(Aus dem Festungslazarett Coblenz [Garnisonarzt: Oberstabsarzt Dr. Rieder].)

Über die Beurteilung und neuere Behandlung der psychomotorischen Störungen.

Von
Oberstabsarzt Dr. **Rieder** und Dr. med. et phil. **Leeser**
fachärztlicher Beirat für innere Medizin. Ord. Arzt der Nervenstation II.

(Eingegangen am 18. Januar 1917.)

Die Zahl der in Zusammenhang mit dem Krieg entstandenen Neurosen wird im Verhältnis zu sämtlichen Kriegsschädigungen nach neueren Angaben als nicht sehr hoch eingeschätzt. Jedoch ist ihre absolute Zahl zweifellos groß genug, um praktischen Forderungen vor hypothetischen Erwägungen den Vorzug zu geben.

Ohne uns daher in den tobenden Hypothesenstreit der Schulhäupter allzu tief einlassen zu wollen, halten wir es doch für nötig, eine in den Tatsachen begründete und praktisch brauchbare Verständigung anzubahnen, wie wir sie als Grundlage für die Behandlung und ihre Organisation nötig haben.

Zur Vermeidung von sinnlosen Streitereien muß man festhalten, daß vorläufig sowohl die psychologische wie physiologische Erklärung des Zustandekommens der Neurosen nicht den Anspruch einer Kausalerklärung, sondern nur den einer Interpretation machen kann, die auf mehr oder weniger sichere Beobachtungen gestützt ist.

Die Deutung dieser Beobachtungen ist aber einmal von der vorherigen Stellungnahme zum psycho-physischen Problem mitbedingt, anderseits ist die Zurechnung zu einer bestimmten Krankheit von deren vorheriger Definition abhängig. Selbst wenn wir eine vollständige Kausalerklärung hätten, wenn uns alle Bedingungen bekannt wären, unter denen mit Notwendigkeit und Allgemeingültigkeit bestimmte neurotische Erscheinungen zustande kommen, so hätten wir damit noch keine begrifflichen Definitionen der Krankheiten. Kausaldefinition und begriffliche Definition als Endziele der Erkenntnis sind stets scharf auseinanderzuhalten.

Den Anforderungen an eine begriffliche Definition einer Krankheit genügt nun nicht etwa eine Aufzählung der krankhaften Erscheinungen, sondern in ihr muß schon eine Deutung, eine Über- und Unterordnung

unter ein möglichst einheitliches Prinzip liegen; die Definition soll uns die Regel geben, nach der die Erscheinungen begriffen werden können.

Die allgemeinen Schwierigkeiten, die die mangelnde Exaktheit und Eindeutigkeit der Beobachtungen sowohl der Kausalerklärung wie der begrifflichen Definition bereiten, werden auf unserm besondern Gebiete noch erhöht einmal durch die tatsächliche Variabilität alles psychischen Geschehens mit seinen fließenden Übergängen, dann aber auch durch die Verwendung einer großen Zahl ungeklärter und sogar unnötiger Begriffe. Es würde zu weit führen, Begriffe wie psychogen, psychasthenisch, prämorbid hier genügend scharf zu fassen, um sie gebrauchsfähig zu machen. Wir werden mehrdeutige, nicht anerkannte Begriffe daher vermeiden, wo es auf Definitionen ankommt. Wenn aus den genannten Gründen ein Versuch, die Hysterie zu definieren auch idealen Anforderungen unmöglich gerecht werden kann, so soll es uns doch genügen, eine vorurteilsfreie und real begründete Begriffsbestimmung zu geben.

Wenn wir alle mit unseren heutigen Mitteln als organisch nachweisbaren oder allgemein als organisch anerkannten Schädigungen des Nerven systems sowie vorläufig die Neurasthenie aus unseren Betrachtungen ausscheiden, so kommen für die Neurosenfrage hauptsächlich die Begriffe Hysterie, Schreckneurose und traumatische Neurose in Betracht. Eine weit verbreitete Auffassung versteht unter „hysterisch“ und „Hysterie“ eine besondere Reaktionsform auf innere und äußere Reize, etwas Konstitutionelles, Degeneratives, einen Charakter. Nach dieser Auffassung wäre Hysterie lediglich eine Krankheitsanlage, aber keine Krankheit. Damit würde man zwar dem fließenden Übergang zwischen normal und krankhaft gerecht, aber nicht der Bedeutung der exogenen Bedingungen für das Zustandekommen der eigentlichen Erkrankung. Gleichsam zur Ergänzung sah man sich daher veranlaßt, für die Fälle von Hysterie, in denen sich ein konstitutioneller psychischer Mangel vor dem Eintritt eines überstarken seelischen Erlebnisses nie gezeigt hat, nach neuen Krankheitsbegriffen zu suchen. Zur Krankheitsbezeichnung aber die ursächlichen psychologischen Momente einer immer weiter ins einzelne gehenden psychologischen Analyse zu verwenden und von Schreck-Angst-Erwartungsneurose zu sprechen, ist doch wohl nicht angängig. Denn die Scheidung der Symptombilder nach diesen ätiologischen Momenten will nur höchst unvollkommen gelingen. Vorerst müssen wir uns also über den Begriff Hysterie klar werden.

Für die Kausalerklärung der Hysterie haben wir einmal eine Reihe von Bedingungen, die wir in dem Begriff der Veranlagung zusammenfassen. Sie sind uns unbekannt, soweit sie im Individuum liegen, wir kennen nur ungefähr ihre weiter zurückliegenden Gründe (erbliche Belastung!). Eine Definition der Krankheitsanlage durch einen Rück-

schluß aus den Erscheinungen der ausgebildeten Krankheit zu gewinnen, ist ein unzulässiges Verfahren, eine tautologische Definition.

Ferner kennen wir als auslösende Ursachen gefühlsbetonte Erlebnisse. Die speziellen Bedingungen müssen derart sein, daß sie eine Auswirkung dieser Erlebnisse verhindern, sei es infolge der Unfähigkeit des Individuums, mit ihnen fertig zu werden, sei es infolge einer Verdrängung durch andere psychische Vorgänge. Diese Bedingungen sind also bald mehr der persönlichen Anlage, bald der augenblicklichen psychischen Konstellation, bald endlich der Stärke des Erlebnisses zuzurechnen. Die fließenden Übergänge in ihrer Bewertung werden uns unten zur Aufstellung von zwei Grenzbegriffen nach dem ätiologischen Einteilungsprinzip führen.

