

Zur Analyse und Behandlung der Kriegsneurosen.¹⁾

Von

Dr. Willibald Sauer (München).
z. Z. in einem Feldlazarett.

(Eingegangen am 1. April 1917.)

Der Streit um „die traumatische Neurose“ will nicht zur Ruhe kommen. Auch die Auseinandersetzung auf der letzten Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte hat eine Einigung nicht erzielen können²⁾. Obwohl die überwiegende Zahl der Autoren sich auf den Standpunkt Nonnes stellt und mit ihm die im wesentlichen psychische Entstehung der „traumatischen“ Neurosen vertritt, hält Oppenheim nach wie vor an seiner Theorie der materiellen Erschütterung fest.

Eine Verständigung ist meines Erachtens auch nicht zu erwarten, solange die Autoren zur Begründung ihrer Auffassungen fast ausschließlich die klinische Beobachtung heranziehen. So beachtenswert die klinischen Tatsachen auch sind, mit Hilfe der unmittelbaren klinischen Beobachtung allein wird sich das vielumstrittene Problem schwerlich lösen lassen. Jedenfalls nicht in einer Weise, die auch den Gegner überzeugen müßte.

Die von Oppenheim angenommenen rein psychisch vermittelten molekularen Veränderungen lassen sich klinisch überhaupt nicht fassen. Am ehesten könnte man ihnen, wie es Goldscheider³⁾ unternommen hat, mit Hilfe des Experiments beikommen.

Aber auch der Nachweis der psychischen Entstehung eines Krankheitsbildes läßt sich klinisch nur in sehr unvollkommener Weise führen. Das Auftreten eines Symptoms ohne vorhergegangene Einwirkung eines Traumas oder erst geraume Zeit nach einem solchen, seine Beeinflussbarkeit durch psychische Vorgänge, der Erfolg einer suggestiven Behandlung u. a. m. sprechen ja gegebenenfalls mit großer Wahrscheinlichkeit für den psychischen Ursprung. Aber selbst dann ist ein exakter

¹⁾ Manuskript abgeschlossen Ende November 1916.

²⁾ VIII. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte (Kriegstagung) in München am 22. u. 23. IX. 1916. Neurol. Centralbl. 1916, S. 792—824.

³⁾ Goldscheider, Zur Frage der traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1916.

Beweis noch nicht gegeben, und in vielen Fällen wird man vergeblich nach solchen Anhaltspunkten suchen, ohne deswegen berechtigt zu sein, eine psychogene Erkrankung auszuschließen. Die unmittelbare klinische Beobachtung ist doch ein sehr grobes Verfahren, das nur zu sehr an der Oberfläche kleben bleibt. Wie soll uns auch die „Bewußtseinspsychologie“ mit ihrer „rationalisierenden Betrachtungsweise“ [Mohr¹⁾] über die Tragweite von Vorgängen Aufschluß geben, die sich zum großen Teil un- oder unterbewußt abspielen, der unmittelbaren Beobachtung also gar nicht zugänglich sind? Zum Verständnis dieser tieferen Zusammenhänge sind eben besondere Methoden erforderlich, Verfahren, wie sie von Breuer und Freud zuerst angewendet und von Frank und anderen weiter ausgearbeitet wurden. Leider glaubt die Mehrzahl der Autoren ihrer entraten zu können, ja, sie sieht in den Erfahrungen des jetzigen Krieges einen schier unwiderleglichen Beweis, wenigstens für ihre theoretische Unhaltbarkeit. Auch Nonne, dessen Standpunkt ich im großen und ganzen teile, erklärt, der Krieg habe gelehrt, daß die Freudsche Lehre auf irrigen Voraussetzungen beruhe²⁾. Eine Behauptung, die in dieser allgemeinen Fassung sicher nicht zutrifft und daher zum mindesten mißverständlich ist. Daß die Zurückführung der Neurosen und im besonderen der Hysterie auf ausschließlich sexuelle Momente nicht angängig ist, hat uns der Krieg freilich eindeutig genug gezeigt. Es hieße aber das Kind mit dem Bade ausschütten, wollte man wegen dieser und anderer Verallgemeinerungen und Übertreibungen auch all das Wertvolle, das wir den Freudschen Forschungen verdanken, rundweg ablehnen. Man mag der Psychoanalyse Freuds, wie sie sich im Laufe der Jahre entwickelt hat, noch so ablehnend gegenüberstehen, auf die gewaltige Bereicherung unserer Kenntnis der Neurosen, die uns die Arbeiten von Breuer und Freud aus seiner ersten Periode gebracht haben, sollten wir nicht verzichten. Die in ihnen vertretenen Anschauungen haben sich auch im Kriege bewährt und dürften sich besonders dazu eignen, die Frage der „traumatischen“ Neurosen wesentlich zu klären.

Es ist der Zweck dieser Veröffentlichung, zu zeigen, wie lohnend es sein kann, auch bei Kriegsneurosen Freudsche Gesichtspunkte gelten zu lassen. Die schönen hypnotischen Erfolge Nonnes beweisen durchaus nicht das Gegenteil. Denn einerseits gibt es eine ganze Reihe von Fällen, in denen mit Hypnose nur ein Augenblickserfolg zu erzielen ist und häufig genug nicht einmal dieser. Andererseits sagt selbst die dauernde Beseitigung eines Symptoms in Hypnose an sich nur so viel

¹⁾ F. Mohr, Grundsätzliches zur Kriegsneurosenfrage. Med. Klin. 1916.

²⁾ Nonne, Zur therapeutischen Verwendung der Hypnose bei Fällen von Kriegshysterie. Vortrag im Ärztlichen Verein in Hamburg. Autoreferat. Neurol. Centralbl. 1916. S. 136.

daß es nicht organisch bedingt sein konnte und psychisch nicht stärker fixiert war. Daß es im übrigen auf eine ganz andere Weise entstanden sein kann, als es beseitigt wurde, wird wohl niemand ernstlich bestreiten wollen. Können doch auch somatische funktionelle, also nicht hysterische Störungen auf diese Weise beeinflußt werden. Die suggestive Behandlung fragt ja nicht viel nach der besonderen Entstehungsweise eines Symptoms und begnügt sich mit dem symptomatischen Erfolge. Dagegen ist im allgemeinen auch nichts einzuwenden, wenngleich im Interesse der Beständigkeit der Heilung eine mehr ätiologische Behandlung einer bloß symptomatischen vorzuziehen sein dürfte. Gerade in jenen Fällen aber, in denen letztere versagt, wird es sich nicht umgehen lassen, die besondere Entstehungsweise der Erkrankung aufzudecken und bei der Behandlung zu verwerten. Ich bediene mich dazu mit Vorliebe des sog. Frank'schen Verfahrens, das mir selbst im Feldlazarett vorzügliche Dienste geleistet hat. Es stellt im wesentlichen nichts anderes dar als eine konsequente Anwendung der ursprünglichen Anschauungen von Breuer und Freud unter „Abstreifung all dessen von den Freud'schen Theorien, was sich als reine Spekulation und Deutung annehmen läßt“. Als Beleg für die Leistungsfähigkeit der Methode diene zunächst folgende Krankengeschichte, die in mancher Hinsicht sehr lehrreich ist:

Fall 1.

13. X. 1915. G. B., Armierungssoldat, in Zivil Hilfsarbeiter, 30 Jahre alt, seit 31. V. 1915 beim Militär.

Er gibt an, daß er seit vier Tagen keinen Stuhlgang mehr habe, seit acht Tagen nach jeder Nahrungsaufnahme saures Aufstoßen bekomme und alles erbrechen müsse. Das Erbrochene sei das erstemal kaffeesatzartig gewesen, der Stuhl nie schwarz. Mit der Stuhilverstopfung habe er es schon immer zu tun gehabt und immer wieder Abführmittel nehmen müssen. Das Erbrechen und das saure Aufstoßen seien dagegen erst neuerdings aufgetreten.

Auf wiederholtes Befragen weiß er eine Ursache für seine jetzige Erkrankung nicht anzugeben. Zum erstenmal stellte sich das Erbrechen ein auf dem Heimwege von einem großen Marsch, da bekam er plötzlich einen Krampf in den Beinen und mußte erbrechen. Seitdem tritt es nahezu nach jeder Mahlzeit auf, öfters von Schwindelgefühl begleitet.

