Statistische Mitteilungen über das Material einer Armee-Nervenabteilung.

Von

Dr. Paul Bunse (Heilanstalt Kennenburg bei Eßlingen a. N.).

(Eingegangen am 20. Mai 1919.)

Das Interesse an der Kriegsneurologie und -psychiatrie zeigt in letzter Zeit ein allmähliches Abflauen. Zu einem gewissen Abschluß sind die Erörterungen gekommen über das Gebiet der Psychoneurosen im weitesten Sinne, d. h. aller psychogenen Störungen, auch der Psychoosen dieser Entstehungsart.

Dem Riesenmaterial standen wir am Anfang des Krieges ziemlich ratlos gegenüber. Aus einer Fülle von Veröffentlichungen über einzelne Erfahrungen, sodann besonders über die Behandlung der Kriegsneurosen, arbeiteten sich allmählich bestimmtere Gesichtspunkte heraus. Der Streit fast der gesamten Fachwelt gegen Oppenheim rauschte an uns vorüber und hinterließ immerhin einige Klärung. Versuche, die Psychologie der Kriegsneurosen und der seelischen Ausnahmezustände tiefer und von neuen Gesichtspunkten aus zu erfassen, sind in den ersten Kriegsjahren kaum unternommen worden. Auf spätere Arbeiten dieser Art näher einzugehen, habe ich hier keine Veranlassung. Vor allem die Arbeiten Kretschmers aus der letzten Zeit haben uns neue Gedanken gebracht, die eine wesentliche Bereicherung der Lehre von den psychogenen Zuständen auch für die Dauer bedeuten. Ich muß gestehen, daß ich in der gesamten, aufmerksam verfolgten Kriegsliteratur nichts von gleichem, aufbauendem und klärendem Werte gefunden habe. Diese Arbeiten bedeuten einen gewissen Abschluß, zugleich aber auch eine vielfältige Anregung, die sich bereits als fruchtbar zu erweisen beginnt.

Die Probleme der Kriegspsychiatrie, soweit sie die eigentlichen, sogenannten Prozeßpsychosen betreffen, sind kaum erst in Angriff genommen worden. Über die D.-B.-Frage bei der Dementia praecox ist wiederholt geschrieben worden, doch handelt es sich ja dabei um eine rechtliche Angelegenheit, nicht eigentlich um naturwissenschaftliche Forschung nach kausalen Zusammenhängen. Für uns handelt es sich aber um den Nachweis wirklicher Ursachen. Unsere ersten und größten Fragen sind daher die nach der Art und der ursächlichen Bedeutung des

Einflusses, den die Kriegsschäden auf den Ausbruch der Prozeßpsychosen, vor allem der endogenen Verblödungen, ausüben. Hierüber liegen einige kleinere Arbeiten vor, welche auf einzelnen Beobachtungen fußen und durch Verallgemeinerung derselben die Lösung des Problems erstreben. Ich werde später darauf zurückkommen. So erwünscht und wichtig auch die Kenntnis solcher Fälle ist, deren Entstehungsweise etwas Absonderliches bietet und durch Kriegsschädigungen vielleicht beeinflußt sein könnte, so ist doch unsere Hauptfrage nur auf statistischem Wege zu lösen. Da das Material hierzu bisher niemandem zu Gebote stand, so sind auch kaum Versuche nach dieser Richtung hin unternommen worden. Auf eine statistische Arbeit von Papst über *Dementia praecox* und Krieg werde ich nachher näher eingehen. Im ganzen liegen die Dinge so, daß bis zur endgültigen Beantwortung der aufgeworfenen Frage noch Jahre vergehen werden. Vielleicht wird sie überhaupt nicht möglich sein, jedenfalls ist zu erwarten, daß die Ergebnisse weit auseinander laufen werden. Die größte Klippe wird, wie bei allen umfassenden Statistiken, die Tatsache bilden, daß wir immer noch nicht eine einheitliche, von allen deutschen Psychiatern gleichmäßig angewandte Systematik besitzen. Hierdurch wird die einheitliche Verarbeitung des Materials aus allen deutschen Irrenanstalten erschwert. Eine solche aber ist notwendig.

Nicht ohne Wichtigkeit werden aber auch die Ergebnisse der Kriegsnervenabteilungen des Etappengebietes sein. Es entzieht sich meiner Beurteilung, ob hierüber eine umfassende Sammelstatistik überhaupt möglich sein wird. Die gegenwärtigen Verhältnisse sind der Verarbeitung des bei allen Ersatzbataillonen verstreuten Krankengeschichtenmaterials denkbar ungünstig. Die Zahl der überhaupt während des Krieges angefallenen Nerven- und Geisteskranken wäre festzustellen, ihre Verteilung auf die einzelnen Zeitabschnitte des Krieges, auf ruhige und belebte Fronten, auf Großkampfzeiten zu berücksichtigen.' Die Ungleichheiten der Krankheitsbezeichnungen müßten ausgeglichen, ein einheitliches Schema für die Statistik aufgestellt werden. Alles das wird in absehbarer Zeit nicht möglich sein. Die zu erwartenden Zahlen dürften sich auf Millionen belaufen.

Es ist anzunehmen, daß ein Teil der Ärzte, welche an den Armee-Nervenabteilungen tätig waren, ihr Material für sich gesammelt haben. Wenn ich jetzt das von mir gesammelte statistische Material veröffentliche, so möchte ich damit gleichzeitig die Anregung zu weiteren ähnlichen Mitteilungen geben. Eine größere Summe derselben würde immerhin zu einigen Ergebnissen führen können.

Es ist hier der Ort, die großen Schwierigkeiten zu streifen, die der Sammlung und Ordnung des Materials unter den Verhältnissen eines Kriegslazaretts entgegenstanden. Die große Zahl der Zugänge spottete

der Verarbeitung durch den Arzt. Der rasche Wechsel machte eine zuverlässige Diagnostik für viele Fälle unmöglich. Es konnte nicht der Zweck solcher Abteilungen sein, wissenschaftliche Arbeit zu fördern. Demgemäß stand die Zeit dafür nicht zu Gebote und mußte den spärlichen Erholungsstunden abgerungen werden.

Wenn ich mich trotzdem entschließe, meine Statistik zu veröffentlichen, so liegt der Grund dafür in den angedeuteten allgemeinen Verhältnissen. Wir dürfen auch ein vergleichsweise kleines Material nicht ungenützt liegen lassen, solange keine Hoffnung besteht, daß eine großzügige Sammlung aller Erfahrungen möglich sein wird. Ihren vollen Zweck wird meine Arbeit erst dann erreichen, wenn sie über kurz oder lang in einer umfassenderen Zusammenstellung ähnlicher Art aufgehen kann. Material herbeizutragen ist einstweilen alles, was wir tun können. Mißlich bleibt es immer, das einzelne unter allgemeine Gesichtspunkte zu bringen.

Meine Statistik umfaßt die Zeit vom August 1916 bis einschließlich Juli 1917. Während der Monate August bis Dezember 1916 hatte ich als alleiniger Arzt die Nervenstation der V. Armee. In dieser Zeit ging alles durch meine Hände, was aus dem Armeebereich an Nerven- und Geisteskranken überhaupt anfiel. Der direkte Abtransport dieser Kranken in das Heimatgebiet unter Umgehung der Nervenstation war sämtlichen Sanitätsformationen ausdrücklich verboten.

Bei der großen Zahl der Zugänge war mir eine gründlichere Verarbeitung durchaus unmöglich. Dieser Mangel findet in einem Posten der Statistik seinen Ausdruck. Ich besitze aus dieser Zeit nur etwa 100 Krankengeschichten über besondere Fälle, mußte aber die meisten herausgehen lassen, ohne mir auch nur flüchtige Aufzeichnungen machen zu können. Dagegen habe ich alle Fälle gezählt und habe die Diagnosen, welche bei der Kürze der Beobachtungszeit zu stellen waren, ebenso die, welche nicht zu stellen waren, in ein Formular eingetragen. Diese Statistik umfaßt 1790 Fälle. Wenn ich nebenbei erwähne, daß ich in jener Zeit zunächst 45 Betten, seit Mitte September etwa 80, zur Verfügung hatte, so wird das einen Begriff von den Verhältnissen geben, unter denen sich meine Arbeit abspielte.

