

XI.

Aus dem Reservelazarett I, Zweiglazarett Bürgerhospital, Stuttgart
(Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Fauser, fachärztlicher Beirat für
Psychiatrie und Nervenkrankheiten im XIII. (K. Württ.) A.-K.).

Kriegspsychiatrische und -neurologische Erfahrungen und Betrachtungen.¹⁾

Von

Dr. A. Fauser.

M. H.! Die psychiatrischen und neurologischen Berichte, die im Anfang und während des Verlaufes des gegenwärtigen Krieges bisher erschienen sind, pflegen mit dem Hinweis zu beginnen oder zu schliessen, dass es „Kriegspsychosen“ und „Kriegsneurosen“ im strengen, sozusagen spezifischen Sinne des Wortes nicht gebe. An der Richtigkeit dieses Satzes kann wohl kein Zweifel bestehen — die Erfahrung, und nicht erst die des gegenwärtigen Krieges, hat hier lediglich das bestätigt, was sich aus einleuchtenden Gründen des Denkens eigentlich schon im voraus ergibt; demgemäß ist diese Auffassung auch schon längst, bereits vor dem gegenwärtigen Kriege, zur Anerkennung gelangt und in der Literatur festgelegt worden (z. B. auch in dem Kraepelin-schen Lehrbuch).

Im Zusammenhang damit nun und als vermeintliche Konsequenz davon trifft man dann bei solchen Veröffentlichungen in der Regel dieselben Anschauungen, wie sie vor dem Kriege, wenn auch nicht die durchweg und allgemein anerkannten, so doch die herrschenden gewesen sind, und manchmal könnte es fast scheinen, dass das gewaltige psychologische Experiment dieses Krieges für die tiefere Erkenntnis gerade der psychiatrischen Erkrankungen keinen Fortschritt gebracht und dass das psychiatrische Denken, hierin zu seinem Nachteil von dem übrigen medizinischen Denken sich unterscheidet, sich mit den formal logischen Prozessen der Subsumtion des Neuen unter den alten Theorien und Dog-

1) Vortrag, gehalten vor den Stuttgarter Militärärzten, dem Stuttgarter ärztlichen Verein und dem Bezirksverein I Stuttgart am 27. Oktober 1917.

men, des Definierens und Interpretierens zu bescheiden habe, dass es sich für uns lediglich darum handle, die herrschenden psychiatrischen Anschauungen den besonderen Anforderungen des Krieges anzupassen, sozusagen ins Feldgrae, in eine „*Psychiatria militans*“ zu übersetzen. Aber so liegt die Sache natürlich — und ich füge hinzu: glücklicherweise — auch für die Psychiatrie nicht: keine Wissenschaft, wenn sie auf gesunder Grundlage aufgebaut ist, kann sich dem Gesetz der Entwicklung und des Fortschrittes auf die Dauer entziehen, und der viel zitierte Ben Akiba mag bezüglich des Tatsachenmaterials noch so oft im Recht sein — bezüglich der Bearbeitung des gegebenen Materials, der Sammlung und Ordnung der objektiven Tatbestände stehen die Aufgaben der wissenschaftlichen Psychiatrie selbstverständlich auf der gleichen Höhe, wie die der übrigen medizinischen Disziplinen. Wenn dies bis jetzt während des Krieges vielleicht nach aussen hin noch nicht so sichtbar in die Erscheinung getreten ist, wie z. B. bei der Chirurgie und der inneren Medizin, so mag das einesteils daran liegen, dass die Psychiatrie hinsichtlich ihrer wichtigsten Grundlagen — der Aetiologie und der Pathogenese — sich gegenwärtig zum Teil noch in einem kritischen, noch nicht völlig abgeklärten Stadium befindet, andernteils auch daran, dass gerade wir Psychiater und Neurologen — namentlich die in den Grossstädten mit ihren zahlreichen Lazaretten und militärischen Kommando- und Verwaltungszentralen — mit Einzeluntersuchungen und Einzelbegutachtungen ganz besonders stark belastet sind, und dass ausserdem vom Standpunkt der Militärverwaltung aus die Erörterung der praktischen Fragen der Diensttauglichkeit, der Dienstbeschädigung, der Rentenzumessung usw. naturgemäss dringlicher ist, als die der rein wissenschaftlichen Fragen.

Nachdem nunmehr diese notwendige und nützliche praktische Arbeit — besonders auch unter der Mitwirkung württembergischer Aerzte — in der Hauptsache getan ist, wird wohl damit gerechnet werden dürfen, dass für den Rest des Krieges und namentlich für die sich daran anschliessende Friedenszeit auch die rein wissenschaftliche Bearbeitung des Tatsachenmaterials zum Wort kommen wird; letzten Endes ist ja auch die praktische Stellungnahme von der Stellungnahme zu den klinischen Problemen abhängig, wenn auch die Praxis naturgemäss nicht bis zur endgültigen wissenschaftlichen Klärung aller Fragen warten kann. Und die Forschungsmethode muss auch hier im wesentlichen die klinische sein, die Einzelbeobachtung am Krankenbett; niemals kann sie z. B. durch die statistische Methode — auch später nicht, wenn einmal das gesamte Urmaterial vorliegt — ersetzt werden: ein einziger, erschöpfend und unter tunlichster Berücksichtigung aller

Fehlerquellen beobachteter Fall hat für die Feststellung des Gesetzes eine grössere Bedeutung, als auf summarischer Kenntnis auch noch so zahlreicher Einzelfälle aufgebaute Massenuntersuchungen und Massenumfragen. Nicht selten ist gerade in der Beobachtung des selten Vorkommenden, des von der Norm Abweichenden oder des scheinbar Unbedeutenden das Geheimnis des Fortschrittes gelegen.

Ich möchte nun aus den reichen Erfahrungen, die mir das Vertrauen der Heeresverwaltung in meiner Eigenschaft als fachärztlicher Beirat für Psychiatrie und Nervenkrankheiten verschafft hat, Ihnen heute einiges mitteilen, was mir sowohl aus praktischen wie namentlich aus theoretischen Gründen besonders wichtig erscheint; und zwar möchte ich Ihnen berichten über die psychopathischen Zustände überhaupt, weiterhin über Hysterie, Epilepsie und die Dementia praecox-Frage — alles nur insoweit, als meine Anschauungen darüber durch den Krieg eine Vertiefung erfahren haben.

Lassen Sie mich beginnen mit der ja viel und für manchen vielleicht bis zum Ueberdruss erörterten Hysteriefrage. Und zwar möchte ich dies tun unter wissentlichem und vorsätzlichen Verzicht auf eine scharfe Unterscheidung des engeren Begriffes des Hysterischen von dem weiteren des Psychogenen. Ich bin gewiss ein Freund von scharfen Unterscheidungen der einzelnen gegebenen Tatsachen und ich weiss selbstverständlich auch, dass wir im Interesse einer allgemeinen und raschen Verständigung der sprachlichen Symbole nicht entbehren können; aber eigentlich müsste dann jeder Verschiedenheit der individuellen Auffassung, jeder Änderung und jedem Fortschritt in der Erkenntnis regelmässig auch eine Änderung der sprachlichen Bezeichnung parallel gehen, wenn die Sprache nicht zu einer Tyrannin, zu einem Hemmschuh der Entwicklung werden soll. In dem Kraepelin'schen Lehrbuch finden Sie gerade in seiner klaren Einleitung zu den psychogenen Erkrankungen ein interessantes Beispiel für das eben Gesagte: K. versteht das Beiwort „psychogen“ in dem Sinne einer wirklichen „Verursachung“, nicht einer blossen „Auslösung“ durch psychische Einflüsse und rechnet dazu neben einer Reihe anderer Psychosen auch die Hysterie, die er dann wieder durch einige weitere Merkmale von den anderen psychogenen Psychosen unterscheidet; er unterlässt aber nicht, sofort zu bemerken, dass allerdings bei gewissen Formen der Hysterie auch der Fall einer blossen Auslösung durch psychische Einflüsse vorzukommen scheine.

