

Aus der Staatlichen Heilanstalt Weißenau (Direktor: Doz. Dr. EDERLE).

Der Einfluß der Kriegsgefangenschaft auf Pathogenese und Pathoplastik von Psychosen und Erlebnisreaktionen.

Von

FRANZ ROMMELSPACHER.

(Eingegangen am 21. November 1948.)

Der Einfluß des Milieus auf die Auslösung, die besondere Gestaltung und den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen ist ein häufig erörtertes Problem der allgemeinen und speziellen Psychopathologie. Für diese Fragestellung kommen nur solche Untersuchungen (abgesehen von der heute wieder umstrittenen Zwillingsforschung) in Betracht, denen eine größere Anzahl von Krankheitsfällen zugrunde liegen, welche unter den gleichen oder zumindest sehr ähnlichen Umweltbedingungen auftraten. Unter diesem Gesichtspunkt wurden von BONHOEFFER die psychiatrischen Erfahrungen der beiden Weltkriege zusammengestellt und verglichen.

Der über viele Monate und Jahre sich hinziehende Aufenthalt Hunderttausender von Menschen in Gefangenenlagern stellt diesbezüglich ebenfalls ein hochbedeutsames massenpsychologisches Experiment dar. Die hier zwangsweise Untergebrachten leben innerhalb eines bestimmten Landes (Unterschiede der amerikanischen, afrikanischen, englischen, französischen und russischen Lager!) im allgemeinen unter ziemlich einheitlichen und gut überschaubaren Umweltbedingungen, so daß sich das Studium ihrer seelischen Reaktionen auf dieses eindeutige Milieu für die wissenschaftliche Psychologie und Psychiatrie lohnen durfte.

Dabei ist insbesondere das Problem ins Auge zu fassen, ob dieses Milieu des Kriegsgefangenenlagers das Manifestwerden bestimmter seelischer Störungen und Erkrankungen fördert und ob es einen Einfluß auf die Ausprägung und den Verlauf der uns bekannten Krankheitsbilder ausübt.

Solche Untersuchungen sind insofern auch von praktischem Nutzen, als wir uns noch längere Zeit mit der Behandlung von erkrankten Kriegsgefangenen oder frisch entlassenen werden befassen müssen. Stellt doch das Lager ganz allgemein nach Ansicht philosophischer Betrachter die adäquate kollektive Lebensform des entwurzelten modernen Massenmenschen dar, wobei insbesondere für das Kriegsgefangenenlager die Formel gilt: „Beraubung der Freiheit auf unbekannte Dauer in Gemeinschaft“ (A. L. VISCHER).

Über die seelischen Wirkungen der Kriegsgefangenschaft liegt neben den Arbeiten aus dem ersten Weltkrieg und der Veröffentlichung von M. IN DER BEEK eine Studie des Psychologen W. HEMSING vor, der zahlreiche eigene Beobachtungen zugrunde liegen. Darin kommt dieser zu folgenden bemerkenswerten Schlüssen: „Die ständige mangelnde Wirklichkeitsanpassung der Kriegsgefangenen führt schließlich zu Persönlichkeitsverbildungen, ja zur Spaltung und zum Verfall der Persönlichkeit, die tief in den Bereich des Psychopathischen und Psychotischen hineinreichen“. Als „besonders charakteristisch für die Persönlichkeitsveränderung aller Kriegsgefangenen“ hebt er die „Tendenz zum Autismus“ hervor. Die von ihm geschilderten eigentümlichen Verhaltensweisen der Gefangenen sprachen seiner Ansicht nach „eindeutig für eine Entwicklung zur schizoiden Wesensart. . . Es zeigen sich darüber hinaus auch weitere Schube, mit denen wir dem engeren Bereich des Schizophrenen bedenklich nahe kommen.“

Wir hatten Gelegenheit 266 in der Kriegsgefangenschaft erkrankte und unmittelbar aus der Gefangenschaft in unsere Anstalt eingewiesene Patienten in der Zeit vom 1. März 1946 bis 1. März 1948 zu untersuchen und ich möchte im folgenden unsere aus diesen Beobachtungen gewonnenen Erfahrungen mitteilen. Die besonderen diagnostischen Schwierigkeiten werden bei den einzelnen Krankheitsformen erwähnt. Um einer kritischen Nachprüfung standzuhalten, wurden 25 nicht restlos geklärte Fälle ausgeschieden. Zur Verdeutlichung werden einige Auszüge aus Krankengeschichten mitgeteilt.

Über die absolute Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen (Morbidität) in der Kriegsgefangenschaft können wir allerdings keine Angaben machen, da uns entsprechende Vergleichszahlen fehlen.

Abnorme Erlebnisreaktionen.

Die seelischen Störungen von 39 unserer Kriegsgefangenen mußten als abnorme Erlebnisreaktionen aufgefaßt werden, was einem Anteil von rund 18% an den psychiatrischen, diagnostisch geklärten Fällen entspricht.

Die besonderen Einflüsse monate- und jahrelanger Kriegsgefangenschaft erzeugen nach unseren Feststellungen eine Disposition für bestimmte seelische Störungen in Form von psychogenen Reaktionen. Den Boden, auf welchem diese Reaktionen erwachsen, legen vor allem folgende milieubedingte Faktoren: Die Trennung von den nächsten Angehörigen und die zermurbende Ungewißheit über ihr Schicksal, damit verbunden starkes Heimweh, welches nach den Erfahrungen von IN DER BEEK transitorisch anschwellend bei bestimmten Anlässen in Erscheinung tritt, weiterhin die qualende Unsicherheit über den Zeitpunkt der Entlassung, der völlig unbestimmt ist, die Einsamkeit in sprach-

fremder Umgebung, z. B. auf Bauernkommandos, aber auch im Lager, wo der Einzelne sein Inneres immer mehr vor den Augen der Kameraden verschloß, andererseits die gespannte und mißtrauische Atmosphäre verbunden mit verständnisloser Behandlung durch das fremde Wachpersonal. Meist werden in der Anamnese 2 oder 3 dieser disponierenden Umweltfaktoren angegeben. Diese halten fast ständig entsprechende Affekte der Befürchtung, der Angst, unlustvoller Erwartungsspannung und Traurigkeit (vereinzelt auch der Wut) bei den meisten Gefangenen in Gang, welche auf ein auslösendes Ereignis geradezu warten, damit sie zur Entladung kommen können. Als solche auslösende Ereignisse kommen besonders in Frage: Tiefe Enttäuschung über nicht realisierte Entlassungshoffnungen sowie über mißglückte Fluchtversuche und anschließende Einzelhaft, Angst vor Unglücksfällen auf gefährlichen Kommandos (Minenräumen) und vor disziplinären Maßnahmen, Furcht vor dem Abtransport aus heimatlichen Lagern und vor vermuteten Nachteilen bei nicht erfolgter Freiwilligenmeldung zum Arbeitseinsatz. Mehrfach läßt sich ein bestimmtes auslösendes Ereignis nicht nachweisen, sondern der ständig lastende Druck führt allmählich eine Summation entsprechender affektiver Spannungen herbei, welche sich schließlich in die Reaktion umsetzen.