Seit dem Januar 1917 war die Station geteilt. Ich hatte auf einer Wachabteilung von 40 Betten vorwiegend die psychiatrischen Fälle, die Schwesterstation mit 80 Betten die neurologischen. Die Zeit vom Januar bis Juli 1917 umfaßt die Tabelle II. Sie enthält das gesamte Material der Wachabteilung und fußt durchaus auf Krankengeschichten und Gutachten, deren vollständige Sammlung mir in dieser Zeit möglich war. Immerhin habe ich auch damals öfter so plötzlich und rücksichtslos Platz schaffen und abtransportieren müssen, daß ich nicht alle unklaren Fälle genügend lange beobachten konnte. Soweit ich

bestimmte Diagnosen gestellt habe, kann ich für ihre Zuverlässigkeit im Rahmen des überhaupt Möglichen eintreten. Die zweite Tabelle umfaßt 701 Fälle.

Tabelle I.

1. Organische Hirnkrankheiten	9	9,5%
2. Gehirnerschütterung und deren Folgezustände	25	1,4 „
3. Paralyse	16	0,9 „
4. Epilepsie	122	6,8 „
5. Organische Rückenmarkskrankheiten	11	0,6 „
6. Organische Erkrankungen der peripheren Nerven	74	4,1 „
7. Verletzungen der peripheren Nerven	19	1,0 „
8. Hysterie.		
a) Hysterische Lähmungserscheinungen	86	4,8%
b) Krämpfe	102	5,7 „
c) Zitterer	262	14,6 „
d) Verwirrtheits- und Stuporzustände	89	4,9 „
Hysterie insgesamt	539	30,0%
9. Zur Beobachtung auf Krämpfe von ungewisser Natur	98	5,4 „
10. Depressionszustände	27	1,5 „
11. Manische Zustände	8	0,4 „
12. Manisch-depressive Mischzustände	3	0,17 „
13. Dementia praecox	58	3,2 „
14. Chronisch-paranoische Erkrankungen ohne grobe Defekte	4	0,2 „
15. Psychosen ohne sichere Diagnose	107	6,0 „
16. Alkoholismus und alkoholische Seelenstörungen	11	0,6 „
17. Schwachsinn	70	3,9 „
18. Psychopathische Minderwertigkeit	83	4,6 „
19. Endogene Nervosität	167	9,3 „
20. Nervöse Erschöpfungszustände von neurasthenischem Charakter	256	14,2 „
21. Zur Beobachtung auf Nervenleiden	26	1,4 „
22. Nicht nervenkrank	44	2,4 „
Summe	1790	

Die organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, einschließlich der Epilepsie und der Verletzungen, machen insgesamt 15,3% der Fälle aus. Wir bewegen uns hier im allgemeinen auf diagnostisch festem Boden, so daß die einmalige Untersuchung in den meisten Fällen ein sicheres Ergebnis haben konnte. Dies gilt jedoch nicht von der Epilepsie. Die verhältnismäßig große Zahl der Fälle ist bemerkenswert, sie machen 6,8% aus. Unter dieser Diagnose wurden nicht nur solche Kranke geführt, bei denen einwandfreie Krampfanfälle auf meiner Station zur Beobachtung kamen, sondern auch solche, bei denen ein Bericht des Truppenarztes einigermaßen sichere Anhaltspunkte gab, ferner auch solche, deren anamnestiche Angaben strenger Kritik standhielten. Es mag sein, daß die Zahl trotzdem etwas hoch gegriffen ist. Namentlich hat mich das spätere Zurücktreten der Epilepsie (siehe Tabelle II) stutzig gemacht. Doch läßt sich eine Erklärung dafür ohne Zwang geben, insofern die Tabelle I die Zeit schwerer Kämpfe an der

Verdunfront umfaßt, unter deren Einwirkungen mancher Epileptiker versagt haben dürfte, der in ruhiger Zeit bei der Truppe geblieben wäre. Ferner aber hat man später die sicheren Epileptiker überhaupt nicht mehr an die Front geschickt, so daß schon dadurch ihre Zahl stark abnehmen mußte. Interessant war mir in diesem Zusammenhange eine Arbeit von H. Richter (diese Zeitschr. 46, 131). Richter stellt sich auf Grund seiner Erfahrungen auf den Boden der Redlischen Theorie über das Wesen der Epilepsie und nimmt an, daß unter der Einwirkung des Krieges auch solche Leute von echter Epilepsie befallen werden könnten, deren epileptische Reaktionsfähigkeit bei Friedensansprüchen latent geblieben wäre, durch das überwertige Kriegstrauma jedoch zur epileptischen Offenbarung gebracht wurde. Ich bin nicht in der Lage, hierzu Stellung zu nehmen, halte es aber für durchaus möglich, daß das Abnehmen der Epileptiker nach dem Aufhören schwerer Kämpfe an der Verdunfront zum Teil im Sinne der Richterschen Anschauungen zu deuten wäre.

Die Paralyse tritt stark zurück. Ich möchte daraus keine Schlüsse ziehen. Meine späteren Erfahrungen im Heimatsgebiet legten mir einigemal die Vermutung nahe, daß die Kriegsstrapazen auf den Ablauf der Paralyse beschleunigend zu wirken vermöchten. Ob die Gesamtzahl der Paralytiker während der Kriegsjahre nennenswert angewachsen ist, wird die allgemeine Anstaltsstatistik zu beantworten haben. Bei dieser Krankheit bewegen wir uns ja auf sicherem Boden.

Die Hysterie beansprucht einen breiten Raum. Die sicheren Fälle allein machen 30% aus. Zu dieser Zahl ist jedoch der größte Teil der 98 unter Nr. 9 angeführten Fälle hinzuzurechnen (zur Beobachtung auf Krämpfe von unsicherer Natur), so daß wir der Hysterie stark $\frac{1}{3}$ aller überhaupt aufgenommenen Fälle zuschreiben dürfen.

Ein besonderes Interesse beansprucht die Gruppe 8 c,¹⁾ die hysterischen Zitterer. Soweit ich die Verhältnisse übersehe, hat die Verdunoffensive mit ihren bis dahin unerhörten Anforderungen die erste große Zitterepidemie gezeitigt. Schon in den Monaten Mai bis Juni 1916 hatte die Station Zitterer in auffallend großer Menge aufgenommen. Zahlen darüber stehen mir nicht zu Gebote, doch weiß ich die Tatsache von dem von mir übernommenen Stationspersonal. Ich kann nicht leugnen, daß die Scharen der im August 1916 täglich in meine Baracken einströmenden Zitterer mir zunächst einen unheimlichen Eindruck machten. Ich kannte dergleichen aus vereinzelt Fällen der Unfallfriedenspraxis, hatte aber während des Krieges bis dahin nichts mit Nervenkranken zu tun gehabt. Nach Großkampftagen kamen nicht selten 12 bis 15 und mehr Zitterer mit einem Transport an. Da ich bei einer durchschnittlichen Tagesaufnahme von 16 Kranken (495 im Monat August) nur 45 Betten zur Verfügung hatte, so schob ich alle organischen Fälle,