Was nun zunächst das ätiologische Moment betrifft, so ist bemerkenswert die durch den ungeheueren Ausnahmezustand dieses Krieges bewirkte Verschiebung des Verhältnisses von „Konstitution“ und „Trauma“, von „endogen“ und „exogen“ zu Gunsten des

letzteren Moments, des Traumas, des Exogenen: auch Männer von der kräftigsten Nervenkonstitution halten den Wirkungen des Trommelfeuers, der Granatenschüttung, der Verschüttung und anderer psychischer Traumata nicht Stand. Dieser Verschiebung der ursächlichen Momente entspricht dann auch die Umkehrung des Zahlenverhältnisses in der Beteiligung der Geschlechter: wenn heute eine Durchzählung nach Geschlechtern erfolgen würde, würde sie mit Sicherheit ein Ueberwiegen des „stärkeren“ Geschlechts bezüglich der Beteiligung an diesen — doch herkömmlicherweise den konstitutionellen Erkrankungen zugeteilten — Neurosen und Psychosen ergeben. Damit soll natürlich die ursächliche Bedeutung — für einigermassen normale Aussenverhältnisse sogar die ganz vorwiegende ursächliche Bedeutung — des endogenen, konstitutionellen Faktors für diese Gruppe von Störungen keineswegs erschüttert werden, aber es ist nicht ganz unwichtig, festzustellen, dass die nahezu ausschliessliche Hervorhebung des endogenen Charakters doch nicht so ganz zu Recht besteht, dass vielmehr im Prinzip auch hier eine Mehrheit ätiologischer Faktoren, ein endogener und ein exogener, festzustellen ist, die mindestens unter besonderen, von den gewöhnlichen abweichenden Verhältnissen — z. B. eben dem Ausnahmezustand des Krieges, wo die Schädigungen von aussen her eine so überwältigende Rolle spielen — nicht ohne Schaden übersehen werden kann. Eine zu ausschliessliche Betonung des konstitutionellen, des Persönlichkeitsfaktors in solchen Fällen lässt naturgemäss die Bedeutung des Traumas um ebensoviel kleiner erscheinen und ist dann logischerweise auch nicht ohne Einfluss auf die praktischen Fragen der Dienstbeschädigung und der Rentenzumessung; sie trübt aber auch unseren Blick für die richtige pathogenetische Auffassung und praktische Bewertung anderer psychischer Krankheiten und Krankheitsgruppen, namentlich der Dementia praecox-Gruppe, wie wir später sehen werden.

Mit der genannten Verschiebung des Verhältnisses von Konstitution und Trauma hängt dann auch die erheblich bessere Prognose zusammen, die wir bei diesen „Kriegsneurosen“ und „Kriegspsychosen“ beobachten: eine rein konstitutionelle Krankheit ist natürlich im Prinzip unheilbar und so hat ja auch die Hysterie des Friedens, wenigstens beim Erwachsenen, keine gute Prognose; und gar von der männlichen Hysterie galt bis jetzt der Satz, dass sie zwar ziemlich selten, aber, wo sie einmal auftrete, von besonders schlechter Prognose sei, denn — so argumentiert man und mit Recht — zur hysterischen Erkrankung einer Frau mit ihrem schon unter normalen Verhältnissen beweglicheren, labileren Gefühlsleben gehört kein so hohes Mass von konstitutioneller Degeneration wie zu derselben Erkrankung beim Manne, dessen Persön-

lichkeit mehr in den objektiveren intellektuellen Prozessen verankert ist. — So haben wir also hier im Kriege das Doppelte erlebt: es erkranken viel mehr Männer als Frauen an Hysterie und diese männliche Hysterie hat eine viel bessere Prognose als die weibliche — beides im Widerspruch zu unseren bisherigen Erfahrungen. Auch zu diesem Punkt, der besseren Prognose der Kriegshysteriker, werden wir später, bei den Dementia praecox-Formen des Krieges, eine interessante Analogie finden — das alles übrigens immer, ich wiederhole es, nur in denjenigen Fällen und nur so lange, als wirklich der exogene Faktor sich in stärkerem Masse wirksam zeigt: jedem Neurologen ist ja bekannt, wie viel ungünstiger die Prognose auch im Kriege bei denjenigen Hysterikern ist, die ohne schwereres Erlebnis, schon bei der Möbilmachung, während der Ausbildungsperiode usw. erkrankt sind, oder bei denen das ursprüngliche, von aussen her wirkende psychische Trauma nachträglich allmählich durch Gefühlsvorgänge und Willensantriebe ersetzt worden ist, die von der eigenen Persönlichkeit ausgehen; dass in diesen letztgenannten beiden Fällen auch die Dienstbeschädigungs- und Rentenfrage anders zu regeln ist, bedarf wohl keiner näheren Begründung.

Ueber die äussere Erscheinungsform der psychogenen Erkrankungen vermag ich Ihnen heute nicht viel Neues mitzuteilen. Bestätigen kann ich, was z. B. Vogt („die Neurosen im Kriege“ in „die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems“) hervorhebt, dass „bei den motorischen Symptomen der Hysterie die groben, massigen Ausdrucksbewegungen obenan stehen“; es spricht sich darin eben, wie auch Vogt hervorhebt, die das konstitutionelle Moment an Bedeutung weit übertreffende Ungeheuerlichkeit und Massivität des verursachenden psychischen Traumas aus, wodurch im Gegensatz zu den Friedensverhältnissen das konstitutionelle Moment an Bedeutung zurückgedrängt wird. Auch die häufige Kombination organischer Symptome mit rein psychogenen habe ich häufig zu beobachten Gelegenheit gehabt, sowohl bei Läsionen der peripheren Nerven wie bei denen des Gehirns, seltener des Rückenmarks. Die Entstehungsweise solcher Kombinationen ist vielleicht nicht so ganz einfach; man spricht wohl von einer „Ueberlagerung von Organischem durch Funktionelles“ — das ist aber noch keine vollgültige Erklärung; ich möchte jedoch heute auf dieses interessante Problem nicht näher eingehen; ich glaube, dass solche Ueberlagerungen recht viel häufiger vorkommen, als wir bis jetzt annahmen — denken Sie nur an das „Kocher'sche Blutbild“ oder, wie man jetzt wohl sagt, „das degenerative weisse Blutbild“ (Lymphozytose mit Neutropenie), das man recht oft bei degenerativer Veranlagung oder bei erworbenen Krank-

heitszuständen findet¹⁾). Im übrigen hat der Krieg — unbeschadet einer gewissen Einförmigkeit in den erwähnten groben motorischen Störungen — die altbekannte ungeheure Vielgestaltigkeit der hysterisch-psychotischen Symptome überhaupt nicht bloss bestätigt, sondern auch anscheinend noch erheblich vermehrt. Wie gross diese Mannigfaltigkeit sein kann, davon haben wir uns vor dem Kriege vielleicht doch noch keine rechte Vorstellung gemacht: es gibt, rein nach den äusseren Symptomen betrachtet, wohl kaum ein Zustandsbild, das nicht auch psychogen veranlasst sein und in seinem Verlauf und seiner Prognose die Merkmale des Psychogenen an sich tragen könnte: Depressions-, Stupor-, Angstzustände, dann wieder expansive Zustände, motorische Erregung, Weitschweifigkeit, Delirien, Krampf- und Ohnmachtsantälle, gewöhnliche und Gansser'sche Dämmerzustände, paranoide Symptome mit Wahnbildung und Sinnestäuschungen, katatonieartige Zustände mit scheinbar allen klassischen Merkmalen der katatonischen Erregung oder des katatonischen Stupors — kurzum Bestandteile aus allen möglichen Psychosen, einzeln oder kombiniert, gleichzeitig oder nacheinander kommen unter psychogener Einwirkung zur Beobachtung und erweisen durch ihre Uebereinstimmung bezüglich der Aetiologie, des Verlaufes und Endausgangs und endlich des Mangels an einer anatomischen Grundlage ihre klinische Zusammengehörigkeit.