Bei mehr als der Hälfte dieser Fälle läßt es sich weiterhin anamnestisch belegen, daß körperliche Erschöpfung oder ungewohnte schwere Arbeit, z. B. in Kohlengruben, die Widerstandskraft der Persönlichkeit entscheidend schwachte. Gleichzeitig mit den seelischen Störungen traten dann Symptome organischen Versagens in Form von Herzdekompensationen oder Infektionen zutage. Es zeigt sich hier erneut das Zusammenspiel von psychophysischen Verursachungen und Wirkungen. Die in die Augen springende Bedeutung der Umwelteinflüsse für die Pathogenese und Pathoplastik dieser Fälle wird noch eingehender erörtert werden.

Die Beteiligung der in der einzelnen Persönlichkeit verankerten *konstitutionellen Elemente* beim Zustandekommen der abnormen Erlebnisreaktionen läßt sich dagegen schwerer erfassen, weil man hier auf die zum Teil spärlichen Angaben der Patienten und eine kürzere Beobachtung angewiesen ist. Immerhin läßt sich in 18 von den 39 vorliegenden Fällen nachweisen, daß sie bereits im früheren Leben einzelne von der Norm im Sinne des Psychopathischen abweichende Wesensmerkmale zeigten. Nach der K. SCHNEIDERSchen Typenlehre waren es vor allem depressive, asthenische, selbstunsichere, stimmungslabile und explosible Persönlichkeiten, die in der Kriegsgefangenensituation abnorm reagierten, während Hyperthymiker, Fanatiker, Geltungsbedürftige, Gemüts- und Willenlose leichter zurechtkamen.

und nicht in dieser Form auffällig wurden. 10 dieser Patienten gaben eine familiäre Belastung mit Psychosen und Psychopathien an.

Von einigem Interesse ist es nun zu untersuchen, bei wieviel Fällen diesen besonderen abnormen Wesenszügen die ausschlaggebende Rolle für die *Pathogenese* der abnormen Erlebnisreaktionen zufiel, mit anderen Worten, wo die äußere Situation keine besonders schwerwiegenden, die allgemein durchschnittliche Belastung übersteigenden Momente für das Auftreten der Reaktion ergab. Dies läßt sich nur in 5 Fällen mit einiger Sicherheit behaupten.

So arbeitete z. B. ein von Haus aus stiller und schuchterner, intellektuell minderbegabter Bauernsohn aus dem Bayerischen Wald, der während der militärischen Ausbildungszeit schon wegen seiner Ungeschicklichkeit von Kameraden gehänselt worden war, in der Kriegsgefangenschaft 2 Jahre immer beim gleichen Bauern, wo es ihm nicht schlecht ergangen sei. Er litt zeitweise unter depressiven Verstimmungen und Heimweh. Als man an ihn mit der Aufforderung herantrat, sich als freiwilliger Arbeiter zu melden, lehnte er dieses Ansinnen auf den schriftlichen Rat seines Vaters hin ab. Von diesem Zeitpunkt an glaubte er zu beobachten, daß der Bauer ihn nicht mehr leiden könne, ihm das Essen absichtlich versalze und mit seinem Kameraden, den er von da an ihm vorgezogen habe, hintenherum über ihn spreche. Als er wegen seines auffallend ängstlichen Verhaltens ins Lazarett gebracht wurde, hatten hier die Kameraden ihm auch zur Freiwilligenmeldung zugeredet und über ihn getuschelt. Sie hatten sogar seine Mitschuld am Krieg behauptet und außerdem, daß jetzt seine Angehörigen ausgeliefert würden. Schließlich fürchtete er, wegen seiner Weigerung verurteilt und erschossen zu werden. Auch bei seiner Aufnahme hier nach der Repatriierung war er noch übertrieben ängstlich und mißtrauisch, sonderte sich ab und wollte mit niemandem sprechen, damit er als Kriegsschuldiger nicht erkannt werde. Erst nach einigen Cardiazolschocks trat eine rasche Lösung dieser paranoiden Haltung ein und er korrigierte seine wahnhaften Befürchtungen, ohne daß irgendwelche Defektsymptome nachweisbar waren. Schizophrene Kernsymptome waren während des ganzen Verlaufs nicht beobachtet worden, so daß eine schizophrene Psychose ausgeschlossen werden konnte.

An diesem Beispiel ist deutlich zu ersehen, wie eine paranoid-ängstliche Reaktion im Sinne von Beziehungsideen sich aus einer primitiven und selbstunsicheren Persönlichkeit heraus entwickelt und die äußeren Ereignisse nur die Rolle von auslösenden und verstärkenden Momenten spielen. Solche „Primitivreaktionen“ (KRETSCHMER) werden ja gelegentlich gerade bei dieser Persönlichkeitsstruktur beobachtet. Die Kriegsgefangenschaft ist nur ein besonders günstiger Nährboden für sie und liefert außerdem die verständlichen Inhalte.

Wie es bereits im vorstehenden Fall deutlich wird, so gewinnt man hinsichtlich der Form der abnormen Reaktionen und ihrer *Pathoplastik* oftens den Eindruck, daß sie von der besonderen Persönlichkeitsstruktur wesentlich mitbestimmt waren. So wird bei 3 paranoiden Reaktionen die frühere Wesensart der Erkrankten als still, scheu, unsicher bzw. als schizoid bezeichnet. Bei 5 Patienten mit depressiven Reaktionen

werden die Träger als weich, stimmungslabil, schwernehmend, empfindsam und konstitutionell psychasthenisch geschildert.

Ein affektlabiler und zu nachhaltiger seelischer Verarbeitung neigender Mann mit gelegentlichen explosiblen Ausbrüchen reagierte in typischer Weise mit starker Erregung und hysterischen Anfällen auf die drohende Gefahr, in ein fremdes Lager verschickt zu werden. Ein schon früher gelegentlich unter Raumangst leidender Patient fühlte sich durch das Eingesperrtsein hinter Stacheldraht so beengt und bedrückt, daß bei ihm im Lager ebenfalls angstvolle Erregungszustände verbunden mit Zittern und kardialen Anfällen auftraten.

Bei diesen Gefangenen bestand eine Prädisposition für eine bestimmte Form abnormer seelischer Verarbeitung, welche in belastenden Lebenssituationen immer wieder gewählt wurde. In diesen Fällen wirkten also „die emotionalen Elemente syndromdeterminierend“ (BRAUN). In der Kriegsgefangenschaft aber erzeugte diese Erlebnisverarbeitung Störungen, welche infolge ihrer Hartnäckigkeit und Intensität Krankheitswert besitzen.