alle schweren Psychosen, alle längerer Behandlung bedürftigen Nervösen sofort mit den täglichen Heimatstransporten ab. Auf der Station lagen daher außer den gerichtlichen Beobachtungsfällen ganz überwiegend Zitterer und hysterische Krampfkranke. Jede Möglichkeit einer rationellen Behandlung fehlte. Als alleiniger Arzt der Station konnte ich Behandlungsversuche nur in sehr bescheidenem Umfange vornehmen. Gleichwohl machte ich schon in dieser Zeit die Erfahrung, daß jede suggestive Therapie unter den Verhältnissen des Kriegslazarets bei den Zitterern unendlich dankbar war. „Starke“ Kuren habe ich sehr selten gemacht. Bettruhe, leichte Faradisation unter suggestivem Zuspruch führte fast stets in wenigen Tagen, oft in einer Sitzung zum Erfolge. Hartnäckige Sünder, halbe und ganze Simulanten habe ich hier und da länger behalten und mit starken faradischen Strömen behandelt. Auch dabei habe ich gute Erfahrungen gemacht. Nicht dagegen hat es sich mir bewährt, Hysteriker verstreut unter innerlich Kranke zu legen. Sie wirkten bisweilen infektiös, fast immer trat eher eine Fixierung als eine Besserung der Symptome ein, da sie Staunen und Mitleid erregten. Anfangs habe ich oft versucht, Zitterer und andere Hysteriker nach Behandlung von wenigen Tagen wieder an die Front zu schicken. Da ich die einzige Nervenstation der V. Armee innehatte, so mußten diese Leute wieder zu mir kommen, sobald sie rückfällig wurden. Es sind ihrer sehr wenige gewesen, die nicht im Zeitraum von 8—14 Tagen rückfällig wiederum die Station betraten. Ich habe es später aufgegeben, Kriegsneurotiker nach erzielter Symptommfreiheit alsbald wieder an die Front zu schicken.

Ich kann es mir an dieser Stelle nicht versagen, trübe persönliche Erfahrungen zur Sprache zu bringen. Ich habe in ungezählten mündlichen und schriftlichen Berichten bei meinen vorgesetzten Behörden zu erreichen gesucht, daß eine besondere Station mit eigenem Arzt für die Behandlung der Zitterer und der anderen Kriegsneurotiker der V. Armee im Etappengebiet eingerichtet wurde. Die Schwierigkeiten mögen groß gewesen sein; aber das Schlimmste war das Fehlen des Verständnisses und Interesses. Ich hatte die Möglichkeit, einen kleinen Teil dieser Kranken nach vorheriger Anmeldung in ein Nervenerholungsheim einer benachbarten Armee zu überweisen. Ich will den Namen des Erholungsheims nicht nennen, da ich niemandem zu nahe treten möchte. Gute Erfahrungen habe ich damit nicht gemacht. Auch dort werden wahrscheinlich die Verhältnisse so gewesen sein, daß Durchgreifendes nicht erreicht werden konnte. Es ist heute müßig, die Organisation einer solchen Neurotikerabteilung im Etappengebiet zu erörtern. Es hätte sich machen lassen, und es hätte gemacht werden müssen. Die Flut der von der Front zurückströmenden Kriegsneurotiker hätte sich im Etappengebiet abfangen und eindämmen lassen. Unendliches

Unheil wäre verhütet worden, wenn man der Übertragung dieser Seuche in die Heimatlazarette vorgebeugt hätte. In diesem Punkte hat das Feldsanitätswesen versagt, weil geeignete Berater nicht vorhanden waren. Uns Ärzten an den Nervenabteilungen der Kriegslazarette wäre außerordentlich damit gedient gewesen, wenn ein beratender Psychiater von großem wissenschaftlichem Gewicht und großer persönlicher Energie die Nervenstationen hinter der ganzen Front regelmäßig besucht, Wünsche der Stationsärzte entgegengenommen und ihre einheitliche Verwirklichung durchgesetzt hätte. Daran hat es gefehlt. Es ist möglich, daß später und anderwärts mehr erreicht worden ist, doch weiß ich darüber nichts.

Die Verteilung der Zitterer auf die einzelnen Monate ist von besonderem Interesse. Der August 1916 war noch eine Zeit schwerer Kämpfe an der Verdunfront, seit dem September flaute die Kampf-tätigkeit allmählich ab. Ich habe im August 122 Zitterer aufgenommen. Diese zusammen mit der nahe verwandten Gruppe von 52 hysterischen Krampfkranken machten ein starkes Drittel der Aufnahmeziffer des August (495) aus. Im September waren es 71 Zitterer und 29 hysterische Krämpfe (zusammen stark $\frac{1}{4}$ von 360 Aufnahmen). Im Oktober 42 Zitterer und 11 Krampfkranken, zusammen etwa $\frac{1}{6}$ von 325 Aufnahmen. Im November 18 und 7, zusammen etwa $\frac{1}{12}$ von 308 Aufnahmen. Im Dezember 9 und 3, zusammen $\frac{1}{25}$ von 302 Aufnahmen. Damit war die Epidemie erloschen, ein etwa stationärer Zustand erreicht.

So verlockend es wäre, den Wegen der psychischen Infektion bei dieser Zitterepidemie nachzugehen, so stehen mir doch darüber nur geringe Erfahrungen zu Gebote. Wiederholt habe ich es erlebt, daß von einem sehr begrenzten Frontabschnitte, aus derselben Truppe, ja aus derselben Kompanie 5 bis 6 und mehr Zitterer gleichzeitig kamen. Eines Falles erinnere ich mich, wo in einem Keller, unmittelbar neben einem in Brand geschossenen Munitionslager, etwa 25 Leute eingeschlossen waren. Eine größere Zahl von ihnen wurde in der ungenügenden Deckung durch Sprengstücke getötet und schwer verletzt. Die Leute konnten nicht eher befreit werden, als bis nach einigen Stunden das Munitionslager gänzlich ausgebrannt war. Die 13 unverletzt gebliebenen Leute kamen damals mit dem gleichen Transport zu mir, sämtlich mit schwerem Schüttelzittern. Im ganzen hat sich mir immer wieder bestätigt, daß die Brennpunkte des Kampfes Hauptherde der Zitterkrankheit waren. In der Zeit, wo um Fleury und Tavannes heiß gekämpft wurde, bekam ich von dort täglich mehrere, öfter über 10 Fälle. Das gleiche galt übrigens für die anderen Hysterieformen. Es versteht sich von selbst, daß unter solchen Verhältnissen fast stets eine schwere Shockwirkung die Auslösung des Zitterns bedingte. Ich habe aber auch von ruhenden Truppen und aus der Etappe nicht ganz selten Zitterer bekommen.

Wie oben erwähnt, gehört der weitaus größte Teil von Nr. 9 (Beobachtung auf Krämpfe von ungewisser Natur) zur Hysterie. Die Auswahl ist da nicht groß. Um Epilepsie kann es sich in diesen Fällen nur selten gehandelt haben, da ich mit der Diagnose der Epilepsie eher zu weitherzig als zu vorsichtig gewesen bin.

Die Psychosen ohne sichere Diagnose (Nr. 15) teilen sich in der Hauptsache in *Dementia praecox* und psychogene Verwirrtheits- und Erregungszustände auf. Die letzteren Formen habe ich später mehr beachtet, nachdem ich sie anfangs teils aus Mangel an Beobachtungszeit, teils auch wegen ihrer ganz ungewohnt großen Zahl sicherlich vielfach übersehen habe. Als Psychosen mit unsicherer Diagnose habe ich so viele Fälle aufführen müssen, weil ich oft genötigt war, die Kranken nach ganz flüchtigem Ansehen wegen Platzmangels sofort in die Heimat abzuschicken. Ich habe in solchen Fällen für meine Statistik lieber auf eine Diagnose verzichtet, als daß ich nach flüchtigem Eindruck mich hätte festlegen mögen, wodurch in den übrigen Posten der Statistik nur eine große Belastung mit unrichtigen Diagnosen hätte herauskommen können. Ich erinnere mich, habe mir auch Aufzeichnungen dieses Inhaltes gemacht, daß in diesen unsicheren Fällen fast stets die Differentialdiagnose nur zwischen *Dementia praecox* und psychogenen Störungen schwankte. Damals und erst recht später bin ich immer wieder überrascht gewesen, wie verblüffend die Ähnlichkeit psychogener Verwirrtheitszustände mit schizophrenen sein kann. Beide Formen kamen häufig vor. Ich habe 1917/18 im Heimatsgebiete eine größere Zahl von einwandfreien Schizophrenien gesehen, die lange Zeit hindurch als Hysterien diagnostiziert worden waren und auch nicht anders hätten diagnostiziert werden können. Es sind dies Fälle, welche am ehesten den Gedanken nahelegen, daß besondere Shockwirkungen oder allgemein erschöpfende Momente gelegentlich als wirkliche Ursachen, nicht bloße Auslösungen, einer Schizophrenie in Frage kommen könnten. Hierauf komme ich später zurück.

