analogie zu den Erfahrungen des Friedens liegt auf der Hand.

Die Schilderungen der bisher beobachteten Formen der Kriegsneurosen zeigen weitgehende Übereinstimmungen; es herrscht bei aller Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder doch in den Grundzügen eine gewisse Monotonie. Die wenigsten unter Ihnen werden im zweiten Kriegsjahr noch viel Neues gesehen haben, wenn Sie im ersten Jahr über eine große Krankenzahl verfügt haben. Vieles wiederholt sich immer wieder in fast photographischer Treue³⁾. Die militärische Erziehung und Disziplin verdeckt manche individuellen Züge; einmalige Untersuchung ermöglicht kaum je ein erschöpfendes Urteil über die Gesamtpersönlichkeit des Erkrankten; der Weg zu seinem innersten Denken und Fühlen ist schwieriger als in den Verhältnissen der Friedensarbeit des Arztes. Dieser Umstand erklärt manche Verschiedenheit in der Bewertung des endogenen Faktors im Gesamtbild der Neurose; ich komme darauf später noch zurück.

¹⁾ Renaux sah offenbar in Frankreich ähnliche Kriegsneurosen, wie wir in Deutschland. (Thèse de Paris 1915.)

²⁾ Riebeth sagt, der städtische und der gebildete Soldat werde leichter neurasthenisch als der Bauer. (Psych. Neurol. Wochenschr. 1915, Nr. 13 und 14.)

³⁾ Vgl. auch Strümpell l. c. am Schluß (S. 205): „Daß auch die psychogen bedingten Krankheiten überall auch im einzelnen dieselben Krankheitszüge darbieten, daß z. B. die hysterischen Anfälle in Paris, Leipzig und Wien, in Asien und in Amerika einander durchaus ähnlich sind und in denselben Innervationsformen ablaufen und daß sich dieselbe Erfahrung auch bei allen anderen hysterischen Symptomen (Astasie, Abasie, Hemianästhesie, Singultus und Ructusformen usw.) aufs deutlichste zeigt, ist eine Tatsache, die zum Nachdenken Anlaß gibt. Sie weist darauf hin, daß auch das psychische Geschehen, die Zustände des Bewußtseins und deren Einwirkungen auf die Körperlichkeit nach festen, in unserer Gesamtorganisation liegenden und durch sie bedingten Gesetzen geregelt sind.“

Unter der vielgestaltigen Masse der Kriegsneurosen heben sich einzelne Formen als Typen heraus. Nonne hat sie Ihnen zum Teil schon in ähnlicher Weise vor Augen geführt, wie sie mir selbst erscheinen. Ich beschränke mich also auf das Wesentliche:

1. Die Länge und Schwere des Krieges, die enormen körperlichen und seelischen Strapazen, die er mit sich bringt, führen häufig zur Ermüdung und Erschöpfung; ihre leichteren Grade werden wir bei wenigen ganz vermissen, die sehr lange draußen waren; ihre höheren Grade sind — dank der wunderbaren Elastizität der menschlichen Natur — selten¹⁾. Das klinische Bild, die Neurasthenie, trägt die wohlbekannten Züge der reizbaren Schwäche. Die körperliche Symptomatologie wurde oft und eingehend erläutert und in ihrer Verbindung mit den Erschöpfungszeichen in anderen Organsystemen des Körpers namentlich von Brugsch²⁾ geschildert. Die Insuffizienz des Herzens, die Änderungen des Blutdruckes, die Abmagerung und die damit verbundene Verarmung des Körpers an Reservestoffen, die leichte Temperatursteigerung, die Störungen der inneren Sekretion³⁾ werden in engen Zusammenhang mit der Erschöpfung des Nervensystems im neurasthenischen Gesamtbild gebracht. Ursächlich werden dabei von den einen mehr die seelischen Überanstrengungen, die gesteigerte Verantwortung des Vorgesetzten, die andauernde Spannung und ihre Steigerung in akuten seelischen Erschütterungen, das passive Aushalten im monatelangen Stellungskampf, Zangers „andauernde Zwangssituationen ohne Betätigung“, Ärger und Enttäuschungen⁴⁾ („die E.-Kreuzschmerzen“), familiäre und geschäftliche Sorgen, von den anderen mehr die körperliche Erschöpfung, die Unregelmäßigkeiten der Ernährung und die Unzulänglichkeit des Schlafes, Hitze⁵⁾ und Kälte, alkoholische und Rauchexzesse, durchgemachte Erkrankungen (Typhus, Ruhr, andere Darmkatarrhe, Tuberkulose) hervorgehoben. Die seelischen Symptome, deren Kern die subjektive und objektive Abnahme der Leistungsfähigkeit mit ihrer Rückwirkung auf Stimmung, Krankheitsbewußtsein und Willenskraft, auf Haltung und Selbstbeherrschung ist, verbinden sich mit Hyperästhesie einzelner Sinnesgebiete, mit körperlicher Allgemeinschädigung oder mit Krankheitszeichen einzelner Organsysteme, des Herzens und des Blutgefäßappa-

¹⁾ Gleicher Ansicht auch Bonhöffer und andere.

²⁾ Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1915, Nr. 20.

³⁾ Kohnstamm, Therap. d. Gegenw. (Sept. 1915.)

⁴⁾ Vgl. Weber, Ärztl. Sachv.-Zeitung 1915, Nr. 16.

⁵⁾ Das dunkle Kapitel des Hitzschlages habe ich hier außer Betracht gelassen, weil ich darüber nichts Sichereres zu sagen vermag. Was man darüber liest, gehört meist ins Gebiet der hysterischen Reaktionen (Bittorf u. a.), aber es kann kein Zweifel sein, daß der wirkliche Hitzschlag mit den hysterischen Zuständen an sich unmittelbar nichts zu tun hat.

rates, des Verdauungs-, Harn- und Geschlechtssystems, der Nebennieren und anderer innerer Drüsen (Schilddrüse), des Muskel und Reflexapparates. Ob der Aufbrauch der neurasthenischen Erschöpfung bis zur Degeneration des peripheren Nerven [Mann, Nonne¹⁾] gehen kann, erscheint mir zunächst noch fraglich²⁾, wenn ich auch zugebe, daß wir jetzt häufiger als sonst Neuritiden unklarer Herkunft bei körperlich geschwächten Kriegern erleben. Das Wesen der physiologischen Vorgänge, die der Neurasthenie zugrunde liegen, ist noch unbekannt, ebenso ihre Beziehungen zur inneren Sekretion. Je nach der nosologischen Bewertung der an den einzelnen Organsystemen festgestellten Abweichungen im Bild der polymorphen Neurasthenie, ein wenig auch je nach der Geschmacksrichtung des einzelnen Arztes kommt es dann zu den Sonderbezeichnungen der *Neurasthenia cordis*, *Herzneurose*, *Magenneurose*, *Neurasthenia sexualis*, wobei ich allerdings der Meinung bin, daß die starke Lokalisation der Klagen und Schwächen in einem einzelnen Organsystem (*Herzneurose*, sexuelle *Neurasthenie*) meist auf eine konstitutionelle Grundlage hinweise. Immer ist der Neurasthenie als wesentlich zu eigen, daß es sich um tatsächliche Erschöpfung durch übermäßige Anforderungen handelt. Manchmal mag auch frühzeitige Arteriosklerose³⁾, manchmal auch chronischer Alkoholismus⁴⁾ das Bild im einzelnen färben.

Dieser Erschöpfungsätiologie entspricht nun auch die Prognose des Leidens: nach Wegfall der erschöpfenden Faktoren tritt im rüstigen Alter des Soldaten Heilung ein, nicht momentan, nicht akut suggestiv, sondern entsprechend den allgemeinen Erfahrungen über den zeitlichen Ablauf der Erholungsvorgänge in Wochen und Monaten. Eine Wunderheilung durch Hypnose gibt es bei der echten Neurasthenie nicht. Entlastung und Ruhe, regelmäßige Ernährung und ausreichender Schlaf beseitigen die nervöse Erschöpfung des vorher gesunden Mannes⁵⁾. Das Maß der zum Zusammenbruch führenden Schädlichkeiten ist natürlich verschieden groß je nach der körper-

¹⁾ L. Mann (Breslau), *Neurol. Zentralbl.* 1915, Nr. 5 und M. Nonne, *Deutsche Zeitschr. f. Nervenkrankh.* 1915, **53**, Heft 6.

²⁾ Auch Brugsch verhält sich ablehnend, betont aber die größere Empfänglichkeit des erschöpften Körpers für Infektionen; dies ist zweifellos richtig.

³⁾ Roos, *Med. Klin.* 1916, Nr. 27.

⁴⁾ Eine offene Aussprache hierüber bleibt der Zeit nach dem Kriege vorbehalten. Es darf aber wohl gesagt werden, daß der Schaden des Alkoholgenusses seinen gelegentlichen Nutzen weit überwiegt. Alkoholmißbrauch macht den Soldaten nicht bloß krank und schwach, sondern häufig auch feig.

⁵⁾ Kohnstamm befürwortet gemäß seinen pathogenetischen Anschauungen die Förderung der inneren Sekretion (*Antithyreoidin*, *Hypophysin*, *Suprarenin*). Brugsch empfiehlt das *Natr. cacodyl.* 0,03—0,05 subcutan alle 2—3 Tage.

lichen und seelischen Struktur des Erkrankenden; insoweit spielt auch hier die persönliche Anlage eine gewisse Rolle. Ermüdbarkeit und Erholungsfähigkeit sind individuell sehr variable Größen. Der Hüne an Kraft und Gesundheit erkrankt natürlich später und weniger leicht als der zarte, schwächlich gebaute, von Haus aus ermüdbare Mann: auch ist der 20- und 25 jährige offenbar elastischer als der 40- und 45 jährige. Im übrigen aber tritt die psychophysische Struktur des Erkrankten hinter der Menge und Art der erschöpfenden Schädlichkeiten zurück. Dies alles ist wohl ziemlich unbestritten; die Verschiedenheit der Meinungen beginnt aber, wenn es sich um die Frage handelt, ob eine akute einmalige Einwirkung, ein körperliches oder seelisches Trauma eine echte Erschöpfungsneurasthenie zu erzeugen vermag. Gibt es eine akut-traumatische Neurasthenie im Felde? Macht der Schreck, die Angst, die mechanische oder psychische Erschütterung den bisher Gesunden neurasthenisch, gibt es z. B. eine Granatexplosionsneurasthenie? Wer auch jede offensichtlich psychogene Reaktion eines Psychopathen neurasthenisch nennt, der ist natürlich aller Schwierigkeiten überhoben. Ernster sind die Gründe, die von der klinischen Bewertung der einzelnen Symptome herrühren. Ich erinnere an Oppenheims¹⁾ Trennung „neurasthenischer“ und „psychogener“ bzw. „hysterischer“ Symptome. Zweifellos sehen wir nach akutem Affektshock Krankheitsbilder auftreten und sich manchmal im Laufe von Wochen und Monaten noch weiter ausgestalten, in denen sich die von Oppenheim „neurasthenisch“ genannten Symptome finden, so Kopfschmerz und Schwindel, Reizbarkeit, Schlafstörung, dauernde Tachykardie und andere kardiovaskuläre Störungen, Hyperidrosis, Hyperthermie (?), Steigerung der Sehnenreflexe, weinerliche und weichmütige, depressive Stimmung. Ich bin nun aber mit Bonhöffer, Nägeli, Redlich und Lewandowsky nicht der Meinung, daß wir die Oppenheimsche Unterscheidung spezifischer neurasthenischer Symptome anzuerkennen haben. Ob ein Tremor, eine Tachykardie, eine Reflexsteigerung, ein Kopfschmerz neurasthenisch, endogen psychopathisch oder hysterisch ist, kann nicht durch die klinische Erscheinungsform des Symptoms bestimmt, sondern muß aus dem Gesamttatbestand erschlossen werden. Sicherlich kommt z. B. die nichtparoxysmale Tachykardie auch als Symptom der Hysterie vor, und das gleiche gilt von den vasomotorischen und sekretorischen Symptomen und von den verschiedenen Formen der Schlaflosigkeit. Von der diagnostischen und prognostischen Überschätzung des neurologischen Einzelsymptoms sind wir Gott sei Dank bei den Neurosen allmählich

¹⁾ Ausführlich in: „Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen.“ Berlin, S. Karger, 1916.

immer mehr losgekommen¹⁾. Wir wissen als unbestreitbare Tatsache, daß klinische Symptome und sogar manche Symptomgruppen, die eine ganz verschiedene pathogenetische und damit auch klinische Bedeutung haben können, in klinisch gleicher Weise bei der endogenen Nervosität und Psychopathie, der akuten Schreckneurose und anderen Formen hysterischer Reaktion, ja sogar bei organischen Schwächezuständen nach Hirnerschütterung und Hirnquetschung vorkommen können²⁾. Darin liegt ja ein Teil des Elendes unserer Gutachtertätigkeit auf dem Gebiet der Neurosen begründet, daß Symptombilder, die klinisch, prognostisch und versicherungsrechtlich ganz verschiedene Bedeutung haben, im augenblicklichen Querschnittsbild gleich aussehen können. Trotz aller Bestrebungen der modernen Experimentalpsychologie, trotz aller vertieften und verfeinerten neurologischen und psychiatrischen Untersuchungstechnik bleibt eben immer noch ein nicht unerheblicher Rest, bei dem wir nicht durch die noch so exakte neurologisch-psychiatrische Untersuchung des momentanen Zustandes, sondern nur durch ihre Verbindung mit einer sorgfältigen Anamnese, mit einer mühevollen Erforschung der Pathogenese des vorgefundenen Zustandes zum diagnostischen Ziele kommen. Das ist, wie ich glaube, ein absolut feststehendes Ergebnis der Arbeit der letzten 25 Jahre.

