

# KINDERPSYCHOTHERAPIE IN DER PRAXIS

VON

**DR. CURT BOENHEIM**

LEITER DER POLIKLINIK FÜR NERVÖSE UND SCHWER  
ERZIEHBARE KINDER AM KAISER- UND KAISERIN  
FRIEDRICH-KINDERKRANKENHAUS DER STADT BERLIN

MIT EINEM GELEITWORT VON  
GEHEIMRAT PROFESSOR DR.  
H. FINKELSTEIN



BERLIN  
VERLAG VON JULIUS SPRINGER  
1932

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG  
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.  
COPYRIGHT 1932 BY JULIUS SPRINGER IN BERLIN.  
ISBN-13: 978-3-642-89303-2 e-ISBN-13: 978-3-642-91159-0  
DOI: 10.1007/978-3-642-91159-0

**MEINEN ELTERN GEWIDMET**

## Vorwort.

Das vorliegende Buch ist der Niederschlag 10jähriger psychotherapeutischer Tätigkeit bei Kindern. Neben den Erfahrungen der Privatpraxis ist ein Material von etwa 1800 Fällen meiner Poliklinik für nervöse und schwer erziehbare Kinder an der FINKELSTEINSchen Klinik die Grundlage meiner Ausführungen. Zugleich habe ich Gelegenheit, alle einschlägigen Fälle, die in unserem Hause klinisch behandelt werden, zu sehen und psychotherapeutisch zu beraten.

Es ist mir ein von Herzen kommendes Bedürfnis, meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor FINKELSTEIN, an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen für seine dauernde Unterstützung meiner Bestrebungen in sachlicher und persönlicher Hinsicht. Nur durch die enge Anlehnung meiner Poliklinik an den klinischen Betrieb des Krankenhauses war die Möglichkeit erfolgreichen Arbeitens gegeben. Ständige Fühlungnahme mit der somatischen Medizin, Benutzung aller klinischen Hilfsmittel zur Diagnosenstellung, jederzeit zur Verfügung stehende Kontrolle ungeklärter Fälle durch Aufnahme ins Haus, das sind einige der Faktoren, die meine praktische und wissenschaftliche Tätigkeit wirksam unterstützten.

Berlin, im März 1932.

**CURT BOENHEIM.**

## Geleitwort.

Wenn ich diesem Buche ein Wort des Geleites mitgebe, möchte ich es als einen Vorteil bezeichnen, daß sein Verfasser von der Pädiatrie herkommt und sich von dort aus im Laufe der Zeit mehr und mehr den so überaus wichtigen Grenzgebieten der Erziehung und Psychotherapie zugewandt hat. Denn die Einfühlung des kinderärztlich Vorbildeten in die Psychologie scheint — wenigstens mir persönlich — in mancher Beziehung der sicherere Weg zu unbefangener, insbesondere auch zu praktisch verwertbarer Erkenntnis zu sein als der umgekehrte.

Ich möchte wünschen, daß die Darstellung BOENHEIMS, die aus der mir unterstellten Anstalt hervorgegangen ist und die Erfahrungen aus der lebhaft in Anspruch genommenen Poliklinik für nervöse und schwer erziehbare Kinder zur Grundlage hat, willkommen und nützlich sein möge.

Berlin, im März 1932.

**H. FINKELSTEIN.**

## Inhaltsverzeichnis.

	Seite
A. Einleitung . . . . .	1
B. Allgemeiner Teil . . . . .	6
I. Der gegenwärtige Stand der Psychotherapie . . . . .	6
II. Der gegenwärtige Stand der Kinderpsychologie und Kinderpsycho- therapie . . . . .	9
III. Allgemeine Richtlinien und Methoden der Kinderpsychotherapie . . . . .	24
a) Richtlinien . . . . .	24
b) Methoden . . . . .	30
C. Spezieller Teil . . . . .	38
I. Störungen im Bereich des Verdauungssystems . . . . .	38
a) Appetitlosigkeit, Erbrechen, Rumination . . . . .	39
b) Enkoprese . . . . .	49
II. Störungen im Bereich des Urogenitalsystems . . . . .	51
a) Enuresis . . . . .	51
b) Onanie . . . . .	64
III. Störungen im Bereich des Nervensystems . . . . .	78
a) Nervöse Gewohnheiten . . . . .	78
b) Schlafstörungen, Angstzustände . . . . .	80
c) Motorische Störungen . . . . .	88
1. Tic . . . . .	88
2. Chorea . . . . .	97
3. Anfälle . . . . .	99
d) Stottern . . . . .	107
IV. Störungen im Bereich des Herz- und Gefäßsystems . . . . .	116
a) Herzneurose . . . . .	116
b) Vasomotorische Störungen . . . . .	118
V. Störungen im Bereich des Atemsystems . . . . .	121
Asthma . . . . .	121
VI. Richtlinien für die Psychotherapie bei akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen und Krüppelleiden . . . . .	123
VII. Bemerkungen zur Psychotherapie bei Schwachsinnformen . . . . .	125
D. Schluß. — Aufgaben der Zukunft . . . . .	126
E. Anhang: Gesundheitsbogen zur Feststellung der geistig-seelischen Ent- wicklung des Kleinkindes . . . . .	128
Literaturverzeichnis . . . . .	130

## A. Einleitung.

Ein Buch, das aus den Erfahrungen praktischer Tätigkeit entstanden ist, erfüllt seinen Zweck, wenn es den Erfordernissen der Praxis entspricht. Es liegt nicht in meiner Absicht, die gesamte Kinderpsychologie einerseits und die Entwicklung der modernen Psychotherapie andererseits ausführlich zu schildern. Zur Orientierung hierüber steht eine große Anzahl einschlägiger Werke zur Verfügung. Ich erinnere an die Arbeiten der BÜHLERSchen und STERNschen Schule bezüglich der Kinderpsychologie und an die ungeheuere Zahl analytischer, individualpsychologischer und allgemein-psychotherapeutischer Schriften. Eine Lücke scheint mir zur Zeit trotz dieses Überangebotes an Literatur zu bestehen: Ein kurz und übersichtlich gehaltenes Buch der praktischen Kinderpsychotherapie fehlt bisher. Zwar haben die Autoren, die sich seit Jahren mit diesem Gebiete beschäftigen, in ihren Schriften diese oder jene Frage gestreift, auch gibt es eine Reihe von kleinen Monographien der einzelnen Symptombilder, die über die verschiedenen Zeitschriften verstreut sind. Erfahrungsgemäß sind aber derartige Arbeiten nur einem kleineren Kreise von Ärzten zugänglich. Daß bisher eine Darstellung für den praktischen Gebrauch des allgemeinen Arztes und Kinderarztes nicht erschienen ist, hat mehrfache Gründe, auf die kurz eingegangen werden soll.

Fehlender Bedarf ist zweifellos nicht als Erklärung dieses Tatbestandes anzuführen. Aus meiner Kenntnis der Verhältnisse heraus und meiner Beziehung zu verschiedensten Ärztekreisen ergibt sich mir als sichere Tatsache, daß dem Praktiker mit einer zweckmäßigen Anleitung zur Therapie gedient ist. Allerdings hat er meist nicht Zeit und Lust, sich durch die Menge der vorhandenen Literatur hindurchzuarbeiten, um dabei zu praktisch brauchbaren Methoden zu gelangen. Ein Versuch in dieser Richtung wird dem interessierten Arzt auch tatsächlich sehr schwer gemacht. Er findet zahlreiche Angaben über die Bedeutung des Bettnässens als Ausdruck neurotischer Haltung (um ein Beispiel zu nennen) oder hört, daß die Nachtangst ein Symptom der Trotzphase ist, er liest von Scheingefechten mit wesenlosen Phantomen (= Symptomen) und Schwierigkeiten, den Kern der Persönlichkeit zu erfassen. Die Individualpsychologen geben ihm eine Interpretation eines Falles, der von den Analytikern geradezu umgekehrt gedeutet wird usw. Die Schwierigkeiten werden dadurch noch größer, daß neben ernsthaften Forschern sich auch weniger ernst zu nehmende Therapeuten auf unserem Grenzgebiete betätigen. Kinderpsychotherapie ist ja vielfach der Tummelplatz für zahlreiche Behandler, die keine ärztlichen Kenntnisse besitzen und statt derer eine vage, psychologische Schnell-

ausbildung für ausreichend erachten, um getrost und zuversichtlich an die Arbeit zu gehen. Eine derartige Tätigkeit unterscheidet sich kaum noch von dilettantischer Kurpfuscherei. Wie soll sich ein gewissenhafter Arzt, der nicht die Möglichkeit hat, sich auf Grund eigenen Spezialstudiums ein selbständiges Urteil zu erarbeiten, einer derartig komplizierten Situation gegenüber verhalten? Wem soll er glauben, was soll er für richtig, was für falsch halten? Es besteht vielfach die Gefahr, daß auch der an psychotherapeutischen Fragen interessierte Arzt, der vielleicht früher mit einer gewissen Portion mehr oder weniger gesunden Menschenverstandes behandelt hat, nunmehr vor dem Übermaß an Literatur kapituliert und den Mut verliert, sich mit Kinderpsychotherapie intensiver zu beschäftigen. Schließlich behält dann, wie man oft konstatieren kann, nur der von Wissen und Zweifeln unbehelligte Dilettantismus den zur Therapie notwendigen Elan. Ich glaube mit diesen kurzen Strichen die Situation genügend gezeichnet zu haben.

Nun zu den Gründen, die die Erklärung für die bestehenden Verhältnisse bilden. Sie sind großenteils in der historischen Entwicklung zu suchen, die die beteiligten Grenzwissenschaften in den letzten Jahrzehnten genommen haben. Man vergegenwärtige sich, daß eine verstehende Psychotherapie tieferen Sinnes erst auf dem Boden der FREUDSchen Erkenntnisse entstanden ist, also auf eine allzu lange Entwicklungszeit noch nicht Anspruch machen kann. Auch die experimentelle Kinderpsychologie, die ebenso wie die Psychotherapie Bausteine zum Bau einer Kinderpsychotherapie liefern mußte, verdankt ihren neuerlichen Aufschwung den letzten Jahrzehnten und ist, um nur einige wesentliche Namen zu nennen, an Autoren wie WILLIAM STERN, CHARLOTTE und KARL BÜHLER, SPRANGER, HOFMANN in Deutschland, ARNOLD GESELL in Amerika geknüpft. Wenn man weiterhin bedenkt, daß auch die Beiträge der Psychiatrie zum Verständnis des kindlichen Seelenlebens größtenteils in unser Jahrhundert hineinfallen — AUGUST HOMBURGER ist hier bahnbrechend geworden und kann sich in der Einleitung zu seiner Psychopathologie des Kindesalters nur auf einige Vorgänger berufen, deren bedeutendste EMMINGHAUS, ZIEHEN, STROHMAYER und HERMANN sind —, dann wird es verständlich, daß die bisherige Zeit der Entwicklung noch kurz ist. Insbesondere hat sie bisher dazu noch nicht ausgereicht, um die aus den verschiedenen Arbeitsgebieten gewonnenen Erfahrungen einander gegenüberzustellen und sie mit kritischer Wertung abzuwägen. Auf der anderen Seite ist die Kinderheilkunde ja selbst noch eine junge Wissenschaft, die in der gleichen Zeitspanne, in der sich die genannten Grenzgebiete entwickelten, ihren Kampf um Selbständigkeit ausfechten mußte und naturgemäß mit der Systematisierung des in ihr Bereich fallenden Teiles der körperlichen Medizin zunächst vollauf ausgefüllt war. Gleichwohl haben Autoren wie CZERNY, HAMBURGER, NETER, POTOTZKY und FRIEDJUNG schon vor einer Reihe von Jahren Pionierarbeit auf dem hier zur Diskussion stehenden Gebiete geleistet. Die notwendige Resonanz konnten sie aber aus den angedeuteten Gründen erst viel später finden. Besonders deutlich werden diese Zusammenhänge z. B. an den Arbeiten FRIEDJUNGS,

der erst nach mehr als 20 Jahren seinen Erkenntnissen zu einer entsprechenden Würdigung verhelfen konnte, wobei er sich allerdings mit FREUD, auf dessen Anschauungen er größtenteils basiert, in guter Gesellschaft befindet.

Mit dieser kurzen Skizze will ich mich an dieser Stelle begnügen, es könnte noch ergänzend vermerkt werden, daß auch die Konstitutionsforschung, deren Entwicklung seit KRETSCHMER neue Bahnen beschritten hat und die für das Kindesalter unter anderem von KRASUSKY neuerdings bearbeitet wurde, ferner die Erblichkeitsforschung in jüngster Zeit besonders gefördert wurde, ebenso wie bei den Erziehungsmethoden wesentlich neue Gesichtspunkte maßgebende Bedeutung erlangten (BUSEMANN, WILHELM PAULSEN seien von vielen genannt). Im Laufe der weiteren Darstellung wird noch Gelegenheit sein, auf einzelne Probleme dieses Fragenkomplexes einzugehen. *Hier kam es mir darauf an, an der geschichtlichen Entwicklung einer größeren Anzahl von Disziplinen, die zur Kinderpsychotherapie nahe Beziehungen haben, den Zustand der Unfertigkeit zu charakterisieren. Zukünftiger Forschung fällt die Aufgabe zu, Klärungen der verschiedensten Art herbeizuführen.*

In einer derartigen Situation, wo gewissermaßen erst die Fundamente in der Entstehung begriffen sind, kann ein Gebäude, das hauptsächlich der praktischen Benutzung dienen soll, nur mit großer Vorsicht errichtet werden. Es ist ein großer Unterschied, ob es sich um theoretische Forschung handelt oder ob Erkenntnisse reif sind, für die Praxis nutzbar gemacht zu werden. Man kann sich dem Eindruck nicht verschließen, als ob gegenüber der Forderung der notwendigen Vorsicht vielfach das Gefühl der Verantwortung nicht immer groß genug ist. Besonders manch junger Verfechter einer Schulrichtung, der mangelnde Erfahrung durch um so größere Orthodoxie ersetzt, wird in der Praxis unter Umständen Schaden anrichten. Derartige Fälle, die naturgemäß bei schlecht ausgebildeten Laienbehandlern nicht selten sind, dürften allen Erfahrenen bekannt sein.

Wenn trotz der hier geschilderten Schwierigkeiten therapeutische Richtlinien in größerem Rahmen aufgestellt werden, so wird die Berechtigung hierzu aus der oben skizzierten Notwendigkeit abgeleitet, aus dem zweifellos starken Bedürfnis nach Anleitung in Fragen der täglichen Praxis. Ausdrücklich sei aber zu Beginn meiner Ausführungen die Erklärung abgegeben, daß trotz einer gewissen Erfahrung, wie sie die Bearbeitung unseres großen Materials allmählich herbeiführt, die Darstellung nicht den Anspruch einer irgendwie abgeschlossenen oder vollständigen Fassung erhebt; nach dem bisher Gesagten muß diese Einsicht wohl als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Vielmehr kann es sich nur darum handeln, Erfahrungsmaterial beizubringen, um zu einem Teil dazu beizutragen, bestehende Lücken zu verkleinern.

Wir sind hiermit bereits beim *Abstecken der Grenzen* angelangt, in denen sich die folgenden Auseinandersetzungen bewegen. Den praktischen Tendenzen entsprechend, die bei der Abfassung des Buches richtunggebend sind, entspricht die Anordnung des Stoffes. Als Basis der Gruppierung dient kein wissenschaftliches der Typenforschung oder

einer Schulmeinung entnommenes Einteilungsprinzip, sondern nur der Aspekt der praktischen Bedeutung. Aus später dargestellten Gründen fällt das nach diesen Gesichtspunkten zusammengestellte Material zu einem großen Teil mit dem Gebiet der sog. Organneurosen zusammen, ohne sich mit ihm völlig zu decken. Vielmehr gehen einzelne Kapitel wesentlich über diese Grenze hinaus. Auch ist es natürlich unausbleiblich, daß Fragen der Heilpädagogik und anderer Grenzgebiete im Laufe der Darstellung berührt werden, doch soll jede Weitschweifigkeit im Interesse der besseren Übersicht nach Möglichkeit vermieden werden. Ein näheres Eingehen auf die Heilpädagogik und ihre Domäne, die Erziehungsschwierigkeiten, würde den Rahmen des Buches wesentlich überschreiten, auch ist das Bedürfnis hiernach nicht groß, da zahlreiche Schriften aus den verschiedensten Lagern zur Verfügung stehen. Ich sehe meine Aufgabe, wie nochmals betont sei, darin, die Kapitel aus dem großen Gebiete der Kinderpsychotherapie herauszugreifen, die in der täglichen Praxis, nicht des Psychotherapeuten, sondern des praktischen Arztes und Kinderarztes die größte Rolle spielen. Man könnte vielleicht von einer „kleinen“ Kinderpsychotherapie sprechen, doch trifft dieser Ausdruck, wie sich zeigen wird, nur zum Teil zu. Fragen der kleinen Psychotherapie, z. B. Indikationsprobleme, lassen sich nämlich ohne Erörterung der gesamten Psychotherapie nicht abhandeln. Man könnte also allenfalls sagen, daß der Akzent innerhalb dieser Darstellung mehr bei der kleinen Psychotherapie, der wesentlichen Domäne des Praktikers, liegt.

Auf einige *Einwände* möchte ich nunmehr eingehen, die prinzipiell gegenüber dem hier vertretenen Einteilungsschema erhoben werden könnten. Es könnte eine Gefahr darin gesehen werden, daß Gesichtspunkte der Praxis so betont werden, wie es hier geschehen soll, und zwar in der Richtung, daß Ärzte ohne genügende Vorbildung diese oder ähnliche Darstellungen für eine ausreichende Orientierungsbasis ansehen könnten, um sich in Fragen der Psychotherapie für kompetent und sicher zu halten. Darauf wäre zu erwidern, daß im Laufe der Ausführungen immer wieder gerade die Indikationsstellung besprochen werden wird. Es soll aus der Darstellung ersichtlich werden, welche Fälle der Praktiker behandeln kann und welche in psychotherapeutische Fachbehandlung gehören. Von vornherein sei aber betont, daß der Praktiker eben derartig viele Fälle, die einer psychischen Behandlung oder Mitbehandlung bedürfen, täglich in seiner Sprechstunde sieht, daß er gezwungen ist, sich mit psychotherapeutischen Fragen auseinanderzusetzen. Wenn er alle einschlägigen Fälle an Psychotherapeuten überweisen wollte, dann würde er sich eines erheblichen Teiles seiner Praxis selbst berauben. Die Gefahr, daß Pseudosicherheit verstärkt wird, halte ich, gegenüber dem Bedürfnis interessierter Ärzte nach Anleitung, für weniger bedeutungsvoll. Schließlich muß hier wie überall mit einem gewissen Verantwortungsgefühl gerechnet werden.

Ein anderer Einwand sei an dieser Stelle nur kurz erwähnt. Es fragt sich, ob man berechtigt ist, einer Symptomatologie, auf die naturgemäß diese Darstellung nicht verzichten kann, das Wort zu reden,

wenn man überzeugt ist von der Einheit der Person, wenn man weiß, daß Symptome Ausdrucksphänomene sind, hinter denen sich die verschiedensten neurotischen Haltungen verbergen. An späterer Stelle soll versucht werden, zu zeigen, daß man Ganzheitsbetrachtung, von deren gesetzmäßiger Gültigkeit und Notwendigkeit ich überzeugt bin, und symptomatische, der Praxis dienende Einteilung durchaus miteinander verbinden kann.

Einige Worte noch zur *Gliederung des Stoffes*. Da mit einer Ordnung des Materials unter dem Gesichtspunkt der praktischen Bedeutung keine systemlose Aneinanderreihung gemeint ist, da vielmehr jahrelange Arbeit allmählich gewisse therapeutische Grundhaltungen hervorgebracht hat, wäre es unzweckmäßig, ohne eine vorhergehende zusammenhängende Darstellung der Therapie in die Diskussion der einzelnen Kapitel einzutreten. Diese Erörterung wiederum würde gewissermaßen in der Luft schweben, wenn nicht Verbindungslinien zur Psychotherapie und zur Kinderpsychologie gezogen würden. Der Grundtendenz des Buches aber entsprechend, werde ich mich auf das Notwendigste beschränken. Kurze Hinweise auf die nach Kapiteln zusammengestellte Literatur sollen es dem Interessierten erleichtern, diese skizzenhafte Darstellung nach Wunsch und Bedürfnis zu ergänzen. Die Reihenfolge, die sich auf diese Weise von selbst ergibt, ist folgende: Zunächst soll der heutige Stand der Psychotherapie charakterisiert werden, dann folgt die Besprechung der Sonderstellung der Kinderpsychotherapie, wobei kinderpsychologische Fragen miterörtert werden. Daran anschließend werden allgemeine Richtlinien für die Therapie aufgestellt, worauf schließlich die Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder und ihrer Behandlung folgt.

## B. Allgemeiner Teil.

### I. Der gegenwärtige Stand der Psychotherapie.

Wenn man den Stand der heutigen Psychotherapie mit wenigen Strichen charakterisieren will, so kann man zunächst wohl die grundsätzliche Behauptung aufstellen, daß eine Neurosenbehandlung ohne tiefenpsychologische Orientierung als unzeitgemäß betrachtet werden muß. Die FREUDSchen Studien haben bekanntlich den entscheidenden Anstoß zu dieser Entwicklung gegeben. Doch ist diese noch nicht etwa so weit gediehen, daß man von einer einheitlichen Auffassung sprechen könnte. Von den Differenzen der Anschauungen zeugt das Bestehen der verschiedenen Schulen, unter denen die von ADLER, JUNG, STEKEL geführten Gruppen die bedeutendsten sind. Alle sind ohne die Entdeckungen FREUDS undenkbar, was nicht immer mit der notwendigen Offenheit betont wird. Auf der anderen Seite ist es nicht zu erwarten, daß ein einzelner Mensch trotz genialen Formates das Gebäude, das er errichtet, in allen Teilen und Beziehungen so ausgestalten kann, daß für andere nichts mehr zu tun bleibt. Am weiteren Ausbau tätig mitgewirkt zu haben, ist ein unbestreitbares Verdienst der genannten Schulen. Näher auf wesentliche und unwesentliche Unterschiede der einzelnen Richtungen einzugehen, ist hier nicht Ort und Zeit. Auf grundlegende Arbeiten der entsprechenden Kreise, deren für unsere Zusammenhänge wichtigsten im Literaturverzeichnis enthalten sind, muß verwiesen werden. Zwei Werke, von I. H. SCHULTZ und von KRONFELD, die kürzlich in Neuauflagen erschienen sind, seien deshalb besonders zur näheren Orientierung über die gegenwärtige Psychotherapie empfohlen, weil sie einen von dogmatischer Einstellung ungetrübten Querschnitt geben. In beiden Lehrbüchern wird auf Wege des Fortschrittes hingewiesen, die wegen ihrer Bedeutung für das Kindesalter kurz erwähnt werden sollen. Während sich eine Zeitlang das Interesse auf die Auflösung von Verdrängungen und eine Reihe anderer hiermit im Zusammenhange stehender Probleme erstreckte — aus historischer Entwicklung verständlich —, macht sich in letzter Zeit mehr und mehr das Streben geltend, nunmehr mit einem nach der Seite der Genese und des tiefenpsychologischen Verständnisses erweitertem Horizont die aktive Haltung gegenüber der passiven zu verstärken. Diese von KRONFELD „psychagogisch“ genannten und von ihm bereits zu Zeiten der Hochkonjunktur passiver Einstellung betonten Tendenzen kamen zweifellos eine Zeitlang zu kurz. Die hier angedeutete Entwicklung wird z. B. deutlich, wenn man die Verhandlungsberichte der Psychotherapeutischen Gesellschaft miteinander vergleicht, die einen gewissen Niederschlag der vorherrschenden Tendenzen bilden.

Besonders der Kongreß des Jahres 1931 ist deshalb bemerkenswert, weil dort ein nahezu einheitlicher Zug zu erkennen war, der von Orthodoxie und dogmatischer Einstellung fort, zur freieren, künstlerischen Tätigkeit des tiefenpsychologisch geschulten Arztes hinführt. Für unsere Gesichtspunkte interessiert vor allem das Referat über die somatischen Behandlungsmethoden innerhalb der Psychotherapie, die, wie von mir dargelegt wurde, für das Kindesalter besondere Bedeutung haben. Dieser Fragenkreis hängt innig mit dem Problem der psychophysischen Zuordnungen und Beziehungen zusammen. Es liegt mir fern, auf die umfangreiche Literatur einzugehen, die sich von jeher mit dem Leib-Seele-Problem beschäftigt. Erwähnt sei nur neben dem bekannten Werk von MOHR eine neuere Arbeit von POLLNOW, die neben einer interessanten Darstellung der geschichtlichen Entwicklung dieses schwierigen Grenzgebietes philosophisch-biologischer Forschung klare Formulierungen bringt. POLLNOW weist darauf hin, daß das metaphysische Problem der Leib-Seele-Beziehungen scharf geschieden werden muß von der wissenschaftlichen Konstatierung psychophysischer Zusammenhänge; nur letztere interessieren uns hier. Während sich nun die Psychotherapie in einer längeren Zeitspanne ausgesprochenenmaßen mit dem psychischen Anteil dieser Wechselbeziehungen beschäftigt hat — was wiederum aus der historischen Entwicklung als Reaktion gegenüber der Vernachlässigung seelischer Vorgänge verständlich wird —, besteht bei einer Reihe von Forschern nunmehr die Tendenz, nicht nur einen Zugang zur Persönlichkeit therapeutisch zu benutzen, sondern möglichst mehrere. Im Vertrauen auf die letztliche Einheit der Person — so drückt sich einmal OSWALD SCHWARZ aus — kann man zwar annehmen, daß jede der beiden Behandlungsmethoden, d. h. die körperliche und die seelische, das Ganze beeinflusst. Es fragt sich aber, ob man mit dem Trost zufrieden sein kann, daß alle Wege nach Rom führen, oder ob man nicht vielmehr danach streben muß, den kürzesten und am schnellsten zum Ziele führenden Weg zu finden. Den richtigen Ansatzpunkt für das therapeutische Handeln zu finden, das ist ein zur Zeit besonders interessierendes und noch keineswegs gelöstes Problem. Wie HEYER ausführte, ist es für die Psychotherapie an der Zeit, ältere Formen der Behandlung unter neuen Gesichtspunkten zu revidieren und kritisch zu werten. Wenn auf Grund derartiger Einsichten, im Einklang mit analytischem Denken, Methoden wie Gymnastik, Training, Sport zur Behandlung des Erwachsenen weitgehend herangezogen werden, so hat diese Richtung für die Kinderbehandlung erhöhte Bedeutung. Hier ist, wie später noch näher betont wird, der geeignetste Boden für alle formenden und übenden Methoden. Die genannten und andere auf Übung tendierenden Betätigungen haben also innerhalb der Kinderpsychotherapie ihren besonderen Platz.

Mit dem hier angeschnittenen Problem ist naturgemäß nur eine von vielen Fragen angedeutet worden, deren Diskussion auf der psychotherapeutischen Tagesordnung steht. Es lag mir gerade an der Hervorhebung dieser Gesichtspunkte, weil die Tatsache bemerkenswert erscheint, daß bei der Behandlung von Erwachsenen Tendenzen in der

vorderen Linie der Entwicklung liegen, die für die Kinderbehandlung bereits sichere Etappe sind.

Der Rahmen des Buches würde völlig zerfallen, wollte man den Versuch machen, der gegenwärtigen Psychotherapie auch nur annähernd gerecht zu werden. Ich beschränke mich daher auf folgende *summarische Erklärung*:

Die moderne Psychotherapie versucht, die Ursachen neurotischer Erscheinungen über die Symptome hinaus genetisch zu erforschen, indem sie ein Bild der Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit von der frühen Kindheit an reproduziert und auf diese Weise typische Grundhaltungen und Reaktionsformen zutage fördert. Erst durch eine derartige tiefenpsychologische Aufrollung wird die aktuelle Konfliktsituation durchsichtig und angreifbar. Unter den analytischen Erkenntnissen, die ein solches Vorgehen ermöglichen, stehen Einsichten in die Entwicklung des Trieblebens, in die Dynamik des Unbewußten, der Verdrängung und des Traumlebens an erster Stelle. Während an der Valenz dieser Faktoren im allgemeinen nicht mehr gezweifelt werden kann, sind die Methoden, wie gesagt, noch umstritten, die Akzentsetzungen verschieden. ADLER könnte z. B. als der Sozialpolitiker unter den Psychotherapeuten angesprochen werden, JUNG interessiert sich besonders für Patientenmaterial jenseits der Lebensmitte, STEKEL vertritt eine intuitiv-künstlerische Einstellung in der Behandlung.

Das *Ziel der Psychotherapie* kann wiederum ziemlich allgemeingültig gefaßt werden. Es besteht darin, dem Patienten zu größerer Geschlossenheit und Einheitlichkeit zu verhelfen. Es muß ihm möglich werden, mit sich und der Umwelt, seinen Anlagen entsprechend, fertig zu werden und nach besten Kräften als tätiges Mitglied der Gemeinschaft zu wirken. Der Arzt leistet mit seiner Behandlung Hilfsstellung, indem er an der Erreichung einer für das genannte Ziel günstigen Konstellation mitarbeitet. Darunter ist keine zudeckende Symptombehandlung zu verstehen, sondern eine aktivierende, mobilisierende Einstellung, die allein zur Selbständigkeit und Sicherheit erziehen kann.

## II. Der gegenwärtige Stand der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie.

Nach diesen kurzen Bemerkungen über die heutige Psychotherapie gelangen wir nunmehr zur Schilderung der Kinderpsychotherapie. Es wird sich darum handeln, die zentralen Gesichtspunkte herauszuarbeiten, die für das Verständnis der Sonderstellung dieses Forschungsgebietes maßgebende Bedeutung haben. Probleme der Kinderpsychologie werden, soweit es die Darstellung erfordert, hierbei miterörtert.

Die Gesichtspunkte, unter denen die *Entwicklung* des Kindes, mit der wir uns zunächst beschäftigen müssen, heute betrachtet wird, sind noch durchaus uneinheitlich und für einen nicht fachmännisch durchgebildeten Arzt schwer durchsichtig. Man denke an die bekannten Schriften von WILLIAM STERN oder CHARLOTTE BÜHLER auf der einen, an die Darstellung des kindlichen Trieblebens nach FREUDSchen Anschauungen auf der anderen Seite. Es besteht die merkwürdige Tatsache, daß z. B. den Manifestationen sexueller Entwicklung, der die analytische Schule weitgehende Bedeutung beimißt, in den Arbeiten vieler Psychologen von Rang entweder überhaupt keine oder nur ungenügende Beachtung geschenkt wird. Dagegen wird das Wachstum des Kindes in einer Weise dargestellt, die anscheinend keinerlei Beziehungen zu den genannten Meinungen hat. Die Situation ist weiterhin dadurch kompliziert, daß Differenzen nicht nur zwischen den Experimentalpsychologen und den analytischen Autoren bestehen, sondern daß auch die letzteren untereinander keineswegs einig sind in der Beurteilung verschiedener Entwicklungsstrebungen und in entsprechenden Akzentsetzungen. JUNG sagt einmal, „wenn FREUD und ADLER beide recht darin hätten, daß ein kontinuierliches Wirken eines und desselben Instinktes festzustellen sei, dann wäre der Mensch hauptsächlich sexuell nach FREUD und hauptsächlich selbstbehauptend nach ADLER. Beides zugleich ist aber unmöglich“.

Da man annehmen muß, daß ernsthafte Forscher ihre Anschauungen auf entsprechende Erfahrungen stützen, liegt der Tatbestand vor, daß Überzeugungen und Grundeinstellungen einander gegenüberstehen, deren Kontrolle eigentlich möglich sein müßte, da ja Kinder und ihre Entwicklungsphasen uns dauernd vor Augen stehen.

Zur Erklärung dieses paradox anmutenden Zustandes lassen sich verschiedenste *Gründe* anführen. Bei der Bedeutung dieser Frage für die Kinderpsychotherapie seien einige von ihnen angedeutet. Art und Zusammensetzung des Materials ist zunächst ein Faktor, der hier Beachtung verdient. Es ist eine nicht zu bestreitende Tatsache, daß jede Poliklinik, überhaupt jede Instanz der Forschung oder Behandlung, ihren eigenen Charakter hat. Man denke an das differente Material

eines psychologischen Instituts, einer Poliklinik eines Kinderkrankenhauses, einer öffentlichen Fürsorge oder einer privaten Beratungsstelle. Dieser Charakter bekommt, abgesehen von seiner gewissermaßen autochthonen Färbung, bei der soziale Schichtung usw. eine Rolle spielt, allmählich eine Prägung, die auf den betreffenden verantwortlichen Leiter zurückzuführen ist. Das Material formt nämlich nicht nur die Einstellung, sondern es wird auch von dieser geformt. Näher auf diese Frage der grundsätzlichen, von Weltanschauung und anderen Faktoren abhängigen Haltung einzugehen, erübrigt sich. Auf zahlreichen Forschungsgebieten spielt das Moment der persönlichen Resonanz eine nicht unbedeutende Rolle.

Vermerkt sei in diesem Zusammenhang ferner die bekannte Erscheinung, daß jeder Forscher, der neue Gesichtspunkte gefunden zu haben glaubt, in begreiflichem Enthusiasmus über die Grenzen der Objektivität oftmals hinauschießt und geneigt ist, sein Schema zu überwerten. Orthodoxie disponiert naturgemäß am ehesten zu dieser Schwäche, die nur bei schöpferischer Arbeit eine Stärke bedeutet.

Schließlich sei noch der Schwierigkeiten gedacht, die durch den Gebrauch der verschiedenen Jargons entstehen. Diese sind, wie man jederzeit durch Teilnahme an psychologischen Diskussionen feststellen kann, gerade auf diesem Gebiete nicht gering zu veranschlagen. Sachliche Klärung wird leider sehr häufig auf diese Weise erschwert.

Ein *Beispiel*, wie sich die hier skizzierten Verhältnisse in der Praxis darstellen, möge zur Illustrierung herangezogen werden. Ein Arzt, der seiner ganzen weltanschaulichen und religiösen Einstellung entsprechend, gegen jede Betonung der Sexualität ist, ohne deshalb deren Bedeutung zu leugnen, wird bei seinem Patientenmaterial, das infolge der sehr bald bekanntwerdenden Abstempelung seiner Haltung Onaniefälle, sexuelle Schwierigkeiten usw. nicht gerade gehäuft enthalten wird, dazu geneigt sein, nach derartigen Triebstörungen weniger zu fragen als z. B. ein Analytiker. Er ist eben der Meinung, daß man solche Fragen möglichst unerörtert läßt. Da sich nun bei einer größeren Zahl von nervösen Erscheinungen, die zur Beratung kommen, Beziehungen der Symptome zur Sexualität nicht ohne weiteres aufdrängen — z. B. bei einem Falle von Bettnässen —, so erfolgt die Bearbeitung und Behandlung ohne Berücksichtigung derartiger Gesichtspunkte. Der betreffende Fall wird der Rubrik „Bettnässen“ eingeordnet, wobei uns hier nur die wissenschaftlich-statistische Seite interessiert, die praktische Auswirkung möge zurückgestellt werden. Das gleiche Kind, das an Bettnässen leidet, erscheint dem anders eingestellten Arzt, der gewohnt ist, nach sexuellen und sonstigen Triebstörungen ausdrücklich zu fragen, evtl. in anderem Lichte. Er findet Anzeichen dafür, daß in dieser Richtung Abweichungen von der Norm vorliegen, und wertet den Fall als sexuell nuanciert. Es handelt sich eben bei dem mittleren Gros nervöser Erscheinungen um Fälle, bei denen man die Akzente verschieden setzen kann, ohne der Wahrheit Gewalt anzutun. Weniger different wird naturgemäß die Beurteilung von Krankheitsbildern extremerer Ausprägung. Wenn also, um bei unserem Beispiel zu bleiben,

das betreffende Kind neben seinem Bett nässen grob-sexuelle Aggressionen gegenüber einem Geschwister zeigt oder hochgradig onaniert, dürften die Wertungen nicht sehr verschieden nuanciert sein. Differenzen ergeben sich nur bei den Fällen mittlerer Breite, die aber infolge ihrer überragenden Häufigkeit ausschlaggebend sind.

Wenn man das angeführte Beispiel vervielfältigt und auf andere Gebiete überträgt, kann man verstehen, daß sich bei den verschiedenen Autoren trotz tatsächlicher Erfahrung eine ganz geteilte Auffassung von der Bedeutung und Wertigkeit bestimmter Faktoren ausbilden kann, woraus im Laufe der Zeit eine mehr oder weniger starre Grundeinstellung entsteht.

Unter den zahlreichen Problemen der Kinderpsychologie, deren Diskussion noch keineswegs abgeschlossen ist, gehört die *Bedeutung der Triebentwicklung*, von der bereits mehrfach die Rede war, zu den meist umstrittenen Fragen. Da die Wertung und Einschätzung dieses Entwicklungsfaktors für die therapeutische Haltung gegenüber wesentlichen Störungen von grundlegendem Einfluß ist oder, wie man noch prägnanter sagen kann, da man weder die normalen seelischen Wachstumsvorgänge noch ihre pathologischen Abweichungen ohne Verständnis für das Triebleben richtig einschätzen kann, sei diesem Problem etwas größerer Raum gewidmet.

Bekanntlich haben die Arbeiten von FREUD, insbesondere seine „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“, die Diskussion des Trieblebens entscheidend beeinflusst. Auf der Basis dieser Gedankengänge fußend hat FRIEDJUNG das Verdienst, als erster Kinderarzt seine Erfahrungen am Kinde mit den von FREUD an Erwachsenen gewonnenen Anschauungen in Beziehung zu setzen, wobei fast restlose Übereinstimmung von ihm konstatiert wurde. Ich gebe hier zunächst die wesentlichsten Gesichtspunkte wieder, die in ihrer Formulierung zum Teil FRIEDJUNGS eben erschienener Veröffentlichung „Die Fehlerziehung in der Pathologie des Kindes“ entnommen sind, sich aber im übrigen weitgehendst mit der FREUDSchen Nomenklatur decken. Unter den Trieben, die als *Organgefühle mit unlustvoller Spannung definiert werden, die zur lustvollen Entspannung mittels einer spezifischen Handlung drängen*, spielen Ich- oder Selbsterhaltungstrieb und Sexual- oder Arterhaltungstrieb die führende Rolle. Während Äußerungen des Ichtriebes von der frühesten Kindheit an allgemein anerkannt sind — die Sicherheit seiner Funktion wird für selbstverständlicher gehalten, als sie in Wirklichkeit vielfach ist —, wird, besonders von kinderärztlicher Seite, den Manifestationen des Sexualtriebes Verbreitung und Bedeutung noch weitgehend streitig gemacht. Trotz der bestehenden Skepsis erscheint der Ablauf der sexuellen Entwicklung feststehend, wie FREUD ihn beschreibt. Es lassen sich mehrere Perioden voneinander abgrenzen. Die erste Phase ist der Autoerotismus, die Beschäftigung mit der eigenen Person zum Zwecke des Lustgewinns. Auf diese Zeit folgt dann die Zuwendung zu anderen Personen, die Heteroerotik. In dieser Periode ist zunächst das Geschlecht unmaßgeblich, erst zu einem späteren Zeitpunkt spielt die Wahl des anderen Geschlechtes als Objekt der Zuneigung eine Rolle.

Besondere Bedeutung hat bei der weiteren Differenzierung die Einstellung zu den Eltern. Diese fast regelmäßig zu beobachtende Bevorzugung des andersgeschlechtlichen Elters wird bekanntlich von FREUD als Ödipussituation bezeichnet. In der autoerotischen Phase bestehen verschiedene Möglichkeiten der lustvollen Betätigung, Freude an rhythmischer Bewegung, allgemeine Hauterotik, Bevorzugung des Mundes, des Anal- oder Urethralgebietes usw. (erogene Zonen nennt man derartige Differenzierungen). Auf dem Gebiete der heteroerotischen Triebbefriedigung sind Äußerungen oraler, anal-sadistischer Nuancierung, Schaulust, Exhibitionismus als Akzentuierungen zu nennen. Mit diesen Andeutungen möchte ich mich hier begnügen, an anderen Stellen, bei der Erörterung einzelner Störungen dieses Bereiches, wird Gelegenheit sein, näher auf Spezialfragen einzugehen.

Das Gebäude, dessen Gerüst eben wenige Striche andeuteten, unterliegt, wie mehrfach erwähnt wurde, bezüglich seiner Stabilität, seiner gesetzmäßigen Organisation und anderer Qualitäten weitgehendster Kritik, die sich zwischen den Polen differenter Akzentsetzungen und schroffer Ablehnung bewegt. Unter den Autoren, deren abweichende Anschauungen besonderes Interesse verdienen, sei als Repräsentantin kinderpsychologischer Forschungsrichtung CHARLOTTE BÜHLER zitiert. Sie und ihre Mitarbeiter, an erster Stelle unter diesen HILDEGARD HETZER, können das Verdienst in Anspruch nehmen, unsere Kenntnis der frühkindlichen Psychologie wesentlich bereichert zu haben. Ein besonders glücklicher Gedanke liegt darin, das *Spiel des Kindes* genau zu studieren. An und für sich ist diese Methodik ja sehr naheliegend, da das Spiel für das Kind das wesentlichste Lebenselement darstellt. Es ist der Arbeit, dem Beruf des Erwachsenen gleichzustellen — me n 4jähriger Junge sagte einmal, als auf die Arbeit Erwachsener hingewiesen wurde, „ich arbeite nur mit Spielen“ —, aber auch Affekte, Leidenschaften, soziales Verhalten, Liebeseinstellungen, alle diese Verhaltensweisen kann der Erfahrene bei der Beobachtung spielender Kinder kennenlernen. Obgleich, wie gesagt, dieser Weg zum Verständnis allgemein bekannt ist, hat die genannte Schule erstmalig unsere Einsichten durch ein wohldurchdachtes System zusammengefaßt. So konnten eine Anzahl Phasen voneinander abgegrenzt werden, die sich ablösen. Von der unspezifischen Behandlung des Spielmaterials ohne Einstellung auf Leistung und Ziel — Stadium der „Funktion“ — gelangt das Kind zur Freude am „Werk“. Hier wird eine Entwicklungsregel der Produktion aufgestellt — so sagt CHARLOTTE BÜHLER —, die *generelle* Gültigkeit beansprucht wie die Regel des progressiven Wachstums überhaupt. Das Spiel wird demzufolge definiert als Bewegung mit intentionalem Bezug auf die Lust der Bemeisterung, wobei *ein Fundamentalprinzip des Lebens* gewonnen wird.

Unserem Programm folgend, nicht einen Abriß der verschiedenen Richtungen zu geben, sondern nur das Prinzip herauszuheben, das der einzelnen Betrachtungsweise zugrunde liegt, wenden wir uns noch der Darstellung der individualpsychologischen Schule mit einigen orientierenden Ausführungen zu. Mit der vorher angeführten Charakteri-

sierung ADLERS als Sozialpolitiker ist bereits das Bezugssystem, mit dem er arbeitet, wesentlich gefaßt. Ihn interessiert an der Entwicklung des Kindes in erster Linie das Verhalten zum Machtstreben, das das Individuum einnimmt, und die Rolle, die es demzufolge gegenüber der Forderung der Gemeinschaft nach „Kooperation“ spielt. Die Art und Form der Bewältigung dieser zentralen Lebensaufgabe gibt den Maßstab für die Beurteilung der individuellen Eigenart des Individuums (Bedeutung der Organminderwertigkeit, Stellung zur Symptomfrage und andere Teilprobleme sollen an späterer Stelle gestreift werden).

*Es ist nun die Frage aufzuwerfen, in welcher Beziehung die genannten Betrachtungsweisen — es wurden nur die allerwesentlichsten berührt — zum Gesamtvorgang der seelisch-geistigen Entwicklung stehen, ob die eine oder die andere das Wachstumsprinzip als solches vollständig faßt, ob sie einander ausschließen oder teilweise decken und welche Brücken zwischen ihnen bestehen. Ohne weiteres dürfte wohl einleuchten, daß die Diskussion dieser Problematik, die in einzelnen Arbeiten im Ansatz vorhanden, aber noch nicht annähernd abgeschlossen ist und, wie ich glaube, heute auch noch nicht abgeschlossen werden kann, auf der Basis dieser skizzenhaften Darstellung nicht erfolgreich durchgeführt werden könnte. Dazu wäre eine ganz andere Breite der Auseinandersetzung notwendig. Da wir hier nur eine schlaglichtartige Orientierung anstreben, um unsere therapeutische Haltung einzugruppieren und zu umrahmen, beschränken wir uns darauf, einige Gesichtspunkte herauszuheben, die sich in der praktischen Erfahrung ergeben haben, wie sie in Kenntnis der psychologischen Problematik und, wie ich glaube, ohne Umwertung durch dogmatische Bindung gewonnen wurde.*

Zunächst gelangt man mit zunehmender Erfahrung immer mehr zu der *Einsicht, daß das Seelenleben des Kindes eine unendlich große Mannigfaltigkeit und Variabilität aufweist*. Ein Querschnitt zu beliebiger Zeit der Entwicklung ist infolge der Mitwirkung der zahlreichen Anlage- und Milieufaktoren von so komplexem Charakter, daß man mit einer Reihe von Maßstäben gewisse Funktionen und Lebenserscheinungen erfolgreich messen kann. Fehler der Beurteilung entstehen erst dann, wenn man der Überzeugung ist, mit dem betreffenden Maßstab das Ganze vollständig zu erfassen und allen Äußerungen des Lebens gerecht zu werden. Einsichtsvolle Forscher geben die Unmöglichkeit der Gesamterfassung der Persönlichkeit auch durchaus zu. Sehr eindrucksvoll ist z. B. in dieser Hinsicht die Anschauung des Analytikers HARTMANN. Er sagt, „die Ontogenese der Sexualentwicklung, in deren Tatsachen sich die Entwicklung grundsätzlich spiegelt, ist nicht die Ontogenese der Persönlichkeit überhaupt. Es muß zugegeben werden, daß dieser Erkenntnisweg nicht gegenüber allen seelischen Gebieten gleich fruchtbar ist. Die Psychoanalyse kann nur Beiträge zu einer Charakterologie liefern und bleibt auf die Ergänzung durch typenpsychologische und deskriptive Arbeit angewiesen“. Mit einer derartigen Auffassung kann man sich weitgehend konform erklären.

Auf der Seite der experimentalpsychologischen Forschung versucht neuerdings CHARLOTTE BÜHLER, ihre Arbeit abzugrenzen und Ver-

bindungslinien zu psychoanalytischer Einstellung herzustellen. Sie macht den Versuch, die Entwicklung der kindlichen Sexualität unter dem gleichen Blickpunkt zu sehen wie die Spielentwicklung. Typische Abweichungen der Sexualität des Kindes gegenüber der des Erwachsenen, wie Fehlen eines orgasmusmäßigen Höhepunktes, Fehlen des Anteils „Fortpflanzung“, ferner Dissoziierung zwischen Objekten der Erotik und der Sexualität setzt sie in Parallele zum Zustande der „Funktion“ gegenüber dem „Werk“. Wichtiger als das Streben nach einheitlicher Betrachtungsweise, deren Berechtigung in diesem Falle noch zweifelhaft erscheint, im übrigen von Frau BÜHLER auch nur vermutungsweise geäußert wird, erscheint mir die Anerkennung der Gesetzmäßigkeit, mit der sich kindliche Sexualität entwickelt. Differenzen der Auffassung erstrecken sich, im Gegensatz zu noch nicht lange zurückliegender Zeit, nicht mehr auf die Frage des *Vorhandenseins* von Sexualität, sondern auf Formen ihres Ausdrucks und Akzentsetzungen im Verhältnis zur Wertigkeit anderer Entwicklungsfaktoren.

Auch über die Beziehungen des BÜHLERSchen Schemas zu individualpsychologischen Gesichtspunkten ließe sich mancherlei sagen — CHARLOTTE BÜHLER selbst trennt als Forschungsrichtungen solche Wege, auf denen Regeln der Entwicklungsfolge genereller Momente aufgezeigt werden, von Tendenzen, typische Abhängigkeiten von Situation, Umwelt und Anlage zu studieren. In das letztere Bezugssystem gehört unter anderem das Hauptinteresse individualpsychologischen Arbeitens. Daß schließlich die einzelnen tiefenpsychologischen Schulen das Entwicklungsprinzip verschieden darstellen, wobei meiner Meinung nach Akzentsetzungen gegenüber grundsätzlich andersartigen Anschauungen die Hauptrolle spielen, sei hier nur vermerkt.

Die Erörterung der Problematik der Entwicklung möge durch einen *bildhaften Vergleich* abgeschlossen werden. Das Wachstum des Kindes kann man mit dem Bau eines Hauses in Parallele setzen. Wie zahlreiche Strebungen an der Entwicklung beteiligt sind, wirken verschiedene Gruppen von Handwerkern an der Fertigstellung eines Gebäudes mit. Von Anfang an muß Art und Zeit der Mitarbeit der einzelnen Abteilungen in einem Bauplan genau festgelegt sein, wenn eine reibungslose Abwicklung der Bautätigkeit gewährleistet sein soll. Auf Grund dieses Planes läuft die Arbeitskurve einer jeden Gruppe in gesetzmäßiger Beziehung zur Gesamtaufgabe verschieden ab. Die Maurer haben Intensitätshöhepunkte und weniger bedeutsame Abschnitte zu anderer Zeit als die Maler oder Zimmerer. Ebenso sind die Verhältnisse bei der Entwicklung. Der Spieltrieb dominiert im Kleinkindalter, die Sexualität z. B. in der Pubertät. In den zahlreichen Phasen, die aufeinanderfolgen, trifft man also bei einem Querschnitt hier wie dort die einzelnen Strebungen in ganz verschiedener Stufe des gesetzmäßigen Verlaufes, untergeordnet dem Grundprinzip des planmäßigen Wachstums. Neben dieser Abhängigkeit von der allgemeinen Regel weist aber fernerhin der jeweilige Querschnitt andersartige Differenzierungen auf, deren Typik von einer Reihe von Bezugssystemen wiederum gesetzmäßig hergeleitet werden kann. Ebenso wie beim Hausbau z. B. der spezielle Zweck — ein Büro-

haus erfordert andere Maßnahmen als ein Hôtel oder Einzelwohnhaus — oder Faktoren wie Klima und Ort (Stadt oder Land) typische Abwandlungen der allgemeinen Bauregel von Anfang an erheischen, drücken zahlreiche Faktoren wie spezielle Anlagen, sozialer Bezug, Milieu, Geschwisterkonstellation, Krankheiten usw. der individuellen Entwicklung gesetzmäßige Prägungen auf, die zu kurz oder lange anhaltenden Akzentuierungen führen. Es besteht also ein Nebeneinander von Gesetzmäßigkeiten, die sich in ganz verschiedenartigen Wechselwirkungen miteinander verflechten, wodurch das individuelle Schicksal entsteht.

Wir mußten uns mit den *Gesetzmäßigkeiten* der Entwicklung beschäftigen, um nun zu den *Störungen* ihres Ablaufes Stellung zu nehmen. Obwohl die Pathologie der Entwicklung naturgemäß in viel höherem Maße als die Physiologie die therapeutische Grundhaltung bestimmt, zwingt uns die ungeheure Komplexität des Gebietes, die Fülle der in reichhaltigster Literatur niedergelegten Anschauungen gegenüber den zahlreich beteiligten Einzelproblemen, zu einer kurzen Form der Darstellung, bei der wie bisher die Übersicht über die Vollständigkeit gestellt werden soll. Es kann sich auch hier nur darum handeln, mit skizzenhafter Ausführung den Hintergrund anzudeuten, vor dem die Erörterung der Therapie Platz haben soll.

Wenn man den Quellgebieten neurotischer Haltungen und Symptome nachgeht, ist zunächst das *Problem von Anlage und Umwelt* von grundsätzlicher Bedeutung. Betont sei an dieser Stelle, daß die Frage der differentiellen Dynamik von Anlage und Umwelt naturgemäß sich ebensowohl auf das Bereich der normalen wie der pathologischen Entwicklung erstreckt. Um aber Wiederholungen zu vermeiden, wird die Erörterung dieser wie mancher anderer Teilprobleme an der Stelle der Darstellung erfolgen, an der sie sich am besten der allgemeinen Übersicht einordnet.

Die Entscheidung der Frage, in welchem Mischungsverhältnis Anlage- und Umweltfaktoren an einem Zustand beteiligt sind, ist für die Therapie von gleicher Wichtigkeit wie für jede Form erzieherischer Beeinflussung. Schwierigkeiten derartiger Bewertungen bestehen auch heute noch in erheblichem Maße, obgleich die Vererbungswissenschaft, die Konstitutionsforschung und die Lehre von der inneren Sekretion in der jüngsten Zeit unsere Kenntnisse wesentlich bereichert haben. Zur Orientierung über den gegenwärtigen Stand der Forschung kann das Buch von JUST über „Vererbung und Erziehung“ empfohlen werden. Die Reziprozität der Beziehungen kommt unter anderem in der Feststellung von JUST zum Ausdruck, daß die Veranlagung sich nur auswirken kann, soweit es die Umwelt zuläßt. Die Umwelt kann wiederum nur einwirken, soweit ihr die Veranlagung entgegenkommt. Für den Erzieher und behandelnden Arzt ist die Erfahrung der Praxis am wesentlichsten, daß weder orthodoxe Konstitutionsforscher mit krassem Pessimismus und daraus folgendem therapeutischen Nihilismus recht haben, noch Verfechter unbegrenzter therapeutischer Möglichkeiten, wahnhaft eingeengt durch den Glauben an die allgemeine Gleichheit des Menschen. So lange es keinen sicheren

Maßstab gibt, die Valenz determinierender Anlagemomente zu messen — und über eine gewisse Grenze werden wir hierbei vielleicht niemals gelangen —, wird es sich in der Praxis wohl am besten auswirken, wenn man der Tatsache eingedenk bleibt, daß vom ersten Lebenstage an eine Wechselwirkung von Anlage und Umwelt einsetzt, die sich ununterbrochen fortsetzt. Für Einflüsse der Erziehung und Therapie bleibt also genügend Spielraum, und das Handeln wird am zweckmäßigsten so eingerichtet, daß man sich keine Unterlassungssünde vorzuwerfen hat.

Neben der Feststellung, daß bei jedem Zustand der Entwicklung und, was uns im Augenblick besonders interessiert, bei jeder Störung Anlage- und Umweltfaktoren konstellativ mitwirken, müssen nun weitere Erwägungen herangezogen werden, um neurotische Erscheinungen zu charakterisieren und ihre Genese verständlich zu machen. Innerhalb des Bereichs der Wechselwirkungen von Anlage und Umwelt bildet sich ein spezieller Bezug aus, der als Einordnung bezeichnet werden kann. Das Kind mit seiner Triebentwicklung befindet sich ja nicht in einem luftleeren Raum, sondern in einer Welt, in der das „Lustprinzip“ in dauernder Gegenüberstellung zum „Realitätsprinzip“ steht, um mit FREUD zu sprechen. Vom Lebensbeginn an wird vom Kinde Triebverzicht in der verschiedensten Form verlangt. Diese Anpassung an die Gemeinschaft, die eine der wesentlichsten Forderungen und Aufgaben der Erziehung ist, spielt, wie allgemein anerkannt ist, ihre Rolle ebenso bei der Normalentwicklung wie beim Zustandekommen von Störungen. Kleinste vorübergehende Schwierigkeiten auf der einen Seite, langanhaltende neurotische Haltungen und Psychosen auf der anderen, das sind die Endpunkte einer Linie, auf der die Grenzen von normal und pathologisch vielfach sehr schwer abzustecken sind.

Die Diskussion über die Genese neurotischer Störungen führt uns hier an ein Problem, das wir kurz streifen müssen, zu den *Schwierigkeiten der Normung*. Wenn wir von extremen Krankheitsbildern absehen, ist es ja schon bei der Beurteilung eines Befundes beim Erwachsenen oftmals äußerst schwer, gesund von krank zu unterscheiden, weil man hierbei zahlreiche Faktoren der Gesamtkonstellation mitberücksichtigen muß. Bei entsprechenden Wertungen beim Kinde stellen sich uns noch bedeutend größere Schwierigkeiten in den Weg. Einmal ist hier die Abhängigkeit einer Konstellation von der Haltung der Umwelt eine viel intensivere als beim Erwachsenen, ferner haben wir es ja beim Kinde nicht mit starren und fest verankerten Zuständen zu tun, sondern mit Entwicklungsphasen. Was heute normal ist, kann morgen pathologisch sein und umgekehrt. Besonders für die frühe Jugend mit ihrem schnellen Tempo des Wachstums gilt dieser Grundsatz. Und gerade in dieser Zeitspanne, in der, wie sich gleich zeigen wird, viel zu messen ist, fehlen uns die entsprechenden Maßstäbe am meisten. Hier bewegen wir uns noch auf äußerst unsicherem Boden, was für unsere therapeutische Einstellung von großer Bedeutung ist. Das Kleinkindalter, besonders die Zeit zwischen 3 und 5 Jahren, ist nämlich neben der Pubertätszeit eine Krisenperiode erster Ordnung. Hier verdichten sich Schwierigkeiten der Anpassung, zu denen, wie

bereits angedeutet, der gesamte Entwicklungsprozeß disponiert, mit besonderer Intensität, weil auf der einen Seite die Forderungen sehr hoch sind, während andererseits das Verständnis für ihre Notwendigkeit und die Bereitschaft, sich ihr zu beugen, noch nicht so entwickelt ist wie bei älteren Kindern. Daß diese Schwierigkeiten bei „einzigen Kindern“ vielfach besonders betont sind, ist bekannt und von einzelnen Autoren (NETER, FRIEDJUNG) ausführlich geschildert. Mit besonderem Interesse hat sich die analytische Forschung gerade dieser Zeit der ersten Pubertät, wie sie vielfach benannt wird, des Trotzalters zugewandt. Hier zeigen sich zum erstenmal Phänomene wie Verdrängung, Verzicht, Sublimierung, Auflehnung usw. in gehäufter, klar erkennbarer Form. Hier ist der erste größere Kriegsschauplatz, wo die Waffen erprobt werden und wo spätere typische Haltungen ihre ersten manifesten Vorläufer erkennen lassen. Selbstverständliche Folge dieser Erkenntnis ist die Bemühung jedes tiefenpsychologisch arbeitenden Arztes, bei der Neurosenbehandlung Erwachsener gerade der frühen Kindheit besondere Beachtung zu schenken. In den Analysen nehmen also naturgemäß Erinnerungen aus dieser Zeit einen breiten Raum ein. Sie beziehen sich nicht etwa nur auf die sexuelle Sphäre, wie vielfach mißverständlicherweise angenommen wird, sondern auf das Gesamtmaterial. (Die Assoziation Psychoanalyse-Sexualität ist bei Nichtanalytikern heutzutage im allgemeinen häufiger als bei Analytikern!) Diese Bewertung der frühen Kindheit, die als Prinzip in den Fundamenten analytischen Denkens verankert ist, findet in den der Analyse verwandten Systemen eine entsprechende Würdigung, die nur je nach der beherrschenden Leitlinie durch spezielle Akzentuierung unterschieden ist. So liegt z. B. auch bei individualpsychologischer Einstellung ein Interessenschwerpunkt in dieser Epoche. Von kinderärztlicher Seite hat in neuerer Zeit vor allem BENJAMIN das Trotzalter einer ausführlichen Analyse unterzogen. Seine Erfahrungen und Schlußfolgerungen bestätigen im allgemeinen psychoanalytische Einsichten und gestatten ebenfalls weitgehende Parallelen zu ADLERSchen Gedankengängen. Auf spezielle Unterschiede der Anschauungen und Akzentverteilungen einzugehen — letztere scheinen mir auch hier zu überwiegen —, ist in dieser Darstellung nicht möglich. Wesentlich für unsere Übersicht ist die Feststellung BENJAMINS, daß die Neurosen in der frühen Kindheit verankert sind und daß das Mißlingen der Anpassung ein zentrales Problem der Entwicklungsgeschichte kindlicher Neurosen ist. Bei der Erörterung späterer Kapitel wird noch Gelegenheit sein, auf einzelne Teile seiner instruktiven Studie einzugehen.