Bezüglich des diagnostischen Nachweises „organischer“ Veränderungen im eigentlichen Sinne, also z. B. der Augensymptome, der Sehnenreflexe, der Pyramidenzeichen, der Entartungsreaktion usf., resp. des diagnostischen Ausschlusses dieser Symptome bei Hysterie hat uns der Krieg wohl kaum etwas prinzipiell Neues gebracht; dagegen hat das alte diagnostische Rüstzeug in den letzten Jahren eine, wie ich glaube, auch für die militärischen Verhältnisse wichtige Bereicherung erfahren durch die von mir der Klinik dienstbar gemachten allgemeinen physiologischen Anschauungen Abderhalden's und die darauf begründete serologische Methodik. Wie meine Stuttgarter Kollegen wissen, habe ich die Resultate meiner Ueberlegungen und Untersuchungen Ende 1912 — ebenfalls hier im Bürgerhospital — zum erstenmal vorgelesen; sie haben nach ihrem Bekanntwerden und bis kurz vor dem Kriege, noch auf der Strassburger Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, teils begeisterte Zustimmung, teils schroffe Ablehnung erfahren; mir — und ich darf sagen auch anderen Untersuchern (z. B. Weygandt) — hat der Krieg im wesentlichen eine Bestätigung und Weiterführung meiner Anschauungen gebracht, namentlich scheint mir

1) Vgl. z. B. Bauer, Die konstitut. Dispos. zu inneren Krankheiten. 1917.

(und auch Weygandt) für die Differentialdiagnose zwischen reiner Hysterie und anderen psychischen Erkrankungen diese serologische Methodik schon jetzt von grosser Bedeutung zu sein und namentlich künftighin zu werden; und nicht bloss das — sie scheint mir insbesondere auch auf die tiefere Auffassung mancher Psychosen ein neues Licht zu werfen, teils in Form von Klärung bisher dunkler Probleme, teils umgekehrt in Aufzeigen des problematischen Charakters mancher bis jetzt scheinbar festgegründeter Anschauungen.

Darüber möchte ich Ihnen später, bei der Besprechung der im Kriege beobachteten „dysglandulären Psychosen“ — eine Bezeichnung, die ich bis auf weiteres, d. h. bis zur feineren Differenzierung der hierher gehörigen Erkrankungen, vorgeschlagen habe — das Nötige vortragen; zuvor möchte ich Ihnen noch sagen, welche Vorstellungen ich mir über die Pathogenese der hysterischen Störungen, besonders nach ihrem Inhalt, gemacht habe. Ich komme hier auf ein Problem, das mich — und nicht bloss bezüglich der Hysterie — schon vor vielen Jahren gereizt hat und das ich in mehreren Arbeiten¹⁾, vom Boden der Wundt'schen physiologischen Psychologie aus, zu lösen versucht habe. Ich habe schon vor 12 Jahren betont, dass es sich hier um koordinierte Symptomenkomplexe handelt, die beim Gesunden bereits präformiert sind, deren einseitiges Hervortreten aber beim Gesunden durch eine Reihe von Momenten, insbesondere durch die Einflüsse der Uebung, Erziehung, der intellektuellen Prozesse ganz oder nahezu ganz verhindert wird, und habe bei der Analyse eines Spezialfalles — des bei Geisteskranken, namentlich bei Dementia praecox-Kranken, häufig zur Beobachtung gelangenden Symptoms der rhythmischen Betonung — ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer phylogenetischen Erklärung dieser und ähnlicher Erscheinungen hingewiesen und gezeigt, „dass wir sie (wie die zweckmässigen Reflexe) am ehesten als ursprüngliche Willenshandlungen, insbesondere Triebhandlungen aufzufassen haben, die im Laufe der generellen Entwicklung stabilisiert und mechanisiert worden sind“. Auch Kraepelin spricht in der neuesten Auflage seines Lehrbuches die Ansicht aus, dass es sich hier um stammesgeschichtlich uralte Prozesse handelt und zwar grossenteils um Schutzeinrichtungen, die beim Kulturmenschen allmählich durch bewusste, vom Verstand geleitete Waffen abgelöst worden seien. An einer Reihe von Beispielen macht K. die Zweckmässigkeit dieser — beim normalen Menschen also durch höhere psy-

1) Fauser, „Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen“. Derselbe, „Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken“. Beide in „Allg. Zeitschr. f. Psych.“ Bd. 62.

chische Prozesse in die Tiefe gedrängten, beim Hysteriker aber wieder an die Oberfläche tretenden — phylogenetisch erworbenen Schutzeinrichtungen anschaulich: hysterische Gesichtsfeldeinengung, Blindheit, Taubheit, Anästhesien, Bewusstseinstrübungen, manche an die Kataplexie der Tiere erinnernde Lähmungserscheinungen mögen ursprünglich den Zweck verfolgen, uns schmerzhaften Sinneseindrücken oder anderen Schädigungen zu entziehen, andere hysterische Erscheinungen, z. B. Kontraktoren, Zuckungen, Krämpfe, Atembeschleunigung, Herzklopfen mögen — ebenfalls unter dem Gesichtspunkt einer ursprünglich biologisch zweckmässigen Massregel — als Versuch äusserster Anspannung aller Kräfte aufgefasst werden, andere, wie z. B. Schmerzen, Ueberempfindlichkeit als Warnungssignale, wieder andere als Hilfsmittel zur Beseitigung von Schädigungen, z. B. der hysterische Husten, Niesen, Räuspern, Lidkrämpfe, Erbrechen, Durchfälle, Schweiß usf. Also ich wiederhole: es sind präformierte, in der Hauptsache auf uralte stammesgeschichtliche Entwicklungen zurückweisende, ursprüngliche Willens- und Triebhandlungen, die hier in den sogenannten hysterischen Erscheinungen uns entgegentreten. Es sind sozusagen Bruchstücke der Persönlichkeit, die beim gesunden, vollsinnigen Menschen unter der Herrschaft höherer, erst in der späteren Entwicklung aufgetretener Prozesse zu der Einheit des seelischen Lebens vereinigt, hier beim Kranken dagegen auseinandergelegt, dissoziiert sind.