Appetit gering. Schlaf unruhig, häufige Angstträume.

Am 2. VI. 1915 wurde er wegen rechtsseitigen Leistenbruchs operiert und war 8–9 Wochen in ärztlicher Behandlung. Sonst angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Familienanamnese o. B.

Befund:

Mittelgroßer Mann in leidlichem Ernährungszustand.

Benehmen nicht weiter auffallend.

Haut trocken und schilfernd, Hände feucht und kalt.

Gesicht gerötet, Augen feucht und glänzend.

Strabismus convergens.

Pupillen reagieren prompt auf L. und K.

Conjunctivalreflex fehlt.

Cornealreflex ±.

Würgreflex sehr schwach.

Lunge o. B.

Herz nicht vergrößert. Töne rein. Aktion erregt.

Puls regelmäßig, gut gespannt, 120, von wechselnder Frequenz.

Unterleib leicht aufgetrieben, weich, über den Darmschlingen gedämpfter Perkussionsschall. Unterhalb der Rippenbögen zu beiden Seiten der Mittellinie eine etwas mehr nach links hinübertragende, birnförmige hyperästhetische Hautzone, welche durch Streichen mit der Nagelspitze nach allen Seiten hin scharf abgrenzbar ist. Wiederholte Prüfungen unter möglichster Vermeidung von Suggestivfragen ergaben denselben Befund.

Boasscher Druckpunkt nicht vorhanden.

Oberflächliche Reflexe o. B.

PSR und ASR beiderseits sehr lebhaft.

Keine pathologischen Reflexe.

Kein stärkerer Dermographismus.

Motilität und Sensibilität bis auf die erwähnte Headsche Zone intakt.

Kein Romberg.

Urin o. B.

Temp. o. B.

Ich ging zuerst daran, die Stuhlverstopfung mit Hilfe von Hypnose zu beseitigen. In der ersten Hypnose gab ich ihm die Suggestion, daß er ohne Abführmittel regelmäßigen Stuhlgang haben werde, in der zweiten die bestimmtere, er werde am nächsten Tage nach dem Frühstück ein leichtes Zusammenziehen im Leib verspüren und darauf einen Stuhl haben. Am nächsten Morgen stellten sich nach dem Frühstück Krämpfe im Leib ein, jedoch keine Stuhlentleerung. Ich erklärte ihm, daß das ganz in meinem Sinne sei, er brauche jetzt nur den Abort aufzusuchen und werde einen Stuhlgang haben, was denn auch eintraf. Am Nachmittag desselben Tages hypnotisierte ich ihn wieder und wiederholte die zuletzt gegebene Suggestion. Am nächsten Tage zwei spontane Stuhlentleerungen, eine nach dem Frühstück, die andere nach dem Mittagessen. Seitdem hatte B. während seines ganzen Aufenthalts im Lazarett täglich mindestens einmal, nach dem Frühstück, eine Stuhlentleerung, mitunter außerdem eine unter Tags.

Während der Kranke inzwischen nur Milch und Brei zu sich nahm, wurden Stuhl und Mageninhalt untersucht. Im Stuhl fand sich kein Blut. Der nach einem Probefrühstück ausgeheberte Mageninhalt enthielt keine freie HCl. Eine gröbere Störung der Motilität, falls die Speisen behalten wurden, war nicht nachweisbar. Schon auf Grund dieses Befundes hielt ich eine funktionelle Erkrankung, eine sog. Magenneurose oder nervöse Dyspepsie für wahrscheinlich. Ich wurde in dieser Annahme noch bestärkt durch die Art des Erbrechen. Die Speisen wurden in der Regel unmittelbar nach ihrer Aufnahme in kaum verändertem Zustande erbrochen und es war auffallend, mit welcher Leichtigkeit sich der ganze Brechakt vollzog. Ein Verhalten, das bekanntlich bei Hysterie besonders häufig beobachtet wird. Ich hoffte nun, auch diese Störung mit Hypnose beheben zu können, nachdem ich mit Wach suggestion allein keinen Erfolg hatte erzielen können. Wider Erwarten erwies sich aber in diesem Falle auch die hypnotische Suggestion als völlig machtlos. Unter Zuhilfenahme aller erdenklichen Kniffe mühte ich mich in 16 Hypnosen vergeblich ab. Das Erbrechen wollte nicht weichen, obwohl der Kranke nach der Hypnose amnestisch war und nicht-therapeutische Suggestionen, die ich zur Kontrolle gab, sich prompt realisierten. Mitunter wollte es scheinen, als ob ganz präzise Terminsuggestionen, die bekanntlich noch am wirksamsten

sind, einen gewissen Einfluß auszuüben vermochten. Die Besserung hielt aber höchstens 24 Stunden an, in der Regel blieb selbst dieser vorübergehende Erfolg aus. Ein Versuch mit gewöhnlicher Mannschaftskost mußte sofort wieder aufgegeben werden, da sie erst recht nicht vertragen wurde. Vor allem Wurst und Kaffee, welch letzteren er früher angeblich besonders schätzte, wurden unfehlbar wieder erbrochen. So vergingen 6 Wochen ohne merkliche Änderung des Zustandes. Da ich die Behandlung im Feldlazarett nicht gut viel länger ausdehnen konnte, begann ich mich bereits mit dem Gedanken abzufinden, den Kranken einem Kriegslazarett überweisen zu müssen.

Trotz dieses Mißerfolges wurde ich an meiner ursprünglichen Auffassung des Krankheitsbildes nicht irre. Vor allem ließ mich eine Beobachtung, die ich während der Behandlung machte, daran festhalten. Sobald ich nämlich in Hypnose dem Kranken die Suggestion gab, er werde das Aufstoßen und das Erbrechen verlieren, ja bloß die beiden Worte nannte, trat mit unfehlbarer Sicherheit Aufstoßen auf. Diese auffallend leichte psychische Auslösbarkeit des Symptoms ließ mich von vornherein seine psychische Bedingtheit vermuten. Es mußte zwischen ihm und einem mir unbekanntem psychischen Vorgang eine Assoziation bestehen, die so fest war, daß sie durch Suggestion allein nicht aufzuheben war. Daß der Kranke auf wiederholtes Befragen mit Bestimmtheit erklärte, das Erbrechen sei ganz spontan aufgetreten, konnte bei der bekannten Unzuverlässigkeit solcher Aussagen nicht allzuschwer in die Wagschale fallen. Ich hatte es nur deswegen bisher vermieden, nach tieferen Zusammenhängen zu forschen, weil ich mit hypnotischer Suggestion allein auszukommen hoffte. Da sich diese als aussichtslos erwiesen hatte, konnte ich auf eine genauere Analyse des Falles nicht länger verzichten, wollte ich ihn noch weiter behandeln und die Heilung nicht einem Zufall überlassen. Zu allererst fragte ich ihn im Wachen noch einmal gründlich über die Vorgeschichte seines Leidens aus. Dabei erfuhr ich u. a., daß er bereits vor einem und vor 2 Jahren magenleidend war und damals auch an Erbrechen gelitten hat, und schließlich stellte sich nach längeren Hin- und Herfragen auch heraus, daß er am 6. X. 1915, unmittelbar bevor das Erbrechen zum ersten Male auftrat, mit seiner Kompagnie einer Beschießung durch Artillerie bei E. ausgesetzt war. Auf meine Frage, warum er mir das bisher verschwiegen, erwiderte er etwas verlegen, er habe nicht geglaubt, daß ein Zusammenhang zwischen dem Erlebnis und seiner Erkrankung bestehe. Der Wahrheit näherkommen dürfte die ein paar Tage später erfolgte Angabe, er habe nicht gern an das Erlebnis zurückgedacht. Ein ursächlicher Zusammenhang war durch das post hoc zwar nicht erwiesen, aber doch sehr wahrscheinlich. In der Annahme, daß der durch die Beschießung ausgelöste Schreck- oder Angstaffekt die Erkrankung verursacht hatte, entschloß ich mich, einen letzten Heilungsversuch mit dem Frankschen Verfahren zu unternehmen. Ich versetzte den

Kranken in oberflächliche Hypnose und forderte ihn entsprechend der Vorschrift Franks auf, ruhig vor sich hin ins Dunkle zu schauen, er werde dann Bilder, Szenen sehen, die er früher tatsächlich durchlebt. Diese stellten sich gleich in der ersten Sitzung mit großer Deutlichkeit ein und der Kranke schilderte in Hypnose mit allen Einzelheiten, was er sah. Ich gebe die Szene möglichst mit seinen eigenen Worten wieder:

29. XI. 1915. Hypnose: Sieht bei S. (bei dem er bis 25. IX. 1913 gearbeitet hat) einen Metzger mit dem Zerklleinern von Fleisch beschäftigt. Hat einen Ekel davor, weil es so fett aussieht — (Die Szene verschwindet. Nach ein paar Sekunden.) Er ist hinten, die Kompagnie voraus. Bei ihm ist sein Kamerad F. (Was sehen Sie dann?) „Dann sehe ich die Kompagnie nimmer.“ Sieht sich auf der Straße an der Biegung bei H. (Ich wußte damals noch nicht, daß das Gesehene ein Bruchstück der Beschießungsszene war. Um nicht Zeit zu verlieren, forderte ich ihn auf, sich das Einschlagen der Granaten am 6. X. 1915 lebhaft vorzustellen. Nach einer kurzen Pause merklliche Unruhe, Beschleunigung der Atmung und des Pulses. (Sehen Sie das Bild?) Ja, ich sehe sie durch den Wald kommen. (Sehen Sie das?) Ich höre sie pfeifen. Eine schlägt auf der Straße ein, (keuchend) eine links von der Ortschaft, zwei fliegen über sie hinweg. (Wirft den Kopf zur Seite, schlottert mit den Knien, hält sich an der Wand fest. Seine Stimme erstickt. Weiter.) Ich verstecke mich unter den anderen, dann wird es mir schlecht und ich muß erbrechen (heftiges Aufstoßen, das allmählich in Würgen übergeht). Dann hat es geheißt: da kann man nichts machen, Kompagnie zurück. Die Kompagnie marschirt weg. Er bleibt allein mit seinem Kameraden F. (Das Würgen nimmt immer mehr zu und noch während des Durchlebens der Szene kommt es zum Erbrechen.)

30. XI. 1915. Ist nach der gestrigen Sitzung ganz erschöpft gewesen und hat die Nacht so fest wie schon lange nicht mehr geschlafen. Fühlt sich bedeutend leichter, es sei eine förmliche Lösung. Bisher habe er stets das Gefühl gehabt, als ob ihn etwas in der Magengegend zusammenpresse. Bekommt gewöhnliche Mannschaftskost, die ohne weiteres vertragen wird. Auch sonst tagsüber kein Erbrechen.

Hypnose: Sieht ein Fuhrwerk von der Großmarkthalle (während seiner Anstellung an derselben war er 14 Tage magenleidend) zum Bahnhof fahren, dann Infanterie an dem Lazarett vorbeimarschieren, später zwei Männer in den Hof hineingehen, darauf reitende Kavallerie (fährt plötzlich zusammen und gibt dann auf Befragen an, es sei ihm so gewesen, als ob die Reiter gerade auf ihn zugeritten wären und ihn gepackt hätten). Sieht in P. einen Eisenbahnzug mit vielen Soldaten ankommen. (Soll jetzt an die Beschießungsszene denken.) Durchlebt sie wieder mit allen Einzelheiten. Affekt noch stark, aber nicht mehr so lebhaft wie gestern. An der Stelle, wo er im Bilde erbricht, tritt wieder Aufstoßen auf. Er sieht noch, wie er mit seinem Kameraden spät heimkommt, wie er sich ins Revier begibt und dort Tropfen bekommt. Erst nach Verschwinden des Bildes stellt sich Würgen ein, auf Befehl erwacht er und erbricht sofort danach.

1. XII. 1915. Nacht unruhig, viel geträumt. Nach dem Mittagessen erbrochen. Hypnose: Sieht Armierungsleute beim Schanzen, dann einen Flieger kommen. (Zuckt plötzlich zusammen. Was ist denn geschehen? Im Affekt.) „Er hat eine Bombe geschmissen“. Sieht noch den Flieger über die Ortschaft fliegen und dann verschwinden. — Sieht Wagen in der Ortschaft vorbeifahren, zeigt mit der linken Hand die Richtung an. — Affekt beim Durchleben der Beschießungsszene merklich schwächer, Erbrechen später als gestern.

2. XII. 1915. Hypnose: Sieht Badende in einem See, dann sich selbst auf einem Spritzenwagen. — Sieht sich auf einer Kontrollversammlung beim Bezirkskommando in M. — Sieht Spritzenwagen vorbeifahren. — Beim Durchleben der Beschießungsszene Affekt noch schwächer. Nach Verschwinden der Szene Aufstoßen, jedoch vorläufig kein Erbrechen. Dieses stellt sich erst $\frac{1}{2}$ Stunde danach ein.

3. XII. 1915. Hypnose: Sieht einen Schützengraben, Armierungsleute beim Schanzen. — Sieht auf einer Straße in einer ihm unbekanntem Gegend einen Wagen mit durchgehenden Pferden (schrickt zusammen), der Wagen fällt um. — Sieht im Quartier in F. Soldaten beim Kartenspielen und Musizieren. — Szene bei E. Affekt gering. Nach dem Abreagieren Würgen, später Erbrechen.

Nach dem Mittagessen erbrochen, jedoch so wenig, daß es, wie er selbst sagt, nicht der Rede wert ist.

4. XII. 1915. Kein Erbrechen.

5. XII. 1915. Kaffee in der Frühe erbrochen, am Nachmittag nicht. Alles andere vertragen.

Hypnose: Sieht eine Straße in einer kleinen Stadt, auf der sich viele Menschen hin und her bewegen. Durchlebt mehrere Male die Szene bei E., danach Würgen, später Erbrechen.

6. XII. 1915. Morgenkaffee vertragen, dagegen abends Reisbrei erbrochen.

7. XII. 1915. Hypnose: Sieht einen Schützengraben, einen Drahtverhau, an dem Pioniere arbeiten. Durchlebt zweimal mit ganz schwachem Affekt die Szene bei E. Nach dem Abreagieren leichtes Würgen, aber kein Erbrechen.

8. XII. 1915. Morgenkaffee und abends Wurst teilweise erbrochen.

9. XII. 1915. Kein Erbrechen.

10. XII. 1915. Kein Erbrechen.

11. XII. 1915. Kein Erbrechen.

12. XII. 1915. Kein Erbrechen.

13. XII. 1915. Schlußbefund: Kein Erbrechen. Auch sonst völlig beschwerdefrei. Appetit gut, Stuhlgang in Ordnung. Die hyperästhetische Zone in der Magengegend nicht mehr nachweisbar. Im Mageninhalt keine freie HCl. Wird dienstfähig zur Truppe entlassen.

Als ich mich $2\frac{1}{2}$ Monate nach der Entlassung aus dem Lazarett nach seinem Befinden erkundigte, erhielt ich von ihm folgende Antwort:

26. II. 1916. „Mir geht es gut und bin gesund und das Essen schmeckt mir ausgezeichnet und der Stuhlgang ist auch in Ordnung. Ich fühle mich wie der gesündeste Mensch, seitdem ich bei Ihnen in der Behandlung war. Ich habe seither noch einen großen Feuerüberfall erlebt wie in E., es war in H. Ich hatte schon große Sorge, ob es sich nicht wiederholen wird, aber Gott sei Dank bin ich noch gesund.“

Die Spezifität der hier angewandten Behandlung läßt sich wohl schwerlich drastischer demonstrieren, als durch den Verlauf dieses Falles. Bekanntlich haben selbst solche Autoren, die, wie Lewandowsky, den therapeutischen Wert des Frankschen Verfahrens anerkennen, die mit ihm erzielten Resultate im wesentlichen auf Suggestion zurückgeführt¹⁾. Wäre diese Auffassung richtig, dann wäre es unverstündlich, daß im gegebenen Falle die in der Regel wirksamste Form

¹⁾ Lewandowsky, Die Hysterie. Handb. d. Neur.