So möchte ich also glauben, daß ein einmaliges Trauma zwar die Symptome endogener Nervosität und Psychopathie stärker und deutlicher hervortreten und akute psychogene Zustände hervorrufen kann, daß es aber beim bisher ganz gesunden Menschen keine Erschöpfungsneurasthenie erzeugt³⁾. Natürlich kann das Trauma aber beim bereits Erschöpften die Erscheinungen deutlicher machen und den Zusammenbruch der mühsam bisher aufrechterhaltenen Leistungsfähigkeit offenkundig werden lassen.

¹⁾ Ähnlich auch Strümpell bei der Erörterung der verschiedenen Tremorformen (l. c., S. 194).

²⁾ Gleicher Ansicht auch Cassirer, der die enge Verbindung organischer und hysterischer Symptome betont (psychischer Shock und allgemeine mechanische Erschütterung können sicher organische Symptome — z. B. Fehlen der Sehnenreflexe — und sicher hysterische Symptome nebeneinander und durcheinander hervorrufen) und das Versagen unserer diagnostischen Technik gegenüber dem Nachweis körperlicher Symptome infolge materieller Veränderungen hervorhebt. Auch darin stimme ich Cassirer bei, daß die hypochondrischen Vorstellungen neben Angst und Wunsch eine heilungsverzögernde Bedeutung besitzen; nur darf dabei nicht außer acht gelassen werden, daß sie fast immer auf konstitutionell-psychopathischem Boden wachsen, daß es sich also dann eben um psychopathische Reaktionen, nicht um rein exogene Störungen handelt.

³⁾ Anderer Ansicht Brugsch (l. c.), der ein akutes Sinken des Nerventonus, ein akutes Bild der Erschöpfung nach starken sensiblen Reizen, z. B. nach Granatexplosion schildert. Über das Unzulässige dieser Auffassung vgl. die guten Ausführungen bei Hildebrandt (Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 19).

2. Sehr viel häufiger und praktisch weit bedeutungsvoller ist die Gruppe der nervösen und psychopathischen Personen, die unter den Anforderungen des militärischen Dienstes und namentlich des Krieges versagen und in krankhafte Zustände verfallen¹⁾. Die Symptome bestehen dabei meist in einer Verbindung psychopathischer, oft hysterischer Züge mit Zeichen der Erschöpfung. Angeborene Reaktionsweisen treten stärker hervor, die paranoide, explosive, epileptoide, hypochondrisch-depressive Anlage erzeugt akut psychotische, aber heilbare Zustandsbilder. Die Neigung zur Bewußtseinsspaltung ist groß, der Affekt wirkt dissoziierend. Wir kommen damit zum vielleicht wichtigsten Streitpunkt in der Lehre von den Kriegsneurosen: zur Frage nach der Bedeutung der krankhaften Anlage. Ist es auch für den psychiatrisch geschulten Arzt, dem bei der Analyse krankhafter Seelenzustände Erfahrung und Begabung zur Seite stehen, gar kein Zweifel, daß weit aus die meisten im Kriege erkrankten Neurotiker labile und gemütsweiche, oft von Natur ängstliche Psychopathen²⁾ mit pathologischen Reaktionen auf akute und chronische Gemütsbewegungen sind, so taucht doch immer wieder mit aller Bestimmtheit und nach scheinbar sorgfältiger Prüfung der Fälle der Hinweis auf, daß im heutigen Krieg mit allen seinen Schrecken und Greueln, mit seinen unerhörten körperlichen und seelischen Strapazen die angeborene Anlage weit hinter die Kriegsschädlichkeiten an Bedeutung zurücktrete, daß also viele im Artilleriefire, namentlich nach Granatexplosion und Minenverschüttung erkranken, die früher ganz gesund, in keiner Weise nervös oder psychopathisch belastet waren. Zweifellos haben wir alle im Laufe unserer ärztlichen Tätigkeit während dieses Krieges viele Soldaten kennen gelernt, die uns selbst angaben, daß sie früher immer gesund waren und durch den Krieg krank geworden seien. Mag dabei von den Erkrankten und ihren Angehörigen auch manchmal bewußt die Unwahrheit gesagt werden [— es haben sich mir namentlich manche Verschüttungen und Granatkontusionen beim genaueren Nachforschen als unwahre Angaben erwiesen³⁾ —], häufiger besteht doch wohl beim Kranken subjektiv die ehrliche Überzeugung, daß er früher gesund war und erst durch den Krieg krank wurde. Es liegt auf der Hand, daß Erblichkeitsfeststellungen, die ja so oft in dilettantischer, fast naiver Weise vorgenommen werden, jetzt im Krieg, wo wir Männer aus allen Teilen Deutschlands

¹⁾ Gleicher Meinung Sängler (Hamburger ärztl. Verein 26. I. 1915) und die meisten Psychiater.

²⁾ Genaueres siehe Laudenheim er, Archiv f. Psych. 56, Heft 1.

³⁾ Gleiche Erfahrungen machte Jellinek, Wiener klin. Wochenschr. 1916, S. 189, und Cimbal sagt geradezu, Granaterschütterungen seien „gewöhnlich unbewiesen“.

aufnehmen, kein zulängliches Ergebnis haben können¹⁾. Wem es genügt, festgestellt zu haben, daß weder Eltern noch Geschwister des Erkrankten in einer Irrenanstalt oder einer Nervenklinik waren, der muß natürlich zu wertlosen Ergebnissen gelangen. Auch ist ja bekannt, daß für den ungebildeten Laien der Begriff „früher krank“ sich mit dem Begriff „früher nicht arbeitsfähig“ assoziiert, eine Ideenverbindung, die natürlich für die meisten Formen leichterer psychopathischer Konstitution nicht zutrifft. Wertvoller ist schon der Einblick in den ganzen bisherigen Lebensgang an der Hand zweifelsfreier Tatsachen; aber vor allem kommt es auf die sorgfältige Analyse der ganzen Persönlichkeit an²⁾, wenn die Frage entschieden werden soll, ob nur die äußere Ursache, etwa die Granatkontusion den krankhaften Zustand verschuldet habe. Es ist gewiß kein Zufall, daß die Bedeutung der prä-morbiden Persönlichkeit, der konstitutionellen Eigenart in der Regel von psychiatrischer Seite viel mehr betont wird, als von Internisten und Neurologen³⁾. Erkenntnis und Verständnis psychopathischer Eigenart, klinische Differenzierung der exogen erworbenen Krankheitszüge von den endogen konstitutionellen Symptomen gehören zu den subtilsten Aufgaben des Arztes und setzen ein gründliches Studium dieses schwierigen Grenzgebietes voraus. Wird die Frage also richtig formuliert, so muß sie lauten: Gibt die seelische Struktur des im Kriege erkrankten Neurotikers die Erklärung dafür, daß eine Schädlichkeit, die gleich ihm Tausende und Hunderttausende trifft, gerade ihn krank macht, während sie die anderen verschont, oder sind es die besonderen äußeren Umstände des Einzelfalles, die daran schuld sind, daß nur ein kleiner Prozentsatz tatsächlich erkrankt. Da ist nun doch kein Zweifel, daß die meisten Neuro-

¹⁾ Vgl. Seelert, *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* **38**, Heft 6, 1915. Die Erfahrungen und Anschauungen Seelerts stimmen in allem Wesentlichen mit den meinigen überein.

²⁾ Sehr richtig sagt Strümpell in einer trefflichen Abhandlung (*Med. Klin.* 1916, Nr. 18): „Jeder einzelne Fall psychogener Erkrankung bedarf eigentlich einer besonderen Psychoanalyse.“

³⁾ Um gerecht zu sein, muß aber gesagt werden, daß es auch unter den Internisten viele gibt, die eine natürliche psychiatrische Begabung und reges Interesse für psychiatrische Probleme besitzen und sich von allen Einseitigkeiten der rein somatischen Medizin fernhalten. So habe ich z. B. noch am Tage der Erstattung dieses Referates die neue Abhandlung von Strümpell über das Wesen der Hysterie mit lebhafter Freude gelesen. Auch zeigt die neuere Entwicklung der inneren Medizin überhaupt eine wachsende Neigung, dem psychischen Anteil in Pathogenese und Symptombildung der Krankheiten genauer nachzugehen und die große Bedeutung der angeborenen psychopathischen Konstitution mehr zu betonen. Ein Beispiel dessen ist Krehls Abhandlung über die Einwirkung des Krieges auf unseren Organismus und seine Erkrankungen. (Berlin 1915.) Vgl. auch Otfried Müller, *Die Bedeutung seelischer Kultur und Gesundheit im Kriege.* Deutsche Revue, März 1915.

tiker im Krieg objektiv nicht mehr durchgemacht haben, als ihre nicht erkrankten Kameraden; sehr viele waren sogar schon bald nach der Einstellung in den Dienst, in der Ausbildungszeit, auf dem Wege zur Front, am ersten Tag im Schützengraben, am Tage vor dem angekündigten Sturm, beim Platzen einer recht weit entfernten Granate, beim Anblick toter oder schwerverletzter Kameraden angst- oder schreckneurotisch erkrankt¹⁾. Eine der schwersten Formen der spastischen Parese mit Tremor sah ich bei einem jungen Offizier, der auf einem Munitionswagen über verwundete deutsche Soldaten wegfahren mußte und das Krachen und Stöhnen hörte, worauf er bewußtlos vom Wagen fiel und das schwere Krankheitsbild darbot. Solche Fälle sind zahlreich²⁾. Mag dann auch in der Anamnese der Familie kein geistes- oder nervenkranker naher Verwandter ermittelt sein, mögen die Kranken selber versichern, daß sie bisher immer gesund waren, die Tatsache allein, daß sie unter Umständen erkrankten, unter denen ihre in objektiv gleicher Lage befindlichen Kameraden gesund blieben, beweist eben doch, daß die Bedingungen ihres Erkrankens in erster Linie in ihnen selber lagen. Ich will dabei gewiß nicht außer acht lassen, daß ein äußerer Tatbestand oft nur scheinbar für viele der gleiche ist, weil das Moment der Konstellation für den einzelnen immer noch hinzukommt³⁾. Aber dieser Umstand reicht doch nicht aus, und so kann man mit Fug und Recht sagen, daß es sich bei weitaus den meisten Kriegsneurosen um psychopathische Reaktionen auf eine relativ zu starke Belastung der seelischen Gesundheit handelt. Es ist mir persönlich wie wohl den meisten meiner psychiatrischen Kollegen gegangen: je eindringlicher wir uns mit dem Einzelfall befaßten, je vollständiger unser anamnestisches Material, je zuverlässiger und gebildeter der Kranke selbst war, um so häufiger und überzeugender gelang der Nachweis, daß eine wesentliche Bedingung des Erkrankens in der seelischen Konstitution des Mannes selbst lag. Dabei glaube ich mich gefeit gegen den uns Psychiatern oft vorgeworfenen Fehler, überall Pathologisches sehen zu müssen und die Grenzen der Psychopathie über Gebühr erweitern zu wollen. Ich gehe nicht ganz so weit wie Forster⁴⁾ oder Jendrássik⁵⁾, welch letzterer in der entstandenen Neurose den eigent-

1) Ganz ähnliche Erfahrungen machte Rohde: „Neurologische Betrachtungen eines Truppenarztes im Felde.“ Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **29**, Heft 5.