M. H.! Sie müssen mir gestatten, dass ich hier einige prinzipielle psychologische Anschauungen anfüge, ohne die uns nicht blass das Zustandekommen der hysterischen Störungen, sondern der psychischen Störungen überhaupt niemals verständlich sein wird: 1. wir müssen uns die „Seele“ des gesunden Menschen zwar als etwas Einheitliches, aber nicht als etwas Einfaches, sondern als etwas ungemein Zusammengesetztes vorstellen; Einheitlichkeit ist keineswegs identisch mit Einfachheit. 2. Wir dürfen ferner nicht von einem „Substanz“, sondern müssen mit Wundt von dem „Aktualitätsbegriff“ der Seele ausgehen, wir müssen sie uns nicht als etwas Beharrendes, sondern als in steter Tätigkeit sich befindend vorstellen: ohne Unterbrechung wogen die seelischen Prozesse auf und ab, findet eine beständige Zerlegung der zusammengesetzten seelischen Gebilde in einfachere, eine Synthese der einfacheren zu zusammengesetzten statt — also ein ständiger psychischer Auf- und Abbau, ganz ähnlich wie bei den zellulären Stoffwechselvorgängen. In diese organisierte, nach einem einheitlichen vernünftigen Ziel geordnete psychische Tätigkeit greift nun das psychische Trauma ein und zwar im Sinne einer Beschleunigung, vergleichbar etwa mit der Wirkung der Katalysatoren, deren Wesen ja darin besteht, dass sie beschleunigend auf chemische Vorgänge einwirken; ohne

einen solchen „psychischen Katalysator“ kein hysterisches Symptom! M. H.! Ich habe es mir zum Grundsatz gemacht, wenn ich ein Krankheitsbild vor mir habe, wenn es auch äusserlich noch so sehr an Hysterie erinnert, wenn es auch keine organische Grundlage erkennen lässt, es erst dann als „hysterisch“ aufzufassen, wenn ich einen solchen psychischen Katalysator aufgefunden habe, also ein (direktes oder reproduziertes) stark gefühlsbetontes Erlebnis oder einen wirksamen Willensvorgang (der natürlich alle Nuancen des Bewussten bis in die Nähe des Unbewussten an sich tragen kann). Den Weg zur Hysterie-Diagnose einfach auf negative Weise, „per exclusionem“, zu suchen, wie schon empfohlen worden ist, halte ich aus sachlichen und logischen Gründen nicht für ganz richtig — eine solche bloss negative Beweisführung wäre nur dann erlaubt, wenn wir über die Zahl und die Art der überhaupt möglichen Krankheitsformen genau und endgültig unterrichtet wären —, das trifft aber in der Medizin und namenlich in der Psychiatrie keineswegs zu; wir müssen deshalb auch durch positive Merkmale (also z. B. „stark gefühlsbetontes Erlebnis“ als Ursache) unseren Gegenstand zu fassen suchen. — Ich will bei dieser Gelegenheit nicht unterlassen anzufügen, dass ich z. B. gemäss dieser meiner Auffassung die sogenannte „Alkoholhysterie“, wie sie Kraepelin beschreibt, nicht zur Hysterie zu rechnen vermag.

Selbstverständlich ist, auch wenn auf diese Weise die Beweiskette des Hysterischen geschlossen ist, noch nicht erwiesen, dass es sich bloss um Hysterie handelt, wir wissen ja, dass auch auf Groborganisches — und nicht bloss auf das, sondern auch auf sonstige nicht der Hysterie zugehörige Erkrankungen — sich Hysterisches „aufpfropfen“ kann.

Aber auch damit ist der hysterische Vorgang noch nicht völlig aufgedeckt: Ich habe Ihnen bis jetzt erklärt, wie das einheitliche Gebilde der Persönlichkeit in die einzelnen Bestandteile aufgelöst vor uns liegt, so dass das einheitliche Ganze, das vorher sichtbar war, zurücktritt, dagegen die Teile, gewissermassen das Räderwerk, das bis dahin wohl verborgen in der Tiefe untergebracht war, offen zu Tage liegt, aber bei der Hysterie geht der Prozess ja noch weiter: auch von diesen Trümmern, diesem „Räderwerk“, tritt ein Teil in den Hintergrund, nur ein Bruchteil davon wird sichtbar und dieser dann wohl sogar in verstärktem Masse — wir sehen am Hysteriker ja nicht sämtliche „disjecta membra“ des „homo sapiens“, sondern nur einzelne, also z. B. von den dunklen und hellen Gefühlstönen, aus denen das normale Seelenleben zusammengesetzt ist, etwa nur die dunklen, diese dann sogar in grösserer Stärke, die andern überhaupt nicht. Wie ist das zu erklären? Ich kann

hier nur immer wieder auf Wundt verweisen, dessen physiologische Psychologie eine noch lange nicht ausgeschöpfte Fundgrube psychiatrischer Erkenntnisse ist. Ich will Sie hier nicht lange mit psychologischen Theorien belästigen, sondern nur hinweisen auf Wundt's „allgemeines neurologisches Prinzip der Kompensation der Funktionen“, wonach sich die „Funktionshemmung“ eines bestimmten Zentralgebiets mit einer Funktionssteigerung anderer in Wechselbeziehung stehender Gebiete verbindet; darauf beruht nach Wundt der physiologische Anteil der Theorie von Schlaf, Traum und Hypnose: dieselbe Theorie möchte ich auf die mit den hypnotischen Erscheinungen ja so nahe verwandten hysterischen Zustände anwenden.

Wir hätten demnach folgenden psychologischen Entwicklungsgang des hysterischen Zustandes: Spaltung der zusammengesetzten einheitlichen Persönlichkeit durch ein gefühlsstarkes Ereignis, einen „psychischen Katalysator“, Hervorhebung einzelner der so gebildeten Bruchstücke, entsprechende Vernachlässigung, Verdrängung der anderen — nach dem allgemeinen neurologischen Prinzip der Kompensation der Funktionen.

Wir hätten dann noch zu erklären, wieso es kommt, dass die Hysterie in so vielerlei Gestalten auftritt, warum von den Trümmern, in die die Persönlichkeit zerschlagen worden ist, im einen Fall diese, im anderen Fall jene bevorzugt, andere dagegen vernachlässigt werden. Ich will Sie hier mit theoretischen Auseinandersetzungen nicht länger hindrehen und nur bemerken, dass beim Zustandekommen dieser Verschiedenheiten wohl exogene und endogene Faktoren konkurrieren: sowohl das gefühlstonte Erlebnis — und zwar nicht bloss dynamisch, sondern auch seinem Inhalt nach — wie angeborene oder erworbene physiologische Dispositionen sind an der differenten inhaltlichen Gestaltung der entstehenden hysterischen Psychose beteiligt.

Bezüglich des genesungshemmenden, krankheitfixierenden Moments hat uns eigentlich der Krieg nichts gebracht, was wir nicht auch schon von der Unfallpraxis her gewusst hätten. Ich schliesse mich hier ganz den Anschauungen der übrigen Autoren an, wie sie bereits vor dem Kriege ausgesprochen worden sind; an die Stelle des ursprünglichen, von aussen her wirkenden Traumas treten hier später einfach von innen her wirkende Schädigungen, Gefühle, Gemütsbewegungen und Willensvorgänge (die sog. Begehrungsvorstellungen) — von den mehr oder weniger klar bewussten bis an die Grenze der unbewussten.

Natürlich habe ich, sobald ich die Ueberzeugung gewonnen habe, dass das ursprüngliche Trauma sich in seinen Wirkungen erschöpft hat und an seine Stelle ein aus der Persönlichkeit des Mannes selbst stam-