der Suggestion, die hypnotische, zwar die Stuhlträgheit in kurzer Zeit beseitigte, auf das Erbrechen dagegen keinen Einfluß auszuüben vermochte. Eine besondere Suggestibilität zu Beginn der neuen Behandlung war auch von seiten des Kranken nicht zu erwarten. Vielmehr war zu befürchten, daß die lange, erfolglose bisherige Behandlung die Erkrankung erst recht fixiert hatte, und man konnte es dem Kranken nicht verdenken, daß er allmählich die Überzeugung gewann, sein Leiden sei unheilbar. Von mir bekam er zwar nie etwas Ähnliches zu hören, ich gestehe aber, daß auch ich mir keine großen Hoffnungen mehr machte. Es müssen also bei der Heilung und, da die Behandlung eine ausgesprochen ätiologische war, wohl auch bei der Entstehung des Leidens noch andere, außerhalb der Suggestion liegende Momente wirksam gewesen sein.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, auf die theoretische Begründung, die Frank¹⁾ seiner Methode gegeben hat, im einzelnen einzugehen. Ich greife hier nur das Wichtigste heraus. Frank selbst gibt an, daß die Psychokatharsis oder kathartische Behandlung im Halbschlaf, wie er seine Methode nennt, im wesentlichen auf den ursprünglichen Anschauungen von Breuer und Freud fuße. Bekanntlich machte zuerst Breuer²⁾ die Beobachtung, daß ein hysterisches Symptom schwand, „wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekte Worte gab. „Ein affektloses Erinnern blieb wirkungslos. Ausschlaggebend für das Zustandekommen der Heilung war also das sog. Abreagieren des mit dem pathogenen Erlebnis assoziativ verknüpften Affektes. Breuer und Freud schlossen daraus, daß dem Affekt bei seinem erstmaligen Auftreten der normale Ausweg offenbar versperrt war und daß der auf diese Weise gewissermaßen „eingeklemmte“ Affekt das Symptom erzeugte und unterhielt. Als adäquate Erledigung eines affektbetonten Erlebnisses sahen sie eine Reaktion durch Taten, Worte, in leichtesten Fällen durch Weinen an. Außerdem stehe dem Gesunden als weitere Form der Erledigung noch die Korrektur durch andere Vorstellungen und „vor allem für affektiv nicht mehr wirksame“ Erinnerungen das Vergessen zur Verfügung. Für das Ausbleiben der Abreaktion in obigem Sinne führen Breuer und Freud zwei Reihen von Bedingungen an. Erstens könne die Natur des psychischen Traumas oder die sozialen Verhältnisse eine Reaktion ausschließen, oder es handle sich um Dinge, die der Kranke vergessen wollte, die er darum absichtlich aus seinem Bewußtsein verdrängte, hemmte und unterdrückte. Die Reaktion

¹⁾ L. Frank, Affektstörungen. Berlin 1913.

²⁾ Breuer und Freud, Studien über Hysterie. 3. Aufl. Wien 1916.

könne aber auch unmöglich werden, wenn der Kranke sich zur Zeit des Erlebnisses in einem Zustande von verändertem Bewußtsein befindet, in einem von Breuer sog. „hypnoiden“ Zustande, der vor allem auch durch das Erlebnis selbst hervorgerufen werden könne. Das Auftreten solcher abnormer Bewußtseinszustände hielt Breuer und anfangs auch Freud sogar für das Grundphänomen der Neurose. Freud ließ später die Theorie der hypnoiden Zustände fallen und verlegte das Hauptgewicht auf die Verdrängung, die Abwehr von unerträglichen Vorstellungen, deren Vorhandensein er aus dem Widerstande der Kranken gegen die Reproduktion der pathogenen Erlebnisse erschloß.

Ich wüßte nicht, wie man meinen Fall anders deuten wollte als im Sinne der hier wiedergegebenen Anschauungen. Mit der Sicherheit eines Experiments ließ sich die auslösende Rolle des affektvollen Erlebnisses nachweisen, so daß auch dem Kranken jeder Zweifel daran genommen werden mußte. Der Fall zeigt aber auch in überzeugender Weise, daß der Affekt nicht nur die Erkrankung ausgelöst hatte, sondern auch für ihr Fortbestehen verantwortlich war. Je schwächer er beim Durchleben der Szene wurde, desto später trat das Erbrechen danach auf, bis es schließlich ganz ausblieb. Daß es nach dem letzten Abreagieren sich noch einmal einstellte, ist wohl darauf zurückzuführen, daß das Erlebnis noch nicht vollständig abreagiert war. Dafür spricht vor allem die Tatsache, daß nach dem letzten Durchleben der Szene zwar kein Erbrechen mehr, wohl aber noch Würgen auftrat. Die zurückgebliebene Affektgröße war aber, wie der weitere Verlauf des Falles zeigt, so gering, daß sie die Heilung nicht mehr zu verhindern vermochte.

Man mag auf Grund theoretischer Überlegungen eine längere Nachdauer psychischer Vorgänge für unmöglich halten, wer einmal das Franksche oder ein ähnliches Verfahren selbst ausgeübt hat oder es von anderen hat ausüben sehen, wird sich davon überzeugen müssen, daß stark affektbetonte Erlebnisse unter gewissen Bedingungen eine weit längere Lebensdauer haben können, als man es vielfach anzunehmen geneigt ist. Auch in meinem Falle war es ganz erstaunlich, mit welcher Plastizität der Kranke die Vorgänge schilderte, die immerhin 6 Wochen zurücklagen, und vor allem war es ergreifend zu sehen, mit welcher elementarer Gewalt der Affekt zum Durchbruch kam.

Über die Gründe der mangelhaften Abreaktion des Erlebnisses, das im gegebenen Falle die Erkrankung verursacht hatte, lassen sich natürlich nur Vermutungen aufstellen. Daß die Gelegenheit dazu reichlich gegeben war, läßt sich unschwer nachweisen.

Eine Beschießung mit moderner Artillerie gehört in ausgesprochenem Maße zu jenen Erlebnissen, auf die eine adäquate Reaktion in obigem Sinne ausgeschlossen erscheint. Am ehesten käme als solche noch ein

Davonlaufen oder ein Vorwärtsstürmen in Betracht. Im gegebenen Falle wußte der Kranke in seiner Ratlosigkeit sich nicht anders zu helfen, als dadurch, daß er sich unter seinen Kameraden versteckte. Eine Maßnahme, die natürlich weit davon entfernt war, ihm einen nennenswerten Schutz zu bieten und nur von seiner Angst eingegeben war. Sie konnte es jedenfalls nicht verhindern, daß er die Situation mit all ihrem Schrecken bis zu Ende auskostete. Auch die Möglichkeit eines hypnoiden Zustandes zur Zeit des Traumas läßt sich zum mindesten nicht ausschließen. Jeder weiß, wie leicht ein starker Affekt einen Zustand von Bewußtseinstäubung schafft, der die Fähigkeit zu geordneter Verarbeitung des Erlebten mehr oder weniger aufhebt. Es ist nicht verwunderlich, wenn in solchen Zuständen unerledigte Komplexe vom übrigen Bewußtsein abgespalten werden und so pathogen werden. Die Breuersche Bezeichnung dieser Zustände, die sich auch experimentell nachahmen lassen, scheint mir sehr treffend zu sein. Ich muß in diesem Zusammenhang an einen Kranken denken, den ich zur Einleitung des Frankschen Verfahrens vergeblich in Hypnose zu versetzen suchte. Ich sah mich daher genötigt, die Behandlung im Wachen durchzuführen, drückte ihm die Augen zu und ließ ihn die betreffende Szene — eine Granatexplosion in seiner Nähe — durchleben. Nachdem er sie unter lebhafter Affektäußerung geschildert hatte, öffnete er plötzlich die Augen, sah sich erstaunt um und sagte: „Ich war ja ganz weg.“ Der Affekt hatte ihn also in einen schlafähnlichen Zustand verfallen lassen. Was durch Suggestion nicht zu erreichen war, hatte der Affekt zuwege gebracht. In meinem Falle hatte eine stärkere Trübung des Bewußtseins während des Traumas nicht stattgefunden. Der Kranke erinnerte sich sehr wohl der einzelnen Vorgänge, auch wenn er sie im Wachen nicht so eingehend zu schildern vermochte, wie später in Hypnose. Die auffallende Erscheinung, daß er trotz wiederholten Befragens nach der Ursache seiner Erkrankung das Erlebnis nicht erwähnte, obwohl der Zusammenhang nahelegend genug war, verlangt eine andere Erklärung. Die von ihm selbst stammende Bemerkung, er habe nicht gern zurückgedacht, läßt darauf schließen, daß ihm die Begebenheit peinlich war, sich mit seinem Ehr- und Schamgefühl nicht vertragen und er sie vergessen wollte. Es tritt also hier das Motiv der Verdrängung deutlich zutage.