Ist unter diesen Bedingungen eine nicht schnell vorübergehende Störung des gewöhnlichen psychophysischen Zusammenhangs entstanden, die wir als Krankheit auffassen, so ist für ihre Bezeichnung als Hysterie zunächst maßgebend, daß die Störung in erster Linie das Affektleben in folgender Weise betrifft: Die Einzelgefühle bekommen einen erhöhten Einfluß auf die psychophysischen Lebensäußerungen, sie werden hemmungsloser und sind schnellem Wechsel unterworfen. Sie neigen also zu unberechenbaren, plötzlichen und hochgradigen Schwankungen und, ihrer Natur nach im psychischen Leben die einzigen Vorgänge, die sich zwischen konträren Gegensätzen bewegen, bedingen sie, indem sie überwertig werden, den wandelbaren Charakter aller Krankheitserscheinungen.

Die Apperzeption bekommt dadurch, daß auch sie erhöht von Gefühlen geleitet ist, eine starre Richtung auf das Subjekt. In einem Circulus vitiosus verstärken sich Selbstbeobachtung und Auslösung überwertiger Einzelgefühle aus der Einheit des Selbstbewußtseins. Es findet eine Dezentralisation statt, die Apperzeption klammert sich an einzelne gefühlsbetonte Ichvorstellungen. Daher der Eindruck des Unharmonischen, Zusammenhanglosen, den alle Krankheitserscheinungen machen.

Bei den Willensvorgängen tritt der zielstrebige, verstandgeleitete Anteil zugunsten des affektiven zurück. Der Mangel an zielbewußtem Wollen imponiert als Willensschwäche und Haltlosigkeit, die sich also mit den gelegentlichen explosiven Willensäußerungen der Hysterischen sehr wohl verträgt. Wie sich starre Richtung der Apperzeption und Willensschwäche zu somnambulen und Verwirrheitszuständen steigern kann, wie sie im sog. hysterischen Irresein wieder erscheint, braucht hier nur angedeutet zu werden.

Diese Umänderung der psychischen Gesetzmäßigkeit hat

ihr Abbild oder ihre Wirkung¹⁾ in den körperlichen Äußerungen der Hysterie. Die hemmungslosen Affektschwankungen erscheinen als übertriebene Ausdrucksbewegungen (bzw. als ihr völliges Versagen), fixiert durch die starre Richtung der Apperzeption und die Schwäche der Impulse zur Wiederherstellung der Ordnung. Von den theatralischen Schmerzensäußerungen bis zu den paradox anmutenden visceralen Störungen haben wir, was die Deutung aus den genannten psychischen Umänderungen betrifft, in den Ausdrucksbewegungen ein vollständiges Analogon. So sind die sensorischen und sensiblen Ausfalls- und Reizerscheinungen Äußerungen der eigenartigen Apperzeptionsrichtung.

Es würde nicht schwer fallen, diese Theorie auf eine kürzere Formel zu bringen, wenn man nicht befürchten müßte, durch zu weit gehendes Abstrahieren der Klarheit zu schaden und dem kritischen Eifer sachlich nicht begründete Angriffsflächen zu bieten. Könnten wir uns entschließen, den sinnlosen Namen Hysterie durch ein bezeichnenderes Wort, etwa Thymekstasie²⁾ zu ersetzen, so wäre vielem Streit der Boden entzogen.

Es braucht wohl nicht betont zu werden, daß der Übergang aus der als Ausgangspunkt genommenen Gefühlsverwirrung in die Krankheitserscheinungen nicht als bewußter Vorgang vorgestellt ist, sondern als instinktiver Ausweg, dessen besondere Form auch den besonderen Entstehungsbedingungen des einzelnen Falles entspricht. Das abnorme Beharren der Apperzeption bei der am meisten gefühlsbetonten Ichvorstellung ist gleichsam ein Abschließen gegen den Andrang neuer Erlebnisse. Damit tritt also deutlich — leider nur theoretisch! — die Abgrenzung von der bewußten Vortäuschung von Krankheitserscheinungen hervor. Ferner dürfte klargestellt sein, daß bewußten Begehrungsvorstellungen jedenfalls keine direkte Rolle in der Genese der Hysterie zuerkannt werden kann. Von unbewußten Vorgängen zu sprechen, würde ins volle Fahrwasser von Hypothesen führen, die sich weder auf gesicherte Empirie stützen noch erkenntnistheoretischen Forderungen gerecht werden. Aus dem geschilderten alogischen Charakter der Hysterie ergibt sich für die Behandlung der geringe Einfluß logischer Überredung und der desto größere von assoziierten Vorstellungen, die das Gefühl besonders ansprechen (Suggestionen). Die Möglichkeit, von der psychischen Seite her auch die körperlichen Sym-

¹⁾ Die Wahl des Ausdrucks hängt davon ab, ob man auf dem Boden des psychophysischen Parallelismus oder der Wechselwirkungstheorie steht.

²⁾ Für die philologische Richtigkeit übernehme ich die Verantwortung und das „Herausstehe“ (*ἐξορασις*) des Gefühlslebens (*θυμος*) aus der psychophysischen Einheit dürfte damit treffend gekennzeichnet sein. L.

ptome leicht zu beseitigen, kann daher in gewissem Umfange als Probe auf Hysterie bewertet werden.

Steht das affektbetonte Erlebnis in keinem Verhältnis zu dem Grade der Umänderung des psycho-physischen Zusammenhangs, so überwiegt die degenerative Komponente beim Zustandekommen des Krankheitsbildes, wir sprechen von einer konstitutionellen Hysterie. Bedarf es aber erst eines überstarken Erlebnisses, einer außergewöhnlichen Gelegenheit zur Offenbarung der hysterischen Reaktionsweise, so wollen wir von Hysterie durch Gelegenheitsursache, akzidenteller Hysterie, sprechen. Dabei sind wir uns klar darüber, daß zwischen konstitutioneller und akzidenteller Hysterie der Übergang fließend ist, daß zwischen Erlebnis und Konstitution eine Relation von zwei Variablen besteht. Es ist bemerkenswert, daß die monosymptomatischen Formen vorwiegend der akzidentellen Hysterie zukommen. Das einmalige Ereignis hinterläßt da krankhafte Wirkungen von größerer Umschriebenheit. Es handelt sich zuweilen wirklich um den Folgezustand eines abgeklungenen Krankheitsprozesses. Natürlich ist unter Gelegenheitsursache nicht nur Unfall, Schreck oder ängstliche Erwartung zu verstehen, sondern auch die Gelegenheit zur Nachahmung anderer Kranken, ferner Erschöpfung nach Überanstrengung, namentlich bei monotoner Arbeit oder nach schwerer Krankheit. In solchen Fällen läßt sich der Begriff der Gelegenheitsursache zwanglos durch „Konstellation“ ersetzen, die gleichsam einen breiteren Durchschnitt durch die Pyramide der Bedingungen darstellt.