Es wurde bereits angedeutet, daß der Boden, auf dem sich derartige Forschungen bewegen, noch recht schwankend ist. Es fehlt bisher an der notwendigen Breite der Erfahrung. Gerade die Diskussion über die Entstehungsbedingungen der Neurosen leidet unter den Schwierigkeiten der Normung, der sie nicht völlig aus dem Wege gehen kann. Kriterien der Normung aber lassen sich nur an großem Material herausarbeiten, über das wir auf dem Gebiete der frühkindlichen Epoche bisher nicht verfügen. Die Bewertung eines Faktors bezüglich seiner

spezifisch-dynamischen Mitwirkung an der Genese einer Neurose hängt zu einem wesentlichen Teil von der Vorstellung ab, die man von der Gesetzmäßigkeit und Häufigkeit seines Auftretens hat. Ein *Beispiel* möge diese Verhältnisse verdeutlichen. Ein Patient führt eine nervöse Störung aus dem Gebiete der Zwangsneurose, wegen der er in psychotherapeutischer Behandlung ist, auf eine Kindheitssituation zurück, er produziert in der Analyse Erinnerungen, die sich um eine bestimmte Konstellation herumgruppieren. In ihrem Mittelpunkt steht ein Angsterlebnis mit Hunden; der Schlaf war damals eine Zeitlang gestört, nachts traten Aufregungszustände auf. Die ganze Angelegenheit, die sich im 4. Lebensjahre abspielte, dauerte etwa 6 Wochen, dann war sie erledigt, ohne Folgezustände zu hinterlassen. Die Beurteilung eines derartigen Vorganges, die Bewertung seiner Dynamik ist nun unter anderem von der Häufigkeit des Vorkommens derartiger Zustände beim Kleinkind abhängig. Je seltener sie sind, desto geringer ist ihre differentielle Bedeutung. Ein solcher Angstzustand könnte z. B. Ausgangspunkt, erste Manifestation oder nur gelegentliches Erlebnis ohne weitere Wirkung sein.

Bei einer großen Anzahl ähnlicher Vorgänge stehen derartige Entscheidungen zur Diskussion. Die angedeuteten Schwierigkeiten bestehen aber nicht nur einzelnen körperlich manifestierten oder seelischen Symptomen gegenüber, die Bewertung der ganzen Trotzphase unterliegt bezüglich der Häufigkeit und Gesetzmäßigkeit ihres Vorkommens noch durchaus kritischer Beurteilung. Einzelne Autoren, unter ihnen FRIEDJUNG, betonen die Wirkung der Fehlerziehung und meinen, daß infolge ihrer außerordentlichen Verbreitung eine Gesetzmäßigkeit der Trotzphase vorgetäuscht wird, die in Wirklichkeit unter anderen Umweltbedingungen vermeidbar wäre. Andere, wie z. B. HILDEGARD HETZER, sind nach ihren Arbeiten und nach Äußerungen in persönlicher Aussprache der Überzeugung, daß eine derartige Epoche entwicklungsbedingt und normal ist und daß unter Umständen aus ihrem Fehlen gewisse Rückschlüsse auf mangelhafte Willensbildung gezogen werden können. Ich selbst bin auf Grund meiner Erfahrungen der Ansicht, daß eine Periode der scharfen Auseinandersetzung zwischen Ichtrieb und Gemeinschaftsforderungen auf der Gesetzmäßigkeit dieser Bezogenheit beruht, der kein Kind entgehen kann, und daß Faktoren wie Fehlerziehung und andere Umwelteinflüsse nur mitbestimmend sind für die Intensitätsgrade, deren Skala in ununterbrochener Folge von der Norm bis zur Pathologie reicht. Ich gebe zu, daß ich diese Anschauung ebenso mangelhaft beweisen kann, wie andere eine gegenteilige Meinung, und sehe in dieser allgemeinen Unsicherheit ein wesentliches Hindernis, das den Fortschritt unserer Einsichten in die Genese der Neurosen beträchtlich hemmt. Denn die Strukturanalyse eines beliebigen Symptomenkomplexes in der Zeit der Trotzperiode muß mehr oder weniger unvollständig bleiben, wenn es nicht gelingt, innerhalb einer Konstellation konstante, gesetzmäßige Faktoren von spezifisch-dynamischen Momenten scharf zu trennen und dadurch zu differentiellen Akzentsetzungen zu gelangen. Besonders gegenüber der vielfach

vorherrschenden Tendenz, möglichst zahlreiche Symptombilder unter einem vereinenden Gesichtspunkt zu betrachten und weniger Wert auf die Verschiedenheiten als auf Gemeinsamkeiten zu legen, sei betont, daß wir uns gerade auf dem hier zur Diskussion stehenden Gebiete noch im Stadium der Materialsammlung befinden. In einer derartigen Phase empfiehlt es sich, Systeme und Schemata als *vorläufig* zu charakterisieren und sich den Zugang zu neuen Erkenntnissen offen zu halten.

Auf unserem Wege, die Genese kindlicher Neurosen in kurzen Zügen anzudeuten, wenden wir uns einem Problem zu, das bereits zum Kapitel der Symptom- oder Neurosenwahl gehört. Zunächst seien Gedankengänge von J. H. SCHULTZ genannt, die sich auf Zuordnungen von Neurosen und Lebensbedingungen beziehen. SCHULTZ unterscheidet eine Reihe von Erscheinungsformen der Existentialwerte, unter denen körperliches Lebensgefühl, störungsfreie Betätigung in Leistung und Genuß, Gemeinschaftsentscheidung die ersten Stufen, kosmische Behauptung, Selbsterkenntnis, Produktion letzte Glieder sind. Je nach dem Grade der Bedrohung dieser Werte bildet sich Art und Schwere der Neurose aus. Unter diesen werden Fremd- und Randneurosen, Schichtneurosen und Kernneurosen abgegrenzt. Wenn wir diese Arbeitshypothese, ohne auf ihre nähere Darstellung eingehen zu können, auf die Verhältnisse beim Kinde anwenden, so ist festzustellen, daß hier im allgemeinen die ersten Stufen der Existentialwerte von Bedeutung sind, also körperliches Lebensgefühl, störungsfreie Betätigung in Leistung und Genuß, wobei noch Betätigung im Spiel als wesentliche Ergänzung hinzuzufügen wäre, schließlich Gemeinschaftsentscheidung. Auf diesen Gebieten spielen sich die kindlichen Schwierigkeiten vorzugsweise ab, hier erfolgen Bedrohungen und Anforderungen, während naturgemäß Fragen der Weltanschauung und der Selbsterkenntnis mehr in den Hintergrund treten und nur gegen die Pubertät hin begrenzte Bedeutung erlangen können. Die kindlichen Neurosen gehören demzufolge größtenteils den Fremd- und Randneurosen an, wo die Physis und ihre Wechselbeziehungen zu psychischen Faktoren dynamisch ausschlaggebend sind. Mit anderen Worten gesagt: *Der Körper des Kindes ist in großem Maße Mittelpunkt, um den herum Konflikte und demzufolge neurotische Reaktionen gruppiert erscheinen.*

Wir fragen uns nun weiter, wie diese Schwierigkeiten im einzelnen aussehen, ob sie mit näheren Attributen belegt werden können. Wie bereits angedeutet wurde, stammt ein großer Teil von Konflikten aus den Dissonanzen zwischen Anlagen der Natur und Forderungen der Kultur. Diese Forderungen beziehen sich in den ersten Lebensjahren naturgemäß vorzugsweise auf die Erlernung körperlicher Funktionen. Man denke an die Frage der Nahrungsaufnahme, an die Sauberkeitsgewöhnung oder statische und motorische Disziplinierung.

Für das Verständnis derartiger Entwicklungsvorgänge und — was für uns vor allem bedeutungsvoll ist — für die Kenntnis ihrer Disposition zu Störungen sei die *Lehre von den bedingten und unbedingten Reflexen* kurz herangezogen, die sich an den Namen PAWLOWS und seiner Schule knüpft. Von kinderärztlicher Seite hat besonders CZERNY

darauf hingewiesen, daß bei der Erlernung vegetativer Funktionen im frühen Kindesalter die Schaffung bedingter Reflexe an Stelle der unbedingten oder die Hemmung unzuweckmäßiger unbedingter Reflexe eine große Rolle spielt. An der Bedeutung dieser Verhältnisse für normale und fehlerhafte Entwicklung kann wohl kaum gezweifelt werden. Eine andere Frage ist es, ob, wie KRASNOGORSKI kürzlich meinte, die Anhänger der PAWLOWSCHEN Schule den Schlüssel zum Verständnis psychologischer Zusammenhänge in Händen haben. Eine derartige Erweiterung experimentalpsychologischer Beobachtungen und Befunde zu einer umfassenden Ganzheitsbetrachtung und einem weltanschaulichen Gebäude dürfte eine wesentliche Überschätzung der Reichweite der Lehre bedeuten. Auch über die Deutung und Benennung der Vorgänge ist man sich, wie Ausführungen von ERWIN STRAUS zeigen, noch keineswegs einig. Mag es sich aber bei den bedingten Reflexen um wirkliche Reflexe oder Dressate oder schließlich um Erlebnisvorgänge mit Übungsleistungen handeln, in jedem Falle haben sie innerhalb des Entwicklungsprozesses große dynamische Bedeutung. Es ist ohne weiteres verständlich, daß man mit einer größeren Störungsbereitschaft auf diesem Gebiete zu rechnen hat, weil mancher sog. Normalvorgang bereits Kunstprodukt ist und erst nach Überwindung von Widerständen zustande kommt. Treten noch andere konstellative Momente zu diesen normalen Lernschwierigkeiten hinzu, dann zeigen sich Störungen. Für die Frage der habituellen Obstipation hat unter anderem v. BERGMANN die Entstehungsbedingungen in dieser Richtung beschrieben. Er schildert, wie auf einen physiologisch sehr komplizierten Reflexmechanismus unbedingter Art ein Komplex von bedingten Reflexen durch die Domestikation hinzugetan wird. Ähnlich wie bei der Erlernung und Beherrschung der Darmtätigkeit liegen die Verhältnisse bei der Blasenbeherrschung, bei Schlaf- und anderen Gewohnheiten u. a. m. Bei der Besprechung der Therapie wird an einigen Stellen Gelegenheit sein, auf diese Beziehungen zurückzukommen.

In einer Reihe von Fällen wird nun die Konstellation, bei der körperliche Schwierigkeiten im Vordergrund des Interesses stehen, weiterhin kompliziert, und zwar durch *Organminderwertigkeiten*. Bekanntlich hat ADLER das Verdienst, auf diese Zusammenhänge ausführlich hingewiesen zu haben. Zweierlei Beziehungen müssen hier voneinander getrennt werden, Minderwertigkeiten einzelner Organe und ganzer Systeme als kausale Veranlassungen für Erkrankungen und erlebnismäßige Verarbeitungen derartiger Unzulänglichkeiten mit final gerichteter, neurotischer Tendenz. Bezüglich der letztgenannten Möglichkeit sei folgendes festgestellt: In zahlreichen Fällen neurotischer Zustände kann an einer derartigen Dynamik nicht gezweifelt werden. Doch spricht die Erfahrung aus der Praxis, wenn diese ungehindert von dogmatischer Gebundenheit verarbeitet wird, gegen das Vorhandensein gesetzmäßiger Zuordnungen, wie sie von der individualpsychologischen Schule angenommen werden. Es gibt genügend Fälle, in denen trotz Bestehens von Minderwertigkeiten ein neurotisches „Arrangement“ nicht erfolgt, ohne daß etwa immer eine Überkompensation vorzuliegen braucht;

vielmehr bleibt diese ganze Angelegenheit unbeachtet und unverarbeitet. Daß auf der anderen Seite bei allen möglichen Formen körperlicher Manifestation Organminderwertigkeiten völlig fehlen können, scheint mir ebenfalls einwandfrei festzustehen. Von einer zwangsmäßigen Verknüpfung kann also keine Rede sein, die Bedeutung derartiger Momente soll andererseits nicht bestritten werden.

Wenn wir nun auf die zuerst genannte Beziehung, die kausale Einwirkung von Minderwertigkeiten auf die Neurosenentstehung, eingehen, so dürften hier dieselben Verhältnisse bezüglich Zwangsmäßigkeit und Möglichkeit vorliegen. Organminderwertigkeiten *können* Ursache einer Neurose sein, sie müssen es aber nicht; in vielen Fällen sind sie nur koordiniert. Bei dem Krankheitsbild der Enuresis wurde z. B. unermüdlich jahrelang nach derartigen Minderwertigkeiten gesucht, um die Genese zu erklären. Ich erinnere an die Myelodysplasielchre und an das Interesse für die Spina bifida. Unsere fortschreitende Erfahrung — im Jahre 1924 wies ich in Übereinstimmung mit anderen Autoren bereits auf diese Verhältnisse hin — hat gezeigt, daß hier *kein gesetzmäßiger, kausaler Zusammenhang besteht, sondern eine in einem gewissen Prozentsatz vorkommende Parallelschaltung*. Ähnlich liegen die Dinge bei anderen Krankheitsbildern.

Besondere Beachtung verdient die Frage der Organminderwertigkeiten bei denjenigen Neurosen, bei denen die Körperbeteiligung von zentralerer Bedeutung ist, bei den sog. *Organneurosen*, zu denen sich die Psychoneurosen insofern im Gegensatz befinden, als bei letzteren somatische Lokalisationen mehr peripheren Charakter haben. Auch bei den Organneurosen, die, wie bereits betont wurde, in unserer Darstellung der Therapie einen besonderen Platz einnehmen, liegen die Verhältnisse nicht etwa so, daß eine Kausalbeziehung zu Minderwertigkeiten gesetzmäßig nachzuweisen ist. Das Beispiel der Enuresis demonstrierte ja bereits Entsprechendes. Immerhin spielen derartige Gesichtspunkte eine nicht unbedeutende Rolle, zumal dann, wenn man den Begriff der Organminderwertigkeit weiter faßt, wenn man an die Akzentuierung ganzer Systeme denkt, die vielfach bekanntlich familiär durchgängig zu beobachten ist. Wir stoßen hierbei wiederum an das weite Gebiet der konstitutionellen psychophysischen Zuordnungen, speziell in ihrer Bedeutung für die Krankheitsgestaltung. Wenn auch das Verständnis derartiger Abhängigkeiten beim Erwachsenen durch die KRETSCHMERSchen Lehren wesentlich gefördert wurde, bei der Anwendung auf das Kindesalter sehen wir uns noch großen Schwierigkeiten gegenüber. Und zwar werden unsere Einsichten in diese Gesetzmäßigkeiten abermals deshalb beeinträchtigt, weil der Wachstumsprozeß mit seinem Erscheinungswchsel eine Normierung der einzelnen Stufen der Entwicklung außerordentlich kompliziert. Diese Bewertungsfragen, die unter anderem KRETSCHMER in seinem Vorwort zu KRASUSKYS „Konstitutionstypen der Kinder“ behandelt, sind also aus den gleichen Gründen schwer zu lösen, die für die Einschätzung des Trotzalters als maßgebend angeführt wurden, zumal hier wie dort das Fehlen größeren Erfahrungsmaterials die Schwierigkeiten verdoppelt.

Gegenüber diesem Stande der Forschung, die noch durchaus in den Anfängen steckt, fällt uns die Einhaltung unserer notwendigen Forderung nach Kürze nicht schwer, zumal reichhaltige Literatur das Bedürfnis nach Orientierung befriedigen kann. Was den Ausgangspunkt dieser Bemerkungen, die Frage der Organneurosen und ihrer Determination, betrifft, so sei auf das Sammelwerk von OSWALD SCHWARZ hingewiesen: „Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome“, in dem neben Abschnitten allgemeinen Interesses das Kapitel von POTOTZKY über die Verhältnisse bei Kindern erwähnt sein möge. Ferner sei an die Arbeiten von v. BERGMANN über Organneurosen oder Betriebsstörungen, wie er sie benennt, erinnert. Ein Buch von MOHR, eine Abhandlung von POLLNOW wurde bereits genannt. Wir begnügen uns mit der Feststellung, daß innerhalb des Fragenkreises, der sich auf die Vormachtstellung des Körperlichen bei kindlichen Neurosen erstreckt, das *Problem der Organminderwertigkeiten eine bevorzugte, wenn auch nicht dominierende Stellung einnimmt*, daß fernerhin die hiermit im Zusammenhang stehende, umfassendere Frage der Krankheitsgestaltung durch die Konstitution zweifellos eine bedeutsame Rolle spielt, deren Valenz im Verhältnis zum Entwicklungsprozeß als allgemeindynamischem Faktor notwendigerweise bestimmt werden muß<sup>1</sup>. Daß hierzu erst Ansätze möglich sind, sei nochmals betont.

Wir wollen hiermit die Erörterung der Entstehungsbedingungen kindlicher Neurosen abschließen. Auch in diesem Kapitel war die Tendenz maßgebend, mehr die Problematik zu skizzieren, als eine gründliche Darstellung der einzelnen Fragen zu geben, die in jedem Falle innerhalb des angestrebten Rahmens unvollständig bleiben würde. *Die wesentlichsten Gesichtspunkte seien nochmals zusammengefaßt herausgehoben:*

1. Die Tatbestände, die bei der Genese kindlicher Neurosen zu konstatieren sind, lassen sich ebensowenig unter einen allgemeingültigen Generalnenner bringen wie die Erscheinungen bei der Normalentwicklung. Die Vielfältigkeit seelischen Geschehens, das Ineinandergreifen der zahlreichen Anlage- und Umweltfaktoren und das Fundamentalprinzip des Wachstums erzeugen eine derartige Fülle von Varianten, daß Schematisierungen bei dem heutigen Stande der Forschung nur mit großer Vorsicht vorgenommen werden können. Diese dürften im übrigen meiner Ansicht nach auch wohl bei fortschreitender Erfahrung nicht über eine gewisse Grenze getrieben werden. Andernfalls könnte zwar eine überspitzte Ordnungstendenz den Sieg davontragen, jedoch auf Kosten der Wahrheit, die in Form von Unter- und Überschätzung bestimmter Faktoren gefälscht werden müßte.

2. Für das Verständnis der Neurosenentstehung muß eine ganze Reihe von Bezugssystemen herangezogen werden, unter denen Verhältnis zur Entwicklungsstufe, Abhängigkeit von der Umwelt, Zuordnung zu konstitutionellen Gegebenheiten wesentliche Bedeutung haben. Nur eine mehrdimensionale Betrachtungsweise, die diese miteinander innig

<sup>1</sup> Näheres hierüber im speziellen Teil.

verflochtenen, sich aber nie völlig deckenden Bezogenheiten entsprechend berücksichtigt, kann zu differentieller Klärung der Sachlage führen.

3. Von grundlegender Bedeutung ist der Ablauf der frühkindlichen Epoche, in der infolge des intensiven Aufeinanderprallens des Lustprinzips mit dem Realitätsprinzip die Disposition zu Störungen besonders intensiv ist.

4. In einem gewissen Prozentsatz spielen sich diese Störungen in der körperlichen Sphäre ab, weil die Beherrschung und Erlernung somatischer Funktionen in der Kindheit, besonders in den ersten Abschnitten der Entwicklung, einen bedeutsamen Platz einnimmt. Diese Betonung, die bei den einzelnen Neurosen (Psycho- oder Organneurosen) verschieden stark ausgebildet ist, gibt bereits an und für sich Veranlassung zu Störungen. Vielfach wird ferner diese Disposition durch das Bestehen von Minderwertigkeiten der Organe und Organgruppen verstärkt.

### III. Allgemeine Richtlinien und Methoden der Kinderpsychotherapie.

#### a) Richtlinien.

Wir beginnen nunmehr mit der Erörterung der Therapie, und zwar wird es sich zunächst darum handeln, allgemeine Richtlinien aufzustellen, auf Grund deren dann eine kritische Besprechung der verschiedenen Methoden erfolgen soll. Diese allgemeinen Richtlinien, die im Prinzip durch die vorangegangene Darstellung vorgezeichnet sind, beziehen sich auf die Abgrenzung der Kinderpsychotherapie gegenüber der Behandlung bei Erwachsenen, sie ergeben sich gewissermaßen zwangsläufig, wenn man die Sonderstellung des Kindes unter dem Gesichtspunkte der Therapie der Situation des Erwachsenen gegenüberstellt.

Wir sprachen von dem Wachstumsprozeß als einem das kindliche Leben beherrschenden Fundamentalprinzip. Der Zustand der *Unfertigkeit* stellt den behandelnden Arzt vor die Notwendigkeit, dieses Faktum weitgehend zu berücksichtigen. Es ist ein großer Unterschied, ob man sich mit erzieherischen und therapeutischen Maßnahmen an einen mehr oder weniger abgeschlossenen Menschen wendet, dessen gewohnheitsmäßig geübte Reaktionen zu typischen Handlungsweisen erstarrt sind, oder an ein in der Entwicklung befindliches Kind, das seinen Gesichtskreis täglich erweitert, dessen Anschauungen in einer dauernden Fluktuation befindlich sind. An diesem Erscheinungswechsel nimmt das Gefühlsleben naturgemäß erheblichen Anteil. Große Intensität der Affekte steht vielfach in paradoxem Verhältnis zu ihrer Wirkungskdauer. Eine Angelegenheit, die heute beherrschend ist, kann morgen im Hintergrunde des Interesses stehen. Das Feuer brennt gewissermaßen schnell auf, verlischt aber auch häufig ebenso plötzlich. Dieser Grundsatz gilt selbstverständlich nicht für alle Fälle, es kommt vielfach auf den Hintergrund an, vor dem sich die aktuelle Situation abspielt. In Krisenzeiten verlaufen Affektkurven anders als zu Zeiten der Ruhe und Gleichmäßigkeit. Nicht nur Trotzalter und Pubertät sind hier als Perioden der Unruhe zu nennen, auch die Zeit des Schulbeginns oder ein sehr einschneidender Milieuwechsel, akute Krankheiten usw. verdienen in diesem Zusammenhang Erwähnung. *Konsequenz dieser Einsichten ist die Verpflichtung, jedes Schematisieren bei der Bewertung von Symptomen zu vermeiden, vielmehr nach den Eigenarten der allgemeinen Atmosphäre und der augenblicklichen Konstellation zu fahnden.* In vielen Fällen wird es sich dann zeigen, daß eine aktive Therapie unnötig ist, daß z. B. eine entsprechende Aufklärung und Beruhigung der Eltern ausreichend ist. Häufig ist die hier geforderte Differentialdiagnose zunächst nicht zu stellen, sei es, daß äußere Momente dies verhindern oder daß die Klärung an und für sich schwierig ist und Zeit beansprucht. In solchen Fällen

empfiehlt es sich ebenfalls, möglichst Reserve zu bewahren und mit kleinstem therapeutischen Geschütz zu operieren.

Vielfach genügt es, wenn man der Natur Zeit läßt, sich selbst zu helfen. Wenn z. B. eine besorgte Mutter sich Rat holt, weil ihr 6jähriger Junge in der vergangenen Nacht plötzlich mit einem Schrei aufgewacht ist und mit offenen Augen dasaß, ohne die Eltern zu erkennen, so ist mit diesem Befunde einer Nachtangst noch keine Indikation zu einer Therapie gegeben. Da die betreffende Mutter in allem Ernst daran glaubte, ihr Junge sei plötzlich verrückt geworden, wie sie sich wörtlich ausdrückte, da andererseits die genaue Befunderhebung ergab, daß in der Konstellation des Kindes keine groben Störungsmomente gegeben waren, bestand die Aufgabe nur darin, der Mutter die Angelegenheit zu erklären. Der Junge war am Tage vorher zum erstenmal in seinem Leben in einem Zirkus gewesen und hatte von diesem Ereignis geträumt. Daß in so unkompliziert liegenden Fällen die Deutung erst vom Arzte gegeben werden muß, ist eine erstaunliche, aber sehr häufig von mir erlebte Tatsache. Die entsprechende Belehrung wirkt infolgedessen meist in ausreichendem Maße.

Von dieser einfachen Form der Nachtangst gibt es nun zahlreiche fließende Übergänge bis zu schwersten Pavorzuständen, die zuweilen wochenlang anhalten und hochgradige Schlafstörungen verursachen können. Da diese Vorgänge später besprochen werden, begnügen wir uns hier mit der Feststellung, daß je nach Art und Umfang der Störung in der Wahl der therapeutischen Mittel variiert werden muß. Zur Verfügung steht die gesamte Methodenskala von einfacher Beruhigung der Mutter und des Kindes über Formen suggestiver Beeinflussung bis zu Versuchen, die Struktur des Falles analytisch aufzuhellen.

Die Eigenschaften kindlichen Seelenlebens, die als Veränderlichkeit und Vorläufigkeit in dem Prinzip der Entwicklung begründet sind, können weiterhin typische situative Momente an die Seite gestellt werden, die für die therapeutische Haltung grundlegende Bedeutung haben. Infolge des Wechsels der Erscheinungen, der Häufigkeit der Ablösung einer Phase durch eine andere, ergibt sich nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeitsrechnung, daß der Erzieher oder Arzt vielfach Gelegenheit haben muß, Störungen im ersten Beginn zu beobachten. *Gerade der Kinderarzt ist in der Lage, neurotische Vorgänge oft in statu nascendi zu sehen bzw. von ihnen zu hören.* Besonders zur Zeit der Trotzphase wird hierzu beispielsweise reichlich Gelegenheit sein, ebenso in anderen Abschnitten, wie aus dem früher Gesagten hervorgeht. Es dürfte ohne weiteres einleuchten, daß bei Fällen derartigen rezenten Charakters unsere therapeutischen Bemühungen weniger auf die Vergangenheit als auf Gegenwart und Zukunft gerichtet sein müssen. Wir berühren mit diesen Erwägungen ein Problem, das zwar auch für die Erwachsenenbehandlung, wie zu Beginn der Darstellung gezeigt wurde, gerade in unserer Zeit erhöhte Bedeutung gewonnen hat, das aber für die Sonderstellung der Kinderpsychotherapie eine viel weitergehende, grundsätzliche Beachtung verdient, ich meine die Frage der Akzentverteilungen zwischen retrospektiven, im eigentlichen Sinne analysieren-

den, d. h. aufdeckenden Behandlungstendenzen und prospektiv gerichteten, aktiv-helfenden Maßnahmen.

Wir sprachen eben von Erlebnissen rezenten Charakters. Mit dem Ausdruck „status nascendi“ ist natürlich nicht gemeint, daß das betreffende Symptom erst einige Stunden alt ist — für derartige Fälle wurde bereits Zurückhaltung und ein wenig Vertrauen zu den Eigenkräften der Natur gefordert —, vielmehr soll zum Ausdruck gebracht werden, daß der Kinderarzt und Kinderpsychotherapeut im Gegensatz zu Therapeuten, die Erwachsene behandeln, sehr häufig Situationen vor sich hat, bei denen die Zeit noch relativ kurz ist, die zwischen dem Beginn der Störung und dem Beginn der Behandlung verstrichen ist. Die Zahl solcher Aktualneurosen, die auch bei Erwachsenen eine gewisse Rolle spielen, ist im Kindesalter bedeutend größer, sie nimmt im allgemeinen um so mehr ab, je älter das Kind wird. Der Spielraum für die Dynamik der Verdrängung, für die Ausbildung von Übertragungssituationen, überhaupt für das Auftreten von typischen Haltungen ist demnach verhältnismäßig beschränkt. Um Mißverständnissen vorzubeugen, sei betont, daß auch beim Kinde die Bildung dieser Phänomene gesetzmäßig ist — hierauf wurde bereits hingewiesen —, die Unterschiede sind also gradueller Natur. Zeitliche Dauer des betreffenden Zustandes, Höhe der Entwicklungsstufe und andere Faktoren sind entscheidend für die Bewertung. Es folgt aus dieser Einsicht, daß sich Art und Form der Behandlung der jeweiligen Situation angleichen muß. Je nach der Stabilität der Störung und der dynamischen Kraft der einzelnen Faktoren muß die spezielle Form der Behandlung gewählt werden. Der Reichtum ihrer Methoden läßt eine differentielle Anpassung an die einzelnen Indikationen durchaus zu.

Wenn wir uns nach *weiteren Gesichtspunkten* umsehen, die für die therapeutische Einstellung maßgebend sind, so können wir diese wiederum genau so wie die bisherigen Erwägungen aus den Grundelementen der kindlichen Entwicklung ableiten. Jede Form der Erziehung baut sich auf der Formbarkeit und Beeinflußbarkeit des Kindes auf, die bekanntlich einen ganz anderen Intensitätscharakter haben als beim Erwachsenen. Näher auf diese Grundvoraussetzung jeglicher pädagogischer Einflußnahme einzugehen, erübrigt sich. Wesentlich für uns sind nur die Konsequenzen, die sich für die therapeutische Haltung ergeben. Im Rahmen dieser Beeinflussungsmöglichkeiten liegen zwei Eigenschaften, die sich die Psychotherapie mit großem Erfolg nutzbar machen kann, die *Suggestibilität* und die *Übungsfähigkeit*. Von der ersteren sei zunächst gesprochen. Wieviel ungleich größer die Suggestibilität eines Kindes als diejenige eines Erwachsenen ist, lehrt die tägliche Erfahrung. Die bitterste, schlecht schmeckendste Medizin kann man einem Kinde als delikaten Trunk verabreichen, wenn eine entsprechende suggestive Empfehlung vorangeht. Bei einem Erwachsenen dürfte ein derartiger Versuch nicht ohne weiteres glücken, dazu bedarf es im allgemeinen schon der schärfsten Form der Suggestion, der Hypnose, um zum gleichen Ziel zu gelangen. Es ist hier nicht der Ort, zu den vielen strittigen Punkten Stellung zu nehmen, die zum Fragenkomplex der

Suggestionenbehandlung Beziehung haben, bekanntlich stellt sich z. B. die Psychoanalyse in Gegensatz zu einer derartigen Behandlungsform, die in ihrer Wirkung als „zudeckend“ gegenüber der Tendenz der Aufdeckung angesprochen wird. Diese und andere methodologische Unterschiede werden ins Feld geführt. Trotzdem wird auch von analytischer Seite der Suggestion nicht etwa jede Berechtigung abgesprochen — meiner Überzeugung nach benutzt der Analytiker übrigens ihre Dynamik viel regelmäßiger, als er annimmt, allerdings in mehr unspezifischer, jeder Medikation innewohnender Form —, FREUD selbst hat einmal gesagt, in manchen Fällen könne man das Gold der Analyse mit dem Kupfer der Suggestion legieren. Nun, im Kindesalter gehört die Suggestion zu den Edelmetallen, und in den Legierungen der Behandlung nimmt sie einen besonderen Platz ein, der ihr infolge der Eigenart kindlichen Seelenlebens gebührt. Wenn sie zweckentsprechend in den allgemeinen Behandlungsbau eingearbeitet ist, widerspricht sie ebenso wenig analytischem Denken wie die Übungstherapie, die in der kindlichen Übungsfähigkeit ihre Voraussetzung hat.

Diese Eigenschaft ist ebenfalls im alltäglichen Leben auf Schritt und Tritt zu beobachten. Eine wirkliche Vorstellung von dem Ausmaß ihrer leistungssteigernden Kraft vermittelt das Buch von KERN: „Wirkungsformen der Übung.“ Hier werden an einem sehr großen Material von experimentalpsychologischen Versuchen die Grundregeln veranschaulicht, nach denen sich die Übung vollzieht. Daß dabei mancher Form der Testprüfungen, wie sie zur Feststellung der geistig-seelischen Entwicklung benutzt werden, das Todesurteil gesprochen wird, sei nebenbei vermerkt. Der Psychotherapeut kann aus diesem Werke viel für die Behandlung lernen, genau wie der Erzieher und Lehrer. Wie bereits gesagt wurde, findet die Übungsbehandlung ebenso wie die Suggestionstherapie in neuerer Zeit als Unterstützung tiefenpsychologischer Behandlung größere Beachtung. In diesem Zusammenhang sind die Arbeiten von I. H. SCHULTZ u. a. zu erwähnen, in denen eine genaue Anleitung für das „autogene Training“ der Organe angegeben wird. Hier wird von der leistungssteigernden Kraft der Übung weitgehender Gebrauch gemacht. Auf die auf dem letzten psychotherapeutischen Kongreß vorgetragenen Empfehlungen übender Methoden innerhalb der Psychotherapie wurde bereits hingewiesen. Im Bereich der Kinderpsychotherapie beraubt sich meiner Ansicht nach der behandelnde Arzt seiner besten Wirkungsmöglichkeiten, wenn er die Übung nicht so weit wie möglich mitbenutzt. Besonders bei allen Erscheinungen, bei deren Zustandekommen das Moment der Gewöhnung und Automatisierung eine Rolle spielt, ist ihre Anwendung indiziert, weil sie gewissermaßen mit umgekehrten Vorzeichen den falsch gerichteten Tendenzen entgegenwirkt. Bei der Besprechung des Asthmas, des Stotterns und motorischer Störungen wird daher später von der Übung als Helffaktor zu reden sein.

Wir sprachen von der Suggestion und der Übung und leiteten ihre große Wirksamkeit von der Formbarkeit und Beeinflußbarkeit ab, einem Grundphänomen der kindlichen Erscheinungswelt. Wir können noch

hinzufügen, daß Suggestion und Übung einander fruchtbar unterstützen, wenn man sie entsprechend benutzt. Einmal hat die Übung neben ihrer objektiven, leistungssteigernden Wirkung einen subjektiven, ermutigenden Einfluß, andererseits verhilft eine suggestiv ermutigende Übung dazu, über die ersten zuweilen schwierigsten Stadien der Übungsversuche schneller hinauszukommen. Eine zweckentsprechende Kombination, wie sie vielfach vorgeschlagen wurde, dürfte sich daher für die Behandlung empfehlen.

Zur weiteren Charakterisierung der Sonderstellung der Kinderpsychotherapie, wie sie sich aus der Eigenart kindlicher Lebensbedingungen ergibt, sei die intensive *Milieugebundenheit* des Kindes herangezogen. Bei früheren Gelegenheiten wurde mehrfach des grundlegend wichtigen Umstandes Erwähnung getan, daß vom ersten Lebenstage an die Vermischung von Anlage- und Umweltfaktoren einsetzt. Bei jeder beliebigen Konstellation wird man es also mit einem Produkt dieser beiden Faktoren zu tun haben. Während nun das Ergebnis dieser Wechselwirkung beim Erwachsenen im allgemeinen mehr einen endgültigen Charakter hat und daher hauptsächlich von analytischem, die Genese betreffenden Interesse ist, befinden wir uns beim Kinde ja noch inmitten dieses Prozesses. Die Umwelt hat nicht nur in der Vergangenheit ihren Einfluß ausgeübt, auch bei der augenblicklichen Situation ist sie zumeist maßgebend beteiligt, und auch für die weitere Entwicklung ist mit ihrer Einwirkung zu rechnen. Unser Interesse bei der Inangriffnahme eines Falles muß daher ein mehrfaches sein, es muß sich in gleicher Weise auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bezüglich der Milieufaktoren erstrecken. Bekanntlich wird diese Seite der Konstellation gegenüber konstitutionellen Bedingungen bei den verschiedenen Schulen zwar im Prinzip überall betont, doch je nach grundsätzlicher Einstellung anders eingeschätzt. Bei den Individualpsychologen z. B. ist das „verzärtelte Kind“ ein Begriff von zentraler Bedeutung. FRIEDJUNG stellt als wesentliche Milieutypen auf: die Liebesübersättigten, die Liebeshungrigen, das umkämpfte Kind, das Kind mit erschweren geschwisterlichen Beziehungen und die Fälle mit kombinierten Milieuschäden. Diese Einteilung dürfte einen treffenden Überblick über die verschiedenen Formen der Milieueinwirkung vermitteln. Auch von seiten der JUNGSchen Schule wird naturgemäß dem Problem der Milieugebundenheit des Kindes große Beachtung zuteil. Das Buch von WICKES: „Analyse der Kindesseele“, enthält ausführliche Schilderungen dieser Beziehungen. Von STEKELSchen Schriften seien die „Briefe an eine Mutter“ erwähnt, die sich auf den hier zur Diskussion stehenden Zusammenhang beziehen. BENJAMIN schließlich widmet dieser Frage ebenfalls große Aufmerksamkeit und baut auf der Erkenntnis ihrer gesetzmäßigen Bedeutung einen Teil seiner Forderungen für die Prophylaxe auf.

Wie eben angedeutet wurde, findet die Abhängigkeit des Kindes von seiner Umgebung allseitig entsprechende Würdigung. In der Einschätzung ihrer dynamischen Wirkung aber differieren die verschiedenen Anschauungen. Ohne hier des näheren auf die Akzentsetzungen ein-

gehen zu können, sei folgendes aus der eigenen Erfahrung bemerkt: Das Kind ist in hohem Grade abhängig von seiner Umgebung. Diese Milieuverbundenheit ist gesetzmäßig, daher überall vorhanden. Es kommt bei der Strukturanalyse einer neurotischen Situation deshalb nicht darauf an, dieses Prinzip zu bestätigen, sondern vielmehr den Anteil des Milieufaktors an der speziellen Lage festzulegen. Je nach dieser Abschätzung wird unser Vorgehen bei der Behandlung verschieden sein, manchmal gehört das Hauptinteresse dem Kinde, zuweilen stehen die Angehörigen im Vordergrund, meistens werden beide Wege beschritten werden müssen, allerdings in ganz verschiedener Betonung des einen von beiden. Bei einer Enuresis z. B. kann die Vernachlässigung wesentlich sein, unter der ein disponiertes Kind — eine *conditio sine qua non* — zur Manifestation seines Leidens gelangt. In einem anderen Falle kann dieses Moment sehr geringgradig zu veranschlagen sein, die Konstitution des Kindes dagegen im Vordergrund stehen. Ein Fall von Onanie bezieht seine Valenz vornehmlich aus neurotischen Haltungen der Eltern, ein anderer zeigt keine derartigen Beziehungen. Mancher Angstzustand ist ohne die Haltung der Angehörigen nicht zu verstehen, in anderen Fällen sind diese wenig an seiner Genese und Fortentwicklung beteiligt. *Grundsätzlich muß daher für den Kinderpsychotherapeuten die Forderung aufgestellt werden, nach Möglichkeit die Struktur einer Konstellation bezüglich der Milieubeteiligung zu klären und danach den Behandlungsplan aufzustellen.* Neben den vorher erwähnten Gesichtspunkten, die die Sonderstellung der Kinderpsychotherapie charakterisieren, ist die genannte Aufgabe von zentraler Bedeutung, im Gegensatz zu Verhältnissen bei der Erwachsenenbehandlung, bei der sie im allgemeinen eine geringere Rolle spielt.

Ein weiteres Problem möge kurz gestreift werden, das für die kindlichen Konstellationen besondere Bedeutung hat, die *Bewertung des Symptoms gegenüber der Ganzheit der Person*. Schon die Erfahrungen aus der Praxis einer Poliklinik, in der aus äußeren Gründen auf ausgedehnte tiefenpsychologische Behandlung verzichtet werden muß, lehren, daß die Beseitigung bestimmter Symptome in vielen Fällen außerordentlich zweckmäßig sein kann. Nicht nur Symptomfreiheit wird erzielt, sondern die gesamte Konstellation ändert sich. Es ist auch nicht immer so, wie mancher orthodoxe Schulverfechter glaubt, daß, sobald man ein Loch zustopft, sich sofort oder später ein anderes öffnet. Unsere Erfahrung reicht zweifellos dazu aus und umfaßt einen so großen Zeitraum, der genügend Kontrolluntersuchungen ermöglicht, daß an dieser Tatsache nicht gezweifelt werden kann: *Symptombeseitigung kann in vielen Fällen als erfolgreiche Therapie angesprochen werden.* Wie ist nun diese Feststellung mit der auch von mir durchaus geteilten Überzeugung zu vereinbaren, daß Symptome Ausdrucksphänomene einer dahintersteckenden neurotischen Haltung sind? Wie verhält sich Symptombeseitigung zur Ganzheitsbetrachtung einer Neurose? Um diese scheinbaren Widersprüche aufzuklären, braucht man sich nur einiger vorher genannter Eigenarten kindlichen Verhaltens zu erinnern. Symptome weisen bei Kindern nicht immer den Grad von charakterlicher

Verankerung auf, der für Erwachsene bezeichnend ist. Auch muß man sich die Stellung des Symptoms zum Persönlichkeitsganzen nicht für alle Fälle so vorstellen, daß als Mittelpunkt eines Kreises der Kern der Persönlichkeit gedacht wird, an dessen Peripherie die Symptome liegen. Vielfach ist das Verhältnis so zu beschreiben, daß eine Kette ohne Ende besteht. An einer Stelle dieser Kette liegt das Symptom, an anderen Stellen stehen andere Eigenschaften, alles ist miteinander verknüpft und bildet zusammen das Ganze. (Ähnliche Erwägungen findet man unter anderem bei KOHNSTAMM.) Es dürfte einleuchten, daß auch hier das Symptom ein Teil des Ganzen der Persönlichkeit ist, nur handelt es sich weniger um ein Untergeordnetsein als um ein Nebeneinander. In derartig gelagerten Fällen, die bei Kindern nicht zu den Seltenheiten gehören, muß folgerichtig die Therapie an der Stelle der größten Betonung ansetzen, von hier aus gelingt die Aufrollung der Gesamtsituation am schnellsten. *Ein solches Vorgehen ist dann zwar eine Behandlung am Symptom, aber keine im Gegensatz zu tiefenpsychologischer Gesamtbehandlung befindliche „symptomatische Therapie“.* Denn für diese Form, die mit Recht im Verruf steht, ist charakteristisch, daß die spezielle Struktur gar nicht näher untersucht und eine klare Indikation also nicht ersichtlich wird. Bei der erwähnten poliklinischen Behandlung kann und wird auf eine entsprechende Klärung niemals verzichtet. Außerdem ist es selbstverständlich, daß man nicht das Experiment machen wird, ausschließlich das Symptom zu behandeln; eine Gelegenheit zu allgemeinen Ratschlägen und Erklärungen ist stets vorhanden und wird immer benutzt werden. Auf die Einstellung des Arztes kommt es an, auf seine genaue Kenntnis der Möglichkeiten, deren Rahmen er sein Handeln anpassen muß. Wie wir sehen, gelangen wir bei der Besprechung kindlicher Konstellationsverhältnisse immer wieder zu der Erkenntnis, daß die Kinderpsychotherapie sich auf allzuviel Schematisieren nicht einlassen kann, sondern auf klare Differentialdiagnosen und Indikationsstellungen angewiesen ist.

## b) Methoden.

Nachdem wir uns eine Übersicht über die Sonderaufgaben der Kinderpsychotherapie verschafft haben, wobei Wert darauf gelegt wurde, ihre Notwendigkeiten von kindlichen Grundeigenschaften herzuleiten, gelangen wir nunmehr zur *Besprechung der verfügbaren Methoden*. Hierbei wird sich eine ausführliche Darstellung erübrigen, da aus den bisherigen Ausführungen Schlußfolgerungen für die Technik der Behandlung sich von selbst ergeben und überflüssige Wiederholungen vermieden werden sollen. Zunächst sei die häufig gestellte Frage berührt, ob die Psychoanalyse bei der Behandlung von Kindern anwendbar und empfehlenswert ist. Nach FREUDS eigenen Worten ist die Psychoanalyse die Therapie für dauernd existenzunfähige Menschen, nicht etwa für jeden Neurotiker. Hier haben wir bereits eine Einschränkung von maßgeblichster Seite. Andere auf analytischem Boden stehende Autoren sind bemüht, das Anwendungsgebiet weiterhin abzustecken und andersartige Formen der Behandlung mitheranzuziehen. Auf die einzelnen, noch in

der Entwicklung begriffenen Bestrebungen einzugehen, ist hier nicht der geeignete Ort. Über die Möglichkeiten analytischer Behandlung bei Kindern unterrichtet das Buch von ANNA FREUD: „Einführung in die Technik der Kinderanalyse.“ Im Gegensatz zu MELANIE KLEIN, die eine Kinderanalyse nicht nur in jedem Falle einer gestörten geistig-seelischen Entwicklung für angebracht hält, sondern auch von ihrem Nutzen für die normale Erziehungsarbeit überzeugt ist, ist ANNA FREUD durchaus zurückhaltend mit der Empfehlung einer Analyse bei Kindern. In Übereinstimmung mit anderen Analytikern wendet sie diese nur bei ganz bestimmten, „wirklichen infantilen Neurosen“ an. Wir wollen auf die genaue Abgrenzung dieses etwas unklaren Begriffes nicht näher eingehen — auf die Lektüre des Buches, dessen Beispiele ihre Ansichten erläutern, muß verwiesen werden —, wir beschränken uns auf folgende Erklärung, die auf Grund eigener Erfahrungen und in Kenntnis der Literatur abgegeben werden kann: Für bestimmte Formen kindlicher Neurosen, die in Aufbau und charakterlicher Verankerung den bei Erwachsenen zu beobachtenden Verhältnissen entsprechen, ist eine nach den Erfordernissen kindlicher Eigenarten modifizierte Psychoanalyse indiziert. Besonders kommt hierfür die spätere Jugendzeit in der Nähe der Pubertät in Betracht. Für die übrigen, an Zahl weitaus häufigsten Fälle kann man die Psychoanalyse als Therapie entbehren und mit einer anderen Methodik bessere und schnellere Erfolge erreichen. Die Einsichten, die die Psychoanalyse vermittelt und ohne die meiner Ansicht nach auch kein Kinderpsychotherapeut erfolgreich arbeiten kann, geben die Möglichkeit, die Genese und Struktur eines Falles aufzuhellen. Da auch im Verlaufe der Behandlung immer wieder diagnostische Aufgaben zu lösen sind, wird man vielfach genötigt sein, einzelne analytische Methoden heranzuziehen, z. B. Träume zu deuten, Fehlleistungen aufzuklären usw. Die analytische Arbeit bleibt aber auch hierbei im allgemeinen im Bereich der Diagnose. Für Überschreitung dieser Grenze in das Gebiet der Therapie hinein fehlen im Kindesalter zumeist die Voraussetzungen. Weder hat das Kind in der Mehrzahl der Fälle — die Zeit der Pubertät ausgenommen — eine Krankheitseinsicht oder Vorstellung von dem Wesen einer Analyse — infolgedessen fehlt ihm auch intensiver Wille zur Heilung und freiwilliger Entschluß —, noch gelingt es, in notwendigem Umfange Unbewußtes bewußt zu machen und ein Distanzerleben zu vermitteln. Während also die Analyse als Therapie auf eine kleine Anzahl von Fällen beschränkt bleiben muß, hat sie als diagnostisches Mittel große Bedeutung. Die analytische Deutung, die dem Kinde nicht bewußt gemacht werden kann, schafft für den Arzt die erforderliche Klarheit. Die Kenntnis der speziellen analytischen Zusammenhänge des Falles geben ihm die Orientierung für den therapeutischen Weg an die Hand.

Wie sieht nun dieser Weg selbst aus? Oft wird gefragt, wie geht die Behandlung vor sich? Welche Methode wird angewandt? Hierauf ist eine allgemeingültige Antwort schwer zu geben. Man kann sagen, die Behandlung ist auf Beruhigen, Führen, Helfen, Aktivieren, Üben usw. gerichtet. *Kinderpsychotherapie ist eine Mit- und Nacherziehung mit be-*

*stimmt, den speziellen Erfordernissen angepaßten Mitteln und Formen.* Eine einzelne Behandlungsstunde geht infolgedessen auch in ihrer äußeren Form ungefähr so vor sich, wie eine Stunde der Erziehung, des Unterrichtes, der Beschäftigung. Je nach dem Alter des zu behandelnden Kindes muß die Methodik variiert werden; bei einem Kleinkind gelingt der Kontakt am schnellsten in einer Spielsituation, bei größeren Kindern wählt man die Form einer kameradschaftlichen Unterhaltung. Diese Unterhaltung ist des näheren nicht allgemeingültig zu charakterisieren. Das Ziel aber, das die einzelne Stunde und die ganze Behandlung verfolgt, läßt sich generell angeben: Auf dem Wege des Kontaktes, des Vertrauens will man gewisse Anregungen, Gedankengänge, Vorstellungen an das Kind heranbringen. Man will Einfluß auf seinen Bildungsprozeß gewinnen, möchte dazu beitragen, über Schwierigkeiten hinwegzuhelfen, Symptome zu beseitigen usw. *Wenn man diese Bestrebungen zusammenfassen will, so kann man sagen, man ist bemüht, dem Kinde zu helfen, den Weg der Anpassung, den es irgendwie verfehlt, zu finden und Schwierigkeiten zu überwinden, die auf diesem Wege liegen.*

Näher als in dieser allgemeinen Form kann man den Weg und das Ziel der Psychotherapie kaum charakterisieren. Denn wie immer wieder betont wurde, sind die Aufgaben, die zu lösen sind, im einzelnen Falle ganz verschieden und lassen sich über ein gewisses Maß hinaus nicht allgemein fassen. Je nach den Akzentsetzungen bezüglich Anlage- und Umweltfaktoren und bezüglich der Symptomvalenz gegenüber charakterlicher Beteiligung, abhängig von Alter und sozialer Lage ist unser Vorgehen verschieden. Innerhalb einer derartigen Gestaltung der Behandlung gewinnen nun unter bestimmten Bedingungen einzelne Methoden erhöhte Bedeutung. Von diesen seien die wichtigsten kurz genannt.

Unter den Formen der Suggestionsbehandlung, deren Zweckmäßigkeit erläutert wurde, nimmt die *Hypnose* einen besonderen Platz ein. Über die Indikation ihrer Anwendung läßt sich folgendes sagen: In einer Reihe von Fällen, in denen eine möglichst schnelle und durchgreifende Beruhigung erwünscht ist, kann man von der Hypnose erfolgreich Gebrauch machen. Besonders bei schwereren Formen motorischer Unruhe, ferner bei manchen Angstzuständen ist diese Sachlage gegeben. Doch sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß nach meiner Überzeugung die Hypnose auch in derartigen Fällen nicht als allgemeine Behandlung angesehen werden darf, vielmehr ist sie als Hilfsmethode, eingeordnet in die übrige Therapie, zu verwenden. Die Zeit, in der die Hypnose die Psychotherapie schlechthin war, ist vorüber. Dem Fortschritt unserer Erkenntnisse entsprechend kann sie aber das Bestreben, zu helfen, zu aktivieren, wirksam unterstützen.

Bei der Anwendung einer abgeschwächten Form hypnotischer Behandlung, bei den *Ruhe- und Entspannungsübungen*, wird die veränderte Benutzung — aus der Befehlshypnose ist eine Übungshypnose geworden — deutlich sichtbar. Als Beispiel für diese Art der Therapie sei das Vorgehen gegenüber schweren, hartnäckigen Fällen von Bettnässen herangezogen. Hier stellt sich der Heilung vielfach ein Widerstand entgegen,

der mit der außerordentlichen Schlaftiefe mancher Kinder zusammenhängt. Man kann nun, wie bei der Behandlung des Bettnässens näher dargelegt werden soll, mit Hilfe einer kombinierten Suggestions- und Übungstherapie das Aufwachen zu bestimmten Terminen erleichtern und dadurch die Besserung herbeiführen. Auch bei der Behandlung des Tic und des Stotterns wird man beispielsweise mit einer derartigen Form der Verknüpfung von Ruhe- und Übungstherapie gute Erfolge erzielen. Der Anwendung dieser Methodik wird eine Grenze durch das Alter des Kindes gesetzt. Unter 5 Jahren können solche Versuche kaum zum Ziele führen, von dieser Stufe ab habe ich in geeigneten Fällen die übrige Behandlung wesentlich unterstützen können. Von einer Schädlichkeit einer so gearteten Suggestionsbehandlung habe ich mich niemals überzeugen können, Beherrschung der Methode ist hier wie überall Bedingung.

Einige allgemeine Richtlinien mögen fernerhin für die Benutzung der *Übungsbehandlung* angegeben werden. Bei der Beseitigung mancher lästiger Symptome kann auf dem Wege der Übung die Dauer der Behandlung wesentlich verkürzt werden. Gewisse Bedenken, die gegen eine hierbei unvermeidliche Betonung von Symptomen ins Feld geführt werden, kann ich aus der Erfahrung heraus als unbegründet bezeichnen. Im Einklang hierzu stehen Anschauungen, die bezüglich der Symptomwertung angegeben wurden. Es läßt sich nicht bestreiten, daß bei einem Blinzeltic durch systematische Übungen der beteiligten Muskelgruppen die Aufmerksamkeit in gewisser Weise auf das Symptom gelenkt wird. Man muß sich doch aber die Tatsache vor Augen halten, daß der Tic nicht erst durch derartige Maßnahmen aus dem Dunkel der Verborgenheit in helle Beleuchtung gerückt wird. Vielmehr ist doch die Sachlage so, daß in den meisten Fällen dieses Symptom bereits im Brennpunkt des Interesses steht, es ist sozusagen Tagesgespräch der Familie. Bei den passendsten und unpassendsten Gelegenheiten wird das betreffende Kind ermahnt, die Augenlider still zu halten, alle möglichen Formen gutgemeinter Ratschläge und weniger erfreulicher Drohungen sind bereits erprobt worden; zuweilen wird auch von ärztlicher Seite mitgewirkt (z. B. in Form von regelmäßigen Einträufelungen infolge abwegiger Vorstellung von dem Wesen der Störung!). Von einer Hinlenkung der Aufmerksamkeit durch die Behandlung kann also wohl kaum die Rede sein. Aus einer diffusen, unfruchtbaren Sorge wird ein zielgerichtetes Interesse. Die Kraft der Ermutigung kann derartigen Übungen in hohem Maße innewohnen, unter der Voraussetzung allerdings, daß diese so gewählt werden, daß zunächst ein Erfolg eintreten kann. Zweckentsprechende Auswahl der Übungen ist eine prinzipiell wichtige Forderung für jede Form der Übungsbehandlung. Andernfalls entsteht natürlicherweise nicht Ermutigung, sondern das Gegenteil. Zu Beginn einer Behandlung steht die suggestive Beruhigung im Vordergrund, wirkliche Leistungssteigerung folgt ihr erst nach und wird durch sie angebahnt. Bei den Formen der Übungen kann man grundsätzlich zwei Bestrebungen gegenüberstellen. Die eine Tendenz bezweckt, falsch eingeschliffene Bewegungsabläufe durch entgegengerichtete Übungen zu entautomatisieren,

die andere ist darauf eingestellt, abzulenken. Auf die günstige Einwirkung der Atemübungen auf motorische Reizerscheinungen in anderen Muskelgebieten sei in diesem Zusammenhange hingewiesen. Praktische Beispiele für die Anwendung der hier angedeuteten Technik sind u. a. im Kapitel „Tic“ enthalten.

Eine derartig organisierte Übungsbehandlung hat, wie gesagt, den Vorteil, die Dauer der Behandlung wesentlich zu verkürzen. Sie ist infolgedessen der symptomvernachlässigenden Therapie überlegen, der sie aus früher erörterten Gründen in der Frage der Gesamterfassung und -behandlung durchaus nicht zuwiderläuft.

Wir skizzierten einige Methoden, die der Unterstützung der allgemeinen erzieherisch-psychotherapeutischen Behandlung dienen. Mit der Erwähnung dieser nur besonders bedeutsamen Formen ist der Kreis der in Frage kommenden Hilfsmethoden keineswegs geschlossen. Man kann im Gegenteil sagen, daß jedwede bei der Kinderbehandlung gebräuchliche Medikation für die Psychotherapie nutzbar gemacht werden kann, mag es sich um die Verabreichung chemischer und endokriner Mittel oder um elektrophysikalische Maßnahmen handeln. Im Gegensatz zu manchen allzu dogmatisch eingestellten Psychotherapeuten ist hier der Standpunkt vertreten worden, daß nur die allgemeine Marschroute weitgehende Gültigkeit hat, daß man aber im übrigen bei jedem Falle den diesem angepaßten Weg bei der Behandlung gehen muß. Dementsprechend ist jedes Mittel, das zur Erreichung des Zieles beiträgt, willkommen. Es besteht nicht die Absicht, eine ausführliche Schilderung dieser Hilfsmethoden zu geben, erstens sind sie weithin bekannt, zweitens findet man in CIMBALs Lehrbuch: „Die Neurosen des Kindesalters“ eine genaue Übersicht dieser Behandlungsformen. Hier sei wiederum nur einiges Grundsätzliche festgestellt, bei der speziellen Therapie wird Gelegenheit sein, auf einzelne Methoden zurückzukommen. Im allgemeinen kann man bei diesen therapeutischen Mitteln folgende für unsere Gesichtspunkte wesentliche Wirkungsweisen unterscheiden: Beruhigung, Kräftigung, Umstellung. Diese Einflüsse laufen unseren psychotherapeutischen Bestrebungen parallel. Beruhigung durch Sedativa bei Angstzuständen, Kräftigung durch klimatische und hydrotherapeutische Maßnahmen, suggestive Benutzung elektrophysikalischer Mittel, das sind einige von vielen Beispielen für Kombinationen seelischer Behandlung mit somatischen Methoden. Daß im Kindesalter die Indikationsbreite dieser Anwendungsweise besonders groß ist, dürfte aus der Darlegung kindlicher Lebensbedingungen mit Konsequenz hervorgehen.

Wir sprachen bisher nur von der Behandlung der *Kinder*, erwähnten aber bereits die Bedeutung der Milieugebundenheit, die unter den Konstellationsfaktoren eine führende Rolle spielt. Grundsätzlich kann dieser Gegebenheit auf zwei Wegen entsprochen werden. Entweder versucht man, die Umgebung in den Kreis der Therapie hineinzu beziehen oder man fordert eine Herausnahme des Kindes aus dem Milieu. Meine persönliche, aus der Erfahrung gewonnene Einstellung gegenüber diesem Problem läßt sich folgendermaßen formulieren: In der Mehrzahl der

Fälle ist eine Mitbehandlung der Mutter oder einer anderen Person bzw. mehrerer Angehöriger wünschenswert oder erforderlich. Die Intensität des entsprechenden Vorgehens richtet sich, wie gesagt, nach dem Grade der Beteiligung des Milieufaktors an der Gesamtlage. Bisweilen genügt eine klärende Beratung, vielfach muß die Behandlung der Mutter neben der anderen Therapie einhergehen — von dieser Form wird in der Weise Gebrauch gemacht, daß, je nach Erfordernis, entweder Unterhaltungen zu dreien stattfinden oder Einzelbesprechungen vorgezogen werden —, schließlich kann die Neurose der Mutter oder eines anderen Angehörigen derart im Vordergrund stehen, daß demgegenüber die Behandlung des Kindes in den Hintergrund tritt. In solchen Fällen, in denen zuweilen ausgedehnte Analysen notwendig sind, kann eine der Indikationen zum Milieuwechsel des Kindes gegeben sein. Bei einzigen Kindern kann ferner die Situation häufiger eine Änderung der Umgebung notwendig machen, besonders deshalb, um für längere Zeit eine Gemeinschaft mit anderen Kindern herbeizuführen. Weiterhin ist eine Milieuveränderung dann angezeigt, wenn eine Störung erst so kurze Zeit in ausgeprägter Form besteht, daß durch durchgreifenden Wechsel der Umgebung die Aussicht für ein schnelles Abklingen des Zustandes am naheliegendsten ist. Im übrigen hat sich mir die Einstellung am meisten bewährt, daß, wenn nicht zwingende Gründe vorliegen, der Versuch gemacht werden muß, der Störung innerhalb der gewohnten Umgebung Herr zu werden. Gelingt der Versuch, dann ist man im allgemeinen eher vor Rückfällen bewahrt, als wenn nach kürzerem oder längerem Zeitraum der Trennung das Kind in seine alte, vielfach wenig veränderte Situation zurückkehrt. Aus diesen Gründen sehe ich auch möglichst von kürzerem Aufenthalt in einer Krankenstation ab, es sei denn, daß eine sichere Diagnose auf andere Weise nicht gestellt werden kann. Die so häufig vorkommende Einweisung eines Falles von Bettlässigkeiten oder Tic ohne genaue Indikationsstellung halte ich für unangebracht und für die Heilung häufig hinderlich. Gewiß hört z. B. das Bettlässigkeiten in der Mehrzahl der Fälle dann schlagartig auf, um aber leider sehr häufig bei der Entlassung ebenso plötzlich wieder zu beginnen. Hier wie überall schützt Differenzieren eher als Schematisieren vor Irrtümern, die durchaus vermieden werden müssen, weil jeder Fehlschlag die Situation des Arztes bezüglich seiner Einwirkungsmöglichkeiten wesentlich verschlechtert.