2) Vgl. auch Singer, Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 8 und Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1916.

3) Dies betont namentlich Schuster, Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12; siehe ferner Seelert, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **38**, Heft 6. 1915.

4) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **38**, 72.

5) Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12.

lichen Beweis der hysterischen Veranlagung sieht und die Neurose ein „klassisches Versuchsergebnis“ nennt, das mehr beweise, als die Anamnese beweisen könnte¹).

Nun gibt es natürlich unter der Menge der beobachteten Fälle alle Stufen vom geborenen Hysteriker und Psychopathen, der, wie ich einmal erlebte, gleich bei seiner Einstellung in die Kaserne mit Mutismus, Astasie und Abasie reagiert, bis zum rüstigen und tapferen Soldaten, den wir erst nach monatelangen Kämpfen und nach Erdulden all der furchtbaren Greuel des Krieges eines Tages neurotisch werden sehen²). Von der erworbenen Neurasthenie habe ich schon gesprochen; sie bedarf nicht der angeborenen Anlage, namentlich nicht beim verantwortungbeladenen Offizier. Weit größer ist aber die Zahl der psychogenen Erkrankungen. Männliche Hysterien von oft sehr massiver Symptomatik sehen wir ja jetzt in einer Woche oft mehr als sonst in Jahren. Die nach außen auffälligen Formen der Hysterie überwiegen: Anfälle leichter bis allerschwerster Art, bis zum stundenlangen „arc de cercle“, manchmal sogar von epileptischer Heftigkeit und Rücksichtslosigkeit des Ablaufs³), Astasie, Abasie, Haltungs- und Bewegungsanomalien des Rumpfes bis zum Gang auf allen Vieren, alle Varianten von Tic und Schütteltremor, Lähmungen und Contracturen in monoplegischer, hemiplegischer und paraplegischer Form⁴), Taubheit und Taubstummheit, Stottern und Stammeln, Aphonie und rhythmisches

¹) Bonhöffer, „Die psychogene Auslösbarkeit eines psycho-pathologischen Zustandes ist ein Kriterium der degenerativen Anlage.“ *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* 68.

²) Vgl. hierzu namentlich Wollenbergs einleuchtende Darstellung in seinem Aufsatz: *Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern*. *Münch. med. Wochenschr.* 1914, Nr. 44, S. 2181.

³) In Strümpells Abhandlung (Über Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen, *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* 55, 195 ff.) wird der Begriff Hystero-Epilepsie als praktisch nicht ganz entbehrlich bezeichnet, und Krampfstände mit weiten reaktionslosen Pupillen werden unbedingt zur Epilepsie gerechnet, auch „wenn sie sonst äußerlich den hysterischen Anfällen entsprechen oder mit sonstigen sicheren hysterischen Symptomen verbunden sind“ — Strümpell denkt geradezu an „hysterische Äquivalente der Epilepsie“. Diesen Standpunkte lehne ich nicht. Hystero-Epilepsie lehne ich ab; aber Epileptiker können ebenso wie Paralytiker oder Hebephrene hysterische Symptome aufweisen.

⁴) Über die Crampusneurose habe ich noch kein Urteil; ich habe wenig Derartiges gesehen. Es wird anscheinend Verschiedenes dahin gerechnet: Wadenkrämpfe peripherer (neuritischer) Herkunft, algogene Zuckungen nach Verletzungen und Narbenbildungen, aber auch psychogen bedingte Krämpfe, die der pseudospastischen Parese, der „Myotonoclonia“ nahestehen und wohl als hysterisch aufzufassen sind. Strümpell sagt, daß in den typischen Fällen psychische Momente keine wesentliche Rolle spielen. Er trennt die Crampusneurose vom „pseudospastischen Tremor“ ab.

Bellen, Blindheit mit und ohne Blepharospasmus, Sensibilitätsstörungen aller Art, dann vor allem Dämmerzustände und Delirien in nie gesehener Zahl und Kombination mit körperlichen Reiz- und Ausfallserscheinungen. Die Literatur ist ja bereits überreich an Mitteilungen aller Art; Seige¹⁾ sah z. B. einmal nach einer Schlacht 16 Fälle psychogener Taubstummheit, die alle heilten. Ich hatte einmal über ein halb Dutzend Soldaten gleichzeitig in der Klinik, deren Oberkörper sich gegen die Beine in Contracturstellung rechtwinklig abbog, so daß ihre herabfallenden Hände beim Gehen den Boden berührten²⁾. Die pseudospastische Parese mit Tremor, die wir jetzt „Myotonoclonia trepidans“ nennen sollen, (ein gutes Wort zur Prüfung der paralytischen Sprachstörung!) findet man bei seinen Inspektionsreisen fast in jedem Lazarett; Gangstörungen, die man gar nicht beschreiben, sondern eigentlich nur kinematographisch demonstrieren kann, begegnen uns auf Straßen und Bahnhöfen, wie ich es kürzlich auf der Rückreise aus Dresden 2 mal erlebte, die Kranken meist von einer Schar mitleidsvoller Frauen und Kinder umringt. Agrammatismus und Puerilismus, apathischer Stupor mit und ohne Negativismus, angstvolles Delir und heitere pseudomanische Erregung, wilde Tobsucht und traumhafte Versunkenheit, alternierendes Bewußtsein verbunden mit alternierender Taubheit, impulsive, manchmal sinnlose Affekthandlungen, eine große und bunte Menge psychogener Bewußtseinsstörungen tritt uns vor Augen, deren Pathogenese sich manchmal infolge amnestischer Störungen der Aufklärung entzieht, in anderen Fällen aber sowohl durch den Inhalt der Psychose (Situationsdelirien, Wiederholung von Kampferlebnissen) als auch durch die Entstehungsgeschichte klargestellt werden kann³⁾. Die genauere Schilderung dieser psychotischen Bilder fällt außerhalb des Rahmens meines heutigen Referates. Auf körperlichem Gebiet ist die starke Ausprägung der kardiovaskulären Symptome, die Vollständigkeit mancher schlaffen Lähmungen mit Herabsetzung oder gar Aufhebung einzelner Reflexe, mit deutlicher Atrophie von Muskel und Knochen aufgefallen und hat zur Abtrennung besonderer Formen und Aufstellung neuer Namen (Akinesia amnestica, Reflexlähmung usw.) und neuer Formen einer besonderen „traumatischen Neurose⁴⁾“ Anlaß gegeben. In

¹⁾ Seige, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **39**, 377. Juni 1916.

²⁾ Etwas Ähnliches sah Wagner v. Jauregg, dabei bestand gleichzeitig saltatorischer Reflexkrampf.

³⁾ Cimal sprich von einer „Gefechtspsychose des Stellungkampfes“ mit eigenartigen Sinnestäuschungen (Ärztl. Verein Hamburg 23. II. 1915). Ich habe Ähnliches vereinzelt auch geschildert bekommen.

⁴⁾ H. Oppenheim, Die Neurosen infolge von Verletzungen. Berlin 1916 und zahlreiche Abhandlungen des gleichen Verfassers im Neurol. Centralbl. 1915 und 1916, der Berliner klin. Wochenschr. 1914 und 1915; Therap. d. Gegenw. 1915.

der nosologischen Bewertung dieser Bilder trete ich Nonne¹⁾ bei und sehe keinen zwingenden Grund ein, ihre psychogene Entstehung abzulehnen, obwohl ich gerne zugebe, daß auch mich manche Beobachtungen, so namentlich die Vollständigkeit der Lähmung in Fällen schlaffer Monoplegie nach Gewehrscuß anfangs überraschten. Man war wohl manchmal versucht, zunächst an eine *Commotio* des peripheren Nerven²⁾ zu denken, dessen einer Teil unmittelbar traumatisch geschädigt war. Aber gerade bei Fällen, die unter Oppenheims Reflexlähmung fallen, sah ich doch wiederholt ein Verhalten, das die hysterische Grundlage sicher erwies, vereinzelt auch zweifellos starke Übertreibung³⁾, wenn nicht gar echte Simulation. Es ist z. B. sonderbar, daß von Soldaten mit sog. Reflexlähmung einige eine verdächtige Abschließung des linken Zeigefingerendgliedes aufwiesen. In der Frage, ob bei diesen Formen jede Spur von Innervation fehle, teile ich Lewandowskys⁴⁾ verneinenden Standpunkt und füge bei, daß ich doch einige Male unwillkürliche Muskelkontraktionen beobachten konnte. Am schlagendsten erscheint mir Schultzes⁵⁾ Einwand gegen die Reflexlähmung nach Gliedverletzung: die Seltenheit solcher Lähmungen ist bei der Annahme ihres reflektorischen Zustandekommens ganz unerklärlich, da doch sonst gerade reflektorische Vorgänge sich durch Regelmäßigkeit auszeichnen. Dazu kommen als weitere Gegenbeweise das allgemeine Verhalten solcher Kranken und ihre prompte Heilung in einer Sitzung

1) Neurol. Centralbl. 1915, S. 453—57, 408; Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **53**; Med. Klin. 1915, Nr. 31 und 34, 51 und 52. Gleicher Ansicht sind die meisten Psychiater und sehr viele Neurologen.

2) Oppenheim hat jedoch nicht eine *Commotio* des peripheren Nerven im Auge; dies geht z. B. aus seiner Demonstration eines Falles hervor, bei dem nach Humerusfraktur erst später sich allmählich eine zunehmende Bewegungslosigkeit des ganzen linken Armes, namentlich der Oberarmmuskulatur einstellte (Neurol. Centralbl. 1915, S. 51). Nonnes Auffassung, daß eine anfängliche leichte, nicht zu degenerativer Atrophie führende Lähmung infolge Erschütterung des peripheren Nerven sich dann hysterisch fixiere, ist beachtenswert, wenn auch bisher nicht bewiesen und wohl auch kaum beweisbar. Sie kann auch nur für solche Fälle in Betracht kommen, in denen die Lähmung im Augenblick der Gewalteinwirkung entsteht. Denn daran muß unbedingt festgehalten werden, daß alle Wirkungen der *Commotio* sofort einsetzen und regressiv verlaufen.

3) Fall XXXIV des Oppenheimschen Buches (*Akinesia amnestica*) ist zur Zeit in meiner Klinik. Es handelt sich um einen Schwindler, der seit 1½ Jahren viele Lazarette an der Nase herumführte, seit er von Oppenheim „felddienstfähig“ entlassen wurde. Ob neben bewußter Lüge und raffinierter Täuschung auch etwas Hysterisches mit im Spiel ist, vermag ich — wie so oft — nicht sicher zu entscheiden.

4) Besprechung des Oppenheimschen Buches in Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **12**, 434; ferner Diskussion zum Vortrag von Cassirer ref. ebenda **12**, 426; ferner Neurol. Centralbl. 1915, Januar.