Es hat nur den Wert einer rohen Schätzung, wird aber hinter der Wirklichkeit wahrscheinlich noch zurückbleiben, wenn ich annehme, daß von den 107 Fällen aus der Gruppe der ungeklärten Psychosen mindestens die Hälfte, also etwa 60, in das Gebiet der psychogenen Krankheitszustände hineingehört.

¶ Wir hätten also zu den 539 Hysteriefällen schätzungsweise 80 aus Nr. 9 hinzuzuzählen und kämen damit auf rund 620 Fälle von Hysterie. Nehmen wir ferner schätzungsweise 60 Fälle aus Nr. 15 als psychogene Erregungs- und Verwirrtheitszustände an, so betrüge die Zahl der psychogenen Krankheitsformen insgesamt 680, das sind fast genau 38% aller Fälle überhaupt.

¶ Noch imponierender werden die Verhältniszahlen, wenn wir die Psychoneurosen alle zusammennehmen. Es kommen dann noch 167 Fälle

von endogener Nervosität (Nr. 19) und 256 Fälle von Krankheiten der neurasthenischen Gruppe (Nr. 20) hinzu. Zusammen sind das 1103 Fälle oder etwa 60% aller Aufnahmen.

Wenn es auch weder bei der endogenen Nervosität, noch bei den nervösen Erschöpfungszuständen statthaft ist, sie als einfach psychogene Krankheitsformen anzusehen, so kann doch darüber kein Zweifel sein, daß das Versagen der endogen Nervösen sowohl wie der nervös Erschöpften psychogen mitbedingt ist. Im weiteren Sinne wird man also sagen dürfen, daß von allen während der Monate August bis Dezember 1916 im Bereich der V. Armee überhaupt angefallenen Nerven- und Geisteskranken etwa 60% den seelischen Strapazen des Krieges in greifbaren Zusammenhängen erlegen waren.

Wenden wir uns jetzt den Gruppen der eigentlichen Psychosen zu, so ist zu Nr. 10 (Depressionszustände) zu bemerken, daß ich eine Sonderung der Depressionszustände nach ihrer Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein oder zu reaktiven Krankheitsformen nicht versucht habe. Ich habe vielmehr alles unter dieser Diagnose geführt, was dem Krankheitsbilde der Melancholie im alten Sinne entsprach. Nicht dagegen sind inbegriffen — in dieser Tabelle überhaupt nicht gesondert aufgeführt — die leichten Depressionen, welche die Neurasthenie recht häufig begleiten. Die überwiegende Zahl der Depressionen dürfte in der Tat dem manisch-depressiven Irresein zugehören. Die manischen und Mischzustände sind sehr spärlich vertreten. Das manisch-depressive Irresein insgesamt macht fast genau 2% aller Fälle aus. Die Dementia praecox ergibt nicht ganz 6%, wobei die absolute Zahl durch Hinzunahme von schätzungsweise 47 Fällen aus Nr. 15 auf 105 Fälle angereichert wurde. Rund 8% aller Fälle gehören demnach den Gruppen der Prozeßpsychosen an, dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox.

Die absolute und Verhältniszahl von Nr. 14 ist zu unbedeutend, um eine nähere Besprechung zu lohnen. Diese Fälle gehören wahrscheinlich der Dementia praecox zu bzw. den Paraphrenien. Die Diagnose der Paranoia im engsten Sinne habe ich nie gestellt.

Dieses starke Zurücktreten derjenigen Psychosen, welche in den Anstaltsstatistiken die größten Zahlen zu liefern pflegen, könnte leicht zu voreiligen Schlüssen verleiten. Der erste Eindruck aus diesen Zahlenverhältnissen ist jedenfalls der, daß die Kriegsstrapazen in der Verursachung der sog. Prozeßpsychosen keine allzu große Rolle spielen dürften.

Auffallend gering ist die Zahl der alkoholischen Störungen. Ich habe in dieser Tabelle den einfachen Alkoholismus nicht gesondert aufgeführt. Es sind in der Tat nur 2 Fälle von schwerer, aber unkomplizierter Trunksucht gewesen, die ich zu Gesicht bekam. Im allgemeinen kamen die Säufer erst dann ins Lazarett, wenn sie durch psychische Störungen aufgefallen waren.

Was von der Statistik noch übrigbleibt, kann kurz behandelt werden. Der Schwachsinn und die psychopathische Minderwertigkeit treten an Zahl ziemlich zurück. Beide Gruppen kamen ganz überwiegend nur dann zur Aufnahme, wenn ihr Defekt zu dienstlichen Konflikten geführt hatte. Die Schwachsinnigen wurden bei der Truppe meist richtig erkannt. Leichtere Grade sind allermeist bei der Truppe verblieben, soweit sie nicht in Form hysterischer Erkrankungen versagten. Die Psychopathen waren fast ausnahmslos straffällig und allermeist zur Begutachtung überwiesen. Die Grundsätze der Begutachtung zu besprechen ist hier nicht der Ort.

Tabelle II.

1. Organische Hirnkrankheiten	16
2. Hirnerschütterung und deren Folgezustände	12
3. Paralyse	14
4. Epilepsie	14
Epileptische Dämmerzustände	12
5. Organische Rückenmarkskrankheiten	5
6. Organische Krankheiten und Verletzungen der peripheren Nerven . . .	13
7. Hysterie:	
a) Lähmungserscheinungen	46
b) Andere körperlich hysterische Erkrankungen	11
c) Krämpfe	37
d) Zitterer	9
e) Dämmerzustände	31
f) Hysterische Seelenstörungen anderer Art	8
	<hr/>
Hysterie insgesamt	142 142
8. Psychogene transitorische Bewußtseinsstörungen	27
9. Psychogene Erregungszustände ohne Bewußtseinsstörungen	9
10. Depressionszustände	20
11. Manische Zustände	3
12. Manisch-depressive Mischzustände	1
13. Dementia praecox	67
14. Chronisch-paranoische Erkrankungen ohne grobe Defekte	6
15. Psychosen mit unsicherer Diagnose	19
16. Chronischer Alkoholismus:	
a) ohne Seelenstörung	5
b) mit paranoiden Erscheinungen	2
c) Alkoholdelir	0
d) Dipsomanische Attacken	1
e) Pathologische Rauschzustände	9
	<hr/>
Alkoholismus insgesamt	17 17
17. Schwachsinn	86
18. Psychopathische Minderwertigkeit	60
19. Endogene Nervosität	63
20. Nervöse Erschöpfungszustände von neurasthenischem Charakter . . .	42
21. Neurasthenische Depressionszustände	23
22. Basedow	3
23. Alte Unfallsneurosen	12
24. Gasvergiftungen mit psychischen Störungen	6
25. Nicht nerven- oder geisteskrank	9
	<hr/>
Summe	701

Die Tabelle II umfaßt die Zeit von Januar bis Juli 1917, nach der Teilung der Station. Sie ist für unsere statistischen Betrachtungen in dieser Form nicht brauchbar, da sie nicht das gesamte aus dem Bereich der V. Armee zuströmende Material verarbeitet, sondern nur dasjenige, welches der Überwachungsabteilung zugewiesen wurde. Es fehlen in ihr in der Hauptsache die Kriegsneurosen im engeren Sinne sowie ein großer Teil des organischen Materials. Da aber je nach dem Zugang und dem vorhandenen Platz der beiden Stationen auch solche Fälle aufgenommen wurden, die der Überwachung nicht bedürftig gewesen wären, so bringt die Tabelle auch eine Reihe von solchen Krankheitsgruppen, welche unvollständig und in ihren Zahlen zufällig sind. Die Ausrechnung von Prozentsätzen hatte daher für diese Tabelle keinen Wert. Ich teile die Tabelle nur der allgemeinen Übersicht wegen mit. Vollzählig oder nahezu vollzählig kamen nach der Teilung auf meine Station die Kranken der Gruppen 3, 4, 7 e und f, 8—21.