Bevor der Weg für die Darstellung der speziellen Therapie frei wird, mögen noch einige allgemeine *Ratschläge für die Diagnosenstellung* die bisherigen Erörterungen ergänzen. Vorbedingung einer zielgerechten Behandlung ist, wie betont wurde, die diagnostische Klärung des einzelnen Falles. Zahlreiche Aufgaben für eine derartige Strukturanalyse ergeben sich zwangsläufig aus den angestellten Überlegungen, einige Hinweise auf wesentliche Interessenpunkte seien in folgendem gegeben. Daß bei einer Strukturanalyse die soziale Lage der Familie weitgehend gewürdigt werden muß, braucht in unserer Zeit nicht besonders betont zu werden. *Wirtschaftliche Not ist die große Gegenspielerin der Psychotherapie.* HILDEGARD HETZER hat in ihrem Buch: „Kindheit und Armut“

wichtige Beiträge zu diesem Problem gebracht. Man überlege sich, welcher Unterschied darin liegt, ob ein zu behandelndes Kind mit Bett-nässen sein eigenes Zimmer hat oder in einer Wohnküche haust, in der sechs Personen schlafen, darunter je zwei in einem Bett. Wie anders ist die Situation, wenn ein Kind mit einer Schlafstörung mit einem Geschwister in einem Zimmer schläft oder mit vier Erwachsenen, von denen jeder zu einer anderen Zeit schlafen geht und aufstehen muß. Leider kann man sehr häufig aus der Einsicht in derartige Konstellationsbedingungen nicht die notwendigen Konsequenzen ziehen, sondern muß oftmals resignieren oder sich mit Teilerfolgen begnügen.

Aus der Fülle weiterer Umweltfaktoren, deren Bewertung diagnostisches Interesse hat, seien noch zwei Bestätigungsgebiete kindlichen Lebens herausgegriffen, deren Bedeutung für die Beurteilung der Gesamtlage nicht immer die entsprechende Beachtung findet. Einmal sei *die Beobachtung des Spieles* des Kindes als diagnostischer Zugang empfohlen. Da die Betätigung beim Spiel im Kindesalter ein Lebenselement darstellt und Beruf, Interessen, Leidenschaften des Erwachsenen an die Seite gestellt werden muß, wird man bei einer gewissen Übung tiefe Einblicke in das Verhalten des Kindes erhalten können. Art des Spiels, zum Beispiel Bevorzugung bestimmter Formen, erlaubt es, Rückschlüsse auf Temperament und Gewohnheiten zu ziehen. Es ist für motorische Kinder charakteristisch, daß sie Bewegungsspiele lieben, Tischspiele dagegen vermeiden. In sich gekehrte Typen lesen gern, freuen sich an Handarbeiten usw. Ferner ist die Auswahl der Spielgefährten häufig aufschlußreich. Es ist wichtig zu wissen, ob ein Kind sich vorzugsweise an ältere oder jüngere Kameraden anschließt, ob es das gleiche oder das andere Geschlecht liebt, welche Rolle es am liebsten spielt, ob es gern anführt oder von andern sich anstellen läßt usw. Diese Gesichtspunkte deuten die Fülle der interessierenden Fragen nur an. Zur näheren Orientierung seien die Schriften von CHARLOTTE BÜHLER und ihrer Schule empfohlen, die, wie bereits erwähnt wurde, unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet wesentlich bereichert haben. Ich persönlich habe es mir zur Gewohnheit gemacht, in jedem möglichen Falle das Spiel des Kindes zu Hause, in gewohnter Umgebung kennenzulernen. Aus der gleichen Einstellung heraus räumte ich bei der Aufstellung eines Gesundheitsbogens des Kleinkindes diesem Gebiet der Spielbeobachtung und Wertung einen entsprechenden Platz ein. Dieser Gesundheitsbogen, der dem Buche als Anhang beigefügt ist, gibt eine Übersicht über die geistig-seelische Entwicklung des Kleinkindes, er kann zur Orientierung und Benutzung meiner Erfahrung nach empfohlen werden.

Das andere diagnostische Fenster, das man zweckmäßigerweise benutzen sollte, ist die *Schulatmosphäre* beim älteren Kinde. Mancher Fall von Angst steht im Zusammenhang mit einem bestimmten Lehrer, viele Fälle von Onanie beginnen in der Schule. Zuweilen ist das Verständnis einer Enuresis diurna nur vollständig, wenn man von Beschränkungen der Austrittserlaubnis hört usw. Bei leichteren Fällen wird es genügen, wenn man entsprechende Erkundigungen durch Ver-

mittlung der Angehörigen einzieht, in anderen Fällen ist ein persönlicher Kontakt mit der Schule unerlässlich. Ich habe bei vielfacher Gelegenheit von einer Fühlungnahme mit den Lehrern großen Gewinn im Interesse des Kindes gehabt. Wenn die richtige Form gefunden wird, gelingt es zumeist, den Lehrer zum Bundesgenossen zu machen und dadurch den Weg der Behandlung zu ebnen.

Den Abschluß des allgemeinen Teils müßten nach gewohnheitsmäßiger Regel Erörterungen über die Prognose bilden. Ich möchte von diesem Schema deshalb abweichen, weil das, was hierüber im allgemeinen gesagt werden könnte, aus der Darstellung ohnehin ersichtlich ist. Die Gegenüberstellung kindlicher Lebensbedingungen zu Verhältnissen des Erwachsenen, die nahe Verwandtschaft unserer psychotherapeutischen Bestrebungen zu Erziehungsfragen macht die Erfahrungstatsache verständlich, daß unseren Bemühungen in weitestem Maße Erfolg beschieden ist.

## C. Spezieller Teil

Einige methodische Bemerkungen mögen die Darstellung der speziellen Behandlung eröffnen. Zu Beginn des allgemeinen Teiles wurde auf eine Schwierigkeit formaler Art hingewiesen. Da es sich bei den bisherigen Ausführungen nur darum handelte, die nun folgenden Erörterungen einzuordnen, und da so zahlreiche Verbindungslinien zu ziehen waren, konnte dem einzelnen Problem nur ein beschränkter Platz eingeräumt werden. Es sollte eine Skizze geliefert werden von dem Hintergrund, vor dem wir uns bewegen, nicht ein Lehrbuch der Kinderpsychologie und angrenzender Gebiete geschrieben werden. Bei der notwendigen Kürze wird es nicht immer völlig gelungen sein, den Ausdruck und die Form so zu wählen, daß auch derjenige eine klare Vorstellung erhalten konnte, der dem Gebiete sehr fern steht. Ein gewisser Ausgleich mag darin erblickt werden, daß Hinweise auf entsprechende Literatur eine ergänzende Orientierung leicht ermöglichen. In der nun folgenden Darstellung soll versucht werden, sich einer Ausdrucksform zu bedienen, die es auch dem Fernstehenden leicht macht, sich ausreichend zu unterrichten, ohne in größerem Umfange Hilfsquellen benutzen zu müssen.

*Die Anschaulichkeit soll ferner durch Heranziehen von Beispielen erhöht werden.* Um den Umfang des Buches nicht unnötig zu belasten, werden diese in der Zahl beschränkt sein und in gekürzter, auszugsmäßiger Form typische Gegebenheiten demonstrieren.

Weitere technische Gesichtspunkte, die hier angeführt werden müssen, beziehen sich auf die Gruppierung des Stoffes. Die Grenzen der Darstellung wurden bereits eingangs gezogen. Da die praktische Bedeutung der einzelnen Störungen für die Auswahl und Breite der Beschreibung maßgebend sein soll, andererseits zwangsläufig Organneurosen im Vordergrund stehen müssen, wird unter den verschiedenen Einteilungsmöglichkeiten die *Gruppierung nach Organsystemen für zweckentsprechend* gehalten.

### I. Störungen im Bereich des Verdauungssystems.

Wir beginnen nunmehr mit der Besprechung eines solchen Systems und wählen als erstes dasjenige, welches zeitlich am frühesten Bedeutung gewinnt, das *Verdauungssystem*. Innerhalb dieses Systems gibt es eine große Anzahl von Störungen, die für unsere Gesichtspunkte der seelischen Beteiligung und der seelischen Behandlungsmöglichkeiten in Betracht kommen. Die wesentlichsten, praktisch bedeutsamsten seien erörtert, und zwar in der Reihenfolge, daß zunächst Störungen der Nahrungsaufnahme, dann Erscheinungen seitens des Magen- und Darmkanals besprochen werden.

### a) Appetitlosigkeit, Erbrechen, Rumination.

In der Praxis jedes Kinderarztes nehmen *Eßstörungen* einen großen Raum ein. Die Appetitlosigkeit ist in allen Altersstufen eine gefürchtete Erscheinung, nicht nur für die Mutter, auch der Arzt sieht in ihr eine oftmals schwer zu überwindende Störung. Je jünger das betreffende Kind ist, um so schwieriger gestaltet sich häufig die Situation. Das ist nicht sehr verwunderlich, wenn man bedenkt, daß die Frage der Ernährung für das Wachstum des Kindes von wesentlicher Bedeutung ist. Tatsächlich hängt ja vom körperlichen Gedeihen außerordentlich viel für die gesamte Entwicklung ab, nicht zum wenigsten in geistig-seelischer Richtung. Eine gewisse Sorgfalt und Aufmerksamkeit wird sich also mit Recht auf die Ernährung beziehen. Gleichzeitig ist nun aber mit diesem verständlichen Interesse eine Bedingung gegeben, die das Auftreten von Störungen begünstigt. Aus einer berechtigten Sorgfalt kann leicht eine den Verhältnissen nicht entsprechende Sorge werden. Gerade auf dem Gebiete der Ernährungsfragen ist mit einer großen Bereitschaft von Angst und Unruhe bei den Angehörigen zu rechnen. Eine genaue Differentialdiagnose wird in jedem Falle zunächst feststellen müssen, ob und wieweit Grund zu berechtigter Sorge vorhanden ist, ob eine nervöse Haltung des Kindes oder eine ängstliche Einstellung der Eltern im Vordergrund steht. Da in länger bestehenden Fällen die Zusammenhänge nicht ohne weiteres durchsichtig sein können, ist die Aufgabe der Klärung der Situation oftmals mühevoll und schwierig. Zwei Beispiele mögen die Verhältnisse aufzeigen.

(Fall 1.) Eine 35 jährige Frau kommt mit ihrem einzigen, 2 Jahre alten Kinde Irma K. und erzählt folgendes: In der Familie liegen keine größeren Belastungsmomente vor. Der Vater des Kindes ist gesund, etwas nervös. Er hat Arbeit als Tischler. Die Mutter bezeichnet sich selbst als leicht aufgeregt, ist besonders zu Zeiten der Periode reizbar und neigt zu Verstimmungen. Sie hat sich sehr ein Kind gewünscht, hatte eine Fehlgeburt vor einigen Jahren, bekam ihr Kind im Alter von 33 Jahren, obwohl sie bereits seit 8 Jahren verheiratet ist. Die Ehe ist glücklich, kleinere Differenzen ergeben sich vor allem in Erziehungsfragen. Ihr Mann macht ihr öfters Vorwürfe, daß sie das Kind zu sehr verwöhne, nicht energisch genug vorgehe. Die Geburt des Kindes war rechtzeitig, normal. 3 Monate konnte sie nähren, von da ab künstliche Ernährung, von 5 Monaten ab Brei- und Gemüsekost. Das Kind gedieh zu Anfang gut und machte keine Schwierigkeiten. Beim ersten Zahn bestand eine vorübergehende Appetitstörung, die die Mutter bereits sehr beunruhigte. Vor 5 Monaten litt das Kind an einer leichten Grippe, von der es sich innerhalb von 10 Tagen erholte. Seitdem hat der Appetit des Kindes sehr nachgelassen. Die Mutter hat bereits öfters einen Arzt zu Rate gezogen, der dem Kinde verschiedene stärkende und anregende Mittel verschrieben hat. Inzwischen ist ihre Ruhe immer mehr geschwunden, jede Mahlzeit ist eine Tortur, das Kind schreit, wenn es das Essen sieht. Es muß ihm alles hineingestopft werden, die ganze Familie ist nervös geworden, inklusive einer Großmutter, die in der gleichen Wohnung lebt. Die Mutter will, als die Untersuchung des Kindes beginnt, die Berechtigung ihrer Sorgen mit folgenden Worten demonstrieren: „Sehen Sie sich die Ärmchen an, Herr Doktor, alles Haut und Knochen. Und der Hals! Der scheint zu eng zu sein, da geht nichts durch, deshalb will das Kind nicht schlucken, es behält die Bissen stundenlang im Munde, bevor es sie hinunterschluckt. Das Kind wird mir noch verhungern.“ — Diesen Klagen steht folgender Befund gegenüber: Kind etwas klein für sein Alter, normales Gewicht. Aussehen frisch. Fehlen jeglicher pathol. Erscheinungen. Daraufhin nähere *Untersuchung*. Das Ergebnis, kurz zusammengefaßt, lautet: Sehr ängstliche Mutter, fürchtet, sie könnte

ihr Kind verlieren. Ein zweites Kind zu bekommen, ist ihr aus körperlichen Gründen unmöglich, daher Verstärkung der Angst. Das Kind steht zu sehr im Mittelpunkt des Interesses. Erkundigungen ergeben, daß das Kind genügend ißt, wenn auch ohne großen Appetit. Die Untersuchung des Kindes findet keine Anhaltspunkte für die Berechtigung der mütterlichen Einstellung. — Das Kind mitsamt der Mutter wird in Behandlung der Poliklinik genommen. Die weitere Beobachtung ergibt, daß das Kind zunimmt. Die Behandlung besteht in Beruhigung und Aufklärung der Mutter. Es werden ferner Ratschläge bezüglich des Verhaltens bei den Mahlzeiten gegeben und hinsichtlich der Zubereitung der Speisen.

Ein zweiter Fall soll zunächst diesem an die Seite gestellt werden.

(Fall 2.) Ein 7jähriges Mädchen Hertha S. wird von ihrer 42jährigen Mutter zur Beratung gebracht. Das Kind leidet seit mehreren Monaten an Eßunlust. Die *Anamnese* ergibt folgendes: Vater schwächlich, blaß. Mutter kränklich, anfällig. Geschwister der Mutter lungenleidend, eine Schwester an Tbc. gestorben. Ein Bruder der kleinen Patientin, 12 Jahre alt, litt an Hilusdrüsenvergrößerung, ist jetzt angeblich geheilt. Die Geburt der Patientin war rechtzeitig, normal. Bisherige Krankheiten: Masern, öfters Halsentzündungen. Geistig-seelische Entwicklung ohne Besonderheiten. In der Schule bisher mittelgut. — Seit 4 Monaten zunehmende Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Unlust, Neigung zum Weinen. Schlaf oft unruhig. Morgens und nach der Schule Müdigkeit besonders groß. Bei den Mahlzeiten oft erregte Szenen, Kind will nicht essen, besonders kein Mittag, lieber Brot oder noch lieber Süßigkeiten. — Befund der *Untersuchung* und näheren Unterhaltung: Kind in mäßig gutem Ernährungszustand. Muskulatur kraftlos. Haltung atonisch. Drüsen vergrößert. Rachitischer Thorax. Lungen und Herz o. B. Blasse Gesichtsfarbe. Müdes Aussehen. Nervensystem: Reflexe gesteigert. Dermographismus. Etwas ängstliches Verhalten bei der Untersuchung. Mutter besorgt, fängt während der Unterhaltung zu weinen an, erzählt von mancherlei Sorgen: Mann seit langem arbeitslos, ist Dreher von Beruf. Sie selbst hat eine Aufwartestelle am Vormittag. Die Eßstörung des Kindes bereitet ihr Sorgen, sie befürchtet eine zunehmende Abmagerung und bittet um Abhilfe. — Das Kind wird in Behandlung genommen. Neben der Verabreichung eines Stärkungsmittels wird auf dem Wege erzieherischer Beeinflussung versucht, das Kind zu regelmäßigem Essen zu bringen. Es gelingt im Verlaufe einiger Wochen, eine langsame Zunahme an Gewicht und eine Beruhigung der Mutter zu erzielen.

Die Gegenüberstellung der genannten Fälle, die aus der Menge ähnlicher Situationen herausgegriffen sind, soll dazu dienen, wesentliche Gesichtspunkte zu erörtern. In beiden Konstellationen handelt es sich um eine Form von Appetitlosigkeit. Beidemale führt die Sorge der Mutter zum Aufsuchen der ärztlichen Sprechstunde. So ähnlich der äußere Rahmen ist, so verschieden ist das Bild. Für den Fall 1 ist der Gegensatz zwischen der Angst der Mutter und dem Untersuchungsbefund charakteristisch. Im zweiten Falle ist der Affekt der Mutter dem Zustande des Kindes im wesentlichen entsprechend. Zwischen diesen beiden Formen gibt es in fließenden Übergängen die verschiedensten Mischungsverhältnisse, die bezüglich der Beteiligung von Mutter und Kind dem einzelnen Falle ein individuelles Gepräge geben.

Wenn wir nun eine Übersicht über die Entstehungsbedingungen der Appetitlosigkeit geben wollen, so sei zunächst festgestellt, daß mit dem Schlagwort „nervöse Appetitlosigkeit“ keine für unsere Überlegungen brauchbare Abgrenzung gegeben ist. Im allgemeinen versteht man nämlich hierunter eine im Gegensatz zu körperlich bedingten Eßstörungen befindliche Form. In einem großen Prozentsatz dieser sogenannten nervösen Zustände sind aber körperliche Vorgänge durchaus

beteiligt, sei es in Form eines mitwirkenden Faktors oder in Gestalt eines auslösenden Momentes. Jede akute Erkrankung, wie Grippe, Masern oder vor allem Keuchhusten, jeder chronische Zustand, zum Beispiel Darmerkrankungen, Tuberkulose, Rekonvaleszenzzeiten nach Operationen usw., kann in Verbindung mit einer länger dauernden Eßstörung stehen.

In gleicher Linie mit diesen Faktoren befinden sich Termine wie Abstillung, Übergang von reiner Milchnahrung zu gemischter Kost, Zahnung usw. Weiterhin ist daran zu erinnern, daß zu bestimmten Krisenzeiten sich Eßstörungen mit Vorliebe manifestieren. Die Veränderung der gesamten Lebensweise beim Schulbeginn zum Beispiel, die innere Umstellung des Körpers und der Seele in der Pubertät ebnet einer Appetitstörung den Weg.

*Welche Rolle fällt nun der Psychotherapie bei der Beseitigung der Appetitlosigkeit zu?* Daß ihre Anwendung nicht auf die Fälle ohne körperliche Beteiligung beschränkt werden kann, wurde bereits angedeutet. Wo liegen also die Grenzen ihres Bereiches? Wir erinnern uns nochmals der mitgeteilten Fälle und denken an die verschiedene Einstellung der Mütter. Im erstgenannten Beispiel haben wir im Gegensatz zum zweiten Fall eine Situation vor uns, wie sie für zahlreiche Formen von Appetitlosigkeit typisch ist: Im Anschluß an eine Grippe wird ein Kind appetitlos. Während nun normalerweise diese Eßunlust nach kurzer Zeit verschwindet, bleibt sie hier bestehen. Der Grund liegt in diesem wie in vielen anderen Fällen in einer ängstlichen Einstellung der Mutter. Aus einer an sich harmlosen, vorübergehenden Störung wird auf dem Wege des *Circulus vitiosus* ein Dauerzustand. Der treibende Motor ist die Angst und Sorge der Mutter.

Die tiefere Ursache derartiger Einstellungen ist so vielfältig determiniert, daß ein Versuch, alle Möglichkeiten zu beschreiben, von den wesentlichen Gesichtspunkten fortführen würde. Von prinzipieller Bedeutung ist die Tatsache, daß Angst der verschiedensten Herkunft — die mannigfaltigsten in der eigenen Person oder in der Familiensituation liegenden Gegebenheiten sind Ausgangspunkte — sich mit besonderer Vorliebe auf die Ernährung konzentriert. Falsche Vorstellungen von den Wachstumsvorgängen spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Einmal glauben viele Mütter, daß ein Kind ganz regelmäßig zunehmen müsse, sie stellen sich den Entwicklungsvorgang viel zu maschinell vor. Zahlenschemata, wie die häufig falsch bewerteten *PIRQUETSCHEN* Aufstellungen, bestärken sie in dieser irrigen Einstellung. Eine der ersten Anliegen, die derartige Mütter oftmals äußern, ist die Bitte, das Kind zu messen und zu wiegen und den Befund mit der Tabelle zu vergleichen. Wenn dann ein Kind ein paar Wochen oder Monate nicht an Gewicht zugenommen hat, ist die Aufregung groß. Die Tatsache, daß Kinder nicht zu allen Zeiten gleich gut essen und zunehmen, daß vielmehr Perioden des Stillstandes mit Phasen sprunghafter Gewichtszunahme wechseln, ist weithin unbekannt. Auch wird häufig fälschlicherweise dick mit gesund, schlank mit ungesund gleichgesetzt. Manche Mutter, die die größten Anstrengungen macht, um die „schlanke Linie“

zu erhalten oder zu erreichen, stellt für ihr Kind das Gegenteil als erstrebenswertes Ziel auf. Diese Vorliebe für das dicke Kind macht zum Beispiel dem Arzte auch dann Schwierigkeiten, wenn er ein pastöses oder endokrin-fettleibiges Kind zu einer notwendigen Gewichtsabnahme bringen will.

Angstbereitschaft und falsche Vorstellungen, das sind also die beiden Faktoren, die viele Situationen kennzeichnen. Nehmen wir zunächst einmal an, daß das Kind selbst, wie es vielfach der Fall ist, und wie unser erstes Beispiel demonstriert, ohne wesentliche neurotische Eigenschaften ist. Es ist trotzdem meist unausbleiblich, daß ängstliche Verzärtelung die Atmosphäre so unruhig und nervös gestaltet, daß auch das ruhigste und gesundeste Kind diesem Einfluß unterliegt.

Nun liegen die Verhältnisse nicht immer so. Auch vernünftige, ruhige Eltern haben oftmals Kinder, die große Eßschwierigkeiten bereiten. Wenn man derartige Fälle genauer ansieht, findet man, daß die Eßstörung nicht das einzige Zeichen ist, das auffällt. Entweder bestehen nervöse Erscheinungen, wie Schlafstörungen oder motorische Unruhe. In andern Fällen ist eine erhöhte Reizbarkeit, Labilität der Stimmung usw. zu konstatieren. Kurz gesagt, die Eßstörung ist nicht das einzige, sondern nur ein besonders auffallendes Symptom einer nervösen Haltung. Genau so, wie die Unruhe und Angst der Eltern auf die Kinder übergreift, so bringen nun umgekehrt nervöse Kinder mit Eßstörungen Unruhe ins Haus. Der Kreis schließt sich aus den angegebenen Gründen auch hier, und die Situation gleicht sehr bald der vorher beschriebenen. Wenn man weiter bedenkt, daß bei der mittleren Menge der Fälle meist beide, Eltern und Kinder, in verschiedener Betonung gleichzeitig beteiligt sind, wird es verständlich, daß nach längerem Bestehen des Zustandes die Konstellationen einander sehr ähneln. Trotzdem muß im Interesse der Behandlung nach Möglichkeit versucht werden, die Akzentverteilungen zu bestimmen. Unser Vorgehen wird anders sein, wenn eine Angsteinstellung der Mutter das Feld beherrscht oder wenn ein Kind mit ausgesprochenem Geltungsdrang und sicherem Instinkt für Schwächen der Eltern ungekrönter König der Familie ist und mit mehr oder weniger tyrannischen Eigenschaften seine Macht ausübt.

Bevor wir auf die Behandlung näher eingehen, seien die einzelnen Formen der für unsere Gesichtspunkte in Frage kommenden Störungen geschildert. Bisher war nur die Rede von Appetitlosigkeit, die in den verschiedensten Altersstufen eine Rolle spielen kann. Ein Symptom, das die gleiche Bedeutung hat und das die Appetitlosigkeit vielfach kompliziert, ist das *Erbrechen*. Sowohl im Säuglingsalter wie bei Kleinkindern, ebenso bei Schulkindern ist Erbrechen eine Erscheinung, die die gleichen Überlegungen nahelegt, wie sie eben bezüglich der Eßunlust angestellt wurden. Neben den erwähnten endogenen und exogenen Bedingungen treten beim Erbrechen vor allem folgende Faktoren in den Vordergrund: Einmal sind es Ekelgefühle, die aus den verschiedensten Vorstellungen ableitbar sind, dann spielen Angst und Schrecken vielfach eine Rolle. Es würde zu weit führen, ausdruckspsychologische

Beziehungen heranzuziehen (man denke an sprachliche Verbindungen zwischen Ekel, Erbrechen und Gefühlsvorgängen!), um die Genese des Erbrechens zu beleuchten. Auch bezüglich dispositioneller Momente (Organminderwertigkeiten des Magendarmkanals, Organjargon) muß auf Ausführungen im allgemeinen Teil verwiesen werden. Eine genaue Untersuchung hat die Aufgabe, derartige Zusammenhänge aufzudecken. Bemerkenswert sei ferner, daß beim Erbrechen die Bedeutung des Gewöhnungsfaktors größer als bei der Eßunlust als solcher ist, weil ein so ausgeprägtes Symptom, wenn es eine Zeitlang besteht, der Dynamik des Wiederholungszwanges besonders unterliegt. Bei der Besprechung der Behandlung wird auf diese Verhältnisse nochmals zurückzukommen sein.

Wollte man eine vollständige Übersicht über die Formen des Erbrechens geben, die mit seelischen Vorgängen in Verbindung stehen, so müßte man ein pädiatrisches Lehrbuch zu Hilfe nehmen, um dann zu konstatieren, daß eine derartige Möglichkeit fast überall besteht. Infolgedessen werden auch psychotherapeutische Aufgaben in der Mehrzahl aller subakuten und chronischen Fälle zu erfüllen sein, je nach den körperlichen und seelischen Gewichtsverteilungen in mehr oder weniger großem Umfange. In dem Rahmen dieser Darlegung ist es unmöglich, die Differentialdiagnose näher zu erörtern. Es muß als selbstverständlich vorausgesetzt werden, daß man nicht zur Diagnose „morgendliches Erbrechen bei Schulkindern“ gelangen darf, wenn es sich um die ersten Symptome eines Hirntumors oder einer Blinddarm-entzündung handelt. Im übrigen gilt für die Bewertung des Erbrechens wie für andere Ernährungsstörungen der Grundsatz, nicht eine Scheidung von rein körperlich und rein psychisch fundierten Erscheinungen vorzunehmen, um danach eine körperliche oder seelische Behandlung zu wählen, vielmehr muß es in der Mehrzahl der Fälle auf eine Kombination beider Richtungen hinauskommen.

Mit dem Erbrechen steht die sogenannte *Rumination* in naher Beziehung. Für diese Störung, bei der die Gewohnheit des Luftschluckens häufig eine Rolle spielt, gilt im wesentlichen das gleiche wie für die Bewertung des Erbrechens. Besonders bei Säuglingen und Kleinkindern ist dieses Symptom von Bedeutung.

Mit Erbrechen und Appetitlosigkeit sind ferner *Leibschmerzen* bekanntlich vielfach verknüpft. Vor allem die sogenannten Nabelkoliken machen häufig differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Auch hier wird eine exakte Diagnose den Anteil von körperlichen und seelischen Bedingungen zu klären haben; gerade bei Bauchschmerzen ist diese Aufgabe durchaus bedeutsam und verantwortungsvoll.

Weitere Störungen aus dem Bereich des Magendarmkanals, die unter dem Aspekt psychophysischer Zusammenhänge interessieren, betreffen die Passage des Darmes. Sowohl spastische wie atonische Vorgänge bei der Peristaltik, Durchfälle wie Verstopfungszustände, sind hier zu nennen. Mag es sich um Reste einer infektiösen Magendarmerkrankung, um einen chronischen Darmkatarrh oder Obstipationen nach akuten, mit längerer Bettruhe einhergehenden Krankheiten handeln, überall ist Gelegenheit gegeben, seelische Mechanismen in Tätigkeit zu setzen.

Besonders Verstopfungszustände, die durch Erkrankungen oder infolge von unzuweckmäßiger Ernährung oder nur auf dem Boden konstitutioneller Eigenarten des Verdauungsvorganges entstehen, führen erfahrungsgemäß zu vielfacher Beunruhigung und Nervosität. So gehört bekanntlich die Aufklärung stillender Mütter, die über mangelhafte Verdauung der Säuglinge klagen, zu den häufigsten Aufgaben der Fürsorge. Aber auch bei älteren Kindern ist die Klistierspritze oftmals täglicher Gebrauchsgegenstand und die Suche nach neuen Sorten abführender Tees ausfüllende Beschäftigung. Die Erklärung für derartige Überwertungen normaler und am besten automatisch, ohne besondere Hinlenkung der Aufmerksamkeit ablaufender Funktionen findet man auch hier, wenn man die Atmosphäre auf neurotische Angst der Eltern oder nervöses Verhalten der Kinder näher untersucht.

Welche Dimensionen derartige Fälle annehmen, möge folgendes Beispiel demonstrieren.

(Fall 3.) Der 5jährige Hans J. wird von seiner Mutter zur Poliklinik gebracht, weil seine Darmtätigkeit seit längerer Zeit nicht in Ordnung ist. Die Störung besteht darin, daß das Kind seit vielen Monaten nur alle 8 Tage Stuhl hat. Außerdem will es seit kürzerer Zeit weder die Toilette noch den Topf benutzen, es kotet vielmehr ein. Die Mutter macht einen sehr erregten Eindruck, bezeichnet sich als völlig verzweifelt. Die Genese und Struktur des Falles ist folgendermaßen kurz zu beschreiben: Mutter sehr nervös, leicht erregbar, schläft schlecht. Vater ebenfalls reizbar. Ehe zufriedenstellend. Nicht sehr große innere Gemeinschaft. Einziges Kind. Geburt o. B. 7 Monate Brust. Kind war schon immer leicht verstopft, hatte häufig nur jeden zweiten Tag Stuhl. Nahm an Gewicht regelmäßig zu, trotzdem ist schon damals die Sorge um die Verdauung groß gewesen. Aufklärung durch Ärzte dahingehend, daß bei Brustkindern vielfach infolge guter Ausnutzung der Nahrung diese Stuhlfunktion genüge, beruhigte sie nicht. Vielmehr begann damals die Systematisierung ihrer Bemühungen um die Verdauung. Im Laufe der Jahre ist infolge der Vergeblichkeit ihrer Versuche und der immer neuen Anstrengungen, zu Erfolgen zu gelangen, auf dem Wege des Circulus vitiosus ein Zustand entstanden, den man dahin charakterisieren kann, daß die Sorge um den Stuhl des Kindes zum Lebensinhalt der Mutter geworden ist. In den letzten Monaten hat sich die Situation so entwickelt, daß das Kind alle 8 Tage Stuhl hat, trotz regelmäßiger Klistiere und Abführmittel und trotz einer Ernährungsregelung, die mit pedantischer Genauigkeit eingehalten wird und nach deren Erfordernissen sich der gesamte Haushalt richten muß. Außerdem hat das Kind, wie gesagt, in letzter Zeit Angst, die Toilette oder den Topf zu benutzen. Die *Untersuchung* ergibt, daß das Kind in normalem Ernährungszustande ist. Es besteht kein pathologischer Organbefund. Symptome wie Koterbrechen oder andere schwere Störungen der Passage sind nicht beobachtet worden. Der Appetit des Kindes ist mittelgut, kurz vor den Entleerungen läßt er merklich nach. Das Nervensystem des Kindes zeigt keine wesentlichen Abweichungen von der Norm, eine gewisse Schüchternheit ist zu bemerken. — Im Laufe der Behandlung gelingt es, die Störung zu beeinflussen: Die Mutter ist weniger am Stuhlgang des Kindes interessiert. Das Kind hat alle 1—2 Tage Verdauung.

Der Fall lehrt, daß eine neurotische Einstellung der Mutter, unterstützt durch irrige Auffassungen, bei einem relativ wenig nervösen Kinde aus einer nicht bedeutsamen Veranlagung zur Stuhlträgheit eine systematisierte, zu Unruhe und Angst führende Störung von jahrelanger Dauer verursachen kann.

Es wurde versucht, ein Bild von den Konstellationsbedingungen zu entwerfen, die zu den mannigfachen Formen der Störungen im Gebiete des Verdauungssystems führen. Dabei wurde weniger Wert darauf

gelegt, nervöse und körperliche Zustände einander prinzipiell gegenüberzustellen, als vielmehr die Gründe für die nahen psychophysischen Beziehungen aufzuzeigen, die in der Mehrzahl der Fälle bestehen. In der Bedrohung lebenswichtiger Funktionen und der hieraus folgenden Neigung zu ängstlicher Überwertung dieser Vorgänge wurde ein wesentlicher Gesichtspunkt gefunden, der neben anderen Momenten, wie z. B. Anlagebedingungen des Kindes, maßgebende Bedeutung für das Verständnis der Störungen hat.

Wenn wir nunmehr zur *Erörterung der Therapie* gelangen, so ergeben sich grundsätzliche Einstellungen aus den bisherigen Überlegungen von selbst. In jedem länger bestehenden Falle wird es sich zunächst darum handeln, die erregte Atmosphäre zu beruhigen. Während manchmal eine aufklärende Beratung genügt, um falsche Anschauungen zu berichtigen und Affekte zu dämpfen, wird man überall dort, wo bereits eine Gewöhnung eingetreten ist, hiermit meist nicht zum Ziele kommen. Es bedarf vielfach einer längeren Einflußnahme auf die Mutter, um eine Änderung anzubahnen. Nicht nur in den Fällen, in denen offensichtlich die Haltung der Mutter im Vordergrund steht, müssen wir unser Hauptinteresse auf diese konzentrieren. Auch dort, wo schwierige Kinder mit Abweichungen des Trieblebens der Beseitigung störender Symptome heftigen Widerstand entgegenbringen, sind wir vielfach darauf angewiesen, uns auf dem Wege über die Mutter mit unseren Anregungen einzuschalten. Besonders bei jungen Kindern ist diese Form der indirekten Beeinflussung häufig am Platze. Gelingt es, die Mutter zum Bundesgenossen zu machen und für die Befolgung der Vorschriften zu interessieren, so ist gewöhnlich der erste Schritt vorwärts gemacht. Beginnende Erfolge vergrößern dann sehr bald die Vertrauensstellung zum Arzte und erleichtern ihm sein Vorgehen. Die Schilderung des Verfahrens, mit dem man zu der notwendigen Beruhigung und Umstellung der Eltern gelangt, würde auf eine Besprechung der Psychotherapie der Erzieher hinauslaufen, für die wir wohl die Aufgaben feststellen, aber nicht Mittel und Wege beschreiben können. Von diesen Bemühungen aber abgesehen, die auf die Aufdeckung neurotischer Haltungen der Angehörigen abzielen, also dem Bedarf dieser auch ohne Bezug auf die vorliegende Störung des Kindes dienen, gibt es eine Reihe von pädagogischen Ratschlägen, die an die Adresse der Eltern gerichtet werden müssen. Von diesen seien die wichtigsten erwähnt. Zunächst einige Bemerkungen zur allgemeinen pädagogischen Einstellung. Drohungen führen nur selten zum Erfolg, sie sind meist nicht geeignet, den Appetit zu fördern. Die Anwendung von Schlägen, für die innerhalb der Psychotherapie bekanntlich keine Neigung besteht, erreicht in der Mehrzahl der Fälle das Gegenteil der erwünschten Wirkung. Mit der Ablehnung derartiger Mittel ist nicht gemeint, daß jede Strenge unangebracht sei. Bestimmtheit des Auftretens, gepaart mit Konsequenz, kann durchaus am Platze sein. Auch Liebesentzug unterstützt vielfach unsere Bestrebungen. Besonders in den zahlreichen Fällen, die an einem Übermaß von Liebe leiden, ist diese Form der Pädagogik empfehlenswert. Im übrigen kann man nur Richtlinien

angeben, die der Lage entsprechend angewandt werden sollten. Es kommt darauf an, dem Kinde zu helfen, seine Freudigkeit am Essen anzuregen. Nicht angezeigt ist Entmutigung und Einschüchterung.

Unzweckmäßig ist auch der vielgeübte Brauch, die Mahlzeiten zu Unterrichtsstunden für sachgemäßes Benehmen zu benutzen. Besonders wenn der Vater den Tag über beschäftigt ist, verwendet er die Abendmahlzeit gern dazu, derartige Lehren anzubringen. „Sitz gerade, mache den Rücken nicht so krumm, schaukele nicht mit den Beinen, stütze nicht die Ellenbogen auf den Tisch“, so beginnt oftmals die Unterhaltung; sie endet, wenn es gut geht, mit einer allgemeinen Verstimmung, in anderen Fällen mit einem Krach. Daß derartige Tischgespräche nicht gerade die Eßlust erhöhen, ist ohne weiteres klar. Die Mahlzeiten sollen möglichst gemütlich und freundlich verlaufen. Daß aus Fröhlichkeit nicht Ungebundenheit und Ungezogenheit wird, ist eine Aufgabe, die besser zu anderen Tageszeiten gelöst werden kann. Mahlzeiten sind ungeeignete Zeiten für pädagogische Einwirkungen.

Man muß ferner berücksichtigen, daß Kinder dem Essen gegenüber anders eingestellt sind als Erwachsene. Diese wollen ihre Ruhe haben, betrachten die Mahlzeit als Entspannung, zuweilen als Feierlichkeit. Das Kind dagegen empfindet die Ruhe als störend; von einer Feier kann höchstens die Rede sein, wenn es besondere Lieblingsspeisen gibt.

Bevor wir diesen allgemeinen Regeln nähere Angaben über Zubereitung und Art der Nahrung folgen lassen, wenden wir uns erst einmal der Persönlichkeit des Kindes zu. Wie bereits festgestellt wurde, ist naturgemäß in jedem Falle eine anlagemäßige Bereitschaft zur falschen Reaktion vorauszusetzen, auch dann, wenn die Aktion im wesentlichen von der anderen Seite ausgeht. Während in den Fällen, in denen die Atmosphäre sehr unruhig und nervös ist, die Milieueinwirkung, die Kraft des Beispiels die ebenfalls vorhandene Bereitschaft des Kindes überdeckt, tritt diese dort in reinerer Form in Erscheinung, wo in der allgemeinen Konstellation gröbere neurotische Haltungen fehlen. Selten handelt es sich bei derartigen Kindern um eine isolierte Störung des Eßtriebes, wenn auch an dem Vorkommen einer solchen Veranlagung nicht gezweifelt werden kann. Besonders bei asthenischen, motorisch erregbaren Typen begegnet man dieser Form. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich aber um Störungen komplexeren Charakters. Wir finden, wie gesagt, die verschiedensten nervösen Erscheinungen von dem leichtesten Grade der Labilität bis zu schweren Formen geistig-seelischer Fehlentwicklung. Maßgebende Bedeutung kommt dem typischen Verhalten solcher Kinder zu, irgendwelche Anlässe dazu zu benutzen, um Zustände zu fixieren, die dann gewohnheitsmäßig wiederholt werden. Ohne auf die im allgemeinen Teil erwähnten theoretischen Schwierigkeiten eingehen zu wollen, die die Lehre von den Reflexen enthält, sei darauf hingewiesen, daß bei Symptomen wie Erbrechen oder Obstipationen der Mechanismus der Wiederholung aus einer dispositionellen Gelegenheit eine lawinenartig anwachsende Störung macht. Die treibenden Kräfte, die diese Bewegung in Gang halten, sind in einer

Reihe von Fällen Geltungsdrang, falsches Streben nach Macht oder, allgemeiner ausgedrückt, Disharmonien des kindlichen Trieblebens, die unter dem Gesichtspunkt der Lust-Unlust-Bezogenheit verständlich werden. Wir sind mit dieser Feststellung bereits wieder bei der Tatsache angelangt, daß man nur bis zu einem gewissen Punkt von der Einstellung der Angehörigen abstrahieren kann. Wenn wir annehmen, daß es einem Kinde Lust bereitet, bei einer Eßstörung zu verharren, oder wenn wir meinen, daß es sein Machtstreben auf diese Weise befriedigt, können wir die Haltung der Eltern nicht unberücksichtigt lassen, falls wir zum vollen Verständnis der Struktur des Falles kommen wollen.

Unser Vorgehen bei der Behandlung der Kinder, bei denen Störungen des Trieblebens eine Fixierung und Aufrechterhaltung von Eßschwierigkeiten bewirken oder mitveranlassen, ist prinzipiell folgendes: Auf dem Wege erzieherischer Beeinflussung muß versucht werden, Forderungen der körperlichen Gesundheitsfürsorge mit Ansprüchen des Trieblebens in Einklang zu bringen. Dem Vorgange des Essens muß die überwertige Note genommen werden, er hat in den Hintergrund zu treten. An Stelle des Interesses an fiktiven Zielen der Beherrschung von Angehörigen soll fruchtbare Neigung zu nutzbringender Beschäftigung, zu Spiel und anderen lustvollen Handlungen geweckt werden. In anderen Fällen, wo ein Festhalten an der Störung nicht lustvolle Tyrannisierung bedeutet, sondern durchaus unlustvoll ist, aber aus Mangel an Energie oder aus anderen körperlichen und seelischen Gründen schwer beseitigt werden kann, wird es darauf ankommen, der Angelegenheit des Essens den Unlustcharakter möglichst zu nehmen, was durch verschiedene später zu besprechende Maßnahmen gelingt. Ferner ist das Arbeiten mit Lustprämien hier zu empfehlen. Diese müssen auf Gebieten liegen, die der Eigenart des Kindes entsprechen, die von ihm bevorzugt werden.

Neben diesen unspezifischen Richtlinien, die die Tendenz der Triebregulierung verfolgen, gibt die Erfahrung noch Vorschriften an die Hand, deren Befolgung sich als zweckmäßig erwiesen hat. Die Freudigkeit am Essen wird häufig wesentlich erhöht, eine Neigung zu Erbrechen herabgesetzt, wenn man einem Kinde, das bei den Mahlzeiten ohne Kindergesellschaft ist, andere Kinder, zumindestens vorübergehend, zuführt, die gemeinsam mit ihm bei Tisch sitzen. Weitere Ratschläge betreffen die Zubereitung der Speisen. Es ist ein weitverbreiteter Irrtum, zu glauben, daß Abwechslung und Schmackhaftigkeit der Gerichte nur für den Erwachsenen Bedeutung hat. Manche Eßunlust, auch bei jungen Kindern, verschwindet, wenn die Kost abwechslungsreich ist und Gewürze den Speisen beigegeben werden oder wenn an Stelle von Brei Brot mit geräuchertem Fisch und ein Stückchen Hering verabreicht wird. Fortlassen von größeren Flüssigkeitsmengen, die ja nach heutiger Anschauung sowieso meist unzweckmäßig sind, Konzentrierung der Nahrung unterstützt ebenfalls häufig unser Bemühen, die Appetitlosigkeit zu beseitigen. Mit derartigen Vorschriften befinden wir uns mitten in einer Erörterung der Ernährung, wie sie

für jede Form von Störungen im Bereich des Verdauungssystems Gültigkeit hat, nicht etwa nur für Fälle mit ausgesprochener seelischer Beteiligung. Bei der innigen Verknüpfung seelischer und körperlicher Bedingungen, auf die immer wieder hingewiesen wurde, ergibt sich diese Richtung des Interesses zwangsmäßig. Andererseits können wir uns die weitere Schilderung der Ernährungsregelung ersparen, in jedem modernen Lehrbuch dieses Gebietes ist sie aufzufinden.

Neben der Erziehungsbehandlung und der Ernährungsregelung müssen in vielen Fällen noch andere Methoden mit herangezogen werden. Besonders dort, wo es darauf ankommt, einen Kreis möglichst schnell zu durchbrechen, empfiehlt es sich, Hilfsmaßnahmen zu benutzen. Zuweilen ist die Anwendung eines Beruhigungsmittels indiziert, z. B. bei schwereren Formen des Erbrechen. In anderen Fällen werden suggestive Mittel, von der einfachen Persuasion bis zur Hypnose (die letztere nur in sehr unzugänglichen Situationen!) mit Erfolg gebraucht. Hier wie überall sind für die Wahl der Methode die Schwere des Falles und seine besonderen Bedürfnisse entscheidend.

Daß zur Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung alle Formen medikamentöser oder elektrophysikalischer Therapie in geeigneten Fällen Verwendung finden können und auch benutzt werden sollen, ist eine Folgerung, die man wohl aus der Art der Darstellung mit Selbstverständlichkeit ziehen kann. Mancher Fall von Erbrechen ist nach mehreren galvanischen Behandlungen geschwunden, manche Appetitlosigkeit weicht einer gut schmeckenden und suggestiv angebrachten Medizin. Auch das bekannte Verfahren, bei Nabelkoliken ein Heftpflaster auf den Bauch zu kleben, kann in unkomplizierten Fällen zum Erfolg führen. Doch muß davor gewarnt werden, diese Methode als einzige Form der Psychotherapie zu betrachten, wie es leider bei manchen Behandlern geschieht, bei denen nervöse Leibschmerzen und Heftpflaster eine Assoziation unbedingten Charakters zu sein scheint. Wir erinnern in diesem Zusammenhang an die im allgemeinen Teil angestellten Überlegungen über Behandlung am Symptom.

Bei manchen Konstellationen kommt man mit den geschilderten Maßnahmen nicht zum Ziel, sei es, daß es unmöglich ist, die Haltung der Angehörigen zu beeinflussen, oder daß ein Kind derartige Erziehungsschwierigkeiten bereitet, daß Versuche der Abhilfe mißlingen. In solchen Fällen muß man einen Milieuwechsel ins Auge fassen, der zuweilen schlagartig die Situation ändert. Besonders dann wird man von diesem Mittel der intensiven Durchbrechung eingefahrener Fehlgewohnheiten Gebrauch machen, wenn ein Wechsel des Pflegepersonals keinen Erfolg bringt — bei kleineren Kindern sollte dieser Versuch stets in entsprechenden Fällen gemacht werden —, wenn der Zustand des Kindes ferner irgendwie bedenklich ist und Möglichkeiten guter Unterbringung für längere Zeit bestehen.

Bezüglich der Prognose sei ausdrücklich hervorgehoben, daß in der Mehrzahl der Fälle Abhilfe geschafft werden kann. Die Widerstände aber sind vielfach außerordentlich schwer zu überwinden, und bei einer kleineren Zahl muß man sich mit Teilerfolgen begnügen.

**b) Enkoprese.**

Wir fügen der bisherigen Darstellung hier die Schilderung eines Symptombildes an, das ebenfalls dem Verdauungssystem zugehört, das aber aus bestimmten Gründen einzeln besprochen wird. Dieses Syndrom ist die *Enkoprese*. Man versteht hierunter bekanntlich eine Störung der Darmfunktion, die in Schwierigkeiten der willkürlichen Darmentleerung beruht und zu einem Zeitpunkt, in dem normalerweise die Sauberkeitsgewöhnung durchgeführt sein müßte, weiter fortbesteht. Diese Beziehung zur Sauberkeitsgewöhnung ist die gleiche wie bei der Enuresis. Da die Situation bezüglich der Behandlung bei beiden Leiden nahezu dieselbe ist, erübrigt es sich, hier ausführlich zu werden, es wird vielmehr auf die folgende Darstellung des Bettnässens verwiesen. Einige Bemerkungen mögen die Sonderstellung der Enkoprese beleuchten. Während die Enuresis in unserem Material die häufigste Störung darstellt, ist die Enkoprese bei weitem seltener. Unter 1000 statistisch durchgearbeiteten Fällen befanden sich 431 Fälle von Enuresis, dagegen 19 von Enkoprese. Die Verknüpfung beider Leiden, die man vielleicht vermuten könnte, ist außerordentlich selten. Es kommt zwar bei Bettnässern ab und zu vor, daß sie auch Kot ins Bett oder in die Leibwäsche gehen lassen, doch gehört eine regelmäßige Beteiligung dieser Dysfunktion zu den Seltenheiten. Will man den Ursachen dieser Verschiedenheit des Auftretens nachgehen, so sei daran erinnert, daß bei der Sauberkeitsgewöhnung im allgemeinen die Erlernung der Darmbeherrschung schneller vonstatten geht als diejenige der Blasenfunktion. Es ist leichter, den kompakten Stuhl zurückzuhalten als den flüssigen Urin. Tieferes Verständnis für die Bedingungen der Auswahl des Darm- oder Blasensystems als neurotischen Kriegsschauplatz vermittelt die analytische Betrachtungsweise. Bei der Seltenheit der Enkoprese spielen diese Gedankengänge für die praktische Tätigkeit keine überragende Rolle. Wir begnügen uns daher mit wenigen Andeutungen: Wie im allgemeinen Teil dargelegt wurde, sind die neurotischen Schwierigkeiten Störungen des Anpassungsprozesses. Je nach der Entwicklungsstufe sind Anforderungen und Reaktionsformen verschieden gestaltet. Neben diesen Zuordnungen sind andere individuelle Triebkonstellationen und Milieuverhältnisse mitbestimmend für die Form der Neurose. Auf das Nebeneinander der verschiedenen Determinanten wurde eingegangen. Innerhalb des analen Kreises, der bekanntlich als ein Durchgangs- und Fixierungszustand gegenüber anderen Stufen charakterisiert ist, führen diese verschiedenen biologischen, psychologischen und situativen Faktoren zu Bevorzugung bestimmter Verhaltensweisen. Eine solche ist z. B. die Form der Stuhlzurückhaltung, die Obstipation. Demgegenüber spielt die Enkoprese, eine andere Abweichung von der normalen Darmfunktion, nicht die gleiche Rolle. Anders wiederum liegen die Verhältnisse bei urethralen Störungen. Hier steht nicht ein Zurückhalten des Urins in paralleler Stellung zur Stuhlfunktion, vielmehr entsprechen den konstellativen Faktoren andersartige Syndrome, die demzufolge neurotisch systematisiert werden. Bei einer derartigen, umfassenderen Betrachtung, die nur angedeutet werden kann, treten die

einzelnen Symptombilder in hellere Beleuchtung. Es stehen sich dann nicht mehr Enkoprese und Enuresis im unklaren Verhältnis von 19 zu 431 gegenüber, sondern diese befinden sich als Repräsentanten übergeordneter Kreise in ganz andersartigen Relationen zueinander. Da, wie gesagt, die Bedeutung dieser Problematik für die Praxis nicht sehr groß ist, gehen wir auf sie nicht näher ein, verweisen aber auf die psychoanalytische Literatur, besonders auf ein Buch von SCHULTZ-HENCKE: „Einführung in die Psychoanalyse“, in dem die angedeuteten Phasen in ihrem Aufbau und ihrem Verhältnis zueinander anschaulich geschildert werden.

Unter den genannten 19 Fällen von Enkoprese waren 15 Jungen und 4 Mädchen. Die Mehrzahl der Kinder war dem phlegmatischen Typ zugeordnet. Bezüglich der grundsätzlichen Behandlung wird nochmals auf die entsprechenden Ausführungen bei der Enuresis hingewiesen, die mit gewissen Modifikationen auch für die Enkoprese Gültigkeit haben. Die Prognose ist im allgemeinen günstig.

## II. Störungen im Bereich des Urogenitalsystems.

Wir verlassen hiermit das Gebiet des Verdauungssystems und gelangen nunmehr zur Besprechung der Störungen im Bereich des Harnapparates, die für psychotherapeutische Behandlung vorzugsweise in Frage kommen.

### a) Enuresis.

An erster Stelle steht hier wegen der Häufigkeit des Vorkommens und der Bedeutung für die Praxis die *Enuresis*, die eine ausführliche Darstellung beansprucht. Wenn wir zunächst diese Bedeutung kurz charakterisieren wollen, so sei eine Parallele zu den Eßstörungen gezogen. Dort wurde die Wertigkeit und Überwertung in Zusammenhang gebracht mit der Lebenswichtigkeit der Ernährung, mit der Angst vor der Bedrohung dieser zentralen Funktion. Bei der Enuresis spielt naturgemäß ein derartiger Gesichtspunkt keine wesentliche Rolle, dagegen entspringt das Interesse, das dieser Störung in der Literatur und in der Praxis entgegengebracht wird, größtenteils aus der sozialen Bedeutung, die infolge der außerordentlichen Verbreitung des Bettnässens sehr hoch zu veranschlagen ist. Um einen Begriff von der Häufigkeit des Vorkommens zu vermitteln, möchte ich einige Zahlen nennen. Unter 1000 Fällen meiner Poliklinik befinden sich 431 Fälle von Enuresis. Auch in der Privatpraxis bilden die Kinder mit Bettnässen ein Hauptkontingent, wenn auch nicht zu verkennen ist, daß die Zahlenverhältnisse je nach der sozialen Struktur gewisse Verschiebungen zeigen. Die Erfahrung lehrt nun, daß diese Menge der zur Beratung kommenden Kinder nicht der wirklichen Zahl von Bettnässern irgendwie entspricht. Nur einen Teil der Fälle bekommen wir zu Gesicht. Indolenz und falsches Schamgefühl hindern viele Eltern, ärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen, vielfach ist es ihnen auch unbekannt, daß Abhilfe möglich ist. In diesem Zusammenhang interessiert die Tatsache, daß nur ein bestimmter Prozentsatz von Fällen direkt, aus eigenem Antrieb, zur Behandlung kommt. Die Mehrzahl gelangt auf dem Wege der Überweisung durch Schul- und Fürsorgeärzte zu uns. Die soziale Bedeutung einer so verbreiteten Störung näher zu beleuchten, dürfte sich erübrigen. Die unvermeidlichen Belastungsmomente, die sich ergeben — großer Wäscheverbrauch, Beschädigung der Matratzen, Unruhe in den Nächten, Verschlechterung der oftmals ohnehin ungenügend ventilierten Luft sind einige Punkte von Bedeutung —, schaffen besonders in den elenden Proletarierbehausungen vielfach unerträgliche Zustände.

Wenn wir nun der Schilderung der Behandlung eine Skizze von dem *Wesen des Leidens* vorangehen lassen wollen — ohne eine solche würden therapeutische Richtlinien in der Luft schweben — sei ein historischer

Überblick über die Entwicklung der Enuresisforschung an den Anfang gestellt. Bis vor etwa 10 Jahren galt die Erkrankung im allgemeinen noch als organische Störung. Die FUCHSSche Myelodysplasielehre beherrschte das Feld. Anomalien, wie Spina bifida oder Innervationsstörungen im Sacralmark, wurden zur Erklärung der Genese herangezogen, Erscheinungen wie Phimose, Oxyuren spielten eine große Rolle, Beziehungen zu den Adenoiden wurden in den Vordergrund gestellt, schließlich war das Verhältnis zur Cystitis ungeklärt. Den verschiedenen Anschauungen entsprachen die Vorschläge für die Therapie. Es häuften sich Angaben interner, chirurgischer, physikalischer Methoden, Harnröhrendehnungen und epidurale Injektionen waren an der Tagesordnung. Eine Arbeit ZAPPERTS aus dem Jahre 1920, der sich neben Autoren wie OSWALD SCHWARZ, POTOTZKY, BEHM um diese Forschung besonders verdient gemacht hat, gibt eine gute Übersicht über die zahlreichen Behandlungsformen und die ihnen zugrunde liegenden Meinungen. Im letzten Dezennium gewinnt dann die Überzeugung von der funktionellen Natur des Bettnässens allmählich Boden. Erfahrungen größeren Umfanges, zu denen auch ich im Laufe der Jahre durch eine Reihe von Arbeiten Beiträge liefern konnte, schafften klare Verhältnisse. Es zeigte sich, daß Defektzustände an der Wirbelsäule und an den Nervenapparaten tatsächlich häufiger als sonst zu finden waren — eine Spina bifida wurde z. B. auch in neuester Zeit von DIETEL und ESERSKY in etwa 50% der Fälle festgestellt — doch handelt es sich bei diesen Befunden nicht um Ursachen des Bettnässens, sondern um koordinierte Erscheinungen auf einer gemeinsamen Basis. Momente wie Phimose, Würmer, Blasenkrankungen wurden als auslösende, disponierende Faktoren erkannt und in eine Reihe mit andern, exogenen Gegebenheiten gestellt. Der Änderung der Erkenntnisse folgte ein Umschwung in der therapeutischen Einstellung, wie später bei der Erörterung der Behandlung ersichtlich werden wird.

Um die heutige Auffassung von der Natur des Bettnässens verständlich zu machen, wollen wir uns einen Augenblick mit der *Blasenfunktion* beschäftigen. Bekanntlich vollzieht sich beim Säugling die Harnentleerung automatisch, indem Füllung der Blase durch bestimmte Reflexleitung zu den entsprechenden Funktionen der Blasenmuskeln führt. Beim heranwachsenden Kinde verändert sich dann dieser Mechanismus derart, daß an Stelle der Reflexautomatie die willkürliche Entleerung tritt. Die Ausbildung eines komplizierten cerebralen Leitungssystems<sup>1</sup>, auf dessen nähere Beschreibung wir verzichten müssen, schafft die Möglichkeiten hierzu. Der Faktor der Erziehung und Übung führt in Angleichung an diesen Reifungsprozeß zur Erlernung der Funktion. Bereits mit dieser Feststellung eröffnen sich Ausblicke auf mehrfache Störungsmöglichkeiten. Einmal kann die normale Bildung der cerebralen Superposition verzögert sein, ferner können Abweichungen von der zweckentsprechenden Schulung den Erwerb der willkürlichen Entleerung hemmen. Auch eine Kombination beider Gegebenheiten ist selbstverständlich möglich. Da weiterhin die Beherrschung der Blasenfunktion

<sup>1</sup> Arbeiten von A. ADLER und O. SCHWARZ unterrichten ausführlich hierüber.

ein komplizierter Vorgang ist, dessen Teilfunktionen, wie z. B. Gefühl für den Füllungsgrad der Blase, willkürliche Innervation der Blasenmuskeln und zeitliche Regulierung der Entleerung, in sinnvollem Synergismus stehen müssen, ist die große Variationsbreite peripherer und zentraler Störungsmöglichkeiten einleuchtend. Erinnerung sei ferner daran, daß ein inniger Zusammenhang zwischen der Funktion der Blase und dem Affektleben besteht, der sich in vielfacher Beziehung im täglichen Leben manifestiert. Man kann, wie zahlreiche Autoren es tun, den Zustand der Blase geradezu ein Barometer für die Stimmungslage und die psychische Verfassung nennen.

Die geschilderte Bedeutung von Reflexvorgängen, Übungsmöglichkeiten, willensmäßigen und affektiven Impulsen macht es verständlich, daß den verschiedenartigsten konstellativen Faktoren Tor und Tür geöffnet ist, um in ausgedehntem Maße Störungen auf dem Gebiete der Blasenfunktion zu verursachen.

Nach dieser kurzen Skizze kehren wir zur Enuresis zurück, die unter diesen Störungen die größte psychotherapeutische Angriffsmöglichkeit bietet und dadurch für uns von besonderem Interesse ist. Bei dem Bestreben, die charakteristischen Bedingungen für das Auftreten des Bettnässens aufzuzeigen, wollen wir zunächst nach dem Verhältnis der Wertigkeiten von Anlage- und Milieufaktoren fragen, das für die therapeutische Einstellung von entscheidender Bedeutung ist, wie im allgemeinen Teil hervorgehoben wurde. Wir sahen, daß die Haltung und Artung der Angehörigen von Kindern mit Eßstörungen eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen und Aufrechterhalten dieser Erscheinungen spielt, und wollen versuchen, auch hier den Anteil der Umgebung festzustellen. In einer großen Anzahl von Fällen findet man zunächst mehr oder weniger ausgeprägte Mißstände vor. Formen der erzieherischen Vernachlässigung bis zur Verwahrlosung, soziale Not, enge Wohnräume, Arbeitslosigkeit kennzeichnen vielfach die Lage. Von manchen Autoren werden derartige Momente besonders hervorgehoben und ätiologisch verwertet. SAIZEFF fand z. B. unter 54 Fällen 28, in denen die Kinder ohne Mutter aufwuchsen. Auch in unserem Material sind solche Schädlichkeiten der Erziehungs- und Pflegesituation ungefähr im gleichen Maße nachweisbar. Wenn wir weiterhin das Nervensystem der Eltern bettnässender Kinder ansehen, so finden wir in einem Drittel der Fälle Zeichen nervöser Konstitution, darunter in einigen Fällen gleichsinnige Belastung. ORANSKY hat die Vererbung der Enuresis an 81 Familien genauer studiert. Er sah bei 11 Familien alle Geschwister erkrankt, bei den übrigen 70 Familien waren unter 296 Mitgliedern 135 Enuretiker. Von vielen Autoren, z. B. auch von HOMBURGER, wird auf das häufige Vorkommen unter Geschwistern hingewiesen. Ich kann mich bei meinem Material hiervon nicht überzeugen, bei uns gehört es nicht zu den regelmäßigen Befunden, mehrere Geschwister mit Bettnässen zu sehen. Allerdings sind auch mir Fälle mit 3 und mehr beteiligten Geschwistern bekannt. Dieser Unterschied ist wahrscheinlich darin begründet, daß sich HOMBURGER'S Fälle anscheinend aus viel verwahrlosterem, degenerativem Material zusammensetzen als unsere Kinder.