5) Neurol. Centralbl. 1916, S. 610.

auf hypnotischem oder anderem suggestiven Wege, wie sie Nonne, Kaufmann, Rothmann u. a. erlebt haben, kurz all die Gründe, die Nonne schon dargelegt hat. Oppenheims¹⁾ Lehre, die echten hysterischen Lähmungen seien nur Partiallähmungen für bestimmte willkürliche Bewegungsformen, ist dogmatisch und widerspricht der Erfahrung, daß bei der Hysterie alle Grade der Lähmung von der leichten, eben noch dynamometrisch nachweisbaren Schwäche bis zur absoluten Akinesie vorkommen²⁾. Gegen den Ausdruck „Akinesia amnestica“ wäre, wenn man darunter nur eine symptomatische Bezeichnung für eine bestimmte Gruppe psychogener Lähmungen verstehen würde, nicht viel einzuwenden; ich würde aber dazu in erster Linie solche psychogene Bilder rechnen, die Oppenheim nicht dazu rechnet, wie etwa den Mutismus³⁾, das sich oft aus ihm entwickelnde Stottern und die Aphonie. Die theoretischen Anschauungen über lokale materielle, aber nicht-organische Hirnveränderungen, die solchen Formen zugrunde liegen sollen, erscheinen als unbeweisbare Hypothesen, die durch den Vergleich mit dem Magneten nicht klarer und wahrscheinlicher werden und bei deren Aufstellung Oppenheim einen Gegensatz gegen die psychogenen Störungen konstruiert, der objektiv doch wohl nicht besteht⁴⁾.

¹⁾ L. Mann (Breslau) stimmt Oppenheim in den meisten Punkten seiner Lehre zu (Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 37), während im übrigen die meisten Fachgenossen auf anderem Standpunkt stehen.

²⁾ Oppenheim gibt im übrigen zu, daß auch bei der Hysterie Vorgänge, die „der Akinesia amnestica nahe stehen“, eine Rolle spielen können. Darf man fragen, wie nahe sie ihr stehen? Wenn der Zwischenraum zwischen ihnen sich bis zur Unsichtbarkeit verkleinert haben wird, dann werden wir einig sein. Hoffentlich dauert es nicht mehr lange, damit wir bei der Lösung der praktischen Aufgaben recht einheitlich arbeiten können. Prüft Oppenheim unsere Anschauungen über psychogene und hysterische Krankheitsvorgänge mit sachlicher Ruhe, rennt er nicht offene Türen ein, indem er uns Anschauungen unterschiebt, die wir nicht haben, so wird er finden, daß die Kluft der Meinungen nicht unüberbrückbar ist. Warum sollten wir z. B. nicht mit ihm von „Innervationsentgleisung“ sprechen, wenn wir der Tatsache einen Namen geben wollen, daß ein Kranker beim Versuch einer Bewegung falsche Bewegungsimpulse gibt. Er kann ja selbst glauben, er wolle es richtig machen; er macht es aber falsch, weil seelische Vorgänge ihm den Weg zur richtigen Bewegung versperren. Gibt man nur zu, daß seelische Vorgänge im Körper wirken, auch wenn sie nicht im Blickfeld des Bewußtseins liegen, so verschwinden die meisten der vermeintlichen Schwierigkeiten. Nur muß man die Aufklärung nicht allein beim körperlichen Symptom suchen. Vgl. übrigens auch L. Manns interessante Beobachtung: ein Mann mit vollständiger Akinesia amnestica benützte im Ätherrausch diesen Arm mit großer Kraft, um sich die Maske abzuziehen.

³⁾ Gleicher Ansicht ist Singer l. c.

⁴⁾ Wenn wir in Oppenheims Buch (Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen) S. 266 lesen, daß bei der Akinesia amnestica eine Brüskierung des Kranken die Lähmung heilen könne, weil es sich nicht um unveränderliche Gewebsveränderungen, sondern um zur Norm zurückführbare Leitungshindernisse und

Auch bei den psychogenen Veränderungen unseres Körpers spielen sich natürlich materielle Vorgänge im Zentralnervensystem ab; aber die Art und Weise, wie das unräumliche seelische Geschehen mit dem räumlichen leiblichen Geschehen in Beziehung tritt, bleibt das unerkannte und unerkennbare Gebiet¹⁾, über das jede Hypothesenbildung nur insoweit einen Zweck hat, als sie heuristischen Wert besitzt. In einem Zeitpunkt erkenntnistheoretischer Entwicklung, in dem unsere Philosophen eben wieder anfangen, die parallelistische Theorie als unmöglich aufzugeben und sich wieder mit der Wechselwirkungslehre zu befreunden, tun wir Mediziner besser daran, uns streng innerhalb unserer Grenzen zu halten und uns auch nicht einzubilden, daß wir auf diesen Gebieten weiterkommen, wenn wir, um mit Möbius zu reden, die klare Sprache der Psychologie in das hilflose Stammeln der Physiologie übertragen. Viel lieber doch das Postulat der Wirkungen des Unbewußten auf Bewußtsein und Körperlichkeit als eine physiologische Theorie, die mit Worten aus der anatomisch-physiologischen Wissenschaft die Tatsache verschleiern will, daß der Weg vom Seelischen zum Körperlichen und umgekehrt uns gänzlich unbekannt ist.

Doch lassen wir diese theoretischen Betrachtungen! Oppenheims Lehre steht noch in einem anderen Punkte mit meinen Erfahrungen in einem völligen Widerspruch. Es kann meines Erachtens gar kein Zweifel darüber sein, daß wir die psychogenen Erkrankungen, die er als traumatische Neurosen von der Hysterie abtrennt, mit Vorliebe bei Unverwundeten, manchmal bei Leichtverwundeten, dagegen sehr selten bei Schwerverwundeten antreffen. Ich kann es gar nicht begreifen, daß Oppenheim diese Tatsache, die Seelert²⁾, Singer³⁾

Sperrungen handle, so könnte man daraus schließen, daß der Unterschied der Meinungen tatsächlich doch nicht so beträchtlich und vor allem praktisch wenig belangreich sei. Aber die Grundanschauungen sind doch ganz verschiedene und das muß auch immer wieder bei der praktischen Beurteilung und Behandlung der ganzen Neurosenfrage störend zutage treten. Dies geht am besten aus Oppenheims Erschütterungstheorie hervor, die ihn in der falschen Verteilung der motorischen Impulse die Folge einer mechanisch bedingten Betriebsstörung erblicken läßt. Es ist ganz selbstverständlich, daß ein Arzt mit solcher Anschauung bei seinen Suggestivmaßnahmen nicht viel Erfolg haben wird. Denn zu diesem Erfolg gehört ja doch vor allem der eigene feste Glaube an die Macht der Psyche über die Bewegungen des Körpers des Kranken. Nur der überzeugte Therapeut wirkt suggestiv und es beweist deshalb nichts, wenn Oppenheim mit der Hypnose weniger erreicht als Nonne.

¹⁾ Dies gibt auch L. Mann (Breslau) l. c. zu, der im übrigen ein Anhänger der Oppenheimschen Lehre ist.

²⁾ l. c.

³⁾ Singer (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung **13**, 1. 8. 1916) sagt: „Kein Schwerverletzter hatte eine traumatische Neurose. Schwere Verletzungen schützen geradezu vor überwertigen nervösen Beschwerden.“ Gleicher Meinung auch Nonne (Hamburger ärztl. Verein 23. II. 1915).

und Lewandowsky eindringlich hervorheben, leugnen will. Nur ein ganz kleiner Prozentsatz unserer Neurotiker war verwundet; die furchtbaren Verletzungen, die uns ein Durchgang durch die chirurgischen Abteilungen unserer Lazarette oder durch die Säle unserer Hirn- und Rückenmarksverletzten zeigt, sind fast niemals von Neurosen begleitet¹⁾. Der Unterschied ist so auffällig, daß er selbst Laien, die unsere Klinik betreten, in die Augen springt. Wenn also Oppenheim sagte, daß es sich fast durchweg um schwere Verletzungen und Erschütterungen handle und daß nur wenige Fälle organischen Leidens funktionelle Symptome vermissen lassen, so stehe ich hier vor einem Rätsel. Gewiß ist nicht zu bestreiten, daß nach Verletzungen der Extremitäten schmerzhaft periphere Lähmungen manchmal psychogen überlagert werden, daß bei der Rückbildung von Gliedversteifungen und Gelenkerkrankungen, bei der Ausheilung von Haut- und Muskelnarben Gewohnheitsparesen²⁾ beobachtet werden, daß also anfänglich organische Verletzungen und Erkrankungen nach ihrer Rückbildung oft psychogene Symptome übriglassen, aber von irgendeinem Parallelismus zwischen der Schwere einer organischen Gliedschädigung und der Stärke der ihr folgenden funktionellen Störung kann gar keine Rede sein. Die Beweisführung mit den exzentrischen Empfindungen im amputierten Gliede dürfte kaum auf Annahme rechnen können. Lewandowskys ironischer Einwand, daß, wenn Oppenheim recht

1) In seinem Buche über die Kriegsneurosen sagt Oppenheim: „Es ist der mächtige sensible Reiz, der bei der Verletzung als Erschütterungswelle in das zentrale Nervensystem dringt und hier die feineren (molekularen?) Veränderungen hervorruft, die ihren Ausdruck in den geschilderten Allgemeinerscheinungen finden.“ Hierzu eine kleine Erfahrung aus den letzten Wochen: Ein Soldat erkrankt nach Oberschenkelschuß an sehr schmerzhafter Ischias bei Lähmung der vom Ichiadicus versorgten Unterschenkel- und Fußmuskulatur. Operation (Neurolyse mit Fetteinhüllung) hilft nichts. Allmählich im Laufe von Monaten immer schrecklichere Schmerzausbrüche, Patient liegt schließlich fast unbeweglich im Bett, schreit, wenn man sein Bein berührt, ihn anders legen will. Diagnose im Lazarett: schwere Neurose bei Ischias. Verlegung in meine Klinik. Bild der Neuritis ischiadica gravis. Operation. Resektion des durch Bindegewebe sehr gedrückten und teilweise zeretzten Nerven. Schmerzfrei. Psychisch ganz normal, nichts von Neurose. Das Übermaß der Schmerzen hatte den geplagten Kranken ganz zu Unrecht als neurotisch erscheinen lassen. Er war sofort heiter und frisch.

2) Über das Wesen solcher „Gewohnheitslähmungen“ sind die Auffassungen sehr geteilt und keineswegs immer klar. Die Annahme, daß in ihnen keine psychogene Komponente stecke, trifft nicht zu. Es gibt eine Vernachlässigung der Selbstkontrolle der Körpermotilität, die dem Fortbestehen der Gewohnheitsparesen nach Wegfall ihrer ursprünglichen organischen Grundlage Vorschub leistet. Auch spielt natürlich der Wille zur Genesung eine große Rolle. Es geht also nicht an, wie dies jüngst in einer Berliner Versammlung geschah, einen grundsätzlichen Unterschied zwischen Gewohnheitslähmung und psychogener Lähmung (z. B. Aphonie) zu behaupten.

hätte, eine Erschütterung um so wirksamer wäre, je geringer sie sei, war wirklich nicht so ganz unberechtigt. Wenn endlich die vasomotorisch-trophischen Störungen manchmal als ein Beweis gegen die psychogene Herkunft der traumatisch-neurotischen Zustände ins Feld geführt werden, so hat Nonne diesen Einwand ja bereits behandelt. Die Erfahrungen der Hypnose sprechen gegen jene Beweisführung¹⁾. Und lesen wir z. B. bei Pöhlmann, daß ein Mann im Artilleriefeld infolge gemüthlicher Erregung binnen Stunden eine ausgedehnte Alopecie bekam, so zeigt dies ja deutlich, wie rasch und tief das Seelische auch im Kriege den Körper auf Gebieten zu verändern vermag, die dem Einfluß des Bewußtseins völlig entzogen sind.