Von diesem Standpunkte aus lehnen wir den Begriff der Schreckneurose als Bezeichnung einer besonderen Krankheit ab. Einmal, wie oben schon gesagt, wegen der Unzulänglichkeit des ätiologischen Einteilungsgrundes, dann aber hauptsächlich deswegen, weil als wesensbestimmend nur die anfänglichen Schreckwirkungen angeführt werden können. Nur sie sind verhältnismäßig stereotyp, aber von zu kurzer Dauer, um daraufhin eine eigenartige Neurose aufzustellen. Selbst wenn als dauernde Schreckwirkung ein Symptomenkomplex etwa von ängstlicher Verwirrtheit und Schreckhaftigkeit mit kardiovaskulären Störungen sich als typisch herausstellte, wäre die Bezeichnung Schreckneurose unzweckmäßig, weil sie der Unterordnung unter den Begriff der Hysterie nicht Rechnung trüge; man müßte sie als vasomotorische Hysterie durch Schreck bezeichnen. Ist einmal eine Einigung über die Definition der Hysterie erzielt, so wird übrigens die Bezeichnung und Unterordnung der Einzelbilder keine Schwierigkeiten mehr machen.

Solche untergeordnete Einzelbilder sind unseres Erachtens auch die Akinesia amnestica und Akinesia algera, solange ihre Unabhängigkeit von psychischen Bedingungen noch so wenig wahrscheinlich gemacht werden kann wie bislang. Daß in hochgradigen trophischen Stö-

rungen (z. B. des Skeletts oder Hypertrichosis) keineswegs ein Argument gegen Hysterie zu erblicken ist, muß betont werden. Sollten sie sich nicht als sekundär gegenüber den die Hysterie kennzeichnenden psychophysischen Störungen erweisen, dann ist es Zeit, eine grundsätzliche Abtrennung vorzunehmen. Um unsere Meinung auf die äußerste Formel zu bringen: zwischen einer sogenannten Gewohnheitslähmung im Anschluß an organisch bedingte Lähmung und einer voll ausgebildeten konstitutionellen Hysterie sehen wir wohl Grad-, aber keine Wesensunterschiede.

Bei dieser theoretischen Sachlage kann es nun praktisch sein, für die weitere Gliederung in Unterabteilungen auch die Ursachen zu Hilfe zu nehmen, z. B. das Trauma, und von traumatischer Hysterie (Thymekstasie) zu sprechen. Für einen Begriff wie traumatische Neurose liegt aber weder eine theoretische Berechtigung, noch ein praktisches Bedürfnis vor. Daß das Trauma einen stereotypen eigenartigen psychophysischen Symptomenkomplex hervorbringt, wird auch Oppenheim nicht behaupten. Oppenheim erhält die einmal geschaffene Bezeichnung anscheinend noch als Sammelbegriff für solche Symptomenbilder aufrecht, bei denen ihm eine mechanistische Erklärung der Entstehung besonders einleuchtend ist. Durch die Verquickung mit der doch noch allzu vagen Erschütterungshypothese bleibt der Name traumatische Neurose aber nur ein künstliches Gebilde und ein ständiger Zankapfel.

Die Erschütterungshypothese kann auch mindestens so gut ohne diesen Begriff vertreten werden. Es kommt ihr immerhin ein gewisser heuristischer Wert zu, wenn wir auch so nie vergessen dürften, bei der Untersuchung und Deutung der Symptomenbilder unser theoretisches Augenmerk ebenso sehr auf die physiologisch-neurologische wie auf die psychologisch-psychiatrische Seite der Neurosenklärung zu lenken. Für dieses Forschungsprinzip ist es sogar gleichgültig, ob man auf dem Boden des psycho-physischen Parallelismus oder der Wechselwirkungstheorie steht. Wenn in dem obigen Definitionsversuch die psychologische Forschungsrichtung bevorzugt erscheint, so hat das in nichts anderem seinen Grund, als in dem tatsächlichen Stand der heutigen Erkenntnismöglichkeiten.

Eine psychologische Einteilung hat aber nun immer das Mißliche, daß ihre Grenzbestimmung fließend ist, einmal weil man die graduellen Intensitätsunterschiede der psychischen Vorgänge zu Hilfe nehmen muß, dann aber auch, weil die Aufteilung der Persönlichkeit durch das analysierende Denken nach Vorstellungen, Gefühlen und Willensvorgängen stets etwas Künstliches behält. Daher braucht es nicht wunderzunehmen, wenn die Abgrenzung der Hysterie nicht nach allen Seiten unbedingt scharf ist.

Das gilt besonders von den Zwangsbefürchtungen. Auch bei ihnen wird ein Affekt überwertig, die Angst. Wenn etwas kennzeichnend für ihre Abtrennung von der Hysterie und Zurechnung zu einer Zwangsneurose sein soll, dann muß es das Zwangsmäßige ihres Auftretens sein: der lebhafteste, das Gleichgewicht suchende, sich auflehrende Wille überwältigt von der Stärke des Affektes. Bei der Hysterie sehen wir dagegen ein willenloses Nachgeben. Da diese Unterschiede graduell sind, so ist eine Scheidung von einer Thymekstasie theoretisch unzulänglich, und eine klinische Nebenordnung der Zwangsneurose neben die Hysterie scheint uns auch bisher nicht gelungen zu sein. Jeder Kundige weiß, wie viel Zwangsmäßiges den sog. hysterischen körperlichen Störungen häufig anhaftet, sprechen wir doch geradezu von hysterischer Zwangshaltung. Eine Unterordnung der Zwangsneurose wäre ohne weiteres gegeben, aber erst durchführbar, wenn die Zwangsbefürchtungen als Grundlage der Zwangsneurose allgemeine Anerkennung gefunden hätten.

Das sog. hysterische Irresein ist sowohl theoretisch wie klinisch von der Schizophrenie schwer abzusondern. Die suggestive Beeinflussbarkeit des ersten ist nur ein recht mangelhaftes Unterscheidungsmerkmal.