mender, bei gutem Willen unterdrückbarer Faktor als krankheiterhaltendes Moment getreten ist, auch bei meinen Begutachtungen die entsprechende praktische Konsequenz zu ziehen. Selbstverständlich gilt auch hier der Satz, dass im Zweifelsfalle zu Gunsten des zu Begutachtenden zu entscheiden ist; dies wird uns um so leichter fallen, je schwerer das ursprüngliche psychische Trauma war, je mehr es event. mit physischen Komponenten belastet war resp. noch ist und ein je kürzerer Zeitraum seit dem Trauma verstrichen ist. Eine etwa für die frühere Zeit nachgewiesene Verminderung der psychischen Widerstandsfähigkeit, die aber bis dahin keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit hatte, gibt keinen Anlass zur Verweigerung oder Kürzung der Rente, auch wenn die traumatische Erkrankung als ein Produkt aus beiden Faktoren, dem exogenen und endogenen, aufzufassen ist. Selbstverständlich ist bei solchen, auch den inneren Antrieben gegenüber wenig widerstandsfähigen Personen doppelt scharf zu prüfen, ob überhaupt krankmachende Einflüsse von aussen her noch mitspielen; davon kann natürlich keine Rede sein, dass für die vermehrte Versuchung von innen her, denen von Haus aus pathologische Persönlichkeiten mehr ausgesetzt sind als andere, nunmehr „der Fiskus, d. h. die Allgemeinheit, aufzukommen hätte; es wäre auch gar nicht im wohlverstandenen Interesse der Betreffenden selbst, denn es ist ein alter, auch durch die Erfahrungen der Unfallpraxis tausendfach bestätigter Satz, dass jede körperliche und geistige Kraft nach Betätigung ringt und dass, wenn sie nicht nach aussen, in produktive Arbeit, sich umsetzt, sie sich gegen den Betreffenden selbst, in zerstörendem Sinne, wendet. Andererseits wollen wir aber auch bei sicher nachgewiesenen Fällen von Uebertriebung das nicht vergessen, dass es sich auch hier um „Menschliches“ handelt, um Aeusserungen eines uns allen angeborenen Egoismus und Selbsterhaltungstrieb, der beim sittlich Höherstehenden freilich im Laufe des Lebens durch höhere sittliche Vorstellungen überwunden werden kann; wo diese letzteren aber ungenügend funktionieren, dürfen und müssen wir erziehen — eventl. auch durch Herabsetzung oder Entzug der Rente, da und dort kann auch einmal ein ernstes Wort geradezu zur sittlichen Pflicht werden. — Ich kann aus einer jetzt mehr als dreijährigen, umfangreichen Begutachtertätigkeit sagen, dass ich in diesen Punkten bei den entscheidenden militärischen Stellen stets verständnisvolles Vertrauen gefunden habe und dass auch von den beteiligten Kollegen selbst — unbeschadet natürlich persönlicher Nüancen, die sich überall zeigen, wo freie Männer ihre Ueberzeugung aussprechen — nach einheitlichen Grundsätzen zusammengearbeitet wird. Es ist uns hier eine ungemein schwierige, verantwortungsvolle und vielfach

undankbare Aufgabe zugewiesen, für die wir das Vertrauen der Allgemeinheit brauchen, aber — wie wir wohl ohne Rühmredigkeit sagen dürfen — auch verdienen.

M. H.! Und nun möchte ich Ihnen noch über einige Erkrankungen berichten, die äusserlich mit der Hysterie grössere oder geringere Ähnlichkeit haben können und bei denen deshalb die Differentialdiagnose manchmal etwas schwierig ist. Ich denke dabei an die von mir als „dysglanduläre“ bezeichneten Psychosen — worunter ich vorderhand nur diejenigen verstanden wissen möchte, bei denen sich eine Dysfunktion einer oder — meist — mehrerer innersekretorischer Drüsen mittelst der Abderhalden'schen serologischen Methodik nachweisen lässt. Ich habe oben bereits ausgeführt, dass unter den durch psychische Einwirkung verursachten Psychosen sich auch paranoide oder katatonieartige Zustände — also scheinbar Fälle aus der Dementia praecox-Gruppe — mit scheinbar allen klassischen Merkmalen der katatonischen Erregung, des katatonischen Stupors usw. finden, die durch ihre Ueber-einstimmung bezüglich der Aetiologie, des Verlaufs und Endausgangs und endlich des Mangels an einer anatomischen Grundlage ihre klinische Zusammengehörigkeit mit den hysterischen Psychosen erweisen. Es ist uns in der ersten Zeit des Krieges mehrfach passiert, dass wir bei einem Kriegsteilnehmer eine Dementia praecox diagnostizierten und die Prognose dementsprechend einrichteten, bis dann vor unseren Augen oder in einer auswärtigen Anstalt allmählich völlige Heilung eintrat oder eines schönen Tages ein bis dahin verloren Geglubter sich frisch und geistig gesund bei uns vorstellte. Seit wir das wissen, sind wir bei der Prognose dieser Zustände sehr viel vorsichtiger geworden. Es fragt sich nun, ob wir diese Einschränkung auch der Diagnose gegenüber machen müssen, d. h., ob wir in jedem Fall, wo wir eine Dementia praecox diagnostizierten und nachher völlige Heilung eintrat, auch unsere Diagnose revidieren und einfach statt „Katatonie“ „Hysterie“ setzen müssen. Meine Ansicht ist, dass wir dies allerdings in vielen Fällen tun müssen; es sind nach meiner Erfahrung hauptsächlich solche Fälle, bei denen sich eine dauernde Einstellung auf das psychogene Erlebnis feststellen lässt, auf die demgemäß das primäre Erlebnis auch inhaltlich stark abfärbt — bei denen sich also, um bei meinem obigen Bilde zu bleiben, der psychische Katalysator andauernd, und zwar auch nach seiner inhaltlichen Seite, wirksam erweist. Es sind die Fälle mit psychisch stark beeinflussbarem, unstetem, wechselndem Verlauf, bei denen jede Erinnerung an das Psychose erzeugende Ereignis sofort wieder eine Verschlimmerung bewirkt. Ist eine solche Erkrankung unter einem starken psychischen Trauma zustande gekommen und heilt sie restlos aus, so

bin ich geneigt, eine Hysterie zu diagnostizieren oder event. meine bisherige anderslautende Diagnose zu korrigieren unter der Voraussetzung, dass die Abderhalden'sche Reaktion dauernd eine negative ist; auch bei positivem serologischen Befund das Wort „hysterisch“ noch anzuwenden, widerstreitet mir, weil ich unter Hysterie — und damit befindet sich mich wohl in Uebereinstimmung mit den anderen Autoren — doch zunächst nur solche psychogene Erkrankungen verstehen möchte, bei denen sich nicht bloss keine anatomische, sondern überhaupt keine physische Gründlage erweisen lässt. Man muss natürlich bei solchen Dingen, wo alles erst im Werden ist, äusserst behutsam vorgehen und darf der künftigen Entwicklung nicht durch scharf formulierte Behauptungen voregreifen. Um auch die Tatsachen reden zu lassen, werden wir Ihnen nachher eine Anzahl serologischer Befunde samt den zugehörigen Kranken vorführen; ich darf Sie hier auch, neben meinen zahlreichen früheren Arbeiten auf diesem Gebiet, auf meinen Kriegsvortrag im Frühjahr 1915¹⁾ und auf zwei während des Krieges auf Beobachtungen in unserem Lazarett (Bürgerhospital) beruhende Veröffentlichungen²⁾ hinweisen; hoffentlich wird es einem meiner jüngeren Kollegen möglich sein, unsere an mehr als 500 Militärkranken gemachten serologischen Untersuchungen wissenschaftlich zu bearbeiten und zu veröffentlichen. Das Ergebnis meiner Untersuchungen und Ueberlegungen habe ich schon vor 1½ Jahren gelegentlich einer von dem K. Württ. Sanitätsamt angeregten Aeusserung über meine Stellungnahme zur „traumatischen Neurose“ und anderen Fragen niedergelegt; vielleicht darf ich der Kürze halber an diesen zufälligen Umstand anknüpfen und einige Sätze aus meiner damaligen Aeusserung wiederholen: bei der Mehrzahl der traumatischen Neurotiker handelt es sich — wie ja übrigens wohl alle Autoren mit Einschluss von Oppenheim selbst jetzt annehmen — lediglich um die Wirkung suggestiver Einflüsse im Zusammenhang mit dem Rentenkampf usw., von einem anderen Teil nimmt O. bekanntlich an, dass es sich dabei um die physische Nachwirkung allzu heftiger, die Leistungsfähigkeit der Nervensubstanz übersteigender Reize handelt. Darüber, ob es tatsächlich solche Fälle gibt und nach allgemeinen physiologischen Gesetzen geben kann, wie O. es sich vorstellt — also Fälle von Neurosen und Psychosen, die ohne psychische Komponente und auf einem ausschliess-

1) Württ. Med. Korrespondenzblatt 1915.