Kehren wir nach dieser kritischen Abschweifung wieder zu den rein klinischen Fragen zurück. Im Kampfe um die psychogene Grundlage der meisten Kriegsneurosen treffen wir auf den Gegensatz von hysterischen Reaktionen und dem, was man neuerdings davon als „Schreckneurose“ abtrennen will, bei der eine mehr materielle Betrachtungsweise beliebt wird. Man spricht z. B. von einer „primären Alteration des vasomotorischen Systems“; man betont, daß die Schreckneurose im Unterschied von der Hysterie keiner psychopathischen Grundlage bedürfe. Theorien von einer primären Erschütterung des Gehirns oder gar des sympathischen Nervensystems²⁾ führen scheinbar weit ab von dem, was man unter hysterischen Reaktionen zu verstehen pflegt. Die jüngste Entwicklung des Hysteriebegriffes, die sich an die Namen Kohnstamm, Bonhöffer und Kraepelin knüpft, konnte zur Lösung der schreckneurotischen Zustände von den hysterischen führen, da bei der Schreckneurose für die Entwicklung der nach Kohnstamm

¹⁾ Mohr sagt, daß die Neurosen des Vasomotorenapparates und der visceralen Funktionen der hypnotischen Behandlung besonders zugänglich seien. Ist dies richtig, so beweist es die psychogene Herkunft vasomotorischer und sekretorischer Störungen.

²⁾ Aschenheim spricht von einer Neurose des autonom-sympathischen Nervengeflechtes bei Menschen mit nicht vollwertiger Körperbeschaffenheit. Der akute Basedow nach Schreck, den Remlinger, Horn u. a. erwähnen, die Änderungen des Blutdruckes, Auftreten von Glykosurie und Diabetes mellitus und insipidus, Haarausfall, Menstruationsstörungen werden auf Erschütterung des sympathischen Systems zurückgeführt. Vgl. Horn, l. c., der die Schreckneurose die Unfallneurose katexochen des vegetativen Nervensystems nennt, von einer Disharmonisierung des gesamten vegetativen Nervensystems als unmittelbarer Folge starker Schreckeinwirkung spricht. Man kann eine solche Auffassung gelten lassen, wenn man sich bewußt bleibt, daß es sich dabei nur um die hypothetischen Wege handelt, auf denen die seelische Erregung in die Funktionen des Körpers eingreift, und nicht auf eine primäre Molekularmechanik des Plexus sympathicus verfällt. Horn denkt — und wohl mit Recht — an die Wege Cortex cerebri—Medulla oblongata—Vagus und Sympathicus. Vgl. auch Dziembowski's Anschauungen über die Vagotonic im Kriege (Therap. d. Gegenw. 1915, Nr. 11).

und Bonhöffer notwendigen Einwirkungen geheimer Wünsche, des „Willens zur Krankheit“ häufig gar keine Zeit zu sein scheint. Ich selbst habe noch im letzten Jahr auf der Badener Versammlung in der Diskussion zu den Vorträgen von Hoche und Wollenberg auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die einer psychogenetischen Erklärung der aus der Bewußtlosigkeit des Granatshocks unmittelbar herauswachsenden schreckneurotischen Zustände und einer Einfügung dieser Zustände in das Gebiet der Hysterie entgegenstehen. Meine damaligen Zweifel sind aber inzwischen durch neue Erfahrungen und durch die lebhaften Diskussionen, die an vielen Orten stattfanden, behoben worden. Einmal hat sich mir immer deutlicher gezeigt, daß die Annahme einer plötzlichen Bewußtlosigkeit infolge Betäubung durch die überraschende Explosion eines Artilleriegeschosses nur relativ selten zutrifft. Von allen Seiten wird mir berichtet, daß das Platzen einer Granate den Mann im Schützengraben keineswegs in der Regel völlig überrascht. Meist geht dem Vorgang der Explosion eine Zeit angstvoller Spannung voraus; das Herannahen des Geschosses wird, wie mir einer meiner Assistenten schreibt, „mit dem Gehör verfolgt, ob sie vor, hinter, rechts oder links von uns einschlägt. Diese Spannung, in der man viele Sekunden lang ein herankommendes Geschöß verfolgt, ist auch das, was besonders imstande ist, die Nerven zu erschöpfen“. Es ist also nicht so, daß die Granatexplosion und die Minenverschüttung¹⁾ dem Neurotiker keine Zeit zum Entstehen seelischer Erregung gelassen hätten, ehe er bewußtlos, d. h. meist durch Angst und Schreck ohnmächtig geworden ist. Mir stehen auch von meinen eigenen Kranken Dutzende von Aussagen zu Gebote, in denen die angeblich Verschütteten oder durch eine explodierende Granate bewußtlos Hingeworfenen den ganzen Hergang beschrieben, ja noch wahrnahmen, wie ihre Kameraden getötet, zerrissen wurden, wie sie selbst noch imstande waren, sich schützend hinzuwerfen, in Deckung zu rennen, wie sie selbst noch zu flüchten vermochten²⁾. Oft trat die Bewußtlosigkeit erst nach Minuten und Stunden ein, nachdem die unmittelbare Gefahr überwunden war und ihre ganze

¹⁾ Schmidt (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 29, 514) glaubt sagen zu können, daß nach Granatexplosionen mehr körperliche hysterische Symptome auftreten, nach Minenexplosion mehr seelische Störungen. Ich fand diese Annahme bei meinem Material nicht bestätigt.

²⁾ Ein Beispiel aus den letzten Tagen: 19-jähriger Unteroffizier, vor Verdun an einem Tag durch Granaten 3 mal verschüttet; letztmals abends 10 Uhr. Hört das Herannahen der Granate, sieht sie einschlagen, zittert am ganzen Leib, nimmt wahr, wie 8 Kameraden seiner nächsten Umgebung völlig zerrissen und grauenhaft verstümmelt sind; nach etwa 5 Minuten wird er bewußtlos, wird bewußtlos zum Truppenverbandsplatz getragen, kommt dort nach einigen Stunden zu sich, zittert sofort sehr stark, namentlich rechts, hat pseudospastische Paraparese der Beine mit rechtsseitiger Hemianästhesie. Genaue Erinnerung an die Vorgänge bei der Granatexplosion und kurz nachher.

Größe dem reflektierenden Bewußtsein des zunächst ruhigen und ganz besonnenen Soldaten erst völlig klar wurde¹). Es ist also voreilig, die meist behauptete Bewußtlosigkeit von Stunden, Tagen oder gar Wochen als sicheren Beweis einer Hirnerschütterung anzusehen²). Es handelt sich in der Regel um eine psychogene Ohnmacht und nachfolgenden Stupor, um seelischen Shock, um jenes Erlöschen des Bewußtseins unter dem Einfluß seelischer Erschütterung, in dem Orłowski³) eine Schutzmaßnahme des Organismus erblickt, weil diese Ohnmacht dem Betroffenen das bewußte Erleben aller seelischen Not erspart, die aus dem hilflosen Zustand resultieren würde⁴). Natürlich dürfen diese Erfahrungen in bezug auf die Überschätzung des mechanischen Momentes nicht dazu führen, das häufige Vorkommen echter *Commotio* nun etwa zu leugnen; es ist ganz zweifellos, daß manche Soldaten, die zur Erde geschleudert, an die Wand geworfen werden, eine Schädelbasisfraktur, eine Hirn- oder Meningealblutung (Henneberg), eine Hirnquetschung erfahren. Und es ist ebenso unbestritten, daß viele Folgeerscheinungen derartiger Granatkontusionen und Minenverschüttungen organischer Natur sind, so daß wir Hemi- und Monoplegien, Augenmuskellähmungen, Trommelfellzerreißen und Labyrintherschütterungen, traumatische Psychosen mit Schlafsucht, Schwerbesinnlichkeit und reizbarer Verstimmung, den amnestischen Symptomenkomplex und andere posttraumatische Schwächezustände auftreten sehen⁵). Daß der Schädel

¹) Vgl. Weygandts Mitteilungen über das Zurücktreten der Affekte im Kugelregen der Schlacht, Angaben, die mir von manchen Kriegsteilnehmern bestätigt wurden. Siehe auch Stranskys Selbstbeobachtung (Wiener med. Wochenschrift 1915, Nr. 27).

²) Gleicher Ansicht ist auch Hauptmann: Kriegsneurosen und traumatische Neurose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **39**, Heft 1. 1916. Siehe ferner Jendrassik, Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12.

³) Referiert Neurol. Centralbl. 1916, S. 626.

⁴) L. Mann (Mannheim) sieht in der Ohnmacht eher einen schädlichen Zustand. Die Bewußtlosigkeit verhindere die Entladung des hochgradigsten Affektes, der dadurch (im Sinne der Freud'schen Lehren) eingeklemmt werde; es bleibe dann das heilsame Abreagieren aus. Mann spricht von einem Versagen der Sperrvorrichtungen, einem Durchbrennen der Sicherung. So einleuchtend manches zu sein scheint, so muß dieser Auffassung doch entgegengehalten werden, daß die klinischen Bilder der Schreckneurose in ganz gleicher Weise auch dann vorkommen, wenn keine Bewußtlosigkeit voranging. Stern macht überhaupt die Unmöglichkeit des Abreagierens beim Militär für vieles Hysterische verantwortlich.

⁵) Wenn L. Mann (Breslau) nach Besprechung der Erkrankung des inneren Ohres bei Granatexplosion sagt: „Jedenfalls mahnen solche Beobachtungen dazu, die Granatexplosionswirkungen nicht ausschließlich vom Standpunkt der ‚Wunschvorstellungen‘ zu betrachten“, so hat er natürlich recht. Es ist nur nicht klar, an wen sich seine Mahnung richtet. Denn diese Einseitigkeit ist weder mir noch Bonhöffer in den Sinn gekommen. Vgl. meine Schrift über die Granatkontusion.

dabei äußerlich ganz unverletzt sein kann, hat Schuster mit Recht betont. Die Bedeutung der Gasvergiftungen vermag ich nicht zu beurteilen, da ich derartiges nicht gesehen und auch in der Literatur nicht viel Brauchbares darüber gefunden habe. Der Einfluß der Detonation als starken akustischen Reizes ist von manchen ganz unsinnig übertrieben worden¹⁾. Weitaus die Mehrzahl der Granatexplosionsstörungen gehört ins Gebiet der psychogenen Erkrankungen²⁾. Nach zuverlässigen Mitteilungen von der Front sind starke Schreckwirkungen auf körperlichem und seelischem Gebiete nach langdauerndem Trommelfeuer sehr häufige Vorkommnisse; Redlich³⁾ spricht davon, daß ganze Kompagnien von nervösen Zuständen, Weinkrämpfen, Erbrechen usw. befallen wurden; „kaum war aber die Mannschaft abgelöst und in die Reserve versetzt, erholte sie sich und das seelische Gleichgewicht war bald wiederhergestellt“. Klingens derartige Schreckwirkungen rasch wieder ab, wenn die Gefahr vorbei ist, so werden sie gar nicht als pathologische Zustände gewertet, sondern eben als natürliche Äußerungen einer grauenhaften und in ihrer unabwendbaren Hilflosigkeit besonders qualvollen Lebenslage. Zittern, Schwäche der Beine, Heulen und Lachen in wildem Durcheinander sieht der Truppenarzt nach einem Trommelfeuer oder Sturmangriff als Affekterschöpfungssymptome häufig. Nach einer ruhigen Nacht ist das meiste vorüber⁴⁾. Es bleibt also eine Frage der Definition, ob man solche starken Affektwirkungen schon pathologisch oder noch physiologisch bewerten will, da ja schließlich unser Organismus nach seinen allgemeinen biologischen Zwecken nicht für 8tägiges Trommelfeuer oder ähnliches Höllengetriebe gebaut und eingerichtet ist⁵⁾. Von diesen sozusagen normalen Affektausdrucksformen, bei denen der Weg von der seelischen Erregung zur körperlichen Veränderung unbekannt ist, führt nun eine ununterbrochene

¹⁾ Vgl. die zutreffende Kritik von Hildebrandt, Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 19.

²⁾ Ganz gleicher Meinung sind auch Bonhöffer, Redlich, Lewandowsky und viele andere. Wollenberg stellt das „emotionelle Moment“ durchaus über das „kommotionelle“, betont aber dabei die große Häufigkeit des „kommotionellen Beiwerkes“ namentlich von seiten des Gehörorgans.

³⁾ Med. Klin. 1915, S. 469.

⁴⁾ Es ist also nach diesen Erfahrungen doch nicht so, daß, wie Meyer und Reichmann (Archiv f. Psych. 56, Heft 3) meinen, die Nachwirkung schwerer Geschosse eine so gewaltige und neuartige Beeinflussung des psychophysischen Organismus darstellen, daß sie ceteris paribus bei jedem Betroffenen zur pathogenen werden könne. Jedenfalls gilt diese Annahme nur für einen Augenblickszustand, nicht für eine länger dauernde Neurose.

