

Der Krieg  
und die  
traumatischen Neurosen.

Von

**Hermann Oppenheim.**

---

Sonderabdruck

aus der Berliner klinischen Wochenschrift, 1915, Nr. 11.

---

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH  
1915

Der Krieg  
und die  
traumatischen Neurosen.

Von

**Hermann Oppenheim.**

---

Sonderabdruck

aus der Berliner klinischen Wochenschrift, 1915, Nr. 11.

---

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH  
1915

---

Alle Rechte vorbehalten.

---

ISBN 978-3-662-34373-9

ISBN 978-3-662-34644-0 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-34644-0

Die Lehre von den traumatischen Neurosen hat eine an Wandlungen und Kämpfen, an Aufbau und Zerstörung reiche Geschichte. Auf ihre chronologische Entwicklung darf ich verzichten. Es genügt, daran zu erinnern, daß die ersten Mitteilungen<sup>1)</sup> in den ärztlichen Kreisen Aufsehen erregten und durchweg Zustimmung und Anerkennung fanden, daß sich dann bald und in immer wachsendem Maße eine Gegnerschaft geltend machte, die den Kampf gegen die Lehre von den traumatischen Neurosen mit größter Schärfe und bis zu ihrer scheinbaren Erschütterung führte. Die Angriffe kamen aus verschiedener Richtung. Eine große Zahl der Gegner trat in die Gefolgschaft Charcot's, identifizierte die traumatische Neurose vollkommen mit der Hysterie, leugnete aber — in einem gewissen Gegensatz zu Charcot —, daß dieser Hysterie besondere Eigenschaften zukämen. In konsequenter Fortführung dieses Gedankens glaubten sie auch in Abrede stellen zu können, daß die Forschung hier neue Tatsachen ans Licht gebracht habe.

---

1) Ich erinnere mich besonders lebhaft an das Interesse und die Anerkennung, mit welcher eine meiner Demonstrationen von der Gesellschaft deutscher Chirurgen im Jahre 1889 (Verhandl. der Deutschen Ges. f. Chirurgie, XVIII. Kongress, Berlin 1889) aufgenommen wurde.

Die große Summe von Beobachtungen und Erfahrungen, die in den Studien von Charcot und mir<sup>1)</sup> steckte, die Erweiterung und Vertiefung, welche die Symptomatologie der Neurosen in den 80er Jahren gerade durch das Studium der traumatischen Formen erfahren hatte, wurde bei dieser Erwägung völlig außer acht gelassen.

Die weiteren Einwände betrafen das Wesen der Aetiologie. Der Einfluß des mechanischen Insults wurde gering eingeschätzt oder ganz in Abrede gestellt und die Ursache dieser Krankheitszustände ausschließlich in dem psychischen Trauma gesucht. Die große Bedeutung desselben hatte auch ich von vornherein hervorgehoben. Aber ich glaubte stets daran festhalten zu müssen, daß der mechanische Insult nicht zu unterschätzen sei, daß es Symptome und Symptomengruppen gebe, die als eine Folge der körperlichen Verletzung und Erschütterung zu betrachten seien. Mir schien es unzweifelhaft, daß die feine Organisation des Nervengewebes direkt und indirekt geschädigt werden könne — abseits von den materiellen Vorgängen der Blutung, Entzündung, Degeneration und Nekrose. Ich dachte dabei an feinere physikalische Vorgänge und gebrauchte das Beispiel des Eisenkerns, dessen Struktur nicht erkennbar dadurch verändert

---

1) Auf die Literatur gehe ich nicht ein, möchte aber die Namen von Putnam, Walton, Page, Thomsen und besonders von Bruns aus dieser ersten Epoche auch hier nicht unerwähnt lassen.

wird, daß er den Magnetismus annimmt oder ihn verliert.

Der lebhafteste und erbittertste Widerspruch kam aber in der Frage der Simulation und Rentenhysterie zum Ausdruck. Zwei Strömungen machten sich hier besonders geltend. Ein großer Teil der nicht neurologisch und psychiatrisch geschulten Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften, Eisenbahnverwaltungen usw. erblickte überall Simulation, wo ihnen Erscheinungen entgegentraten, die sie von der Läsion eines Nerven, eines Gehirn- oder Rückenmarksgebietes nicht ableiten konnten. Besonders waren es die psychischen Störungen und die psychogenen Symptome, denen sie mehr und weniger hilflos gegenüberstanden. Und da es sich meist um Kranke handelt, die vom Arzt in erster Linie Anerkennung ihres Leidens verlangen, mußte sich diesem der Verdacht der Simulation aufdrängen.

Zu dieser Schar der — auf gewissem Gebiet — Unwissenden gesellte sich eine Anzahl erfahrener und zum Teil hervorragender Forscher, die ohne psychiatrische Schulung in den Beruf eingetreten waren, sich ganz vorwiegend mit dem Studium der organischen Nervenkrankheiten beschäftigt und auf diesem Gebiet sogar Großes geleistet hatten, aber dem, was man als Hysterie ansah, mit der Skepsis, Geringschätzung und Unsicherheit des in dieser Hinsicht Unerfahrenen gegenüberstanden.