Für das Verständnis des Umstandes, daß der Kranke gerade an Erbrechen erkrankte, ist die Angabe von Wichtigkeit, daß er bereits früher magenleidend war, gleichgültig ob es sich damals um eine funktionelle oder um eine organische Erkrankung gehandelt hat. Der Affekt, dem der normale Ablauf verwehrt war, schlug den Weg ein, der offenbar am besten gebahnt war. Frank stellt es sogar als die Regel hin, daß zuerst irgendwelche Organstörungen vorausgehen und sich erst

sekundär die Affektstörungen anschließen. Der unterbewußt aufgespeicherte Affekt erzielt dann durch die nervösen Erregungen die gleichen funktionellen Wirkungen in den betreffenden Organen, wie sie bei der primären Störung aufgetreten waren, obwohl sie damals eine bestimmte äußere Ursache (Diätfehler, verdorbene Nahrung) hatte (Frank). Es handelt sich um jenen Vorgang, den Freud treffend als Neubesetzung alter Symptome bezeichnet. Die besondere Überempfindlichkeit dem Kaffee gegenüber, den er früher besonders hochschätzte, findet ihre banale Erklärung darin, daß der Kranke kurz vor der Beschießung Kaffee zu sich genommen hatte. Auch die Abneigung gegen Wurst und fette Speisen ist keine zufällige. Sie hängt offenbar damit zusammen, daß der Kranke früher in einer Wurstfabrik gearbeitet hat und bei der Zubereitung der Wurstwaren häufig Ekel empfunden hat (s. Hypnose vom 29. XI. 1915). In diese Zeit fällt übrigens auch sein erstes Magenleiden.

Es dürfte nach dieser Analyse wohl kaum einem Widerspruch begegnen, wenn ich das vorliegende Krankheitsbild als ein hysterisches bezeichne. Ob derselbe Mechanismus bei allen hysterischen Erkrankungen und nur bei diesen gegeben ist, ist eine Frage, die bei der heutzutage so unsicheren Umgrenzung der Hysterie kaum zu entscheiden ist. Breuer, der Schöpfer der Theorie, war nicht der Meinung, daß alle Erscheinungen der Hysterie auf die von ihm dargelegte Weise bedingt seien. Jedenfalls dürfen wir aber diejenigen Fälle, die bei einer rein klinischen Betrachtungsweise keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer derartigen Entstehungsweise bieten, nicht ohne weiteres anders deuten. Untersuchen wir solche Fälle mit der kathartischen Methode, dann werden wir häufig auf eingeklemmte Affekte stoßen, wo wir keine vermutet haben. Nicht nur so verhältnismäßig einfache Fälle, wie der eben mitgeteilte, sondern auch bedeutend kompliziertere lassen sich dann in erster Linie oder sogar ausschließlich auf Affektstörungen dieser Art zurückführen. Als Beispiel hierfür führe ich einen weiteren Fall an:

Fall 2.

2. III. 1916. W. G., Infanterist, in Zivil Bergmann, 23 Jahre alt. Seit 8. I. 1915 beim Militär.

Stand vom 10.—13. II. 1916 wegen Shock durch Granatwirkung auf der chirurgischen Station des Lazarets in Behandlung. Therapie: Ruhe, Narkotica. Wurde dann unter Befürwortung von 5 Tagen Schonung wieder zur Truppe entlassen. Wird jetzt zur Beobachtung wieder dem Lazarett überwiesen und auf die innere Station aufgenommen.

G. klagt über anfallsweise auftretende sehr heftige, stechende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Es ziehe ihm dann ganz den Bauch zusammen und er habe die Empfindung, als ob er mit Nadeln gestochen werde. Die Schmerzen

werden nach innen verlegt und dauern 5—10 Minuten an. Sie treten sowohl tags als nachts auf und werden durch Bewegungen weder ausgelöst noch verstärkt. Seit 4 Tagen haben die Schmerzen erheblich zugenommen. Er meldete sich daher am 1. III. zum Arzt, der ihn dem Lazarett überwies.

Der erste Aufenthalt im Lazarett war angeblich ohne Einfluß auf seinen Zustand geblieben. Seit seiner Entlassung am 13. II. war er ständig im Ruhequartier in D. und machte keinen Dienst.

Die Stimmung ist weder heiter noch traurig, es ist ihm alles gleichgültig.

Schlaf wegen der Schmerzen nur sehr mangelhaft, unruhig, durch Angstträume gestört. Appetit schlecht, Stuhlgang seit 2 Tagen angehalten, im allgemeinen regelmäßig. Winde gehen ab.

G. führt seine Beschwerden auf den am 9. II. 1916 abends erlittenen Unfall zurück. Er wurde damals, während er auf Posten stand, durch eine vor dem Graben einschlagende Granate vom Schützenauftritt in den Graben geworfen und fiel dabei mit dem Bauch auf die Patronentasche. Das Bewußtsein verlor er nicht ganz, war nur ganz zittrig und aufgereggt und konnte nicht gehen, da die Beine ganz starr waren. Seine Kameraden trugen ihn in seinen Unterstand und noch am selben Abend wurde er von der Sanitätskompagnie ins Lazarett verbracht.

Frühere Krankheiten und Familienanamnese o. B.

Befund:

Übermittelgroßer Mann in gutem Ernährungszustand. Sitzt regungslos, vor sich hinstarrend, da. Spricht langsam, mit leiser Stimme.

Gesicht blaß, Ausdruck gespannt, gedreht.

Beiderseits Exophthalmus mäßigen Grades.

Pupillen o. B.

Conjunctivalreflex fehlt.

Cornealreflex schwach.

Beiderseits leichte Struma.

Würgreflex sehr schwach.

Herz o. B.

Lunge o. B.

Abdomen weich. Unterbauch rechts angeblich druckempfindlich. Keine Bauchdeckenspannung. Bauchdeckenreflex rechts konstant, erheblich schwächer als links.

PSR und ASR beiderseits gleich, von mittlerer Stärke.

Kein Babinski, kein Oppenheim.

Grobe Kraft des rechten Armes und noch mehr des rechten Beines herabgesetzt. Die Muskulatur fühlt sich auf der rechten Seite schlaffer an als auf der linken. Maßunterschiede nicht vorhanden. Das Verhalten des Kranken bei der Motilitätsprüfung der rechten Extremitäten bietet in allen Einzelheiten jenes Bild dar, das Oppenheim als charakteristisch für die sog. Akinesia amnestica bzw. Reflexlähmung bezeichnet¹⁾. Ich kann es nicht treffender wiedergeben als mit seinen eigenen Worten: „Wird der Kranke aufgefordert, die rechte Hand **kräftig** zu umschließen, so kommt es nur zu einer losen Umklammerung: es fehlt jeder energische Druck oder es erfolgt nur eine momentane Anspannung, an die sich sofort wieder die Erschlaffung anschließt. Es macht durchaus den Eindruck, als ob Pat. keine Kraft aufwenden wolle, als ob ihm jede Energie fehle oder als ob er sie zweckbewußt unterdrücke. Dabei sieht und fühlt man deutlich, wie andere Muskeln, die bei der geforderten Bewegung nicht beteiligt sind, übermäßig stark

¹⁾ Oppenheim, Die Neurosen nach Kriegsverletzungen S. 205—206. Berlin 1916.

kontrahiert werden, oder die Antagonisten einen größeren Kraftzuschuß erhalten als die Agonisten selbst. Beim Versuch, die Hand kräftig zu drücken, werden die Schulter- und Oberarmmuskeln stärker angespannt als die Fingerbeuger.“ Beim Versuch, das im Hüft- und Kniegelenk gebeugte Bein zu strecken, werden hauptsächlich die Hüftbeuger innerviert.

Gang watschelnd, das rechte Bein wird in Hüfte und Kniegelenk nur wenig abgebogen. Es sei hierbei hervorgehoben, daß die Gangstörung sich allem Anscheine nach erst nach und nach zu der jetzigen Stärke entwickelt hat. Während des ersten Aufenthalts im Lazarett war sie so wenig ausgeprägt, daß sie nicht weiter auffiel. Daß sie schon damals bestanden habe, wird von dem Kranken mit Bestimmtheit versichert.