Den beiden bisher besprochenen Gruppen steht eine ebenso große dritte gegenüber, bei der das Vorliegen auffallender oder abnormer Wesenszüge sich bei den Erkrankten nicht nachweisen ließ. In diesen Fällen war für die Entstehung und Ausprägung der seelischen Störung vorwiegend die besondere Situation der Kriegsgefangenschaft verantwortlich zu machen. Die aus dieser Beobachtung zu folgernde *pathogenetische* und *pathoplastische Bedeutung* des *Kriegsgefangenenmilieus* ist verglichen mit den sonstigen psychiatrischen Erfahrungen überraschend groß. Diesbezüglich läßt sich meines Erachtens nur die Wirkung der Einzel- und Untersuchungshaft in etwa mit den Verhältnissen der Gemeinschaftshaft im Kriegsgefangenenlager vergleichen, wobei noch im ersten Fall zu berücksichtigen ist, daß bekanntlich viele Kriminelle abnorme Persönlichkeiten sind.

Als allgemeinspsychologischer Erklärungsgrund läßt sich vielleicht dafür anführen, daß manche Soldaten nach der erheblichen Belastung der Kriegsjahre den zusätzlichen Druck der Gefangenschaft mit ihren spezifischen Spannungen nicht mehr verarbeiten konnten und nur in dieser abnormen Form eine Lösung ihrer Konflikte fanden. Dem entspricht zum Teil die Parallelerfahrung in der Heimat, daß nämlich ein stärkeres Anwachsen der Neurosen nicht während des Krieges, sondern erst in der Nachkriegszeit beobachtet wurde. Außerdem verhinderte die im Lager so ausgeprägte Neigung zum Autismus, die HEMSING immer wieder beobachtet hat und betont, und die ihrerseits vielleicht auch eine Reaktionsumkehr zum vorher übersteigerten Gemeinschaftsgefühl darstellt, die sonst mögliche Lösung der Konflikte. In der geisttötenden Eintönigkeit des Lagerlebens kapselte sich der Gefangene immer mehr in sich selbst ab, was schließlich einer „seelischen Einzelhaft“ gleichkam. Die immer wieder aufbrechenden Gefühls-

regungen konnten in dieser Einsamkeit nicht in entsprechendes Erleben umgeprägt werden. Die sich vordringende Frage nach dem Sinn der Existenz erweckte eine stärkere Neigung zu religiöser und philosophischer Kontemplation, wie es auch IN DER BEEK schildert, ohne daß die gewonnenen Einsichten vom Einzelnen realisiert werden konnten.

Ein typischer Fall sei für alle anderen kurz angeführt: Ein im Zivilleben sehr tüchtiger verheirateter Bautechniker aus unbelasteter Familie machte im Kriegsgefangenenlager in der ersten Zeit Vermessungsarbeiten, später leichtere Raumarbeiten. Als er im September 1946 zu einem Minenraumkommando versetzt wurde, trat eine depressive Verstimmung mit Heimwehgedanken und Sorgen um die Angehörigen starker hervor. Daraus entwickelte sich allmählich ein depressiver Stupor mit Nahrungsverweigerung und Mutismus. Er lag ständig im Zelt, war zeitweise bewußtseinsgetrüb und verwirrt und hatte an diesen Dämmerzustand später nur eine ganz undeutliche Erinnerung. Nach seiner Repatriierung wirkte er bei uns noch psychomotorisch gehemmt und depressiv und schloß sich zunächst kaum auf. Nach wenigen Tagen klang diese Reaktion hier ohne jede medikamentöse Behandlung völlig ab.

Wenn man allerdings, wie es K. SCHNEIDER zum Zweck der Abgrenzung von den psychopathischen Persönlichkeiten tut, dem Anteil der Persönlichkeit bei den abnormen Erlebnisreaktionen keine wesentliche Bedeutung beimißt, dann sind diese Feststellungen über die Rolle der situativen Momente nicht von besonderem Belang. Immerhin ist die rein zahlenmäßige Beteiligung dieser Gruppe am Gesamt unserer psychiatrischen Aufnahmen aus der Kriegsgefangenschaft (18,2%) deutlich höher als vergleichsweise in einer psychiatrischen Abteilung einer Großstadtklinik (11% der Manneraufnahmen in München-Schwabing nach K. SCHNEIDER)¹. Insgesamt läßt sich also sagen, daß der Kriegsgefangenschaft eine besondere ursachliche und formgebende Bedeutung für abnorme Erlebnisreaktionen zukommt.

Neben den dominierenden Affekten wirken auch, wie bekannt, mehr oder weniger deutlich bewußte *Triebe* und *Beweggründe* beim Zustandekommen der abnormen Erlebnisreaktionen mit. Diese stehen beim Kriegsgefangenen starker als sonst im Vordergrund, da er sich immer auch durch die psychogene Reaktion aus einer als unerträglich empfundenen Lage befreien will. Die Bedeutung dieses Befreiungsdranges läßt sich vor allem an Hand der Untersuchungen der Dauer der Reaktionen aufzeigen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war es nämlich offensichtlich, daß sie mit dem Augenblick, da die

¹ Die psychopathischen Persönlichkeiten als eigene Kategorie von den abnormen Erlebnisreaktionen abzusondern, war bei unserem Krankengut nicht möglich, weil der Lebenslangsschnitt an Bedeutung für die Beurteilung gegenüber dem augenblicklichen Zustandsbild zurücktrat und weil eine besondere charakterologische Persönlichkeitsstruktur auch nie einen Grund zur Entlassung abgab.

Entlassung feststand, rasch abklingen. Im folgenden sei dafür ein besonders demonstratives Beispiel kurz wiedergegeben:

Ein weicher und anlehnsbedürftiger, überdurchschnittlich begabter Psychastheniker litt sehr stark unter der Trennung von seiner Frau. In der Gefangenschaft entwickelte sich eine hoffnungslose und unkorrigierbare Angst, daß er noch jahrelang festgehalten werde, zugleich mit einem ausgesprochenen depressiven Zustandsbild. Daneben stellten sich Unterschenkelödeme und Gallenbeschwerden ein. Als er seinen Entlassungsschein in Händen hielt, schlug die Stimmung in Form einer „Kontrastreaktion“ um, er war heiter und zuversichtlich und machte Pläne für die Zukunft.