⁵⁾ Einer meiner Assistenten sah nach 11tägigem Trommelfeuer einige Leute in tiefen apathischen Stupor verfallen; in Ruhestellung zurückgenommen, wurden sie rasch wieder gesund und gaben an, sie hätten „eben nimmer gekonnt“. Derartige kommt sicherlich häufig vor.

Reihe von Bildern zu ausgesprochen pathologischen Reaktionen hinüber. Das Pathologische kann in der abnorm langen Dauer der an sich zunächst normalen Schreckwirkungen bestehen (ein Schütteltremor geht also über Tage und Wochen) oder aber in der nach Art und Dauer ungewöhnlichen Wirkung des Affekts auf die Körperlichkeit oder die Bewußtseinsklarheit. Immer aber handelt es sich zunächst um abnorme Fixierung von Affektwirkungen¹⁾, bei der das Ideagene anfänglich ganz zurücktreten kann. Hier begegnen wir nun also einer bekannten Streitfrage: Bonhöffer, Kraepelin u. a. trennen die schreckneurotischen Zustände von den hysterischen Reaktionen, Bonhöffer hält die abnorm tiefe Wirkung des Schreckens auf Leib und Seele des Betroffenen nicht für hysterisch, sondern nur die abnorme Fixierung der Wirkung durch halb- oder unbewußte Wünsche, durch den „Willen zur Krankheit“²⁾. Allein es ist doch nicht zu verkennen, daß die Wirkungsweise des Affekts auf Leib und Seele in beiden Fällen, bei der „Schreckneurose“ wie bei der von Anfang an hysterischen Reaktion genau die gleiche ist: es handelt sich in beiden Fällen oft um die Bahnung ungewöhnlicher Wege im psychophysischen Organismus, um das Auftreten körperlicher Symptome von typisch hysterischem Anstrich und von seelischen Zuständen, die alle Wesenszüge der hysterischen Bewußtseinspaltung an sich tragen. Wer wie Lewandowsky³⁾ und ich den Begriff „hysterisch“ weiter faßt als Bonhöffer und Kraepelin dies neuerdings tun, wer mehr auf dem Boden von Janet steht, als auf dem von Kohnstamm, wer nicht von einer Krankheit „Hysterie“, sondern nur von einer „hysterischen Reaktionsweise“ spricht, wer im Schreck einen hysterisierenden Faktor sieht, der bedarf nicht der Abgrenzung einer Schreckneurose, sondern kann die psychogene Symptomatologie der Granatkontusion wie anderer akut-affektiver Schädlichkeiten unter die hysterischen Reaktionsformen rechnen. Wem freilich das Wort Hysterie ein „bissiges Schimpfwort“ ist (Holzmann) oder

1) Der in der Literatur sich einbürgernde Ausdruck „pathologische Affektfixierung“ (Bonhöffer u. a.) ist sprachlich nicht ganz richtig. Nicht der Affekt wird fixiert, sondern die akute Wirkung des Affektes auf die Körperlichkeit.

2) Es wird sich empfehlen, daß wir bei unseren Erörterungen der vorliegenden Frage auch terminologisch streng zwischen Schreckwirkungen und Schreckneurose unterscheiden. Die Wirkung ist etwas Vorübergehendes, unterliegt dem Gesetz der Zeit, die Neurose ist eine Krankheit, die sogar allmählich im Laufe der Tage, Wochen und Monate zunehmen kann. Gleiche Auffassung hat Horn (l. c.), der von „mehr nur episodischen, kurz vorübergehenden, quasi physiologischen Schreckreaktionen bei Gesunden“ spricht und sagt, daß sich 80% aller Schreckneurosen aus „schon vorher tatsächlich kranken, nervösen, blutarmen und heruntergekommenen Individuen“ rekrutieren, daß Fehlen jeder (angeborenen oder erworbenen) Disposition bei Schreckneurosen „eine zum mindesten ungewöhnliche Erscheinung“ sei.

3) Lewandowsky, Die Hysterie. Berlin 1914, Springer.

wer bei den hysterischen Reaktionen nach Schreck an „zweckbewußt großgezüchtete Pseudokrankheiten“¹⁾ denkt, der steht in Fragen der Definition auf so ganz anderem Boden, daß eine Verständigung unmöglich ist. Nun lehrt ferner die Übersicht über ein großes Material, daß alles, was die Granatkontusion oder jeder andere akute seelische Shock an psychogenen Symptomen erzeugt, auch ohne einen solchen Shock, ohne jeden Schrecken vorkommt. Die schreckneurotischen Bilder der Astasie-Abasie, der Stummheit, Taubheit und Taubstummheit, des Stotterns, des Versagens der Glieder mit und ohne Tremor und Spasmus, alles, was wir bei der Durchsicht von einigen hundert Fällen von Granatkontusion in unserer Klinik fanden — wir fanden es alles auch bei anderen Formen der Hysterie²⁾. Lassen wir im Begriff „hysterisch“ das charakterologische Moment beiseite, fassen wir mindestens den Begriff „hysterisch“ im allerweitesten Sinne, so vereinigt ein Band fast alle Formen psychogener Reaktion auf das seelische Ungemach des Krieges, mag es nun eine Minenverschüttung oder Granatexplosion, langes Artilleriefeuer oder die Angst vor dem bevorstehenden Sturm, Unbehagen auf dem Wege zur Front oder bei Ankunft im Schützengraben sein. Ich habe unter meinen Beobachtungen zahlreiche Fälle schwerer psychogener Dämmerzustände ohne jeden akuten Affektshock, die nach Symptomatologie und Verlauf sich in nichts von den Schreckdelirien nach Granatkontusion unterschieden. Der Affekt war wohl in allen Fällen die Ursache, aber es brauchte nicht der elementare Schreck mit seinen vorgebildeten Reaktionen zu sein. Angst und Erwartung, Ekel und Grauen, aber auch komplizierte seelische Konflikte können ebenso wirken³⁾. Eines allerdings ist unverkennbar: mag man in Fragen der Definition des Begriffes „hysterisch“ stehen wie man will, die weitere Entwicklung der Schreck- und Angstreaktionen hängt im wesentlichen von der psychischen Struktur des Ge-

¹⁾ Diese Auffassung unterstellte Oppenheim seinen Gegnern (14. XII. 1914).

²⁾ Hildebrandt (l. c.) berichtet von einem Soldaten, der aus einer brennenden Scheune, in der viele seiner Kameraden umkamen, gerettet wurde und dann das Bild schwerer Neurose bot. Übrigens gibt z. B. auch Oppenheim zu, daß die Myotonoclonia trepidans auch ohne Trauma vorkomme; er denkt aber dann vor allem an reflektorische Entstehung nach neuritischen und myositischen Erkrankungen. Sarbo machte vor allem Erfrierungen und Durchnässungen verantwortlich. Es ist aber sicher, daß es aller dieser örtlichen Schädigungen nicht bedarf, um — auch ohne akutes physisches oder psychisches Trauma — die pseudospastische Parese mit Tremor entstehen zu lassen; Furcht und Angst bringen das gleiche zustande.

³⁾ Eine Mitteilung aus dem Feld als Beispiel: Ein Soldat fand beim Ausgraben verschütteter Kameraden plötzlich seinen Hauptmann mit abgerissenem Kopf. Tags darauf verfiel er in einen Dämmerzustand, in dem er mit allen Ausdrucksbewegungen des Entsetzens schrie: „Mein Hauptmann, da liegt mein Hauptmann.“

schädigten, meistens im Sinne der Angst- und Wunscheinflüsse, ab¹⁾. Daß die Wirkungen des Schrecks andauern, daß sie sich sogar oft noch im Laufe von Stunden, Tagen und Wochen verschlimmern und ausbreiten, daß zum „Thymogenen“ das „Ideagene“ im Symptombild hinzutritt, daß die Zustände dicht hinter der Front rascher heilen als im Heimatlazarett, eine Tatsache, an der kein Zweifel ist, das rührt nicht mehr vom Schreck her, sondern von der seelischen Eigenart dessen, der den Schreck erlitt²⁾, und von der Behandlung, die er bald nachher erfuhr.

Was die klinische Beobachtung lehrte und die Statistik der Unfallneurosen schon früher eindringlich gelehrt hatte, erhielt dann noch einen weiteren statistischen Beweis durch die Erfahrungen bei den Kriegsgefangenen. Das hat Kollege Nonne vorhin eingehend erläutert und das wissen wir ja auch schon aus den Mitteilungen von Lilienstein³⁾ Bonhöffer⁴⁾ und Mörchen⁵⁾. Beim Kriegsgefangenen fallen alle die Momente weg, die beim Neurotiker die Symptome festhalten und steigern. Beim Kriegsgefangenen besteht meines Erachtens sogar ein positiver Wille zum Gesundwerden und Gesundbleiben, weil für ihn das Gesundbleiben die erste Voraussetzung für seinen höchsten Wunsch:

1) Das Theoretische hierüber gut bei Liepmann, l. c. Seine Unterscheidung von primärer unmittelbarer Kausalwirkung des psychischen Traumas und sekundärer, mittelbarer psychischer Verarbeitung mit den final gerichteten psychologischen Mechanismen des Selbstschutzes trifft den Kern des ganzen Problems. Nur möchte ich nicht zugeben, daß das Trauma einen „neurasthenischen Zustand“ beim bisher Gesunden erzeugt. Daß der „unterbewußte Wunsch, sich den übermächtigen Anforderungen zu entziehen“ (Liepmann) schon vor der Granatexplosion vorhanden sein kann, haben Bonhöffer und Lewandowsky schon am 14. XII. 1914 betont. Gleicher Ansicht auch Simons, Peritz. Sehr treffend Liepmann: „Es kann doch ein von den Strapazen und Gefahren schon vor dem Eintritt des psychischen Traumas geschwächter Mensch geheime Wünsche, die er sich selbst nicht eingesteht, auf Erlösung aus der Situation hegen, und diese können den Erfolg haben, daß die erste Schreckwirkung fixiert wird.“

2) Gleicher Ansicht auch Strümpell, l. c., wo ausgeführt wird, daß der Schreck nur bei schon bestehender latenter Krankheitsbereitschaft dauernde nervöse Störungen mache. Das ist die in psychiatrischen Kreisen fast allgemeine Auffassung der Sachlage. Vgl. z. B. auch die Arbeiten von Redlich, Karplus (Wiener klin. Wochenschr. 1915). Hildebrandt (l. c.) spricht von der allmählichen Umwandlung einer psychogenen Neurose in eine ideagene. Auch Oppenheim erkennt an, daß die Dauer der Schreckwirkung von der Intensität des psychischen Traumas und von der individuellen Beschaffenheit des Nervensystems abhängt; er sagt ferner, der Schreck könne das Nervensystem aus den Fugen bringen, meint aber, dieser Zustand des Aus-den-Fugen-Gebrachtseins könne ein dauernder sein, ohne daß es zu organischen Veränderungen komme. Man sieht hier das Mißliche einer bildlichen Ausdrucksweise.

3) Archiv f. Psych. 56, Heft 1.

4) Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 25; Monatsschr. f. Psych. 40, 199.

5) Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 33, S. 1188.

die spätere Rückkehr zur Heimat ist, die er ja erst in der weiten Ferne des Kriegsschlusses vor Augen hat. Bis dahin gilt für ihn: „nimm alle Kraft zusammen, daß du durchhältst, damit du später wieder heimkommst!“ Liegt die Sachlage ausnahmsweise einmal anders, wie bei der Austauschmöglichkeit wegen Invalidität oder der Versetzung nach der Schweiz, dann sehen wir auch, das hat ja Bonhöffer erst kürzlich mitgeteilt¹⁾, neurotische Symptome vom Typus der sog. traumatischen Neurose auftreten²⁾.