Sicherer ist die Abgrenzung der Hysterie gegen die Neurasthenie. Aber auch wenn man die Neurasthenie in die Grenzen der hypochondrisch-depressiven Psyche mit ständiger erhöhter Reizbarkeit und Erschöpfung und dem cerebralen und spinalen Symptomenkomplex einschließt, so gestatten doch die tatsächlichen Verhältnisse keine reinliche Trennung von der Hysterie. Einerseits kann z. B. der cerebrale Symptomenkomplex die Charakteristica der Hysterie tragen, andererseits der vasomotorische Symptomenkomplex eine Äußerung der reizbaren Schwäche, der Neurasthenie, sein. Je tiefer man in das Verständnis der Einzelbilder eindringt, um so seltener wird man die Mischdiagnose nötig haben.

Da zu theoretischen Grenzstreitigkeiten jetzt wenig Zeit ist, sollte eine Verständigung auf der angegebenen Linie möglich sein.

Der praktischen Bedeutung nach stehen von den Erscheinungen der Hysterie die Störungen der Ausdrucksbewegungen, die wir kurz als psychomotorische Störungen bezeichnen wollen, an erster Stelle. Sie sind nicht nur am auffälligsten, sondern beeinträchtigen auch am häufigsten den sozialen Wert der Kranken. Ihre Erscheinungsform ist so mannigfaltig, von den Krampfanfällen bis zu den Sprachstörungen, ihre Zahl infolge des Krieges so groß, daß es von der größten Bedeutung ist, sie durch geeignete Behandlung beseitigen zu können. Um so besser wenn die symptomatische Heilung gleichzeitig auch die übrigen Symptome wie sensible und sensorische Ausfalls- und Reizerscheinungen umfaßt, am besten aber, wenn die günstige Beeinflussung bis zu den Wurzeln

der Erscheinungen vordringt. Und das kann sie, denn die ergiebigste Behandlungsmethode ist die Psychotherapie.

Psychotherapeutische Wege gibt es viele, es ist nur notwendig, daß die Ärzte, die sich mit der Behandlung der Kriegsneurosen befassen, möglichst alle beherrschen. Den Weg, der den heutigen Verhältnissen am besten und häufigsten angepaßt ist, aufgezeigt und die Behandlung systematisch und energisch erfolgreicher gestaltet zu haben, ist das große Verdienst Kaufmanns¹⁾, wenn auch sein Verfahren gleichsam in der Luft lag²⁾. Sein Vorgehen führt in der übergroßen Mehrzahl der Fälle zu einer schnellen und vollständigen Beseitigung der psychomotorischen Störungen. Die Grundzüge des Kaufmannschen Verfahrens dürften nunmehr allgemein bekannt sein, und die vielen, die es schon mit Erfolg angewandt haben, werden wohl energisch gegen eine Kritik wie sie Mendel ausübt (Neurolog. Zentralblatt Nr. 13, S. 566), dem sich leider auch Goldstein (Neurolog. Zentralblatt Nr. 20, S. 842) anschließt, Einspruch erheben.

Es ist auch nicht zu verkennen, daß sich in der Fachliteratur immer mehr Stimmen für Kaufmann³⁾ erheben, wenn auch im allgemeinen eine Milderung in der Anwendung elektrischer Ströme befürwortet wird⁴⁾.

Von einer etwas anderen Seite als Kaufmann gingen wir zunächst an die Behandlung der psycho-motorischen Störungen heran.

Ausgehend von der Erkenntnis, daß es sich in vielen Fällen um eine Innervationsentgleisung handelte (mit welchem Namen wir aber keine Abtrennung von der Hysterie vornehmen wollen), schien uns die zweckmäßigste Behandlung eine sog. psycho-motorische Übungstherapie. In vagen Umrissen haben ja schon Brissaud und Meige⁵⁾ eine solche, allerdings auch für organische Nervenleiden, angegeben. Sie glaubten, daß es genüge, den Kranken immer wieder auf die falsche Form seiner Impulse und Hemmungen hinzuweisen und so durch Überzeugung des Kranken in Verbindung mit Übungen zum Ziele zu gelangen. In dieser Form haben bei unseren zahlreichen Bewegungsstörungen sicherlich schon viele die Sache angefaßt, aber gewiß nicht mit vielem Erfolge. Dafür spricht auch, daß nirgends ermutigende Berichte über eine solche Behandlung zu lesen sind.

Demgegenüber legten wir den Hauptwert darauf, die Übungsbehandlung in einer Sitzung durchzuführen, und in dieser Sitzung

¹⁾ Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 22.

²⁾ Vgl. außer zahlreichen früheren Angaben von Einzelzügen des Verfahrens z. B. Liebers: Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 21, S. 871.

³⁾ Z. B. F. E. O. Schultze, Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 38.

⁴⁾ Z. B. L. Mann, Berl. klin. Wochenschr. 1916, Nr. 50.

⁵⁾ Arch. génér. de Méd. 1903, S. 1319.

sämtliche Register der Psychotherapie je nach Lage des Falles zu ziehen, von der Überraschung durch militärischen Befehl (militärische Form der Wachsuggestion!) oder auch durch Erwecken von Vorstellungen, die das Gefühlsleben besonders ansprechen bis zur Überzeugung durch Vernunftgründe. Daraus erhellt schon, daß die Methode nur unter Anpassung an die einzelnen Persönlichkeiten und an die besondere Störung durchgeführt werden kann. Das militärische Vorgesetztenverhältnis, volles Vertrauen des Kranken zum Arzte und die Erkenntnis, einer hartnäckigen Energie gegenüberzustehen, sind wichtige unterstützende Momente für den Erfolg. Hartnäckigkeit des behandelnden Arztes, seinen Willen durchzusetzen, ist Voraussetzung, Wille zum Gesundwerden beim Kranken eine äußerst wünschenswerte Unterstützung besonders in den schwierigen Fällen. Danach darf wohl gesagt werden, daß eine solche Behandlung eine Art von Kunst ist. Wer sie ausüben will, tut gut, zunächst einigen Sitzungen als Zuschauer beizuwohnen, um sich mit genügendem Vertrauen auf den Erfolg auszustatten.