2) Uhlmann, „Serologische Befunde bei Granaterschütterung“. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 18. — Bauer, „Hysterische Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern“. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1916. Bd. 57.

lich das Nervensystem benützenden Wege zustande kommen — möchte ich heute keine Vermutungen aufstellen, aber das ist allerdings jetzt schon meine bestimmte Ueberzeugung, dass es Fälle gibt, bei denen es sich um physische Nachwirkungen allzu heftiger, die Leistungsfähigkeit entweder der Nervensubstanz oder des innersekretorischen Apparates oder beider übersteigender, jedenfalls aber den innersekretorischen Apparat mit beeinflussender Reize handelt. Wo die Insuffizienz liegt, ferner ob sie eine absolute oder eine nur relative ist, lässt sich vorerst noch nicht sagen — vielleicht liegt die Sache bei den verschiedenen Fällen verschieden¹⁾. Was ich sicher anzugeben weiss, ist das, dass wir bei Kriegsteilnehmern in zahlreichen Fällen nach starken psychischen Traumen Fermente gegen innersekretorische Organe (Schilddrüse, Nebenniere, Testikel etc.) haben nachweisen und dieselben auch — wie ich dies schon vor einigen Jahren an der Dementia praecox habe zeigen können — auf Kaninchen haben übertragen können²⁾. M. H.! Ich weiss, dass meine Befunde und die Deutung, die ich ihnen gegeben habe, vielfach auch jetzt noch auf Widerstand stossen, obwohl sie inzwischen durch zahlreiche Untersuchungen an anderen Anstalten auch während des Krieges bestätigt worden sind. Soweit dieser Widerstand dadurch begründet ist, dass durch die neuen Anschauungen alte Lehrmeinungen umgewandelt und umgestossen werden, kann ich diesem Einwand grundsätzlich nicht beistimmen: wie ich bereits in meinen beiden Vorträgen auf den Jahresversammlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau³⁾ (Mai 1913) und Strassburg¹⁾ (April 1914) betont habe, ist „das überhaupt das Förderliche und Erfreuliche an dem gewonnenen neuen Gesichtspunkt, dass nicht das Klinische und das Serologische sich einfach immer decken und restlos ineinander aufgehen, sondern dass häufig ein Rest von Problematischem zurückbleibt, der zum Weiterforschen anregt. Die Bedeutung der serologischen Befunde kann also dadurch nicht erschüttert werden, dass sie mit manchen herrschenden klinischen Anschauungen und Krankheitsaufstellungen in Konflikt geraten.“ „Nicht darum kann es sich handeln, unsere bisherigen Krankheitseinteilungen unter allen Umständen zu konservieren und deshalb die Bedeutung der serologischen Befunde durchweg an ihrer Uebereinstimmung oder Nichtübereinstimmung mit

1) Vgl. dazu Fauser: „Ueber dysglanduläre Psychosen“. Deutsche med. Wochenschr. 1916.

2) Vgl. dazu Uhlmann l. c.

3) Fauser: „Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der Abderhalden'schen Anschauungen und Methodik“. Zeitschr. f. Psych. 1913. Bd. 70.

unseren bisherigen Aufstellungen zu messen; die serologische Auffassung ist nicht „konservativ“, sondern „fortschrittlich“ — wie es übrigens der Geist der klinischen Psychiatrie der letzten Jahrzehnte ohnedies ist.“ Es tut mir in der Seele weh, dass gerade Kräpelin, dessen bahnbrechenden Arbeiten die deutsche Psychiatrie und die Psychiatrie überhaupt so ungemein viel verdankt und dessen Geist mit in erster Linie es ist, der gerade die Psychiatrie der letzten Jahrzehnte in neue Bahnen gelenkt hat, sich den neuen Auffassungen auch jetzt noch entgegenstellt, so dass' er in der während des Krieges entstandenen Neuauflage seiner „Einführung in die psychiatrische Klinik“ (1916) noch sagen konnte, dass „die Ursachen der Dementia praecox noch völlig im Dunkeln liegen“ und dass „das vielumstrittene Abderhalden'sche Dialysierverfahren bisher noch keine für die klinische Psychiatrie verwertbaren Ergebnisse geliefert habe“. Immerhin lautet die letztgenannte Aeusserung doch erheblich zurückhaltender, als der noch auf der Strassburger Versammlung von einem seiner Schüler vertretene Standpunkt, nach dem die ganze Sache überhaupt keine „biologische“, sondern lediglich „psychologische“ (d. h. unter dem Gesichtspunkt des Geisteszustandes ihrer Urheber und Verbreiter) Bedeutung hat. Wir stehen freilich, wie ich bei meinen allerersten Veröffentlichungen bis zuletzt stets betont habe, erst am Anfang, aber wir dürfen erwarten, dass, wenn wir an Stelle des bisherigen Auseinanderarbeitens ein ruhiges besonnenes Zusammenarbeiten setzen, wir dem Ziele uns immer mehr nähern werden. Bezuglich des obigen Satzes Kräpelin's möchte ich übrigens noch bemerken, dass das „Dialysierverfahren“ überhaupt nicht den eigentlichen Kern der ganzen Sache darstellt; es ist nur das Werkzeug — und zwar, wie auch Abderhalden und ich selbst von Anfang an oft genug hervorgehoben haben, leider kein vollkommenes Werkzeug, das hoffentlich bald durch ein besseres ersetzt werden kann. Die Hauptsache und das grundsätzlich Neue besteht in den von A. mit genialem Blick und auf Grund langjähriger, mühevoller Versuche gefundenen zellularphysiologischen Anschauungen, insbesondere seiner Abwehrfermenttheorie, und auf der von mir unternommenen und in zahlreichen Arbeiten durchgeföhrten Uebertragung der Abderhalden'schen Ideen auf die Probleme der Psychiatrie.

Was nun der Krieg mir in dieser Beziehung Neues gebracht hat, das ist die Ueberzeugung von dem starken Einfluss, den exogene und darunter auch psychische Einflüsse bei den Krankheitsformen der Dementia praecox-Gruppe ausüben — ganz analog der bereits erwähnten Umkehrung des Verhältnisses zwischen „endogen“ und „exogen“ bei der Hysterie und im Gegensatz zu den Friedenserfahrungen, welche durch-