Die Tendenz zur Befreiung aus bedrückender, scheinbar hoffnungsloser Enge hat sicher auch bei der Entstehung der eigentlichen Haft- bzw. Stacheldrahtreaktionen eine entscheidende Rolle gespielt. Bei den paranoid gefärbten Reaktionen wirkte dieser Drang ebenfalls, wenn auch in anderer Ausprägung und mehr unbewußt mit. Das Grundgefühl der eigenen Ohnmacht, des Ausgeliefert- und Bedrohtseins wurde hier in die Umgebung projiziert und setzte sich in sensitive Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen um (BLEULER). Diese wahnhaften Ideen wurden in der vertrauteren Umgebung ebenfalls rasch abgebaut und korrigiert, wobei allerdings einmal (im früher zitierten Fall) auch das Milieu der deutschen Heilanstalt noch als beängstigend empfunden wurde. In den Fällen jedoch, welche auf eine Situationsänderung und entsprechende psychische Beeinflussung nicht ansprachen, waren wir geneigt, eine stärkere Beteiligung einer *endogenen Komponente* anzunehmen. So erzielten wir bei zwei reaktiv ausgelosten Depressionen, bei zwei Haft- und einer paranoiden Reaktion erst einen eindeutigen Umschwung nach Durchführung einer kürzeren Schockbehandlung. Die beiden Depressionen (übrigens beide Ausländer, die sich auch hier noch von ihren Familien und der heimischen Umgebung abgesperrt fühlten) sind vielleicht in den Bereich der „breiten Übergangszone“ einzubeziehen, „innerhalb derer sich das Manisch-Depressive mit dem Psychopathisch-Reaktiven auf mannigfache Art vereinen kann“ (BRAUN).

Die von BRAUN und BUMKE geäußerte Ansicht, „daß Menschen von *primitiverer* (im Original nicht gesperrt) Artung zu größerer psychischer Labilität neigen“ und damit häufiger in abnormer Weise reagieren, läßt sich bei unseren Kriegsgefangenen nur mit Einschränkung bestätigen. Es finden sich neben 6 ausgesprochen primitiven bzw. minderbegabten Persönlichkeiten 8 gut begabte, davon 2 besonders differenzierte. Vielleicht ist diese stärkere Beteiligung der seelisch reicheren Naturen dadurch zu erklären, daß diese die sonst gebotenen Möglichkeiten der Ableitung und Ablenkung aufgestauter Affekte (Gespräch, berufliche und künstlerische Betätigungen) im Lager nicht fanden. Übereinstimmend mit den genannten Autoren konnten wir feststellen,

daß auffallend viele Träger solcher Störungen (13) bis zu ihrer Einberufung immer in einfachen bauerlichen Verhältnissen gelebt haben. Die durch die Kriegsgeschehnisse bedingte Entwurzelung zeigte sich als Begleitmotiv besonders klar bei einem Auslandsdeutschen und zwei fremdstämmigen Umgesiedelten.

Obwohl anzunehmen ist, daß die Mehrzahl der Kriegsgefangenen im 3. Lebensjahrzehnt steht, und obwohl in unserem gesamten Krankengut Patienten zwischen 41 und 50 Jahren verhältnismäßig selten sind, traten abnorme Erlebnisreaktionen zwischen 31 und 40 häufiger und zwischen 41 und 50 ebenso häufig wie zwischen 21 und 30 Jahren auf. Dieses Verhalten der Alterskurve bei Kriegsgefangenen kontrastiert deutlich mit den von KAHN festgestellten Verhältnissen in der Zivilbevölkerung. Hier sind die Träger von abnormen Erlebnisreaktionen gerade im 3. Lebensjahrzehnt besonders häufig (s. Tabelle 1).

Tabelle 1.

	Lebensalter der Träger abnormer Erlebnisreaktionen in Jahren					
	11—20 %	21—30 %	31—40 %	41—50 %	51—60 %	61—70 %
Kriegsgefangene	2	31	36	31	0	0
Zivilbevölkerung (nach KAHN) . . .	10	37,5	25	20	5	2,5

Diese Beobachtung legt im Zusammenhang mit den übrigen Erhebungen die Deutung nahe, daß einmal die jüngeren Jahrgänge im allgemeinen den seelischen Erschütterungen der Kriegsgefangenschaft eine stärkere Widerstandskraft entgegenzusetzen vermochten, zum anderen dürfte die Belastung durch die Sorge um die Angehörigen die älteren, welche häufiger Familienväter waren, harter treffen. Dadurch wird die Trennung von den Angehörigen als ursachlicher und auslösender Faktor für die abnormen Erlebnisreaktionen erneut herausgestellt.

Abschließend möchte ich noch den zahlenmäßigen Anteil der verschiedenen *Reaktionsformen* und ihre nähere Aufgliederung angeben. Die an sich psychologisch einleuchtende und klare Einteilung der abnormen Erlebnisreaktionen von K. SCHNEIDER nach Leitgefühlen gelang hier leider nicht, da sonst im Erscheinungsbild so verschiedene Formen wie die paranoiden und Haftreaktionen unter der Angst subsummiert werden mußten. Außerdem ist bei den Zweckreaktionen weniger der Affekt das Entscheidende als ein bestimmtes Streben. Wir mußten daher die ältere Nomenklatur beibehalten.

Den Hauptanteil bilden die *depressiven Reaktionen* (24), von welchen 5 mit tiefer trauriger Verstimmung verbunden mit starkem Heimweh

und der Sorge, nicht entlassen zu werden, sowie mit psychomotorischer Hemmung einhergingen. Bei 9 weiteren Fällen traten zu dieser Grundstörung außerdem noch Klagen über körperliche Beschwerden hinzu, wobei als Ausdrucksorgan, das der Verstimmung „entgegenkam“, das Gehirn (Schmerzen, Schwindel, Schlafstörungen), der Magen, sowie Herz und Gefäßsystem erschienen. Größere psychogene Körperstörungen wurden nur von einem Depressiven produziert. Eine schleichend verlaufende subakute depressive Reaktion entlud sich bei einem weiteren Gefangenen plötzlich in der explosiven Form eines Suicidversuches, bei zwei anderen außerdem in ziellosem Umherwandern mit Bewußtseinstrübung (FUGUES). Im Gegensatz dazu verfielen 5 Patienten in einen depressiven substuporösen bzw. Stuporzustand. Nach 30tägiger Einzelhaft im Anschluß an einen mißglückten Fluchtversuch machte ein anderer Patient einen Selbstmordversuch und versank dann nach der Verbringung ins Lazarett ebenfalls in einen depressiven Stupor. Für das Vorliegen einer Schizophrenie ergab sich in diesen Fällen kein Anhalt, wenn auch die Differentialdiagnose manchmal nicht ganz leicht war.

Unter den von der äußeren Konstellation ausgehenden und hier vielleicht verwertbaren Begriff der „*Stacheldrahtkrankheit*“ einzureihen sind 3 abgemagerte und erschöpfte Gefangene, welche auf die gespannte und überhitzte Lageratmosphäre mit einem plötzlichen angstlichen, teilweise mit Wut und Aggressivität durchsetzten Affektausbruch und starker Erregung reagierten. Ein Gefangener fühlte sich durch den „Stacheldraht und die vielen Menschen“ so bedrückt, daß er Anfälle von „Herzensangst“ bekam, die sich im Freien wieder verloren. In diesen Fällen ist ebenso wie bei den anschließend erwähnten *Haftreaktionen* die Angst der vorwiegend bestimmende Affekt. Von den letzteren kamen zwei typische Fälle zur Beobachtung:

Nach einem Fluchtversuch trat bei einem Gefangenen in der Einzelzelle ein schwerer angstvoller Erregungszustand auf, der später unter dem Eindruck von flüchtigen akustischen und optischen Halluzinationen szenischen Charakters (Stimme Christi, Engelvisionen) in ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit umschlug. Später traten noch Beziehungsideen hinzu, welche ebenso wie die übrigen Symptome nach Verbringung in ein Lazarett einer vollen Einsicht wichen. In vielen Zügen gleicht diese Haftreaktion dem Begnadigungswahn der Strafgefangenen¹. Bei einem Patienten trat nach einem Angst- und Schreckerlebnis ein typischer GANSERScher Dämmerzustand auf, welcher erst nach einem Azomanschock völlig abklang.