Wenn wir uns nun nach dieser Milieuschilderung der Individualität der Kinder zuwenden, so sei zunächst, der historischen Entwicklung entsprechend, auf die zahlreichen Versuche eingegangen, eine *Typeneinteilung der Enuretiker* vorzunehmen. Autoren wie HINTZE, BEHM, PUFF, POTOTZKY u. a. wollten aus der Menge der Fälle Typenreihen heraussondern. Je nach den leitenden Gesichtspunkten hatten diese Bemühungen ein verschiedenes Ergebnis. Im allgemeinen aber wurden zwei Gruppen einander gegenübergestellt, erethische, motorisch betonte und phlegmatische, willensschwache Kinder. Ich selbst halte die Einteilung für ausreichend, wenn man von degenerativen Typen mit den verschiedenartigen Intelligenzdefekten absieht. Diese bilden eine Gruppe für sich, besonders bezüglich der Beeinflussungsmöglichkeiten.

Gegen diese Ordnungstendenz erheben sich nun von mancher Seite Einwendungen. Einmal lehnen dogmatisch gebundene Forscher alle derartigen Einteilungen ab, weil sich ihrer Meinung nach die Enuresis völlig in den Rahmen ihrer einheitlichen Betrachtungsweise einfügen läßt. Wenn das Einnässen tatsächlich immer nur ein Äquivalent sexueller Betätigung darstellte oder, in anderer Konzeption, stets ein Ausdruck des Minderwertigkeitsgefühles bzw. des Geltungsdranges wäre, erschiene jede Typenzuordnung ziemlich nebensächlich.

Auf der anderen Seite wendet sich z. B. ZAPPERT gegen derartige Gruppierungsversuche, für ihn ist die Enuresis eine Krankheit *sui generis*, die stets durch besondere Faktoren charakterisiert ist. Auch in dieser Konzeption erübrigt sich eine nähere Kennzeichnung nach Typen. Einerseits steht also die Annahme einer psychologischen Ausdrucksform im Ganzen des neurotischen Systems zur Diskussion, demgegenüber wird die Krankheitsform betont. Der Akzent der Betrachtung liegt demnach einmal bei der Gesamtpersönlichkeit ohne genauere Ansehung des Erfolgsorganes, im anderen Falle ist die Krankheitseinheit hervorgehoben unter geringerer Bewertung der verschiedenartigsten Psychogenese.

Bevor eine eigene Meinung geäußert wird, sei auf die Anschauungen der beiden großen psychotherapeutischen Schulen eingegangen. Von psychoanalytischer Warte aus gesehen, erscheint die Enuresis, wie gesagt, als sexuelles Äquivalent (MARCUSE). SADGER spricht von der Urethralerotik, STEKEL von der Urinsexualität. Je nachdem, ob der betreffende Autor sehr dogmatisch oder weniger orthodox eingestellt ist, gibt er der Enuresis stets den sexuellen Akzent, oder er betont nur die Häufigkeit einer derartigen Beziehung.

Demgegenüber ist die Enuresis in individualpsychologischer Beleuchtung ein Zweckmäßigkeitssmittel zur Erreichung bestimmter Machtpositionen. Die Wahl des Symptoms wird, wie immer, doppelt determiniert gesehen, einmal durch eine konstitutionelle Minderwertigkeit, dann psychologisch derart, daß die Erreichung des neurotischen Ziels auf diese Weise des Festhaltens am Bettnässen am besten erreicht wird.

Wenn wir uns nochmals an die Auffassung von ZAPPERT erinnern, ferner an die von manchen Autoren in den Vordergrund gestellten Schäden durch falsche Pflege, wenn wir schließlich an die früher propagierten

organischen Ursachen denken, so stehen wir vor der merkwürdigen Tatsache, daß die verschiedensten Thesen über ein Krankheitsbild aufgestellt werden, das eigentlich bei der Häufigkeit seines Auftretens viel mehr geklärt sein müßte.

Wir wollen nun versuchen, an der Hand praktischer Beispiele einen Beitrag zu der Problematik der Enuresis zu liefern. Einige Fälle, deren Krankengeschichten in stark gekürzter Form wiedergegeben werden, seien vorangestellt.

(Fall 4.) Das 6jährige Mädchen Else B. kommt mit ihrer Mutter zur Poliklinik auf Einweisung des Schularztes, der bei der zwecks Einschulung vorgenommenen Aufnahmeuntersuchung Bettnässen feststellte. Die *Anamnese* ergibt folgendes: Vater leicht gereizt, arbeitslos, trinkt öfters erhebliche Mengen Schnaps. Mutter ebenfalls nervös, arbeitet vorübergehend, früher regelmäßig. Zwei andere Kinder, ein Mädchen von 14 Jahren und ein Junge im Alter von 9 Jahren, gesund, machten keine Schwierigkeiten bei der Sauberkeitsgewöhnung. Pat.: Geburt o. B. Bisher an Krankheiten Masern. Kind war noch nie trocken, näßt fast jede Nacht ein, am Tage nicht. Schlaf o. B. Behandlung ist noch nicht erfolgt. Der Vater hat öfters mit Schlägen das Leiden beseitigen wollen, dies blieb ohne Erfolg. Näheres Eingehen auf die familiäre Situation ergab: Die Ehe war in den letzten Jahren unglücklich geworden. Die Trunksucht und die Arbeitslosigkeit gaben vielfach Grund zu Unstimmigkeiten. Um die Erziehung des jüngsten Kindes konnte sich die Mutter kaum kümmern, da sie oft für den Lebensunterhalt durch Annahme von Gelegenheitsarbeit sorgen mußte. Das älteste Mädchen besorgte größtenteils die Pflege des jüngsten Kindes. Die Wohnung besteht aus einer Küche. Mutter und Kind machen einen sehr unsauberen, verwarlosten Eindruck. Das Kind ist mittelkräftig, zeigt keine besonderen Erscheinungen von Nervosität, hat eine durchschnittliche Intelligenz. Der Befund steht im Einklang mit den Angaben der Mutter. Die Initiative zur Behandlung geht, wie gesagt, von der Schule aus.

*Zusammenfassung:* Der Fall zeigt ein Hervortreten erzieherischer und pflegemäßiger Schäden, Stumpfheit gegenüber den Leiden des Kindes, soziale Not und Verwarlosung. Es fehlen Anzeichen größerer nervöser Veranlagung beim Kinde. Zu bemerken ist ferner, daß die Geschwister nicht an Bettnässen leiden, daß auch bei den Eltern außer der Trunksucht des Vaters und der allgemeinen Nervosität keine weiteren anlagemäßigen gleichsinnigen oder unspezifischen Belastungsmomente vorliegen.

Wir schließen zunächst die Mitteilung weiterer Fälle an.

(Fall 5.) 6jähriges Mädchen Erna L. *Anamnese:* Familie o. B. Eltern gesund. Mutter nervös. Soziale Not. Ein Zimmer. In einem Bett schlafen die Eltern, in dem anderen Pat. und ein 2 Jahre älterer Bruder, der gesund, nicht nervös ist. Pat.: Geburt o. B. Bisher im allgemeinen gesund. Sauberkeitsgewöhnung war schon nahezu vollendet, Einnässen am Tage und in der Nacht hatte nachgelassen, mit 3 Jahren wieder Verstärkung. Jetzt jede Nacht Einnässen. Schlaf unruhig. Kind träumt viel, erklärt, daß es öfters in der Nacht träumt, auf der Toilette zu sitzen und zu urinieren. Nachher ist das Bett dann naß. Am Tage ebenfalls oft naß. Mutter hat beobachtet, daß das Kind manchmal rot im Gesicht und anscheinend erregt ist. Die Hosen sind dann feucht von Urin. Die Kinder sind auch dabei überrascht worden, daß sie im Bett an den Geschlechtsteilen spielen. Der Junge onaniert öfters, bei dem Mädchen ist dies mit Sicherheit nicht festzustellen. Dagegen ist sie frühreif, kennt allerlei sexuelle Ausdrücke, die sie auf der Straße gelernt hat. Die *Untersuchung* des Kindes und Beschäftigung mit ihm ergibt folgendes: Blasses, schlankes Mädchen, motorisch erregbar, unruhig, unkonzentriert. Organe o. B. Reflexe gesteigert. Ausdrucksweise früh-

reif, wenig kindlich, schlagfertig. Keine ängstliche Haltung gegenüber dem Arzt. Stellung der Familie zum Symptom: gleichgültig.

*Zusammenfassung:* Enuresis nocturna et diurna bei erregbarem, frühreifem Kind. Anzeichen für sexuelles Interesse. Sozial traurige Verhältnisse. Indolenz gegenüber der Enuresis. Einnäßträume.

(Fall 6.) Anita Sch., 4 Jahre alt. *Anamnese:* Mutter sehr nervös, hat bei Erregungen zuweilen Anfälle von Umfallen. Vater gesund. Einziges Kind. Geburt o. B. Mit 1 Jahr gelaufen und gesprochen. Masern gehabt, sonst immer gesund gewesen. Noch nie trocken gewesen. Jede Nacht Einnässen, auch beim Nachmittagsschlaf. Beim Spielen Hosen oft feucht. Kind muß oft erinnert werden, auf die Toilette zu gehen. Ist sehr wild, unkonzentriert, hat bei keiner Beschäftigung Ausdauer, will stets mit der Mutter zusammen sein, spielt nicht allein, ist selbstbewußt, kokett. Schlaf unruhig, oberflächlich. Mutter hat vielerlei versucht, hat Tee gegeben, mit Drohungen und vereinzelt mit Schlägen Abhilfe schaffen wollen. Da sie keinen Erfolg sieht, ist sie verzweifelt, zumal das Kind anscheinend die ganze Angelegenheit sehr leicht nimmt, auf alle Ermahnungen in keiner Weise reagiert. Die *Untersuchung* und nähere Beschäftigung mit dem Falle bestätigt die Angaben der Mutter: Sehr unruhiges, schwer zu konzentrierendes Kind in mittlerem Ernährungszustand. Organe o. B. Sehr verspielt, hört auf eindringliches Sprechen einen Augenblick hin, um sofort wieder auf andere Dinge überzugehen, fragt sehr viel, beschäftigt dauernd die Mutter, die einen nervösen Eindruck macht. Sie wird augenscheinlich mit dem in der Intelligenz normalen Kinde in keiner Weise fertig. Soziale Lage geordnet.

*Zusammenfassung:* Enuresis nocturna et diurna bei erethischem Kinde, das mit seinem Geltungsdrang die nervöse Mutter beherrscht. Beim normal intelligenten Kinde große Gleichgültigkeit dem Leiden gegenüber, bei der Mutter zentrales Interesse, das ihr Leben in hohem Grade erfüllt.

(Fall 7.) Ernst A., 9 Jahre alt. *Anamnese:* Mutter nervös, unruhig, seit 3 Jahren Witwe. Vater an Unfall gestorben. 1 Schwester 2 Jahre jünger. Kinder sehr verschieden: Junge schwächlich, machte von Anfang an Pflegeschwierigkeiten, aß sehr schlecht, war oft krank, ist körperlich und seelisch sehr empfindlich. Lernt leicht, ist guter Schüler. Ängstlich, schüchtern, sehr liebebedürftig, hängt außerordentlich an der Mutter. Mit der Schwester im allgemeinen verträglich, zuweilen eifersüchtig auf diese. Bettnässen fast jede Nacht. Am Tage trocken. Machte eine Zeitlang selten naß. Ungefähr seit dem Tode des Vaters, den er sehr liebte, Verschlechterung des Leidens. Kind ist sehr bekümmert über das Bettnässen. Sein erster Blick morgens gilt dem Bettlaken. Wenn er einmal trocken ist, ist er glücklich. Mutter hat schon verschiedene Behandlungen versucht. Erfolg immer nur vorübergehend. Die Schwester ist wesentlich kräftiger als der Junge, machte niemals größere Schwierigkeiten in körperlicher oder erzieherischer Richtung, wird von der Mutter als „Sonnenschein“ bezeichnet. Die *Untersuchung* und Beobachtung ergibt folgendes: Kind in dürftigem Ernährungszustande, blasser Gesichtsfarbe. Organe o. B. Reflexe gesteigert. Schmäler Brustkorb, rachitisch. Scheues Wesen, ängstlich, weinerlich. Intelligenz normal. Affektiv leicht erregbar. Schläft nach eigener Aussage so fest, daß er nichts vom Naßmachen spürt, muß auch morgens stets geweckt werden. Möchte von seinem Leiden gern befreit werden, ist sehr bedrückt deswegen, u. a. auch, weil er nicht verreisen kann. Soziale Lage mittelmäßig.

*Zusammenfassung:* Enuresis nocturna bei asthenischem, nervösem Kind. Gefühl der Minderwertigkeit im Vordergrund, verstärkt durch den Gegensatz zur Schwester. Atmosphäre nervös, durch den Tod des Vaters wesentlich beeinflußt.

(Fall 8.) Fritz R., 12 Jahre alt. *Anamnese:* Vater seit dem Kriege sehr nervös, Mutter unruhig, hat nervöses Herz. 3 Geschwister, Mädchen 14 Jahre,

2 Jungen 11 und 9 Jahre. Das Mädchen machte eine Zeitlang auch das Bett naß, auch die Hosen am Tage, jetzt seit Jahren gesund. Ein Bruder Hilfsschüler. Pat.: Geburt o. B. Entwicklung verzögert. Lernete erst mit 2 Jahren und 6 Monaten sprechen, brauchte lange Zeit, bis er richtig sprach. Kotete bis zu 4 Jahren öfters ein. Einnässen jede Nacht. Schlaf sehr schlecht. Am Tage trocken. Bisher außer Masern keine Erkrankungen. In der Schule schlecht, 1 mal sitzengelieben, sonst eben gerade mitgekommen. Ist faul, gleichgültig, muß in den Schularbeiten stets angehalten werden. Hat keine besonderen Interessen, treibt sich gern auf der Straße umher. Temperament ruhig, phlegmatisch, Stimmung im allgemeinen farblos bis zufrieden. Dem Bettnässen gegenüber gleichgültig. Mutter bekümmert, hat vielerlei ohne Erfolg versucht. Verhältnis zwischen den Geschwistern leidlich gut. Pat. steht etwas abseits von den anderen, beteiligt sich wenig an gemeinsamen Spielen, hat auch zu den Eltern keine nähere Bindung. Soziale Lage schlecht. Vater seit langem arbeitslos. Enge Wohnung. Ehe nicht sonderlich glücklich. Nebeneinanderleben. Die *Untersuchung* bestätigt die Angaben der Mutter: Kräftiger Junge, körperlich gesund. Macht einen schwerfälligen, gleichgültigen Eindruck. Gesichtsausdruck uninteressiert, stumpf. Die längere Beobachtung während der Behandlung zeigt die Gleichgültigkeit sehr deutlich.

*Zusammenfassung:* Enuresis nocturna bei mäßig intelligentem, stumpfem, gleichgültigem Jungen aus nervöser Familie. Gleiche Erkrankung bei einer Schwester.

An Hand der mitgeteilten 5 Fälle von Bettnässen, die aus der Menge der zur Verfügung stehenden ausgewählt wurden, sei die *Genese* der Erkrankung nach den oben angeführten Gesichtspunkten nochmals erörtert. Zunächst muß festgestellt werden, daß in diesen wie in allen Fällen stets eine gründliche Untersuchung eine körperliche Erkrankung ausschloß. Natürlich wurde der Urin immer untersucht, in Fällen, in denen eine vorhergegangene Blasenkrankung vermutet wurde, mehrmals. Auch sei ausdrücklich betont, daß die erwähnten Fälle genau beobachtet werden konnten. Die Mitteilung erfolgte hier nur auszugsweise. Wenn das Hervortreten der einzelnen Gegebenheiten deutlich gemacht wurde, so ist dieser Zweck durch die Auswahl geeigneter Fälle erzielt worden, nicht durch Veränderung ihrer tatsächlichen Lage und Umwertung ihrer charakteristischen Eigenheiten. Bei der Fülle der beobachteten Formen kann für jede der hier als Repräsentanten der einzelnen Gruppen angeführten Varianten eine große Anzahl ähnlicher Fälle beigebracht werden, als Beleg dafür, daß die geschilderten Faktoren, die dem speziellen Falle das Gepräge geben, für Reihen ähnlich liegender Konstellationen charakteristisch sind.

Mit der Feststellung des Fehlens körperlicher Ursachen sind wir bei einem Punkt angelangt, der von wesentlichster Bedeutung für die Auffassung des Bettnässens und damit für die Einstellung in der Therapie ist. Die Erfahrung in der Praxis lehrt, daß die Enuresis im allgemeinen — Ausnahmen spielen eine geringe Rolle und sind bei genauer Untersuchung leicht auffindbar — eine Organneurose ist, die zwar mit organischen Abweichungen einhergehen kann, ohne aber durch diese erklärt werden zu können. Sie ist weder eine einheitliche Erkrankung noch ein Symptom mit einheitlicher Genese, sondern ein vielgestaltiges Krankheitsbild, das aus den verschiedenartigsten Konstellationsfaktoren in ganz differenten Mischungsverhältnissen hervorgerufen werden kann. Diese Erfahrungstatsache

entspricht durchaus den geschilderten, aus der Eigenart der Blasenfunktion sich ergebenden vielfachen Störungsmöglichkeiten, sie erklärt auch die Mannigfaltigkeit der erwähnten Auffassungen. Der Mehrzahl von ihnen liegen tatsächliche, richtig gesehene und gedeutete Vorgänge zugrunde. Sie sind aber als Beschreibungen einzelner bedeutender Möglichkeiten zu werten, bei Verallgemeinerung zu einem alles umfassenden Schema wird den Tatsachen Gewalt angetan. Im Falle 4 zum Beispiel besteht ein Zustand von Verwahrlosung und Erziehungsschäden. Ein derartiger Befund ist in sehr vielen Fällen zu erheben. Ist es deshalb erlaubt, allgemeine Schlüsse bezüglich einheitlicher Genese der Enuresis zu ziehen? Zweifellos nein, das geht ja aus dem Umstand bereits hervor, daß unter ähnlichen Bedingungen — von gleichen soll bei verschiedenen Geschwistern vorsichtigerweise besser nicht gesprochen werden — nur *ein* Kind an Bettnässen erkrankt. Auf der anderen Seite gibt es zahlreiche Fälle, wo mehrere Geschwister an Bettnässen leiden, ohne daß größere Momente der Vernachlässigung zu entdecken wären. Pflege- und Erziehungsfehler haben große Bedeutung beim Zustandekommen der Enuresis, zuweilen betreffen sie den Mittelpunkt der ganzen Situation, z. B. bei Fällen, die dem physiologischen Termin des Reinwerdens nahestehen, wo also eine gewisse Verzögerung eintritt. In der Mehrzahl der Enuresisformen sind sie zugleich mit anderen Faktoren an der Genese mitbeteiligt. Was die sonstigen Umweltbedingungen betrifft, so ist über deren prinzipielle, dynamische Bedeutung im allgemeinen Teil das Notwendige gesagt. In einem Drittel unserer Fälle waren, wie bereits erwähnt wurde, gröbere nervöse Belastungsmomente nachweisbar, doch ist hierbei zu bedenken, daß diese Einwirkung wie immer, in den schwer abgrenzbaren Einfluß der Atmosphäre und Beeinträchtigung durch Vererbung zerlegt werden müßte. Daß im übrigen Haltungen der Angehörigen stets bei der Beurteilung eines Falles entsprechend gewertet werden müssen, wurde betont.

Betrachten wir weiterhin die angeführten Beispiele unter dem Gesichtspunkt der Typenabgrenzung, so sehen wir im allgemeinen, daß die Gruppierung nach den im Vordergrund stehenden Temperamentsqualitäten eine Einordnung der verschiedenen Fälle ermöglicht. Daß diese Zuordnung der Fälle neben der psychologisch-deutenden Betrachtungsweise ihren Wert hat, ist für mich außer Frage. Solange wir noch nicht sicher wissen, in welcher Weise sich deskriptive und deutende Verfahren decken und überschneiden werden, ist eine gewissermaßen zweidimensionale Forschungsrichtung durchaus angezeigt.

Wir wollen uns nunmehr der *psychoanalytischen Auffassung* zuwenden. Es ist nicht zu bestreiten, daß in einer Reihe von Fällen sexuelle Vorgänge und Gefühlsregungen bei der Enuresis eine Rolle spielen, Fall 5 ist ein Beispiel dafür. Ohne suggestives Fragen unsererseits, ohne daß eine Orientierung an entsprechender Literatur stattgehabt hat, werden bereits von den Angehörigen derartige Verbindungslinien gezogen. Besonders bei Mädchen mit Enuresis diurna fällt eine sexuelle Nuancierung, eine lustvolle Fixierung der Vorgänge häufig auf, aber auch bei anderen Formen lassen sich unschwer Beziehungen

zur sexuellen Sphäre feststellen. Andererseits stehen uns genügend Erfahrungen zu Gebote, um mit absoluter Sicherheit behaupten zu können, daß Deutungen nach dieser Richtung nur für einen Teil der Fälle angebracht sind.

Auch die *individualpsychologische Betrachtungsweise* trägt viel zum Verständnis der Enuresis bei. Man muß, wie im allgemeinen Teil auseinandergesetzt wurde, unterscheiden zwischen dem Begriff der Organminderwertigkeit als kausaler Gegebenheit und zwischen erlebnismäßigen, final gerichteten Verarbeitungen derartiger Minderwertigkeiten. Wir verweisen auf diese Bemerkungen und auf die Auffassung von der Koordination degenerativer Momente, die nicht ursächlich angesehen werden dürfen, betonen aber ausdrücklich, daß zweifellos in vielen Fällen von Enuresis Minderwertigkeiten und in noch größerer Anzahl allgemeine konstitutionelle Faktoren eine Rolle spielen. Bei der Beschreibung der Funktionsentwicklung der Blase wurde bereits auf diese Möglichkeiten der Gestörtheit hingewiesen. Minderwertigkeitsgefühl und Geltungsdrang stehen ferner vielfach im Vordergrund. Fall 6 und 7 sind Beispiele für solche Situationen. Hierbei sei bemerkt, daß meiner Meinung nach Geltungsdrang nicht immer eine Überkompensation eines Minderwertigkeitsgefühles bedeuten muß, vielmehr genau so als primäre durchgängige Haltung eines Kindes angesehen werden kann. Mit diesen Erörterungen möchte ich mich begnügen, es lag mir daran, an der Hand von praktischen Beispielen der Überzeugung Ausdruck zu geben, daß man mit einem einzelnen Aspekt der Vielfarbigkeit der Enuresis nicht gerecht werden kann. Stets handelt es sich um die Verknüpfung zahlreicher konstellativer Momente — Fall 8 ist ein Beleg für derartige Kombinationen —, zuweilen steht zwar ein Gesichtspunkt im Vordergrund, das schließt aber nicht aus, daß nicht auch andere Faktoren an der Genese mitbeteiligt sind.

Bevor wir zur Darstellung der Behandlung des Bettnässens kommen, müssen wir noch auf ein wichtiges Problem eingehen, auf die *Bedeutung des Schlafes und der Träume*. Weitverbreitet, auch in Laienkreisen, ist die Annahme oder Gewißheit, daß die Bettnässer einen sehr tiefen Schlaf haben, aus dem sie vielfach schwer zu erwecken sind. Viele Eltern erzählen von derartigen Schwierigkeiten. Auch in der Literatur wird der Schlaftiefe große Bedeutung beigelegt. ESERSKY findet z. B. bei über 80% einen tiefen Schlaf. Andererseits kennen wir Typen, bei denen der Schlaf sehr oberflächlich und unruhig zu sein pflegt. Es fragt sich, ob hier eine Gesetzmäßigkeit, eine Regel besteht. Meiner Erfahrung nach läßt sich eine derartige Regel dergestalt aufstellen, daß eine Zuordnung der Schlafform zu den genannten Temperamentsgruppen möglich ist. Mit geringen Ausnahmen findet man nämlich bei den erethischen, übererregbaren Kindern einen unruhigen, zuweilen an Pavor nocturnus angrenzenden Schlaf<sup>1</sup>. Die ruhigen, langsamen, stumpfen Typen dagegen schlafen fest und tief und sind schwer zu erwecken. In dieser Relation liegt für mich ein Hauptgrund, die Abgrenzung der Gruppen

<sup>1</sup>) Über die Beziehungen von Enuresis und Pavor-Zuständen hat HAMBURGER Angaben gemacht.

für zweckmäßig zu halten. Bei den Tiefschläfern spielt zweifellos das Moment eine Rolle, daß das Gefühl von dem Füllungszustande der Blase nicht genügend wahrgenommen wird. Hiergegen könnte eingewendet werden, daß die Kapazität der Blase ja am Tage vielfach ausreichend ist. Interessante Untersuchungen haben aber festgestellt — eine Arbeit von FRIEDEL ist u. a. zu erwähnen —, daß bei Enuretikern oftmals die normale Harnsekretion insofern verändert ist, als eine nächtliche Harnflut eines Urins von leichtem spezifischen Gewicht zu beobachten ist. Als Ursache hierfür kann man Stoffwechsel- und endokrine Vorgänge verantwortlich machen.

Bei den übererregbaren Kindern spielt ferner das *Traumleben* eine besondere Rolle, in geringerem Maße gilt dies für die Tiefschläfer. Während in neuerer Zeit das Vorkommen von Einnäbträumen kaum mehr geleugnet wird — Fall 5 zeigt solche Träume —, sind die Ansichten über ihre Bedeutung noch geteilt. Es fragt sich, ob derartige Träume als kausal oder sekundär begleitend aufzufassen sind. Eine Klärung dieses Problems ist bei der großen Suggestibilität und der Phantasietätigkeit der Kinder nicht immer möglich, schon bei Erwachsenen ist ja häufig Trauminhalt und Phantasieprodukt schwer zu trennen. Jedenfalls sind aber Einnäbträume innerhalb größeren Erfahrungsmaterials nicht selten. Ein Fall, der z. B. mit der Beobachtung von WEISSENBERG Ähnlichkeit hat, sei noch kurz angeführt.

(Fall 9.) Hans G., 10 Jahre alt. *Anamnese*: Eltern gesund, Vater Künstler. Mutter sehr erregbar. Einziges Kind. Geburt o. B. Bisher gesund gewesen. Schon immer eingenäßt, nachts regelmäßig, am Tage seltener. Leidet sehr unter dem Bettnässen. Sehr empfindlich, phantastisch veranlagt, hat künstlerische Neigungen, kann u. a. gut zeichnen. Guter Schüler. Sehr liebebedürftig. Träumt oft, zum Teil Angstträume. Vor einigen Nächten fand Mutter ihn an der Wand des Zimmers stehend und gegen die Wand urinierend vor. Er war halb im Schlaf im dunklen Zimmer. Die Mutter schüttelte ihn wach und hörte von ihm als Erklärung seines merkwürdigen Verhaltens, er habe geträumt, auf einem Straßenabort zu stehen.

Wir haben hier einen phantastisch veranlagten Jungen vor uns, der häufig träumt und u. a. einen typischen Einnäbtraum mit großem Realitätscharakter zeigt.

Ich komme nun zur Besprechung der *Behandlung*. Betont sei nochmals, daß jeder Fall organisch genau durchuntersucht werden muß. Zuweilen finden sich dann die von manchen Autoren so überwerteten dispositionellen Momente wie Phimose, abklingender Blasenkatarrh, Oxyuren usw. Naturgemäß werden wir in solchen Fällen entsprechende Maßnahmen treffen. Bis zur Extraktion der Mandeln, die zur Beseitigung des Bettnässens empfohlen werden, braucht man meiner Meinung nach nicht zu gehen, auch wird man ohne Harnröhrendilatation, Blasen-spülungen und epidurale Injektionen auskommen — letztere sind wieder in letzter Zeit von DIETEL empfohlen worden, meiner Überzeugung nach mit Unrecht.

Die Behandlung muß sich verständlicherweise der Lage des Falles anpassen. Die Genese der Enuresis wurde so ausführlich besprochen, damit die vorgeschlagenen Wege sich mit selbstverständlicher Kon-

sequenz ergeben. Allgemein gesagt, wird sich die Therapie zwischen den beiden Extremen der Einwirkung — einfachster Abstellung von Umweltschäden (soweit dies angängig ist!) und primitiver suggestiv-übender Methodik einerseits und ausgedehnter tiefenpsychologischer Erziehungsbehandlung andererseits — bewegen. Der Grad, in dem das Symptom mehr Produkt der speziellen Milieukonstellation oder Ausdruck des neurotischen Charakters ist, ist entscheidend für die Wahl der speziellen Mittel.

Wenn ich nun auf *Einzelheiten der Behandlung* eingehe, so will ich mit den einfachen Fällen beginnen. Die Vorschläge betreffen zunächst die Beseitigung des Symptoms. Stets hat sich eine Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr bewährt. Sie wird in gewissen Grenzen zweckmäßigerweise den ganzen Tag über durchgeführt. Von 5 Uhr abends lasse ich nichts mehr trinken, verbiete Suppen, Obst und warmes Essen. Im Sommer stößt diese Beschränkung des Trinkens zuweilen auf Widerstand, im allgemeinen kommt man aber damit durch, besonders wenn man den Angehörigen klarmacht, daß nach heutiger Auffassung konzentrierte Kost gesünder ist. Die Einhaltung der Vorschrift wird erleichtert durch den Hinweis, die Abendmahlzeit, die am besten aus Brot mit mildem Käse oder Schinken usw. besteht, möglichst ohne starke Gewürze zuzubereiten, damit der Durst nicht vergrößert wird. Auf eine genau differenzierte Diät, wie sie z. B. von RIETSCHEL empfohlen wird, habe ich in der Mehrzahl der Fälle verzichten können.

Ein einfaches Hilfsmittel, das bei Tiefschläfern die Behandlung unterstützt, ist die Vorschrift, die Kinder, auch wenn sie älter sind, nach dem Mittag eine Stunde schlafen bzw. ruhen zu lassen. Vielfach gelingt es hierdurch, den Nachtschlaf etwas oberflächlicher zu gestalten. Im Gegensatz hierzu empfiehlt es sich, Kindern mit oberflächlichem, unruhigem Schlaf durch gesunde Bewegung zu einem ruhigeren Schlaf zu verhelfen.

Weitere Ratschläge betreffen *Übungsmethoden*, deren Wert im allgemeinen Teil begründet wurde und die nach den Ausführungen über die Erlernung der Blasenfunktion sich gerade bei Enuresis mit Selbstverständlichkeit ergeben. Am Tage empfehle ich in Übereinstimmung mit anderen Autoren systematisches Trainieren in der Weise, daß die Kinder dazu angehalten werden, allmählich die Zwischenräume zwischen den einzelnen Terminen des Wasserlassens zu vergrößern. Man gelangt da häufig in kurzer Zeit von Intervallen von einer halben Stunde zu solchen von 3—4 Stunden. Besonders bei Fällen mit Enuresis diurna und bei Verknüpfung mit Pollakisurie bewährt sich dies Übungsverfahren, aber auch bei Einnässen in der Nacht ist eine Trainierung bei Tage empfehlenswert.

Das *Training für die Nacht* vollzieht sich am besten in folgender Form: Bei Beginn der Behandlung werden die Kinder kurz vor den Zeiten der größten Schlaftiefe geweckt, d. h. im allgemeinen etwa 1½ Stunden nach dem Einschlafen und 4—5 Stunden später nochmals. Die genaue Zeit läßt sich im speziellen Falle meist bald herausfinden. Wecken heißt richtig wachmachen, was, wie gesagt, nicht immer ganz leicht

zu bewerkstelligen ist. Die Kinder müssen aus dem Bett heraustreten und dürfen nicht eher wieder ins Bett gehen, bis sie Urin gelassen haben. Um sie wach zu machen, spricht man mit ihnen; zuweilen ist es gut, das Gesicht mit einem nassen Lappen anzufeuchten. Durch das Wecken, das je nach der Lage des Falles 1—2mal, in schweren Fällen noch häufiger stattfinden muß, wird zunächst der Circulus vitiosus, in dem sich die meisten Enuretiker befinden, durchbrochen und das Kind vor weiteren Enttäuschungen bewahrt bzw. aus der falschen Gewohnheit gerissen. Nach kürzerer oder längerer Zeit wacht dann der Patient allein auf, was wir für eine gewisse Spanne anstreben. Später darf er die Nacht wieder völlig durchschlafen, ein längerer Zeitraum der Trockenheit ist aber Vorbedingung hierfür. Es ist erstaunlich, in wie kurzer Zeit manchmal ein Tiefschläfer zu den Weckzeiten allein aufwacht und damit über den kritischen Teil der Behandlung hinwegkommt. Die Enuresis ist eben in hohem Grade der Einwirkung übender Methoden zugänglich.

Wir wiesen auf die Zweckmäßigkeit der Verknüpfung von Übung und Suggestion im allgemeinen Teil hin. Bei der Enuresisbehandlung hat sich in diesem Sinne, der Unterstützung der Übungserlernung, folgendes Verfahren bewährt. Ich lasse das Kind — in Übereinstimmung mit anderen Autoren — am Abend in Form eines Gebetes sagen: „Ich werde heute nacht trocken sein“, ferner: „Ich werde heute nacht aufwachen.“ Diese Worte muß es dreimal laut vor sich hersagen. Mit diesem auto-suggestiven Gedanken schläft es dann ein und erleichtert sich dadurch das Trockenleiben. Wenn man über dieses primitive Methode lächeln sollte, erinnere ich an die alltägliche Erfahrung, daß man bei einem wichtigen Termin, etwa einer Reise zu einer der sonstigen Gewohnheit widersprechenden Tageszeit, aufwachen kann, wenn man es sich am Abend vorher fest vornimmt. Man hat eben im Schlaf zweifellos ein Empfinden für die Zeit.

Ein Wort noch zu sonstigen medikamentösen und physikalischen Behandlungsmethoden. Wir kommen fast stets ohne Medikamente aus. Empfohlen werden endokrine Mittel (CIMBAL), ferner solche, die die Schlaftiefe beeinflussen. POTOTZKY verwendet z. B. den Campher. Wir selbst geben an Medikamenten nur solche, die die allgemeinen Kräfte anregen, besonders also bei asthenischen Individuen. Auch in anderer Weise suchen wir die Ertüchtigung zu fördern, durch Empfehlung von Sport, Gymnastik, gesunder, zweckmäßiger Lebenseinteilung usw.

Elektrophysikalische Therapie betreiben wir in ausgedehntem Maße zur suggestiven Unterstützung der Behandlung. Besonders in der Poliklinik, wo die Zeit der einzelnen Konsultation kurz ist — dafür wird die Behandlung auf einen langen Zeitraum ausgedehnt —, leistet uns dies Verfahren gute Dienste, es trägt viel zur Ermutigung des Patienten bei. Bemerkt sei, daß der elektrische Strom auch als modifizierte Prügelstrafe Verwendung findet. Daß wir eine derartige Methode mißbilligen, versteht sich von selbst. Je nach den begleitenden und erklärenden Worten kann das Verfahren in der einen oder anderen Richtung benutzt werden.

Mit diesen größtenteils auf das Symptom abzielenden Methoden erreichen wir in der Praxis vielfach schnelle und nachhaltige Erfolge. Da, wie immer, außerdem Beratungen hinzukommen, die sich auf Schäden des Milieus beziehen, da wir also den Eltern geeignete Hilfen geben, wie sie derartige Kinder behandeln sollen — z. B. nicht mit Drohungen und Schlägen, die Angst erzeugen und dadurch meist verschlechternd wirken, sondern mit Geduld und gleichmäßiger Güte —, brauchen wir vielfach keine andere Therapie. Daß wir berechtigt sind, derartige Thesen aufzustellen, lehrt die Erfahrung. Tatsächlich ist es sehr selten, daß Rezidive auftreten oder daß sich ein Objektwechsel einstellt. Die Erklärung für dieses Faktum ist in der Stellung des Symptoms zur Gesamtpersönlichkeit zu suchen. Im allgemeinen Teil wurde auf dieses Problem eingegangen. Steht das Symptom nicht an der Peripherie gegenüber dem Kern der Persönlichkeit, sondern in Circulus-vitiosus-Stellung innerhalb anderer Teilerscheinungen des Ganzen, dann gelingt die Aufröhlung am besten vom Symptom aus. Bei der Enuresis ist die letztgenannte Möglichkeit sehr häufig gegeben. Darin liegt die Erklärung für die Erfolge und daraus leitet sich die Berechtigung zu einer Therapie am Symptom her.

In einer großen Anzahl von Fällen werden wir allerdings mit den genannten Maßnahmen nicht zum Ziele gelangen. Ein Kind mit ausgesprochenem Minderwertigkeitsgefühl wird, besonders wenn das Leiden schon lange besteht, in tiefenpsychologische Behandlung genommen werden müssen. Diese ist ebenfalls angezeigt, wenn, wie in unserem Falle 6, der Geltungsdrang eines Kindes die gesamte Atmosphäre in hohem Maße beherrscht und zu den verschiedenartigsten Folgezuständen geführt hat. Je nach dem Grade der Verankerung des Symptoms und entsprechend der speziellen Lage des Falles muß eine erzieherisch-psychotherapeutische Behandlung versuchen, eine Umstellung in der gesamten Konstellation herbeizuführen. In jedem Falle wird eine derartige Behandlung mit den geschilderten Maßnahmen zu verknüpfen sein. Wenn von dogmatischer Seite von der Vernachlässigung des Symptoms gesprochen wird, so ist dem zu entgegnen, daß bei der Enuresisbehandlung ein solches Vorgehen, das auf dem Wege über Änderung der Gesamtlage zu einer Beseitigung des Symptoms führen soll, ein Umweg genannt werden muß, der fast als Kunstfehler bezeichnet werden könnte.

In schweren, sehr hartnäckigen Fällen mit Tiefschlaf ist neben der geforderten erzieherischen Therapie die Hypnose ein empfehlenswertes Verfahren. Die Hypnose, über deren Indikation das Notwendige gesagt wurde, gestattet uns nämlich bei richtiger Technik, auf die u. a. MOSSÉ hingewiesen hat, den Schlafzustand naturgetreu zu imitieren. In ihr gelingt es, durch entsprechende Suggestionen Harndrang hervorgerufen und Aufwachen zu üben. Ich habe mit dieser Behandlung schon in verzweifelten Fällen Erfolg gehabt. Es handelt sich hier nicht um eine Befehls-, sondern um eine intensive Suggestionen-Übungsform.

Über das Mittel des Milieuwechsels ist im allgemeinen Teil das Wesentliche gesagt worden. Bei sehr verwahrlosten, degenerativen

Fällen, die hier wie bei allen Erkrankungen besondere Schwierigkeiten machen, ist die Unterbringung in Bettnässerheimen angezeigt. In Normalheimen finden bekanntlich derartige Kinder, sogar auch leichtere Formen, nicht Aufnahme. Selten werden Ausnahmen von dieser Regel gemacht.

Über die *Prognose* läßt sich Allgemeingültiges bei der großen Verschiedenheit der Fälle schwer sagen, sie kann durchschnittlich als gut bezeichnet werden. Allerdings ist lange Behandlungsdauer in der Mehrzahl der Fälle notwendig, um Rückfälle zu vermeiden. Ich bestelle die Kinder auch in der Poliklinik gewöhnlich monatelang wieder, bis ich die Gewähr habe, endgültige Erfolge verzeichnen zu können.

Ein Wort noch zur Frage der Enuresisbehandlung in der Praxis. Wer soll behandeln, der praktische Arzt, der Kinderarzt oder der Kinderpsychotherapeut? Diese Frage ist nicht so allgemein zu beantworten. Der Kinderarzt wird zumeist in der Lage sein, die Mehrzahl der Fälle zu behandeln, nur in schweren, unzugänglichen Konstellationen wird er die Fälle weitergeben müssen. Ein gewisses Maß von Verständnis für Fragen der Erziehung und entsprechende Kenntnisse müssen allerdings vorausgesetzt werden. Der beschäftigte praktische Arzt wird meist schon aus Zeitmangel nicht dazu kommen, den Fällen gerecht zu werden. Aber auch für ihn dürfte die Kenntnis der dargestellten Verhältnisse wichtig sein, und sei dies auch nur soweit von Bedeutung, daß er, statt automatisch Tee zu verordnen, Flüssigkeitsbeschränkung vorschreibt. Es soll damit nicht etwa prinzipiell die Berechtigung abgesprochen werden, geeignete Fälle zu behandeln. Gewissenhaftigkeit und Gefühl für die Erfordernisse der speziellen Situation werden ihn daran hindern, Fehler zu machen.

Wir haben von den Störungen des Harnapparates bisher nur die Enuresis erörtert, und zwar haben wir beide Formen, diurna und nocturna, gemeinsam behandelt, weil sie vielfach verknüpft sind. In einem Teil der Fälle ist nun die Enuresis diurna sowohl mit der Pollakisurie und der nocturna wie auch nur mit Pollakisurie kombiniert. Da alle Formen vielfach ineinander übergehen und da die Behandlung in ihrer prinzipiellen Richtung ungefähr die gleiche ist, erübrigen sich weitere Ausführungen. Erinnerung sei nochmals daran, daß die vorgeschlagenen Maßnahmen auch im allgemeinen für die Therapie der Enkoprese übernommen werden können, die der Enuresis, wie betont wurde, in vieler Hinsicht nahesteht.

#### b) Onanie.

Da wir aus Gründen praktischer Zweckmäßigkeit, die wir zu Beginn unserer Darstellung näher bezeichneten, einer Gruppierung des Stoffes nach Organsystemen unter anderen Möglichkeiten den Vorzug geben, gelangen wir nach der Besprechung der Störungen im Bereich des Harnapparates zu denjenigen des genitalen Systems. Es sei bei dieser Gelegenheit nochmals betont, daß eine derartige Ordnungstendenz nicht irgendeine grundsätzliche Einstellung in sich schließt, und daß die hier maßgebenden praktischen Gesichtspunkte verschiedene Betrachtungs-

weisen, die unter anderen Aspekten statthaben, keineswegs ausschließen. So könnten z. B. die folgenden Erörterungen unter der Überschrift „Triebstörungen“ oder „Gewohnheiten“ nach psychologischen Gesichtspunkten besser zusammengefaßt erscheinen. Dem ist zu entgegen, daß jede Gruppierung unzureichend bleiben muß, und daß durch die gewählte, bezüglich des Inhaltes nichts präjudizierende Anlehnungsform jedwede Stellungnahme und Darstellung unangetastet bleibt.

Die *Onanie* ist innerhalb der genitalen Störungen das Bild, das in psychotherapeutischer Hinsicht weitaus am meisten interessiert. Bei der großen Bedeutung dieses Problems für die Praxis müssen einige einleitende Worte das Verständnis für das Wesen der Störung und ihre Behandlung vorbereiten. Die sexuelle Entwicklung des Kindes ist durch FREUD in den Mittelpunkt des Interesses gestellt worden. Die Notwendigkeit hierzu ergab sich für ihn auf Grund seiner Erfahrungen bei der Behandlung der Erwachsenen. Auch vor FREUDS Veröffentlichungen, unter denen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ bezüglich hierhergehöriger Literatur an erster Stelle stehen, sind Mitteilungen über dieses Gebiet erschienen. Eine historische Übersicht findet man u. a. in MOLLS „Sexualleben des Kindes“. Wenn man in diesem im Jahre 1909 erschienenen Buche liest, daß auffallend wenig Material dort zu finden sei, „wo man viel erwarten sollte, nämlich bei den Pädagogen und jenen Psychologen, die sich mit der Kindesseele beschäftigt haben“, so kann man sagen, diese Bemerkung hat noch bis in die jüngste Zeit hinein Gültigkeit. Die Kinderpsychologen bringen im allgemeinen der kindlichen Sexualität noch große Zurückhaltung entgegen, wenn man von einzelnen Veröffentlichungen, wie z. B. der Arbeit von WILLIAM STERN aus dem Jahre 1923, absieht. Noch größer ist das Schweigen bei den Kinderärzten, wenn man einzelne Pioniere, wie FRIEDJUNG und NETER, ausnimmt. Die Gründe für diese Gegebenheit sind im allgemeinen Teil angedeutet, sie liegen auf dem Gebiet historischer Zusammenhänge. Die Folge dieser Tatsache ist das Fehlen größeren Erfahrungsmaterials, wie ebenfalls bereits erwähnt wurde. Besonders bezüglich des Kleinkindalters bestehen noch klaffende Lücken in unseren Kenntnissen, gerade auf diese Zeitspanne aber konzentriert sich unser Hauptinteresse. Hier gilt es, Behauptungen der psychoanalytischen Lehre auf die Breite ihrer Berechtigung nachzuprüfen, hier kommt es darauf an, Erinnerungsmaterial, das in Analysen Erwachsener gewonnen wird, und Beobachtungen am Kinde zu größerer Deckung zu bringen, bzw. die Differenzpunkte zwischen den Erfahrungen zu klären. Vor allem die Kinderärzte sind dazu berufen, an der Weiterentwicklung dieser Forschung, die sich natürlich nicht nur auf die Kenntnis der Sexualität bezieht, mitzuarbeiten. FRIEDJUNG arbeitet in dieser Richtung seit Jahren, POTOTZKY, GÖTT u. a. ebenfalls. In neuester Zeit gebührt BENJAMIN das Verdienst, auf die kritische Zeit des Kleinkindalters mit Nachdruck hingewiesen zu haben. Als Beiträge für das Verständnis und die Kenntnis sexueller Vorgänge können auch zwei eigene Mitteilungen angesehen werden. Zweifellos bedarf es

noch viel umfangreicherer Materialsammlung, um manche noch wenig gelöste Frage zu klären. Die Kenntnis der kindlichen Sexualentwicklung leidet unter der Ungunst dieser Verhältnisse ganz besonders. Behindert wird die Vertiefung unserer Erfahrung u. a. durch die Schwierigkeiten der Feststellung sexueller Vorstellungen und Zustände. Einerseits empfiehlt es sich, mit Deutungen vorsichtig zu verfahren, andererseits muß man mit diesbezüglichen Fragen sehr zurückhaltend sein, jedenfalls habe ich es stets für meine Pflicht gehalten, jedes unnötige Hinlenken der Aufmerksamkeit auf sexuelle Vorgänge bei Kindern möglichst zu vermeiden.

Der *augenblickliche Stand der Forschung* ist etwa mit folgenden Worten kurz zu umreißen: Daß eine sexuelle Entwicklung nicht erst in der Zeit der Pubertät oder kurz zuvor einsetzt, sondern sich von der frühen Kindheit an langsam anbahnt, um in der Pubertät gewissermaßen in größerem Umfange durchzubrechen, kann heute nicht mehr bezweifelt werden. Die Diskussion, an der sich erfreulicherweise von experimentalpsychologischer Seite CHARLOTTE BÜHLER in neuester Zeit lebhaft beteiligt, erstreckt sich einmal auf Fragen der Definition. Wenn Frau BÜHLER meint, daß die kindliche Sexualität in ihrer Erscheinungsform derjenigen des Erwachsenen nicht gleichzusetzen ist, so ist hierauf zu antworten, daß diese Behauptung wohl kaum bestritten werden kann. Tatsächlich spielt z. B. beim Kinde die Fortpflanzung, die beim Erwachsenen mit der Sexualität verkoppelt ist, noch keine Rolle, auch ist hier die Objektwahl in sexueller und erotischer Richtung nicht so regelmäßig zusammenfallend wie beim Erwachsenen und der Verlauf der Kurve, Anschwellen, Orgasmus und Abschwellen der Erregung, nicht typisch für kindliche Gefühlsabläufe. Daß man trotzdem berechtigt ist, ein Abweichen von der Sexualität des Erwachsenen mit dem gleichen Ausdruck zu benennen, leitet sich schon von der Tatsache her, daß zuweilen die für Erwachsene typischen Erscheinungsformen auch beim Kinde zu beobachten sind. Regelmäßiger Geschlechtsverkehr zwischen Schulkindern ist jedem Erfahrenen bekannt, Orgasmus kommt nicht nur hierbei vor, sondern auch bei Onanie jüngerer Kinder. Erotik und Sexualität richtet sich oft genug auf ein und dieselbe Person und würde sich noch häufiger in dieser Weise verbinden, wenn die Erreichung des Zieles nicht durch Schranken verhindert würde. Auf der anderen Seite — darauf weist FRIEDJUNG mit vollem Recht bei der Erörterung dieses Problems hin und stützt sich FREUD bei wesentlichsten Thesen seiner Lehre — spielt sich ja die Sexualität des Erwachsenen sehr häufig nach kindlichem Modus ab, indem Partialtriebe die Gesamtsexualität ersetzen. Näher auf diese Gedanken einzugehen, die in jeder analytischen Darstellung zu finden sind, erübrigt sich hier. Wenn man also die kindliche Sexualität als in der Entwicklung befindlich charakterisiert — womit man nur ein Grundgesetz kindlichen Lebensablaufes bestätigt —, so braucht man über diesen Punkt nicht weiterhin zu diskutieren. Schwieriger lassen sich Differenzen der Beurteilung forträumen, wenn man über die Reichweite des Sexualitätsbegriffes spricht, wenn man die Überzeugung vertritt, daß jede Lust

identisch mit sexueller Lust ist, daß jede Freude an rhythmischer Bewegung oder am Lutschen ihr gleichzusetzen ist, oder wenn demgegenüber die Ansicht vertreten wird, der ich persönlich zuneige, daß die verschiedenen Lustbetätigungen sexuell nuanciert sein *können*, daß aber aus der Tatsache, daß sie mehr oder weniger bei der sexuellen Betätigung mitwirken können, noch nicht der Schluß gezogen zu werden braucht, daß sie sexuell nuanciert sein *müssen*. Im Zusammenhang mit dieser Frage steht die Auseinandersetzung darüber, wie hoch die dynamische Kraft der sexuellen Strebungen innerhalb des gesamten Wachstumsprozesses zu veranschlagen ist. Meine eigene Meinung, die im allgemeinen Teil bereits angedeutet wurde, geht dahin, daß die Sexualität im Kindesalter eine gesetzmäßige Entwicklung erfährt, deren Bedeutung für den Wachstumsprozeß zu den verschiedenen Zeiten des kindlichen Lebens eine ganz differente ist, deren durchgehende Betonung ferner nicht bei allen Typen gleichmäßig stark ist, sondern von den verschiedensten konstellativen Faktoren beeinflusst wird. Mit dieser Feststellung wollen wir uns hier begnügen, da spezielle Aussagen über Häufigkeit, Abgrenzung von normal und pathologisch, d. h. also Erörterungen der Normung, nicht mit der notwendigen Präzision und Sicherheit zusammengefaßt werden können. Dazu fehlen, wie gesagt, die Unterlagen, die erst an umfangreichem Erfahrungsmaterial in Zukunft erarbeitet werden müssen.

Nach diesen einleitenden Worten, die die Situation bezüglich unserer Kenntnisse von der kindlichen Sexualität kurz skizzierten, kommen wir zur Darstellung der Onanie, die innerhalb des zur Diskussion stehenden Fragenkomplexes die wesentlichste Beachtung verdient. Zunächst ein Wort zur Definition. Wir wollen unseren Ausführungen die Abgrenzung zugrunde legen, die als Onanie die genitale Betätigung zum Zwecke der Lustgewinnung ohne Beteiligung eines Partners bezeichnet. Wenn wir ein Bild von der Häufigkeit ihres Auftretens entwerfen wollen, so müssen wir gelegentlich vorkommende Betätigung von gewohnheitsmäßiger Onanie unterscheiden. Es liegt in der Natur der Sache, daß alle statistischen Angaben über gelegentliche Betätigung nur einen gewissen Wahrscheinlichkeitswert haben können. Daß die Masturbation in dieser gemäßigten Form viel häufiger vorkommt, als manche Erzieher und Ärzte annehmen, ist für mich auf Grund langjähriger Erfahrungen in klinischer, fürsorgeärztlicher und privater Tätigkeit sicher. Viele Eltern ahnen nichts davon, daß ihr Kind gelegentlich onaniert, manche wollen es nicht wissen, andere wiederum sind so vernünftig, die Wichtigkeit derartiger Beobachtungen nicht zu überschätzen. Nicht überall bildet glücklicherweise die Onanie, wenn sie in mäßigen Grenzen bleibt, das allgemeine Familiengespräch.

Diesen Formen, auf die bei der Besprechung der Behandlung nochmals eingegangen werden soll, stehen, wie gesagt, Fälle gewohnheitsmäßiger Onanie gegenüber, wobei natürlich zugegeben werden muß, daß diese Abgrenzung keine wissenschaftlich scharfe ist, vielmehr praktischem Bedürfnis entspringt. Zur Charakterisierung derartiger Fälle konnte ich im Jahre 1928 Material unserer Poliklinik beibringen. Über

erweiterte Untersuchungen machte ich auf dem Kongreß der Gesellschaft Deutscher Kinderärzte 1931 Mitteilung. Als Unterlage meiner Ausführungen stehen mir zur Zeit 85 genau beobachtete Fälle zur Verfügung, von denen 50 statistisch ausführlich bearbeitet wurden. Wenn wir die Ergebnisse dieser Untersuchungen erörtern wollen, so sei zunächst festgestellt, daß die betreffenden Kinder sämtlich dem Klein- und Schulkindalter angehören. FREUD unterscheidet mehrere zeitliche Stadien der Onanie, diejenige des Säuglings, des Kleinkindes und der Pubertät. Da in meinem poliklinischen Material Säuglinge nicht mit-enthalten sind, wird bei der Schilderung der Onanie zunächst von den Verhältnissen bei Säuglingen abgesehen. Bei einer späteren Besprechung bestimmter Gewohnheiten ist Gelegenheit, klinische Beobachtungen und eigene Anschauungen mitzuteilen.

Zur *allgemeinen Kennzeichnung* meiner Fälle ist folgendes zu sagen: Es handelt sich durchweg um gewohnheitsmäßige Onanie. Die Kinder wurden nicht gelegentlich von ihren Eltern überrascht, sondern entsprechende Beobachtungen wurden längere Zeit hindurch regelmäßig gemacht, entweder von den Angehörigen oder von anderen Pflegepersonen bzw. von Schul- oder anderen Instanzen. Unter diesen Umständen kann die Wahrscheinlichkeit von Irrtümern als gering angesehen werden, im allgemeinen spielt sie zweifellos eine nicht unbedeutende Rolle. Ich erinnere an die bekannte Modifikation einer Augendiagnose, vermittels derer an den Augenrändern festzustellen sein soll, ob ein Kind onaniert hat. Dieser Laienauffassung ist durchaus zu widersprechen. Jeder Arzt kennt zahlreiche Kinder, die sehr häufig bei körperlicher und geistiger Abspannung Ränder unter den Augen haben, ohne daß sie onanieren. Man muß schon über andere Kriterien verfügen, um zu einer einwandfreien Diagnose zu gelangen. Solche Zeichen — z. B. Versunkenheit, Abwesenheit, glanzvolles Auge — lassen sich bei oder kurz nach onanistischer Betätigung feststellen, andere psychische Symptome, wie Schuldbewußtsein, Verstörtheit usw., sind ebenfalls zu beobachten. Doch auch derartige Anzeichen sind nur mit großer Vorsicht zu verwerten, da sie vielfach begleitende, aber nicht der Onanie typisch zugeordnete Symptome darstellen. Bei unseren Fällen ist die Diagnose, wie gesagt, durch einwandfreie Beobachtung während der masturbatorischen Handlung gesichert, wozu sich naturgemäß reichlich Gelegenheit findet.

Um uns ein Bild von den Konstellationsverhältnissen bei Kindern mit hochgradiger, gewohnheitsmäßiger Onanie zu machen, fragen wir, wie immer, nach den Milieu- und Konstitutionsfaktoren, die für die therapeutische Einstellung auch hier maßgebende Bedeutung haben. Einige Beispiele mögen die Erörterung einleiten.

(Fall 10.) Ursula M., 4 Jahre alt. *Anamnese*: Eltern gesund. Mutter nervös. Einziges Kind. Geburt und bisheriges Leben o. B. Seit 2 Jahren Onanie. Fast jeden Abend vor dem Einschlafen Reiben mit den Fingern an der Scheide. Dabei Versunkenheit, Rotwerden des Gesichtes. Kind im übrigen nicht sehr auffallend, etwas ängstlich, scheu. Hängt sehr an der Mutter. Mutter ist betreffs der Onanie sehr beunruhigt, hat mit Schlägen, Drohungen Abhilfe versucht. *Untersuchung* und Beobachtung ergibt: Gesund aussehendes Kind, sehr zärtlich zur Mutter,

dem Arzt gegenüber zunächst schüchtern, später ebenfalls sehr freundlich. Intelligenz normal. Körperlich o. B. Mutter sehr ängstlich, besorgt, glaubt, daß die Onanie dem Kinde sehr schaden kann. Ehe o. B. Soziale Lage mittelmäßig.

*Zusammenfassung:* Fall gewohnheitsmäßiger Onanie bei 4jährigem Mädchen. Einziges Kind, verwöhnt, an die Mutter stark gebunden. Diese verzärtelt das Kind und hat bezüglich Schädigungen Angst und Sorge.

(Fall 11.) Inge D., 11 Jahre. *Anamnese:* Eltern gesund, haben ein kleines Geschäft. Mutter leicht erregbar. Einziges Kind. Bisher nicht aufgefallen. Muß viel sich selbst überlassen bleiben, da Eltern beschäftigt sind. Wenig mit Kindern Kontakt, da Mutter schlechten Einfluß befürchtet. In der Schule gut. Vor einigen Tagen kam durch Zufall heraus, daß das Kind seit mehreren Monaten onaniere. Sie wurde von einem 19jährigen Dienstmädchen hierzu verführt. Sie hat mit diesem mutuell onaniert, seitdem auch für sich allein, in der letzten Zeit täglich. Seit kurzem Ausfluß. Vor der Verführung angeblich nicht onaniert. Mutter und Kind kommen sehr erregt zur Beratung, beide brechen sofort in Tränen aus. Mutter glaubt, daß die Angelegenheit sehr schwere Folgen haben könne, das Kind hat Angst, zittert vor Erregung. Die *Untersuchung* des Kindes ergibt: Mittelkräftiges Mädchen, entsprechend entwickelt. Ausfluß enthält keine Gonokokken. Psychisch steht der Angsteffekt im Vordergrund. Die weitere Beobachtung, die eine schnelle Entspannung der Situation herbeiführt, gibt keine Anhaltspunkte für grobe Störungen bei Mutter und Kind.

*Zusammenfassung:* Verführung eines 11jährigen Mädchens zur Onanie durch ein 19jähriges Dienstmädchen. Große Erregung der gesamten Atmosphäre. Keine groben nervösen Störungen.

(Fall 12.) Fredy M., 6 Jahre alt. *Anamnese:* Mutter vor 2 Jahren an Appendicitis gestorben. Vater ruhig. Ein Bruder 4 Jahre alt, ruhig, macht keine Schwierigkeiten. Pat.: Geburt o. B. Hatte Drüsenvergrößerung nach Masern. Ist schwer zu erziehen, gehorcht nicht, ist geistig sehr rege. Schläft abends schlecht ein, onaniert regelmäßig am Abend, auch am Tage, während des Spielens. Schließt bis vor kurzem mit dem Bruder in einem Bett, die Kinder spielten öfters gegenseitig an den Geschlechtsteilen. Stiefmutter ist sehr besorgt wegen der Onanie, sie sagt, „als Stiefmutter sei sie doppelt verantwortlich, sie befürchte, der Junge gehe ihr zugrunde“. Zu dieser Behauptung steht der *Befund* in krassestem Gegensatz. Es handelt sich um einen blühenden, für sein Alter außerordentlich kräftigen Jungen, der körperlich gesund ist. Auf Befragen gibt der Junge an, er spiele mit seinem Bruder Vater und Mutter. (Er schläft im Schlafzimmer der Eltern!) Intelligenz normal, gibt für sein Alter sehr gut Auskunft, ist nicht scheu. Mutter macht nervösen, gutmütigen Eindruck. Soziale Lage schlecht. Ehe besteht seit 3 Monaten, gut.

*Zusammenfassung:* Gewohnheitsmäßige Onanie. Stiefmutter überängstlich. Fehlen gröberer nervöser Störungen. Schläft in einem Bett mit dem Bruder zusammen im Schlafzimmer der Eltern.