aus das konstitutionelle, endogene Moment in den Vordergrund rücken. Ich weiss, dass das wiederum den herrschenden Lehren zuwiderläuft, denn von der Dementia praecox lautet die Schulmeinung, dass sie rein endogenen Charakters sei und dass die dafür Prädestinierten mit der Notwendigkeit eines Fatums ihr verfallen seien; und auch denjenigen Forschern, die schliesslich der Annahme einer dysglandulären Erkrankung nicht so ganz abgeneigt sind, fällt es schwer anzunehmen, dass psychische Reize dabei eine Rolle spielen sollen. Aber, m. H., ist das denn überhaupt so etwas Absurdes und Ungewöhnliches, bei der Einwirkung psychischer Reize auf unseren Körper, insbesondere bei ihrer Mechanisierung und Stabilisierung, an die Mitwirkung, an die Zwischen-schaltung innersekretorischer Drüsen zu denken? Wissen wir nicht schon längst, dass durch psychische Traumata ein vorhandener Basedow verschlimmert, ein latenter manifest werden kann? Dass es Fälle von Zuckerkrankheit und andere Stoffwechselstörungen gibt, wo die Sache ganz ähnlich liegt? Hier haben Sie doch einen Einfluss psychischer Traumata auf innersekretorische Organe und weiterhin dann auf die Entstehung und Verschlimmerung von Neurosen und Psychosen! Auf der kriegspathologischen Tagung¹⁾ in Berlin (April 1916) berichtete Beneke-Halle von einem „unverkennbar über das gewöhnliche Mass hinausgehenden Prozentsatz von Status thymicus mit Nebennierenatrophie bei den Kriegsteilnehmern“; er fasst den ganzen Prozess nicht als angeborene Konstitutionsanomalie, sondern als eine erworbene, schwankende Stoffwechselstörung auf und hat wie andere Autoren den Eindruck, als ob die Nebennierenatrophie den ganzen Prozess einleite und in vielen Fällen bis zur starken Thymushyperplasie treibe; in ätiologischer Hinsicht denkt er u. a. auch an die Folgen von Muskelanstrengungen oder nervösen Erregungen; interessant ist, dass bei der an diese Mitteilung sich anschliessenden Debatte mehrfach auch von Hodenatrophie berichtet wurde. Denken Sie ferner hier auch an die in letzter Zeit bei den Gynäkologen viel diskutierte Frage der Kriegsamenorrhoe und anderer Menstruationsstörungen und die dabei vermutete psychische Mitwirkung. Also sowohl bei rein innersekretorischen wie bei anderen Drüsen, bei denen wir einen innersekretorischen Anteil kennen — letzten Endes bei jeder Zelle überhaupt — finden wir Vorgänge, bei denen die Annahme naheliegt, dass sie durch psychische Einflüsse, erzeugt oder verstärkt werden und dass dadurch dann wieder ein Einfluss auf das Nervensystem ausgeübt wird. Auf manche dieser Dinge habe ich ja schon vor Jahren in verschiedenen

1) Fischer, Jena 1916.

Arbeiten hingewiesen, sie waren mir z. T., speziell die Verhältnisse bei Basedow, geradezu Wegweiser für meine Gedankengänge. Auf eine weitere interessante Tatsache habe ich ebenfalls schon längst hingewiesen, nämlich auf die Versuche eines amerikanischen Physiologen, der feststellte, dass, wenn man Tiere längere Zeit einem stärkeren Angst-
affekt aussetzt — etwa Katzen mit Hunden zusammensperrt — im Blut dieser Tiere (Katzen) sich eine Vermehrung des Adrenalins feststellen lässt. Sollte bei einem Soldaten, der stundenlang den Schrecken des Trommelfeuers ausgesetzt ist, nicht auch etwas ähnliches vorkommen können? Und wenn dann in solchen Fällen das gefundene positive Resultat, nämlich der serologische Befund, der auf dem Wege der Analogie gewonnenen Vermutung entspricht, dann wird diese Vermutung immer mehr zur Wahrscheinlichkeit und Gewissheit, in der Sprache der formalen Logik gesprochen: das blos problematische Urteil des Analogieschlusses nähert sich immer mehr dem positiven Urteil. Also, m. H.! ich nehme bis zum Erweis des Gegenteiles an, dass der innersekretorische Apparat resp. einzelne Teile desselben durch psychische Einflüsse zur Dysfunktion gebracht und dass durch diese Dysfunktion — also eine erworbene, nicht blos konstitutionelle Störung — Stoffwechselerkrankungen, Auto intoxikationen und in der Folge nervöse und psychische Störungen erzeugt werden können. Es verhält sich in dieser Beziehung mit der Dementia praecox geradeso, wie mit der Hysterie: unsere bisherigen ätiologischen Ansichten über die Dementia praecox, wie sie in den Lehrbüchern niedergelegt sind, beruhen auf den Erfahrungen des Friedens, wo die äusseren schädigenden Momente nicht von der ungeheuren Gewalt sind wie im Krieg, und wo deshalb nicht so leicht der Fall eintreten kann, dass ein Mensch lediglich infolge seelischer Einwirkung an einer dysglandulären Psychose erkrankt; in Wirklichkeit wird ja der äussere Faktor auch unter Friedensverhältnissen nicht völlig wegfallen, aber er ist so klein, dass er ohne erheblichen Schaden vernachlässigt werden darf. Und aus dieser ätiologischen Auffassung ergibt sich dann auch naturgemäß die günstigere Prognose dieser Kriegsfälle: wer, ohne erheblichen äusseren Anlass, lediglich aus unabänderlichen konstitutionellen Momenten heraus, an Dementia praecox erkrankt, bei dem ist schwer zu denken, wie er den Rückweg zur Gesundheit wiederfinden kann; wo dagegen ein starkes äusseres Trauma als wirkender oder mitwirkender Faktor anzunehmen ist, da kann bei Wegfall dieses Faktors auch die Krankheit wieder zurücktreten; sie muss natürlich nicht — denn es kann auch ein irreparabler Schaden am innersekretorischen oder nervösen Apparat oder an beiden entstanden sein, sei es durch die besondere Intensität

des Traumas, sei es durch eine angeborene Minderwertigkeit des einen oder des anderen oder beider Apparate, sei es durch ein Zusammentreffen von Trauma und angeborener Minderwertigkeit.

Dass auch körperliche Schädigungen, Erschöpfung, Ueberanstrengungen usw. durch Vermittlung von Stoffwechselstörungen ähnlich wirken können, habe ich bereits in meinem kriegsärztlichen Vortrag (s. o.) hervorgehoben.

Von diesen pathogenetischen Anschauungen habe ich mich nun von Anfang an auch bei der Beurteilung der D.-B.-Frage leiten lassen: bei einem bis dahin nicht geisteskranken Mann, der im Felde sehr Schweres in geistiger und körperlicher Hinsicht erlebt hat und im Anschluss daran an Dementia praecox erkrankt ist, habe ich den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose als so wahrscheinlich angesehen, dass ich ihn mindestens praktisch als gegeben annahm. Wenn ich mich mit dieser Ansicht auch der üblichen Volksanschauung über die Verursachung geistiger Störungen nähre, so enthält dies für mich zwar natürlich keinen Beweis für die Richtigkeit meiner Ansicht, aber andererseits habe ich mich noch nie geschämt, wenn ich auf dem Umwege des wissenschaftlichen Nachdenkens zu ähnlichen Ergebnissen kam wie der einfache, ungelehrte Mann auf mehr gefühlsmässigem, intuitivem Wege. Uebrigens ist jetzt — und gewiss ganz zweckmässiger Weise — die ganze D.-B.-Frage bei Dementia praecox von der Kampfzone der wissenschaftlichen Meinungsverschiedenheiten in das ruhige Gebiet der administrativen Bestimmungen verlegt worden, insofern unter dem 2. 7. 1917 infolge einer Anfrage des Württ. beim Preuss. Kriegsministerium vom letzteren der Bescheid ergangen ist, dass die D.-B.-Frage von dem in der Anfrage des Württ. Kriegsministeriums erörterten Standpunkt aus beurteilt und dementsprechend bei Auftreten von Jugendirresein im vorderen Teile des Kriegsgebiets Kriegs-D.-B. in der Regel anerkannt werde; ferner, dass Grundsätze für die militärärztliche Beurteilung der D.-B. bei nervösen und psychischen Erkrankungen zurzeit beim Preuss. Kriegsministerium in Bearbeitung seien und wohl in absehbarer Zeit mitgeteilt werden können¹⁾.

Und nun zum Schluss noch einige wenige Worte über angeborene „Psychopathie“ u. ähnl. und über die sogenannte „genuine Epilepsie“. Der Kürze halber werde ich Ihnen auch hier einfach den hierher gehörigen Passus aus meiner oben erwähnten Aeusserung an das Sanitätsamt anführen: „ich habe die Vermutung, dass unter der

1) Anmerkung bei der Korrektur: Ist inzwischen — und zwar in analoger Weise — geschehen. F.