Vorwiegend als (hysterische) *Zweckreaktionen* auf dem Hintergrund des Heimwehs und der Befurchtung, nicht entlassen zu werden, waren

¹ Vgl. auch die massenpsychologische Reaktion einer englischen Division im ersten Weltkrieg, welche unter der Bezeichnung „Engel von Mons“ in die Literatur einging.

7 Fälle aufzufassen, bei welchen grobes Zittern, Beklemmungszustände, psychogene Schwerhörigkeit, Seh- und Sprachstörungen sowie hysteriforme Anfälle beobachtet wurden. Der Zweck war aber dabei nie so klar bewußt, daß man sie hätte unter die Simulanten einreihen können. Im Gegensatz zu den von BONHOEFFER mitgeteilten Erfahrungen aus der Kriegsgefangenschaft in und nach dem 1. Weltkrieg konnten wir dieses Mal ebenso wie IN DER BEEK doch einige dieser Fälle mit groben psychogenen Körperstörungen beobachten.

Ein charakteristisches Beispiel für die insgesamt 3 *paranoiden* Reaktionen wurde oben bereits geschildert.

Das zahlenmäßige Überwiegen der depressiven und der Stachel-draht- bzw. Haftreaktionen neben den Zweckreaktionen ist nur aus der spezifischen Konstellation der Kriegsgefangenschaft zu erklären und beleuchtet nochmals die gewichtige Bedeutung der eingangs erwähnten Milieufaktoren.

Simulation.

17 Männer unseres Krankengutes gaben an, in der Kriegsgefangenschaft eine Geistesstörung vorgetäuscht oder vorgegeben zu haben, um auf diesem Wege die ersehnte Entlassung zu erreichen. R. LEMKE, Jena, warnte in einem Referat auf dem Tübinger Psychiaterkongreß, Herbst 1947, mit Recht davor, die früher so häufige Diagnose der Simulation leichtfertig zu stellen und zeigte an Hand einiger Krankengeschichten, wie sich meist bei eingehender Nachforschung ein verstecktes Grundleiden nachweisen läßt. Als psychologische Begründung fuhrte er dabei an: „Nur ein Mensch in einer ganz verzweifelten, ihm aussichtslos erscheinenden Lage kann sich unter einer starken affektiven Anspannung vielleicht dazu (nämlich eine Geisteskrankheit zu simulieren) entschließen... Die Soldaten, die ich deswegen (GANSERSches Syndrom) zu begutachten hatte, besaßen aus ihrem Zivilleben psychiatrische Kenntnisse.“

Eine entbehrungsreiche, mit körperlicher Erschöpfung und ständigem seelischen Druck einhergehende jahrelange Kriegsgefangenschaft, bei welcher der Entlassungstermin völlig im Ungewissen liegt und ein normales Abreagieren affektiver Spannungen meist nicht gelingt, stellt sicher eine Situation dar, wie LEMKE sie im Auge hat. Die von ihm angeführten psychiatrischen Vorkenntnisse ersetzten hier die Ratsschläge sachkundiger Kameraden.

Die Diagnose der Simulation einer Geistesstörung ist bei einem intelligenten Jugendlichen ziemlich gesichert, welcher eines Tages nur mit Schuhen und Brotbeutel bekleidet aus dem Lager lief, nachdem er früher Kameraden und Lagerarzt nie aufgefallen war. Ins Lager mit Gewalt zurückgebracht, hielt er an den folgenden Tagen nackt am Fenster stehend „zusammenhanglose Reden“. Im Lazarett ließ er sich auf keine Unterhaltung ein, wurde in die Einzelzelle gebracht und

lag später meist ohne Kontakt mit der Umgebung unter der Bettdecke. Unter der Diagnose „Hebephrenie“ repatriert ließ sich bei der Untersuchung hier eine Denk-, Affekt- oder Antriebsstörung nicht nachweisen. Er war auch in seiner Psychomotorik und in seinem Verhalten in jeder Beziehung ausgeglichen und geordnet. Wie er uns jetzt schrieb, hat er inzwischen das Abitur mit „gut“ bestanden.

Ein erethischer und „gerissener“ Debiler (früherer SS-Angehöriger) produzierte bei den Untersuchungen eine psychogene Gangstörung und gab außerdem anamnestisch eine Epilepsie an, wodurch er sein Ziel erreichte.

Als wahrscheinlich war eine Simulation auch anzunehmen bei einem Gefangenen, welcher sich von einem Fachmann entsprechende Verhaltensmaßnahmen geben ließ. Er sprach und aß auf seinem Bauernkommando immer weniger, bis er ins Lazarett eingewiesen wurde. Hier setzte er dieses Verhalten bis zur Repatriierung fort, bot dann aber bei der Untersuchung in unserer Anstalt keine auffälligen oder psychotischen Symptome mehr. Ein gut remittierter schizophrener Schub oder eine abgeklungene Depression waren aber mangels objektiver Unterlagen nicht sicher auszuschließen.

Dagegen war obige Angabe bei einem Patienten als wenig wahrscheinlich zurückzuweisen, welcher im Kriegsgefangenenlazarett einer Schockbehandlung unterzogen worden war und hier den Eindruck eines gut remittierten Schizophrenen machte. Ebenso bei einem anderen, welcher nach einem „Diebstahl und Mordversuch“ als unzurechnungsfähig erklärt wurde und daraufhin mehrere Monate in einer Heilanstalt untergebracht war. Er habe dort dem Arzt bei der Behandlung geholfen und dieser habe ihn dann aus Entgegenkommen dienstunfähig geschrieben.

Nicht zu den Simulanten im engeren Sinne rechnen möchte ich die Patienten, welche leichte körperliche Beschwerden bewußt aggravierten und bei denen diese Aggravationstendenz auch im Verlauf von intermittierenden Erlebnisreaktionen in Erscheinung trat.

Ein von Haus aus verschlossener und undurchsichtiger Mann, der außerdem infolge einer früheren Commotio zu nachhaltigen Verstimmungen neigte, machte bei der ärztlichen Untersuchung einen depressiven Eindruck, indem er seine charakterologischen Eigenheiten bewußt verstärkte und seine postkommotionellen Beschwerden übertrieb. Von einer „negativistischen Einstellung und einer depressiven oder gereizten Verstimmung“ war hier nichts mehr festzustellen. Er arbeitete noch einige Zeit ganz unauffällig auf unserer Kolonie.