(Fall 13.) Hans O., 6 Jahre. *Anamnese:* Mutter an Tbc. gestorben. Vater sehr aufbrausend. Eltern waren geschieden. Stiefmutter sehr nervös. Eine Schwester 1 Jahr älter. Hochgradige Onanie, abends und am Tage, auch sexuelle Spiele mit der Schwester. Stiefmutter beobachtet, daß er onaniert, wenn sie halb angezogen ist. Ein Zimmer. Wirtschaftliche Not. Arbeitslosigkeit. Vater der Mutter zweifellos untreu, erste Ehe deshalb geschieden. Pat. scheu, dauernd in Angst vor dem Vater, ist von ihm oft geschlagen worden. Kind bereits einmal von Hause ausgerückt. In der Schule gut. Sehr empfindlich, phantastisch, schwer zu erziehen, gehorcht schlecht, ist aber gutmütig. *Untersuchung* und nähere Beobachtung ergibt: Stiefmutter sehr nervös, unsauber. Kind verwahrlost, scheu, schuldbehaftet. Intelligenz normal. Affektiv labil, schwierig.

*Zusammenfassung:* Gewohnheitsmäßige Onanie bei intelligentem, schwer erziehbarem, übererregbarem Kinde. Gehäufte Milieuschäden: Ehescheidung. Triebhaftigkeit, Verwahrlosung, Stiefsituation, wirtschaftliche Not.

Ich füge noch 2 Fälle an, deren hervortretende Konstellationsbedingungen kurz angeführt werden.

(Fall 14.) Elfriede P., 4 Jahre. Eltern geschieden. Vater ist wegen sexueller Verfehlung am Kinde mit Gefängnis bestraft. Mutter sehr nervös. Wirtschaftliche Not. Kind normale Entwicklung, Intelligenz normal. Motorisch erregbar, schüchtern.

(Fall 15.) Irmgard L., 5 Jahre. Eltern getrennt. Vater Potator. Mutter: sexuelle Triebhaftigkeit, seit der Jugend verwahrlost. Kind in Pflege, hatte Gonorrhöe. Sehr lebhaft, ängstlich, von normaler Intelligenz.

Die mitgeteilten Fälle führen mitten in die Diskussion des Onanieproblems hinein. Wir sehen die verschiedensten Milieufaktoren, wie Eheschwierigkeiten, sexuelle Triebhaftigkeit, Stiefsituationen, Verführung, Verwahrlosung und Überzärtelung, wir hören von Nervosität der Kinder, ängstlichem Verhalten, phantastischen Neigungen usw. Um einen Überblick über die Konstellationsbedingungen zu geben, habe ich die wesentlichsten Punkte in Tabellen zusammengestellt. Auf der ersten Übersicht sieht man das Verhältnis der Onaniefälle zu der Gesamtheit der in einem bestimmten Zeitraum zur Beratung gekommenen Fälle der Poliklinik. 1000 Fälle sind zu diesem Zwecke durchgearbeitet worden. Die verschiedenen Altersstufen sind gegenübergestellt. Man sieht, wie bereits erwähnt wurde, die geringe Anzahl von Säuglingen innerhalb des poliklinischen Materials, was mit äußeren Gründen im Zusammenhang steht. Eine zweite Tabelle gibt eine Übersicht über die Milieu- und Konstitutionsverhältnisse. Das Milieu war, wie ersichtlich ist, nur in 6 Fällen ohne Besonderheiten. Von den übrigen Fällen wiesen 15 Nervosität der Eltern auf, davon, wie hinzugefügt werden kann, 8 mal beider Teile.

Tabelle 1. Onaniefälle im Verhältnis zum Gesamtzugang.

Alter in Jahren	Onaniefälle (53)			Gesamtfälle (1000)		
	männlich	weiblich	Summe	männlich	weiblich	Summe
0—1	0	0	0	3	5	8
2—4	1	6	7	40	37	77
5—7	9	12	21	134	113	247
8—10	14	9	23	210	157	367
11—14	1	1	2	155	146	301

Tabelle 2. Übersicht über Milieu- und Konstitutionsverhältnisse bei Kindern mit gewohnheitsmäßiger Onanie. 50 Fälle.

Milieuverhältnisse		Konstitution der Kinder	
Keine Besonderheiten . . . . .	6	Nervosität, Unruhe leichten Grades . . . . .	21
Nervosität der Eltern . . . . .	15	Hochgradige Nervosität . . . . .	3
Nervenkrankheiten der Eltern	5	Enuresis . . . . .	1
Ehe geschieden oder getrennt	12	Stottern . . . . .	2
Sexuelle Delikte, Triebhaftigkeit, Verführung . . . . .	7	Psychopathie, Schwererziehbarkeit . . . . .	6
Mutter tot . . . . .	6	Intelligenz:	
Vater tot . . . . .	2	60% mittel bis gut	
Trunksucht . . . . .	2	40% unter dem Durchschnitt	
Suicid . . . . .	1	Hilfsschüler 3 Fälle	
Einer dieser Faktoren oder mehrere . . . . .	24	Schlaf:	
		unruhig 15 Fälle.	

Tabelle 3. Konstellationsverhältnisse bei Onanie und Tic (je 50 Fälle).

Angehörige	Onanie	Tic
Nervosität . . . . .	15	22
Nervenkrankheiten (organ.) . . . . .	5	3
Ehe geschieden oder getrennt . . . . .	12	2
Sexuelle Triebhaftigkeit . . . . .	7	0
Trunksucht . . . . .	2	0
Suicid . . . . .	1	0
Kinder:		
Nervosität . . . . .	24	40
Psychopathie, Schwererziehbarkeit . . . . .	6	1
Enuresis . . . . .	1	0
Stottern . . . . .	2	7

Wie weiterhin zu bemerken ist, bestehen gegenüber 25% bei unsortierten Poliklinikfällen in der Hälfte der Fälle grobe Milieuschäden, einzeln und noch häufiger zu mehreren. Besonders auffallend sind die Eheverhältnisse. In 8 Fällen war einer von den Eltern tot, 12 Ehen waren getrennt oder geschieden, sexuelle Delikte, Triebhaftigkeit sind nicht selten. Wirtschaftliche Not kompliziert in vielen Fällen die Situation. Noch krasser stellen sich die Verhältnisse dar, wenn man Vergleichsmaterial heranzieht. Wie man aus Tabelle 3 ersieht, spielen bei Ticfällen die genannten Faktoren nicht annähernd die Rolle wie bei der Onanie. Wenn wir, was in den Übersichten nicht zum Ausdruck kommt, hinzufügen, daß in einer größeren Anzahl von Fällen eine Verzärtelung festzustellen war — bei einzigen Kindern, von denen 12 im Material enthalten sind, bekanntlich eine häufige Gegebenheit — so haben wir im wesentlichen die Atmosphäre charakterisiert. Bevor wir zu diesem Ergebnis Stellung nehmen, wenden wir uns noch den Kindern selbst zu.

Zur *Altersverteilung*, die aus Tabelle 1 ersichtlich wird, ist folgendes zu sagen: Das Absinken der Ziffer in der Nähe der Pubertät ist dadurch zu erklären, daß erstens die Gesamtzahl des Poliklinikdurchgangs geringer wird, zweitens aber erklärt sich diese Tatsache daraus, daß es größeren Kindern besser gelingt, die Angelegenheit zu verbergen. Hochgradige Formen werden außerdem meist in früheren Jahren bemerkt und dann bereits der Beratung zugeführt. Die Verteilung nach Geschlechtern ist so, daß 25 Jungen 28 Mädchen gegenüberstehen. Über Temperament, nervöse Störungen, Intelligenz geben die Tabellen ausreichende Auskunft. Bemerkenswert ist, daß Abweichungen von der Norm im Verhältnis zu den Ticfällen an Bedeutung zurücktreten. In den Tabellen kommt ferner nicht zum Ausdruck, daß bei sehr vielen Kindern — bei einigen der Beispiele sichtbar —, große Scheu; Gedrücktheit zu verzeichnen ist. Schuldgefühle spielen, wie bei der Besprechung der Therapie hervorgehoben werden wird, eine große Rolle.

Über die *Form* der Onanie ist folgendes zu berichten: In der Mehrzahl der Fälle wurde digital masturbiert, bei Mädchen auch vielfach durch Scheuern, Reiben mit dem Bett oder durch Zusammenpressen der Schenkel. Ausgesprochener Orgasmus wurde öfters beobachtet, mit

Sicherheit dreimal. Lustgefühle werden bei einer Reihe von Kindern spontan angegeben und als Begründung der Tätigkeit angeführt.

Einige Worte noch zur Frage des Beginns der Masturbation. Eine Anzahl von Kindern, besonders der jüngeren Altersstufen, gelangt bei der spielerischen Entdeckung des Körpers unter anderem zur Bekanntheit des Genitales, aus der sich dann eine Onanie entwickeln kann. Damit soll nicht gesagt sein, daß jede spielerische Beschäftigung in dieser Gegend Onanie genannt werden darf. Daneben kommen in einer Reihe von Fällen verschiedene Formen von lokalen Entzündungszuständen, wie Phimose, Wundsein, ferner Würmer und ähnliche Momente, als auslösende Faktoren in Betracht.

Von großer Bedeutung sind weiterhin soziale Bedingungen. Enge Wohnungsverhältnisse, Zusammenschlafen in einem Bett, ungenügende Beaufsichtigung sind Faktoren, die in Gemeinschaft mit Verführung durch Erwachsene und ältere Kinder, das Auftreten der Onanie begünstigen.

Ich glaube, die Konstellationsverhältnisse genügend geschildert zu haben, und *fasse die Ergebnisse der Beobachtungen zusammen*: Das Mischungsverhältnis zwischen Anlage- und Milieufaktoren, deren Wechselwirkung für jeden Zustand grundsätzliche Bedeutung hat, ist für die Mehrzahl meiner Fälle mit gewohnheitsmäßiger Onanie dahin zu charakterisieren, daß Abweichungen der Kinder in konstitutioneller Hinsicht, Temperaments- und Charakterbesonderheiten sowie Intelligenzstörungen ein gewisses Maß nicht überschreiten, verglichen mit Verhältnissen bei anderen Störungen sogar etwas zurücktreten. Demgegenüber ist die Gesamtatmosphäre, in der die betreffenden Kinder leben, in einem auffallend hohen Prozentsatz dadurch ausgezeichnet, daß die normalen Liebesbeziehungen der Familie in der verschiedensten Form gestört sind. Stiefsituationen, zerrüttete Ehen und sexuelle Triebhaftigkeit auf der einen, übergroße, ängstliche Verzärtelung auf der anderen Seite, das sind Bedingungen, die mit großer Regelmäßigkeit festgestellt werden können. Einmal ist zu wenig Liebe und Sorgfalt vorhanden, ein andermal leidet das Kind unter einem Übermaß an Liebe. Zwischen den beiden anscheinend extremen Einstellungen gibt es außerdem die mannigfaltigsten Kombinationen. Man denke an eine geschiedene Mutter, die ihr unbefriedigtes Liebebedürfnis auf ihr Kind konzentriert, überlege sich, in wieviel unglücklichen Ehen beide Eltern ihr Kind als einziges Liebesobjekt mit einem ungesunden Überfluß von Zuneigung überschütten. Das Gemeinsame der im einzelnen differierenden Situationen ist eine falsche Dosierung der Liebe. Nur ein mittleres Maß von Zärtlichkeit aber, gleichmäßig temperierte LiebesEinstellung gibt die Gewähr für eine gedeihliche Entwicklung. Abweichungen von dieser Mittellinie nach beiden Seiten charakterisieren die Atmosphäre der Kinder mit Onanie.

Für die Einstellung zur *Behandlung*, die wir nunmehr erörtern wollen, ist es noch von Bedeutung, eine Vorstellung von den Schäden zu haben, die durch Onanie erwachsen. Nicht nur das Laienpublikum ist großenteils davon überzeugt, daß die Masturbation beträchtliche Schädigungen

für körperliche und seelische Gesundheit nach sich zieht, auch weite Kreise der Ärzteschaft sehen in ihr — je nach Einstellung — ein höchst zu bekämpfendes Symptom — ROHLEDER spricht von der „verbreitetsten Volkskrankheit“ — oder eine verabscheuungswürdige Handlung. Lassen wir phantastische Vorstellungen, wie Rückenmarksschwindsucht und geistigen Verfall, als den Laien ängstigende Gespenster, außerhalb unserer Diskussion, so fragt sich, welche Schädigungen bei kritischer Beurteilung mit Gesetzmäßigkeit festzustellen sind. An erster Stelle wird vielfach Konzentrationsschwäche und Zerstretheit ins Feld geführt. Meiner Erfahrung nach handelt es sich hier um Eigenschaften, die bei Kindern so häufig zu beobachten sind, ohne daß Onanie vorliegt, daß eine kausale Beziehung kaum in größerem Umfange anzunehmen ist, vielmehr handelt es sich um parallele Vorgänge. Auch Störungen des Schlafes werden mit der Onanie häufig in Beziehung gesetzt. In vielen Fällen, in denen das Einschlafen erschwert ist, so bei ängstlichen oder übererregbaren Kindern, bei denen die Tagesereignisse nicht schnell genug abklingen, dient die Onanie ebenso wie andere Gewohnheiten und Zeremonien als Schlafmittel. In diesen Fällen ist die ungünstige Wirkung auf das Nervensystem weniger auf das Konto der Onanie zu setzen als auf die eigentliche Ursache der Schlafstörung. Es würde zu weit führen, alle sonstigen angeschuldigten oder wirklich in gewissem Maße nachteiligen Folgen der Onanie zu besprechen. Meiner Erfahrung nach werden diese Folgeerscheinungen zumeist außerordentlich überwertet.

Ein *Gefahrenmoment* ist aber durchaus bedeutungsvoll und bedarf daher der Erörterung. In einer großen Zahl von Fällen, auch dort, wo es sich nur um vorübergehende Phasen masturbatorischer Betätigung handelt, bildet sich die typische Atmosphäre aus, in der Angst, Abscheu, Drohungen und Schläge beherrschend werden können. Schuldbewußtsein, narzißtisches Sichzurückziehen und Verstärkung der Onanie mit Circulus-vitiosus-Tendenz, das sind dann die üblichen Folgen. Hier bahnen sich Schädigungen an, die tatsächlich für die spätere Charaktergestaltung von großer dynamischer Bedeutung werden können, um so mehr dann, wenn die betreffenden Kinder anlagemäßig zur Introversion und Isolierung neigen. Diese Wechselwirkungen zwischen affektiven Haltungen der Umwelt und kindlichen Reaktionsformen sind dazu angetan, in den geschilderten Verhältnissen den Kindern den Stempel aufzudrücken, der ihnen vielfach bis ins spätere Leben hinein bleibt. So werden sie gedrückt, verschüchtert, wenn sie vorher heiter waren, und überängstlich, überempfindlich und narzißtisch-verschlossen, falls sie sich bereits vorher auf dieser Linie bewegten.

Wenn wir nun *Richtlinien für die Behandlung* aufstellen wollen, so müssen wir zunächst wiederum die Fälle gelegentlicher Onanie von gewohnheitsmäßiger Betätigung trennen. Bei der Mehrzahl der „normalerweise“ onanierenden Kinder ist eine Behandlung vielfach unnötig, zuweilen kontraindiziert, da weder eine Krankheit noch ein psychopathischer Zustand vorzuliegen braucht. Infolgedessen wird es dann nur darauf ankommen, durch entsprechende Aufklärung der Angehörigen

die herrschenden Anschauungen zu korrigieren und der Atmosphäre den Charakter der Unruhe und Angst zu nehmen. Es ist erstaunlich, in wir kurzer Zeit es oftmals gelingt, die überwertige Note zu beseitigen, die der Onanie beigelegt wurde. In andern Fällen scheitern derartige Versuche an Vorurteil und Unvernunft.

Bei der andern Gruppe von Fällen wird unser Bestreben darauf gerichtet sein, dort anzugreifen, wo der Schwerpunkt zu suchen ist, und zwar empfiehlt es sich, mit dem kleinsten Aufwand an therapeutischem Rüstzeug vorzugehen, mit dem man Erfolg erwarten kann. Den geschilderten Verhältnissen entsprechend, muß sich unser Interesse in hohem Maße der Haltung der Umgebung zuwenden. Aufklärungstätigkeit in weitestem Umfang ist in der Mehrzahl der Fälle angebracht. Sie wird sich auf Belehrung über das Wesen der Onanie und entsprechende Berichtigung irriger Anschauungen erstrecken, ferner die Einstellung dem Kinde gegenüber beeinflussen müssen. Vor allem ist es notwendig, den Eltern begreiflich zu machen, daß Angst, auf deren Erregung die meisten Maßnahmen hinauslaufen, völlig fehl am Platze ist, da sie entweder die Onanie verstärkt oder zu Verdrängungen führt, deren Dynamik bei Erwachsenen vielfach noch in ungebrochener Kraft festzustellen ist. Besonders beliebt sind in dieser Richtung die verschiedenartigsten Kastrationsdrohungen. Immer wieder erzählen Mütter, daß sie das Abschneiden des Gliedes in Aussicht gestellt haben, zuweilen kommen sie mit der Bitte zum Arzt, dem Jungen eine derartige Operation oder andere Maßnahmen ähnlicher Art anzudrohen. Welche groteske Formen solche Einstellungen annehmen können, zeigt ein Fall, in dem eine Mutter ihr Kind damit einschüchterte, daß sie ihm, nachdem andere Mittel versagt hatten, mit dem Krematorium drohte, von dessen Einrichtung sie ein anschauliches Bild entwarf. Es dürfte ohne weiteres einleuchten, daß Anschauungen, auf deren Boden derartige Vorschläge erwachsen, nicht immer leicht umzustoßen sein werden. Glücklicherweise liegen die Verhältnisse nicht immer so kraß, zumeist aber haben wir mit der gleichen Grundhaltung zu kämpfen. Einsichtslose Eltern kann man zuweilen dadurch beeinflussen, daß man sie an ihre eigene Jugend erinnert und fragt, ob bei ihnen niemals derartige Neigungen aufgetreten sind. Durch einen solchen Hinweis habe ich schon oftmals meine Position erleichtert. Daß eigene Erfahrungen der zur Beratung kommenden Angehörigen auch einmal durchaus geeignet sein können, dem Arzte die Behandlung zu erleichtern, möge folgender Fall demonstrieren.

(Fall 16.) Eine Mutter erscheint mit ihrer 8jährigen Tochter Else S. und berichtet über gewohnheitsmäßige Onanie des Kindes vor dem Einschlafen. Nach der Untersuchung, die keine wesentlichen Störungen zutage bringt, wird der Mutter eine beruhigende Auskunft über zweckmäßiges Verhalten gegeben, woraufhin sie aufatmend folgendes erzählt: In ihrer Jugend habe sie ebenfalls onaniert. Da sie uneheliches Kind ist und in einer sehr ungünstigen Pflegestelle untergebracht war, hat sie ein regelrechtes Martyrium durchgemacht. Drohungen und Schläge waren an der Tagesordnung. Sie kam körperlich und seelisch sehr herunter und hatte noch viele Jahre hindurch unter den Nachwirkungen dieser Behandlung zu leiden. Sie kommt jetzt zur Beratung mit dem Wunsche, ihrer Tochter ähnliche Erlebnisse zu ersparen, deren Folgen sie ausgiebig kennengelernt hat, ist vielmehr bemüht, ihr auf eine andere Weise helfen zu können.

Derartige Fälle haben leider Seltenheitswert. Bei der Menge der zur Behandlung gelangenden Fälle können wir mit so weitgehender Einsicht nicht rechnen, sondern sind genötigt, gegenüber falschen ethischen, moralischen Überzeugungen und irrigen Vorstellungen unsere Einstellung durchzusetzen. Da wir wissen, daß Lustgefühle in der Mehrzahl der Fälle die gewohnheitsmäßige Betätigung aufrechterhalten, muß unser Handeln prinzipiell dahin zielen, den Eltern eine Haltung beizubringen, die sich auf dieser Erkenntnis aufbaut. Je nach dem Alter des Kindes werden die notwendigen Maßnahmen verschieden ausfallen. Bei sehr jungen Kindern, an die man mit Worten noch nicht herankann, müssen wir dafür sorgen, daß die Kinder systematisch von ihrer Gewohnheit abgelenkt werden, indem man ihre Aufmerksamkeit auf andere Dinge richtet. Man muß versuchen, die Beschäftigungen herauszufinden, die dem Kinde irgendeine Freude bereiten.

Von Bedeutung ist das Verhalten der Angehörigen vor allem am Abend, wenn das Kind schlafen geht. Nur in den seltensten Fällen gelingt es, durch Anbinden der Hände an den Betträndern die Onanie zu verhindern. Dieses sehr verbreitete Mittel, das ja auch bei anderen Gewohnheiten, wie Kratzen bei Ekzem, Verwendung findet, ist nur bei nicht eingefahrenen Störungen und bei sehr jungen Kindern indiziert, im übrigen erfolglos und daher abzulehnen. Es kommt vielmehr darauf an, auf anderem, der speziellen Lage angepaßtem Wege für ein schnelles Einschlafen Sorge zu tragen. In vielen Fällen gelingt es, durch Erzielung körperlicher Müdigkeit den Schlafeintritt zu beschleunigen. In anderen Fällen erreicht man dies durch Vermeiden aufregender Beschäftigung in den Stunden vor dem Schlafengehen. Gegen diese Regel, die nicht nur für die Fälle von Onanie Gültigkeit hat, wird bekanntlich sehr oft verstoßen. Die vorübergehende Verabfolgung eines Beruhigungsmittels ist ferner ein nützliches Mittel, um Einschlafgewohnheiten zu durchbrechen. Bei der Besprechung der Schlafstörungen wird Gelegenheit sein, von diesen und anderen Möglichkeiten zu reden.

Je älter das betreffende Kind ist, um so eher ist es der direkten Einwirkung zugänglich, die dann mit der Beeinflussung der Eltern Hand in Hand gehen muß. Bei der Differenziertheit der Fälle, an deren Konstellation, wie wir gesehen haben, die verschiedenartigsten Faktoren mitwirken, müssen wir uns das Eingehen auf Einzelheiten versagen. Die Schilderung dieser mannigfaltigen Bedingungen ist deshalb vorangegangen, damit die Richtung der Behandlung mit Selbstverständlichkeit abgeleitet werden kann. Betont sei nochmals, daß es darauf ankommt, den Kindern andere, ihnen mehr angepaßte Möglichkeiten lustvoller Betätigung nahezubringen. Statt Bestrafung wegen des Vorkommens der Onanie ist Belohnung für Unterlassung angezeigt. Zweckentsprechende Tageseinteilung, gymnastische und sportliche Trainierung, Beschaffung geeigneter Kindergesellschaft, Anleitung zu Spielen und freudbringender Beschäftigung, das sind einige Gesichtspunkte, die Beachtung verdienen. Zur umstrittenen Frage von Zeitpunkt und Form sexueller Aufklärung ist in Kürze nur zu sagen, daß das diesbezügliche Verhalten, ebenso wie die Einstellung zum Koedukations-

problem und zu ähnlichen Fragen nicht allgemeingültig präzisiert werden kann. Individuelle Eigenschaften des Kindes und Besonderheiten der speziellen Situation machen ein den Umständen angepaßtes Vorgehen notwendig.

Bei einer Reihe von Fällen, in denen konstitutionelle Anlage und Milieuschäden auf dem Wege des Circulus vitiosus zu einer Fixation geführt haben, die schwer zu durchbrechen ist, werden wir ohne tiefenpsychologisch-erzieherische Therapie nicht ausreichende Erfolge erzielen können. Besonders dort, wo die Onanie nur ein Glied in der Kette neurotischer Symptome ist, wird die Heilpädagogik am Platze sein. Aber auch mit ihrer Hilfe werden wir nicht überall die Schwierigkeiten überwinden können, die sich der Behandlung in den Weg stellen. Bei Formen schwerer Psychopathie oder geistiger Minderwertigkeit ist die eine dieser Möglichkeiten des Mißerfolges gegeben. Doch spielen derartige Fälle weder in meiner Poliklinik eine größere Rolle, noch meiner Erfahrung nach in der Praxis des allgemeinen und Kinderarztes, deren Bereich die Poliklinik ungefähr gleichgeordnet sein dürfte. Es sei aber ausdrücklich hervorgehoben, daß zu anderen, z. B. psychiatrischen Instanzen, zweifellos ein Material gelangt, das andere Aufgaben an den Arzt stellt, als sie hier in den Vordergrund gerückt werden. Milieuwechsel, Fürsorgeerziehung und ähnliche Maßnahmen, die bei uns selten notwendig sind, werden dort im Vordergrund stehen. Neben diesen Fällen degenerativer Struktur der Kinder bilden ähnliche Formen bei den Angehörigen die zweite große Barriere für unser Handeln, sie ist, wie aus unserer Schilderung hervorgeht, noch bedeutsamer als die erstgenannte. Dort, wo die Erziehung der Erzieher unmöglich ist, wo das schlechte Beispiel tonangebend ist und Beherrschung vergeblich verlangt wird, werden wir mit unseren Bemühungen scheitern müssen. Diese betäubliche Konsequenz ergibt sich aus der Bewertung, die wir der Atmosphäre der Onaniekinder beilegen, mit Deutlichkeit.

Wir sprachen bisher nur von der Onanie als der für die Praxis wichtigsten Störung auf genitalem Gebiet. Anhangsweise sei hinzugefügt, daß auch andersartige Betätigungen eine gewisse Rolle spielen können. Die Onanie ist in unserem Material zweimal, nachgewiesenermaßen, mutuell, in Wirklichkeit zweifellos in viel höherem Grade in dieser Form vorkommend. In anderen Fällen sind Masturbation und hetero-sexuelle Neigungen miteinander verknüpft. Ein Beispiel möge derartige Verhältnisse beleuchten.

(Fall 17.) Gina G., 5 Jahre alt. Eltern in Polen lebend. — Ist bei Verwandten in Pflege. Sehr nervöses Kind, hat schwere körperliche Krankheiten durchgemacht. Ißt sehr schlecht, ist schwer zu behandeln. Onaniert gewohnheitsmäßig, am Tage, sobald sie unbeobachtet ist, nachts sehr häufig. Schläft außerordentlich schlecht. Einschlafen sehr erschwert. Während der Nacht stundenlang wach, onaniert dann. Außer der digital betätigten Onanie Vorliebe für Kneten der eigenen Brustwarzen, an denen sie sehr häufig spielt. Außerdem sehr ausgeprägte Neigung, bei den weiblichen Personen, die mit ihr zu tun haben, in den Ausschnitt mit den Händen hineinzugreifen und an den Brüsten zu drücken. Über den Beginn und die Bedingungen dieser Gewohnheit lassen sich Angaben nicht beibringen. Seit der Zeit ihres hiesigen Aufenthaltes hat das Kind mit großer Hartnäckigkeit immer wieder versucht, diese Betätigung auszuführen, und zwar bei 4 verschiedenen Frauen.

Ein anderer Fall, ebenfalls nur kurz mitgeteilt, mit Angabe der wesentlichsten Umstände, zeigt das Vorkommen regelrechten Geschlechtsverkehrs unter Kindern.

(Fall 18.) Erna L., 12 Jahre alt. Soziale Lage in verschiedenster Richtung elend. Verwahrlosung, Triebhaftigkeit usw. im Milieu. Kind selbst sehr klein, unscheinbar, leicht erregbar, frühreif in psychischer Hinsicht im Gegensatz zu körperlichem Zurückbleiben. Intelligenz normal. Kind verkehrt seit Monaten mit einem 14jährigen Jungen, nachdem sie früher allein und mit anderen Kindern oft onaniert hatte. Um zu diesem Jungen zu gelangen, der in letzter Zeit in einer ganz anderen Stadtgegend wohnt, muß sie einen fast eineinhalbstündigen Weg hin und zurück gehen. Da sie unbeaufsichtigt ist, kann sie ihrem außerordentlich großen Drange nach Zusammensein mit dem Jungen fast täglich nachgeben.

Ähnliche, wenn auch nicht so abenteuerliche Fälle kommen uns zuweilen vor Augen. Daß besonders in den elenden, engen Wohnungen der arbeitenden Klassen viel häufiger Sexualverkehr zwischen Kindern untereinander oder mit Erwachsenen vorkommt, als es zu unserer Kenntnis gelangt, ist meiner Ansicht nach nicht zu bezweifeln. Gegenüber der Onanie aber treten derartige Fälle, deren Behandlung nach den gleichen Gesichtspunkten vor sich geht, die bei jener Betätigung maßgebend sind, an Bedeutung zurück.

### III. Störungen im Bereich des Nervensystems.

Wir wenden uns nun einem anderen Bereich, dem Gebiet des Nervensystems, zu und nehmen betreffs der Gruppierung auf die den vorangegangenen Abschnitt einleitenden Bemerkungen Bezug. Wir wählen auch hier nur einige Kapitel aus, die in psychotherapeutischer Hinsicht für die Praxis besondere Bedeutung haben, womit ein Anspruch auf Vollständigkeit der Darstellung entfällt. Wir beginnen mit der Besprechung der sogenannten nervösen Gewohnheiten und finden auf diese Weise Anschluß an die bisherigen Ausführungen.

#### a) Nervöse Gewohnheiten.

Zunächst muß der Begriff der *nervösen oder, besser gesagt, triebhaften Gewohnheiten* kurz geklärt werden. Im allgemeinen Teil wurde die Übungsfähigkeit eine für kindliches Leben und kindliche Entwicklung grundlegend bedeutsame Eigenschaft genannt. Auf dem Wege der Übung bilden sich Gewöhnungen der verschiedensten Art aus, Zustände mechanisierten, automatischen Ablaufes, die der Ökonomie der Kräfte dienen. Gewohnheiten nennt man Verhaltensweisen, die durch eine feste zentrale Verankerung, eine Aneignung gekennzeichnet sind (HOMBURGER). Während die Gewöhnung, ein besonderes Ergebnis der Übung, ein planmäßiges, zu bestimmten Zwecken erworbenes Können darstellt, trägt die Gewohnheit den Stempel des Individuellen, sie ist weniger von äußeren Notwendigkeiten abhängig als von persönlichen Eigenarten. Im Gegensatz zu Übung und Gewöhnung, die Kräfte für neue Leistungssteigerung und Zuwachs an Können frei macht, kann die Gewohnheit zu einer Einengung und Einseitigkeit führen, die im Widerspruch zum normalen Entwicklungsprozeß steht. Triebhafte Gewohnheiten sind dadurch ausgezeichnet, daß ein Beharren ohne planvollen Zweck, ein Wiederholen so intensiven Lustcharakter hat, daß das Streben nach Fortschreiten und Freude an neuen Erfolgen gehemmt wird. Wir haben hier also eine besondere Form der Anpassungsschwierigkeiten vor uns, für die allgemein charakteristisch ist, daß Triebansprüche im Gegensatz zu Forderungen der Erziehung und Entwicklung stehen. Wie bereits erwähnt wurde, werden diese Gewohnheiten vielfach sexuellen Gegebenheiten gleichgesetzt. Da meiner Ansicht nach der Beweis für die Identität der Vorgänge nur in einem Teil der Fälle erbracht werden kann, wollen wir vorsichtigerweise von Lustgefühlen sprechen, woraus jedenfalls für die Zwecke dieser Darstellung kein Nachteil entsteht.

Bei Säuglingen, von denen wir zunächst reden wollen, ist das Lutschen derart verbreitet, daß man von einer pathologischen Gewohnheit ohne Berücksichtigung der Intensität und des Alters kaum sprechen kann. Eine ältere Zusammenstellung von LINDNER aus dem Jahre 1879 enthält

die Angabe, daß unter 500 Kindern 69 gefunden wurden, die lutschen. Meiner Erfahrung nach ist bei Säuglingen der Prozentsatz ungleich höher. Viele Kinder lutschen nur vor dem Einschlafen, andere auch bei Tage bei den verschiedensten Gelegenheiten. In manchen Fällen ist das Lutschen mit rhythmischen Bewegungen in Form von Schaukeln oder Wackeln verbunden. Bei anderen Säuglingen kann man Zustände von Stöhnen und Schwitzen, besonders vor dem Einschlafen, beobachten. FAERBER und DEMETRIADES haben derartige Vorgänge als epileptische Äquivalente beschrieben. Wenn auch an der Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges nicht gezweifelt werden kann, stehe ich nicht an, in diesen nicht sehr häufigen Fällen einen der Onanie parallelen Vorgang zu erblicken. Ich habe ferner Säuglinge gesehen, die durch regelmäßiges Zusammenpressen der Schenkel in einen Zustand von Versunkenheit geraten, bei dem ein Erschlaffen der gesamten Muskulatur auf diese rhythmische Bewegung folgt. Eine derartige Erschlaffung ist auch in manchen Fällen des Schaukelns, jedoch nicht immer, nachweisbar. Zu den Meinungsverschiedenheiten mancher Autoren, die im Zweifel darüber sind, wie sie diese Beobachtungen einordnen sollen, möchte ich nicht näher Stellung nehmen. Die Fälle sind, wie gesagt, selten, und Deutungen von Vorgängen in diesem frühen Alter haben keinen sehr großen Sicherheitscharakter.

Bei Kindern jenseits des ersten Jahres kommen zu den erwähnten Gewohnheiten eine Reihe anderer Symptome hinzu. Wenn wir von Zeremonien des Einschlafens absehen, die im nächsten Abschnitt erörtert werden, ist hier vor allem das sehr verbreitete Nägelknabbern zu nennen, das in verschiedenen Variationen auftritt. Meiner Erfahrung nach ist es zumeist sehr schwierig, die spezielle Genese dieser Gewohnheit herauszufinden, in manchen Fällen spielen auslösende Momente und Beispiel eine Rolle. Auch Haarauszupfen gelangt zuweilen zur Beobachtung. Juckendes Ekzem bereitet dieser Betätigung des öfteren den Boden. In einem solchen Falle riß ein 4-jähriger Junge nach lange anhaltendem Ekzem die Kopfhare büschelweis aus und kitzelte mit ihnen seine Nasenspitze. Derartige Fälle, z. B. auch Formen, in denen ein dauerndes Schnuppen mit anderen Gewohnheiten verknüpft ist, leiten zu Vorgängen über, die in das Gebiet zwangsneurotischer Handlungen und Vorstellungen hineinreichen. Auch bei manchen Fällen von Tic spielen derartige Beziehungen, wie wir sehen werden, eine Rolle. Bei jüngeren Kindern ist die Unterscheidung zwischen Zwang und Gewohnheit zumeist sehr schwierig, ältere geben zuweilen deutlich zu verstehen, daß sie unter einem Zwange handeln. Über die Beziehungen von Zwang und Gewohnheit, Zuordnungen zu konstitutionellen Gegebenheiten und zu sexuellen- und Angstvorgängen gehen die Meinungen der Autoren bisher weit auseinander. Bezüglich des Kindesalters stehen uns ausreichende Erfahrungen noch nicht zu Gebote. Jedenfalls muß man mit der Diagnose einer zwangsneurotischen Störung sehr zurückhaltend sein. Besonders sollte man prognostische Angaben nur bei langer Beobachtung mit Vorsicht machen, da Perioden derartiger Neigungen häufig restlos verschwinden und daher keine Schlüsse auf spätere Haltungen und Er-

krankungen zulassen. Man braucht nur an das Fragealter zu denken, währenddessen Kinder unermüdlich die gleichen Fragen stellen, oder an gewisse vorübergehende Angstzustände, bei denen pedantische Sicherungen der verschiedensten Art in Parallele zum Verhalten mancher zwangsneurotischer Erwachsener stehen, um daran gemahnt zu werden, nicht vorschnell Verbindungslinien zu ziehen. Um derartige Gesetzmäßigkeiten des Zusammenhanges zwischen vorübergehenden Etappen kindlicher Entwicklung und Dauerhaltungen bei Erwachsenen zu erschließen, bedarf es weiterer Forschungen, in deren Anfängen wir vorerst stehen.

Bei der *Behandlung triebhafter Gewohnheiten* kommt es ebenso wie bei der Therapie der Onanie darauf an, dem betreffenden Kinde andere Lustquellen nahezubringen, für Abwechslung zu sorgen, dem Einfahren beginnender Gewohnheiten entgegenzutreten. Vielfach liegt in unzureichendem Verhalten der Umgebung hier, wie überall, eine disponierende Bedingung. Bei kleinen Kindern wird man dafür Sorge tragen müssen, daß die Gewohnheit zunächst durchbrochen wird, was bei noch nicht lange betriebenen Betätigungen unschwer gelingt. Zweckentsprechende Körperpflege, Vermeidung zu warmer Betten und drückender oder reizender Kleidung beseitigt z. B. in vielen Fällen falsche Einschlafgewohnheiten. Dort, wo es sich nicht um isolierte Symptome, sondern um allgemeine psychopathische Zustände handelt, muß sich die Therapie der Basis der Symptome zuwenden.

### b) Schlafstörungen, Angstzustände.

Bereits mehrmals war von Störungen des Schlafes die Rede, als von fehlerhaften Gewohnheiten gesprochen wurde. Wir gelangen jetzt zur gemeinsamen Darstellung dieses Kapitels der Schlafstörungen und Angstzustände und kommen damit zu einem praktisch außerordentlich wichtigen Abschnitt. Einige Beispiele mögen wiederum die Erörterungen einleiten.

(Fall 19.) Heinz M., 7 Jahre. *Anamnese*: Vater und Mutter nervös. Ehe o. B. Eine Schwester, 5 Jahre, gesund. Pat.: Geburt o. B. Normale körperliche und geistige Entwicklung. Sehr lebhaft, will von allem wissen, was in seiner Umgebung vor sich geht. Redet überall mit. Hat rege Phantasie, denkt sich Geschichten aus, hat Interesse und Verständnis für Musik. Liebevolles Kind, verträgt sich gut mit der Schwester. In der Schule sehr gut. Seit längerer Zeit Störung des Einschlafens. Liegt stundenlang wach, ist dabei ruhig, hat keine Angst. Schläft dann die Nacht über durch, träumt oft. Vater, der kurz vor dem Schlafengehen des Jungen nach Hause kommt, spielt mit den Kindern regelmäßig, wobei sehr getobt wird. Außerdem muß er stets Geschichten erzählen. *Untersuchung* ergibt: Lebhafter, unruhiger Junge. Frühreife Ausdrucksweise. Keine Schüchternheit oder Angst. Junge erklärt selbst, daß er deshalb nicht einschlafen kann, weil er über so viele Dinge nachdenken müsse. Angst habe er nicht. Dunkelheit stört ihn nicht. Körperlich o. B. Mutter sehr lebhaft, unruhig. Im Haushalt ist es auch sehr unruhig, wie sie noch angibt. Das Mädchen sei bedeutend ruhiger als der Junge und schlafe im allgemeinen schneller ein. Soziale Lage o. B.

*Zusammenfassung*: Erschwertes Einschlafen bei übererregbarem, phantastischem, frühreifem Jungen. Unruhiges, sonst geordnetes Milieu. Unzureichendes Verhalten des Vaters am Abend. Keine Angst.

(Fall 20.) Ursula J., 4 Jahre alt. *Anamnese*: Vater gesund. Mutter leicht aufgeregt. Wirtschaftliche Lage schlecht. Unterstützung durch Verwandte. Ehe nicht glücklich. Einziges Kind. Geburt o. B. Sehr empfindsames Kind, an die Mutter stark gebunden. Unterbringung in einem Kindergarten gescheitert, da Kind nicht dort bleiben wollte. Zu fremden Menschen sehr scheu. Klammert sich auch bei der ersten ärztlichen Besprechung an die Mutter. Weint sehr schnell. Hat vor 1 Jahr im Anschluß an einen Schreck einige Wochen gestottert. Seit längerer Zeit leichte Schlafstörungen, in den letzten Wochen Verschlimmerung. Kind schläft nur ein, wenn die Mutter am Bett sitzenbleibt. Auch nachts Aufschrecken, Schreien. Am Tage ebenfalls Angst. Will nicht in der Wohnung bleiben, wenn die Mutter vorübergehend fortgeht. Scheint geträumt zu haben, daß die Mutter sterben müsse. Vorher hatte ein Kind ihr gesagt, daß dies eintreten würde. Wegen dieser im Spiel fallenen Äußerung wollte das Kind den Kindergarten nicht mehr besuchen. Mutter sehr bekümmert, macht sich große Sorgen um das Kind, wird auch in ihrer Tätigkeit sehr gestört, da das Kind nicht von ihrer Seite weicht. *Untersuchung* und nähere Beschäftigung ergibt: Kind in gutem körperlichen Zustand. Sehr ängstlich, weint sehr schnell, läßt die Mutter nicht los. Intelligenz normal. Mutter sehr erregbar, ängstlich, ist wegen der sozialen Lage und wegen der Ehe unglücklich. Große Zärtlichkeit gegenüber dem Kinde.

*Zusammenfassung*: Einschlafstörung und Angstzustand bei übererregbarem Kinde. Verzärtelung, schlechte soziale Verhältnisse, unglückliche Ehe.

(Fall 21.) Heinz R., 3 Jahre alt. Eltern nervös, haben wirtschaftlich viel durchgemacht. Ein Zimmer, in dem 4 Personen schlafen, von anderen Leuten abgemietet. Eine Schwester, 3 Jahre älter, ist ebenfalls nervös, macht aber weniger Schwierigkeiten in der Erziehung. Pat.: Geburt o. B. AB als Säugling schlecht, schrie viel. Mutter mußte, um die Wohnungsbesitzer nicht zu stören, dem Kinde stets nachgeben, nahm es auf den Arm, wenn es aufwachte und schaukelte es in den Schlaf. Allmählich haben sich die Schlafstörungen vergrößert, beim Einschlafen müssen zahlreiche Bedingungen erfüllt sein, sonst schläft das Kind nicht ein. Das Bett muß nach bestimmtem Wunsche gerichtet sein, ein Bettzipfel wird in den Mund genommen, ein Finger dazu. Im Zimmer darf es nicht völlig dunkel sein usw. Nachts oft Aufschrecken. Kind träumt viel. Keine Zeichen von Angst am Tage. Beschäftigung mit dem Kinde ergibt: Unruhiges Kind, leicht erregbar, trotzig, will stets seinen Willen durchsetzen, schreit, wenn es ihn nicht bekommt. Frühreife Ausdrucksweise. Intelligenz normal. Keine Zeichen von Angst oder Scheu. Mutter erregbar, müde, nachgiebig, wird mit dem Kinde nicht fertig.

*Zusammenfassung*: Einschlafzeremonien und nächtliches Aufschrecken bei trotzigem, intelligentem Kinde. Ungünstiges Milieu. Erschwerte Erziehungsmöglichkeiten.

(Fall 22.) Inge R., 4 Jahre alt. Eltern gesund. Einziges Kind. Soziale Lage geordnet. Ehe o. B. Pat.: Geburt o. B. Bisher nicht krank gewesen. Immer etwas zurückhaltend gegenüber Fremden, auch mit Kindern nicht sehr großer Kontakt. Seit mehreren Wochen schläft das Kind schwer ein, wacht auch nachts oft mit Angst auf, macht dann große Augen, erkennt zunächst die Angehörigen nicht, steht im Halbschlaf auf, will aus dem Zimmer. Allmählich beruhigt es sich dann, schläft aber erst nach längerer Zeit wieder ein. Dieser Zustand begann einige Tage nach einem Erlebnis mit einem großen Hunde. Das Kind liebt Tiere sehr, streichelt sie gern. Bei einem großen Schäferhund aus der Nachbarschaft, den sie kannte, tat sie dies ebenfalls vor 4 Wochen. Der Hund fing aus irgendeinem mit dem Kinde nicht zusammenhängenden Grunde plötzlich zu bellen an, worauf das Kind unter lautem Schreien zur Mutter lief und voller Angst erklärte, der Hund wolle sie beißen. Von dieser Zeit an bildete sich ein Angstzustand aus. Wenn das Kind einen Hund sah oder auch nur bellen hörte, bekam es Angst, klammerte sich an die Mutter und weinte. Abends wollte es nicht zu Bett gehen. Es bedurfte großer Überredungskraft, um das Kind ins Bett zu bekommen. Die Mutter mußte Licht brennen lassen. Die Tür zum Nebenzimmer blieb offen. Immer wieder rief sie die Mutter und mußte beruhigt werden. — Die *Untersuchung*

des Kindes ergab keine Anhaltspunkte für gröbere nervöse Veranlagungsmomente. Intelligenz normal.

*Zusammenfassung:* Akuter Angstzustand im Anschluß an ein erschreckendes Erlebnis mit einem Hunde. Einschlafstörung und Pavor nocturnus. Angst auch am Tage. Außer einer mäßigen Scheu und Erregbarkeit keine wesentlichen affektiven Störungen. Intelligenz normal.

Es wurden 4 Fälle mit Einschlafstörungen, nächtlichen Angstzuständen und Tagesangst in gekürzter Form mitgeteilt; wir hörten von verschiedenen Symptomen und mannigfachen Umweltbedingungen. Wir wollen nun die wesentlichen Gesichtspunkte besprechen, die für das Verständnis der Schlaf- und Angsterscheinungen bedeutungsvoll sind. Zunächst ist festzustellen, daß, wie bereits aus den Beispielen hervorgeht, wir es nicht mit Störungen zu tun haben, die eine einheitliche Genese aufweisen. Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, daß bei manchen Autoren eine Neigung dazu besteht, derartige Symptome einheitlich zu deuten. Nun kann zweifellos gerade eine Störung, bei der Verzärtelung in hohem Prozentsatz zu konstatieren ist, dazu Veranlassung geben, eine Kennzeichnung nach dieser Richtung zu verallgemeinern. Ebenso wird von anderer Seite die Angst, in regelmäßiger Verknüpfung mit sexuellen Vorgängen, als wesentlichster Faktor angesehen. Meiner Erfahrung nach wird man den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht, wenn man die verschiedenen Konstellationen unter einen gemeinsamen Oberbegriff bringen will. Es kann sich nur darum handeln, Bedingungen, die mit großer Regelmäßigkeit auftreten, zu beschreiben, ohne aber einer einzelnen den Charakter der *Conditio sine qua non* beilegen zu wollen. Am übersichtlichsten erscheint mir wiederum das bisher geübte Verfahren, zunächst Umwelt- und Anlagebedingungen getrennt zu besprechen.

In einer großen Anzahl von Fällen ist die *Liebeseinstellung der Angehörigen* von der normalen Mittellage weit entfernt. Nicht nur Verzärtelung spielt eine Rolle, auch eine Atmosphäre zu großer Strenge und angsterregender, mißverständlicher Autorität ist zuweilen zu finden, allerdings tritt die letztere Bedingung gegenüber verzärtelndem Verhalten an Bedeutung zurück. Wenn wir die mitgeteilten Beispiele ansehen, die nicht nur als Einzelfälle gewertet werden dürfen, sondern zugleich als typische Repräsentanten von Gruppen ähnlich gelagerter Konstellationen, so finden wir in zweien von ihnen, nämlich im Falle 20 und 21, Situationen vor, in denen Verzärtelung unverkennbar ist. Einmal handelt es sich um eine Mutter, die infolge unglücklicher Ehe ein Übermaß an Liebe auf ihr einziges Kind konzentriert, im anderen Falle ist eine Verwöhnung, die durch ungünstige äußere Verhältnisse unterstützt worden ist, von zentraler Bedeutung. Derartige Zusammenhänge sieht man, wie gesagt, in den verschiedensten Varianten bei Schlafstörungen. Verzärtelung schafft Unsicherheit, Abhängigkeit und Angst, führt zu Gewohnheiten, die zunächst nicht den Charakter der Starre besitzen, vielfach aber bis zu zwangsneurotischen Zeremonien anwachsen können. Unbestritten ist die Bedeutung solcher Einstellungen, bestritten aber wird die gesetzmäßige Zuordnung. Fall 19 ist ein Beispiel für

viele, in denen auch bei genauer Übersicht, von der naturgemäß die kurze Form der Mitteilung keine Vorstellung geben kann, Verzärtelung keine Rolle spielt. Vielmehr gibt ein falsches Verhalten des Vaters der Situation einen Akzent. Wir haben es hierbei mit einem Fehler zu tun, der sehr häufig den Schlafstörungen Vorschub leistet. Es ist unzumutbar, die Kinder vor dem Einschlafen zu sehr toben zu lassen. Am Tage ist Zeit und Gelegenheit dazu. Am Abend muß eine übermäßige Anregung des Geistes möglichst vermieden werden. Wie in dem mitgeteilten Falle wird dieser Fehler des Verhaltens häufig dadurch verständlich, daß der Vater, der den ganzen Tag über seine Kinder nicht zu sehen bekommt — in der Großstadt eine übliche Erscheinung —, wenigstens am Abend sich mit ihnen beschäftigen will. So sehr man diesen Wunsch begreifen kann, im Interesse vieler Kinder ist es nicht ratsam, ihm Folge zu leisten.

Auch durch *Erzählen von Geschichten und Märchen* wird die Phantasie der Kinder am Abend zu Unrecht erregt. Es braucht sich dabei nicht etwa immer um angsterzeugende Erzählungen zu handeln, jede Belastung mit Neueindrücken wird vor dem Zubettgehen am besten vermieden. Daß große Unruhe im Haushalt, die auch während des Tages keine günstigen Wirkungen hat, am Abend besonders unzumutbar ist, bedarf keiner näheren Begründung. In vielen Fällen verbieten es leider die sozialen Verhältnisse, auf derartige Gesichtspunkte Rücksicht zu nehmen. Wenn in einer Stube 4 oder 6 Menschen hausen, die zu verschiedenen Zeiten aufstehen und schlafen gehen, wenn in der gleichen Stube die Erwachsenen bei Licht sich aufhalten, während die Kinder im Bett liegen, sind die Vorbedingungen für störungslosen Schlaf nicht erfüllt.

Bei den Schlafstörungen spielt der *soziale Faktor* ferner in der Hinsicht eine wesentliche Rolle, daß das Zusammenschlafen von Eltern und Kindern unliebsame Folgen hat. Bekanntlich wird von analytischer Seite Angst und Sexualität in gesetzmäßiger Relation gesehen. Es wird von so eingestellten Autoren angenommen, daß Miterleben und unvollständiges Verarbeiten von Sexualvorgängen im Schlafzimmer der Eltern bei nächtlichen Angstzuständen von entscheidender Bedeutung sind. Für manche Fälle von Nachtangst scheinen auch mir derartige Zusammenhänge zuzutreffen. Entweder geben Kinder selbst an, entsprechende Beobachtungen gemacht zu haben, oder die Situationen liegen so, daß Deutungen keine Phantasieprodukte sind. Wenn z. B. ein 3jähriges Kind während des Coitus der Eltern unerwartet aufwacht und mit weitgeöffneten Augen einen Moment zuschaut, um dann loszuschreien, wenn dieses Kind dann eine Schlafstörung von der Dauer einiger Wochen bekommt, deren nähere Umstände immer wieder auf dieses Ereignis zurückgehen, so dürfte die Auffassung, daß der Angstzustand auf das unverständene Sexualerlebnis zu beziehen ist, unwiderlegbar sein. Auch in anderen Fällen, die diese Verknüpfung nicht so offenkundig zeigen, ist bei näherem Zusehen der Zusammenhang von Angst und Sexualität einwandfrei zu erweisen. So bedeutsam mir dieser Zusammenhang zu sein scheint, von seiner Gesetzmäßigkeit

konnte ich mich nicht überzeugen. Mancher Fall von Tierangst, wo wegen bestimmter Symbolbeziehungen die Verbindung mit Sexualorganen oder Vorgängen naheliegt, verrät auch bei genauer Nachforschung keinen derartigen Hintergrund, dagegen treten andere Gesichtspunkte hervor. Bei vielen Angstzuständen steht die Schulkamerasphäre im Mittelpunkt. Furcht vor dem Lehrer, Konflikte mit Schulkameraden können Ausgangsmaterial für Schlafstörungen bilden.

Dort, wo die Angehörigen nicht nur aus Mangel an Verständnis oder unter dem Drucke äußerer Bedingungen sich unzweckmäßig verhalten, sondern wo eigene Schwierigkeiten, Nervosität und Neurosen eine Rolle spielen, liegen die Verhältnisse besonders ungünstig. Jede Beunruhigung der Atmosphäre, die aus derartigen Umständen resultiert, ist geeignet, eine Schlafstörung zu erzeugen. Mancher Angstzustand bezieht seinen Akzent von einer Angst der Mutter, viele Gewohnheiten verdanken ihre Beharrungstendenz einer Nachgibigkeit, die neurotischen Haltungen der Angehörigen entspringt.

Wenn wir nun die Kinder näher ansehen, die an den verschiedenen Schlafstörungen leiden, so ist allgemein festzustellen, daß es kaum Individuen gibt, die außerhalb jeder Möglichkeit stehen, einmal Angst zu bekommen und unruhig zu schlafen. Man braucht nur daran zu denken, daß die harmloseste Erkrankung Veranlassung geben kann, den Schlaf eines Kindes zu beeinträchtigen. Viel regelmäßiger, als wir es bei Erwachsenen zu sehen gewohnt sind, wird die Automatie des Schlafeintritts und -Ablaufes in Mitleidenschaft gezogen. Wenn man berücksichtigt, daß ein Kind der Übermacht der Umwelt gegenüber wesentlich unsicherer dasteht als ein Erwachsener, daß es auf Schritt und Tritt die Überlegenheit der Eltern, der Schule und anderer Machtfaktoren spürt, versteht man, daß es nur kleiner Anlässe bedarf, um die labile Sicherheit zu erschüttern. Der Schlaf aber ist derjenige Zustand, der auf solche Störungen des Gleichgewichtes am ehesten reagiert. Besonders stark prägen sich diese Einwirkungen in der Zeit des Kleinkindalters aus. Hier treten innerhalb des Entwicklungsprozesses die Lebensgewalten zum ersten Male in Erscheinung, hier werden Gebote und Verbote aufgestellt, Einschränkungen der Freiheit verlangt. Es ist leicht erklärlich, daß sich in dieser Zeit Angstzustände häufen müssen, sie sind Folge der Unsicherheit.

Nun gibt es zweifellos Typen von Kindern, bei denen der Rahmen dieser an der Grenze physiologischer Breite befindlicher Erscheinungen wesentlich überschritten wird. Es besteht vielfach eine anlagemäßige Angstbereitschaft, bei der geringgradige exogene Faktoren zu einer Auslösung eines akuten manifesten Angstzustandes führen können. Diese ängstlichen Kinder sind vielfach bereits in der frühen Säuglingszeit zu erkennen. Sie sind schreckhaft, empfindlich für Geräusche, schreien viel usw. Später treten andere Symptome hinzu. In der Spielgemeinschaft fallen derartige Typen als ungesellig, schüchtern auf, sie sind sehr vorsichtig beim Anknüpfen von Freundschaften, neigen zur Isolierung und zu Angstreaktionen. Zuweilen bleibt die Schlafstörung das einzige auffallende Zeichen auf der allgemeinen Basis der erhöhten

Unsicherheit, häufig ist es mit anderen Symptomen verbunden. Eine Eigenschaft, die bei schlafgestörten Kindern weiterhin in großer Regelmäßigkeit zu beobachten ist, wurde in unserem Fall 19 geschildert. Dort sahen wir eine ungünstige Einwirkung einer unsachgemäßen Haltung des Vaters, der die Ruhe des Kindes, eine wesentliche Vorbedingung des ungestörten Einschlafens, beeinträchtigte. Andere Momente, wie Erzählen von Märchen und Geschichten am Abend, ferner ruhestörende exogene Verhältnisse wurden ebenfalls genannt. Wie aber bereits angedeutet wurde, reicht eine derartige Determination nicht aus, um das Auftreten von Schlafstörungen zu erklären. Man braucht ja nur daran zu denken, daß verschiedene Geschwister gegenüber den gleichen Bedingungen anders reagieren, um einzusehen, daß die Eigenart des Kindes ebenfalls bedeutsam sein muß. Wir finden bei solchen Kindern Neigungen zum Phantasieren, zum Ausdenken von Geschichten. Es handelt sich vielfach um Typen, die keine Aktion in ihrer Umgebung vorübergehen lassen, ohne zu reagieren. Viele sind frühreif, sehr ansprechbar, künstlerisch begabt und leicht erregbar.

In anderen Fällen stehen Eigenschaften im Vordergrunde, die bereits bei der Besprechung der Gewohnheiten erörtert wurden. In einem Teil der Fälle spielen auch hier Angstvorstellungen eine Rolle, die Gewohnheiten haben dann vielfach Sicherungscharakter. Andererseits kann jedes Angstmotiv fehlen, dagegen entspringt das gewohnheitsmäßige Verharren bei typischen Handlungen einem falsch gerichteten Lustgefühl. Zuweilen stehen derartige, die Freiheit und Entwicklung hemmende Neigungen isoliert da, zumeist sind sie nur Symptome einer allgemeinen Triebstärke, deren Dynamik von der frühesten Kindheit an betont erscheint.

Wenn wir eben versuchten, einige Eigenschaften zu beschreiben, die bei schlafgestörten Kindern mit Regelmäßigkeit zu beobachten sind, so müssen wir uns dessen bewußt sein, daß eine derartige Differenzierungstendenz wohl für die therapeutische Einstellung Bedeutung hat — von diesem Gesichtspunkt aus ist sie also berechtigt —, im übrigen aber nach einem künstlichen Schema vor sich geht, das den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht wird. Die Gesamtkonstellation eines Kindes ist ein so komplexes Gefüge, daß eine Auflösung dieses Gebildes über eine gewisse Grenze hinaus unmöglich ist. Man kann einzelne Faktoren wie die bezeichneten Eigenschaften herausgreifen und näher schildern. In Wirklichkeit sind sie sowohl untereinander in der mannigfachsten Form vermischt, als auch mit anderen biologischen, psychologischen und Umweltfaktoren in Wechselwirkung befindlich. Ein Einzelfaktor kann also einen bestimmten Akzent tragen, hat aber niemals den Charakter einer isolierbaren, andere Einflüsse ausschließenden Dynamik.

*Wir fassen das Ergebnis unserer Erörterungen zusammen:* Einschlafstörungen und nächtliche Angstzustände lassen mit einer gewissen Regelmäßigkeit Bedingungen erkennen, deren Zusammenwirken in den verschiedensten Varianten feststellbar ist. Die Vielfältigkeit der Determination verlangt eine individuelle Betrachtung des Einzelfalles und

ist mit dogmatischen Wünschen nach einheitlich gerichteten und für alle Fälle gültigen Deutungen nicht vereinbar.

Wir kommen nun zur Besprechung der *Therapie der Schlafstörungen*. Richtungsgebend muß, wie immer, das Bestreben sein, der Schwere des Falles, der Intensität seiner Verankerung die Wahl der Mittel anzupassen. In leichten, seit kurzer Zeit bestehenden Formen genügt es vielfach, durch Korrektur der äußeren Situation Abhilfe zu schaffen. Wenn es gelingt, von außen kommende Störungen abzustellen, für größere Ruhe in der Atmosphäre zu sorgen, eventuell das Schlafzimmer zu wechseln, so bilden sich manche Zustände zurück, besonders dann, wenn gleichzeitig der Besorgnis der Angehörigen gesteuert werden kann. Da leichte Störungen des Schlafes bei den verschiedensten Anlässen auftreten können, kommt es darauf an, der Ausbreitung des Symptomes durch entsprechende Aufklärung der Eltern vorzubeugen. Wenn ein Kind im Anschluß an eine Zirkusvorstellung einige Nächte hindurch unruhig schläft, ebentuell im Schlaf aufschreit, so klingt ein derartiger Zustand im allgemeinen in ganz kurzer Zeit von selbst ab. Wenn aber die Eltern, wie es sehr häufig in solchen Fällen zu sein pflegt, sofort den Kopf verlieren und noch größere Angst bekommen als das Kind, dann bildet sich der berüchtigte *Circulus vitiosus*, und aus einer harmlosen Störung wird ein Dauerzustand. Kommen die Eltern in solchen Situationen frühzeitig zum Arzt, so gelingt es meist in *einer* aufklärenden Unterhaltung, der Angelegenheit die ihr drohende Überwertung zu nehmen. Erfolgt die Beratung erst in einem fortgeschrittenen Stadium, so empfiehlt es sich, durch Beruhigungsmittel den Kreis zu durchbrechen. Am einfachsten gelingt dies auf medikamentösem Wege. Leichte Brommittel oder Luminaletten beschleunigen das Einschlafen und sorgen am besten für eine Vertiefung des Schlafes.

In Fällen, in denen die Dauer des Zustandes bereits zu Fixationen des Verhaltens bei Eltern und Kindern geführt hat, werden diese einfachsten Mittel nicht ausreichen. In Betracht kommen dann die verschiedensten suggestiven Behandlungsmethoden, vom beruhigenden Zuspruch bis zur Hypnose, die zweckmäßigerweise mit Medikamenten kombiniert werden. Nach einer gewissen Zeit, während der die akuten Erscheinungen abgeklungen sind, muß man die Behandlung langsam abbauen. Durch die Verknüpfung der therapeutischen Methoden wird die Hypnose meiner Erfahrung nach meist überflüssig, bei größeren Kindern kann sie aber in Form von Ruhe- und Entspannungsübungen, einer Modifikation, die zwischen Persuasion und Hypnose steht, nutzbringend verwandt werden.