Einzelne von ihnen, durch straffe Selbstzucht und hohe Energie ausgezeichnete Männer, glaubten

diesen Maßstab auch an den nicht-organisch-nervenkranken Menschen anlegen zu dürfen. Der robuste Arbeiter hatte in ihrer Vorstellung keinen Anspruch auf Hysterie und Neurasthenie. Durch die Demonstration von zahlreichen Individuen, die trotz Verletzung oder gar Gliedmaßenverstümmelung ihrem Erwerb in vollem Umfang nachgingen, glaubte man die Frage der traumatischen Neurosen abgetan zu haben.

Man sollte erwarten, daß demgegenüber nun das Heil von den Psychiatern gekommen wäre. Das schien auch anfangs (ich erinnere an die Stellungnahme von C. Westphal, von Hitzig u. a.) der Fall zu sein. Aber bald kam auch hier der Rückschlag. Es lag in der Natur der Sache, daß für den Psychiater das psychische Trauma den entscheidenden Faktor bildete. Da war nun der nächste Schritt der, daß nicht in der seelischen Erschütterung durch den Unfall, sondern in den Gemütsbewegungen des Rentenkampfes, dessen verschlimmernden Einfluß auch ich von vornherein betont hatte, die Ursache des Leidens erblickt wurde. Der erste, der diese Lehre aufstellte oder sie wenigstens am energischsten verfocht, der Begründer der Theorie von den Begehrungsvorstellungen (Strümpell), war freilich kein Psychiater, sondern ein innerer Kliniker — aber seine Ansicht wurde mit Wärme von einem großen Teile der modernen Psychiater aufgenommen. Und so blieb von der traumatischen Neurose kaum noch etwas übrig als die Rentenhysterie oder allenfalls die Renten-

---

neurose. Welche Auswüchse diese Auffassung dann gezeitigt hat, bis schließlich Nervenärzte und Psychiater in die Unfallgesetzgebung einzugreifen versuchten, um die von ihnen als Rentenhysterie gedeuteten Zustände von der Entschädigungsverpflichtung auszuschließen, wie die traumatische Neurose zu einem Gegenstand der Witzblätter wurde, oder wie Nichtmediziner (Nationalökonomien usw.) sich für befugt hielten, in dieser Frage ein entscheidendes Wort zu sprechen — das sei hier nur angedeutet.

Es wäre aber sehr einseitig, wenn man das, was hier verschuldet worden ist, ausschließlich bei den Aerzten suchen wollte. Neben den schweren Formen des Leidens, die uns den Anstoß zur Begründung der Lehre von den traumatischen Neurosen gegeben hatten, traten in der Folgezeit mehr und mehr jene leichten und zweifelhaften Krankheitszustände auf, die ohne den Rentenanspruch kaum Anlaß zur Arbeitseinstellung gegeben haben würden. Die Begehrungsvorstellungen führten zur gesteigerten Selbstbeobachtung — einem der wirksamsten Erzeuger von krankhaften Empfindungen und Erscheinungen —, vielfach auch zur Vortäuschung oder wenigstens zur Uebertreibung von Symptomen. Dieser Möglichkeit hatten auch wir schon von vornherein in vollem Umfang Rechnung getragen, aber in dem Stadium, in welchem meine ersten Arbeiten erschienen und ich durch meine Stellung an der Charité forensisch stark in Anspruch genommen wurde, waren mir Fälle von

Simulation nur in verschwindend geringer Zahl begegnet, während ich sehr oft ausgesprochene Krankheit da konstatieren mußte, wo von anderen Simulation angenommen worden war<sup>1)</sup>. Inwieweit dieses Verhältnis in der späteren Zeit eine Umgestaltung erfahren haben mag, entzieht sich meiner Beurteilung, da ich, wie ich nachher noch ausführen werde, meine forensische Tätigkeit, soweit ich es durchsetzen konnte, einstellte.

Es kam noch ein anderer, sehr wichtiger Umstand hinzu.

Mit der Emanation des Unfallversicherungsgesetzes traten an den Arzt und besonders an die Leiter von Kliniken und Krankenhäusern in immer steigendem Maße Aufgaben heran, die ihnen wenig Interesse einflößten, sehr zeitraubend, mit Verantwortung und allerlei Aergernissen verknüpft waren. Das halte ich für eine der stärksten Wurzeln der Animosität gegen „die traumatischen Neurosen“. Und wenn ich mich hier selbst mit in den Kreis der Schuldigen einbeziehe, so wird man mir wohl nicht den Vorwurf machen können, daß ich mit dieser Aufdeckung von Schäden eine Anklage gegen die Berufsgenossen erheben will. Es ist nun einmal eine Tatsache, daß zu den unangenehmsten und bestgehaßten Aufgaben unseres Berufes die Begutachtung von Un-

---

1) Vergl. dazu meine Monographie und meine Ausführungen auf dem X. Internat. med. Kongresse Berlin 1890, die ich jetzt zum ersten Male wieder durchgesehen habe und an denen ich nichts zu ändern fand.