Natürlich ergaben sich bei der Anwendung dieser Behandlungsmethode eine Reihe von Tricks, die bei der Gleichförmigkeit so mancher Störungen dem Arzt sehr zustatten kommen. So wurde bei Aphonie das hauchende „Ha“ der Expiration durch plötzliches Zusammendrücken des Thorax in ein stimmhaftes „a“ umgewandelt. Der Kranke, durch das Wiederhören seiner Stimme überrascht, mußte dann sofort „Arme seitwärts führt“ in schneller Aufeinanderfolge ausführen und dazu fortlaufend zählen. Durch die dabei notwendige Expiration noch verstärkt bekam die Sprache meistens in ganz kurzer Zeit wieder ihren stimmhaften Klang. Auch bei Mutismus führte dieses Vorgehen, wenn man eine hörbare Expiration erzielen konnte, zum Erfolg. Bei einseitigen Gehstörungen erwies es sich als eine gute Unterstützung, die Marschübungen nach dem Dreitakt machen zu lassen, um zu einer unwillkürlichen Mehrbelastung bald des einen, bald des anderen Beines zu gelangen. Bei einer hysterischen Contractur nach angeblicher Ischias haben wir uns mit Erfolg auch der Kröberschen¹⁾ Schiene, in der das Bein einen Tag gestreckt gehalten wurde, zur Vorbehandlung bedient.

Die Bewegungsstörungen nach falschen Impulsen und Hemmungen zu sondern und die zweckmäßigsten Übungen herauszufinden, bietet der Beobachtungskunst und Erfindungsgabe des Arztes schon ein weites Feld. Aber auch bei der Durchführung der Übungen lassen sich recht interessante Beobachtungen machen, die ein tieferes Eindringen in Art und Grad der Störung ermöglichen. Schon die Reaktion auf das Kommando „Stillgestanden“ gibt häufig einen Einblick in die Persönlichkeit

¹⁾ Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 31.

des Kranken. Es kann vorkommen, daß man eine Stunde und mehr gegen die Anenergie des Kranken anzukämpfen hat. Die Simulationsanenergie verrät sich meistens schon dadurch, daß sich der Patient von vornherein weigert, die Übungen anzufangen, er will sich nicht überraschen lassen. Gehorcht der Patient erst einmal auf die militärischen Kommandos mit koordinierten Bewegungen, so ist man schnell am Ziel. Über einen Zustand scheinbarer Erschöpfung gelangt man zu einem Stadium der Hurrastimmung beim Patienten, das mit dem Gefühl der Sicherheit und Freude abzuschließen pflegt. Wie weit man in der Zumutung körperlicher Anstrengungen gehen darf, braucht man Ärzten wohl nicht auseinanderzusetzen. Allzu ängstlich braucht man dabei nicht zu sein, da man sich sonst leicht durch eine hysterische Energielosigkeit täuschen läßt. Die suggestive Beimengung durch Versicherungen, ermunternde Ausrufe usw. muß in dem einzelnen Falle bald größer bald geringer sein. Das Einschalten von Pausen ist in dem einen Falle förderlich, im anderen hinderlich. Das kommt auf die Bewertung der beiden Koeffizienten: niedrige Willensspannung und wirkliche Erschöpfung im Zustandsbilde an. Bei niedriger Willensspannung sieht man nach der Pause eine Verschlechterung, bei wirklicher Erschöpfung (stärkere neurasthenische Komponente!) eine Besserung. Die körperliche Inanspruchnahme ist geradezu häufig ein psychologisches Experiment zur Sonderung des neurasthenischen Anteils vom hysterischen. Auch läßt sie recht interessante Rückschlüsse auf die Wertigkeit der degenerativen, konstitutionellen Komponenten im einzelnen Falle zu.

Der wesentliche Gesichtspunkt muß bleiben: die Aufmerksamkeit richtig zu lenken, oder, was noch häufiger ist, richtig abzulenken. Bei einseitigen Pseudomonoplegien regt man mit Nutzen von Zeit zu Zeit die Beobachtung des Muskel- und Gelenkgefühls in der gesunden Gliedmaße an. Eine Zentralisierung der Impulse evtl. bis zur völligen Unterjochung des Willens des Patienten unter den Willen des Arztes muß erreicht werden. Daraus geht hervor, wie falsch es meistens ist, bei lokalisierten funktionellen Bewegungsstörungen lokale Übungstherapie, namentlich medico-mechanische, zu treiben. Durch solches Vorgehen wird gerade die Aufmerksamkeit noch mehr auf die Störung gelenkt, die Vorstellung von ihr setzt sich noch fester und das Übel wird eher verschlimmert. Überhaupt kann eine verschleppte Übungstherapie im allgemeinen den Anforderungen, die wir stellen müssen, nicht gerecht werden.

Zu einer rationalen psychotherapeutischen Vorbehandlung (nicht rationelle, wie der Übersetzer des Duboisschen Buches: „Die Psycho-neurosen“ usw. sagen würde!) gibt meistens schon die Aufnahme der Krankengeschichte hinreichende Gelegenheit.

Bei Gebildeten kann man sehr gut die Oppenheimschen Hypo-

thesen von der physischen oder psychischen Erschütterung, von der Diaschisis und vom Irradiieren eines sensiblen Reizes in bildhafter Darstellung zur Vorbereitung auf die besondere Behandlung benutzen. Statt „behandeln“, sollen Arzt und Untersonne den Kranken gegenüber möglichst stets „heilen“ sagen. Ein übriges werden die Beispiele von guten Erfolgen zur zweckmäßigen Vorbehandlung beitragen.

In manchen Fällen ist Isolierung (als Notbehelf Kabinenbehandlung) am Platze. Versprechungen wie Goldstein den Patienten gibt (I. c., S. 844), daß sie nach ihrer Wiederherstellung doch nicht wieder felddienstfähig werden würden, vermeiden wir.

Durch eine derartige reine Übungsbehandlung haben wir in einer Reihe von Fällen Symptombilder wie Aphonie und Mutismus, Dysbasie, Schütteltremor, Innervationsentgleisung, Zwangshaltung, Akinesia algera mit bestem Erfolg behandelt. Bei schlaffen hysterischen Lähmungen ganzer Gliedmaßen haben wir allerdings immer einleitend den faradischen Strom benutzt, um die Demonstration der Bewegungsmöglichkeit suggestiv auszunützen. Ein Vorzug dieser Behandlungsmethode scheint uns zu sein, daß die Kranken dabei die Überzeugung haben, durch eigene Energie, die vom Arzt geweckt und richtig geleitet wurde, ihre Störungen beseitigt und die Herrschaft über ihren Körper wiedererlangt zu haben, ein wichtiges Moment für die Nachbehandlung mit Turnen und Arbeiten. Diese Überzeugung ist allerdings bei den konstitutionellen Hysterikern wie alle psychischen Eindrücke bei ihnen sehr wenig standhaft. Aber bei ihnen ist ja auch eine stärkere suggestive Beimengung bei der Behandlung nicht nur zulässig, sondern notwendig und der symptomatische Erfolg meist prompter. Daß der Anwendung dieses Verfahrens auch bei Offizieren grundsätzlich nichts im Wege steht, dürfte einleuchtend sein, allerdings haben wir darüber noch keine Erfahrung. Wir wollen nicht verfehlen, ausdrücklich auf die Freude und Dankbarkeit der meisten Patienten nach dem erreichten Erfolg hinzuweisen; Äußerungen wie: „Ich fühle mich wie ein ganz anderer Mensch!“ sind nicht selten, und bestätigen sich auch objektiv durch das günstig veränderte Verhalten des Patienten. Wie schon öfters betont worden ist, ist das ein Zeichen dafür, daß Krankheitswillen und Zweckvorstellung für das Zustandekommen dieser Krankheitsbilder sehr häufig gar keine Bedeutung besitzen.