Inkonstanter feinschlägiger Tremor des rechten Armes und des rechten Beines. Eine Abhängigkeit des Tremors von psychischen Einflüssen im Wachen nicht nachweisbar.

Über dem ganzen rechten Fuß Sensibilität für sämtliche Qualitäten so gut wie aufgehoben. Die obere Grenze schneidet in Höhe der Knöchel scharf ab.

Keine Ataxie, kein Romberg.

Kein Dermographismus. Auch sonst keine vasomotorischen Störungen.

Im Stuhl kein Blut. Urin o. B. Temperatur nicht erhöht.

Die Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes ließ mir eine hypnotische Behandlung nicht empfehlenswert erscheinen. Ich habe daher in diesem Falle von vornherein das Franksche Verfahren angewendet.

3. III. 1916. Hypnose: Sieht Wasser zu beiden Seiten. — Reiter, die auf ihn zukommen (hat große Angst), jetzt sind sie weg. — Schützengraben. Sieht die Franzosen ihren Graben verlassen und angreifen (sehr erregt). Jetzt gehen sie wieder zurück (beruhigt sich) und verschwinden im Graben (ein im Januar 1916 von den Franzosen unternommener Angriff). — Jetzt blitzt es. Sieht, wie der Dreck in die Höhe geschleudert wird. — Jetzt blitzt's, es kracht, es kracht. — Sieht zusammengeschossene Häuser da drüben. — Das Auftreten der Unfallszene zu suggerieren gelingt trotz wiederholter Versuche nicht.

4. III. 1916. Bisher keine Besserung der Schmerzen. Schlaf ruhiger. Spannung im Gesicht geringer.

5. III. 1916. Von 9—6 Uhr fest geschlafen.

Hypnose: Großes Wasser (zeigt nach rechts), sieht in ihm einen Reiter gehen. — Wald. Kleine und große Bäume (Affekt), ein Bach davor (die Stelle, in deren Nähe sich der Unfall ereignet hat). — Reiter sprengen den Berg hinauf (geringer Affekt), gehen drüben wieder runter, jetzt sind sie fort. — Ein Baum. — Eine große Wiese mit einem Wasser. — Die Unfallszene taucht trotz mehrfachen Drängens auch diesmal nicht auf.

6. III. 1916. Hat gut geschlafen, fühlt sich bedeutend wohler. Im übrigen keine Veränderung.

Hypnose: Schützengraben mit Drahtverhau. — Infanterie marschiert einen Berg hinauf. Granaten kommen. Sieht sich selbst auf der Wache in D. — Großer Baum, sieht einen Beobachter hinaufsteigen. — Kleiner Bach, drei Schimmel. Artillerie fährt auf, rechts blitzt es (schrickt zusammen). — Infanterie kommt in den Graben, geht nach links, nach rechts, jetzt schießen sie, (im Affekt) die Franzmänner auch, jetzt gehen sie vor, dann wieder zurück. — Flieger über sich (brauner Flieger von heute morgen).

7. III. 1916. Hypnose: Da drüben brennt's, die ganze Ortschaft, die Artillerie schießt, daß die Fetzen nur so fliegen. — Großes Wasser, Pferde sind drin, werden gewaschen. — Da kommt ein großer Hund, (fährt jäh zusammen) der hat mich

gebissen. (Dann verschwindet das Bild. Wie sich später herausstellte, packte ihn mit 8 Jahren ein großer Hund an der Brust und zerriß ihm die Kleider.) — (Nach längerem Drängen tritt nun die Unfallsszene auf. Im Affekt.) Jetzt blitzt es (zuckt heftig, zittert am ganzen Körper). Sieht sich umfallen und auf den Leib fallen, wie die Kameraden ihn wegtragen, spürt heftige Schmerzen im Leib (greift mit der linken Hand nach der rechten Bauchhälfte. — Im rechten Arm und rechten Bein feinschlägiges Zittern. Schmerzen und Zittern klingen allmählich ab und er beruhigt sich).

8. III. 1916. Die Schmerzen im Leib treten nur noch zwei bis dreimal täglich auf. Die früher so ausgesprochene Spannung im Gesicht fast völlig verschwunden. Pat. ist guter Stimmung, interessiert sich lebhaft für alles, was in seiner Umgebung vorgeht.

9. III. 1916. Hypnose: Lange Gartenmauer aus weißen Backsteinen gemauert, zieht sich so lang hin. — Großer Mann. — Lauter weiße Männer mit Kränzen, da kommt ein Leichenzug. — Da kommt die Leiche wieder. Da kommt meine Mutter, die weint (Affekt). — Jetzt kommt eine Granate, aber weiter oben, noch zwei Granaten, noch mehr. — Wieder zwei Granaten, die Leute sind mit Steinen und Sand zugedeckt. — Wieder ein dicker großer Baum. — Beim Durchleben der Unfallsszene immer noch lebhafter Affekt.

10. III. 1916. Schmerzen im Leib bedeutend geringer.

Hypnose: Granate, aber weiter weg. — Der große Baum. — Unfallsszene mit starkem Affekt. — Drahtverhau. — Der Hund ist wieder da (Affekt). Unfallsszene (Affekt ziemlich lebhaft). — Eine Granate schlägt ein, sieht das Loch. — Großes Tier, weiß nicht, was das ist. — Unfallsszene. — Schützengraben mit Drahtverhau (derselbe, in dem er sich am 9. II. aufhielt, aber nicht an demselben Tage). — Unfallsszene (läuft viel rascher als bisher ab, Affekt merklich geringer).

13. III. 1916. Nachts und in der Frühe wieder stärkere Schmerzen. Klagt über Durchfälle. Hinken wieder stärker. Aussetzen der psychotherapeutischen Behandlung. Diät, Kalomel, Tannalbin.

16. III. 1916. Kein Durchfall mehr. Gang wieder besser.

Hypnose: Durchlebt mehrere Male die Unfallsszene, zuletzt mit nur schwachem Affekt.

17. III. 1916. Hypnose: Wie gestern.

18. III. 1916. Hypnose: Wie gestern.

19. III. 1916. Gang merklich besser.

21. III. 1916. Hypnose: Nach mehrmaligem Durchleben der Unfallsszene Hinken ganz minimal.

23. III. 1916. Hypnose.

24. III. 1916. Im Laufe des Tages zweimal Schmerzen im Leib. — Hypnose.

25. III. 1916. Außerhalb der Hypnose keine Schmerzanzfälle. — Hypnose.

26. III. 1916. Keine Schmerzen im Leib. — Hypnose: Affekt sehr gering.

29. III. 1916. Nachts Schmerzen.

30. III. 1916. Desgleichen. Bauchdeckenreflex rechts immer noch schwächer als links. Sensibilitätsstörung am rechten Fuß weniger ausgesprochen. Zittern in den rechten Extremitäten bedeutend geringer und seltener.

31. III. 1916. Hypnose: Während des Durchlebens der Szene ganz schwacher Affekt, Ziehen im Bauch, keine eigentlichen Schmerzen.

2. IV. 1916. Hypnose. Auch in der Hypnose keine Schmerzen im Bauch und kein Zittern.

4. IV. 1916. Hypnose: Keine Schmerzen, leichtes Zittern im rechten Arm.

6. IV. 1916. Hypnose: Keine Schmerzen, kein Zittern.

7. IV. 1916. Am Abend vorher leichte Schmerzen im Bauch. Hinken kaum noch vorhanden.

9. IV. 1916. Hypnose: Affekt kaum nennenswert.

12. IV. 1916. Keine Schmerzen im Leib, kein Zittern, Hinken kaum merklich. Allgemeinbefinden ausgezeichnet.

13. IV. 1916. Hypnose: Unfallsszene mit ganz schwachem Affekt. Keine Schmerzen, kein Zittern.

15. IV. 1916. Schlußbefund: Allgemeinbefinden, Stimmung, Schlaf, Appetit lassen nichts zu wünschen übrig. Benehmen in keiner Weise auffällig. Im Gesicht nicht die geringste Spannung. Keine Schmerzen. Kein Zittern. Eine gröbere Gangstörung nicht nachweisbar. Sensibilitätsstörung am r. Fuß nur noch angedeutet. R. Bauchdeckenreflex immer noch deutlich schwächer als der linke. Wird dienstfähig zur Truppe entlassen.