Überall dort, wo die Angst nicht eine vorübergehende monosymptomatische Erscheinung ist, sondern tiefer im Charakter verwurzelt erscheint, muß eine tiefenpsychologische Beschäftigung mit dem Kinde und eine genaue Erforschung der konstellativen Bedingungen eingeleitet werden. Unser technisches Vorgehen wird hierbei u. a. wesentlich durch das Alter des Kindes bestimmt. Bei einem 3jährigen oder noch jüngeren Kinde ist es im allgemeinen unmöglich, auf direktem Wege, durch Fragen einen Einblick in die Zusammenhänge zu erhalten, wir

sind vielmehr auf Angaben der Angehörigen und eigene Beobachtungen angewiesen. Bei größeren Kindern kann man je nach der Stufe des Alters in Form gemeinsamen Spielens oder Unterhaltens direkte Anhaltspunkte für die Erfassung der Genese der Störung herauschälen.

Vielfach vermitteln die *Träume* derartiger Kinder Einblicke in die Zusammenhänge der Angstsituationen. Wenn auch die Traumdeutung im Kindesalter nicht annähernd die Bedeutung hat, die ihr innerhalb der psychischen Behandlung von Erwachsenen zukommt, kann doch mit ihrer Hilfe, besonders bei älteren Kindern, eine Klärung oftmals gefördert werden. Daß durch Auseinandersetzung mit den Angehörigen eine Kontrolle der Angaben des Kindes herbeigeführt werden muß, versteht sich von selbst.

Das Interesse des behandelnden Arztes muß sich innerhalb des psychotherapeutisch-erzieherischen Vorgehens im einzelnen Falle naturgemäß nach den speziellen Erfordernissen richten. Dort, wo Verzärtelung im Vordergrund steht, versucht man, eine Umstellung der Eltern anzubahnen, was zuweilen sehr schwierig sein kann. Gleichzeitig besteht die Tendenz, das Kind zu ertüchtigen, ihm zu größerer Sicherheit zu verhelfen. Sport, Gymnastik und andere körperliche Betätigungen unterstützen dieses Bestreben, eine größere Ablösung von zu fester Bindung zu erzielen. Wenn sexuelle Vorgänge eine Rolle spielen, müssen die Eltern zu Änderungen ihres Verhaltens veranlaßt werden. Trennung der Schlafzimmern ist eine Forderung, die gestellt werden muß, sofern sie erfüllbar ist. Auch im übrigen werden die Angehörigen notwendige Rücksichten nehmen müssen. Großen Wert wird man ferner auf eine geordnete, ruhige Lebensführung legen. Sensationelle Ereignisse sind für die Mehrzahl aller Kinder störend, für phantastische, ängstliche, erregbare Individuen völlig kontraindiziert. Anregung der Phantasie vor dem Schlafengehen ist nach Möglichkeit zu vermeiden, Toben und Springen ist zu anderer Tageszeit am Platze.

Einige Worte noch zur *Behandlung der Einschlafgewohnheiten*. Häufig wird man gefragt, ob man das Lutschen verbieten soll. Prinzipiell kann man diese Frage nicht beantworten. Bei Säuglingen bis etwa einhalb Jahren rate ich persönlich ab, Gegenmaßregeln zu ergreifen, jenseits dieser Zeit empfehle ich, eine Entwöhnung herbeizuführen. Allerdings stehe ich auf dem Standpunkt, daß drakonische Maßnahmen zur Erreichung dieses Zieles nicht angebracht sind. Gelingt ein Versuch mit den normalen Erziehungsmitteln nicht, so muß er nach einer gewissen Zeit wiederholt werden. Vielfach macht dann die Entwöhnung geringere Schwierigkeiten, weil man bessere Möglichkeiten hat, an das Kind seelisch heranzukommen. Da vom Lutschen selten ungünstige Wirkungen ausgehen — in vielen Jahren habe ich z. B. die so häufig befürchtete Deformation des Kiefers *einmal* wirklich gesehen —, darf ein Erfolg nicht mit unangepaßten Opfern erkaufte werden. Verdrängungen und Angst sind schädlicher als Lutschen. In der Mehrzahl der Fälle bleibt die Gewohnheit außerdem auf die Zeit vor dem Einschlafen beschränkt. Dort, wo dies nicht der Fall ist, wo ältere Kinder dauernd am Tage lutschen, handelt es sich um sehr triebstarke Kinder,

bei denen das Lutschen und seine Beseitigung zu den kleinsten Sorgen gehört.

Bei anderen Gewohnheiten und Zeremonien, die beim Einschlafen eine Rolle spielen, muß man sich meiner Meinung nach auf den Standpunkt stellen, daß man die Frage der Behandlungsbedürftigkeit von Fall zu Fall entscheidet, je nach den näheren Verhältnissen — Intensität, Alter, Temperament des Kindes, Haltung der Angehörigen sind einige Gesichtspunkte, die von Bedeutung sind. Die Form der Therapie muß sich auch hier nach der Verankerung der Symptome im Gesamtcharakter und nach der Dauer ihres Bestehens richten. Auf die unterstützende Wirkung von Beruhigungsmedikamenten sei auch bei dieser Gelegenheit nochmals hingewiesen, mit ihrer Hilfe gelingt es vielfach am leichtesten und schnellsten, den Kreis zu durchbrechen und dadurch der weiteren Behandlung den Weg zu ebnen.

Wir deuteten nur einen Teil der Aufgaben an, die uns bei der Therapie der Schlafstörungen gestellt sind. Bei der Vielfältigkeit der Konstellationen müssen wir uns auf die Hervorhebung der wesentlichsten Gesichtspunkte beschränken.

Die Behandlung der Schlafstörungen ist im allgemeinen eine dankbare Aufgabe für die Psychotherapie, in der Mehrzahl der Fälle gelingt Beseitigung oder Besserung der Zustände. Bei einer kleineren Zahl schwerer akuter Angstsituationen schlagen allerdings alle Maßnahmen fehl. Beruhigungsmittel, auch in größeren Mengen, sind dann erfolglos, ebenso versagen Methoden suggestiver und heilpädagogischer Art. In derartigen Fällen wirkt zuweilen ein Milieuwechsel, besonders bei jungen Kindern, schlagartig, weil eine Reihe von ungünstigen Bedingungen plötzlich in Fortfall kommt und Neueindrücke das Angsterlebnis zum Abklingen und Abblassen bringen. Auch bei manchen chronischen, fixierten Formen, vor allem bei ungünstigen äußeren Bedingungen, erleichtert ein vorübergehender Wechsel der Umgebung die spätere Behandlung.

### c) Motorische Störungen.

#### 1. Tic.

Wir wenden uns nun den Störungen der motorischen Sphäre zu, die in psychotherapeutischer Hinsicht Bedeutung haben, und beginnen mit der Darstellung des Tic und seiner Behandlung. Von einzelnen Vorläufern abgesehen, unter denen FRIEDREICH mit einer Mitteilung über koordinierte Erinnerungskrämpfe genannt werden soll, bildet die Monographie von MEIGE und FEINDEL die Grundlage, auf der sich die weitere Forschung aufgebaut hat. In neuerer Zeit haben WILDER und SILBERMANN das Ticproblem ausführlich behandelt. Die Tatsache, daß eine größere Zusammenstellung der bei Kindern zu beobachtenden Formen in den letzten Jahrzehnten nicht erfolgt ist, bewog mich, unsere bisherigen Erfahrungen im Jahre 1930 zu veröffentlichen. Ich entnehme dieser Mitteilung diejenigen Ergebnisse, die im Rahmen dieser Darstellung interessieren.

Den Tic definiert man am kürzesten als eine rhythmisch sich wiederholende, zumeist lokalisierte, schnell ablaufende Hyperkinese. Sie ist

gewissermaßen die Multiplikation eines auch sonst allgemein vorkommenden, zweckmäßigen Bewegungsvorganges, von dem sie sich nur durch die auf dem Wege der Fixierung entstandene Wiederholung unterscheidet. In ausgeprägten Fällen bereitet die Diagnose des Tic keine Schwierigkeiten, eine Abgrenzung gegenüber Myoklonien, Spasmen, Athetose ist im allgemeinen nicht schwer vorzunehmen. Leichtere Formen aber werden in der Praxis vielfach von Fällen unspezifischer Unruhe nicht scharf genug unterschieden, wie wir bei Überweisungen oftmals feststellen können. Eine genaue Differentialdiagnose scheint mir jedoch, besonders im Hinblick auf die therapeutische Haltung, zweckmäßig.

Von großer praktischer Bedeutung ist die Abgrenzung von Tic und Chorea, die im Beginn der Krankheitserscheinungen nicht immer ohne Schwierigkeiten gelingt. Da die Aufgaben, die an den behandelnden Arzt herantreten, beim Tic im allgemeinen andersgeartet sind als bei Chorea — wenn man an akute Zustände denkt, wird diese Tatsache besonders augenfällig —, dürfte es angezeigt sein, den Beziehungen, die zwischen beiden Symptombildern bestehen, einige Worte zu widmen. Gegenüber Untersuchungen von ERWIN STRAUS, der bei seinem Material in einem gewissen Prozentsatz Berührungspunkte zwischen beiden Erkrankungen fand, waren in unsern Fällen bemerkenswerte Beziehungen nicht festzustellen. Beobachtungen der akuten Zustände sowie Nachuntersuchungen nach längeren Intervallen zeigten uns, daß bei einer Zahl von 49 Tic- und 42 Choreafällen nur zweimal Verbindungen beider Formenkreise bestanden. Bezüglich der näheren Gegenüberstellung muß auf die genannte Arbeit verwiesen werden, Tabelle 4 gibt eine Übersicht über wesentliche Gesichtspunkte. Im Laufe der Darstellung wird außerdem Gelegenheit sein, auf praktisch wichtige Momente differentialdiagnostischer Art hinzuweisen.

Wir stellen, wie immer, einige Beispiele an den Anfang der näheren Erörterung des Ticproblems.

(Fall 23.) Horst O., 7 Jahre. *Anamnese*: Eltern gesund. Vater nervös. Ehe o. B. Soziale Lage geordnet. Eine Schwester, 8 Jahre, gesund. Pat.: Geburt o. B. Außer Röteln und Armbrüchen bisher keine Erkrankungen. Schon von klein auf sehr unruhig, wild, tobt am liebsten. Schlaf ruhig. Verträgt sich mit der Schwester und anderen Kindern gut. In der Schule gut. Seit einem Jahre Zucken der Augenlider. Beginn unmerklich, Ursache unbekannt. Bei Erregungen Verschlechterung, im Schlafe keine Zuckungen. Seit kurzer Zeit auch Unruhe im Gesicht. Kind bemerkt die Zuckungen nicht, wird aber von den Eltern oft darauf aufmerksam gemacht. *Befund*: Unruhiges, lebhaftes Kind. Keine wesentlichen seelischen und geistigen Abweichungen von der Norm. Tic der Augenlider und im Facialisgebiet beiderseits.

*Zusammenfassung*: Lokalisierter Tic bei unruhigem Kinde aus nicht belasteter Familie. Keine groben seelischen Störungen.

(Fall 24.) Hans J., 7 Jahre. *Anamnese*: Eltern unruhig, nervös. Atmosphäre im ganzen sehr unruhig, aufgeregt. Auch ein 4jähriger Bruder sehr lebhaft. Ehe o. B. Soziale Lage mittelgut. Pat.: Geburt o. B. Bisher gesund gewesen. Schon immer sehr unruhig, hat keine Ausdauer bei Beschäftigungen, liebt nur Spiele, bei denen er toben kann, kann nicht lange stillsitzen, hat keine Ruhe. Schlaf unruhig. Geschwister vertragen sich sehr schlecht, dauernd Schlägereien. Mutter meint, es sei zu Hause zuweilen nicht auszuhalten, soviel Krach machten die

Kinder. Schulleistungen gut. Seit 8 Wochen Zucken der Augenlider. Beginn bei einer akuten leichten Bindehautentzündung, die nach 2 Wochen abgeklungen war. *Befund* und nähere Beschäftigung ergibt: Sehr unruhiges Kind, schwer zu konzentrieren, leicht abgelenkt, kann nicht stillsitzen. Stimmung meist vergnügt. Sinn für Humor. Normale Intelligenz. Tic der Augenlider. Mutter ebenfalls sehr unruhig, lebhaft.

*Zusammenfassung:* Blinzeltic bei sehr lebhaftem Kinde aus nervöser, unruhiger Familie. Entstehung der Störung im Anschluß an eine Augenentzündung.

(Fall 25.) Ernst K., 14 Jahre. *Anamnese:* Vater sehr nervös, unberechenbar, sagt von sich selbst, er sei völlig „fertig“ mit den Nerven, wird brutal, wenn er aufgeregt ist, kann sich nicht beherrschen. Schwester des Vaters hat hysterische Anfälle. Mutter ruhig, aber in letzter Zeit durch dauernde Aufregungen ebenfalls reizbar. Ehe unglücklich. Häufig Streitigkeiten, die sich leicht zu großen Erregungszuständen steigern. Wirtschaftliche Lage schlecht. Vater abgebaut, keine Aussichten auf Arbeit. Pat.: Geburt o. B. Außer Masern bisher keine Erkrankungen. Schon immer sehr erregbar, ängstlich, überempfindlich, Stimmung meist sehr gedrückt. Verschlussen, gegenüber dem Vater ablehnend, unzugänglich, liebt ihn, wie er sagt, nicht, besonders wegen seiner Ausfälle gegenüber der Mutter. Zu dieser liebevoll. In der Schule sehr zurückhaltend, isoliert. Kein näherer Kontakt mit Schulkameraden. Schulleistungen mittelgut. Seit mehreren Jahren Tic der Gesichtsmuskulatur, außerdem Stottern. Beginn beider Störungen unmerklich. Vorübergehende Besserung trat zuweilen ein, besonders auf Reisen, wenn der Vater nicht mit war. Nähere Beschäftigung mit dem Falle ergibt: Gesichtstic und Stottern bei sehr erethischem, hypersensiblen Jungen, der starke Minderwertigkeitsgefühle hat, sehr ängstlich und scheu ist. Gegenüber dem Vater, der ein haltloser Psychopath ist, an Haß grenzende Abneigung. Zur Mutter, die einen verständigen Eindruck macht, liebevolle Einstellung. Gegenüber den Schulgefährten isoliert. Intelligenz durchschnittlich. Auftreten des Tic nicht auf ein bestimmtes Ereignis zurückführbar und nicht zeitlich genau feststellbar.

*Zusammenfassung:* Tic in Verbindung mit Stottern bei schwierigem Jungen aus sehr ungünstigem Milieu.

Die genannten Fälle dürften genügen, ein oberflächliches Bild von der Konstellation der Ticformen zu vermitteln. Wir wollen nun in kurzen Zügen eine systematische Darstellung dieser Konstellationen anschließen, bevor die Behandlung erörtert werden soll. Etwa 80 Fälle, davon 15 privat, 65 poliklinisch und klinisch behandelt, bilden die Grundlage meiner Ausführungen. Von diesen sind 49 genau verarbeitet und zur Basis der zitierten Mitteilung benutzt worden. Um eine Vorstellung von der Häufigkeit der Störung zu geben, sei erwähnt, daß der Tic etwa 5% der Poliklinikfälle ausmacht. Dieser Prozentsatz entspricht ungefähr dem Vorkommen der Onanie und der Schlafstörungen, soweit es sich um ausgeprägte Formen handelt. Der Beginn der Erkrankung liegt in 71% im ersten Lebensjahrzehnt. In einem Drittel der Fälle waren Mädchen befallen, in zwei Dritteln Knaben.

Wenn wir nun zunächst der Atmosphäre der Tickinder unsere Aufmerksamkeit schenken, so können wir im allgemeinen folgende Feststellungen machen, die im einzelnen aus Tabelle 4 und der im Kapitel „Onanie“ abgedruckten Tabelle 3 teilweise näher ersichtlich werden: Mit großer Regelmäßigkeit findet man eine nervöse Belastung, die auf der motorischen Linie liegt. Die Mehrzahl der Eltern ist hypermotorisch, unruhig. In geringerer Zahl sind ausgesprochene motorische Er-

krankungen nachzuweisen. Diese Betonung fällt um so mehr auf, wenn man Vergleichsmaterial heranzieht. Wie bei der Besprechung der Onanie hervorgehoben wurde, lassen sich bei großem Material gewisse spezifische Akzentuierungen feststellen. Bei der Onanie fallen Betonungen sexueller Schwierigkeiten und triebhafter Veranlagungen innerhalb der Konstellationen auf, hier stehen motorische Erscheinungen im Vordergrund, dagegen spielen jene Momente eine untergeordnete Rolle.

Ähnlich wie die Eltern sind auch die Kinder selbst stigmatisiert. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Kinder, die nicht stillsitzen können, die den Schulunterricht durch aufgeregtes Verhalten stören, die sich nicht konzentrieren können. Viele sind außerdem ängstlich, hypersensibel, vasomotorisch reizbar. In charakteristischer Weise zeigt sich die Hypermotorik der Tickinder beim Spiel. Alle Spiele, bei denen man zu sitzen pflegt, z. B. Gesellschaftsspiele, Karten- und Würfelspiele, werden nicht geschätzt. Indianerspiel dagegen und alles, was mit Toben und Rennen einhergeht, wird bevorzugt. Bei Mädchen fallen diese Zeichen besonders auf. Sie wollen von Nähen und Sticken wenig wissen, haben vielmehr an jungenmännigen Spielen Gefallen. Ihrem unruhigen Temperament entsprechend, sind die Tickinder meist nicht sehr kräftig. Graziler, schlanker Körperbau herrscht vor. Eine bestimmte Zuordnung zu KRETSCHMERSCHEN Typen konnte ich ebensowenig wie WILDER mit Sicherheit feststellen. Endokrine Formen befinden sich unter meinen Fällen nicht, ebenso fehlen alle Verbindungen zu encephalitischen und psychotischen Erkrankungen.

Tabelle 4. Konstellationsverhältnisse bei Tic und Chorea.

	Tic (49 Fälle)		Chorea (42 Fälle)	
	Angehörige	Patienten	Angehörige	Patienten
Nervosität . . . . .	einer 12] beide 10] = 22	39	einer 4] beide 6] = 10	12
Psychopathie . . . . .	1	1	0	0
Psychosen . . . . .	1	0	1	—
Tic . . . . .	2	—	1	—
Chorea . . . . .	1	—	3	—
Epilepsie . . . . .	1	—	—	—
Krämpfe . . . . .	—	1	—	—
Stottern . . . . .	1	7	—	1
Bettnässen . . . . .	1	—	—	—
Lues . . . . .	—	—	2	—
Paralyse . . . . .	1	—	1	—
Trunksucht . . . . .	—	—	1	—
Migräne . . . . .	—	—	—	1
Suicid . . . . .	—	—	2	—
Andere nerv. Erkrankungen	7	1	3	1
Eltern geschieden . . . . .	2	—	—	—
Uneheliche Geburt . . . . .	—	—	1	—
Gelenkerkrankungen . . . . .	—	—	—	10
Gehäufte Anginen . . . . .	—	—	—	5
Herzkrankungen . . . . .	—	—	—	13

Neben den geschilderten Eigenschaften treten andere nervöse Erscheinungen in den Hintergrund, nur eine Verknüpfung ist bemerkenswert: In 7 von 49 Fällen bestand gleichzeitig Stottern, also ein Symptom, das mit der Motorik innigst verknüpft ist.

Einige Bemerkungen zur klinischen Form des Tic und seiner Lokalisation: Am häufigsten ist der Tic im Kindesalter in der Muskulatur des Gesichtes und der Augenlider lokalisiert, seltener am Hals und an den Extremitäten. In der Hälfte der Fälle ist die Störung auf ein Muskelgebiet beschränkt, in den übrigen Fällen erstreckt sie sich auf mehrere Muskelgruppen.

Bei Nachforschungen über den Anfang der Erkrankung kamen wir zu folgendem Ergebnis: In der Mehrzahl der Fälle war der Beginn unmerklich. Die Kinder waren schon immer unruhig, lebhaft. Eines Tages bemerkte man die lokalisierte Bewegungsstörung. Vielfach kam es auch vor, daß der Tic zuerst in der Schule oder von einer anderen außerhäuslichen Instanz festgestellt wurde, ohne daß den Angehörigen die Störung vorher aufgefallen war. Daß auch von ärztlicher Seite eine Abgrenzung gegenüber unspezifischer Unruhe zuweilen nicht vorgenommen wird, erwähnte ich bereits. Größere körperliche Traumen waren im allgemeinen nicht nachzuweisen, auch nicht bei ausgedehnten Nachforschungen. Zuweilen konnte ein veranlassendes Moment, wie Augenentzündungen bei Blinzeltic, festgestellt werden. Dieser unmerkliche Beginn steht im Gegensatze zu den Verhältnissen bei Chorea, wo es im allgemeinen gelingt, den Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung genauer festzustellen. In differentialdiagnostischer Beziehung sei weiterhin betont, daß Anginen und Gelenkerkrankungen ebenso wie Herzaffektionen, die bekanntlich zum Formenkreis der Chorea nahe Verbindungen haben, bei unseren Ticfällen nicht beobachtet wurden.

Wenn wir uns nun den Möglichkeiten psychologischer Determination zuwenden, so sei zunächst die Auffassung mancher analytischer Autoren über die Psychogenese des Tic wiedergegeben. FERENCZI, ABRAHAM, STEKEL, DEUTSCH, KULOVESI u. a. haben einige Fälle von Tic ausführlich analysiert. Die einzelnen Ergebnisse zu schildern, die bei WILDER zusammengestellt sind, würde zu weit führen. Zahlreiche Beobachtungen decken sich mit meinen eigenen Erfahrungen. Auf dem Boden einer motorischen Erregbarkeit, die mit narzißtischer Überempfindlichkeit gepaart ist, entwickelt sich unter den verschiedenartigsten konstellativen Bedingungen die typische hypermotorische Störung. Verbindungslinien zu zwangsneurotischen Erscheinungen, die bei Erwachsenen sowohl von analytischer wie von psychiatrischer Seite gezogen werden, spielen in meinem Material keine größere Rolle. Gewisse verwandtschaftliche Beziehungen, die die pathologischen Gewohnheiten zuweilen auch bei Kindern mit zwangsneurotischen Symptomen haben, wurden bei der Besprechung der Gewohnheiten bereits erwähnt; auch beim Tic, der diesen sehr nahesteht, sind diese Berührungspunkte zuweilen festzustellen.

Wenn auch unsere Fälle, wie gesagt, zu organischen Syndromen keine Beziehungen aufweisen, legen Ähnlichkeiten der klinischen Bilder

mit encephalitischen Restzuständen folgende Überlegungen nahe: Wir wissen, daß neben Bewegungsstörungen, wie Myoklonien, Stereotypien, choreatischen Zuständen, auch hypermotorische Symptome, die dem Tic gleichen, bei der Encephalitis beobachtet werden. Es besteht die Möglichkeit, daß die gleichen Apparate, die bei der Encephalitis *erkrankt* sein können — die Stammganglien spielen bei derartigen Formen bekanntlich eine wesentliche Rolle —, bei den gewöhnlichen Ticfällen in der Entwicklung gegenüber der Norm *zurückgeblieben* sind. Es würde sich also dann um Anlageminderwertigkeiten handeln, die im Laufe der weiteren Entwicklung zum großen Teil ausgeglichen werden und bei entsprechender Behandlung einer Beeinflussung zugänglich sind. Bei aller gebotenen Vorsicht könnte man in derartigen Vorgängen Korrelate zu den als charakteristisch beschriebenen klinischen und psychologischen Befunden erblicken. Das motorische System dürfte bei den Tickindern mit der übrigen Entwicklung also nicht Schritt gehalten haben. Sehr eindrucksvoll hat z. B. HOMBURGER diese Verhältnisse geschildert, der von der Kindlichkeit dieser Individuen spricht, ohne damit zu meinen, daß sie in jeder Beziehung auf kindlicher Stufe stehen geblieben sind. Das Zurückbleiben erstreckt sich im wesentlichen auf die Motorik und das Gefühlsleben.

Mit solchen Auffassungen lassen sich gewisse analytische Meinungen durchaus in Einklang bringen. Wenn dort eine Zuordnung zu bestimmten Stufen der Entwicklung — etwa der anal-sadistischen — festgestellt ist, so widersprechen derartige Anschauungen den hier angedeuteten Verhältnissen nicht. Wenn allerdings von MELANIE KLEIN die allgemeine Zappligkeit der Tickinder, die auch sie konstatiert, in Verbindung mit akustischen Coitusbeobachtungen gebracht wird, so wird auch bereits die Vermutung, daß derartige Zusammenhänge, die im Einzelfall möglich sind, für die Genese generelle Bedeutung haben könnten, als abwegig empfunden. Auch kann ich mich den Ansichten mancher Autoren nicht anschließen, die den Tic für ein Onanieäquivalent halten (KLEIN, REICH, WESTERMANN). Wenn man den Begriff der Sexualität weit faßt und von Bewegungslust oder Muskelerotik spricht, kann man zwar feststellen, daß viele Kinder, die einen Tic haben, ausgesprochene Freude an der Bewegung zeigen. Daß sie aber diese gerade bei der Ticbewegung befriedigen — andere Formen der Hypermotorik, wie Schaukeln oder sonstige rhythmische Bewegungen, stehen hierin im Gegensatz zum Tic —, möchte ich nach meiner Erfahrung ablehnen; vielmehr dürfte sich diese Lust in der *allgemeinen* Bewegungstendenz manifestieren. Auch ist man nicht berechtigt, aus der Unlust, die zweifellos die Unterdrückung des Tic meist verursacht, auf Lustempfindungen bei hemmungslosem Ablauf zu schließen. Mir sind genügend Fälle bekannt, in denen die Hypermotorik unlustbetont ist. So wenig konstant mir also der Lustcharakter der Ticbewegung sein dürfte, so offensichtlich ist die allgemeine Bewegungslust bei einer Reihe von Formen.

*Wenn wir unsere Beobachtungen über die Pathogenese des Tic zusammenfassen wollen, so können wir folgendes feststellen:* Mit großer

Regelmäßigkeit weisen die Konstellationsverhältnisse Zeichen der Hypermotorik auf. Diese sind sowohl bei den Angehörigen wie bei den Kindern selbst zu konstatieren. Neben dieser Betonung fällt die große Reizempfindlichkeit bei der Mehrzahl der Fälle auf. Über diesen mit Konstanz feststellbaren Befund hinaus lassen sich allgemeine Grundsätze betreffs der Genese nicht anführen, vielmehr muß der einzelne Fall nach den speziellen psychologischen und sonstigen Bedingungen erforscht werden, die in der Mehrzahl komplexen Charakter haben. Organische Krankheiten spielen bei unserem Material keine Rolle und scheinen auch nach Angaben der Literatur für das Kindesalter keine größere Bedeutung zu haben.

Wir wollen nun die *Behandlung des Tic* besprechen. Im allgemeinen Teil, bei der Schilderung der Übungsbehandlung, wurde an Hand eines Ticfalles die Frage der Symptombehandlung gegenüber dem allgemeinen erzieherisch-psychotherapeutischen Vorgehen erörtert. Weiterhin wurde bei der Besprechung der Enuresis veranschaulicht, daß beide Behandlungsformen einander weder ausschließen noch widersprechen. Auch bei der Therapie des Tic haben die gleichen Erwägungen Gültigkeit. Eine den speziellen Erfordernissen angepaßte Kombination einer Allgemeinbehandlung mit einer Beeinflussung des Symptoms erfüllt meiner Erfahrung nach die Aufgaben, die uns gestellt sind, am weitgehendsten. Es soll nicht bestritten werden, daß auch auf dem Wege einer, jede Beeinflussung des Symptoms vermeidenden, Behandlung eine Beseitigung der Störung erreicht werden kann. MELANIE KLEIN veröffentlicht einen Fall, den sie in 370 Sitzungen auf diese Art behandelt hat. Abgesehen von dem Umstand, daß es sich heute wenige Menschen leisten können, ein Kind wegen eines Tic jahrelang behandeln zu lassen, muß ein derartiges Verfahren, das wesentliche Möglichkeiten nicht benutzt, die sich bei der Kinderbehandlung bieten, ein Umweg genannt werden, der der Kritik nicht standhält.

Für unsere therapeutische Einstellung ist in erster Linie das Bestreben maßgebend, eine *Ruhigstellung* der Atmosphäre zu erzielen, soweit die Verhältnisse es erlauben. Je nach der Lage des Falles wird sich diese Bemühung im wesentlichen auf das Kind oder in der Mehrzahl der Fälle auch auf die Angehörigen zu erstrecken haben. Im einzelnen erscheinen mir folgende Gesichtspunkte wesentlich: Der Tagesablauf des Kindes muß genau reguliert werden. Mittags soll nach Möglichkeit eine Ruhepause eingelegt werden, ungebundenes Toben muß durch geordnete Spiele unterbrochen werden. Dabei sind Bewegungs- und Turnspiele durchaus nicht abzulehnen. Nicht die Bewegung als solche führt zur Hypermotorik, sondern die unkoordinierte, undisziplinierte. Ferner sind Beschäftigungsspiele in großem Maße zu empfehlen, für Mädchen Handarbeiten, für Knaben Karten- und Gesellschaftsspiele usw. In dem Bemühen, die Kinder an einen Platz zu fesseln, soll man jedoch nicht zu weit gehen; ganz kann und soll man dem Bewegungsdrange eines hypermotorischen Kindes nicht entgegenwirken, sonst schafft man gerade erhöhte Nervosität und innere Unruhe. Den Bewegungswillen auf richtige Bahnen zu bringen und ihn zeitweise abzulenken, das

ist Aufgabe einer zweckmäßigen Erziehung. Man zögere nicht, genau detaillierte Vorschriften zu geben, da die Angehörigen mit allgemeinen Richtlinien vielfach nichts anzufangen wissen.

Neben der Beruhigung von Kind und Umgebung hat die allgemeine erzieherische Behandlung die Aufgabe, das Kind zu ertüchtigen, seine Reizbarkeit und Empfindlichkeit herabzusetzen, wobei sportliche und turnerische Betätigung zur Unterstützung herangezogen werden soll. Im übrigen richten sich die Maßnahmen nach den zahlreichen Bedingungen, die im einzelnen vorliegen. Richtige Erkennung und Bewertung der Faktoren, deren Bedeutung geschildert wurde, weist der Therapie den Weg.

Der Beseitigung des Symptoms dienen *Übung und Entspannung*. Über die Zweckmäßigkeit der Übungsbehandlung, die seit BRISSAUD organisiert und von vielen Autoren angewandt wurde, sind die Ansichten verschieden. MEIGE und FEINDEL, ebenso MOHR und HOMBURGER legen auf Übungen großen Wert, WILDER sieht dagegen in ihnen nur ein suggestives Moment. Ich persönlich habe mit der Übungsbehandlung im Rahmen der Gesamtpsychotherapie sehr gute Erfolge erzielt, ich glaube auch, daß mein Material groß genug und genügend durchgearbeitet ist, um eine kritische Beurteilung dieser Frage zuzulassen. Neben der suggestiven Komponente, die in der Übung liegt und die schon als solche diese empfehlenswert macht, beeinflußt sie, jedenfalls bei Kindern, die Motorik tatsächlich günstig. Wenn wir annehmen, daß bei manchen Kindern die Ausbildung der motorischen Funktionen noch im Rückstand gegenüber der übrigen Entwicklung ist, ergibt sich die Zweckmäßigkeit, diese Vervollkommnung zu unterstützen, mit Konsequenz. Man braucht ja nur an die Einwirkung der Gymnastik und des Sports auf Körperhaltung, Gang und Bewegungsrhythmus zu denken, um im allgemeinen von der Bedeutung der geordneten, disziplinierten Bewegung für die Motorik überzeugt zu sein.

Die Übungsbehandlung, die viele Autoren ausführlich geschildert haben, am ausgedehntesten MEIGE und FEINDEL, für das Kindesalter speziell DIRKS, wird so gehandhabt, daß mehrmals am Tage 5—10 Minuten Übungen in den Muskelgruppen und benachbarten Gebieten erfolgen, in denen der Tic sich abspielt. Wenn beispielsweise Kopfschütteln besteht, werden folgende Übungen angestellt: 1. Schulterhochziehen auf Kommando: 1, 2. — 2. Kopf nach beiden Seiten wenden. — 3. Kopf auf die Brust und nach hinten bewegen. — 4. Kopf drehen nach beiden Seiten. — Bei Beteiligung der Schultermuskeln wird mit den Armen eine Reihe von Freiübungen nach genauem Kommando ausgeführt. Beim Blinzeltic, der, wie gesagt, außerordentlich häufig vorkommt, empfiehlt es sich, den Lidschlag willkürlich zu üben, indem das Kind auf Kommando, zunächst auf 1, 2, die Augen schließt und öffnet, dann dasselbe bis zum Kommando 2 macht, schließlich lernt, bis zur Zahl 10 die Augen geöffnet und geschlossen zu halten. Ältere Kinder läßt man zweckmäßigerweise, nachdem sie den Sinn des Vorganges begriffen haben, bei ihren Übungen selbständig zählen. In manchen Fällen ist es angezeigt, vor allem bei größeren Kindern, zur Kontrolle der Übungen

einen Spiegel zu Hilfe zu nehmen, da beim Blinzeltic z. B. ein unwillkürlicher Lidschlag, der gerade vermieden werden soll, häufig übersehen wird. Furcht vor hypochondrischer Einstellung, aus der heraus manche Autoren vom Gebrauch des Spiegels abraten, ist meiner Erfahrung nach im allgemeinen gegenstandslos. Bei gewissen, in dieser Richtung besonders empfänglichen Kindern kann man den Spiegel fortlassen. In der Mehrzahl der Fälle hat er sich mir aber gut bewährt. Alle Bewegungen müssen langsam, genau und unter Kontrolle des Bewußtseins, nicht automatisch, unaufmerksam ausgeführt werden. Es kommt ab und zu vor, daß bei Beginn der Behandlung der Tic von einem Gebiet auf ein anderes hinüberwechselt, ein Ereignis, das den Gegnern der Symptombehandlung ein Beweis für die Richtigkeit ihrer ablehnenden Haltung ist. Erstens gelingt es stets leicht, durch Hineinbeziehen der entsprechenden Muskelgruppe in das Übungsschema einer weiteren Verschiebung vorzubeugen, zweitens wird dieses Vorkommnis meist verhindert, wenn man die Übungen von Anfang an in ein größeres gymnastisches System einordnet. Schließlich hat man hiermit überhaupt nur zu Beginn der Behandlung zu rechnen, wenn die allgemeine Psychotherapie noch nicht wesentlich beruhigend eingewirkt hat.

Während die eben geschilderten Übungen die Tendenz verfolgen, automatisch eingeschliffene Bewegungsabläufe durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit und bewußte Übung zu durchbrechen, zu entautomatisieren, haben andere Maßnahmen den Zweck, ablenkend zu wirken. Bei Ticlokalisation im Gesicht hat sich uns z. B. als ratsam erwiesen, langsam, in ruhiger Gesamthaltung zählen zu lassen. Auch haben sich bestimmte Atemübungen, die von vielen Seiten empfohlen werden, gut bewährt.

Neben der Bewegungstherapie leistet die *Entspannungs- und Ruhebehandlung* wertvolle Dienste. Bei leichten Fällen genügt es, am besten vor den Bewegungsübungen, eine Zeitlang Stillsitzen zu üben. Man fordert das Kind auf, nach einem bestimmten Punkt eine allmählich auszudehnende Zeit hinzusehen, und läßt diese Übung mehrmals am Tage wiederholen. Bei größerer motorischer Unruhe macht man Ruheübungen im Liegen, die je nach der Schwere des Falles bis zur Hypnoseentspannung abgestuft werden können. Eine tiefere Hypnose habe ich nur in komplizierten Fällen zur Behandlung mitherangezogen, immer nur, wie nochmals betont werden soll, im Rahmen der allgemeinen psychotherapeutischen Behandlung und stets unter der Devise der Entspannung und Ruhigstellung, niemals als autoritative, zudeckende Therapie. Zusammenfassend ist zu sagen: Die Übungsbehandlung kann, wenn sie genau überlegt und durchgeführt wird, viel Nützliches leisten. Sie erzieht, ermutigt und ebnet der allgemeinen Behandlung den Weg. Voraussetzung für diese Wirkung ist allerdings die richtige Auswahl der Übungen, die, besonders zu Beginn der Behandlung, nicht zu schwer sein dürfen, damit statt der Ermutigung nicht ein gegenteiliger Effekt erzielt wird.

Einige Bemerkungen noch zur Frage der sonstigen *Behandlungshilfen*. Von der Anwendung des elektrischen Stromes, den wir in anderen

Fällen, z. B. bei der Enuresis, mit gutem Erfolg suggestiv benutzen, sind wir beim Tic nach kurzen Versuchen wieder abgekommen. Der elektrische Strom vergrößert häufig die Unruhe, statt sie herabzumindern, ist deshalb durch andere Suggestivmaßnahmen zu ersetzen. Von Medikamenten verwenden wir mit Vorliebe Luminal, bei leichteren Fällen Luminaletten, regelmäßig längere Zeit hindurch. Auch andere Mittel, wie Brompräparate, leisten die gleichen Dienste. Wir leiten fast stets die Behandlung hiermit ein, um möglichst von Anfang an einen weitgehenden Einfluß auszuüben, wodurch der Patient ermutigt wird und mit um so größerer Zuversicht an der Beseitigung seines Symptomes mitarbeitet.

Über die Güte einer Therapie entscheiden weniger theoretische Erwägungen als praktische Ergebnisse. Wenn wir unsere Erfahrungen über die Ticbehandlung überschauen, so kann man feststellen, daß diese durchaus ermutigend sind. Unter den 80 Fällen, die zur Behandlung gelangten, ist kaum ein einziger, in dem nicht ein fühl- und sichtbarer Erfolg zu verzeichnen wäre. Bei der Entlassung war fast stets der Tic entweder überhaupt gänzlich oder bis auf geringe Reste geschwunden, die allgemeine motorische Übererregbarkeit war ebenfalls herabgesetzt. Grundlegende Temperamentsänderungen konnten natürlich nicht erzielt werden, erstens weil die Behandlungszeit über ein gewisses Maß hinaus nicht überschritten wurde, zweitens deshalb, weil, wie bei jeder Therapie, von äußeren Faktoren Grenzen gezogen sind.

Um ein genaueres Bild von dem Grade der Einwirkung zu erhalten, haben wir alle Tickinder, deren Behandlung bereits längere Zeit zurücklag, zur Nachuntersuchung bestellt. Von diesen sind 31 zu diesem Zweck erschienen. (Intervall der Kontrolluntersuchung: 2—3 Jahre.) Es ergab sich hierbei folgendes Bild: In 19 Fällen ist der Tic nach der Behandlung geschwunden und nicht wieder aufgetreten. In 11 Fällen ist eine deutliche Besserung erzielt worden, d. h. nur bei größeren Aufregungen tritt der Tic vorübergehend auf, um nach Abflauen der Erregung wieder zu verschwinden. In einem einzigen Falle ist die Störung niemals vollständig zu beseitigen gewesen. In einem großen Prozentsatz der Fälle ist auch eine deutliche allgemeine Beruhigung der Kinder eingetreten, sie sind weniger reizbar geworden, ausgeglichener, weniger sprunghaft. Man kann also mit Recht von einem günstigen Ergebnis der Behandlung sprechen.

## 2. Chorea.

Während der Tic, wie wir gesehen haben, Domäne der Psychotherapie ist, liegen die Verhältnisse bei der Chorea, der wir nun einige Worte widmen wollen, wesentlich anders. Über die Beziehungen der beiden Krankheitsbilder ist Verschiedenes bei der Besprechung des Tic angedeutet worden, weiteres ist aus den Übersichtstabellen ersichtlich. Folgende Feststellungen, die sich aus unseren Erfahrungen ergeben, seien nochmals kurz hervorgehoben: Eine nervöse Belastung ist auch bei der Chorea nachweislich, doch ist der Prozentsatz ihres Vorkommens wesentlich geringer als beim Tic, etwa 30 % gegenüber 85 %. Insbesondere

ist die Betonung der motorischen Übererregbarkeit bei den Angehörigen nicht so durchgehend zu finden wie bei den Ticfällen. Die Kinder selbst sind ferner nicht so häufig unruhig, zapplig. Es gibt eine ganze Reihe von Choreakindern, die ein durchaus ruhiges Temperament vor ihrer Erkrankung hatten. Bei Ticfällen gehört ein derartiger Befund zu den Seltenheiten. Auf die Unterschiede des Beginns wurde bereits hingewiesen, bei der Chorea steht der Infekt im Vordergrund, psychologische Bedingungen haben geringe Bedeutung, als auslösende Faktoren kommen sie in Betracht. Mit diesen kurzen Bemerkungen wollen wir uns begnügen.

Wir haben nun noch die Aufgabe, die *Rolle der Psychotherapie* bei der Behandlung der Chorea festzustellen. Hierüber ist meiner Meinung nach folgendes zu sagen: Während des akuten Zustandes der Erkrankung tritt die Psychotherapie gegenüber der übrigen Behandlung in den Hintergrund, sie wird im wesentlichen in Beruhigung der Angehörigen bestehen müssen. Eine Einwirkung auf das Kind wird auf diese Weise, ohne sonstige Maßnahmen, nur bei ganz leichten Formen zu erzielen sein, in der Mehrzahl der Fälle bringt die medikamentöse Behandlung die notwendige Ruhigstellung. Zur Unterstützung dieser Therapie aber kann die seelische Behandlung wesentlich beitragen. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen ändert sich das Verhältnis, die medikamentöse Behandlung tritt zurück, die Psychotherapie hat die Aufgabe, die weitere Beruhigung und Gesundung anzubahnen. In ähnlicher Weise wie bei der Ticbehandlung wird sie sich mit einer Übungsbehandlung verknüpfen. Die einzelnen Übungen müssen naturgemäß dem Wesen der Bewegungsstörung angepaßt sein. Da die Koordinationsstörung im Vordergrund steht, ist das Ziel der Übungsbehandlung, das Ausführende, Unkoordinierte der Bewegung zu beseitigen. Die Übungsbehandlung der Chorea, die von KARGER anschaulich beschrieben wurde, muß also andere Wege gehen wie bei der Ticbehandlung. Während es sich dort darum handelte, automatisierte, an und für sich geordnete Bewegungsabläufe zu entautomatisieren, kommt es hier darauf an, die ungeordnete, in ihren einzelnen Teilen nicht richtig abgestimmte Bewegung zu größerer Koordination zu bringen. Je nach der Schwere des Falles und der Beteiligung bestimmter Muskelgruppen muß die Wahl der Übungen getroffen werden. Neben den Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens, z. B. Eßgeräten, die zu den Übungen benutzt werden können, empfiehlt es sich, Geschicklichkeitsspiele, Mosaikspiele usw. heranzuziehen. Die Übungen sollen zuerst leicht, dann allmählich komplizierter gestaltet werden.

Neben der Koordinationsstörung spielt bei der Chorea bekanntlich die Labilität der Stimmungslage eine wesentliche Rolle. Aufgabe der Psychotherapie ist es, die Affektentladungen nach der Seite der Motorik hin zu dämpfen und dem gesunden Kinde die Anpassung an seine Umgebung zu erleichtern. Allmähliche Gewöhnung an Spielgefährten muß die zuerst notwendige Isolierung ablösen. Schonende Behandlung von seiten des Milieus unterstützt diese Bestrebungen und wird daher zu fordern sein. Wenn die Erkrankung soweit zurückgebildet ist, daß

nur noch eine allgemeine motorische Unruhe ohne größere Koordinationsstörungen vorhanden ist, müssen Maßnahmen allgemeiner Art, wie sportliche und gymnastische Betätigung, zweckentsprechende Regelung des Tagesablaufes, Herabsetzung der Reizbarkeit und Empfindlichkeit durch erzieherische Beeinflussung angeregt und durchgeführt werden. Die Psychotherapie steht, wie man sieht, bei der Choreabehandlung nicht im Mittelpunkt, jedoch ist es mit ihrer Hilfe möglich, den Verlauf der Erkrankung günstig zu beeinflussen.

### 3. Anfälle.

Wir schließen hier die Besprechung der Krämpfe und Anfälle an, die in psychotherapeutischer Hinsicht größere Bedeutung haben. Da wir hierbei ein außerordentlich uneinheitliches, schwer übersehbares Gebiet betreten, seien einige Worte zur *Frage der Gruppierung* vorausgeschickt. Trotz verdienstvoller Arbeiten von Autoren wie HUSLER, IBRAHIM, STIER u. a. ist eine tiefere, genetische Erfassung mancher Anfallsformen bisher nicht möglich. Die Abgrenzung zahlreicher Symptombilder gegeneinander stößt vielmehr noch auf Schwierigkeiten. Von dieser Tatsache der Unsicherheit zeugt das Nebeneinander der vorhandenen Schemata, die bisher nur oberflächliche, klinische Gesichtspunkte berücksichtigen können. Für die Zwecke unserer Darstellung, die eine Auswahl aus der Menge der Anfälle unter dem Blickpunkt ihrer psychotherapeutischen Zugänglichkeit und Beeinflussungsmöglichkeit trifft, empfiehlt es sich, im Anschluß an HOMBURGER zunächst epileptische Anfälle von den übrigen Gruppen zu trennen. Gegenüber Gruppierungstendenzen, die die Anfälle bezüglich organischer und funktioneller Natur unterscheiden wollen, scheint mir eine Abgrenzung von epileptischen und nichtepileptischen Zuständen dem heutigen Forschungsstande eher zu entsprechen. Klare Differenzierungen zwischen organischen und funktionellen Zuständen sind nämlich heute weniger als je möglich und angebracht.

Wir wollen nun so vorgehen, daß zunächst diejenigen nichtepileptischen Anfälle nebeneinandergestellt werden, deren psychotherapeutische Behandlung die gleichen grundsätzlichen Erfordernisse zu erfüllen hat. Einige Beispiele mögen die Erörterung einleiten.

(Fall 26.) Erna R., 6 Jahre. *Anamnese*: Eltern geschieden. Mutter sehr nervös, empfindlich, bekommt oft Weinkrämpfe. Vater ruhig. Ehe wegen sexueller Triebhaftigkeit der Mutter gelöst. Einziges Kind, hängt an beiden sehr, hat unter ehelichen Zwistigkeiten sehr gelitten, ist abwechselnd beim Vater und bei der Mutter. Wird beim Vater von dessen Mutter erzogen. Pat.: Normale Entwicklung. Unruhig, leicht erregbar, versucht stets seinen Willen durchzusetzen. Seit mehreren Jahren Anfälle, die folgendermaßen verlaufen: Kind bekommt eine leichte Röte im Gesicht, hat ein flimmerartiges Zucken der Augenlider, das einige Sekunden anhält. Das Bewußtsein scheint für Sekunden beeinträchtigt zu sein. Kind fällt aber nicht um, beißt sich nie auf die Zunge, näßt nicht ein. Pat. weiß von den Anfällen, fühlt sie auch angeblich kommen. An manchen Tagen Häufung der Anfälle bis zu 50- und 60mal. Wenn das Kind bei der Mutter ist, besondere Häufung. Auch bei Erregungen vermehrte Anfälle. Im Schlaf keine derartigen Erscheinungen, dagegen zuweilen Angstzustände, Schreien, lebhaftes Träumen. Keine charakterliche oder geistige Veränderung in Gestalt einer Verschlechterung und eines geistigen Stillstandes. Gleichbleibende affektive Reaktionsformen im

Sinne unruhiger, trotziger, eigenwilliger Haltung. Nähere Beschäftigung mit dem Falle ergibt folgendes: Pat.: Motorisch erregtes, empfindliches, schwer erziehbares einziges Kind. Am Nervensystem keine Zeichen der Abweichung, außer einer allgemeinen Reflexsteigerung. Keine Zeichen einer überstandenen Spasmophilie. Anfälle des geschilderten Typs werden beobachtet, sie geben keine Anhaltspunkte für Epilepsie. Auch das seelisch-geistige Verhalten spricht nicht hierfür, wie längere Beobachtung ergibt. Mutter sehr nervös, überempfindlich, ungleich, zu Depressionen neigend. Getrennte Ehe. Dauernder Wechsel des Aufenthaltes, keine zielbewußte, konsequente Erziehung. In pekuniärer Hinsicht geordnete Verhältnisse.

*Zusammenfassung:* Seit Jahren bestehende, gehäufte Anfälle von gleichbleibender Verlaufsart bei schwer erziehbarem einzigem Kinde in ungünstigem Milieu. Keine Anzeichen für Epilepsie.

Im Laufe längerer Behandlung, über deren Grundsätze später gesprochen wird, zunächst Herabminderung der Zahl der Anfälle, später Aufhören dieser. *Diagnose:* Nicht epileptische gehäufte Anfälle vom Typ der FRIEDMANNschen Absenzen.

(Fall 27.) Günther H., 2 $\frac{1}{2}$  Jahre. *Anamnese:* Eltern nervös. Vater arbeitslos. Elende allgemeine Verhältnisse. Zwei ältere Geschwister unruhig, lebhaft. Pat. am unruhigsten, schrie als Säugling viel, machte Eßschwierigkeiten. Mutter wird mit diesem Kinde, wie sie sagt, nicht fertig, es gehorcht nicht, macht stets das Gegenteil von dem, was es tun soll. Mit den Geschwistern häufig Zank. Pat. will stets die erste Rolle spielen. Seit einem halben Jahre Anfälle folgender Art: Kind wirft sich bei Erregungen aus den verschiedensten Anlässen zu Boden. Die Atmung setzt für mehrere Sekunden aus, das Kind wird cyanotisch, dann blaß, das Bewußtsein trübt sich, der Kopf hängt schlaff herab. Nach einigen Sekunden Erschlaffung der gesamten Muskulatur, dann lautes Schreien, das zuweilen in Einschlafen überleitet. Die Anfälle machen einen beängstigenden Eindruck. In der ersten Zeit glaubten die Eltern, das Kind würde sterben. Die Anfälle treten nur bei Unlustzuständen auf, die durch Zurechtweisungen, Konflikte mit den Geschwistern und ähnliche Gelegenheiten ausgelöst werden. Im Schlaf keine Anfälle, auch am Tage niemals ohne vorausgegangene Gemüts-erregung. Die *Untersuchung* und nähere Beobachtung des Falles ergibt folgendes: Intelligentes, affektiv sehr erregbares Kind, trotzig, ungebärdig, versucht stets, sich durchzusetzen. Anfälle des beschriebenen Typs werden beobachtet. An den Reflexen kein pathologischer Befund. Facialis-Ph. negativ. Keine Anzeichen einer Spasmophilie. Beobachtung über mehrere Jahre hinaus gibt keine Hinweise für das Vorliegen einer Epilepsie. Anfälle sind im Laufe der Zeit seltener geworden. Erziehungsschwierigkeiten bestehen noch in verringertem Maße. Es gelang, die sehr nervöse Mutter, die aus Angst vor den Anfällen stets geneigt war, dem Kinde bei jeder Gelegenheit den Willen zu lassen, allmählich von der Ungefährlichkeit der Anfälle zu überzeugen und damit den Weg für eine veränderte erzieherische Einstellung frei zu machen.

*Zusammenfassung:* Anfälle von Bewußtseinsstörung mit Atemstillstand bei trotzigem, schwer zu leitendem Kinde. Keine Beziehungen zur Spasmophilie und zur Epilepsie. Günstige Einwirkung durch die Behandlung. *Diagnose:* Respiratorische Affektkrämpfe.

(Fall 28.) Fritz H., 4 Jahre. *Anamnese:* Mutter sehr nervös, unruhig, hatte in der Jugend Krampfanfälle. Vater ebenfalls reizbar, leicht aufgeregt. Soziale Lage mittelgut. Einziges Kind. War immer sehr unruhig, schrie viel als Säugling. Machte stets Schwierigkeiten bei der Erziehung. Sauberkeitserziehung gelang erst mit 2 $\frac{1}{2}$  Jahren. Sonstige Entwicklung bisher normal. Bei einer fieberhaften Erkrankung vor 2 Jahren zu Beginn des Fiebers einmalig Krämpfe mit Bewußtlosigkeit, seitdem keine Wiederholung der Krämpfe. Seit einem Jahr Anfälle folgenden Charakters: Bei verschiedenartigen Unlustgefühlen langanhaltendes Schreien, Hinwerfen, Toben. Schlägt mit Händen und Füßen um sich,

ist wie von Sinnen, läßt sich nicht beruhigen, wird rot im Gesicht. Nach einigen Minuten Beruhigung, Erschlaffung. Anfälle unregelmäßig, zuweilen mehrmals am Tage, manchmal in Abständen von Tagen oder einer Woche, nur nach vorhergegangener Erregung. Schlaf unruhig, zuweilen Aufschreien. Keine Anfälle bei Nacht. Kein Einnässen bei den Anfällen, kein Zungenbiß. Mutter ist wegen dieser Zustände sehr beunruhigt, vermeidet, soweit wie möglich, Anlässe zu Anfällen, ist daher gezwungen, viele Ungezogenheiten durchgehen zu lassen. *Untersuchung* und Beobachtung des Kindes ergibt: Kräftiges, normal entwickeltes Kind. Intelligenz dem Alter entsprechend. Unruhig, schwer zu konzentrieren, sehr lebhaft, interessiert, aber schnell abschweifend. Keine Zeichen von Spasmodie. Facialis-Ph. negativ. Reflexe normal. Mutter sehr nervös, motorisch unruhig, ängstlich. — Während der Behandlung Besserung. Anfälle seltener, aber bei größeren Erregungen noch vorhanden. Vorschlag des Milieuwechsels scheitert an äußeren Bedingungen.

*Zusammenfassung:* Anfälle von Wut mit motorischer Erregung ohne ausgesprochene Krämpfe.

(Fall 29.) Irene G., 10 Jahre. *Anamnese:* Eltern geschieden. Vater Trinker, gewalttätig, jähzornig. Mutter sehr nervös. Kind lebt mit 8jährigem Bruder bei der Mutter. Der Vater kümmert sich nicht um die Kinder, hat sie seit Jahren nicht gesehen. Bruder auch nervös, unruhig, schläft schlecht, schreit nachts öfters auf. Traurige wirtschaftliche Verhältnisse, große Armut. Pat.: Geburt: Zange. Oft Erkältungen, Halsentzündungen gehabt. Schwer umgänglich bei Erkrankungen, reizbar, unruhig. Machte stets Erziehungsschwierigkeiten, viel mehr als der Junge. Ist unverträglich, kokett, putzsüchtig, eitel, will überall die erste Rolle spielen. In der Schule schlechte Leistungen, ist faul und unaufmerksam. Geht viel auf die Straße, spielt dort mit anderen Mädchen, ist schon sehr aufgeklärt, onaniert öfters, soll sich auch mit Vorliebe mit Jungen beschäftigen. Mit dem Bruder kein näheres Verhältnis, spielt wenig mit ihm. Seit 2 Jahren in unregelmäßigen Abständen Anfälle: Hinfallen, Verdrehen der Augen, die weit geöffnet sind. Starre des ganzen Körpers, Aufbäumen, Bewußtseinstrübung. Nach einigen Sekunden Zuckungen im ganzen Körper, Gesicht gerötet. Auf Anruf kein Reagieren. Dauer des Anfalls mehrere Minuten, dann Erschlaffung. Kein Zungenbiß, keine Verletzungen beim Hinfallen, kein Einnässen. Anfälle treten niemals nachts auf, am Tage nur nach Erregungen, Streitigkeiten, zuweilen morgens vor der Schule. *Untersuchung* und nähere Beschäftigung mit dem Falle ergibt: Blasses, etwas unterernährtes Mädchen, auffallend geputzt, spricht geziert, ist kokett, drückt sich sehr gewandt aus. Intelligenz und Wissen dem Alter nicht entsprechend, etwa um 2 Jahre zurück. Ein Anfall wird beobachtet, er tritt bei einer Erregung während der Unterhaltung auf. Hinfallen, Bewußtseinsstörung. Weite Pupillen, mäßige Reaktion auf Licht. Tonische Starre des ganzen Körpers, typischer hysterischer Bogen. Auflösung in klonische Krämpfe, die beide Körperhälften in gleicher Weise betreffen. Kein Einnässen, kein Zungenbiß. Nach dem Anfall, der 3 Minuten anhält, Müdigkeit, undeutliche Erinnerung des Vorganges. — In längerer psychotherapeutischer Behandlung gelingt es, eine Besserung des Zustandes zu erzielen. Das Kind gibt sich mehr Mühe in der Schule, ist bereiter, auf Ermahnungen einzugehen, ist weniger eigensinnig. Anfälle viel seltener. — *Kontrolluntersuchung* nach einem Jahr: Kind hat sich seelisch und geistig vorwärtsentwickelt. Anfälle etwa alle 3—4 Monate, nur bei großer nervöser Erregung.

*Zusammenfassung:* Hysterische Anfälle bei 10jährigem, schwer erziehbarem Mädchen in ungünstigem Milieu. Besserung in der Behandlung.

Es wurden 4 Fälle von nichtepileptischen Anfällen nebeneinander gestellt, die die häufigsten, für die Praxis bedeutsamsten Typen repräsentieren. Bevor wir einige allgemeine Bemerkungen anknüpfen und die Behandlung erörtern, sei ein Beispiel eines *Falles von genuiner Epilepsie* zum Vergleich herangezogen.

(Fall 30.) Artur F., 12 Jahre. *Anamnese*: Vater nervös, reizbar. Mutter ebenfalls leicht erregbar. Schwester des Vaters leidet seit vielen Jahren an Epilepsie. Sonst Familie o. B. Einziges Kind. Geburt und Entwicklung bis zum 5. Jahr ohne Besonderheiten. Mit 5 Jahren erster Krampfanfall, Wiederholung nach einem halben Jahr, dann in unregelmäßigen Abständen von einigen Monaten. In den letzten Jahren werden die Zwischenräume kleiner, zuweilen treten mehrere Tage hintereinander Anfälle auf. Der Typ der Anfälle ist bisher stets gleichgeblieben. Ohne erkennbaren Grund fühlt der Junge sich nicht wohl, fällt plötzlich um, liegt einige Sekunden starr da, dann allgemeine Krämpfe am ganzen Körper, die 1—2 Minuten anhalten. Verdrehen der Augen, Rotwerden des Gesichtes, Schaum vor dem Munde. Zusammenbeißen der Zähne, wobei oftmals Zungenbisse auftraten. Völlige Bewußtlosigkeit. Zuweilen Einnässen. Anfälle treten meist am Abend oder während des Schlafes auf. Nach dem Anfall tiefer Schlaf. Keine Erinnerung an den Anfall. Bei der Mehrzahl der Anfälle ist ein äußerer Anlaß oder eine Erregung nicht nachzuweisen. Einmal trat ein Anfall im Anschluß an ein kaltes Seebad auf. In der Schule bisher ein Anfall. Kind wird zur Beobachtung ins Krankenhaus aufgenommen, wo die Angaben der Angehörigen volle Bestätigung finden. Der Anfall, dies sei ergänzend mitgeteilt, ist nicht halbseitig, sondern erstreckt sich gleichmäßig auf die gesamte Muskulatur. Röntgenbild und Lumbalpunktion ergeben keine Anhaltspunkte für das Bestehen eines Tumors oder einer anderen Erkrankung, deren Ausdruck die epileptischen Anfälle sein könnten.

Bezüglich Intelligenz und allgemeinen Verhaltens des Kindes ist folgendes von Bedeutung: Temperament von jeher lebhaft, Schlaf unruhig. Hatte stets Interesse für Toben und wildes Spielen. Mit anderen Kindern mäßig guter Kontakt. In der Schule in den ersten Jahren gutes Vorwärtkommen. Obwohl die Eltern nicht in günstiger wirtschaftlicher Lage befindlich sind, — der Vater ist ein kleiner Angestellter — gaben sie den Jungen auf die hohe Schule, wo er im ersten Jahre ohne Schwierigkeiten mitkam. In der letzten Zeit ließen die Leistungen sichtbar nach, die Merkfähigkeit schien mangelhafter zu werden. Auch auf den sonstigen Interessengebieten macht sich eine gewisse Gleichgültigkeit bemerkbar. Die Eltern haben den Eindruck, daß die Entwicklung gegenüber früheren Zeiten stehen geblieben ist. Durch die Häufung der Anfälle ist sowohl der Junge bedrückt und ängstlich geworden, als auch die gesamte Atmosphäre beeinträchtigt. Das Gespenst eines Anfalls steht allen vor Augen und verbreitet Unruhe und Angst. Die Behandlung bestand in früheren Jahren in unregelmäßigen Brom- und Luminalverabreichungen.