Einen großen Nachteil hat aber dieses Verfahren. Es stellt an die Ausdauer und Energie des behandelnden Arztes häufig ungewöhnliche Anforderungen und erfordert in manchen Fällen viel Zeit. Denn der Arzt muß die Übungen möglichst mitmachen, um auch durch sein Beispiel anfeuernd zu wirken. Gleichzeitig muß er aber den Patienten scharf beobachten, um den Gang der Übungen psychologisch zweckmäßig zu lenken.

Da die Zahl der Behandlung fordernden Störungen nun immer größer wurde, haben wir uns entschlossen, nachdem wir die viel schnelleren und müheloseren Erfolge Kaufmanns gesehen haben, in größerem Umfange von der Überrumpelung durch tetanisierende elektrische Ströme Gebrauch zu machen. Wir gestehen gerne, daß wir dadurch auch in einigen vorher refraktären Fällen einen vollen Erfolg hatten. Daß man zuweilen auch, ähnlich wie Gonda¹⁾ es tut, zunächst schwache Ströme etwa bei Gelegenheit einer Funktionsprüfung und dann überraschend starken Strom anwendet, bedingt natürlich keinen wesentlichen Unterschied. Die Kombination der verschiedenen Maßnahmen soll sich hauptsächlich nach der Eigenart des Falles richten, in gewissen Grenzen bleiben sie Geschmackssache des Arztes. Jedenfalls bleibt die Anwendung des tetanisierenden Stromes mit Fortsetzung der Wach-suggestion durch psychomotorische Übungen in militärischer Form bei den motorischen Ausfalls- und Reizerscheinungen unserer Soldaten durchweg der angemessenste und sicherste Weg²⁾.

Nicht als ob wir andere Suggestivverfahren gänzlich ausschließen wollten! Es bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung, daß wir nicht gegen jeden Tremor gleich mit dem elektrischen Strom vorgehen. So manche bessern sich bekanntlich schon nach kurzer Zeit unter Isolierung, Bettruhe, Beruhigungsmitteln und suggestiver Einwirkung (worunter auch die Angst vor energischer Behandlung eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen kann)! Aber auch von der Hypnose machen wir in entsprechenden Fällen Gebrauch, wenden sie namentlich dann an, wenn der faradische Strom bei überempfindlichen Patienten, die aber doch einen guten Willen zeigen, lediglich eine große Erregung mit Schreien und Weglaufen auslöst, und zwar dann gleich im Anschluß an das Elektrisieren. Dadurch erzielt man zum mindesten die völlige Beruhigung des Kranken und hat noch die Aussicht auf Wirksamkeit der posthypnotischen Suggestion und die Möglichkeit, die Behandlung in Etappen zum Ziele zu bringen. Welche Fälle sich besonders für die Hypnose eignen, darüber hoffen wir noch weitere Erfahrungen zu sammeln. Man wird übrigens immer erwägen müssen, daß diese Behandlung für die Patienten stets etwas von Wunder behält. Auf keinen Fall ist aber ihre maßvolle Anwendung mit Schädigungen verbunden.

Selbst wenn man die hypnotische Behandlung bevorzugen würde, wie Nonne es tut, so ist ja die Zahl der dabei refraktären Fälle so groß, daß man unbedingt ein anderes Verfahren zur Hand haben muß. Denn es handelt sich darum, die Störungen ohne Auswahl zu be-

¹⁾ Wien. klin. Wochenschr. 1916, Nr. 30, S. 950.

²⁾ Zur Behandlung der hysterischen Anfälle können wir kalte Ganzpackungen (noch einige Tage nach einem Anfall wiederholt!) nur angelegentlich empfehlen.

seitigen, nicht nur die, welche einem bestimmten Verfahren zugänglich sind.

Wir würden uns in einzelnen Fällen auch nicht sträuben, die Scheinjektion im Chloräthylrausch anzuwenden, wie sie Rothmann¹⁾ und nach ihm Goldstein²⁾ empfohlen haben, wenn auch viele Bedenken gegen eine solche geistige Überrumpelung durch Betrug sich nicht von der Hand weisen lassen. An dem erfreulichen Ausfall der Katamnesen bei diesem Verfahren zweifeln wir allerdings viel mehr, als Mendel beim Kaufmannschen Verfahren zu zweifeln berechtigt war. Außerdem liegt beim Chloräthylrausch nun einmal nach der Entscheidung des Kriegsministeriums (vgl. Verfg. d. Kriegs-Min., Med. Abt. Nr. 9197 8. 8. 15. M. A. vom 6. XII. 1915) keine gefahrlose Behandlung vor. Sie ist also in jedem Falle an das Einverständnis des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vormundes gebunden.

Das von Kaufmann empfohlene Verfahren muß unseres Erachtens selbst bei Anwendung sinusoidaler Ströme als gefahrlos bezeichnet werden. Wir verkennen natürlich nicht, daß eine jede Methode wie ein jedes Instrument in der Hand eines nicht sachverständigen und nicht genügend gewissenhaften Arztes einmal gefährlich werden kann. Auf jeden Fall ist das Aufsetzen der großen Plattenelektrode auf die Herzgegend zu vermeiden. Stundenlange Faradisation, vor der Simons auf der Münchener Neurologentagung gewarnt hat, hat gewiß nie im Sinne Kaufmanns gelegen, der die Verwendung eines kräftigen Stromes zwar für sehr wichtig, aber die nach Kommando erfolgenden Übungen für ebenso wichtig hält und bei seinen Behandlungen den Übungen eine weit größere Zeit zuweist als den einzelnen elektrischen Applikationen.