Flagge der „angeborenen Psychopathie“, „Degeneration“, „endogenen Nervosität“, „hysterischen Anlage“ usw. viele Fälle von rudimentären Psychosen segeln, bei denen es nur eines stärkeren körperlichen oder seelischen Anlasses, der den labilen nervösen oder namentlich auch den labilen innersekretorischen Apparat aus dem Gleichgewicht bringt, bedarf, um den psychisch abnormalen Zustand aus dem Stadium des „Rudimentären“ und der „Latenz“ in das der ausgesprochenen Geisteskrankheit hinüberzuführen“. — Nicht selten findet man — und wir wollen Ihnen nachher einige Fälle zeigen — bei Kranken, die nach dem herkömmlichen Schema in dem grossen Sammeltopf der „schweren Psychopathie“, des „degenerativen Irreseins“, der „krankhaften Persönlichkeiten“ usw. ihren Platz finden, bei der serologischen Untersuchung Fermente gegen einzelne innersekretorische Organe.

Aehnlich sind auch meine Anschanungen über manche Fälle von Epilepsie; auch die „genuine Epilepsie“ ist ein Sammelname, der eine Reihe genetisch verschiedener Krankheitsformen in sich begreift; ein Teil derselben ist sicher ebenfalls dysglandulären Ursprungs und in rudimentärer Form von Geburt oder frühesten Jugend an bestehend; stärkere psychische oder somatische Schädigungen können dann über das innersekretorische System zu den offensichtlichen Erscheinungen der Epilepsie führen („epileptische Reizbarkeit“ usw. = chronische Auto intoxikation; „epileptischer Krampfanfall“ = anaphylaktischer Symptomenkomplex); auch die nicht so selten von uns beobachteten Fälle, in denen der Kranke (etwa im Anschluss an eine Granatexplosion) anfänglich die Symptome einer „psychogenen“, „hysterischen“ Erkrankung und später die einer „automatischen“, „epileptischen“ (z. B. mit reflektorischer Pupillenstarre) darbot, lassen sich nach meiner Ueberzeugung in der gedachten Weise dem Verständnis näherbringen¹⁾. (Vorstehendes aus meiner früheren Aeusserung an das K. W. Sanitätsamt.)

Lassen Sie mich heute bei der Epilepsiefrage noch mit einigen Worten verweilen. Bei den Erhebungen über sichere Dementia praecox-Fälle findet man ja — und die genaueren Anamnesen, die der Krieg bei Dienstbeschädigungs- und Rentenfragen, bei militärischen Untersuchungsgefangenen usw. nötig macht, haben uns diese Erfahrungen recht oft bestätigt — nicht selten Krampfanfälle und andere epileptische Antezedentien in der Kindheit und früheren Jugend, d. h. also im spasmophilen Alter; hinwiederum findet man dann in Fällen, die nach ihren derzeitigen Merkmalen (spezifische Charakterveränderungen, spontane

1) Vgl. dazu meinen Vortrag bei dem kriegsärztlichen Abend des Stuttgarter ärztlichen Vereins am 18. Februar 1915, Württ. Med. Korresp.-Bl. 1915.

Verstimmungen, „Anfälle“ usf.) herkömmlicherweise der „genuine Epilepsie“ zuzuzählen sind, mitunter einen ähnlichen serologischen Befund wie bei der sogenannten „Dementia praecox“; weiterhin sieht man auch bei sicherer „Dementia praecox“ mitunter — namentlich im Anfang, aber auch später — Krampfanfälle von durchaus „epileptischem“ Gepräge; man konstruiert ferner den Begriff einer „paranoiden Form der Epilepsie“ und redet hier von einem „Residualwahn“, d. h. man sucht die Dementia praecox-verdächtigen Symptome auf psychologisierende Weise zu erklären, um die nosologische Abgrenzung der beiden Krankheitsgruppen gegeneinander aufrecht erhalten zu können. M. H.! Ich frage: Macht es einen grossen Unterschied, ob ich von „Epilepsie mit chronischen paranoiden Vorstellungen“ oder aber von „chronisch paranoider Erkrankung mit epileptischen Krämpfen“ spreche? und wenn ich in beiden Fällen ähnliche serologische Befunde vorfinde, so besteht für mich kein Grund, diesen Formen von sogenannter „genuine Epilepsie“ den Eintritt in die grosse Gruppe der dysglandulären Psychosen zu verwehren. — Die Vermutung endlich, die ich über die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls, übrigens der „Anfälle“ überhaupt, z. B. auch des paralytischen Anfalls, schon wiederholt in meinen Arbeiten vertreten habe, nämlich dass es sich dabei um eine Form des anaphylaktischen Symptomenkomplexes handle, hat sich mir während des Krieges erneut bestätigt.

M. H.! Ich bin am Schluss. Ueber der nächsten Zukunft der Medizin überhaupt und speziell auch der Psychiatrie weht das Banner der Humoralpathologie: der Serologie und der Lehre vom Blut und von den innersekretorischen Vorgängen. Dass in diese wohlbehüteten, bis jetzt grossenteils von dem Begriff der „Konstituton“ mit einem durch das Alter geheiligt Gewohnheitsrecht beanspruchten Gebiete exogene Einflüsse, darunter auch solche psychischer Natur, einbrechen können, das hat uns, wie ich glaube, der grosse Lehrmeister „Krieg“ gezeigt. Ich glaube, wir müssen uns dies auch merken für die Friedensverhältnisse; denn nachdem wir an den Folgen der ungeheueren Gewalteinwirkungen des Krieges die Bedeutung des Exogenen einmal kennen gelernt, nachdem wir mit Hilfe dieses ungeheueren Vergrösserungsapparates gesehen haben, wie äussere Schädigungen auch bis in die geschützten Heiligtümer der Konstitution vordringen können — auch bis zu denjenigen Organen und Organsystemen, die für das Wohl und Wehe künftiger Generationen bestimmend sind —, müssen wir uns die ernste Frage vorlegen, ob nicht auch die langsamere und weniger brutale, aber um so nachhaltigere Minierarbeit der Friedensverhältnisse ähnliche Zerstörungen zu schaffen vermag. Es würden sich dadurch für die Zukunft

auch wichtige prophylaktische Anhaltspunkte körperlicher und seelischer Art ergeben; und nicht bloss das: auch im positiven Sinne wäre es förderlich und tröstlich zu wissen, dass wir nicht bloss einer durch eine angeborene Konstitution über uns verhängten Vorherbestimmung passiv hingegeben sind, wie die Helden der antiken Schicksalstragödie, sondern dass wir durch ethische Kräfte der Erziehung und Selbsterziehung unsere „Natur“ zu bessern vermögen. — Es ist freilich nur ein kleiner Ausschnitt aus der Fülle der psychiatrischen Gesichte, den ich Ihnen zeigen konnte, aber manches bisher Dunkle erscheint vielleicht heller, freilich auch manches scheinbar fest Gegründete wieder schwankend und problematisch geworden und seine Lösung erst von einer späteren, ruhigeren Zeit erhoffend. Sei dem wie ihm wolle: ich vertraue fest daranf, dass auch der Psychiatrie, die — auf dem Höhenweg zwischen den beiden Welten der Natur und des Geistes wandelnd — gleich jeder anderen medizinischen Disziplin an allen Fragen körperlicher Natur beteiligt und dazu noch mit dem psychologischen Problem beschwert ist, — dass auch unserer herrlichen Wissenschaft aus der blutigen Saat dieses Krieges reiche Früchte erwachsen werden!