So lehrt uns also die Erfahrung die große Bedeutung des Seelenlebens des Soldaten für Entstehung und Verlauf der Störungen, denen er unter der furchtbaren Wucht des modernen Krieges, vor allem unter dem Feuer der schweren Artillerie vereinzelt anheimfällt. Dabei wollen wir nie vergessen: hunderttausendfach mögen in nächster Nähe unserer Krieger Granaten platzen, Zehntausende werden verschüttet und nur mühsam wieder ausgegraben, aber die elastische Natur des gesunden Mannes, der die Notwendigkeit des Aushaltens im Kriege bejaht, rafft sich immer wieder rasch empor³⁾ und nur ein kleiner Prozentsatz unterliegt und flüchtet sich in die Krankheit⁴⁾, deren Anfangssymptomen eine ängstlich-hypochondrische Gedankenrichtung noch manches hinzufügt und die im Laufe monatelanger Lazarettbehandlung sich mit mancher neuen Zutat iatrogenen und anderer Herkunft erweitert. Dabei darf natürlich, wie ich schon immer hervorhob und neuerdings wieder Homburger mit Recht betonte, ein hysterischer Zustand nicht ohne weiteres zur moralischen Kennzeichnung seines Trägers verwandt werden, weil ja die Willensveranlagung der einzelnen Menschen verschieden und die Beherrschung des Bewegungsapparates nicht eine einfache Sache der Moral ist⁵⁾. Oft finden sich freilich gleich-

¹⁾ Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 40, 199.

²⁾ Nicht ohne Staunen las ich (Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 13, S. 530 ff.), daß Oppenheim die Bonhöfferschen Mitteilungen über das Fehlen der traumatischen Neurosen bei den — oft verschütteten, lange im Artilleriefeuer zermürbten — Kriegsgefangenen als richtig anerkennt, daß ihn aber diese Tatsachen nicht an der Richtigkeit der von ihm begründeten Lehre zweifeln lassen; diese wird für ihn dadurch nicht „erschüttert“. Ich meine, wenn sich die oben genannten Erfahrungen bei Untersuchung eines großen Materials als völlig richtig bestätigen, so würde schon ein großes Maß von Ungläubigkeit dazu gehören, wollte man noch länger an der psychogenen Grundlage dieser traumatischen Neurosen zweifeln.

³⁾ Vgl. Seelerts Erfahrungen im Feld, I. c.

⁴⁾ Auf ganz anderem Boden steht Sarbó (Wiener klin. Wochenschr. 1916, S. 608), der glaubt, daß bei der Granatexplosion das Gehirn „hin und her geschüttelt“ werde, daß der psychische Shock keine Rolle spiele, daß nie ein Rezidiv auftrete, daß alle wieder zur Front zurückwollen. Sarbó kann dabei nur ganz bestimmte seltene Fälle vor Augen haben, sonst bleibt seine Darstellung unbegründet.

⁵⁾ Vgl. auch Wagner v. Jaureggs geistreiche Unterscheidung von „Nichtwollenkönnen“ und „Nichtkönnenwollen“. — Homburger (Münch. med. Wo-

zeitig auch ethische Defekte, vor allem die Selbstsucht und Rücksichtslosigkeit des Psychopathen.

Geht man der Frage der Determinierung der Symptome im Einzelfalle genauer nach, so ergeben sich manche interessante Einzelheiten. Neben der einfachen zeitlichen Fortdauer der typischen Schreckwirkung in der Astasie, dem Tremor, der Tachykardie, der seelischen Apathie, sehen wir das Wiederaufleben früherer neurotischer, gewissermaßen bereitliegender Symptome, wie der hysterischen Anfälle, eines früheren Tics, einer früheren Aphonie oder eines jugendlichen Stotterns; Cimbali nimmt an, daß manche Reaktionsformen familiär vorgebildet seien¹⁾. Wir sehen das Festhalten einer im Augenblick des Schreckens eingenommenen Haltung, wie Wollenberg sich ausdrückt, „die Festnagelung der dem aufregenden Ereignis unmittelbar vorhergehenden Bewegungen und Stellungen“, wir bemerken das Verfallen in infantile und puerile Zustände offensichtlicher Hilflosigkeit, wir finden alte Leiden, wie Ohrkatarrhe und Stottern als wirksam bei der Entstehung von Taubheit und Taubstummheit — z. B. Fall von Sänger — ferner die Nachwirkung erst kurz vorher durchgemachter Krankheiten, so einen hysterischen Pseudotetanus nach früher durchgemachtem echtem Tetanus²⁾, wir erkennen die symptombestimmende Bedeutung anfänglicher Schmerzen, kleiner begleitender Verletzungen durch Erdstücke oder Granatsplitter, die hysterische Überlagerung anfänglicher organischer Störungen, wir finden z. B. in der Kombination hysterischer Zustände mit organischen Störungen von seiten des Ohres und Labyrinths schwierige diagnostische Aufgaben³⁾. Inwieweit die klinisch interessanten angioneurotischen Störungen ideagen symptomdeterminierend auf Lähmungen und Contracturen wirken, haben vor kurzem

chenschr. 1916, Nr. 29): „Man tut dann so, als ob nicht auch ohne bewußten oder unbewußten Wunsch die Kraft des Wollens, die psychisch-nervöse Energie versagen könnte.“

¹⁾ Horn sagt mit Bezug auf die klinischen Bilder der Schreckneurose: „Jedes Individuum wird eben mit der durch die spezifische Disposition gegebenen vulnerabelsten Seite seines Organismus am leichtesten und intensivsten reagieren.“ (l. c.)

²⁾ J. Bauer in der Sitzung des Wiener Vereins für Psychiatrie und Neurologie vom 15. XII. 1914. Durchgemachte Darmkatarrhe können die Vorbilder hysterischer Durchfälle werden.

³⁾ Vgl. namentlich Zange, Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 28 und 32; und Seige, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 39, Juni 1916; Urbantschitsch, Wiener med. Wochenschr. 1916, S. 262. Bruns machte schon im Januar 1915 (Neurol. Centralbl. 1915) auf die Häufigkeit der Verbindung organischer Symptome (namentlich von seiten des inneren Ohres) mit funktionellen Störungen bei der Granatexplosion aufmerksam. Thost betont die Bedeutung des Luftdruckes, wenn die Granatexplosion im geschlossenen Raum auftritt. Sarbós neueste Abhandlung über die Taubstummheit nach Granatfernwirkung als medulläre Krank-

Wollenberg und Rosenfeld¹⁾ in Erwägung gezogen. Ganz unverkennbar bringen die meisten kriegsneurotischen Zustände solche Symptome zutage, die ihren Träger als hilflos und zu weiterer Dienstleistung unfähig erscheinen lassen²⁾. Dem akuten Bild gliedern sich dann allmählich im Laufe der Wochen und Monate, seltener von Anfang an, unbestimmtere Symptome an, die die übliche schematische Differenzierung mehr zu den „neurasthenischen“ rechnet, die aber zum Teil rein psychogen sind, zum anderen Teil aber auch aus der vor dem Granatshock schon vorhandenen chronischen Erschöpfung stammen, also das, was man als „Hysteroneurasthenie“ zu beschreiben pflegt. Und schließlich kommen dann viele sekundären symptombestimmenden Umstände hinzu, vor allem leider die so überaus häufigen Fehldiagnosen (dutzende Male sah ich schon den hysterischen Schütteltremor mit der Diagnose multiple Sklerose versehen; einem hysterischen Dysbasischen war von einem Arzte die Aufrichtung seines Rumpfes aus der Beugecontractur eindringlich verboten worden, weil sie seinen sofortigen Tod zur Folge haben könnte; orthopädische Apparate aller Art führen hysterische Symptome in Dauerzustände über). Eindringlich wird von vielen betont, man solle die Neurotiker nach Schreck tunlichst nicht ins Heimatgebiet zurücksenden, sondern draußen wieder zur Ruhe kommen lassen. Die falsche Behandlung durch die Angehörigen, die Verwöhnung und Bewunderung in der Heimat, die lange Untätigkeit und die spielerischen Beschäftigungen im Lazarett, die Nachahmung bei Konzentrierung vieler Neurotiker in Speziallazaretten³⁾, der kränkende Vorwurf der Drückebergerei, das Klagen und Jammern der Frauen, der Mangel an Patriotismus und die ablehnende innere Stellungnahme zum ganzen Kriege, die Angst vor erneuter Dienstleistung, die Erinnerung an die Erlebnisse im Felde, alle diese Dinge sind ja bekannt und es genügt, sie hier in Kürze genannt zu haben. Auf die Simulation gehe ich nicht näher ein. Die Frage ist während des Krieges nicht öffentlich zu besprechen. Es will mir nur manchmal scheinen, als ob man neuer-

heit (Med. Klin. 1916, Nr. 38) wird wohl kaum Zustimmung finden. Bei keinem Symptom dürfte die psychogene Grundlage so zweifelsfrei sein, wie bei der mit Taubheit verbundenen Stummheit nach Schreck. Ich sah sie oft unter meinen Augen nach seelischer Erregung rezidivieren. Vgl. auch Gaupp, Die Granatkontusion, l. c.

¹⁾ Vorträge in Baden-Baden 1916.

²⁾ Von Homburger (l. c.) mit Recht betont. Er erläutert anschaulich, daß sich der Hysterische den von ihm geforderten Bewegungszwecken entziehe, indem die motorischen Automatismen ihn jeder geordneten Betätigung entziehen.

³⁾ Oppenheim sah „nie“ Krankheitsnachahmung. Ich habe sie in meiner Klinik unter meinen Augen entstehen sehen, indem ein Hysteriker die äußerst absonderliche hüpfende Gangstörung seines Bettnachbars übernahm und lange festhielt. Auch Wagner v. Jauregg sah Nachahmung hysterischer Symptome (Wiener Verein f. Psych. u. Neurol. 15. XII. 1914).

dings in der Ablehnung ihres Vorkommens eher etwas zu weit gehe. Daß sich unter einem großen Millionenheer auch manche Betrüger finden, ist für den selbstverständlich, der die Betrugszahlen unserer Reichskriminalistik kennt. Einige neuere Abhandlungen über die Simulationsfrage, wie z. B. die von Singer¹⁾ seien als recht beachtenswert hier genannt. Der Timor campi bleibt der Erörterung nach Friedensschluß vorbehalten.

Die Kriegsliteratur spricht vielfach von einer Kommutationsneurose. Ich berichte hier nicht über sie, weil ich sie ebensowenig wie die Epilepsie als Neurose mehr anzuerkennen vermag²⁾. Wo die Hirnerschütterung nicht völlig ausheilt (sie heilt sehr häufig restlos aus, wie ich an mir selber erfahren habe), hinterläßt sie organische, wenn auch manchmal nur geringe Schwächezustände, die ich nicht zur Neurose rechne. Wissen wir auch noch nicht allzuviel Genaueres über die organischen Veränderungen im Gehirn und Rückenmark bei ungeheilter *Commotio cerebri* und *spinalis*, so wissen wir doch so viel, daß solche Veränderungen vorhanden sind. Ihre exakte anatomische Erforschung ist eine dringliche Aufgabe der Histopathologie. Mit der Hysterie haben sie an sich nichts zu tun³⁾. Aber wie jeder geistig geschwächte oder seelisch geschädigte Mensch, so kann auch der posttraumatisch Invalide zu psychogenen Reaktionen neigen. Die traumatische Hirnschädigung schafft dann, wie Cassirer⁴⁾ richtig dargelegt hat, eine Bereitschaft für das Auftreten hysterischer Zustände. Wie zur Imbe-

1) Die Objektivierung nervöser Beschwerden im Kriege. Würzburger Abhandlungen **12**, 1. 1916.

2) Anders Fr. Schultze, der nach *Commotio cerebri* „alle möglichen Übergänge zwischen schwereren und leichteren, gerade noch mit unseren heutigen anatomischen Untersuchungsmethoden nachweisbaren bis zu nicht mehr nachweisbaren rein physikalischen und chemischen Veränderungen in den betroffenen Nervenapparaten“ kennt.