Wollte ich die Tabelle II verwertbar machen, so blieb mir nichts übrig, als aus der Tabelle I und II diejenigen Gruppen zu einer III. Tabelle zusammenzuzählen, welche im Laufe des ganzen Jahres vollständig durch meine Hände gingen. Es sind dies alle Psychosen, einschließlich der psychogenen Störungen, dazu die Epilepsie, ferner die psychischen Formen nervöser Erkrankungen, endogene Nervosität und Neurasthenie, welche gemäß Verabredung meiner Station überwiesen wurden. Das Fehlen der organischen Nervenkrankheiten fällt wenig ins Gewicht. Der Mangel der Tabelle III liegt in dem Fehlen der Kriegsneurosen im engeren Sinne.

Tabelle III.

1. Paralyse	16 + 14 = 30	1,9%
2. Epilepsie	122 + 14 = 136	8,9 „
Epileptische Dämmerzustände	14 = 14	0,9 „
3. Hysterische Dämmer- und Stuporzustände	89 + 31 = 120	7,8 „
4. Hysterische Seelenstörungen anderer Art	8 = 8	0,5 „
5. Psychogene transitorische Bewußtseinsstörungen	27 = 27	1,7 „
6. Psychogene Erregungszustände ohne Bewußtseinsstörung	9 = 9	0,6 „
7. Depressionen	27 + 20 = 47	3,0 „
8. Manische Zustände	8 + 3 = 11	0,7 „
9. Manisch-depressive Mischzustände	3 + 1 = 4	0,3 „
10. Dementia praecox	58 + 67 = 125	8,1 „
11. Chronisch-paranoische Erkrankungen ohne grobe Defekte	4 + 6 = 10	0,6 „
12. Psychosen mit unsicherer Diagnose	107 + 19 = 126	8,1 „
13. Alkoholismus und alkoholische Seelenstörungen	11 + 17 = 28	1,8 „
14. Schwachsinn	70 + 86 = 156	10,1 „
15. Psychopathische Minderwertigkeit	83 + 60 = 143	9,2 „
16. Endogene Nervosität	167 + 63 = 230	14,9 „
17. Nervöse Erschöpfungszustände (Neurasthenie)	256 + 42 = 298	19,4 „
18. Neurasthenische Depressionszustände	23 = 23	1,5 „
	Summe 1545	

In dieser neuen Zusammensetzung des Materials imponiert am meisten die starke Beteiligung der Nervosität. Nr. 16 bis 18 machen zusammen 35,8%, ein starkes Drittel aller Fälle, aus. Auch hierin kommt die Tatsache zum Ausdruck, daß die nervös Anfälligen für den Frontdienst auf die Dauer ungeeignet sind.

Es sei nebenbei bemerkt, daß unter endogener Nervosität dasselbe verstanden wird, was sonst unter dem Namen konstitutionelle oder degenerative Neurasthenie geht und was Kraepelin unter den originären Krankheitszuständen als „Nervosität“ abhandelt. Die Diagnose Neurasthenie habe ich da gestellt, wo vor dem Kriege keine nervösen Erscheinungen bestanden hatten, wo die endogenen Krankheitsfaktoren ausgeschaltet waren oder gegenüber den exogenen ganz zurücktraten, und wo das psychische Krankheitsbild die Erschöpfung und die Überreiztheit als grundlegende Merkmale darbot, nicht dagegen die so kennzeichnenden Charaktereigentümlichkeiten der endogenen Nervosität. Die körperlichen Beschwerden und der körperliche Befund sind zur Abgrenzung der beiden Krankheitsformen nicht geeignet. In Abweichung von der Kraepelinschen Gruppierung rechne ich die Neurasthenie (nervöse Erschöpfung) nicht zu den psychogenen Krankheitszuständen, weil ich mich nicht dazu verstehen kann, den Begriff des Psychogenen so weit auszudehnen, daß er die allgemeine Erschöpfung des Zentralnervensystems infolge geistiger und körperlicher Überanstrengung mit umfaßt.

Als neurasthenische Depressionszustände habe ich leichte Verstimmungen geführt, die das kennzeichnende Krankheitsbild der Neurasthenie begleiteten. Sie sind verhältnismäßig häufig. Die Verstimmung und das starke Insuffizienzgefühl zeichnen sie aus. Selbstvorwürfe, wenn auch nur angedeutet, fehlen selten. Dagegen gehören depressive Wahnideen nicht zum Bilde. Ich bin zur gesonderten Aufführung dieser Gruppe nur dadurch gekommen, weil ich aus den bis dahin gemachten Beobachtungen den Eindruck hatte, daß die neurasthenischen Depressionen vielleicht unter Einwirkung erschütternder Erlebnisse unverhältnismäßig häufig seien. Das hat sich durch die Zahlen der Tabelle II nicht bestätigt.

Nehmen wir zu den psychogenen Seelenstörungen (3—6) in derselben Weise wie bei Tabelle I schätzungsweise die Hälfte der ungeklärten Psychosen (12) hinzu, so kommen wir auf 14,6%. Zusammen mit den beiden Formen der Nervosität ergeben sich 50,4%, in absoluter Zahl 775 Fälle. Da hierin die Hysteriker mit körperlichen Symptomen, Lähmungen, Krämpfen, Zittern nicht enthalten sind, so kommen wir auch hier wieder auf einen Prozentsatz, der ein Hauptergebnis der ersten Tabelle bestätigt, daß nämlich mehr als die Hälfte aller überhaupt aufgenommenen Fälle sich aus solchen Kranken zusammensetzt, bei

denen das Versagen gegenüber den seelischen Strapazen des Krieges handgreiflich ist.

Die hysterischen Dämmer- und Stuporzustände, sowie die ihnen nahe verwandten, psychogenen, transitorischen Bewußtseinsstörungen machen zusammen 9,5% aus. Diese Zahl ist so ungewöhnlich und auffallend, das zugrunde liegende Material so interessant, daß ich es schon früher gesondert bearbeitet und in dieser Zeitschrift veröffentlicht habe¹⁾. In der Häufigkeit dieser schwersten psychogenen Beeinträchtigungen der ganzen Persönlichkeit zeigt sich der schädigende Einfluß des Krieges besonders eindringlich. Über die Psychologie dieser Zustände ist ziemlich viel geschrieben worden. Ich habe diese Seite der Sache damals zurücktreten lassen, da es mir in meinem Zusammenhange mehr auf andere Dinge ankam. Vielleicht komme ich später noch einmal darauf zurück.

Halten wir uns vor Augen, daß die Mehrzahl der im Kriege psychogen Erkrankten unter ruhigen Friedensverhältnissen wahrscheinlich gesund geblieben wäre, so finden wir in ihrer großen Zahl einen sprechenden Ausdruck für die Schwere und den Umfang des Verschleißes an Nervenkraft, den unser Volk in diesem Kriege erlitten hat. Auch die wirtschaftliche Bedeutung dieser Tatsache geht uns alle an. Die amtlichen Statistiken haben uns zwar jedes Jahr während des Krieges versichert, daß die Zahl der Nervenkranken im Verhältnis zu den Verwundeten und Seuchenkranken verschwindend gering gewesen sei. Das will wenig heißen, da diese Zahlen sich auf viele Millionen belaufen haben, so daß die absolute Zahl der Kriegsnervenkranken jedenfalls auch in die Millionen geht. Die Prognose dieser Zustände ist keineswegs günstig zu stellen. Wir gehen schweren, volkswirtschaftlichen Stürmen entgegen. Die Lebens- und Erwerbsbedingungen weitester Volkskreise werden viel schlechter sein als vor dem Krieg. Der Kampf ums Dasein wird demgemäß viel mehr Energie verlangen. Wir können aber nicht annehmen, daß diese durch den Krieg psychisch umgeworfenen Menschen in den erschwerten Lebensverhältnissen durchkommen werden. Eine große Zahl von ihnen wird versagen, wird Entschädigungsansprüche stellen und wird damit durchdringen. Darüber hinaus aber wird die Zahl derer sehr groß sein, die eine tatsächliche Einbuße ihrer allgemeinen Spannkraft und ihrer Erwerbsfähigkeit erlitten haben, ohne entschädigt zu werden. Auch das wird in der Volkswirtschaft einen merklichen Ausfall bedeuten. Es ist meine Überzeugung, daß in den Revolutionsereignissen dieser Verlust an Arbeits- und Spannkraft des gesamten Volkes eine große und verhängnisvolle Rolle spielt.