Ein anderer Patient hatte früher bei einem Autounfall eine Gehirnkontusion erlitten, als deren Folgen leichtere Durchblutungsstörungen des Gehirns bei entsprechenden Anlässen auftraten. Die geklagten Beschwerden hatten bei der entscheidenden Untersuchung nicht den gewünschten Erfolg. Aus Enttäuschung über diesen „Durchfall“ stellte sich eine depressive Reaktion ein. Nachdem ein Fluchtversuch mißlang, äußerte er angstvolle Selbstbeschuldigungen und Suicidideen, von welchen er später behauptete, er habe sie vorgetauscht. Unter der Diagnose einer Depression wurde die Entlassung durchgeführt. Bei der Aufnahme hier war die Erlebnisreaktion völlig abgeklungen, während die Kontusionsbeschwerden bei einer gleichzeitigen allgemeinen Reflexsteigerung und vegetativen Übererregbarkeit durchaus glaubhaft erschien. Es liegt der Schluß nahe, daß eine postkontusionell verursachte Affektinkontinenz die abnorme Reaktion mitbedingte.

Der Gruppe von Kranken, bei welchen man eine Simulation oder eine bewußte Aggravation annehmen mußte, steht die andere gegenüber, bei welcher die Angabe, simuliert zu haben, sehr unwahrscheinlich erschien oder glatt erlogen war.

Zu der letzteren ist ein jugendlicher, debiler, gemutskalter und haltloser Psychopath zu zählen, welcher schon früh als Asozialer nach § 42b StGB. in eine Heilanstalt eingeliefert worden war. Um sein Vorleben zu vertuschen, gab er unter anderem an, in der Gefangenschaft den Geisteskranken gespielt zu haben, bis wir ihn an Hand der Krankengeschichte überführen konnten.

Das Vorgeben einer Simulation war bei einem paranoiden Schizophrenen ebenfalls leicht abzuweisen, welcher im Verlauf einer hier durchgeführten Konvulsivbehandlung teilweise einsichtig wurde und dann nachträglich diese Deutung seines psychotischen Verhaltens vorbrachte.

Als Ergebnis unserer Erhebungen ist in teilweiser Übereinstimmung mit der Auffassung LEMKES festzuhalten, daß nur in 2 von unseren 17 Fällen die Simulation einer Geisteskrankheit als sicher bzw. sehr wahrscheinlich anzusehen war und einmal die Simulation einer psychogenen Körperstörung. Einige Kranke hatten von einem Schädeltrauma oder einer Encephalitis herrührende körperliche Beschwerden bewußt aggraviert. Als dann im Lager oder Lazarett eine abnorme Erlebnisreaktion hinzutrat, welche durch die organische Persönlichkeitsveränderung mitverursacht war, verdeutlichten sie bewußt diese sonst latenten Symptome. In einigen anderen Fällen war die Simulation als falsche Deutung oder als Lüge leicht abzutun.

Schizophrenie.

Daß die Kriegsgefangenschaft das Auftreten von schizophrenen Psychosen *ursächlich* begünstigen könnte, war nach den umfangreichen bisherigen Untersuchungen dieses Problems und nach der allgemeinen Auffassung der Ätiologie dieser Psychose nicht anzunehmen. Es ergab sich dafür auch keinerlei Anhaltspunkt. Dagegen wurden in der Literatur ganz vereinzelte Fälle beschrieben (K. SCHNEIDER und WILLMANNs), in welchen starken affektbetonten Erlebnissen, z. B. Angst- und Schreckerlebnissen im Krieg, eine *auslösende Wirkung* für einen schizophrenen Schub zuerkannt wird. Dies ließ sich auch bei einzelnen Psychosen unserer Kriegsgefangenen, bei welchen ein zeitliches Zusammentreffen von Einzelhaft oder anderen disziplinären Maßnahmen bei körperlicher und seelischer Erschöpfung mit dem Ausbruch des Schubes in die Augen sprang, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit annehmen. Allerdings ließ sich hier der Anteil der seelischen und organischen Faktoren nicht streng auseinanderhalten.

Ein Patient war von früher Jugend an ein ausgesprochener Naturfreund und beschäftigte sich am liebsten allein im Wald mit Zahmen von allerlei Getier,

während er mit anderen Kindern nicht spielen wollte. Ein Jahr vor Schulabschluß setzte er es, ohne daß er dort versagt hatte, durch eine Schwindelei durch, Hüterbub auf einer Bergalm zu werden, um hier das Wild kennenzulernen. Als SS-Freiwilliger war er während des Krieges auf dem Balkan eingesetzt. Nach Kriegsende trat bei ihm im Lager bald eine schwere körperliche Erschöpfung auf. Als er später auf ein Gut zum Roden gebracht wurde, machte er von dort aus mit einem gestohlenen Fahrrad einen mißglückten Fluchtversuch und wurde zu 8 Monaten Gefangnis verurteilt. Er fühlte sich hier sehr elend und verlassen, weil sich niemand um ihn bekümmert habe, magerte außerdem rasch ab und erkrankte an einem fieberhaften Darmkatarrh mit starken Durchfällen (Ruhr?). Als er deswegen ins Hospital gebracht wurde, traten dort zahlreiche optische und akustische Halluzinationen auf. Er sah lebhaftig und sehr farbig, wie die Mutter daheim einen Brief von ihm las und ihr dabei die Tränen herunterliefen. Außerdem umtanzte ihn eine Schar von Engeln, die ihm belustigende und beseligende Geschichten oft in seinem Dialekt erzählten, ihm die Heimkehr prophezeiten, seine Handlungen mit Worten begleiteten und die auch geschlechtlich mit ihm verkehrten (bei entsprechenden Halluzinationen des Allgemeingefühls). Er mußte nach kurzer Zeit in eine Heilanstalt verlegt werden, wo er unter dem Einfluß der Engelstimmen, welche ihm die Aufnahme in ihren Himmel verhiessen, zwei sehr ernsthafte Selbstmordversuche machte. Trotz 24 E-Schocks bestand die halluzinatorische Psychose nach der Aufnahme hier unverändert fort.

Bei den klaren und besonnenen Angaben des Patienten, die zum Teil objektiv belegt werden konnten, war es naheliegend, die Infektionskrankheit bei körperlicher Erschöpfung und die schwere affektive Belastung als auslösende Ereignisse anzuschuldigen, zumal bei der schizoiden Persönlichkeit wohl eine Disposition für eine Psychose vorlag. Im Gegensatz zu den von MAYER-GROSS zitierten Fällen, welche „irgendwelche inhaltlichen Beziehungen zu dem seelischen Anlaß der Erkrankung nicht aufwiesen“, besteht hier ein verständlicher inhaltlicher Zusammenhang im Sinne der Wunscherfüllung. Es handelt sich um einen „Begnädigungswahn“, welcher dem schizophrenen Formenkreis zugehört.