Nach der stationären Beobachtung, bei der eine Luminalbehandlung eingeleitet wurde, erfolgte eine längere psychotherapeutische Beschäftigung mit dem Falle, bei der zunächst auf Beruhigung der Angehörigen und des Kindes Wert gelegt wurde. Neben dieser Therapie und der regelmäßigen Luminalverabreichung wurde die geistige Förderung des Kindes durch Nachhilfeunterricht angeregt, der ein weiteres Absinken der Leistungen verhinderte. — Während der bisherigen Beobachtungszeit, die sich auf 14 Monate erstreckt, ist in geistig-seelischer Hinsicht keine Verschlechterung, sondern ein langsames Vorwärtsschreiten zu konstatieren. Die Anfälle sind viel seltener geworden, treten durchschnittlich alle 10—12 Wochen auf. Eltern und Kind sehen der zukünftigen Entwicklung ruhiger und zuversichtlicher entgegen.

*Zusammenfassung*: Fall von genuiner Epilepsie mit typischen Krampfanfällen und Beeinträchtigung der geistig-seelischen Entwicklung. In kombinierter Behandlung gelingt es, eine Besserung zu erzielen, die einen Stillstand der Erkrankung anzuzeigen scheint.

Die angeführten Beispiele dürften die Konstellationsverhältnisse der Kinder mit Anfällen hinreichend gekennzeichnet haben. In den ersten 4 Fällen handelt es sich um Formen, bei denen die Anfälle pathologische Reaktionen darstellen. Wie bei anderen Symptomen wirken zahlreiche Faktoren beim Zustandekommen dieser Reaktionsformen mit. Soziale

Schwierigkeiten, Ehestörungen, Unruhe und andere Bedingungen von seiten des Milieus verbinden sich mit Triebstörungen, Anlagefaktoren usw. und führen zu Anpassungsschwierigkeiten des Kindes, verhindern die notwendige Einordnung in die Gemeinschaft. Das motorische System, das beim Säugling unter den Möglichkeiten, triebhafte Lebensäußerungen zur Entladung zu bringen, normalerweise an erster Stelle steht, bleibt bei den Kindern mit Anfällen auch bei denjenigen Entwicklungsstufen bevorzugte Reaktionssphäre, bei denen eine derartige primitive Ausdrucksform für affektive Vorgänge nicht zum charakteristischen Bild gehört. Näher auf die Entstehungsbedingungen der nichtepileptischen Anfälle einzugehen, insbesondere das Zustandekommen der verschiedenen Anfallsformen, ihre differentielle Symptomatik zu ergründen, ist in psychotherapeutischer Hinsicht von untergeordneter Bedeutung. Auf diese Erörterung, die bei dem derzeitigen Stande unserer Kenntnisse ohnehin über Vermutungen und Hypothesen nicht wesentlich hinausführen würde, können wir bei unserer Darstellung aus dem Grunde verzichten, weil den Verschiedenheiten der speziellen Symptome die Einheitlichkeit der therapeutischen Wege gegenübersteht.

Wir versuchten, bei den einzelnen Krankheitsbildern die Wertigkeit des Symptoms, seine Stellung gegenüber der Gesamtsituation zu bestimmen und je nach den speziellen Gewichtsverteilungen die Behandlungsform auszuwählen. Dogmatische Einstellungen, bei denen jede Therapie am Symptom vermieden wird, lehnten wir in vielen Fällen ab, ich erinnere an Ausführungen bei der Enuresis und beim Tic. Hier, bei den Anfällen, liegen die Verhältnisse so, daß das Interesse für das Symptom, das peripherer Ausdruck einer zentralen Haltung ist, im Hintergrunde steht. Auf dem Wege einer allgemeinen erzieherisch-psychotherapeutischen Behandlung, die unerlässlich ist, muß dem Symptom der Boden entzogen werden, auf dem es erwachsen ist. Die Gesichtspunkte, die für unser Vorgehen maßgebend sein sollen, mögen in kurzen Zügen hervorgehoben werden.

Verständlicherweise sind manche Anfallsformen durchaus geeignet, in hohem Grade beunruhigend zu wirken. Viele Fälle respiratorischer Affektkrämpfe, ebenso große hysterische Anfälle, auch manche Formen von Wutanfällen, können sehr bedrohlich erscheinen und auch vernünftige, ruhige Eltern außerordentlich besorgt machen. Unsere Aufgabe wird also zunächst darin bestehen müssen, die Angehörigen aufzuklären und zu beruhigen. Daß eine genaue Diagnose vorausgehen muß, ist selbstverständlich. Wie schwierig diese allerdings zuweilen sein kann, wird später angedeutet werden. Dort, wo wir sicher zu sein glauben, — in der Mehrzahl der ausgeprägten Fälle wird diese Sicherheit erzielt werden können — müssen wir den Eltern die Überzeugung vermitteln, daß die Anfälle gefahrlos sind, daß sie nicht einer schweren Erkrankung entspringen, sondern Ausdruck fehlerhaften, unangepaßten Verhaltens des Kindes sind und durch ungeeignete Einstellung der Umgebung beibehalten und vervielfältigt werden. Erst eine derartige Einsicht ermöglicht die weitere Beeinflussung. Die Folge dieser veränderten Haltung der Angehörigen muß darin bestehen, die Anfälle

innerhalb der Familiensituation zu entthronen, sie weniger zu beachten. Fühlt das Kind, daß es den gewünschten Zweck nicht erreicht, daß die Eltern sich nicht einschüchtern und zur Nachgiebigkeit verleiten lassen, wird sich die Situation allmählich ändern.

Auf der anderen Seite muß unser Bestreben dahin gehen, das Kind so zu leiten und zu beeinflussen, daß es von sich aus sein Verhalten ändert und andere Wege als bisher zu gehen bemüht wird. Da man sich dessen bewußt sein muß, daß in der Mehrzahl der Fälle das Kind nicht mit Überlegung einen Anfall produziert — bei manchen Wutanfällen hat man allerdings den Eindruck, als ob das Kind sich in die entsprechende Stimmung hineinsteigert —, sondern daß es unbewußt in diese Reaktionsform hineingleitet, wird man zumeist nicht erwarten dürfen, auf dem Wege direkter Belehrung und Ermahnung eine Abkehr von der mehr oder weniger eingefahrenen Reaktionsform erreichen zu können, diese muß vielmehr dadurch auf ein Nebengeleis abgestellt werden, daß andere Interessen und Betätigungen in den Vordergrund geschoben werden.

Wie unser Vorgehen im einzelnen gerichtet sein muß, kann man allgemeingültig kaum näher präzisieren. Dort, wo der Akzent sitzt, muß angegriffen werden. Ein Kind, das keine ausfüllende Beschäftigung hat, muß zu nutzbringender und lustvoller Tätigkeit im Rahmen seiner Möglichkeiten und seinem Alter entsprechend angehalten werden. Ein einziges Kind, dem die notwendige Gesellschaft fehlt, ist, falls es sich im Vorschulalter befindet, in einen Kindergarten zu schicken, wo es vielfach darauf verrichtet, seine Anfälle vorzuführen. Kinder, die bei verzärtelter Erziehung nicht gelernt haben, eigene Wünsche zurückzustellen, die gewöhnt sind, zu fordern, müssen durch erzieherische Einwirkung, z. B. durch Anregung des Ehrgeizes, durch Belohnung für Verzichtleistungen u. a. zu neuen Einsichten gebrächt werden. Typen, die zu motorischer Unruhe neigen, können auf dem Wege körperlicher Disziplinierung durch Sport und Gymnastik und durch Regelung des Tagesablaufes in ihrer Reizbarkeit und motorischen Bereitschaft beeinflußt werden. So eindeutig das Ziel ist, das erreicht werden soll, so mannigfach sind die einzelnen Wege, die am schnellsten und sichersten dorthin führen. Genaue Kenntnis der speziellen Konstellationsverhältnisse, die sich auf eine psychologische Erforschung der Gesamtlage gründet, und intuitives Gefühl für die Möglichkeiten des Zuganges werden zur zweckentsprechenden Wahl der Mittel führen. In vielen Fällen werden wir unser Hauptinteresse auf die Erziehung und Beeinflussung des Kindes konzentrieren müssen, zuweilen gilt unsere Aufmerksamkeit dem Verhalten der Angehörigen, zumeist wird eine Verknüpfung beider Bestrebungen angezeigt sein.

Einige Bemerkungen noch zum Verhalten bei den Anfällen. In der Mehrzahl der Fälle, besonders bei Wutanfällen und hysterischen Formen, empfiehlt es sich, die Angelegenheit möglichst zu ignorieren. Bei respiratorischen Affektkrämpfen ist es vielfach zweckmäßig, durch Anspritzen oder einen Klaps das Kind zu sich zu bringen. Bei vorübergehender Häufung von Anfällen und bei allgemeiner motorischer

Erregung sind Beruhigungsmedikamente am Platze. Besonders bei kleinen Kindern, bei denen die Kontaktmöglichkeiten noch gering sind, wird man von diesen Gebrauch machen, um zunächst den *Circulus vitiosus* zu durchbrechen. Wann man im übrigen Medikamente benutzen soll und wann man ohne sie auskommen kann, richtet sich nach verschiedenen Gesichtspunkten. Alter, Milieu, äußere Bedingungen für Behandlungsmöglichkeiten spielen eine Rolle für diese Entscheidung, für die Erwägungen dogmatischer Art nicht maßgebend sein dürfen.

Wie bei allen anderen Erkrankungen sind auch hier unseren therapeutischen Bestrebungen Grenzen gesetzt, die von dem Grade der charakterlichen Abweichung des Kindes, von der Belehrbarkeit und Zugänglichkeit der Angehörigen und den allgemeinen wirtschaftlichen, familiären und sonstigen Milieuumständen abhängig sind. In vielen Fällen durchbricht ein Wechsel der Umgebung den unzuweckmäßigen Kreis, der sich gebildet hat, am schnellsten. Über unsere prinzipielle Einstellung zur Frage des Milieuwechsels haben wir im allgemeinen Teil und an anderen Stellen der Darstellung Richtlinien angedeutet, die auch hier Gültigkeit haben.

Bevor wir das Kapitel der psychotherapeutischen Behandlung der Anfälle verlassen, sei noch auf das *Problem der Epilepsiebehandlung* eingegangen. Es ist die Frage zu erörtern, welche Rolle der Psychotherapie bei dieser Behandlung zufällt. Wir stellten bei unsern Beispielen eine Anzahl typischer nichtepileptischer Anfälle einem Falle genuiner Epilepsie gegenüber. Nun ist ausdrücklich zu bemerken, daß die Differentialdiagnose, wie bereits angedeutet wurde, zuweilen auf große Schwierigkeiten stoßen kann. Während bei den verschiedenen Formen von Wutanfällen eine Klärung zumeist nach kürzerer Beobachtung möglich ist, gelingt eine einwandfreie Abgrenzung mancher Fälle von gehäuften Anfällen, ebenso einzelner hysterischer Anfälle gegenüber der Epilepsie nicht ohne weiteres. Da Monate vergehen können, bevor mit Sicherheit entschieden werden kann, ob ein Fall dem epileptischen Formenkreis zugehört oder nicht, wird sich die Psychotherapie in diesen Fällen von der hier geschilderten Richtung wenig entfernen. Allenfalls wird es notwendig sein, bei den Anfällen etwas größere Vorsicht zu beobachten, um Verletzungen und ähnliche Zwischenfälle zu vermeiden. Doch dürfte auch bei derartigen Situationen empfehlenswert sein, eine größere Beachtung der Anfälle vor dem Kinde nach Möglichkeit zu verbergen und die Sorge um sein Wohlergehen so wenig sicht- und fühlbar zu machen, wie es die Verhältnisse gestatten.

Wenn also in allen zweifelhaften Fällen die Psychotherapie mit zweckentsprechenden Modifikationen am Platze ist, bleibt noch die Frage offen, wie ihre Aufgaben bei *sicheren* Fällen von genuiner Epilepsie zu bewerten sind. Erfahrungen der jüngsten Zeit lehren, daß die früher als unüberschreitbar angesehene Grenze zwischen sogenannten organischen und funktionellen Zuständen für die Psychotherapie nicht mehr in dem Grade haltgebietend ist, wie man es bisher für selbstverständlich hielt. Wenn kritisch eingestellte Ärzte heute kein Bedenken haben,

manche Formen von Schizophrenie und auch Epilepsie bei Erwachsenen in psychotherapeutische Behandlung zu nehmen, so ist bei Kindern, bei denen der Wachstums- und Reifungsprozeß die genannte Grenze noch unübersichtlicher erscheinen läßt und die Sicherheit der Prognostellung sehr erschwert, ein zuversichtlich aktives Vorgehen um so eher angezeigt. Jedenfalls dürfte eine, die Psychotherapie ausschließende, zwangsmäßige Assoziation zwischen Epilepsie und Luminalbehandlung als unzeitgemäß zu bezeichnen sein.

Das angeführte Beispiel einer zum Stillstand gekommenen Erkrankung kennzeichnet eine große Anzahl von Epilepsiefällen, in denen die Psychotherapie neben anderen Behandlungsformen wesentliche Aufgaben zu erfüllen hat. Da sich das Schicksal eines epileptischen Kindes vielfach erst nach einer Reihe von Jahren mit größerer Sicherheit voraussagen läßt, kommt es darauf an, Angehörige und Kind vor krassem Pessimismus zu bewahren. Die Eltern müssen darüber aufgeklärt werden, daß sie mit übergroßer Sorge und Unruhe die Aussichten einer Besserung wesentlich verschlechtern, dagegen mit zweckentsprechenden Mitteln Möglichkeiten des Stillstandes oder der Heilung unterstützen können. Bei der Behandlung der Kinder selbst müssen unsere Bestrebungen nach zwei Richtungen gewandt sein. Einmal muß der Sonderstellung entgegengewirkt werden, die sich aus der notwendigen Rücksichtnahme und Behütung ergibt. Je nach individueller Veranlagung und Verhalten der Umgebung ist entweder ein ausgesprochenes Minderwertigkeitsgefühl die Folgeerscheinung oder in anderen Fällen eine narzißtische Machtbetätigung. In beiden Fällen entstehen Schwierigkeiten, die den schon an sich bedrohten Entwicklungsprozeß weiterhin gefährden. Ferner muß versucht werden, die auftretenden Lücken auf affektivem und intellektuellem Gebiet nach Möglichkeit zu mildern oder auszugleichen. In Gemeinschaft mit zweckentsprechender Erziehung kann die Psychotherapie hier wesentlich dazu beitragen, den Verlauf der Erkrankung günstig zu beeinflussen. Nur in Fällen schwerster geistig-seelischer Rückbildung tritt die seelische Behandlung gegenüber anderen Maßnahmen in den Hintergrund.

Wir beschließen diesen Abschnitt mit folgenden Bemerkungen zur Frage der Gruppierung des Stoffes: Wir wählten aus der Menge der nichtepileptischen Anfälle diejenigen Formen aus, die größere praktische Bedeutung in psychotherapeutischer Hinsicht haben. Nach diesen Gesichtspunkten konnten wir z. B. von der Erörterung der Gelegenheitskrämpfe absehen, da bei diesen die medikamentöse Therapie im Vordergrund steht. Wir müssen noch die Anfallsformen erörtern, die in das Gebiet der vasomotorischen Störungen hineingehören. Diese Erscheinungen werden zusammen mit verwandten Symptombildern im Kapitel des Gefäßsystems besprochen werden. Den spasmophilen Formenkreis lassen wir innerhalb der Darstellung unberücksichtigt, da die Möglichkeiten direkter psychotherapeutischer Einwirkung in dem frühen Alter, in dem die Spasmophilie vorkommt, sehr gering sind, außerdem liegen die dem Wesen der Krankheit angepaßten Methoden auf anderem Gebiet.

## d) Stottern.

Zu der motorischen Sphäre stehen die Störungen der Sprache in naher Beziehung. Wir wählen unserer grundsätzlichen Einstellung entsprechend für diese Darstellung diejenigen Formen aus, bei denen die Psychotherapie eine größere praktische Bedeutung hat. Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, steht das *Stottern* im Vordergrund des Interesses. Man kann die Forschungsentwicklung auf diesem Gebiet in Parallele zu den Verhältnissen bei der Enuresisforschung setzen. Ähnlich wie dort ist erst allmählich die Anschauung durchgedrungen, daß das Stottern, von gewissen Ausnahmen abgesehen, eine Neurose ist und daß daher seelische Mechanismen für das Verständnis der Störung und ihre Behandlung von ausschlaggebender Bedeutung sind. Bevor wir zu den herrschenden Strömungen so weit Stellung nehmen, als es die Erörterung der Therapie erfordert, seien einige Beispiele aus der Praxis vorausgeschickt.

(Fall 31.) Günther C.,  $2\frac{1}{2}$  Jahre. *Anamnese*: Vater nervös, reizbar. Mutter ängstlich, besorgt. Einziges Kind. Geburt o. B. Mit 1 Jahr gelaufen. Zur Zeit trocken geworden. Geistige Entwicklung im letzten Halbjahr merklich fortgeschritten. Kind interessiert sich für alles, was in seiner Umgebung vor sich geht, fragt sehr viel, ist lebhaft, meist heiter, tobt gern. Sprachentwicklung verspätet eingesetzt. Begann erst mit  $1\frac{3}{4}$  Jahren einzelne Worte undeutlich zu sprechen, langsame Vorwärtsentwicklung. Spricht jetzt verständlich, einzelne Konsonanten werden falsch gesprochen, ebenso ist der Satzbau noch unvollkommen. — Seit mehreren Wochen leichte Sprachstörung: Kind wiederholt einzelne Silben und ganze Worte mehrmals, bevor es weiter spricht, kann auch schlecht mit den Sätzen beginnen, hat eine verkrampfte Atmung bei diesen Zuständen. Besonders bei Erregungen, wenn es wichtige Dinge erzählen möchte, tritt die Stockung auf. Das Kind zeigt bisher keine Reaktion auf die Störung, zuweilen ist es etwas ungeduldig. Schlaf unruhig. Wirft sich oft im Bett herum, scheint lebhaft zu träumen. *Untersuchung* und Beobachtung ergibt: Leichte Form von Stottern bei körperlich gut entwickeltem Kind. Intelligenz normal. Sprachentwicklung noch nicht beendet, entspricht nicht ganz der sonstigen Stufe des geistigen Querschnittes. Lebhaftes, etwas unruhiges Wesen, keine Zeichen von Ängstlichkeit und Scheu. Mutter nervös, ist beunruhigt wegen der Sprachstörung. — *Behandlung*: Die Mutter wird beruhigt, das Kind wird durch kleine Brommengen in seiner Lebhaftigkeit gedämpft. Im übrigen wird die weitere Entwicklung abgewartet. Nach einigen Wochen tritt eine Besserung ein. Nur selten Stottern. — Eine *Kontrolluntersuchung* nach einem Jahr zeigt, daß die Störung im wesentlichen geschwunden ist. Nur bei außergewöhnlicher Erregung leichtes Stocken.

*Zusammenfassung*: Fall von beginnendem Stottern bei  $2\frac{1}{2}$  jährigem Kind. Besserung durch Behandlung.

(Fall 32.) Hans P., 6 Jahre. *Anamnese*: Eltern sehr nervös. Vater hat in der Jugend gestottert. Wirtschaftliche Verhältnisse geordnet. Unruhige Atmosphäre. Eine Schwester 12 Jahre alt, ebenfalls unruhig, nervös. Pat.: Geburt schwer. Schwierigkeiten bei der Ernährung im Säuglingsalter. Schrie oft, war schreckhaft, geräuschempfindlich. In der weiteren Entwicklung fiel immer mehr große Ängstlichkeit, scheues Wesen auf. Kind spielte am liebsten allein, hatte mit anderen Kindern wenig Kontakt. Sehr zärtlich zur Mutter. Onanie seit mehreren Jahren zuweilen beobachtet. Verschiedentlich Vorhaltungen deswegen, keine Schläge. Sehr empfindlich, ist schnell gekränkt. Entwicklung der Intelligenz normal, Sauberkeitsgewöhnung rechtzeitig. Laufen mit 1 Jahr. Sprachentwicklung: Begann mit 1 Jahr zu sprechen, kam langsam vorwärts. Mit etwa  $3\frac{3}{4}$  Jahren begann das Kind zuweilen zu stottern, besonders bei Erregungen. Damals fing es an, in einen Kindergarten zu gehen. Auf ärztlichen Rat blieb es, da die Sprach-

störung zunahm, längere Zeit dem Kindergarten fern. Daraufhin trat Besserung ein. In der folgenden Zeit wechselnder Zustand. Zeiten guten Sprechens lösten sich mit Perioden des Stotterns ab. — Mit Schulbeginn vor einem halben Jahre wesentliche Verschlechterung: Kind spricht zu Hause zwar einigermaßen fließend, wenn auch bedeutend schlechter als bisher, in der Schule aber gelingt kaum ein Satz ohne Stottern. Kind will nicht zur Schule gehen, fürchtet sich vor dem Lehrer, hat mit den Kindern keinen Kontakt, hat Angst zu sprechen, antwortet in der Schule überhaupt nicht mehr. Zu Hause weint das Kind häufig. Die Mutter ist wegen des Zustandes des Kindes sehr besorgt. *Untersuchung* und Beobachtung ergibt: Hochgradiger Zustand von Stottern bei ängstlichem, überempfindlichem Kind, das ausgesprochene Minderwertigkeitsgefühle hat und sich wegen der Angst vor dem Sprechen in sich zurückgezogen hat. Eltern sehr nervös. Mutter sehr beunruhigt, macht einen weichen, empfindsamen Eindruck. — Im Verlaufe einer *psychotherapeutischen Behandlung*, die mit Übungstherapie verknüpft ist, gelingt es, in 4 Monaten den Zustand wesentlich zu bessern: Das Kind antwortet in der Schule, hat mehr Beziehung zu den Schulkameraden, ist nicht mehr so verschüchtert, fürchtet sich weniger vor dem Sprechen, ist heiterer usw. — Zwei *Kontrolluntersuchungen* in Abständen von je einem halben Jahr ergeben, daß das Kind zwar nicht geheilt ist, aber daß die Sprachstörung an Intensität und beherrschender Stellung außerordentlich verloren hat.

*Zusammenfassung:* Hochgradiges Stottern bei ängstlichem, übererregbarem Kinde aus nervösem Milieu. Günstige Beeinflussung durch kombinierte psychische- und Übungsbehandlung.

(Fall 33.) Elfriede K., 8 Jahre. *Anamnese:* Vater Schriftsteller, reizbar, aufbrausend, jähzornig. Mutter ebenfalls leicht erregbar. Eine Schwester 10, ein Bruder 12 Jahre alt. Beide unruhig, zappelig, unkonzentriert. Atmosphäre im ganzen sehr unruhig, überlebhaft. Wirtschaftliche Situation mittelgut. Pat.: Bisher körperlich gesund. Geistig stets sehr regsam gewesen. Entwicklung normal. Mit 1 Jahr zu sprechen begonnen, regelmäßige Fortschritte, nach einigen Monaten wurden die meisten Worte richtig gesprochen, die Sätze gut gebildet. Gleichzeitig fiel aber schon damals auf, daß das Kind sich beim Sprechen verhaspelte, stockte und Silben wiederholte. Im Alter von etwa 4 Jahren trat eine deutliche Veränderung ein. Das Kind wurde sehr lebhaft, wild, tobte viel herum, konnte nicht lange still sitzen. Beim Sprechen übersprudelte es sich. Wenn es etwas erzählen wollte, kam es vor Eifer zunächst überhaupt nicht zum Sprechen, dann folgte ein Wortschwall, der zumeist wenig verständlich war. Silben und ganze Worte wiederholten sich. Das Kind wurde vor Eifer rot im Gesicht, die Atmung war unregelmäßig. Man hatte den Eindruck, die Luft reiche nicht zum Sprechen aus. Diese Art des Sprechens hat sich im wesentlichen bisher erhalten. Das Temperament ist ebenfalls sehr lebhaft geblieben. Das Kind ist meist heiter, tobt viel, bevorzugt alle Spiele, bei denen es nicht still sitzen muß, spielt mit den Jungen Indianerspiele usw. In der Schule ist es gut, es hat viele Freundinnen, ist nicht ängstlich oder zurückhaltend. Seine Sprachstörung berührt es wenig, Minderwertigkeitsgefühle treten nicht in Erscheinung. Eine Behandlung ist bereits vor einem Jahre versucht worden, das Kind zeigte aber wenig Interesse für diese und machte keine Fortschritte. — *Untersuchung* und Beobachtung ergibt: Kräftiges, gesund aussehendes Mädchen. Reflexe lebhaft, sonst körperlich o. B. Mittelschwerer Fall von Stottern und Poltern bei guter Intelligenz. Keine Zeichen ängstlicher Haltung. Im Vordergrund steht die übergroße Hast und Lebhaftigkeit. — Mutter und Vater sehr nervös. Wenn man in die Wohnung des Kindes kommt, ist der Lärm, der die Atmosphäre kennzeichnet, bereits auf dem Treppenflur deutlich zu hören. — In kombinierter psychotherapeutischer und Übungsbehandlung im Laufe einiger Monate fühlbare Besserung.

*Zusammenfassung:* Fall von Stottern und Poltern bei motorisch und affektiv übererregbarem Kinde. Keine Angstvorstellungen feststellbar. Besserung in der Behandlung.

Es wurden 3 Fälle von Stottern mitgeteilt, die uns in das zur Erörterung stehende Gebiet mitten hineinführen. Wir wollen nun zu-

nächst mit wenigen Strichen die wesentlichen Anschauungen andeuten, die heute von namhafter Seite vertreten werden. Bei den Sprachforschern gibt es im allgemeinen zwei Lager, zu denen die einzelnen Autoren sich mehr oder weniger deutlich bekennen. Auf der einen Seite steht die KUSSMAUL-GUTZMANNsche Schule, die die primäre Ursache des Stotterns in einer Störung im Gebiete der motorischen Region sieht, sie spricht von einer spastischen, zu Kramp fzuständen führenden Koordinationsneurose. Den seelischen Erscheinungen wird bei dieser Auffassung eine sekundäre Bedeutung zugeschrieben. Auf der anderen Seite vertreten Autoren wie HOEPFNER und FRÖSCHELS folgenden Standpunkt: Assoziative Ausfallserscheinungen, die den Aphasien analog sind, stören den normalen Denk-Sprech-Vorgang, dessen Gefüge gesprengt und in pathologischer Weise wieder zusammengesetzt wird. Das Stottern wird infolgedessen als assoziative Aphasie bezeichnet. In der Kenntnisnahme dieser Ausfallserscheinungen, in der Erregung, die durch sie hervorgerufen wird, ist der Kern der Störung nach der Meinung dieser Autoren zu erblicken. Willensanstrengungen, Erregung über ihre Nutzlosigkeit und weitere Anstrengungen bilden dann einen Circulus vitiosus, der zur Ausbildung der Sprachstörung führt. Die hier angedeutete Auffassung wird als psychologische Erklärung der zuerst genannten Meinung entgegengestellt, bei der seelische Mechanismen, wie gesagt, eine sekundäre Rolle spielen.

Von analytischer Seite wird Angst- und Schreckerlebnissen die Bedeutung einer primären Ursache beigelegt. Durch Verdrängungsvorgänge werden Angstafekte, bei denen sexuelle Vorgänge eine wesentliche Rolle spielen, zum Stottern umgeformt, das also als eine spezielle Form der Angst, als Sprech angst, aufgefaßt wird. Demgegenüber ist das Stottern in individualpsychologischer Beleuchtung wie jedes andere neurotische Symptom ein Mittel, vor den Aufgaben der Gemeinschaft die Flucht zu ergreifen. Minderwertigkeitsgefühl und Geltungsdrang des Stotterers sind nach fiktiven Zielen gerichtet und verhindern die notwendige Kooperation.

Faßt man die erwähnten Anschauungen zusammen, so ist eine allgemeine Einigkeit darüber festzustellen, daß seelische Vorgänge beim Stottern wesentliche Bedeutung haben. Differenzen bestehen einmal in der Hinsicht, daß affektive Erscheinungen einerseits als reaktiv, andererseits als ursächlich angesehen werden. Bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse dürfte eine einwandfreie Klärung der primären Tatbestände unmöglich sein. Es kann sich für uns nur darum handeln, auf Grund eigener Erfahrungen eine Meinung zu äußern. Wenn man Gelegenheit hat, bei kleinen Kindern die allerersten Anfänge der Sprachstörung zu beobachten — Fall 31 ist eine derartige Situation —, so sieht man, daß eine Kenntnisnahme und affektive Verarbeitung nicht immer vorzuliegen braucht, obwohl bereits gestottert wird. Wenn auch die Möglichkeit des Bestehens von unbewußten, noch nicht zur Oberfläche gelangten Angstvorstellungen nicht geleugnet werden kann, findet man auf der anderen Seite in manchen Fällen trotz eingehender Nachforschungen keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein reaktiver Affekte.

Das Kind stottert in diesen Fällen, ohne bereits von der Störung Kenntnis genommen zu haben. Wie dieser Zustand zu erklären ist, den wir nur bei Kindern bis etwa zu 3 Jahren beobachten konnten, muß dahingestellt bleiben. Ob eine motorische Störung zugrunde liegt oder eine gedankliche Ataxie im Sinne HOEPFNERs und FRÖSCHELS, dürfte vorläufig nicht zu entscheiden sein. Daß Strukturveränderungen in Form von lokalisierten Herden verantwortlich zu machen sind, glaube ich nicht annehmen zu können. Die Tatsache, daß auch bei normal sprechenden Menschen bei starker affektiver Erregung Stottern vorübergehend zu beobachten ist, ferner der Umstand, daß auch bei ausgebildeter Störung das wechselvolle Verhalten charakteristisch ist, scheinen mir dafür zu sprechen, daß eine Unsicherheit der Gesamtfunktion im Sinne einer mangelhaften Koordination der einzelnen beteiligten Faktoren anzunehmen ist.

Diese Funktionsunsicherheit kann Ausdruck einer ausgleichbaren Entwicklungshemmung sein. Bekanntlich geht der normale Wachstumsprozeß nicht in der Weise vor sich, daß alle Funktionen sich in gleichem Tempo ausbilden. In dem einen Falle bleibt die Erlernung des selbständigen Laufens zurück, in einem anderen gelingt die Beherrschung der Blasenfunktion schwer, zuweilen entwickelt sich die Sprache nicht mit der gleichen Schnelligkeit wie andere Funktionen. Das Stottern ist eine von derartigen Möglichkeiten auf dem Gebiete der Sprachentwicklung. Bemerkenswert ist, daß NADOLECZNY unter 890 Fällen von Stottern die Feststellung machen konnte, daß das Leiden in 60% im Alter von 2—5 Jahren begann, d. h. zu einer Zeit, in der die Sprachentwicklung noch nicht abgeschlossen war. Diese Beziehung des Stotterns zur Gesamtsprachentwicklung zeigt sich auch in der Tatsache, daß Mädchen bedeutend seltener stottern als Jungen, zugleich beginnen sie bekanntlich im allgemeinen eher als die Jungen zu sprechen und vervollkommen ihre Sprachfähigkeiten auch schneller als jene.

Wenn also das Stottern in einer Linie mit anderen Störungen der Entwicklung steht, bleibt die Frage zu beantworten, ob und in welcher Weise es gegenüber diesen parallelen Erscheinungen abzugrenzen ist. Hier gelangen wir nun zu der Bewertung der affektiven Vorgänge. Unter den stotternden Kindern kann man im allgemeinen zwei Typen voneinander abgrenzen. Diese werden von den beiden mitgeteilten Fällen 32 und 33 repräsentiert. Bei der einen Gruppe handelt es sich um Kinder, die ängstlich, schüchtern, in sich gekehrt sind, die schwer mit andern Kindern und Erwachsenen Kontakt finden. Sie sind leicht reizbar, überempfindlich. Ihre Stimmung ist vielfach gedrückt, sie sind selten ausgelassen, heiter, zufrieden. Beim zweiten Typ steht die allgemeine Affektstärke und Impulsivität im Vordergrund. Das Tempo ist in psychischer und motorischer Hinsicht beschleunigt. Gedanken und Bewegungen übersprudeln sich. Zweierlei und mehr Dinge werden gleichzeitig tendiert, alles befindet sich in Hast und Unruhe. Angst gehört im allgemeinen nicht zum Bilde. Im Gegensatz zu der Introversion und Abgeschlossenheit der ersten Gruppe steht hier der Drang

nach außen, nach affektiver und motorischer Entspannung im Mittelpunkt. In körperlicher Hinsicht gehören die erstgenannten Kinder vielfach dem asthenischen Typ an, die letzteren haben ebensooft eine kräftige Konstitution. Bezüglich der Intelligenz sind gesetzmäßige Abweichungen von der Norm nicht festzustellen.

Es ist nun die Frage zu beantworten, in welchem Verhältnis die geschilderten Eigenschaften zu der Sprachstörung stehen. Nach analytischer Auffassung ist, wie erwähnt wurde, das Stottern stets ein Produkt verdrängter Angst, die für manche Autoren in großer Regelmäßigkeit mit sexuellen Vorgängen und Gedanken im Zusammenhange steht. Meiner aus der praktischen Erfahrung gewonnenen Ansicht nach sprechen verschiedene Gründe gegen die Annahme, daß das Stottern in dieser Weise mit Gesetzmäßigkeit entsteht. Einmal kenne ich genügend Fälle, bei denen ein Angsteffekt oder überhaupt Angstbereitschaft nicht nachzuweisen ist, sondern wo andere Eigenschaften das Bild beherrschen. Wenn diese Gruppe auch zahlenmäßig die andere nicht erreicht, so ist sie doch zweifellos vorhanden. Man kann auch nicht einwenden, daß diese Kinder nicht stottern, sondern zur Gruppe der Polterer gehören. Neben dem Poltern, das in anderen Fällen auch ohne Stottern vorkommt, ist bei den hier gemeinten Formen typisches Stottern festzustellen. Ich erinnere ferner an die eingangs beschriebenen Fälle bei Kleinkindern, bei denen weder Angst noch andere Affekte eine feste Verknüpfung mit der Sprachstörung zeigen. Diese und andere Erwägungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, legen mir die Vermutung nahe, daß die Angst nicht die Ursache des Stotterns ist, sondern die wichtigste konstellative Bedingung darstellt, die neben anderen Faktoren eine Funktionsunsicherheit zu einer manifesten und dauerhaften Störung werden läßt. Unter diesen anderen Faktoren spielt die beschriebene Veranlagung der zweiten Gruppe eine wesentliche Rolle. Hier bilden sich gewohnheitsmäßige Verknüpfungen, die zu einer dauernden Zuordnung von Temperaments- und Sprachbesonderheiten werden. Weitere Bedingungen für die Inangsetzung und Aufrechterhaltung des Stotterns sind, wie bei allen Störungen, Einflüsse von der Umgebung her. Nervöse Unruhe, übermäßige Strenge, zu große Zärtlichkeit sind einige der in Frage kommenden Möglichkeiten. Besondere Bedeutung hat die Nachahmung. Nach GUTZMANN sind etwa 10% der Stottererfälle auf dieses Konto zu setzen. Die Entscheidung, ob es sich um reine Nachahmung oder eine Verbindung von Vererbung und Nachahmung handelt, ist zumeist schwer zu treffen.

Ein Wort noch zur Frage, wie sexuelle Vorgänge in ihren Beziehungen zum Stottern zu bewerten sind. Auch mir ist eine größere Zahl von Fällen bekannt, bei denen Onanie neben der Sprachstörung festzustellen war. In unserem Falle 32 ist diese Situation gegeben. Ich hatte bei den von mir behandelten Fällen nicht den Eindruck, daß Schuldgefühle und Angstzustände von dieser Seite her die Bedeutung einer primären Ursache beanspruchen können. In einzelnen Fällen mögen sie als veranlassende Momente zu bewerten sein, in der Mehrzahl der Formen halte ich derartige Vorgänge für koordiniert.

Bestimmte Zeiten der Entwicklung sind besonders geeignet, die Ausbildung einer manifesten Sprachstörung zu begünstigen. Wie wir sahen, beginnen mehr als die Hälfte aller Fälle im Kleinkindalter. Im allgemeinen Teil und an anderen Stellen der Darstellung wurde auf diese kritische Zeit der Anpassungsschwierigkeiten hingewiesen. Da die Sprache eins der wesentlichsten Ausdrucks- und Kontaktmittel ist, wird es verständlich, daß in diesem Alter die Störungsdisposition besonders groß ist. Weiterhin bedeutet der Beginn der Schulzeit, in der Anforderungen an die Sprache zunächst im Vordergrund stehen, eine Belastung für Kinder, die nicht über eine genügend große Sicherheit der Sprachfunktion verfügen. Zu dieser Zeit werden infolgedessen viele Fälle von Stottern manifest oder weisen deutliche Verschlechterung auf. Schließlich ist die Pubertät eine Entwicklungsperiode, in der Sprachstörungen ebenso wie andere Unzulänglichkeiten besonders betont sein können.

Mit diesen Andeutungen begnügen wir uns, sie dürften ausreichen, um dem *therapeutischen Vorgehen* die Wege zu weisen.

Es würde zu weit führen, die große Menge der vorgeschlagenen Maßnahmen zu erörtern. Je nach der grundsätzlichen Einstellung wird mehr auf seelische Behandlung oder auf Übungen oder schließlich auf beide Richtungen Wert gelegt. Wir beschränken uns darauf, die Methodik zu schildern, mit der wir zu arbeiten gewohnt sind. Bei den Fällen, bei denen die Angst das Bild beherrscht, wo der *Circulus vitiosus* zwischen Angst zu Sprechen, Versagen, Verstärkung der Angst zu der bekannten Haltung führt, bei der Verschüchterung, Minderwertigkeitsgefühl und Introversion bestimmend sind, kommt es darauf an, in erster Linie zu beruhigen und zu ermutigen. Um in dieser Richtung erfolgreich wirken zu können, muß versucht werden, den Quellen der Angst so weit wie möglich nachzugehen. Die Beschaffenheit des Milieus muß genau erforscht werden. Nervöse Erkrankungen und Haltungen der Angehörigen, Fehler der erzieherischen Einstellung müssen ans Tageslicht gebracht und nach Möglichkeit abgestellt oder gemindert werden. Die Art und Weise, wie sich die Eltern zur Sprachstörung stellen, bedarf einer genauen Prüfung. Dauerndes Berufen, zu große Strenge sind fehl am Platze, von Drohungen und Schlägen ganz zu schweigen, die leider zuweilen als Gegenmittel gegen Stottern Verwendung finden. Es muß ferner festgestellt werden, ob Nachahmung in Betracht kommt und wenn dies der Fall ist, dafür gesorgt werden, daß Verkehr mit stottern-den Kindern oder Erwachsenen, wenn angängig, abgestellt wird. Die Schulumwelt ist darauf hin zu untersuchen, ob objektive Anhaltspunkte für einschüchterndes, Angst erregendes Verhalten der Lehrer oder für ungünstige Beeinflussung durch Mitschüler aufzufinden sind. Die Spielsituation bedarf bei kleineren Kindern einer entsprechenden Kontrolle, ebenso der Kindergarten.

In dem Bestreben, dem Kinde auf psychotherapeutischem Wege zu helfen, werden wir je nach dem Grade und der Dauer der Störung, entsprechend der Altersstufe des Kindes, die speziellen Mittel wählen, um das notwendige Ziel, Beruhigung, Stärkung des Selbstbewußtseins und Überwindung der Sprechangst zu erreichen. Zur Verfügung stehen

uns hierzu die bekannten und beschriebenen Methoden von der einfachen Form der Suggestion bis zu tiefenpsychologischer Erziehungsbehandlung.

Bei der Gruppe der nichtängstlichen, ungestümen, impulsiven Kinder wird es sich darum handeln, die Atmosphäre und das Kind zu dämpfen. Über die Mittel und Wege, mit denen dieses Ziel zu erreichen ist, wurde das Notwendige bei der Besprechung der Anfälle und des Tic gesagt, worauf wir uns hier beziehen. Jedes Schematisieren muß bei der Psychotherapie des Stotterns ebenso wie bei der Behandlung anderer Störungen vermieden werden. Genaue Erforschung der speziellen Konstellation ist die Vorbedingung für die Therapie, deren einzelne Mittel sich dann zwangsmäßig ergeben.

Der Feststellung fast aller namhafter Autoren, daß das Stottern eine außerordentlich große Tendenz zur psychischen Verselbständigung hat, können wir uns voll und ganz anschließen. Grundsätzliche Einstellungen, wie sie innerhalb dieser Darstellung bezüglich der Bewertung des Symptoms an verschiedenen Stellen zum Ausdruck gebracht wurden, bewähren sich bei der Behandlung des Stotterns besonders deutlich. Es gelingt in der Mehrzahl der Fälle nicht oder nur unvollständig, mit der Psychotherapie allein dauerhafte Erfolge zu erzielen. Sobald eine gewisse Beruhigung eingetreten, ein Kontakt hergestellt ist, muß eine Übungsbehandlung zur psychischen Therapie hinzutreten. Den Bedenken mancher Autoren, die in der Übung eine unzweckmäßige Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf das Symptom erblicken, kann man neben grundsätzlichen Erwägungen, wie sie im allgemeinen Teil angedeutet wurden, die Erfahrungen der Praxis entgegenhalten, die durchaus für den Nutzen der Übungsbehandlung sprechen.

Bekanntlich haben die verschiedenen Sprachforscher genaue Anleitungen für die Sprachübungen veröffentlicht. Zur Orientierung seien u. a. GUTZMANN'S Übungsbuch für Stotternde, ferner das Lehrbuch der Sprachheilkunde für Ärzte von FRÖSCHELS empfohlen, in dem eine Übersicht über die verschiedenen Vorschläge zu finden ist. Jeder, der mit der Stotterbehandlung intensiver zu tun hat, bildet sich allmählich in Verwertung der zur Verfügung stehenden Literatur sein eigenes Schema, von dem er den dem Einzelfall entsprechenden Gebrauch macht. Mein eigenes Vorgehen will ich in kurzen Zügen schildern.

Je nach der Intelligenzstufe, in der das Kind sich befindet, wird zunächst versucht, in geeigneter Form das fehlerhafte Verhalten beim Sprechen zu erklären, die einzelnen Übungen werden ebenfalls begründet. Gegenüber der häufigen Gewohnheit, mit dem Rest der Ausatemungsluft das Sprechen zu beginnen, also gewissermaßen auf dem letzten Loch zu pfeifen, empfiehlt es sich, tiefes Ein- und Ausatmen zu üben und das Kind zu veranlassen, kurz nach dem Übergang der Inspiration zur Expiration, nicht etwa im Augenblick des Überganges, wie es ebenfalls oft geschieht, mit dem Sprechen zu beginnen. Ein einfaches Mittel, dem Kinde zu demonstrieren, daß es bei richtiger Technik mit einer einzigen Expiration lange und ohne Stocken sprechen kann, besteht darin, nach tiefer Inspiration zählen zu lassen, soweit es geht. Den Kindern bereitet diese Übung zumeist Vergnügen, sie setzen

ihren Stolz darein, dem Arzte möglichst gleichzukommen und bringen es nach einiger Übung bis zur Zahl 40 und darüber hinaus. Die bekannte Tatsache, daß die meisten Stotterer beim Singen fehlerlos sprechen, wird in der Weise für die Therapie nutzbar gemacht, daß melodische, rhythmische Sätze zunächst mit singender Stimme, dann in langsamem Tempo ohne Singen gesprochen und, wenn das Kind alt genug ist, auch gelesen werden. Gedichte eignen sich sehr gut zu diesen Übungen.

Störungen in der Artikulation werden dadurch bekämpft, daß man empfiehlt, nicht im Telegrammstil zu antworten, wenn man gefragt wird. Fragt man z. B.: „Was habt ihr heute zu Mittag gegessen?“, so soll die Antwort nicht lauten: „Kartoffeln und Fleisch“, sondern: „Wir aßen heute Kartoffeln und Fleisch.“ Diese Einkleidung schwieriger Worte in Sätze oder das Voranschicken belangloser Sätze vor den Satz, der die wesentlichen, auszusprechenden Gedanken enthält, wird von manchen Kindern als Selbsthilfe gegenüber der störenden Erwartungsvorstellung benutzt. Auf diese Weise wird der gefürchtete Beginn des Sprechens umgangen. Ein älterer Junge, der trotz seines Stotterns gern und gut Theater spielte, sprach vor seinem Auftritt stets einige belanglose Sätze, so daß die Worte, die er dann auf der Bühne sprach, bereits die Fortsetzung, nicht den Beginn des Sprechens darstellten. Ein einfaches Mittel, das Sprechen der Konsonanten zu üben, besteht darin, die Vokale in der Reihenfolge des Alphabets mit den Konsonanten zu Silben zu bilden. Man läßt also sprechen: ba, be, bi, bo, bu — ca, ce, ci, co, cu — da, de, di, do, du — fa, fe, fi, fo, fu usw. Es ist empfehlenswert, alle Artikulationsübungen zuerst in Flüsterstimme vornehmen zu lassen, dann mit gewöhnlicher Stimmgebung. Wenn man mit der Behandlung aus den ersten Anfängen heraus ist, erzählt man eine kurze Geschichte oder läßt das Kind diese lesen. Dann fordert man auf, die Erzählung frei wiederzugeben. Diese Übung, die für ein stotterndes Kind am schwierigsten ist, nimmt man am besten zum Schluß der Stunde vor.

Bei schweren Fällen von Stottern sind die sogenannten Mitbewegungen sehr störend. Diese bestehen in krampfartigen Bewegungen der Muskeln des Gesichtes und des Halses, die ein Ausdruck der unzureichenden Kraftverschwendung sind, mit der der Sprachstörung entgegengearbeitet wird. In diesen Fällen empfiehlt es sich, wie überhaupt bei allen sehr eingefahrenen, schweren Formen, den geschilderten Übungen Ruhe- und Entspannungsübungen vorangehen zu lassen. Man läßt das Kind sich hinlegen, die Augen schließen und gibt Suggestionen, die zu einer Entspannung der Muskulatur, zur Beseitigung der Verkrampfung führen. Dann werden die genannten Übungen im Liegen, später im Stehen oder Sitzen angeschlossen.

Es wurde versucht, mit wenigen Worten ein Bild von den wesentlichsten Übungen zu entwerfen, die sich uns bei der Stotterbehandlung bewährt haben. Jedem einzelnen muß es überlassen werden, sie so zu variieren, wie die besonderen Verhältnisse es erfordern. Erwähnt sei noch, daß die Übungen so gewählt sein müssen, daß der Zweck, dem Kinde das Sprechen zu erleichtern, es zu ermutigen, auch wirklich

erreicht wird, d. h. sie dürfen, besonders zu Anfang der Behandlung, nicht zu schwierig sein.

Die speziellen Übungen läßt man empfehlenswerterweise durch allgemeine gymnastische und sportliche Betätigung ergänzen und unterstützen, wenn die Ermutigung und Beruhigung die anfängliche Depression und Gehemmtheit gemäßigt hat. Den Beginn der Behandlung dagegen unterstützt man dadurch wirkungsvoll, daß man Beruhigungsmittel gibt, z. B. Luminaletten oder Brompräparate. Daß bei allen asthenischen Typen, die, wie angedeutet wurde, unter den Stotterern häufig zu finden sind, auf dem Wege körperlicher Behandlung geholfen werden muß, kann wohl als selbstverständlich angesehen werden.

Übungsbehandlung und Psychotherapie müssen so miteinander verknüpft sein, daß sie sich Hand in Hand arbeiten. In einer großen Zahl von Fällen gelingt es in dieser Weise, wesentlich zu helfen. Es sei aber nicht verhehlt, daß die Beseitigung des Stotterns zu den schwierigsten Aufgaben gehört, die der Kinderpsychotherapie gestellt sind. Es bedarf häufig sehr ausgedehnter Übungstherapie und langdauernder psychotherapeutisch-erzieherischer Behandlung, um Erfolge zu erzielen. Da die Aussichten um so größer sind, je eher ein Kind zur Behandlung gelangt, ergibt sich für die Fürsorge die Forderung, eine möglichst frühzeitige Erfassung der sprachgestörten Kinder zu erstreben. Wie wichtig diese Aufgabe ist, geht aus der Tatsache hervor, daß nach NADOLECZNY 98000 Kinder in Deutschland stottern. Eine segensreiche Einrichtung sind die Sonderklassen und Sonderschulen für sprachgestörte Kinder, deren weiterer Ausbau leider in der heutigen Zeit nicht wesentlich gefördert werden kann. Von der Zweckmäßigkeit dieser Institution konnte ich mich in mehrjähriger schulärztlicher Tätigkeit überzeugen. Die Herausnahme der Stotterer aus der Normalschule ist vielfach bedeutend wichtiger als die zuweilen notwendige Entfernung aus dem häuslichen Milieu.

#### IV. Störungen im Bereich des Herz- und Gefäßsystems.

##### a) Herzneurose.

Wir gelangen zur Besprechung der Störungen im Bereich des Herz- und Gefäßsystems und wählen wiederum diejenigen Syndrome aus, bei deren Behandlung der Psychotherapie eine größere Rolle zufällt. Bezüglich der in Betracht kommenden *Herzstörungen*, die wir aus praktischen Gründen getrennt erörtern wollen, sei Folgendes grundsätzlich festgestellt: Beim Erwachsenen gibt es kaum eine einzige Herzerkrankung, bei der nicht seelische Störungen nachzuweisen sind. Körperliche und psychische Erscheinungen verflechten sich in mannigfachster Weise miteinander, so daß ihre Abgrenzung bekanntlich die größten Schwierigkeiten bereiten kann. Auf der anderen Seite werden die verschiedenartigsten seelischen Vorgänge, insbesondere Angstzustände, vom Patienten ins Herz lokalisiert. BRAUN bezeichnet daher beispielsweise mit vollem Recht das Herz als „typisches Ausdrucksorgan für alle seelischen und nervösen Zustände“. Bei Kindern liegen die Verhältnisse wesentlich anders. Im allgemeinen verbindet ein Kind mit dem Begriff „Herz“ nicht die Vorstellungen, die der Erwachsene zu haben pflegt, es kennt noch nicht die Bedeutung der Herzfunktion, fühlt diese infolgedessen selten bedroht, beobachtet nicht den Herzschlag und registriert nicht Abweichungen des Rhythmus. Gewiß empfindet es bei Erregungen und Angst die Beschleunigung des Pulses, es zieht aber aus diesem Gefühl nicht die Konsequenzen, die der Erwachsene ableitet. Bekanntlich zeigen auch Kinder mit schweren Herzfehlern vielfach ein Verhalten, das heiter, unbekümmert und ahnungslos genannt werden muß. Dort, wo Kinder über ihr Herz klagen, wo sie wegen seiner Funktion beunruhigt sind, finden wir, wenn wir von hochgradigen Beschwerden bei dekompensierten Vitien absehen, den Schlüssel für das Verständnis dieser Gefühlsregungen mit großer Regelmäßigkeit im Verhalten der Angehörigen.

Ein Beispiel möge zunächst diese Verhältnisse beleuchten:

(Fall 34.) Gerhard D., 11 Jahre. *Anamnese*: Vater sehr nervös, leicht aufgeregt. Mutter ebenfalls nervös. Ehe o. B. Mittlere wirtschaftliche Verhältnisse. Ein Bruder 12 Jahre, zurückhaltend, scheu, schwierig. Pat.: Verschiedene körperliche Erkrankungen, sonst Entwicklung im allgemeinen normal. Temperament sehr lebhaft, motorisch unruhig; sehr interessiert an allen Vorgängen in der Umgebung, liest viel, zeichnet gut, spielt gern Theater, hat guten Kontakt mit Kameraden, ist sehr gesellig. In der Schule gute Leistungen. Schlaf war früher ruhig, fest. Vor einiger Zeit in der Nacht Zustand von Unruhe, Angst. Kind meinte, es würde einen Herzschlag bekommen. Nach einigen Tagen trat wieder Beruhigung ein. Später Wiederholung des Zustandes. Allmähliche Verschlimmerung, in der letzten Zeit fast jede Nacht Unruhe, Atemnot. Pat. meint, das Herz setze aus, er beobachtet seinen Puls, wälzt sich in seinem Bett umher, kann nicht einschlafen. Unruhezustände in jüngster Zeit auch am Tage, besonders im Kino oder bei Theatervorstellungen, auch bei angeregtem Spiel in größerer Gesellschaft. —

Mutter sehr beunruhigt, glaubt, daß der Junge etwas am Herzen habe. — *Untersuchung* und eingehende Beschäftigung mit dem Falle ergibt folgendes: Frühreifer, empfindsamer, lebhafter Junge mit normaler Intelligenz und künstlerischen Neigungen und Anlagen. Starke Phantasie, Interesse für das Theater, schauspielerische Begabung. — Im Mittelpunkt seines augenblicklichen Interesses steht sein Herz. Obwohl die klinische und röntgenologische Untersuchung außer einer deutlichen respiratorischen Arrhythmie keine Anhaltspunkte für das Bestehen eines Herzleidens erbracht hat, glauben die Eltern an das Vorliegen einer Herzerkrankung. Der Vater hat, so erfährt man, an einer Herzaffektion gelitten, hatte nachts „Herzkrämpfe“ gehabt. Hiervon hat der Junge seit längerer Zeit Kenntnis. Der Beginn der Erkrankung wird von dem Jungen selbst so dargestellt, daß er eines Nachts traumhafte Gestalten im Zimmer sah, Angst hatte und nicht schlafen konnte. Wann Gedanken auftraten, die sich auf sein Herz bezogen, kann er nicht mehr angeben. Allmählich bildete sich jedenfalls ein ganzes Angstsystem aus, in dessen Mittelpunkt die Sorge um das Herz stand. Er beobachtet seinen Puls genau, zählt die Schläge, hält den Atem an, fühlt, daß der Herzschlag bei den verschiedenen krampfartigen Atmungsversuchen unregelmäßig wird, glaubt, bei solchen Angstzuständen in der Nacht sterben zu müssen usw. Immer wieder taucht im Laufe der Behandlung dieser Gedankengang auf. Seinen wiederholten Fragen nach der Funktion des Herzens ist zu entnehmen, daß er sich auch am Tage sehr eingehend mit diesem Problem beschäftigt.

Es würde zu weit führen, die sehr interessanten Einzelheiten des Falles zu schildern, die im Laufe der Behandlung ans Licht kamen, wir beschränken uns auf folgende *Zusammenfassung*: Bei einem phantastischen, frühreifen Jungen wird eine Folge von Pavorzuständen zu einer Herzneurose geformt. Von Bedeutung sind neben einer hypochondrischen Neigung des Kindes und einer deutlichen respiratorischen Arrhythmie die Einstellungen der Eltern und das miterlebte Beispiel der Herzstörungen beim Vater. — In einer kombinierten psychotherapeutischen und Ruhebehandlung, die durch Medikamente im Beginn unterstützt wird, gelingt es in kurzer Zeit, die abendlichen Zustände zu beseitigen und gleichzeitig das Interesse von der Beobachtung des Herzens abzulenken.

Nach unserer Erfahrung sind derartig ausgeprägte Fälle nervöser Herzstörungen im Kindesalter nicht sehr häufig, leichtere Formen von Herzbeschwerden werden öfters geäußert. Charakteristisch ist, wie gesagt, für diese Fälle das Verhalten der Angehörigen, die auf Grund eigener Erfahrungen und aus ängstlicher Einstellung heraus die Zuordnung psychischer Störungen zum Herzen veranlassen und unterstützen.

Bei der *Behandlung* derartiger Fälle werden wir den geschilderten Verhältnissen entsprechend zunächst bemüht sein müssen, die Angehörigen über die wirklichen Vorgänge aufzuklären. Das Interesse für das Herz des Kindes muß aus dem Mittelpunkt der Familie herausgerückt werden. Das Kind selbst wird seinem Alter und seinem Auffassungsvermögen gemäß ebenfalls über die Ungefährlichkeit der Beschwerden unterrichtet und beruhigt. Je nach Intensität und Dauer der Störung wird die Wahl der psychotherapeutischen Mittel erfolgen. Das Ziel der Behandlung besteht darin, das Interesse des Kindes auf Gebiete zu verlegen, auf denen es sich lustvoll und fruchtbar betätigen kann. Bei der anfänglich notwendigen Beruhigung sind suggestive Maßnahmen, besonders Entspannungs- und Ruheübungen, angezeigt.

Durch beruhigende Medikamente werden diese Bestrebungen wirksam unterstützt.

### b) Vasomotorische Störungen.

Größere praktische Bedeutung als den beschriebenen Herzstörungen kommt Erscheinungen zu, bei denen die Vasolabilität wesentlich oder mitwirkend beteiligt ist. Wir wollen hier eine Anzahl von Zuständen zusammenfassen, deren Symptomatik verschieden ist, denen aber eine *Schwäche des vasomotorischen Apparates* ein gemeinsames Gepräge gibt.

Die folgenden Fälle mögen die Verhältnisse kennzeichnen.

(Fall 35.) Inge R., 7 Jahre. *Anamnese*: Mutter und eine Schwester vor einem Jahr durch Unfall gestorben. Vater nervös, reizbar. Wirtschaftliche Verhältnisse mittelgut. Eine Schwester von 20 Jahren führt den Haushalt. Pat. oft krank gewesen, schwächlich, anfällig. In psychischer Hinsicht sehr empfindlich, reizbar, wenig leistungsfähig. Spielt wenig mit anderen Kindern, ist verschlossen. Wechselt schnell die Farbe, besonders bei Erregungen. Seit mehreren Jahren Ohnmachtszustände: Kind fällt um, wird blaß, liegt eine Zeit schlaff und bewußtlos da, dann langsame Erholung. Die Anfälle treten sowohl bei körperlichen wie seelischen Anlässen auf, z. B. zu Beginn von Krankheiten oder nach anstrengenden Schultagen, ferner bei großen Erregungen freudigen und unlustvollen Charakters. Zuweilen gehen Schwindelanfälle und Kopfschmerzen einer Ohnmacht voraus, diese tritt aber auch häufig ohne Anfälle auf. — *Untersuchung* und Beobachtung ergibt: Blasses Kind, Dermographismus. Lebhaft Reflexe. Körperliche und seelische Anfälligkeit. Asthenischer Körperbau, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, verschlossenes Wesen.

*Zusammenfassung*: Ohnmachten bei vasolabilem, überempfindlichem Kinde. Körperliche und seelische Auslösungen der Anfälle.

(Fall 36.) Horst B., 8 Jahre. *Anamnese*: Eltern nervös. Einziges Kind. Stets schwierig in der Erziehung gewesen, als Säugling schlecht, wollte im Kleinkindalter nicht in den Kindergarten gehen, ist sehr an die Mutter gekettet. Affektiv leicht erregbar, empfindlich, scheu. Mutter kommt zur Beratung, weil Kind das Fahren schlecht vertragen kann, ihm wird dabei oft übel, zuweilen, wenn es nicht schnell genug aus der Bahn oder dem Autobus aussteigt, Erbrechen. Häufig Kopfschmerzen am Hinterkopf. Wenig leistungsfähig, nach der Schule oft sehr blaß, überanstrengt, mißmutig. Wechselt leicht die Farbe, wird blaß, wenn es erregt ist. — *Untersuchung* ergibt: Asthenisches Kind, blaß, leicht reizbar. Schwer zugänglich, verschlossen, ängstlich. Intelligenz normal. — Mutter sehr unruhig, besorgt.

*Zusammenfassung*: Fall von häufigen Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen bei asthenischem, vasolabilem, verwöhntem, einzigem Kinde.

(Fall 37.) Else G., 10 Jahre. *Anamnese*: Vater ruhig, Mutter leicht erregbar, leidet seit vielen Jahren an Migräne, besonders zur Zeit der Periode. Zwei Brüder gesund, kräftig, lebhaft. Pat.: Bisherige Entwicklung im allgemeinen normal. Seit mehreren Jahren in unregelmäßigen Abständen Anfälle von Kopfschmerzen und Erbrechen. Zuweilen sind die Kopfschmerzen halbseitig, manchmal auch über den ganzen Kopf ausgebreitet. Anfälle werden durch große körperliche Anstrengungen, ferner durch Erregungen, speziell bei Erwartung freudiger oder trauriger Anlässe, ausgelöst, oft treten sie auch beim Erwachen am frühen Morgen auf. Auch bei längeren Fahrten mit der Eisenbahn zuweilen Erbrechen. Im übrigen ist das Kind schwierig zu behandeln, leicht gekränkt, erregbar. Erregungen sind sofort an der Gesichtsfarbe zu erkennen, die schneeweiß wird. Leistungsfähigkeit nicht groß. Keine Ausdauer bei längerem Arbeiten. Mit anderen Kindern kein intensiver Kontakt. Schulleistungen durchschnittlich. — *Untersuchung* und Beobachtung ergibt: Mittelkräftiges Kind, starker Dermographismus. Lebhaft Reflexe. Unruhig, leicht erregbar, empfindsam. — Mutter nervös, beunruhigt, weich, sehr lebhaft.