Die Paralyse verschwindet auch in dieser Zusammenstellung durch ihre geringe Zahl. Die Epilepsie macht fast 10% aus. Die Gründe

¹⁾ Diese Zeitschr. Orig. 40, 237.

für ihr starkes Zurücktreten in der zweiten Hälfte der Berichtszeit wurden oben erörtert.

Das manisch-depressive Irresein macht 4% aus, die Dementia praecox unter schätzungsweiser Hinzuzählung der Hälfte von Nr. 12 etwa 12%. Diese Zahlen sind ziemlich genau doppelt so groß als in Tabelle I. Zum Teil liegt das an der anderen Zusammensetzung des Materiales, wodurch die Verhältniszahlen insgesamt etwas vergrößert werden. Für die Dementia praecox liegt der Grund aber auch zum Teil in der besseren Diagnostik des Zeitraumes, den die Tabelle II umfaßt.

Auch diese Zahlen erlauben keinerlei weitergehende Schlüsse. Um sie wirklich zu werten, müßte ich vor allen Dingen wissen, wie groß die Zahl der während der Berichtszeit vor Verdun überhaupt eingesetzten Truppen gewesen ist und in welchem Verhältnis dazu die Zahlen der an Dementia praecox oder manisch-depressivem Irresein Erkrankten standen. Dadurch ließen sich, unter Berücksichtigung der Altersstufen, Vergleichswerte finden, die man zu den Verhältniszahlen der aus der männlichen Bevölkerung eines größeren Gebietes in gleichem Lebensalter zu Friedenszeiten Erkrankten in Beziehung setzen könnte. Würden die Ergebnisse dieses Vergleiches mit den Ergebnissen der Gesamtanaltsstatistik über die Kriegs- und die vorhergehenden Friedensjahre in genügender Übereinstimmung stehen, so könnte dann die Frage nach dem Einfluß des Krieges auf den Ausbruch und die Häufigkeit der Prozeßpsychosen beantwortet werden. Ob es dabei möglich sein wird, die zahlreichen Komplikationen und Fehlerquellen in der Beantwortung dieser statistischen Frage unschädlich zu machen, kann ich nicht beurteilen. Eine wirklich großzügige Bearbeitung kann nur mit weitgehender Unterstützung verschiedener Reichsbehörden geleistet werden. Ich habe begründete Zweifel, ob in absehbaren Jahren die Vorbedingungen dafür wieder gegeben sein werden.

Hier ist noch einer besonderen Komplikation zu gedenken, die sich aus der Tatsache ergibt, daß unter den militärischen Verhältnissen sehr zahlreiche leichte Fälle von Schizophrenien in Analtsbeobachtung gekommen sind, die im Frieden nicht, oder jedenfalls nicht im Verlauf dieses ersten Schubes, die Anstalt gesehen hätten. Allein hieraus wird sich eine Vergrößerung der absoluten und Verhältniszahlen gegenüber anderen Psychosen in den Analtsstatistiken ergeben. Übrigens hat diese Tatsache, von anderem Standpunkt betrachtet, mir die Erklärung für eine seltsame Erfahrung gegeben, die ich im Heimatsgebiet machte, daß nämlich auffallend viele Fälle von sicheren Schizophrenien in wenigen Monaten zu weitgehenden, oft praktisch einer Heilung gleichenden Remissionen abliefen und nach Hause entlassen werden konnten.

Zusammenhänge des manisch-depressiven Irreseins mit Kriegserlebnissen sind bisher nirgends beschrieben worden. Bei meinem Material ist mir geradezu aufgefallen, wie selten Kriegserlebnisse im Inhalt der depressiven oder manischen Zustände verarbeitet werden. Wir haben ja auch in unseren Friedenserfahrungen keine irgend bestimmten Anhaltspunkte dafür, daß affektbetonte Erlebnisse einen Anfall des manisch-depressiven Irreseins auslösen könnten.

Papst hat in einer Arbeit aus dem Reservelazarett Egling¹⁾ kürzlich die Frage der Kriegseinflüsse auf die Dementia praecox behandelt¹⁾. Die Arbeit krankt an der Kleinheit des Materials, ein Mangel, der sich vorläufig nirgends wird vermeiden lassen. Papst fand in seinem Material eine „namhafte Erhöhung der Altersstufe nach oben“ gegenüber den Verhältniszahlen der Friedenserfahrungen. Diesem Ergebnis käme große Wichtigkeit zu, wenn es sich allgemein bestätigen sollte. Ich bin nur bei den 67 Fällen aus Tabelle II in der Lage, das Erkrankungsalter nachzuprüfen. Papst ist auch der Ansicht, daß Ausbruch der Psychose erst nach monatelangem Kriegsdienst der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges „eine positivere Grundlage“ gäbe. Ich habe für meine 67 Fälle auch die Dauer des Kriegsdienstes festgestellt. Die Ergebnisse teile ich in Anlehnung an die von Papst gegebene Zusammenstellung mit. Die Berechnung von Prozentsen ist zur Vergleichbarkeit notwendig.

Tabelle IV.

Erkrankungsalter	Prozente nach		Eigene Zahlen	
	Kraepelin	Papst	Prozente	absolute Zahlen
15. bis 20. Lebensjahr	21,7	6,7	11,9	8
„ 25. „	25,5	26,1	41,8	28
„ 30. „	22,8	20,8	19,4	13
„ 35. „	13,0	23,8	8,9	6
„ 40. „	5,0	15,6	8,9	6
„ 45. „	3,3	6,7	6,0	4
„ 50. „	1,2	—	3,0	2

Von den Kranken Papsts waren 96 im Felde, davon 59 fünf Monate und länger. Von meinen 67 Fällen waren 38 mindestens 5 Monate im Felde.

Unter meinen Fällen fanden sich 14, bei welchen der Beginn der Krankheit vor dem Kriege lag, teils um viele Jahre zurück. In der Tabelle ist selbstverständlich auch für diese Fälle das Alter bei Ausbruch der ersten Krankheitserscheinungen angegeben. Interessant ist aber die Tatsache, daß von den 14 alten Fällen 10 länger als 5 Monate

¹⁾ Psych. Neurol. Wochenschr. 1918/19, Nr. 51/52.

im Felde gewesen waren, ehe sie auffielen oder manifest rückfällig wurden. Es handelte sich dabei durchweg um sehr chronische paranoide Krankheitsformen.