Bei einem anderen Gefangenen trat auf einem schwierigen Kommando eine rasche Reduzierung des körperlichen Allgemeinzustandes auf, die er selbst mit der einseitigen Ernährung in Zusammenhang brachte. Gleichzeitig entwickelte sich eine schwere neurologische Erkrankung mit polyneuritischen Symptomen und später eine exsudative Pleuritis. Als er deswegen ins Revier gebracht wurde, trat hier eine akute schizophrene Psychose mit einer unheimlichen und ungerichteten Wahnstimmung und deutlichen Wahnerlebnissen auf. Er glaubte, die Kameraden seien alle SS-Leute, machten sich über ihn lustig und wollten ihn vergiften. Die Schwäche der Beine und andere Körpersymptome führte er auf einen von den Kameraden ausgesandten elektrischen Strom zurück. Nachdem er zunächst seinen Beziehungswahn im Sinne der neurologischen Ausfälle verarbeitet hatte, traten diese Ideen im späteren Verlauf an Bedeutung zurück. Der fortschreitende körperliche Verfall konnte übrigens trotz energischer medikamentöser Maßnahmen nicht mehr aufgehalten werden.

Hier war eine vorwiegend körperliche Auslösung durch ein neurologisches Leiden als wahrscheinlich anzusehen.

Da wir die Kranken beim Ausbruch der Psychose selbst nicht beobachten konnten, ließ sich nachtraglich die Frage nach der auslösenden Wirkung der besonders belastenden Situation in ähnlich gelegenen Fällen schwer entscheiden. Man konnte sich dabei auf die Angaben der Patienten bei fehlenden objektiven Unterlagen nicht stützen, vor allem wenn der Verdacht bestand, daß sie die Vorgeschichte wahnhaft umdeuteten oder wenn eine teilweise Amnesie vorhanden war.

Ein *Manifestwerden* eines bis dahin latenten schizophrenen Prozesses durch die Situationsänderung in der Kriegsgefangenschaft konnten wir bei einem Kollegen beobachten:

Dieser hatte zunächst in einer Klosterschule Theologie studiert und war nach 2 Jahren wegen einer „chronischen Obstipation infolge des langen Sitzens“ dort ausgetreten. Nach einer halbjährigen Fabrikarbeit ging er zum Philosophie- und später zum Medizinstudium über, wobei er sich keiner studentischen Gemeinschaft anschloß. Nach dem Staatsexamen wurde er als Truppenarzt — nach Angaben eines befreundeten Apothekers — im Osten mehrfach wegen „Tapferkeit vor dem Feind“ ausgezeichnet, da er die Verwundeten in der vordersten Stellung ohne Rücksicht auf einschlagende Granaten und ohne Empfindung für irgendeine Gefahr versorgte. Dagegen stand er mit den militärischen Vorgesetzten auf Kriegsfuß, weil er sich eigensinnig und unbelehrbar weigerte, ihnen gegenüber die soldatischen Formen einzuhalten. Im Partisanenkampf sei er einmal, als ringsum die Kugeln pfffen, auf einen Kirschbaum geklettert und habe in aller Seelenruhe Kirschen gegessen. Später beurteilte ihn im Kriegslazarett ein psychiatrischer Fachkollege als einen schizoiden Sonderling. Er versorgte aber immer noch seine Station einigermaßen zur Zufriedenheit. Als er aber in Kriegsgefangenschaft als Lagerarzt tätig sein mußte, fiel er bald seinen Sanitätsdienstgraden unter anderem dadurch auf, daß er sie immer wieder mit der stereotypen Frage: „haben Sie einen dienstlichen Befehl?“ belastigte und außerdem sich immer mehr von dem ärztlichen Dienst zurückzog, um sich mit der Behandlung seiner Obstipation oder mit Lektüre zu beschäftigen. Wegen seines Versagens wurde er durch einen Vorgesetzten ins Lazarett eingewiesen, wo er beschloß, Psychiater zu werden. Nach seiner Repatriierung war ein Mangel an Impulsivität und eine affektive Verarmung neben einer inadäquaten und gleichgültigen Stimmungslage sowie eine autistische Einstellung deutlich, so daß bei gleichzeitigen vereinzelt wahn-erlebnissen die Diagnose einer blanden schizophrenen Versandung gesichert war.

Während der Kriegsgefangenschaft ein verursachendes Moment nicht zugeschrieben werden konnte, gewannen wir doch im Laufe der Beobachtung unserer Patienten den Eindruck, daß bestimmte Inhalte und Zustandsbilder bei diesen häufiger in Erscheinung traten als bei den Zivilpatienten des gleichen Zeitraums. Die statistische Untersuchung bestätigte diese Vermutung eines *pathoplastischen Einflusses* des Lagerlebens für bestimmte Wahninhalte und Symptomgruppen. Hinsichtlich der Unterformen überwogen die vorwiegend paranoiden (66,2%) gegenüber den hebephrenen (23,8%) und den katatonen (10,0%). Von den ersteren wurden besonders oft im Beginn primäre Beziehungserlebnisse angegeben, welche zu Beeinträchtigungs- und

Verfolgungsideen verarbeitet wurden (70mal gegenüber 31mal religiösen bzw. magischen, 27mal Größenideen, 23mal hypochondrischen, 21mal physikalischen und 6mal sonstigen Fremdbeeinflussungsideen, sowie 12mal Versündigungsideen).

Diese Kranken fühlten sich von den Kameraden beobachtet und dann durch sie oder die Wachmannschaft verfolgt, womit häufig ein quälendes Mißtrauen und starke Angst verbunden waren. Unter dem weiteren Eindruck von akustischen Halluzinationen wurden dann aus verzweifelter Stimmung öfters ernste Selbstmordversuche unternommen (insgesamt 37mal bei 130 Patienten). Die pathoplastische Färbung durch die Situation des Gefangenenlagers war in diesen Fällen sehr deutlich.

Manisch-depressiver Formenkreis.

Hier fanden sich nur 2 eindeutige Manien. Beide Patienten waren von pyknoathletischem Habitus, der eine stammte aus Ostpreußen, der andere aus Böhmen. Beim ersteren war in der Gefangenschaft die dritte manische Phase mit heiterer Erregung und Größenideen aufgetreten. Beim letzteren baute sich die Manie auf einer schon konstitutionell lebhaften und hypomanischen Persönlichkeit auf und wurde durch eine Konvulsivbehandlung mit 10 Krampfanfällen nur wenig gedämpft.

An sicheren *endogenen Depressionen* waren nur 5 Patienten erkrankt. Die Grenzfälle zu den depressiven Erlebnisreaktionen und die Schwierigkeit ihrer Beurteilung wurden dort aufgeführt. Bemerkenswert in der Ausprägung dieser Depressionen waren die ängstlich-mißtrauische Färbung des depressiven Affektes, die wahnhaften Befürchtungen hinsichtlich des Schicksals der nächsten Angehörigen, teilweise verbunden mit starkem Heimweh und die häufigen Suicidversuche.

Epilepsie.