3) Gleicher Meinung auch Schröder (Geistesstörungen nach Kopfverletzungen 1915), der zwar den Begriff „Kommutationsneurose“ beibehält, das klinische Krankheitsbild ausgezeichnet beschreibt, dabei aber deutlich ausspricht, daß diese Kommutationsneurose von den rein funktionellen Zustandsbildern psychogener und neurasthenischer Art zu unterscheiden sei. Diese Unterscheidung sei freilich praktisch oft sehr schwer, nicht selten unmöglich. Bei den Unterscheidungsmerkmalen erwähnt Schröder mit Recht das Verhalten der Erinnerung. Qualvolle Erinnerung an die Verletzung sowie an die dazu führenden Vorgänge sprechen gegen echte *Commotio*. „Es kann das im Einzelfall ein weiterer Beweis dafür sein, daß das Kopftrauma eine längere Bewußtlosigkeit und retrograde Amnesie nicht im Gefolge gehabt hat, also auch nicht schwer gewesen sein wird.“ „Oft setzen die groben hysterischen Komplexe erst ein, nachdem die Verletzten sich von dem ‚ersten Schreck‘ und der Aufregung oder auch von der initialen vorübergehenden Bewußtseinsstrübung erholt haben.“ Vgl. hierzu meine obigen Ausführungen über die Granatkontusion.

4) Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 17.

zillität hat die Hysterie auch zur Demenz nahe Beziehungen. Wir müssen leider auch zugeben, daß unsere klinische Diagnostik nicht in allen Fällen die Unterscheidung der traumatischen organischen Hirnchwäche leichter Art von neurasthenischen, psychopathischen oder auch hysterischen Bildern ermöglicht. Das Gehirn reagiert auf verschiedene Schädigungen mit ähnlichen Zeichen veränderter Leistung¹⁾. Aber weil die Diagnose praktisch nicht immer gelingt, muß doch an der tatsächlichen Andersartigkeit solcher Zustände festgehalten werden. Mechanische Erschütterungen erzeugen nicht genau die gleichen physischen und psychischen Wirkungen wie seelische Erregungen; die Folgen der Hirnerschütterung sind mit der Schreckneurose oder einer anderen traumatischen Neurose nicht völlig identisch²⁾. Man verwechsle damit aber nicht die ganz andere Tatsache, daß starke seelische Erregungen vermutlich durch tiefe Wirkung auf das vasomotorische System organische Hirnchwäche, ja vielleicht sogar den Tod herbeiführen können.

Die Prognose der kriegsneurotischen Zustände hängt, wenn wir nur die wirklichen Neurosen ins Auge fassen, hauptsächlich von der seelischen Struktur des Erkrankten, seinem Charakter und seiner Stellungnahme zum Kriege, von unseren ärztlichen Maßnahmen³⁾, vom Gange und von der Dauer des Krieges, von der späteren Gestaltung des Arbeitsmarktes und von der Lösung der Rentenfrage ab. Sicher verläuft die Schreckneurose des nicht psychopathischen, sondern nur im Kriege erschöpften Mannes an sich günstig, solange sie nicht zur „Zweckneurose“ im Sinne von Beyer⁴⁾ und Cimbal⁵⁾ geworden ist. Dies gilt auch für die sog. Affektepilepsie⁶⁾. Binswanger betont mit Recht die Hartnäckigkeit der hysterischen Sprach- und Phonationsstörungen⁷⁾.

Die Unbeeinflussbarkeit vieler psychogener Zustandsbilder durch unsere Heilversuche spricht nicht gegen ihre Zugehörigkeit zur Hysterie, sondern nur für das Fortwirken der maßgebenden Ursachen. Der Friedensschluß wird unser bester Bundesgenosse in der Therapie sein, wenn ihm die Rentensucht dann nicht die Wirkung verdirbt.

¹⁾ Die von Bonhöffer und Schröder betonte Bedeutung des amnestischen Symptomenkomplexes erkenne ich da, wo er ausgeprägt vorliegt, wohl an, doch fehlt er oft; auch kann er bei Hysterie ebenfalls vorkommen.

²⁾ Anderer Meinung ist Marburg, Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 10; ferner Voss (Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. 1915, Nov.) und viele andere. Am weitesten ging auf diesem Wege wohl Sarbó, der die mechanische Wirkung in den Vordergrund stellt und den seelischen Shock für nebensächlich hält.

³⁾ Singer l. c., „je weniger Nervöse heimkommen, um so weniger traumatische Neurosen gibt es“.

⁴⁾ Ärztl. Sachv.-Zeitung 1915, Nr. 21.

⁵⁾ Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 19.

⁶⁾ Bonhöffer, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 38, 61.

⁷⁾ Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 38, Heft 1/2. 1915.

Die Wege der Heilung sind zahlreich. Der Arzt heilt durch seine Persönlichkeit, nicht durch seine Methode. Wieviel von den krankhaften Symptomen auf einmal weggenommen werden kann, haben uns Nonne, Kaufmann und viele andere gezeigt und ich kann dem auch aus eigener Erfahrung beistimmen. Der Arzt muß die Heilmaßnahmen selbst ausführen. Interessante Beobachtungen verbürgen die Heilwirkung des Schreckens bei Symptomen, die der Schreck erzeugt hatte. Die moralische Verurteilung einzelner brüsker Methoden, wie z. B. der von Kaufmann¹⁾, Rothmann²⁾, Jellinek³⁾ und Muck⁴⁾ halte ich nicht für angebracht. Ist die Moral des Arztes bei seinem Vorgehen unanfechtbar, ist er nur vom Willen zu heilen erfüllt, so ist auch jede Methode erlaubt, sofern sie wirklich hilft. Das gilt selbstverständlich auch für die Hypnose, die vom erfahrenen Fachmann ausgeübt wird. Die physikalischen Heilmethoden behalten als Suggestivmittel ihren Wert, mildern auch manche Beschwerden. Die Bedeutung der militärischen Autorität und der disziplinären Gewalt kann nicht bestritten werden. Alkoholenthaltsamkeit ist erforderlich. Daß die Beseitigung der massiven hysterischen Symptome nicht alsbald aus dem Hysteriker einen kampffrohen Krieger zu machen pflegt, ist eine Binsenwahrheit. Der Wille zur Genesung ist die wichtigste Vorbedingung für ihren Eintritt⁵⁾. Vor der Verbringung der Neurotiker ins Heimatlazarett wird neuerdings immer mehr gewarnt⁶⁾, weil die hysterischen Symptome draußen rascher und besser heilen⁷⁾; für die erschöpften Neurastheniker gilt dieser Grundsatz aber natürlich nicht. Wo in bezug auf die Wiederkehr der Dienstfähigkeit die Grenzen unserer ärztlichen Macht und Kunst liegen, wie häufig z. B. die Entlassung zum Ersatztruppenteil einen Rückfall auslöst, habe ich schon vor 1¹/₂ Jahren genauer dargestellt⁸⁾ und ich habe dem damals Gesagten nichts Neues hinzuzufügen. Zeitige oder selbst dauernde Dienstunbrauchbarkeitserklärung kann therapeutisch notwendig werden. Auf die Bedeutung rechtzeitiger Beeinflussung der gesetzgebenden Faktoren in der Rentenfrage weist Hoche⁹⁾ immer wieder mit allem Nachdruck hin und wir können

1) Münch. med. Wochenschr. 1916, S. 802.

2) Münch. med. Wochenschr. 1916, S. 1277.

3) Wiener klin. Wochenschr. 1916, S. 189 (Apomorphin).

4) Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 22.

5) Auch Oppenheim anerkennt die große Bedeutung des Genesungswillens beim Kranken (l. c., S. 232).

6) So z. B. Seelert, Singer, Seige, Redlich, Happich, Engelen und Rangette, Forster, Mohr u. a.

7) Das Wort „Heimat“ ist nach Singer eine „Begehrungsvorstellung“.

8) R. Gaupp, Hysterie und Kriegsdienst. Münch. med. Wochenschr. 1915, S. 361 und Die Granatkontusion. Beiträge z. klin. Chir. 96, Heft 3.

9) Vgl. namentlich Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 49, 347.

ihn darin nicht dringend genug unterstützen. Die Kapitalabfindung bei Unfallneurosen ist eine alte Forderung von mir und Hoche, die ich schon 1906 eingehend begründete und deren praktische Ausgestaltung ich schon damals für die Unfallrenten durch Spezialvorschläge anzuregen suchte¹⁾. Seither sind viele Erfahrungen gesammelt worden, die in die gleiche Richtung weisen²⁾; ich erinnere vor allem an die Untersuchungen meines Tübinger Kollegen Nägeli³⁾ an seinem Schweizer Material. Wie nötig uns eine einheitliche Auffassung und eine völlige Klärung der Pathogenese der traumatischen Neurosen ist, beweist der Ausspruch Marburgs⁴⁾, daß die Formen der Oppenheimschen traumatischen Neurose Dauerrente, die psychogenen Zustände eine zeitlich begrenzte Gewöhnungsrente erhalten sollen. Ich hoffe, daß unsere heutige Diskussion ergeben werde, daß wir eine andere Lösung der Frage erstreben.

Meine Herren! Ich bin am Schlusse. Lassen Sie mich mit einem offenen Bekenntnis schließen! Der Beruf des Psychiaters und Neurologen, besonders des Leiters eines großen Lazarets für Nervenranke, in dem die Hälfte bis zwei Drittel aller Insassen Neurotiker sind, ist mir in den letzten zwei Jahren nicht immer leicht geworden. Es sind nicht bloß die engen Grenzen unseres therapeutischen Könnens, es ist auch nicht die mühevoll Arbeit des kriegsgerichtlichen Gutachters mit der Monotonie der militärischen Delikte und der Unzulänglichkeit des Militärstrafgesetzbuches; es war mehr als dies etwas anderes: es war die Erkenntnis, daß wir im Interesse der Gerechtigkeit gezwungen sind, die furchtbare negative Auslese dieses Krieges von Berufs wegen zu unterstützen. Die Besten (unserer wehrfähigen Männerwelt) fallen: dieses bittere Wort, das uns täglich entgegenschallt, ist ja leider in einem nie dagewesenen Maßstabe Wahrheit geworden. Das Kränkliche und Schwächliche, das seelisch Unzulängliche taugt nicht für die Strapazen und Grauen dieses Krieges und muß, soweit es überhaupt ins Feld geschickt wurde, früher oder später aus der Front zurückgenommen werden. Je mehr dies aber geschieht (und natürlich geschehen muß), um so furchtbarer drückt die Last des Kämpfens und die Not des Sterbens auf den gesunden und vollkräftigen Teil des männlichen Deutschlands. Lassen Sie uns neben die Heilung der Heilbaren unserer Kranken als weitere ernste Berufspflicht die andere Sorge stellen, zu verhüten,

¹⁾ Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 46.

²⁾ In Österreich scheinen die neurologischen Kreise die zeitlich begrenzte, automatisch endende Gewöhnungsrente der einmaligen Kapitalabfindung vorzuziehen. Vgl. die Sitzung des Vereins f. Psych. u. Neurol. in Wien vom 8. II. 1916. Vgl. auch Horn l. c.

³⁾ Corresp.-Bl. für Schweizer Ärzte 40, 33.

⁴⁾ Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 10, S. 281.

daß eine wilde Profitgier, von der wir ja leider weite Kreise unseres Volkes zur Zeit nicht frei sehen, sich mit Erfolg auch derer bemächtigte, die infolge der Schwäche ihrer seelischen Struktur im Kriege versagten. Die Toten wollen wir ehren, die Kranken heilen, den Invaliden helfen, unberechtigten Wünschen aber entgegenreten und mit dem vollen Gefühl der Verantwortung, niemand zuliebe und niemand zuleide, dafür wirken, daß die Arbeit im Frieden auch das Leben derer wieder ausfülle, die der Arbeit des Krieges nicht gewachsen waren. Wir wollen dies tun — nicht sowohl aus Angst vor zu starker finanzieller Belastung des Reiches, sondern um der Gerechtigkeit willen und um der Leute selbst willen, damit sie nicht untergehen in hypochondrischer Verzagttheit oder unfruchtbarer Willensschwäche. Die Lebens- und Arbeitsfreude muß auch nach dem Kriege des Menschen höchstes Gut bleiben. Das wollen wir niemals vergessen!