Ich bin nicht der Meinung, daß bei Ausbruch der Krankheit erst nach längerem Kriegsdienst ein ursächlicher Zusammenhang mit größerer Wahrscheinlichkeit anzunehmen wäre. Bei einem kleinen Material verlieren derartige Erwägungen schon deshalb ihre Bedeutung, weil der Begriff „Kriegsdienst“ je nach dem Orte und der Zeit des Aufenthaltes an der Front einen gar zu verschiedenen Inhalt hat. Der eine erlebt in 4 Wochen mehr und schwerere Strapazen als ein anderer im ganzen Jahre. Dies würde sich nur bei einem sehr großen Materiale ausgleichen. Es sprechen aber auch allgemeine Gründe gegen eine solche Annahme. Die Kriegsfrage der Dementia praecox spitzt sich letzten Endes dahin zu: Wäre ohne das Erlebnis des Krieges eine größere Verhältniszahl der überhaupt Dementia-praecox-fähigen Menschen von der manifesten Krankheit frei geblieben? Diese Frage ist in Anwendung auf die gesamte Bevölkerung des Deutschen Reiches zu prüfen, ferner auf alle militärisch eingezogenen Männer und die von ihnen abhängigen Angehörigen, endlich auf die Kriegsteilnehmer im eigentlichen Sinne. Je nach dem Ausfall dieser Prüfung ist dann weiter zu fragen: Welche Einflüsse des Krieges sind es gewesen, die das Manifestwerden der endogen latenten Krankheit begünstigt haben? Je nachdem, ob eine Zunahme der Dementia praecox in der ganzen Bevölkerung oder in dem vom Kriegserlebnis intensiver erfaßten Teile derselben oder endlich nur bei den auch körperlichen Strapazen und akuten Shockwirkungen ausgesetzten Frontkämpfern festzustellen wäre, wird die Frage nach den krankmachenden Einflüssen ihre Beantwortung finden. Betrifft die etwaige Zunahme nur die Frontkämpfer, so hat es alsdann einen Sinn, die Dauer des Kriegsdienstes zu berücksichtigen. Doch wäre dann nicht ein willkürlicher Einschnitt bei 5 Monaten oder an einer anderen Stelle zu machen, sondern es wären zahlreiche Gruppen nach kleineren Zeitabständen (etwa von Monat zu Monat) zu zählen, wobei ein Optimum der Dauer des Kriegsdienstes bis zum Ausbruch der Krankheit vielleicht gefunden würde. Einstweilen hat die Feststellung der Dauer des Kriegsdienstes daher nur einen sehr bedingten Wert.

Die Verschiebung des Erkrankungsalters, die Papst fand, kann in meinem Material allenfalls in einer mäßigen relativen Bevorzugung der höheren Altersstufen von über 35 Jahren gefunden werden. Das kann Zufall sein, fordert aber immerhin zu weiterer Beachtung auf. Ein in seiner Art nicht minder wichtiges Ergebnis wäre es, wenn sich bestätigen sollte, daß bei den Kriegsteilnehmern durchweg die Altersstufe 20 bis 25 so über alles gewöhnliche Maß bevorzugt wäre wie bei

meinen Fällen. Dieses Alter zeigt ja überhaupt für den Ausbruch aller Psychosen eine besonders starke Disposition. Häufen sich nun die Erkrankungen auf dieser Altersstufe in so ungewöhnlichem Maße, so müßte man darin wohl die Einwirkung exogener Einflüsse erblicken. Es genügt, hierauf hingewiesen zu haben. Bestätigung oder Ablehnung dieser Einzelergebnisse bleiben späteren umfassenden Untersuchungen vorbehalten.

Die Kraepelinschen Prozentzahlen sind übrigens nicht ohne weiteres vergleichbar, weil sie die Altersstufen vor dem 20. und nach dem 50. Lebensjahre vollständig berücksichtigen, welche in den Kriegsstatistiken fehlen oder unvollständig sind. Genau genommen müßte man also die Kraepelinschen Zahlen erst umrechnen, wobei sie durchschnittlich eine Erhöhung um etwa $\frac{1}{10}$ der einzelnen Zahl erfahren würden. Der Fehler ist gering, dürfte aber bei einer großen Statistik nicht übersehen werden.

Es bleiben noch einige Arbeiten über den Einfluß des Krieges auf die Dementia praecox zu besprechen, welche von einzelnen Beobachtungen ausgehen und diese zu einer allgemeineren Bedeutung erheben. Es handelt sich in diesen Arbeiten immer um Fälle jener besonderen Art, deren ich vorhin Erwähnung tat, Fälle nämlich, die in ihrem Beginn unter dem Bilde einer psychogenen Störung verliefen, meist im Anschluß an einen Shock.

Kurt Schneider hat einige Fälle aus dem auch mir bekannten Material des Reservelazarets Weißenau veröffentlicht, welche den hier angedeuteten Verlauf zeigen¹⁾. Ich könnte ihnen ähnliche an die Seite stellen. Trotz seiner vorsichtigen Schlußfolgerungen kann ich Schneider nicht ganz folgen. Er spricht von der Möglichkeit „einer ‚Auslösung‘, wenn man will auch ‚Verursachung‘ schizophrener Prozesse durch affektive Fronterlebnisse“. Ich stoße mich an dem Zugeständnis der Verursachung. Immerhin will Schneider mehr eine Frage aufwerfen, als eine endgültige Beantwortung geben.

Auf den Fauserschen Theorien fußend hat Uhlmann²⁾ eine Erklärungsmöglichkeit für diese Fälle erörtert, welche sich auf lauter noch ziemlich luftige Hypothesen stützt. Uhlmann geht von der Voraussetzung aus, daß psychische Shockwirkungen auf nervösem Wege Dysfunktion der Blutdrüsen erzeugen könnten. Es liegen hier Tierexperimente zugrunde, nämlich eine Zunahme des Adrenalingehaltes im Blute geängstigter Katzen. Uhlmann glaubt auch beim Menschen einen ähnlichen, konstanten Typ der Dysfunktion nach Shock serologisch tatsächlich festgestellt zu haben. Bei den nach Shock ent-

¹⁾ Diese Zeitschr. Orig. 43, 420.

²⁾ Münch. med. Wochenschr. 1916, S. 656 und Med. Korrespondenzbl. d. württ. ärztl. Landesvereins 1916, Nr. 33ff.

standenen Psychosen fand er nun den gleichen Typ der Dysfunktion, ferner aber auch solche Befunde, welche den bei *Dementia praecox* zu erwartenden entsprachen. Er nimmt an, daß 1. die Dysfunktion nach Shock ein Dauerzustand werden kann, 2. daß durch diese Dysfunktion vom Shocktypus auf die Dauer infolge Störung der innersekretorischen Harmonie auch die bei der *Dementia praecox* betroffenen generativen Organe geschädigt werden und in Dysfunktion geraten können. Er läßt ferner die Möglichkeit offen, daß ein Shock von Anfang an beide Typen der Dysfunktion hervorrufen könne, wobei dann durch späteres Überwiegen des generativen Typs die *Dementia praecox* zur Entwicklung käme.

Auch Schneider führt die Arbeiten Uhlmanns an, wie sie denn überhaupt in der Literatur einige Beachtung gefunden haben. Bestätigt wurden sie meines Wissens bisher nicht, eine glatte Ablehnung haben sie jedoch trotz aller Skepsis auch nirgends erfahren. Ich muß gestehen, daß ein derartiges Spielen mit bloßen Denkmöglichkeiten nicht nach meinem Geschmack ist. Die Naturwissenschaft bedarf der Hypothesen, um ihre Erfahrungen unter bestimmte Gesichtspunkte bringen zu können. Doch darf eine naturwissenschaftliche Hypothese nicht einem in den leeren Raum hinausgeworfenen Netz vergleichbar sein, sondern sie muß auf Erfahrung wenigstens insoweit fußen, als sie eine Summe von sicher beobachteten Tatsachen vorläufig verständlich macht und damit eine neue Grundlage der Forschung schafft. Ich vermissen bei Uhlmann die zugrunde liegenden sicheren Tatsachen. Die Blutdrüsenforschung steht heute im Brennpunkte des Interesses. Aber ihr Tatsachenmaterial ist doch wahrlich noch recht klein und so vieldeutig, daß selbst das Hypothetische dieses Gebietes sein Gesicht fortwährend ändert. Sogar die Methodik steht noch in der Entwicklung und ist umstritten. An eine immerhin kleine Zahl von klinischen Beobachtungen mit dieser Methodik heranzutreten, die Ergebnisse als feste Tatsachen zu betrachten und sie gleich mit einer fix und fertigen Hypothese zu erklären, scheint mir wissenschaftlich recht anfechtbar. Widerlegt zu werden, ist dabei keine Gefahr, weil das Gebiet der überhaupt denkbaren Möglichkeiten nicht verlassen wird. Wohl aber besteht die Gefahr, daß das Gespinnst bloßer Möglichkeiten einen verworrenen Knäuel ungelöster Fragen noch mehr verwirrt, anstatt aus ihm einen leitenden Faden abzuwickeln. Wo es sich um naturwissenschaftliche Fragen handelt, muß man den Mut haben, derartige, aller Erfahrung weit vorauseilenden Hypothesen als gefährlich abzulehnen. Intuition als groß geschautes Zusammenfassen von Erfahrungen ist in der Naturwissenschaft von Nöten. Intuition an Stelle der Erfahrung hat sich noch immer als schädlich erwiesen. Was naturwissenschaftliche Intuition bedeutet, dafür sind die Ätherhypothese des Descartes und