Von 8 unter der Diagnose Epilepsie eingewiesenen Patienten litten nur 3 an einem genuinen Anfallsleiden. Bei 2 Kranken waren im Anschluß an ein schweres Schädeltrauma mit Gehirnkontusion erstmals atypische epileptiforme Anfälle und episodische Dämmer- bzw. Ausnahmezustände aufgetreten. Ein Hirnverletzter hatte neben sonstigen cerebralen Herdsymptomen Anfälle von JACKSONSchem Typ. In einem Falle wiesen die atypisch verlaufenden Anfälle, eine umschriebene sensible Aura sowie postparoxysmale Geruchs- und Geschmacksstörungen auf den fokalen Charakter der Anfälle hin. Bei einem Patienten war $2\frac{1}{2}$ Jahre vor der Einlieferung hier im Gefangenenlager erstmals ein großer epileptiformer Anfall beobachtet worden. Im Kriegsgefangenenlazarett zeigten sich in der Zwischenzeit außerdem

Reflexverschiedenheiten und Durchblutungsstörungen einer Extremität. Der encephalographische Befund erhärtete unseren Verdacht eines Hirntumors.

Bemerkenswert ist hier, daß weniger als die Hälfte der Kranken, welche unter der Allgemeindiagnose Epilepsie segelten, der genuinen Form angehörten. Bei ebenso vielen waren die Anfälle als Folge eines Gehirutraumas aufgetreten bzw. durch ein solches provoziert worden. Bei den restlichen wurde die organische Natur des Leidens aufgeklärt.

Progressive Paralyse.

Bei 5 Patienten war in der Kriegsgefangenschaft eine progressive Paralyse zum Ausbruch gekommen. Als erstes Symptom, welches das Eingreifen des Lagerarztes herbeiführte, waren zweimal apoplektische Insulte aufgetreten. Das Erkrankungsalter schwankte zwischen 38 und 48 Jahren, war also verhältnismaßig niedrig. Die Vermutung, daß infolge der erheblichen körperlichen Strapazen des Krieges und der Gefangenschaft die Latenzzeit zwischen luischer Infektion und Manifestwerden der Paralyse verkürzt sei, ließ sich mangels genauer Angaben über das Infektionsdatum nicht erhärten.

Anhangsweise möchte ich noch die übrigen aus der Kriegsgefangenschaft zur Aufnahme gekommenen Krankheitsfälle kurz erwähnen, bei welchen eine besondere mit der Gefangenschaft in Zusammenhang zu bringende Symptomatik in einzelnen Zügen beobachtet werden konnte.

Es kamen 6 Kranke mit postencephalitischen Störungen zur Aufnahme, von welchen bei 3 in der Gefangenschaft im Anschluß an einen fieberhaften Affekt diffuse Encephalitiden mit groben aphasischen, agnostischen und alektischen Ausfällen aufgetreten waren. In keinem Fall lag eine Encephalitis epidemica Economo zugrunde. Ich möchte vermuten, daß die Lebensverhältnisse in der Kriegsgefangenschaft das Auftreten dieser postinfektiösen Encephalitiden begünstigt haben. Aus der wohl weit größeren Anzahl dieser Erkrankungsfälle kamen nur die in unsere Hand, welche entweder psychisch schwer auffällig oder infolge ihrer cerebralen Ausfälle hilfsbedürftig waren und die deshalb nicht sofort nach der Repatriierung nach Hause entlassen werden konnten.

Dies trifft auch für die restlichen Fälle zu, bei denen folgende Grundleiden vorlagen: Traumatische Hirnschädigungen zum Teil mit KORSAKOWSchem Syndrom (5 Pat.), Fleckfieberpsychose (1 Pat.), Insolation (1 Pat.), toxisches Arzneimitteldelir bei Zustand nach schwerer Gesichtsverletzung (1 Pat.), spino-cerebellare Heredoataxie (1 Pat.), Encephalomalacie nach Endocarditis lenta (1 Pat.), dasselbe nach rotem Hochdruck (1 Pat.) und nach chronischer Nephritis (1 Pat.), Meningitis tbc. (1 Pat.). Die zuletzt aufgeführten 4 Patienten wurden

in desolatem Zustand aufgenommen und alle unsere therapeutischen Bemühungen waren hier wirkungslos.

Zusammenfassung.

Im vorstehenden wurde an Hand von 266 in der Kriegsgefangenschaft erkrankten Fällen versucht, einen Einblick in die besondere Problematik psychiatrischer Erkrankungen bei Kriegsgefangenen zu gewinnen. Der bedeutende pathoplastische und teilweise pathogenetische Einfluß der Gefangenschaft auf *abnorme Erlebnisreaktionen* (39 Fälle) wurde mit den hier vorhandenen spezifischen Milieuwirkungen und seelischen Belastungen in Zusammenhang gebracht. Die Möglichkeit einer *Simulation* von Geistesstörungen bzw. neurologischen Erkrankungen wurde erörtert und deren Seltenheit betont. Von 17 angeblichen Fällen waren nur 2 gesichert. Die besondere pathoplastische Färbung der *Psychosen* durch das Milieu der Kriegsgefangenschaft wurde geschildert, dabei besonders schwere affektive Erlebnisse neben körperlicher Erschöpfung als auslösendes Moment für eine Schizophrenie in ganz vereinzelter Fällen anerkannt.

Vielleicht erhält man aus dem mitgeteilten zugleich einen Einblick in die Psyche der Gefangenen selbst, welche auch die körperlichen Leiden, die nicht in unsere Beobachtung kamen, mitgeprägt und modifiziert hat.

Literatur.

BLEULER, EUGEN: Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl. Berlin: Springer 1943. — BONHOEFFER, KARL: Nervenarzt 18, H. 1, 1. — BRAUN, E.: Psychogene Reaktionen im Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. V/I, S. 112. Berlin: Springer 1928. — HEMSING, W.: Ref. auf dem deutschen Psychologenkongreß Bonn 1947, zit. nach Caritas Jhg. 49, H. 1/2, S. 5 ff. und Jhg. 49, H. 3/4, S. 44 ff. Caritas-Verlag Freiburg i. Br. — IN DER BEEK, MANFRED: Nervenarzt 19, H. 3/4, 136. — KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie, 7. Aufl. Leipzig: Georg Thieme 1945. — LEMKE, R.: Ref. auf dem Psychiaterkongreß Tübingen 1947. — MAYER-GROSS: Die Auslösung durch seelische und körperliche Schädigungen (Schizophrenie). Im Handbuch für Geisteskrankheiten, Bd. IX/5. Berlin: Springer 1932. — SCHNEIDER, KURT: Beiträge zur Psychiatrie. Leipzig: Georg Thieme 1946. — VISCHER, A. L.: Die Stacheldrahtkrankheit. Zürich: Rascher & Cie. 1918.

Dr. med. FRANZ ROMMELSPACHER,
(14b) Weißenau bei Ravensburg (Württ.), Heilanstalt