Selbst wenn wir zugeben müßten, daß trotz Anwendung aller Vorichtsmaßregeln und Beachtung aller Gegenindikationen (Erkrankung der inneren Organe!) infolge individueller Überempfindlichkeit gegen den sinusoidalen Strom (vielleicht bei Störungen der inneren Sekretion, die vorher zu diagnostizieren nicht möglich waren), einmal ein tödlicher Ausgang durch Shock zu gewärtigen wäre, so könnten wir allgemein doch nicht von der Durchführung dieses heilsamen Verfahrens Abstand nehmen. Es ist aber berechtigt, möglichste Anwendung nur des unterbrochenen Stromes an Stelle des sinusoidalen zu fordern.

Wir können heute über eine beträchtliche Zahl nach verschiedenen Verfahren behandelter Fälle berichten. Davon wurden nach Kaufmann oder mit reiner Übungstherapie behandelt 86%. Eine Anzahl Tremoren wurden beseitigt durch Isolierung, Bettruhe und Brom,

Über die Erfolge des Übungs- und des Kaufmannschen Verfahrens

¹⁾ Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 35.

²⁾ Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 20, S. 842.

nach der ersten Sitzung, über die Rückfälle und den jetzigen Zustand die nachstehende prozentual ausgedrückte Tabelle:

Art der Störung	%	Erfolge der Sitzungen			Rückfälle	Jetziger Zustand			
		gut	gebessert	schlecht		gut	gebessert	i. Rückfall	schlecht
Mutismus . . .	4	3	1	—	1	4	—	—	—
Aphonie	17	13	4	1	7	12	1	3	1
Tremor.	32	27	5	—	12	23	9	—	—
Zwangshalt. usw.	10	6	2	1	—	4	2	2	2
Allgem. Ataxie	3	1	2	—	2	1	2	—	—
Astasie-Abasie.	4	2	2	—	—	2	2	—	—
Dysbasie	18	8	9	1	4	6	8	3	1
Lähmung d. ob. Extremitäten	12	8	4	—	1	7	4	1	—
	100	68	29	3	27	59	28	9	4

Entlassen sind bisher als dauernd kriegsunbrauchbar 13%, als dauernd arbeitsverwendungsfähig 15% und als dauernd garnisonverwendungsfähig (Heimat) 28%.

Wir sind uns natürlich ebenso klar darüber wie andere, daß wir mit der Beseitigung der psychomotorischen Störungen zunächst nur eine symptomatische Heilung vollzogen haben. Bei der verhältnismäßig kurzen Beobachtungszeit halten wir es noch nicht für angebracht, Katanmesen mitzuteilen. Wir wollen Herrn Mendel aber immerhin ver raten, daß sich mehrere Heilungen doch schon einige Monate in der Arbeit und beim Turnen bewährt haben. Wesentlich ist eben eine angemessene Nachbehandlung, und da können wir eine möglichst gute Ausgestaltung nach zwei Richtungen hin: „Turnen und Arbeiten!“ nur angelegentlichst empfehlen. Beides scheint immer noch nicht allgemein und intensiv genug durchgeführt zu werden. Es ist daher wohl nicht ganz überflüssig über unsere Erfahrungen in dieser Richtung etwas ins Einzelne zu gehen.

Die hysterischen Reizerscheinungen, namentlich die Schütteltremoren neigen zu Rückfällen, die bei gutem Willen des Kranken auch ohne Eingreifen des Arztes durch geeignete Übungen vom Patienten selbst beseitigt werden. Die eingefahrenen außergewöhnlichen Bahnen stehen den Kranken als Ausflucht bei jeder übermäßigen Inanspruchnahme offenbar noch sehr lange zu Gebote. Es bleibt daher nichts übrig, als Aufregung und Überanstrengung noch längere Zeit von ihnen fernzuhalten. Beim Turnen bewähren sich für diese Fälle nur leichte Freiübungen. Bei den Ausfallserscheinungen dagegen, bei denen Rückfälle sehr viel seltener sind, sind von vornherein neben den Freiübungen auch alle Arten von Geräteübungen am Platze. Die Arbeit, die möglichst der Berufsarbeit des Patienten anzunähern ist, darf bei abgelaufenen Reizerscheinungen nicht allzu schwer sein.

Das gemeinsame militärische Turnen wird bei uns täglich eine Stunde lang unter Leitung eines staatlich geprüften Turnlehrers, ausgeübt, der über jeden Fall genau orientiert wird, und natürlich Vorgesetztenverhältnis hat. Dosierung der turnerischen Übungen und etwaige Dispensierung sind natürlich Sache des Arztes.

Für die psychisch außerordentlich günstige Wirkung des Turnens durch Hebung des Selbstvertrauens hatten wir hier in den turnerischen Leistungen Amputierter ein ermunterndes Vorbild.

Für die Arbeitstherapie wird die Vermittlung der Kriegsbeschädigtenfürsorge in Anspruch genommen. Es macht zur Zeit keine Schwierigkeiten, die Leute bei Privatunternehmungen gegen Bezahlung beschäftigen zu lassen. Die Aussicht auf Verdienst ist schon vor der Behandlung bei vielen eine gute Hilfe, den Gesundheitswillen zu fördern. Daß bei allen diesen Dingen Disziplin und Kontrolle nicht zu entbehren sind, brauchte eigentlich nicht besonders betont zu werden. Wir verlangen tägliche Bescheinigung vom Arbeitgeber, daß der Patient in den bestimmten Stunden gearbeitet hat. Bei dem großen Bedarf an gelernten Arbeitern ist es zur Zeit häufig angängig, auch garnisondienstfähige Leute in eine bürgerliche Arbeit zu entlassen. In jedem Falle bestehen wir darauf, daß wir zu bestimmten Terminen von den Entlassenen selbst über ihren Zustand unterrichtet werden, sonst würden wir die Vermittlung der Truppenteile bzw. Bezirkskommandos in Anspruch nehmen. Über den Grad der erreichten militärischen Verwendbarkeit läßt sich jetzt noch nichts Generelles sagen. Die auch sonst meist leicht erregbaren Leute mit abgelaufenem Tremor sind durchschnittlich vorerst nur als a. v. (am besten in ihrem Beruf) zu entlassen. So weit wie Mann (l. c.) zu gehen, der die geheilten Fälle durchweg als dienstunbrauchbar in die Heimat entlassen möchte, haben wir keinen Grund. Da liegt eben sehr viel an einer gründlichen Nachbehandlung. Auch halten wir es nicht für gerechtfertigt, den symptomatisch Geheilten eine kleine Rente zuzubilligen. Das liegt durchaus nicht im Interesse der Leute selbst. Insbesondere ist aber die verminderte seelische Widerstandskraft gegen äußere Einflüsse kein objektives Zeichen, das an sich ein Anrecht auf Versorgung begründen könnte. Übrigens stehen wir hinsichtlich der Dienstbeschädigungsfrage völlig auf dem individualisierenden Standpunkte Martinecks¹⁾.