Am 29. IX. 1916 teilte mir G. auf meine Anfrage hin mit, daß die Heilung bis jetzt angehalten habe. Ein Ergebnis, das um so bemerkenswerter ist, als G.s Regiment inzwischen auch an der Somme mehrere Wochen mitgekämpft hat.

An der psychogenen, um nicht zu sagen, hysterischen Natur auch dieses Falles, den man früher unbedenklich als traumatische Neurose bezeichnet hätte, kann wohl kein Zweifel sein. Auch hier kommt die Abhängigkeit der einzelnen Symptome vom Affekt, ihr allmähliches Abklingen mit fortschreitender Verringerung der Affektspannung in überzeugender Weise zum Ausdruck. Dieser Zusammenhang ist auch bei der Gangstörung, die während des ersten Aufenthalts im Lazarett höchstens angedeutet war und vielleicht überhaupt erst später entstanden ist, unverkennbar. Eine Tatsache, die dafür spricht, daß auch für solche Störungen, die sich kürzere oder längere Zeit nach dem Trauma ausbilden, eine rein ideogene Entstehungsweise nicht anzunehmen ist. Das Primäre ist auch hier der Affekt. Es schafft den Boden, auf dem sich je nach der Gelegenheitsursache die mannigfaltigsten Symptome ansiedeln. Auf dieser Grundlage entfalten auch die sog. Begehrungsvorstellungen erst ihre Wirksamkeit. Sie allein vermögen die Symptome weder zu erzeugen noch zu fixieren. Wie Foerster mit Recht bemerkt¹⁾, kommt ihnen höchstens eine auslösende Rolle zu. Die tiefere Ursache und zugleich der eigentliche fixierende Faktor ist der Affekt. Gelingt es die Affektspannung zu beseitigen, dann schwinden auch solche Symptome, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Trauma stehen.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den „traumatischen“ und den „nicht traumatischen“ psychogenen Neurosen besteht wohl überhaupt nicht. In jenen Fällen, die scheinbar spontan entstanden sind, können unzählige an und für sich bedeutungslose Erlebnisse vorausgegangen sein, die erst durch die Summation pathogen wurden. Auch in Fällen ausgesprochen traumatischer Entstehung ist es ja nicht bloß das unmittelbar veranlassende Erlebnis, das die Erkrankung verursacht.

¹⁾ VIII. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte (Kriegstagung) in München am 22. u. 23. IX. 1916. Neurol. Centralbl. 1916, S. 801.

Solche Kranke durchleben in Hypnose, wie vor allem der zweite Fall zeigt, abgesehen von vielen belanglosen Szenen neben dem auslösenden Ereignis eine ganze Reihe anderer Schrecken, die zum Teil bis in die Kindheit zurückreichen. Die voll ausgebildete Neurose wie auch die einzelnen Symptome erweisen sich also, wie man mit Freud zu sagen pflegt, als reichlich überdeterminiert. Je mehr solcher Traumata eingewirkt haben, je größer der Grad der Affektspannung durch allmähliche Akkumulation geworden ist, desto geringfügiger wird der Anlaß sein müssen, der zum Durchbruch der Erkrankung notwendig ist. Er kann so nichtig sein, daß er gar nicht als Trauma im vulgären Sinne des Wortes imponiert. Nonnes Vorschlag, die Bezeichnung „traumatische Neurose“ ganz fallen zu lassen, läßt sich daher eine gewisse Berechtigung nicht absprechen.

Daß Affektstörungen der geschilderten Art sich besonders leicht auf dem Boden einer bestimmten Veranlagung entwickeln, ist gewiß zuzugeben. Gerade die Erfahrungen des jetzigen Krieges haben uns aber gezeigt, daß sie durchaus nicht unerläßliche Vorbedingung ist, zum mindesten braucht sie nicht ererbt oder angeboren zu sein. Die ungeheure Häufung psychischer und körperlicher Traumata, wie sie der Krieg mit sich bringt, schafft schon an sich die Disposition zur Erkrankung. Dazu kommt noch, daß die einzelnen Eindrücke an Intensität vielfach bei weitem alles das übertreffen, was der Durchschnittsmensch im Frieden zu erleben pflegt. Es ist daher nicht verwunderlich, daß unter solchen Umständen gelegentlich auch psychisch Vollwertige erkranken. Man muß Hoche recht geben, wenn er sagt, jeder Feldzugsteilnehmer sei bei entsprechenden Erlebnissen hysteriefähig¹⁾. Auf die Bedeutung des akzidentellen Momentes für die Pathogenese der Hysterie haben Breuer und Freud schon vor Jahrzehnten hingewiesen. Sie predigten aber damals tauben Ohren. Vor Ausbruch des Krieges galt es nun einmal als ausgemacht, daß es eine Hysterie ohne Disposition oder gar Belastung nicht gebe. Erst der Krieg hat dieses Dogma zu erschüttern vermocht.

Vielleicht trägt er auch dazu bei, daß auch die Lehre vom eingeklemmten Affekt mit der Zeit die ihr gebührende Anerkennung findet. Bisher glauben die meisten immer noch alles mit dem „nichtssagenden“ Wort Suggestion erklären zu können. Dabei stellt sich nahezu ein jeder etwas anderes darunter vor. Der eine versteht darunter Eingebung von Vorstellungen, der andere will die Bezeichnung für die Übertragung von Affekten vorbehalten wissen, der dritte glaubt darunter beides, sowohl Übertragung von Vorstellungen als von Affekten verstehen zu müssen. Eine wirklich befriedigende Definition kenne ich nicht und

¹⁾ 40. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte am 29. u. 30. V. 1915 in Baden-Baden. Neurol. Centralbl. 1915, S. 920.

muß gestehen, daß es auch nicht leicht ist, eine solche zu finden. Soviel scheint mir aber festzustehen, daß der Begriff der Suggestion, man mag ihn definieren, wie man will, bei weitem nicht ausreicht, um alle neurotischen Symptome zu erklären. Selbst bei der Nachahmungshysterie, wo man noch am ehesten eine rein suggestive Entstehung gelten lassen möchte, wird man häufig die Mitwirkung anderer Momente nachweisen können. Was hat es aber mit Suggestion zu tun, wenn in der Nähe eines Soldaten eine Granate platzt und er daraufhin erbricht, in Krämpfe verfällt, gelähmt oder bewußtlos wird? Auch der nicht minder verschwommene Begriff der Autosuggestion bringt uns dem Verständnis dieser Vorgänge nicht näher. Nicht einmal ihre Fixation macht er uns begreiflicher, über ihre Entstehung sagt er uns überhaupt nichts. Sieht man in den Reaktionen der Hysterischen nur fixierte, übertriebene Ausdrucksbewegungen, wie das heute so häufig geschieht, dann kommt man mit dem Begriff Suggestion erst recht nicht aus. Denn die körperlichen Begleiterscheinungen der Affekte wird doch niemand auf Suggestion zurückführen wollen. Der Weg, auf dem sich psychische Vorgänge aufs Körperliche übertragen, wird sich vermutlich nie restlos aufdecken lassen. Wir sollten aber dankbar sein, Methoden zu besitzen, die wie das Franksche Verfahren uns immerhin einen gewissen Einblick in den Mechanismus der sich hierbei abspielenden Geschehnisse gewähren und vor allem uns Aufschluß darüber geben, ob überhaupt eine Abhängigkeit bestimmter körperlicher Symptome von psychischen Vorgängen besteht. Daß wir aus dem Ergebnis der hypnotischen Suggestionsbehandlung in der Beziehung keine allzu weitgehenden Schlußfolgerungen ziehen dürfen, habe ich bereits oben auseinandergesetzt. Noch weniger zuverlässig ist die einfache klinische Beobachtung. In einzelnen Fällen mag sie ausreichen. In vielen anderen läßt sie aber ganz im Stich und bleibt schließlich immer ein willkürliches Verfahren, das je nach der persönlichen Stellungnahme des Untersuchers zu ganz verschiedenen Resultaten führen kann. Wenn Oppenheim in einer seiner Krankengeschichten ohne jede Begründung behauptet: „der psychogene Ursprung der Lähmung ist ganz ausgeschlossen¹⁾“, so mag er selbst davon noch so überzeugt sein, etwas Zwingendes für einen anderen kann darin doch unmöglich liegen. Wer sich ausschließlich auf die unmittelbare klinische Beobachtung verläßt, verfällt allzu leicht in jenen Fehler, den man gerade den Freudschen Forschungen der letzten Jahre mit Recht zum Vorwurf macht: Er verlegt sich aufs Deuten. Wirft doch Oppenheim selbst die Frage auf: „Wäre es nicht denkbar, daß die direkte und die indirekte Erschütterung des Gehirns ganz dieselben Folgeerscheinungen auszulösen