J. R. Mayers Energiegesetz Beispiele. Hier lagen das Weltall umfassende Beobachtungen zugrunde, in deren Chaos die schöpferische Anschauungskraft des Genies durch Hypothesen von unerhörter Leuchtkraft Ordnung brachte. Derartiges kann die Wissenschaft in ihrem Alltagsbetrieb nicht leisten, und es wäre ungerecht, Großtaten des Genies als Maßstäbe an die Kleinarbeit der Wissenschaft anzulegen. Aber lernen sollen wir daraus, daß auch die kühnste Hypothese sich in der Anwendung auf Erfahrung nur dann bewähren kann, wenn sie in den breiten Boden der empirischen Tatsachen ihre Wurzeln senkt. Erfahrungen zusammenschauen, nicht Vermutungen durcheinander spinnen!

Daß im Frühstadium der Dementia praecox psychogene Krankheitserscheinungen vorherrschen können, daß manche Hysterie, selbst manche Nervosität mit unbestimmten körperlichen Beschwerden die erste erkennbare Äußerung des schizophrenen Prozesses sein kann, ist schon vor dem Kriege bekannt gewesen. Bleuler erwähnt solche Fälle in seinem Buche über die Schizophrenien. Er kennt auch eine latente Schizophrenie, bei der bestimmte psychopathische Charakterzüge oder Eigenheiten nach Art einer schrulligen Nervosität vorkommen. Jaspers hat in einer Arbeit über „Schicksal und Psychose“¹⁾ einen einschlägigen Fall ausführlich beschrieben und das ganze Problem psychologisch behandelt. In Kraepelins Lehrbuch finden wir bei der Besprechung der Differentialdiagnose der Dementia praecox Andeutungen in diesem Sinne. Bornstein²⁾ hat den Krankheitsbegriff der Schizothymia reactiva aufgestellt. Von Shockwirkungen ist in den Fällen der Friedenserfahrung nicht die Rede gewesen, wenn man nicht den Begriff des Shocks auf jedes gefühlsbetonte Erlebnis anwenden will. Ich bezweifle nicht, daß während des Krieges derartiges viel häufiger vorgekommen ist als in ruhigen Zeiten, möchte aber doch in der Bewertung des Shocks als ursächlichen Momentes zur allergrößten Vorsicht mahnen. Wenn uns die Erfahrung schon früher gelehrt hat, daß der Inhalt einer schizophrenen Psychose an bestimmte Erlebnisse in einführlbarer Weise anknüpfen kann, daß ferner, auch wenn klare psychologische Zusammenhänge mit bestimmten Erlebnissen fehlen, eine Schizophrenie lange Zeit hindurch einen psychogenen Eindruck machen kann, so ist die hysteriforme Schizophrenie des Krieges an und für sich nichts Neues, höchstens kann ihr gehäuftes Auftreten uns zu denken geben. Daß bei Kriegsteilnehmern irgendein Shock fast immer angegeben wird, darf nicht wundernehmen.

Es ist denkbar, aber keineswegs bewiesen, daß manche latente Schizophrenien durch einen Kriegsshock manifest geworden sein können.

¹⁾ Diese Zeitschr. Orig. **14**, 158.

²⁾ Diese Zeitschr. Orig. **36**, 86.

Wir hätten dann die psychogene Verarbeitung eines gefühlsbetonten Erlebnisses als den Ausdruck des schizophrenen Prozesses aufzufassen. In solchen Fällen dürfen wir bei Shockpsychosen auch serologische Befunde erwarten, die aber dann bereits vor dem Shock dem latenten schizophrenen Prozeß zugekommen wären, nicht erst als Shockwirkung entstanden sein könnten. Wir erblicken also, wohin wir uns wenden, Komplikation statt Klärung, was uns aber angesichts des ungeheuren noch unverarbeiteten Materials nicht überraschen kann.

Alles in allem sehe ich bisher keine Bereicherung der Ursachenlehre für die Prozeßpsychosen erwachsen.

Von den chronisch paranoischen Erkrankungen (Nr. 11) gilt das gleiche, was zu der entsprechenden Gruppe der Tabelle I bemerkt wurde; sie gehen in die *Dementia praecox* auf.

Der Alkoholismus ist auch in der gemischten Tabelle III gering vertreten. Es zeigt sich hierin die segensreiche Wirkung der Verteuerung und des geringen Angebotes von Alkohol im Felde. Eine auch von anderer Seite gemachte Erfahrung, die man während des Krieges nicht wohl aussprechen durfte, kann ich bestätigen, daß nämlich die Beteiligung der Offiziere an den alkoholischen Störungen im Verhältnis zu hoch ist. Außer den Offizieren handelte es sich um Leute, die von Haus aus wesentliche Geldunterstützungen bezogen. Der übermäßige Genuß von Alkohol ist in der Tat eine reine Geldfrage gewesen. Auch für die Offiziere gilt übrigens, daß die Zahl der alkoholischen Erkrankungen im Vergleich mit den anderen Krankheitsgruppen verschwindend gering ist. Ich betone dies, weil es mir gänzlich fernliegt, dem heute so vielfach grundlos und gehässig beschimpften Offiziersstande etwas anhängen zu wollen.

Der Schwachsinn und die psychopathische Minderwertigkeit sind immerhin stattlich vertreten. Über die Schwachsinnigen habe ich nichts Besonderes zu bemerken. Die Psychopathen gehören fast ausnahmslos den Erregten, den Triebmenschen und den Antisozialen an. Die letztere Gruppe war im Felde gering vertreten, stark fand ich sie später im Heimatgebiet beteiligt. Die Form des Versagens war fast immer ein Affektausbruch, der sich in Gehorsamsverweigerung, Achtungsverletzung oder auch in unerlaubter Entfernung entlud. Fast alle diese Fälle wurden zur gerichtlichen Begutachtung eingewiesen. Straffbar hatten sich alle gemacht, auch die, bei denen eine Anklage aus Rücksicht auf frühere gute Führung und auf die als krankhaft erkannten Motive nicht erhoben worden war. Es heißt längst Bekanntes wiederholen, wenn ich erwähne, daß nicht wenige Psychopathen eine lange, einwandfreie Frontdienstzeit hinter sich hatten. Für diese Art von krankhaft veranlagten Menschen hat der Krieg zu lange gedauert. Es ist wiederum ein Eindruck aus späteren Heimerfahrungen, daß mit zunehmender

Dauer des Krieges die Psychopathen immer rascher, sehr oft sogar prophylaktisch, und immer gründlicher versagt haben.

Ich bin am Schlusse. Eine Zusammenfassung der durchweg aphoristischen Bemerkungen zu meinem statistischen Material kann ich nicht geben. Ich bin mir der Spärlichkeit der Ergebnisse bewußt. Kritisches ist immer negativ und hat seinen Wert darin, daß es Grenzen zieht. Das mitgeteilte Material spricht für sich. Möge sich meine Hoffnung erfüllen, daß es später einmal in umfassenderen statistischen Arbeiten verwertet werden kann.