Für die wirksame Durchführung einer derartigen Psychotherapie sind Spezialabteilungen unumgänglich notwendig. An Arzt, Unterpersonal und Räumlichkeiten sind besondere Anforderungen zu stellen. Das Unterpersonal muß besonders ausgesucht sein, für die Kranken und die Behandlungsmethode Verständnis haben, damit es den Arzt in seinen Maßnahmen wirksam unterstützen kann. Unsere Hilfsschwe-

¹⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 2, S. 44.

stern erweisen sich als sehr brauchbar. Für viele unserer Patienten ist es nützlich, wenn sie durch das Erscheinen des Arztes nicht allzuoft angeregt werden, jede kleine Beschwerde vorzubringen. Mehr als einmalige Visite des Arztes an einem Tage ist auf keinen Fall angebracht. In der zielbewußten Nichtbeachtung der vielen Beschwerden sollte man nur so weit gehen, als man ihnen nicht eine zielbewußte Behandlung entgegensetzen kann. Die Freiheiten, die man den Patienten nach der Behandlung gewähren mag, müssen abgestuft werden. Alkoholverbot sei streng. Beurlaubungen sollen erst einige Zeit nach der Behandlung in Frage kommen, sonst ist eine Verschlechterung in der Heimat zu erwarten.

In einzelnen Fällen läßt sich Strenge und Strafe nicht umgehen und wirkt geradezu Wunder. Namentlich bis sich die Methode durchgesetzt hat, ist es zweckmäßig, einen Stamm von dankbaren Patienten in dem Saal für Neuauftnahmen zu belassen.

Ein dringendes Erfordernis sind mehrere abgesonderte kleine Zimmer für Leute, die durch Anfälle oder Zittern zur Nachahmung anregen oder durch ihre Widersetzlichkeit oder sonstiges Benehmen ein böses Beispiel geben. In gewissem Umfange kann man sich zur Not mit Einrichtung sog. Kabinen helfen, indem man die Betten mit 2 m hohen geschlossenen Schirmen umstellt. Zu diesem Notbehelf sind wir jetzt noch gezwungen. Je besser die Lagerung der Patienten nach psychotherapeutischen Gesichtspunkten durchgeführt werden kann, um so geeigneter sind die Räume. Daß gleichzeitig die Lage der Station möglichst isoliert und in ländlicher Umgebung ist, wird leider oft nur ein Wunsch bleiben, wenn sich gleichzeitig Turnen und Arbeiten in vollem Umfange ermöglichen lassen soll.

Das Behandlungszimmer muß geräumig und von den übrigen Krankenzimmern möglichst entfernt liegen.

Durch eine hinreichende Anzahl solcher Spezialabteilungen läßt sich heute der praktische Teil der Kriegsneurosenfrage zu einem guten Teil lösen. Wir zweifeln nicht, daß sich genügend geeignete Ärzte in jedem Korpsbezirk finden.

Vor wahlloser und ungeeigneter Anwendung psychotherapeutischer Methoden sind wir dann geschützt. Eine Reihe von Spezialabteilungen sind schon vorhanden und haben sich bewährt. Namentlich ist in Baden die Organisation schon weit vorgeschritten. Die Zahl der zur Behandlung geeigneten Fälle in den Lazaretten und bei den Truppenteilen (im Entlassungsverfahren Befindliche) läßt sich durch die Sanitätsämter feststellen, allerdings würde wohl noch mancher verkannte Fall aus abgelegenen und auch medico-mechanischen Abteilungen hervorgeholt werden müssen. Wir halten es auch für notwendig, daß die schon anerkannten Rentenempfänger mit gröberen hysterischen Störungen

sobald als möglich der Behandlung wieder zugeführt werden, sonst erzieht man manche dieser Kranken zu Leuten, die aus der Erregung des öffentlichen Mitleids ein Gewerbe machen. Derartig auffällige Kranke gehören nicht auf die Straße.

Man möge auch berücksichtigen, daß die Behandlung entsprechend der Dauer des Bestehens der Störung erschwert wird. Fast noch wichtiger als die so erzielte Millionenersparnis für den Staat ist es zur Zeit, vollwertige Arbeitskräfte zu schaffen.

Die Errichtung der Spezialstationen begünstigt auch die Einigung über die Fragen der militärischen Verwendbarkeit, der Dienstbeschädigung und der Erwerbsbeschränkung bei diesen besonderen Formen von Kriegsschädigung. Es muß darauf hingearbeitet werden, daß die Beurteilung dieser Fälle durch die Spezialabteilungen nach der Entlassung für die Truppenärzte auch wirklich bindend ist. Der Absatz 3a der Gesichtspunkte zur Frage der beschleunigten Herausziehung usw. (Kr.-Min. M. A. vom 28. VII. 1916) wird noch nicht genügend beachtet. Die Hauptsache aber ist, daß die Sprach- und Bewegungsstörungen sogleich nach Erkennung ihrer hysterischen Natur in eine solche Spezialabteilung für Psychotherapie überwiesen werden, damit der Kranke durch Verschleppung von einem Lazarett ins andere nicht erst Gefahr läuft zu verbummeln. Ein großer Teil der alten Fälle, wie wir sie jetzt meist bekommen, ist nur noch durch ein sehr aktives Vorgehen der Heilung zuzuführen.

Durch lässige Behandlung der Hysterie, die man heute geradezu als fahrlässig bezeichnen müßte, ist schon gerade genug verabsäumt worden, das sehen wir fast jeden Tag. Daher mögen diejenigen, welche sich für eine solche aktive Methode, wie die Kaufmannsche, nicht erwärmen können (vielleicht weil die Art des Vorgehens ihren Anschauungen nicht liegt), wenigstens in der Kritik, namentlich Patienten gegenüber, zurückhaltend sein und nicht durch unsachliche Streitereien die Stellung der aktiver vorgehenden Ärzte erschweren.

Wir hoffen dagegen, daß unsere Kriegserfahrungen auch auf die Behandlung der Hysterie im Frieden von weitgehendem Einfluß bleiben werden.