1) l. c., Krankengeschichte XXV, S. 65.

vermöchten wie die seelische Erschütterung¹⁾? Begriffe, wie Lockerung und Verlagerung feinsten Gewebselemente, Sperrungen von Bahnen, Innervationsentgleisung, falsche Weichenstellung (Kalischer), Diasthisis usw. sind ja nur bildliche Umschreibungen von Tatsachen, über deren Eigenart sie nichts aussagen²⁾. Statt sich in weitschweifigen Erörterungen über Dinge zu ergehen, die zum größten Teil weder bewiesen noch widerlegt werden können, wäre es zweckmäßiger, Methoden heranzuziehen, die, wie das Franksehe und ähnliche Verfahren, uns in zwingender Weise über den Zusammenhang von Ursache und Wirkung aufklären. Es ist schließlich noch begreiflich, wenn diejenigen, die in erster Linie an eine somatische Entstehung neurotischer Symptome denken, sich dieser Methoden nicht bedienen, obschon der Beweis für die Richtigkeit ihrer Auffassung vor allem doch per exclusionem erbracht werden muß. Unverständlich bleibt es aber, daß Autoren, die mit allem Nachdruck die psychische Entstehung der genannten Krankheitserscheinungen verfechten, grundsätzlich Methoden verwerfen, die besser denn alles andere ihre eigenen Anschauungen zu stützen vermögen.

Diese ablehnende Haltung ist um so bedauerlicher, als diesen Methoden auch eine große praktische Bedeutung zukommt. Daß man vor allem mit hypnotischer Suggestion viel erreichen kann, weiß ich sehr wohl aus eigener Friedens- und Kriegserfahrung. Aber auch sie ist kein Allheilmittel. Fall I zeigt, daß man mit der kathartischen Methode noch Erfolge erzielen kann in Fällen, in denen die Hypnose versagt, zumal in frischen Fällen, die noch das Vollbild der Neurose an sich tragen, dürfte erstere die überlegene sein. Es ist wohl kein Zufall, daß Nonne seine außergewöhnlich günstigen hypnotischen Erfolge ausschließlich an veralteten, symptomarmen Fällen erzielte. Es versteht sich von selbst, daß die durch das Trauma gesetzte Affektspannung sich mit der Zeit auch ohne jede Behandlung ausgleicht, wenn der Kranke von neuen Traumata verschont bleibt. Es lockert sich die Assoziation zwischen Affekt und Symptome, und die Symptome erlangen allmählich eine gewisse Selbständigkeit. Es ist begreiflich, daß sie dann einer suggestiven Beeinflussung eher zugänglich sind als zu Beginn der Erkrankung. Auch Kaufmann³⁾ bezeichnet als das Hauptindikationsgebiet für die von ihm bevorzugte Behandlung

1) l. c., S. 229.

2) Siehe die treffende Kritik Schusters in seiner Abhandlung „Entstehen die traumatischen Neurosen somatogen oder psychogen?“ Neurol. Centralbl. 1916, vor allem S. 509.

3) Kaufmann, Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Münch. med. Wochenschr., Feldärztl. Beil., 1916, Nr. 22.

die verschleppten Fälle. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß seine Methode eine kombinierte Behandlung darstellt. Es ist zwar reichlich Suggestion dabei, daneben kommt aber noch ein anderes Moment zur Geltung. Wie Schultze sich ausdrückt, wird die vorhandene Shockwirkung durch einen neuen experimentell erzeugten und willkürlich abgestuften (Chok beseitigt¹). Es findet also auch hier eine Art Abreaktion statt. Auf demselben Prinzip baut sich die Methode von Muck²) auf, der die Lähmung der Stimmbandmuskeln durch Erstickungsangst zum Verschwinden bringt. Der Unterschied gegenüber der Frankschen Methode besteht also darin, daß die eben genannten Verfahren auf die gleichzeitige assoziative Verarbeitung des veranlassenden Erlebnisses verzichten. Ein Nachteil, dessen Bedeutung nicht zu unterschätzen ist.

Die Erfahrung lehrt, daß sich mit allen diesen Methoden gute Resultate erzielen lassen, daß die Heilung vielfach sogar prompter eintritt als bei Anwendung des Frankschen Verfahrens. Es fragt sich nur, ob die längere Behandlungsdauer, die letzteres im Durchschnitt erfordert, nicht auch eine gründlichere Heilung gewährleistet. Schon deswegen, weil auf diese Weise die Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit in einem ganz anderen Maße ermöglicht wird als bei einem Verfahren, dem es nur um den symptomatischen Erfolg zu tun ist. Es ist bezeichnend, daß sowohl Nonne als Kaufmann sich sehr skeptisch über die weitere Prognose der von ihnen erzielten Heilungen äußern. Sie entlassen ihre Kranken grundsätzlich nur garnisondienstfähig und warnen geradezu davor, sie wieder an die Front zu schicken. Das mir zur Verfügung stehende Material reicht ja quantitativ bei weitem nicht an dasjenige Nonnes heran. Auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen trage ich aber keine Bedenken, Kranke, die nach der Frankschen Methode zu Ende behandelt worden sind, — falls eine stärkere Disposition nicht vorliegt — als felddienstfähig zu entlassen. Das weitere Schicksal meiner Kranken gibt mir ein Recht zu diesem Optimismus. Ich glaube sogar behaupten zu dürfen, daß die kathartische Behandlung die Kranken gesünder und innerlich gefestigter gestaltet, als sie vor der Erkrankung waren. Wie ich bereits dargelegt habe, sind apeh die sog. traumatischen Neurosen wohl nie das Ergebnis eines einzigen Traumas. In der Regel sind ihm unzählige andere vorausgegangen, die die Affektspannung immer mehr anwachsen ließen, bis schließlich ein Erlebnis mit besonders starkem Affekte die Erkrankung

¹) F. E. O. Schultze, Über die Kaufmannsche Behandlung hysterischer Bewegungsstörungen. Münch. med. Wochenschr. 1916, S. 1353.

²) Muck, Psychologische Betrachtungen bei Heilungen funktionell stimmgestörter Soldaten. Münch. med. Wochenschr., Feldärztl. Beil., 1916, Nr. 22 (siehe auch daselbst Nr. 12).

auslöste. Gelingt es nun, den größten Teil der im Laufe von Monaten und Jahren bewußt oder unbewußt aufgespeicherten Affektmasse durch Abreaktion zu beseitigen, dann muß auch die Widerstandsfähigkeit gegen neue Schädigungen erheblich größer werden.

Die Behandlung läßt sich in verhältnismäßig kurzer Zeit durchführen, wenn, wie in der Regel bei traumatischen Fällen, die Hauptursache, das auslösende Erlebnis bekannt ist. Es kann dann zur Abkürzung des Verfahrens auf suggestivem Wege künstlich hervorgerufen werden, falls es in den ersten Sitzungen nicht spontan auftritt. In der Zeit, die zu seiner Abreaktion notwendig ist, stellen sich die weniger bedeutungsvollen Szenen von selbst ein.

In ruhigen Zeiten, wie sie im Stellungskrieg ja nicht selten sind, ist die Methode in nicht zu komplizierten Fällen schon im Feldlazarett anwendbar. In erster Linie eignet sie sich aber natürlich für Kriegs- und Heimatlazarette, wo man die Kranken viel länger behalten kann und nicht, wie im Feldlazarett, zu befürchten braucht, die Behandlung jeden Augenblick unterbrechen zu müssen.

Im Hinblick auf den gegenwärtigen Streit um die „traumatische Neurose“ ist es nur zu wünschen, daß die Methode schon jetzt im Kriege eine weit größere Verbreitung findet als es bisher der Fall ist. Daß Freud an ihrem Ausbau einen hervorragenden Anteil hat, darf auch für diejenigen, die seine spätere Entwicklung nicht mitmachen wollen, kein Grund zur Ablehnung sein.