*Zusammenfassung:* Fall von Migräne bei 10jährigem, übererregbaren Mädchen, dessen Mutter ebenfalls an Migräne leidet.

Die mitgeteilten Fälle kennzeichnen Störungen des vasomotorischen Systems, die sich in mannigfaltiger Weise äußern. Da die geschilderten Formen die für unsere Gesichtspunkte wesentlichen Symptome aufweisen, beschränken wir uns auf wenige zusammenfassende Worte, die die Verhältnisse charakterisieren: Im Mittelpunkt der meisten Bilder steht eine allgemeine Schwäche und Reizbarkeit, die sich auf körperlichem und seelischem Gebiet zeigt. Vor größeren Anforderungen versagen diese Kinder vielfach, sie sind asthenisch, leicht ermüdbar, empfindlich für Geräusche und bestimmte Gerüche, können vielfach schaukelnde Bewegungen beim Fahren schlecht vertragen, sehen meist blaß aus, wechseln schnell die Farbe usw. In psychischer Beziehung findet man parallele Zeichen, Versagen gegenüber seelischen Erregungen, Überempfindlichkeit, Reizbarkeit, Neigung zu Depressionen, Unluststimmungen, Minderwertigkeitsgefühlen.

In schwereren Fällen treten neben diesen allgemeinen Eigenschaften Symptome auf wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Ohnmachten, zuweilen nur bei größeren Anforderungen oder auch regelmäßig, ohne daß bestimmte Belastungen vorliegen. Bei einer Anzahl von Fällen ist die Verknüpfung mit gastro-intestinalen Erscheinungen charakteristisch, Neigung zu Durchfällen oder Verstopfungen, Übelkeit und Erbrechen beherrschen dann das Bild. Eine weitere Schilderung dieser häufigen und bekannten Syndrome dürfte sich erübrigen, Mischungen der verschiedenen Symptome und Beziehungen zu zahlreichen Konstitutionstypen schaffen viele Varianten, die durch das Hervortreten einzelner Erscheinungen innerhalb weitgehender Gemeinsamkeiten gekennzeichnet sind.

Einige Worte noch zur Frage der *Kindermigräne*. Unserer Erfahrung nach ist diese häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Daß die Migräne verhältnismäßig selten diagnostiziert wird, liegt, wie CURSCHMANN und HOMBURGER mit Recht erwähnen, an Schwierigkeiten der Abgrenzung. Mancher leichtere Fall von periodischen Kopfschmerzen wird als Migräne nicht erkannt, weil die Schmerzen nicht halbseitig sind — bei Kindern ein häufiger Befund —, oder weil nicht regelmäßig Erbrechen zum Bilde gehört. Vielfach läßt aber eine genaue Anamnese die Zugehörigkeit zum Migränekreis erkennen, indem sich in der Familiengeschichte ein oder mehrere Fälle von Migräne nachweisen lassen. Neben der Heredität, die sehr groß ist, sprechen periodisches Auftreten und Beginn am frühen Morgen u. a. für Migräne. Auf der anderen Seite begegnet die Abgrenzung schwerer Fälle mancherlei Schwierigkeiten. Epileptische Zustände, meningitische Reizerscheinungen und andere cerebrale Symptome sind zuweilen nicht ohne weiteres von schweren Migräneformen zu unterscheiden. Der Anschauung CURSCHMANN'S, daß die Kindermigräne die Theorie von der vasomotorischen Genese der Migräne bestätige, kann ich mich durchaus anschließen. Die Tatsache, daß bei den von uns beobachteten Fällen vasomotorische Störungen mit Regelmäßigkeit festgestellt wurden, gab die Veranlassung,

die Migräne an dieser Stelle, bei den Störungen des Gefäßsystems, zu besprechen.

Bei der *Behandlung der Störungen des vasomotorischen Apparates* findet die Psychotherapie dankbare Aufgaben. In den Kreis, den vegetatives, endokrines System und Psyche miteinander bilden — I. H. SCHULTZ vergegenwärtigt diese Beziehungen übersichtlich in einem Ringsymbol —, kann man sich auf verschiedenen Zugängen mit therapeutischen Bestrebungen einschalten, in der Mehrzahl der Fälle dürfte die Benutzung mehrerer Wege die sicherste Art des Vorgehens sein. Während die körperlich angreifenden Methoden ihren Platz bei der Behandlung der vasomotorischen Störungen sicher behaupten, kommt die psychische Beeinflussung nicht immer zu dem Recht, das ihr gebührt. Man nutzt nicht alle Möglichkeiten aus, wenn man bei Ohnmachtszuständen kräftigende Arzneien verschreibt oder bei Migräne Kalk verordnet. Neben diesen und anderen Maßnahmen müssen erzieherisch-psychotherapeutische Methoden das Ziel verfolgen, Minderwertigkeiten der Anlage überwinden zu helfen. Auf dem Wege allmählicher Gewöhnung kann die Widerstandsfähigkeit eines psychasthenischen Kindes wesentlich gefördert werden. Die allgemeine Reizbarkeit und Überempfindlichkeit, Zustände von Depression und Minderwertigkeitsgefühl sind seelischer Beeinflussung weitgehend zugänglich, und wenn es gelingt, den psychischen Anteil zu bessern, bilden sich auch die körperlichen Symptome zurück. Das psychotherapeutische Vorgehen im einzelnen zu schildern, dürfte sich erübrigen. Es kam hier weniger darauf an, spezielle Ratschläge zu erteilen — im Laufe der Darstellung sind genügend Handhaben gegeben worden, um Nutzenanwendungen, die den hier maßgebenden Gesichtspunkten entsprechen, zu ermöglichen — als vielmehr die grundsätzliche Bedeutung der Psychotherapie innerhalb der übrigen Behandlungsmethoden zu betonen.

## V. Störungen im Bereich des Atemsystems.

Auf dem Gebiet des Atemsystems haben wir im Rahmen dieser Darstellung neben den respiratorischen Affektkrämpfen, die bei den Anfällen erwähnt wurden, das *Asthma bronchiale* zu erörtern, bei dessen Behandlung die Psychotherapie wesentliche Aufgaben zu erfüllen hat. Bekanntlich befinden sich unsere Kenntnisse von der Genese des Asthmas noch auf sehr unsicherem Boden. Seit längerer Zeit werden Formen nervösen Asthmas von solchen unterschieden, bei denen neben einer neurotischen Veranlagung noch andere pathogene Momente nachweisbar sind. Auch in jüngster Zeit halten namhafte Forscher, wie z. B. KLEWITZ, an dieser Gruppierung fest. Die Unterscheidung der genannten Typen bezieht sich im wesentlichen auf den Beginn der Erkrankung. Während bei den rein nervösen Fällen von Anfang an Allergene nicht nachweisbar sind, werden bei den anderen Formen Anfälle zu Beginn der Erkrankung nur von den Allergenen ausgelöst, erst im weiteren Verlauf treten dann psychische Momente in die gleiche Linie mit jenen. Für unsere Gesichtspunkte ist die Tatsache von wesentlicher Bedeutung, daß sich unabhängig von der primären Entstehungsursache in der Mehrzahl der Fälle ein Zustand ausbildet, für den der *Circulus vitiosus* zwischen Anfall und Angst vor dem nächsten Anfall bezeichnend ist. Auch in den Fällen, bei denen ein spezifisches Allergen als Auslösfaktor in Betracht kommt, wird der Verlauf der Erkrankung im wesentlichen durch das genannte seelische Verhalten bestimmt, das gewissermaßen zu einer Multiplikation der Anfälle führt. Bevor wir die Richtlinien für die Therapie erörtern, möchte ich einen lehrreichen Fall kurz anführen.

(Fall 38.) Martha S., 13 Jahre. *Anamnese*: Vater Handwerker, leidet an schwerem Asthma, hat zeitweise jede Nacht Anfälle. Mutter nervös. Einziges Kind. Bisherige Entwicklung normal. Reizbares, empfindliches Wesen. Kontakt zu Freundinnen gut. Intelligenz normal, mittlere Schulleistungen. Seit mehreren Jahren Asthmaanfälle. Zuweilen lassen sich auslösende Ursachen feststellen, z. B. Bronchitiden und Erkältungen. Ferner führen größere Erregungen zum Anfall. In den letzten Jahren häufen sich die Anfälle. Das Kind fürchtet sich vor den Nächten, in denen die Zustände am meisten auftreten, kann nachts schlecht schlafen, auch wenn sich eine Zeitlang keine Anfälle zeigten. Die allgemeine Stimmungslage ist gedrückt, mißmutig. Das Kind sieht dauernd die schweren Anfälle des Vaters vor sich und meint, allmählich immer anfälliger und kränker zu werden.

Es erfolgt eine Krankenhausaufnahme, um nach Möglichkeit die Genese zu klären. Von den Feststellungen, die während des stationären Aufenthaltes gemacht wurden, seien die wesentlichsten wiedergegeben: Mädchen in mittlerem Ernährungszustande. Leichter Exophthalmus. Schilddrüse fühlbar. Reflexe lebhaft. Herz o. B. Lungen: Bronchiolitis. Typische Anfälle von *Asthma bronchiale* mittelschweren Grades. Dabei Unruhe, Angst, Luftmangel. Durch Hauttests wird das Allergen gefunden, nämlich Katzenhaare. Es erfolgt eine spezifische Desensibilisierung. Während des Krankenhausaufenthaltes nehmen die Anfälle an Zahl ab. Zum Schluß sind sie während mehrerer Wochen nicht aufgetreten. Die Hauskatze, die als auslösende Bedingung erwiesen war, wurde abgeschafft und das Kind nach Hause entlassen. Nach einiger Zeit traten die Anfälle genau

wie früher auf. — Daraufhin erfolgte eine mehrmonatige poliklinische Behandlung in Form einer kombinierten psychischen und Übungstherapie. Nach einigen Wochen wurden die Anfälle seltener, nach mehreren Monaten hörten sie gänzlich auf. Das Allgemeinbefinden, die Stimmung und die Lebensfreudigkeit besserte sich dementsprechend. — Mehrere Kontrolluntersuchungen im Laufe von 1½ Jahren bestätigten den Erfolg der Behandlung.

*Zusammenfassung:* Asthma bronchiale bei einem 13jährigen Mädchen, dessen Vater ebenfalls an Asthma leidet. Als spezifisches Allergen werden Katzenhaare gefunden. Trotz Desensibilisierung kein Erfolg, der später durch psychische und Übungsbehandlung erzielt wird.

Unter anderen Fällen wurde das angeführte Beispiel ausgewählt, weil es sich hier zweifellos nicht um ein sogenanntes „rein nervöses“ Asthma handelt, sondern um eine Form, bei der erstens das Allergen gefunden war, zweitens die Heredität und endokrine Zeichen beim Kinde für das Bestehen eines Falles von anaphylaktischem Charakter sprachen. Trotzdem war hier die Psychotherapie der spezifisch-desensibilisierenden Behandlung überlegen.

So wie in diesem Falle liegen die Verhältnisse nun nicht immer. Vielfach werden neben seelischer Behandlung andere Maßnahmen zu treffen sein. Je nach der Beteiligung klimatischer, exsudativer, chemischer und endokriner Faktoren wird die Wahl des speziellen Weges verschieden ausfallen. Psychische Behandlung aber sollte meiner Ansicht nach stets mitherangezogen werden. Ähnlich wie bei der Therapie der vasomotorischen Störungen nutzt diese eine der wesentlichen Zugangsmöglichkeiten aus, die uns gegenüber dem psychophysischen Kreis zu Gebote stehen. Auf die Psychotherapie verzichten, bedeutet, eine wichtige Gelegenheit außer acht lassen, womit man in der Mehrzahl der Fälle den Verhältnissen nicht gerecht wird. Wenn in neueren Werken größeren Formates die Psychotherapie des Asthmas nicht mit einem Wort erwähnt wird, so scheint mir die Betonung ihrer Bedeutung durchaus angebracht und notwendig zu sein.

Für unser praktisches Vorgehen sind folgende Gesichtspunkte maßgebend: Zumeist wird es in erster Linie darauf ankommen, den Circulus vitiosus zu durchbrechen, der sich gebildet hat. Dazu bedarf es neben der Beseitigung der Anfälle einer möglichst weitgehenden Beruhigung des Kindes und der Atmosphäre. Eine Verknüpfung medikamentöser Therapie mit den verschiedenen, dem Alter und der Situation angepaßten psychotherapeutischen Mitteln wird dieser Aufgabe am besten gerecht. Wenn eine Beruhigung und Durchbrechung der Anfallsbereitschaft eingetreten ist, empfiehlt es sich, eine systematische Übungsbehandlung mit der erzieherischen Therapie zu verbinden. HOFBAUER und andere Autoren haben die Richtlinien für die Atemgymnastik angegeben, die das Ziel verfolgen muß, die unnötige Beanspruchung des Atemapparates auszuschalten und vor allem die Ausbildung der Zwerchfellatmung anzuerziehen.

In der geschilderten Weise gelingt es, viele Fälle von Asthma günstig zu beeinflussen. Gegenüber einseitigem Vorgehen ist die Verknüpfung mehrerer Behandlungsmethoden, die sich aus unseren heutigen Anschauungen über das Wesen des Asthma ergibt, geeignet, die Erfolgsaussichten wesentlich zu verbessern.

## VI. Richtlinien für die Psychotherapie bei akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen und Krüppelleiden.

An die Erörterung der in psychotherapeutischer Hinsicht wesentlichsten Krankheitsbilder schließen wir kurze grundsätzliche Erwägungen an, die sich auf die seelische Behandlung bei akuten und chronischen Krankheiten, bei Krüppelleiden und bei Schwachsinnformen beziehen.

Es gibt keine *akute Erkrankung* — um von diesen zuerst zu sprechen —, bei der nicht seelische Momente zu berücksichtigen wären. Einmal besteht bei vielen schwer erziehbaren, nervösen Kindern die Neigung, an Ausnahmesituationen gewissermaßen hängenzubleiben. Bei der Schilderung der Eßstörungen wurde darauf hingewiesen, daß ein Schnupfen ausreichen kann, um eine langdauernde Appetitlosigkeit auszulösen. Neben den verschiedenen Formen von Eßstörungen, die sich an akute Erkrankungen anschließen, sind Angst- und Unruhsymptome zu nennen, die besonders im Anschluß an höhere Fieberzustände auftreten. Während bei normal reagierenden Kindern einige Zeit nach Abklingen der akuten Zeichen die seelischen Begleiterscheinungen schwinden, vollzieht sich bei affektiv erregbaren Kindern diese Rückbildung nicht so reibungslos. Von wesentlicher Bedeutung ist ferner das Verhalten der Angehörigen. Berechtigte Sorge und unangemessene Angst schaffen Situationen, die einer Verwöhnung und Gewöhnung Vorschub leisten.

Neben derartigen Folgezuständen interessiert auch der Ablauf der Erkrankung bezüglich seiner Abhängigkeit von seelischen Momenten. Bei einzelnen Krankheitsbildern werden diese Einflüsse, die bis zu gewissem Grade überall mitsprechen, besonders deutlich. Bei einer diphterischen Stenose kann z. B. viel von dem psychischen Verhalten des Kindes abhängen, bei einer Pneumonie gibt dieses zuweilen den Ausschlag, wenn günstige und ungünstige Faktoren von gleichem Gewicht sind. Gerade dort, wo die Atmung eine entscheidende Rolle spielt, hängt von dem psychischen Verhalten viel ab, weil bekanntlich die Atmung als bevorzugtes Ausdruckssymptom für affektive Vorgänge auf feinste seelische Einflüsse reagiert.

Eine Erkrankung, bei der die Psyche eine besondere Rolle spielt, ist der *Keuchhusten*. Bekanntlich bewirken Erregungen der verschiedensten Art eine Häufung der Anfälle. Wenn es auch zweifellos irrig ist, den Keuchhusten als eine nervöse Reaktion auf katarrhalische Infekte anzusehen, so übt doch der Zustand des Nervensystems einen weitgehenden Einfluß auf den Ablauf der Erkrankung aus. Während bei ruhigen und seelisch widerstandsfähigen Kindern diese Einwirkung in mäßigen Grenzen bleibt, wird bei nervösen, labilen, psychasthenischen Typen Zahl und Schwere der Anfälle ungünstig beeinflusst. Daneben

wird häufig bei solchen Kindern die Ernährung ein schwer lösbares Problem, wodurch eine weitere Komplikation hervorgerufen werden kann.

Der Einfluß der Psyche auf körperliche Vorgänge macht sich u. a. auch bei *chirurgischen Krankheiten* geltend. Die Heilung einer Bauchwunde ist z. B. weitgehend abhängig von dem psychischen Verhalten, von der Geduld und der Einsicht in notwendige Beschränkungen. Ein Beinbruch hat eine bessere Heilungstendenz, wenn sich der Patient im allgemeinen ruhig verhält. Die Überwindung der nachfolgenden Gangstörung gelingt schneller, wenn das Kind mit Ausdauer und Aktivität an dem Ausgleich der Störung mitarbeitet.

Bei *chronischen Krankheiten* treten seelische Vorgänge in weit größerem Umfange in Erscheinung als bei akuten Zuständen. Ein Kind, das an einer sich über Jahre hinaus erstreckenden Tuberkulose leidet, wird sich in seinem Gesamtverhalten allmählich ändern durch die dauernde Einschränkung seiner Freiheit, durch die notwendige Anpassung seines natürlichen Lebensstils an die Bedingungen der Krankheit. Selbstverständliche Folgen sind Beeinträchtigung der Stimmung, die reizbar und mißmutig wird, Erlahmen der Aktivität, Introversion. Innerhalb der häuslichen Situation führt die Behütung, Rücksichtnahme und Sorge zu einer Ausnahmestellung, die der geistig-seelischen Entwicklung sehr abträglich ist. Gewohnheiten der verschiedensten Art, Eigenwilligkeit, Herrschsucht bilden sich allmählich heran und können zu den unerträglichsten Zuständen führen. Abkehr von der Außenwelt und Minderwertigkeitsgefühl auf der einen, Geltungsdrang auf der anderen Seite, das sind die Merkmale, durch die viele chronisch kranke Kinder gekennzeichnet sind.

Ähnliche Verhältnisse finden wir bei vielen Formen von *Krüppelleiden*, bei denen die Aussichtslosigkeit und Unabänderlichkeit zu schweren seelischen Störungen bei Kind und Angehörigen führen kann. Eine genaue Schilderung dieser Probleme findet man u. a. in einer Arbeit von BAEYER (s. Literaturübersicht des allgemeinen Teils).

Bei den akuten Erkrankungen kommt es darauf an, mit geeigneten psychotherapeutischen Mitteln die seelischen Begleitsymptome zu mildern, wobei Beruhigung und Ermutigung eine wesentliche Rolle spielen. Ferner ist den Eltern klarzumachen, daß bei zu großer Verzärtelung Gefahren für die weitere Entwicklung des Kindes entstehen können. Die Sorge und Behütung muß also in den Grenzen bleiben, die durch die Art und Schwere der Erkrankung gezogen werden.

Die chronischen Erkrankungen und Krüppelleiden stellen der Psychotherapie häufig Aufgaben, die nur zu lösen sind, wenn auf allen Seiten Geduld und Ausdauer vorhanden sind. Dort, wo Heilungsaussichten bestehen, werden unsere Bemühungen nicht allzu großen Widerständen begegnen. Bei den Fällen, in denen die Möglichkeiten einer grundlegenden Änderung des Zustandes gering sind, müssen unsere Bestrebungen dahin gehen, im Rahmen des Erreichbaren einen Modus vivendi zu schaffen. Bekanntlich hat man es in jüngster Zeit verstanden, das Los solcher unglücklicher Kinder, die jahrelang das Bett nicht verlassen

können, auf Krankenstationen und in Krüppelheimen dadurch erträglicher zu gestalten, daß man sie in geeigneter Weise beschäftigt. Besonders geschulte Kräfte bringen es auf dem Wege liebevoller Fürsorge und zweckentsprechender Beschäftigungstherapie zustande, daß Aktivität und Lebensmut nicht verloren gehen. In ähnlicher Weise gelingt es auch vielfach bei *häuslicher Behandlung*, das Schicksal solcher Kinder zu verbessern und der Ausbreitung eines zu krassen Pessimismus entgegenzuarbeiten. Der Psychotherapie fällt bei diesen Bestrebungen die Rolle zu, einer aktiven Einstellung den Boden zu bereiten und zu erhalten.

### VII. Bemerkungen zur Psychotherapie bei Schwachsinsformen.

Mit einigen Worten sei noch der Bedeutung und Einwirkungsmöglichkeit der psychischen Behandlung bei Schwachsinnigen gedacht. Wenn wir von den schweren Formen des Siechtums absehen, ist grundsätzlich festzustellen, daß Schwachsinn keine Gegenindikation für psychotherapeutische Bestrebungen sein darf. Da es vielfach unmöglich ist, ein sicheres Urteil darüber abzugeben, ob und wie weit Entwicklungsmöglichkeiten vorhanden sind, da oftmals auf Zeiten längeren Stillstandes Perioden folgen, in denen Lücken eingeholt und teilweise ausgeglichen werden, empfiehlt es sich, ein optimistisch-aktives Vorgehen nicht ohne zwingende Gründe aufzugeben.

In vielen Fällen kann man auf dem Wege gemeinsamer pädagogischer und psychotherapeutischer Arbeit einwandfreie Fortschritte erzielen. Außerdem ist die Beseitigung vieler neurotischer Symptome bei Schwachsinnigen durchaus möglich, wenn auch mühevoller als bei nichtintelligenzgestörten Kindern. Wenn es gelingt, das Bettnässen eines Debilen zu beseitigen oder besonders lästige Gewohnheiten einzudämmen, werden die Angehörigen eines solchen Kindes für einen derartigen Erfolg sehr dankbar sein.

## D. Schluß. — Aufgaben der Zukunft.

Es wurde versucht, Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Kinderpraxis in einer knappen, übersichtlichen Form wiederzugeben, die eine schnelle Orientierung nach Möglichkeit gewährleistet. Der Vielfältigkeit psychischen Geschehens und dem Formenreichtum innerhalb der einzelnen Störungen entsprechend, hielten wir es für zweckmäßig, einen mittleren Weg zwischen allgemeingültiger Darstellung der therapeutischen Richtlinien und genauer Formulierung von Einzelvorschlägen innezuhalten. Wie auf allen Gebieten medizinischer Forschung ist auch hier die praktische Nutzbarmachung der Anregungen zu einem großen Teil von den Bedingungen abhängig, die beim behandelnden Arzt liegen. Die Darstellung der Entstehungsursachen bei den verschiedenen Störungen, die differentielle Wertung von Symptom und charakterlicher Beteiligung und die sich für die Behandlung ergebenden Schlußfolgerungen vermitteln die Möglichkeiten der Indikationsstellung. Für die Entscheidung, welche Fälle sich dem Rahmen der Praxis des einzelnen einfügen und welche ihn überschreiten, sind zahlreiche Faktoren maßgebend, die der behandelnde Arzt berücksichtigen muß. Äußere Bedingungen wie Art der Praxis, verfügbare Zeit, ferner spezielle Interessen und Kenntnisse, schließlich persönliche Eignung sind einige von diesen.

Die Psychotherapie bei Kindern ist im allgemeinen eine Tätigkeit, bei der der notwendige Aufwand an Zeit und Mühe durch Erfolge belohnt wird. Je früher wir Gelegenheit haben, mit unseren Bestrebungen einzusetzen, desto größer sind die Aussichten dauerhafter Einwirkungen. Aus dieser Erkenntnis, daß die frühe Kindheit die Zeit der Entwicklung ist, auf die sich unsere therapeutischen Bemühungen in erster Linie konzentrieren müssen, ergibt sich eine der wesentlichsten Aufgaben der Zukunft. Während bisher das Interesse des Hausarztes, der für die Überwachung eines Kleinkindes verantwortlich war, im allgemeinen in gleicher Weise wie die Bestrebungen der öffentlichen Fürsorge auf die Entwicklung der *körperlichen* Funktionen gerichtet waren, stand die Sorge um die *geistig-seelische* Entwicklung im Hintergrunde. Diesen Zustand zu ändern und der seelischen Betreuung den Platz zu sichern, der ihr gebührt, ist eine Forderung, die heute von den verschiedensten Autoren, unter den Kinderärzten besonders nachdrücklich von BENJAMIN, vertreten wird. In Übereinstimmung mit diesen Bestrebungen legte ich auf der Tagung der Deutschen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz am 27. September 1931, die sich mit der Fürsorge für das seelisch und geistig abnorme Kind beschäftigte, einen Gesundheitsbogen vor, der der Feststellung der geistig-seelischen Entwicklung des Kleinkindes dient. Bezüglich der näheren Angaben über Begründung und Anwendung des Bogens muß auf die Stelle ver-

wiesen werden, an der er veröffentlicht ist [Z. Gesundheitsverw. u. Gesundheitsfürsorge 3, H. 1 (1932)]. Obgleich der Bogen in erster Linie für Reihenuntersuchungen der öffentlichen Fürsorge in Frage kommt, füge ich ihn als Anhang diesem Buche bei, weil er auch dem Arzt in der Praxis Anregungen geben dürfte. Aus den Fragen, deren Beantwortung vorgesehen sind, lassen sich unschwer die Gesichtspunkte herleiten, die für die Beurteilung des geistig-seelischen Querschnittes maßgebend sind. Mancher interessierte Arzt, der die Absicht hat, Aufzeichnungen über die Entwicklung seiner Schutzbefohlenen festzuhalten, könnte ferner den Bogen in verkürzter Form ähnlich benutzen, wie er für die öffentliche Fürsorge gedacht ist: Durch Vergleich der in Abständen von einem halben oder dreiviertel Jahr ausgefüllten Bogen bekommt man ein anschauliches Bild von der Entwicklung und ist in der Lage, beginnende Störungen frühzeitig festzustellen. Es kann auf diese Weise z. B. vermieden werden, daß ein Kind jahrelang an Bettnässen leidet, ohne daß Gegenmaßnahmen getroffen werden, oder daß eine beginnende Sprachstörung unter ungünstigen Bedingungen zu einer Dauererscheinung wird. Oft genug erfährt man von diesen und ähnlichen Erscheinungen erst lange Zeit nach ihrem Auftreten, weil niemand nach ihnen gefragt hat und die Eltern ihrerseits der Angelegenheit zunächst keine Bedeutung beilegen.

Neben dieser Forderung, der frühzeitigen Erfassung geistig-seelischer Fehlentwicklung und ihrer Verhütung, harren noch andere Aufgaben ihrer Lösung in künftigen Zeiten, sie betreffen unter anderem Fragen der Ausbildung der Ärzte, Pädagogen und Pflegepersonen, die mit Kindererziehung und -betreuung zu tun haben. Die Vernachlässigung dieses Bereiches innerhalb der Lehrpläne entspricht der Einstellung, die maßgebende Kreise der Psychotherapie noch vielfach entgegenbringen. Es ist zu hoffen, daß der fortschreitenden Entwicklung dieses Arbeitsgebietes eine allmählich zunehmende Wertschätzung entsprechen wird.

## C. Anhang.

### Gesundheitsbogen zur

### Feststellung der geistig-seelischen Entwicklung des Kleinkindes.

Aus: „Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge“ 3. Jahrgang, 1932, Heft 1 (Verlag von Julius Springer, Berlin und Wien). Printed in Germany.

#### A. Soziales Milieu.

Name: Alter: Geschlecht: Wohnung: V.-H., H.-H., Hof, Keller,  
Tr.: Zimmerzahl:

Vater: lebt — nicht, arbeitet — nicht, ist J . . . alt.

Mutter: lebt — nicht, arbeitet — nicht, ist J . . . alt.

Geschwister: Zahl: Reihenfolge: Ehe: o. B. — getrennt — getrübt —  
geschieden.

Kind: erzogen von Eltern — Vater — Mutter — Großmutter — Tante — Pflege-  
stelle — bleibt viel — selten allein — im Hort — Kindergarten — auf der Straße.

Sonstiges:

#### B. Vorgeschichte der Familie.

Psychosen: Psychopath: Lues: Trunksucht: Schwachsinn:

Suicid: Krämpfe: Stottern: Bettnässen: Chorea:

Tic: Migräne: Andere Nervenerkrankungen:

Schwere körperliche Leiden: Tbc. — usw.

Sonstiges:

(Einzusetzen sind hier: V = Vater, M = Mutter, T = Tante, O = Onkel,  
G = Geschw., GrVm = Großvater mütterl. usw.)

#### C. Bisherige Entwicklung des Kindes.

Körperliche Besonderheiten: Geistig-seelische Besonderheiten:

#### D. Befund des augenblicklichen Entwicklungsstandes.

##### 1. Statik, Motorik.

sitzt — nicht, steht sicher — unsicher, geht sicher — unsicher, steht auf 1 Bein,  
— geht treppauf — treppab, springt von kleinen Erhebungen herab, turnt  
gern — ungern — nicht. — Mot. ruhig — unruhig — beweglich — phlegmatisch  
— zapplig — geschickt — ungeschickt — geordnet — ungeordnet.

Sonstiges: (Bewegungsstörung — Krämpfe — Wutanfälle.)

##### 2. Sprache, Denken.

lallt — noch nicht, spricht: Mama — Papa — 2 — 4 — 6 Worte, benennt Per-  
sonen, benennt einf. Gegenst. — benennt Farben — benennt Gegenst. auf Bil-  
dern — spricht Babysprache — richtig — viel — wenig — von selbst — auf  
Anrede — langsam — schnell — hastig — stottert. Fragt viel — wenig —  
stets dasselbe — versch. — zählt bis 2 — 3 — 5 — 10 — singt — richtig —  
falsch — mit Text — hört gern Musik — ungern — hört gern Geschichten —  
verlangt stets dieselben — neue — behält leicht — schwer — hört gern Reime  
— spricht sie nach. — Gebrauchte „ich u. du“.

Sonstiges:

##### 3. Sauberkeitsgewöhnung.

Bettnässen — oft — selten — nicht. Hosennässen: oft — selten — nicht, Ein-  
koten: sauber — schmierig — ordentlich — unordentlich.

Sonstiges: (Kotschmierer usw.)

4. *Temperament, Stimmung, Tempo.*

lustig — unlustig — heiter — behaglich — gedrückt — traurig — gleichmäßig — ungleich — zutraulich — mißtrauisch — mitteilksam — verschlossen — ablehnend — farblos — gehemmt — ungeh. — aufbrausend — stürmisch — jähzornig — grausam — brutal — sanft — liebevoll — zärtlich — eitel — stumpf — interess. — gleichg. — empfindl. — unempfindl. — überempfindl. — reizbar — weinerlich — schmerzempfindl. — indolent — ängstl. — tapfer — zerfahren — konzentriert.

*Sonstiges:* (Angst vor — —)

5. *Selbständigkeit.*

beschäftigt sich allein — verlangt Anleitung. — Hat Freude an Selbständigkeit.

6. *Nahrungsaufnahme.*

ißt gern — ungern — wählerisch — hat Widerwillen gegen — ißt allein — wird gefüttert — von wem? — geschickt — unsauber — benutzt Schieber — Löffel, ißt schnell — langsam — kaufaul — spuckt — bricht.

*Sonstiges:* (Besondere Schwierigkeiten: — — —)

7. *Schlaf.*

ruhig — unruhig — tief — oberfl. — träumt — viel — selten — schreit — onaniert — nicht — geht gern — ungern schlafen — schläft i. Dunkel — b. Licht — hat Angst — oft — selten — lutscht gern — nicht.

*Sonstiges:* (Einschlafzeremonien, Gewohnheiten usw.)

8. *Verhalten zur Umwelt.*a) *zu Angehörigen (V, M, G).*

liebev. — zärtlich — kühl — abweisend — gehorsam — unfolgs. — trotzig — anspruchsvoll — bescheiden. Besondere Einstellung:

b) *zu Verwandten, Bekannten.*

liebev. — zärtl. — kühl — abw. — trotzig — frech — bevorzugt:

c) *zu Fremden.*

liebev. — zärtl. — kühl — abweisend — trotzig — ängstlich — zutraulich — Besonderheiten:

d) *zu Kindern:*

gesellig — unges. — isoliert — gleichg. — kühl — abw. — aggressiv — verträgl. — zänkisch — liebev. — herrschsücht. — altruist. — egoist. — nachgieb. — rechthab. — bevorzugt gleichaltr. — ältere — jüng. — gleich. Geschl. — will erste Rolle spielen — Besonderheiten:

e) *zu Natur, Tieren, Blumen.*

liebt Tiere — fürchtet sie — quält sie — liebt Blumen — nicht — Verh. b. Gewitter usw.

f) *Verhalten beim Spiel.*

spielt allein — gemeins. — ruhig — unruhig — erregt — verträumt — konzent. — eintön. — phantas. — erfinder. — ausdauernd — sprunghaft — geschickt — ungesch. — zielger. — ziellos — zerstört gern — neugierig — ordentlich — unordentl. — lärmend — *bevorzugt:* Bauen — einf. Gegenst. — Bilderbuch — Eisenbahn — Puppen — Geduldspiele — Bewegungsspiele — Basteln — Kneten — Malen — Kritzeln — liebt Funktion — Werk — schnell entmutigt b. Aufgabe — bleibt intensiv dabei — ist bei Erfolg glücklich — gleichgültig — wird wütend b. Mißlingen.

*Sonstiges:*

# Literaturverzeichnis.

## A—B. Allgemeiner Teil.

- ADLER, ALFRED: Studie über die Minderwertigkeit von Organen. Wien: Urban & Schwarzenberg 1907.
- Über den nervösen Charakter. München: J. F. Bergmann.
- Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München: J. F. Bergmann.
- BAEYER, WALTER VON: Zur Psychologie verkrüppelter Kinder und Jugendlicher. Z. Kinderforschg **34** (1928).
- BENJAMIN, ERICH: Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose. Leipzig: Georg Thieme 1930.
- Aus dem Gebiet der Psychopathologie des Kinderarztes. Jkurse ärztl. Fortbildg, Juniheft. München: J. F. Bergmann 1931.
- BERGMANN, G. VON: Klinische funktionelle Pathologie des vegetativen Nervensystems. Handb. d. norm. u. pathol. Physiol. **16 I**. Berlin: Julius Springer 1930.
- BERNFELD, SIEGFRIED: Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung. Wien: Internat. psychoanalyt. Verlag.
- Psychologie des Säuglings. Wien 1925.
- BOENHEIM, CURT: Psychotherapie im Kindesalter. Z. ärztl. Fortbildg **1926**.
- Kinderkrankheiten und ihre Beziehung zur Heilpädagogik. Z. Schulgesdh.pfl. u. soz. Hyg. **1930**.
- Kinderarzt und Psychotherapie. Med. Welt **1931**.
- Die Bedeutung somatischer Behandlungsmethoden bei der Psychotherapie im Kindesalter. VI. Kongreßbericht für Psychotherapie. Leipzig: S. Hirzel 1931.
- BÜHLER, CHARLOTTE: Kindheit und Jugend. Leipzig: S. Hirzel 1931.
- Die heutige Kinderpsychologie und der Kinderarzt. Kinderärztl. Praxis **1931**, H. 10.
- BÜHLER, KARL: Die geistige Entwicklung des Kindes. 4. Aufl. Jena: G. Fischer 1924.
- Die Krise der Psychologie. 2. Aufl. Jena: G. Fischer 1929.
- BUSEMANN, ADOLF: Geschwisterschaft, Schultüchtigkeit und Charakter. Z. Kinderforschg **34**, H. 1 (1928).
- Die Familie als Erlebnismilieu des Kindes. Z. Kinderforschg **36** (1929).
- CIMBAL, W.: Die Neurosen des Kindesalters. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1927.
- CZERNY, AD.: Der Arzt als Erzieher des Kindes. 7. Aufl. Leipzig-Wien: Franz Deuticke 1927.
- EMMINGHAUS, H.: Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887.
- FINKELSTEIN, H.: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. 3. Aufl. Berlin: Julius Springer 1924.
- FREUD, ANNA: Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Wien: Internat. psychoanalyt. Verlag 1927.
- Psychoanalyse des Kindes. Z. psychoanal. Pädag. **6**, Nr 1 (1932).
- FREUD, SIGMUND: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Wien: Internat. psychoanalyt. Verlag 1917.
- Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Kl. Schriften z. Neurosenlehre **4** (1918).
- FRIEDJUNG, JOSEF K.: Die Sonderstellung der Kinderheilkunde. Med. Klin. **1917**, Nr 52.
- Die Pathologie des einzigen Kindes. Erg. inn. Med. **17**.
- Erziehung und Kinderheilkunde. Erg. inn. Med. **38** (1930).
- Die Fehlerziehung in der Pathologie des Kindes. Wien: Julius Springer 1931.
- GESELL, ARNOLD: Körperseelische Entwicklung in der frühen Kindheit. Halle: Carl Marhold 1931.

- GÖTT, THEODOR: Psychotherapie in der Kinderheilkunde. I. Kongreßbericht für Psychotherapie. Halle: Carl Marhold 1927.
- HAMBURGER, FRANZ: Psychotherapie im Kindesalter. Wien. med. Wschr. **1924**, Nr 24.
- Psychische Therapie im Kindesalter. 2. Kongreß für Heilpädagogik. München 1924.
- Suggestivbehandlung im Kindesalter. Ther. Gegenw. **1929**.
- Erziehung und Kinderheilkunde. Wien. klin. Wschr. **1931**, Nr 23.
- HARTMANN, HEINZ: Die Grundlagen der Psychoanalyse. Leipzig: Georg Thieme 1927.
- HELLER, THEODOR: Arzt und Erzieher. Mschr. Kinderheilk. **42** (1929).
- Über Psychologie und Psychopathologie der Jugendlichen. Wien: Julius Springer 1927.
- Über Psychologie und Psychopathologie des Kindes. Wien: Julius Springer 1925.
- HERMANN: Grundlagen zum Verständnis krankhafter Seelenzustände beim Kinde. Langensalza: Beyer 1910.
- HETZER, HILDEGARD: Kindheit und Armut. Leipzig: S. Hirzel 1929.
- HOFFMANN, HERMANN: Charakter und Umwelt. Berlin: Julius Springer 1928.
- HOMBURGER, AUGUST: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Julius Springer 1926.
- Psychopathologische Grundlagen des ärztlichen Denkens. Verh. dtsh. Ges. Kinderheilk., Hamburg 1928.
- HUSLER, J.: Kinderheilkunde und Psychotherapie. I. Kongreßbericht für Psychotherapie. Halle: Carl Marhold 1927.
- JUNG, C. G.: Psychologische Typen.
- Über Konflikte der kindlichen Seele. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke.
- Einführung zum Buch von WICKES (s. dort).
- JUST, GÜNTHER: Vererbung und Erziehung. Berlin: Julius Springer 1930.
- KELLER, ARTHUR: Kind und Umwelt, Anlage und Erziehung. Ein Kursus. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1930.
- KERN, BENNO: Wirkungsformen der Übung. Münster i. W.: Helios-Verlag 1930.
- KOHNSTAMM, OSKAR: Erscheinungsformen der Seele. München: Ernst Reinhardt 1927.
- KRASNOGORSKI, N. J.: Bedingte und unbedingte Reflexe im Kindesalter und ihre Bedeutung für die Klinik. Erg. inn. Med. **1931**. Berlin: Julius Springer.
- KRASUSKY, W. S.: Konstitutionstypen der Kinder. Berlin: S. Karger 1930.
- KRETSCHMER: Körperbau und Charakter. Berlin: Julius Springer 1922.
- Vorwort zu KRASUSKY (s. dort).
- KRONFELD, A.: Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin: Julius Springer 1925.
- KÜNKEL, FRITZ: Einführung in die Charakterkunde. 2. Aufl. Leipzig: S. Hirzel 1929.
- Vitale Dialektik. Leipzig: S. Hirzel 1929.
- LAZARSELD, SOFIE: Technik der Erziehung. Ein Leitfaden für Eltern und Erzieher. Leipzig: S. Hirzel 1929.
- MOHR, FRITZ: Psychophysische Behandlungsmethoden. Leipzig: S. Hirzel 1925.
- MOSSÉ, KARL: Die Hypnose im Kindesalter. Mschr. Kinderheilk. **25**, H. 1—6 (1923).
- NETER: Das einzige Kind und seine Erziehung. München 1914.
- NEURATH, RUDOLF: Physiologie und Pathologie der Entwicklungsjahre. Berl. Klin. **1929**.
- PAULSEN, WILHELM: Das neue Schul- und Bildungsprogramm. Osterwieck: A. W. Zickfeldt 1930.
- PFAUNDLER, v.: Krankheitszeichen bei fehlerzogenen Kindern. Verh. dtsh. Ges. Kinderheilk 1928. Hamburg.
- POLLNOW, HANS: Das Leib-Seele-Problem und die psychophysischen Korrelationen. Die Biologie der Person **2**, Lfg. 17. Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1930.
- POTOTZKY, CARL: Psychogenese und Psychotherapie von Organsymptomen beim Kinde. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Wien: Julius Springer 1925.

- Konzentrationsgymnastik für zerstreute und nervöse Kinder. Leipzig: Georg Thieme 1926.
- Über Suggestion und Suggestionsbehandlung im Kindesalter. Dtsch. med. Wschr. **1924**, Nr 25.
- Das nervöse Kind. Diagnostik und Behandlung. Dtsch. med. Wschr. **1930 II**.
- SCHULTZ, I. H.: Die seelische Krankenbehandlung. Jena: G. Fischer 1930.
- Über das autogene Training. Würzburg. Abh. **26**, H. 9. Leipzig: Kurt Kabitze 1930.
- Tatsache und Hypothese in der Psychoanalyse. Z. Neur. **126** (1930).
- Die Grundtypen des psychologischen Aufbaus sog. Organneurosen. Dtsch. med. Wschr. **1931**.
- SCHULTZ-HENCKE, H.: Einführung in die Psychoanalyse. Jena: G. Fischer 1927.
- SCHWARZ, OSWALD: Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Wien: Julius Springer 1925.
- Medizinische Anthropologie. Leipzig: S. Hirzel 1929.
- SPRANGER: Psychologie des Jugendalters. 8. Aufl. Leipzig: Quelle & Meyer.
- STEKEL, WILHELM: Briefe an eine Mutter. I—III. Basel-Leipzig-Wien: Wendepunkt-Verl. 1930.
- Was können wir aus der Erfahrung der Psychoanalyse für die Probleme der Erziehung lernen? Fortschr. Sex.wiss. **4**, 140 (1931).
- STERN, W.: Psychologie der frühen Kindheit. Leipzig: Quelle & Meyer.
- Psychologie der frühen Kindheit und Psychoanalyse. Z. pädag. Psychol. **1923**.
- STRAUS, ERWIN: Geschehnis und Erlebnis. Berlin: Julius Springer 1930.
- STROHMAYER, W.: Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Tübingen: Laupp 1910.
- VILLINGER, W.: Die Grenzen der Erziehbarkeit und ihre Erweiterung. Bericht über den 4. Kongreß für Heilpädagogik. Berlin: Julius Springer 1929.
- WEXBERG, ERWIN: Individualpsychologie. Leipzig: S. Hirzel 1929.
- Das nervöse Kind. Wien u. Leipzig: Perles 1926.
- WICKES, FRANCIS G.: Analyse der Kindesseele. Stuttgart: Jul. Hoffmann 1931.
- WITTELS: Die Befreiung des Kindes. Stuttgart: Hippokrates-Verlag 1917.
- WYSS, WALTHER VON: Körperlich-seelische Zusammenhänge in Gesundheit und Krankheit. Leipzig: G. Thieme 1931.
- ZAPPERT, JULIUS: Das nervöse Kind. Erg. Med. **7** (1925).
- Über Neurosen im Kindesalter. Arch. Kinderheilk. **37**, H. 2—3 (1923).
- ZIEHEN, THEODOR: Die Geisteskrankheiten einschl. des Schwachsinn und der psychopathischen Konstitutionen im Kindesalter. Berlin: Reuther & Reichard 1926.

## C. Spezieller Teil.

### I. Verdauungssystem.

- BERGMANN, G. VON: Die nervösen Erkrankungen des Magens. Verh. 36. Internat. Kongr. 1924.
- Vom Wesen und der Behandlung der habituellen Obstipation. Ther. Gegenw. **1928**.
- BOENHEIM, CURT: Eßstörungen bei Kindern. Bl. Volksgesdh.pfl. **1931**, H. 4—5.
- ENGEL, ST.: Schlecht essende Kinder. Mschr. Kinderheilk. **1925**, H. 3—4.
- u. L. F. MEYER: Die Krankheiten der Verdauungsorgane, in E. FEER: Lehrb. d. Kinderkrankh. Jena: G. Fischer.
- HAMBURGER, FRANZ: Die Appetitlosigkeit der Kinder. Münch. med. Wschr. **1928 II**.
- Über das Erbrechen der Kinder. Münch. med. Wschr. **1928 II**.
- Verstopfung des Kindes. Münch. med. Wschr. **1928**, Nr 28.
- HEYER, G. R.: Psychogene Funktionsstörungen des Verdauungstraktes. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Wien: Julius Springer 1925.
- KATZ, DAVID: Psychologische Probleme des Hungers und Appetits beim Kinde. Z. Kinderforschg **34**, H. 2 (1928).

- KLEINSCHMIDT, H.: Die Einstellung des Arztes auf die konstitutionelle Neuro-  
pathie als Ursache von Nährschäden. Mschr. Kinderheilk. **48** (1930).  
WEISSENBERG, S.: Über Enkopresis. Z. Kinderheilk. **40**, H. 6 (1926).

## II. Urogenitalsystem.

## a) Enuresis.

- ADLER, A.: Über organisch-(corticale) und funktionell-nervöse Blasenstörungen.  
Dtsch. Z. Nervenheilk. **65** (1920).  
ADLER, ALFRED: Ein Fall von Enuresis diurna. Internat. Z. Individ. psychol. **8**  
(1930).  
BEHM, KARL: Das Bettnässen. Seine Behandlung und Bekämpfung auf Grund  
der Typenlehre und des Ganzheitsbildes. Leipzig: Leopold Voss 1930.  
BOENHEIM, CURT: Zur Enuresisfrage. Ther. Gegenw. **1924**.  
— Zur Psychogenese der Enuresis. Z. Kinderheilk. **43**, H. 3 (1927).  
— Der gegenwärtige Stand der Bettnässerfrage. Z. Schulgesdh.pfl. u. soz. Hyg.  
Jg. **41**, Nr 5, (1928).  
DIETEL, FRIEDRICH: Das Bettnässen. Seine Ursachen und Vorschläge zu seiner  
Behandlung. München: Lehmann 1929.  
DÜRING, E. VON: Enuresis noct. Mschr. Harnkrkh. Jg. **2**, H. 1—2 (1928).  
ESERSKY, J. M., A. J. PLOTITSCHER, A. M. FURMANOW: Probleme der Klinik und  
der Genese der Enuresis noct. bei Kindern. Z. Kinderforschg **38**, H. 2.  
FRIEDEL, AARON: A reversal of the normal concentration of the urine in children  
having enuresis. Amer. J. Dis. Childr. **33** (1927).  
HINTZE, A.: Enuresis noct., spina bifida occ. u. epidur. Inj. Mitt. Grenzgeb. Med.  
u. Chir. **35**, H. 4 (1922).  
MARCUSE, M.: Das Bettnässen als sexual-neurotisches Symptom. Z. Sex.wiss.  
**11**, 229 (1924).  
ORANSKY, W.: Zur Frage über Vererbung der Enuresis noct. Dtsch. Z. Nervenheilk.  
**104** (1928).  
POTOTZKY, CARL: Diagnostische und therapeutische Differenzierung der Enuresis-  
fälle. Z. Kinderheilk. **37**, H. 1—3 (1924).  
— Bettnässersfürsorge nach dem heutigen Stande des Enuresisproblems. Gesdh.-  
fürs. Kindesalt. **3**, H. 2—3 (1928).  
— Die Typeneinteilung der Enuresisfälle unter Berücksichtigung der Capillaro-  
skopie. Z. Kinderheilk. **49** (1930).  
PUFF, GERHARD: Über die Behandlung des Bettnässens auf Grund der Typen-  
einteilung. Z. ärztl. Fortbildg **23**, Nr 6.  
RIETSCHEL, H.: Über Enuresis des Kindesalters. Z. Urol. **20**, H. 9 (1926).  
SADGER: Über Urethralerotik. Jb. psychoanalyt. Forschg **2**. Wien u. Leipzig:  
Deuticke.  
SAIZEFF, HELENE: Beitrag zur Enuresis inf. Z. Neur. **90**, 1 (1924).  
SCHWARZ, OSWALD: Pathologische Physiologie der Harnblase. Handb. d. Urol. **1**.  
Berlin: Julius Springer.  
— Psychogene Miktionsstörungen. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher  
Symptome. Berlin: Julius Springer 1925.  
STEKEL, WILHELM: Psychosexueller Infantilismus. Wien: Urban & Schwarzen-  
berg 1922.  
WEISSENBERG, S.: Über das Bettnässen und die Rolle des Traumes in seinem Bilde.  
Z. Kinderheilk. **40** (1925).  
ZAPPERT, JULIUS: Kritisches über Enuresis noct. Arch. Kinderheilk. **79** (1926).  
— Enuresis. Erg. inn. Med. **18** (1920).

## II. b) Onanie.

- BOENHEIM, CURT: Zur Frage der Onanie im Kindesalter. Dtsch. med. Wschr.  
**1928**, Nr 47.  
— Onanie und Nervensystem beim Kinde. Verh. dtsh. Ges. Kinderheilk. 1931.  
Berlin: Julius Springer 1932.  
BÜHLER, CHARLOTTE: Zum Problem der sexuellen Entwicklung. Z. Kinderheilk.  
**51**, H. 4—5 (1931).

- DATNER, FEDERN u. a.: Die Onanie. 14 Beiträge zu einer Diskussion der Wiener psychoanalyt. Vereinig. München: J. F. Bergmann 1912.
- FAERBER u. DEMETRIADES: Zur Frage der Onanie im Säuglingsalter. *Jb. Kinderheilk.* **117** (1927).
- FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. 6. Aufl. 1926.  
— Über infantile Sexualtheorien. *Kl. Schriften z. Neurosenlehre* **2**.
- FRIEDJUNG, JOSEF K.: Die kindliche Sexualität. Berlin: Julius Springer 1923.  
— Über Onanie im Kindesalter. *Z. Kinderforschg* **31** (1925).  
— Zur Frage der Onanie im Säuglingsalter. *Jb. Kinderheilk.* **119** (1928).  
— Das normale und krankhafte Triebleben des Kindes. *Wien. klin. Wschr.* **1931**, Nr 18.  
— Physiologie und Pathologie der kindlichen Sexualität. *Verh. dtsh. Ges. Kinderheilk.* 1931.
- , SADGER u. a. in Sonderheft der *Z. psychoanal. Pädag.* **1928**, H. 4—6.
- GÖTT: Physiologie und Pathologie der kindlichen Sexualität. *Verh. dtsh. Ges. Kinderheilk.* **1931**.
- KRONFELD, A.: Sexualität des Kindes. *Sexualreform und Sexualwissenschaft.* Stuttgart 1922.
- LINDNER: Das Saugen an den Fingern. *Jb. Kinderheilk.* **14** (1879).
- LOEWY-HATTENDORF, E.: Praktische Therapie der Masturbation. *Dtsch. med. Wschr.* **1928**, Nr 12.
- MOLL, ALBERT: Das Sexualeben des Kindes. Berlin: Hermann Walther 1909.
- NETER, E.: Die Masturbation im vorschulpflichtigen Alter. *Arch. Kinderheilk.* **1913**.
- ROHLEDER, H.: Die Masturbation. Berlin: Fischers med. Buchh. 1912.  
— Praktische Therapie der Masturbation. *Dtsch. med. Wschr.* **1928**, Nr 5.
- SCHLESINGER, MIROSLAV: Die Onanie im Lichte der modernen Seelenkunde. Radeburg: Madaus & Co. 1925.
- SCHULTZ, I. H.: Praktische Therapie der Masturbation. *Dtsch. med. Wschr.* **1928**, Nr 8.
- VILLINGER, WERNER: Über Onanie im Kindesalter. *Z. Kinderforschg* **31**, H. 1—2 (1925).

## III. a—b).

Nervöse Gewohnheiten, Schlafstörungen und Angstzustände.

- ARON, HANS: Über den Schlaf im Kindesalter. *Mshr. Kinderheilk.* **26**, H. 3 (1923).
- EBSTEIN: Über Pavor noct. (sog. Alpdrücken) und sein familiäres Auftreten. *Z. Neur.* **62**, 385 (1920).
- FISCHER, JOSEF: Zur Ätiologie und Klinik des Spasmus nutans. *Mshr. Ohrenheilk. Jg.* **57**, H. 7 (1923).
- FREUD, S.: Analyse der Phobie eines 5jährigen Knaben. *Jb. Psychoanalyse* **1**.
- FRIEDJUNG, JOSEF K.: Beitrag zum Verständnis der Einschlafstörungen der Kinder. *Wien. med. Wschr.* **1924**, Nr 20.
- GÖTT, TH.: Stereotype Phantasiespiele der Kinder vor dem Einschlafen. *Arch. Kinderheilk.* **81**, H. 2—3 (1927).
- HAMBURGER, FRANZ: Über Schlafstörungen im Kindesalter. *Münch. med. Wschr.* **1925**, Nr 47.  
— Über Schlafstörungen bei Kindern. *Münch. med. Wschr.* **1927**.
- KARGER, PAUL: Über den Schlaf des Kindes. *Abh. Kinderheilk.* **1925**, H. 5.
- STIER, EWALD: Über das gewohnheitsmäßige nächtliche Kopfschütteln der Kinder. *Z. Neur.* **90**, H. 1—2 (1924).
- ZAPPERT, J.: Zur Lehre vom Spasmus nutans. *Med. Klin.* **1924**, Nr 11.  
— Spasmus nutans. *Handb. d. Neur. d. Ohres* 1926.  
— Über nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern (*Jactat. cap. noct.*). *Jb. Kinderheilk.* **62**, 70—83.

## III. c) Motorische Störungen.

- BOENHEIM, CURT: Über den Tic im Kindesalter. *Klin. Wschr.* **1930**, Nr 43.
- BRISSAUD: *Leçons sur les maladies nerveuses.* **1**, 502 Paris 1895.
- DEUTSCH, HELENE: Zur Psychogenese eines Tic-Falles. *Internat. Z. Psychoanal.* **1925**.

- DIRKS: Der Tic im Kindesalter. Langensalza: Beyer 1908.
- FERENCZI, S.: Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic. Internat. Z. Psychoanal. **1921**.
- FRIEDMANN, M.: Über die nichtepileptischen Absencen oder kurzen narkoleptischen Anfälle. Dtsch. Z. Nervenheilk. **30**, 462 (1906).
- Zur Kenntnis der gehäuften nichtepileptischen Absencen im Kindesalter. Z. Neur. **9**, 245 (1912).
- FRIEDREICH: Über koordinierte Erinnerungskämpfe. Virchows Arch. **86** (1881).
- HUSLER, JOSEF: Zur Systematik und Klinik epileptiformer Krampfkrankheiten im Kindesalter. Erg. inn. Med. **19** (1921).
- IBRAHIM: Über respiratorische Affektkrämpfe im frühen Kindesalter. (Das sog. „Wegbleiben“ der Kinder.) Z. Neur. **5**, 388 (1911).
- KARGER, PAUL: Die Behandlung choreatischer Kinder mit Bewegungsübungen. Jb. Kinderheilk. **45**, H. 5—6 (1921).
- KLEIN, MELANIE: Zur Genese des Tics. Internat. Z. Psychoanal. **1925**.
- KRAMER: Die Tics. Handb. d. Nervenkrankh. im Kindesalter. Berlin: Karger 1912.
- KULOVESI, Y.: Zur Entstehung des Tics. Internat. Z. Psychoanal. **1929**.
- MEIGE u. FEINDEL: Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung. (Übersetzt von O. GIESE.) Leipzig u. Wien: Deuticke 1903.
- MOHR, FRITZ: Tic. Handb. d. Neurol. Berlin: Julius Springer 1914.
- REICH, WILHELM: Der psychogene Tic als Onanieäquivalent. Z. Sex.wiss. **11**.
- SADGER, J.: Ein Beitrag zum Verständnis des Tic. Internat. Z. Psychoanal. **1914**.
- STIER, E.: Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters. Jena: Fischer 1918.
- STRAUS, ERWIN: Untersuchungen über die postchoreatischen Motilitätsstörungen, insbesondere der Beziehungen der Chorea minor. zum Tic. Mschr. Psychiatr. **1925**, H. 6.
- WESTERMAN, A. J. HOTSTYN: Aus der Analyse eines Patienten mit Accessoriuskrampf. Internat. Z. Psychoanal. **1921**.
- WILDER, J., u. J. SILBERMANN: Beiträge zum Ticproblem. Abh. Neur. usw. **1927**, H. 43.

### III. d) Stottern.

- APPELT, ALFRED: Zur Behandlung des Stotterns. Intern. Z. Psychoanal. **1924**.
- FRÖSCHELS, EMIL: Die herrschenden Ansichten über das Wesen des Stotterns. Kritisches Referat. Arch. Psychiatr. **65** (1923).
- Lehrbuch der Sprachheilkunde für Ärzte, Pädagogen und Studierende. 2. Aufl. Leipzig u. Wien: Deuticke 1925.
- GUTZMANN: Vorlesungen über die Störungen der Sprache und ihre Heilung. Berlin: Fischers med. Buchh. 1912.
- Sprachheilkunde. Herausgeg. von ZUMSTEEG unter Mitwirkung von NADOLECZNY u. H. STERN. 1924.
- HOEPFNER, THEODOR: Grundriß der psychogenen Störungen der Sprache. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Berlin: Julius Springer 1925.
- KUSSMAUL: Die Störungen der Sprache. Leipzig: Vogel 1885.
- LIEBMANN, ALBERT: Vorlesungen über Sprachstörungen. Berlin 1924.
- NADOLECZNY, MAX: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Leipzig: F. C. W. Vogel 1926.

### IV. Herz- und Gefäßsystem.

- BRAUN, LUDWIG: Psychogene Störungen der Herztätigkeit. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Berlin: Julius Springer 1925.
- CURSCHMANN, H.: Über Kindermigräne. Münch. med. Wschr. **1922**, 1747.
- DEBRÉ, ROBERT: La migraine chez l'enfant. J. des pratic. Jg. **39**, Nr 4 (1925).
- FLATAU, E.: Die Migräne. Lewandovskys Handb. d. Neurol. **5**, 342 (1914).
- HANSEN: Die psychische Beeinflussung des vegetativen Nervensystems. Verh. 90. Naturforsch.-Vers. Hamburg 1928.
- STIER, EWALD: Über Ohnmachten und ohnmachtsähnliche Anfälle und ihre Beziehungen zur Hysterie und Epilepsie. Jena: Fischer 1920.

SCHULTZ, I. H.: Psychotherapie der Erkrankungen des vegetativen Nervensystems in Therapie der Erkrankungen des vegetativen Nervensystems. Dresden u. Leipzig: Steinkopf.

V. Atemsystem (Asthma).

BRAUN, LUDWIG: Über Asthma bronchiale und psychogene Atmungsstörungen: Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Berlin: Julius Springer 1925.

FAERBER, ERNST: Der Verlauf des Asthmas bei Kindern. Arch. Kinderheilk. **89** (1930).

HOFBAUER, LUDWIG: Atmungspathologie und -therapie. Berlin: Julius Springer 1921.

— Asthma. Wien: Julius Springer 1928.

KLEWITZ, FELIX: Das Bronchialasthma. Dresden u. Leipzig: Th. Steinkopf 1928.

POLLNOW, PETOW u. WITTKOWER: Beiträge zur Klinik des Asthma bronchiale und verwandter Zustände. 4. Teil. Z. Psychotherapie des Asthma bronch. Z. klin. Med. **1929**.

TUSCHERER, J.: Beitrag zum Asthma im Kindesalter. Jb. Kinderheilk. **127** (1930).

SCHULTZ, I. H.: Asthma als psychotherapeutisches Problem. Zbl. inn. Med. **1929**, Nr 15.