---

fall-Nervenkranken gehört. Ja, man kann sagen, daß je mehr ein Arzt begeistert für seinen eigentlichen Beruf, zu heilen und zu lindern, ist, desto weniger sympathisch ist ihm die meist mehr juristisch-psychologische Aufgabe der Erstattung eines Gutachtens über die Folgen einer Verletzung und ihres Einflusses auf die Erwerbsfähigkeit. Wir müssen auch zugeben, daß die Unlust, mit der wenigstens Viele von uns an diese Tätigkeit herantreten, nicht gerade geeignet ist, unser Urteil frei, rein und gerecht zu erhalten.

So kam die traumatische Neurose mehr und mehr in Mißkredit. Daß auch der persönliche Faktor dabei eine gewisse Rolle gespielt hat, ist den Eingeweihten bekannt. Ich wurde als der Schöpfer dieser Lehre in Deutschland angesehen, und der Kampf richtete sich nicht nur gegen die Sache, sondern auch vielfach gegen die Person. Es gab einflußreiche Vertreter unseres Faches, denen es wenigstens nicht ungelegentlich kam, wenn der zu einem gewissen Ruhme gelangte, verhältnismäßig junge Kollege etwas an die Wand gedrückt wurde. Nachdem 25 Jahre verflossen und mancher der damaligen Gegner vom Schauplatz aller Kämpfe zurückgetreten ist, wäre es gewiß erlaubt, den Schleier von diesen Vorgängen zu ziehen —, aber es gehört nicht streng zur Sache, und ich habe nicht den Ehrgeiz, noch während meines Lebens eine verspätete Rechtfertigung zu erhalten für das, was ich damals persönlich und in meiner akademischen Laufbahn erfahren habe.

Ich muß aber noch erwähnen, daß ich mich, nachdem die Dinge diese Entwicklung genommen hatten, nicht mehr für berechtigt hielt, ohne Klinik und Krankenhaus ein entscheidendes Gutachten in zweifelhaften Fällen abzugeben. Ich lehnte alles ab, wozu ich nicht gerade gerichtlich verpflichtet wurde, hielt es sogar für erforderlich, in meiner Poliklinik auf jede Untersuchung eines Unfallnervenkranken zu verzichten, damit nicht die forensischen Konsequenzen daraus gezogen würden, und fand so auch nicht mehr Gelegenheit, meine Erfahrung auf diesem Gebiet zu erweitern, um so weniger, als sich auch meine wissenschaftlichen Interessen anderen Spezialfragen zuwandten.

In meiner Auffassung, die die Frucht eines jahrelangen gründlichen Studiums war, ließ ich mich allerdings nicht beirren, dafür zeugt auch das Kapitel über die traumatischen Neurosen in den fortlaufenden Auflagen meines Lehrbuches. Aber ich trat nicht mehr auf den Plan und griff nicht mehr in die Diskussion ein.

Was wurde nun aber aus den traumatischen Neurosen?

Die Antwort ist eine einfache: Die Krankheitszustände schwanden natürlich nicht von der Bildfläche, aber der Name durfte nicht mehr gebraucht werden. Die wissenschaftliche Forschung konnte auch nicht ganz an ihnen vorübergehen, sie wurden weiter beschrieben und die Schilderung fand auch

---

Anklang, wenn eine andere Bezeichnung wie Schreckneurose, Emotionsneurose od. dgl. gewählt wurde —, aber etwas anderes wie die von uns entworfene Symptomatologie enthielten auch diese Beschreibungen nicht. Der Name Unfallneurosen wurde allenfalls gestattet. In den letzten Jahren ist dann hier und da wieder schüchtern die Bezeichnung traumatische Neurose hervorgetreten, wie z. B. in der Abhandlung von Stierlin<sup>1)</sup>, in der an einem einwandfreien Material das Vorkommen dieser Krankheitsformen demonstriert wurde.

Das war bis in die jüngste Zeit der Stand dieser Frage. Das Wort traumatische Neurose fast überall ausgemerzt und verpönt, der Begriff traumatische Hysterie anerkannt, aber mit dem Beigeschmack, daß es zwischen ihr und Simulation keine scharfe Grenze gibt. Das Trauma wird nicht von dem Unfall, sondern von den Begehrungsvorstellungen gebildet. Die Folgen des Blitzschlags und der elektrischen Unfälle konnten freilich nicht übersehen werden, aber sie erhielten gewissermaßen ihre Sanktionierung erst durch die Feststellung, daß hier neben den funktionellen Schädigungen oft organische Veränderungen vorliegen. Auch mußte das Zugeständnis gemacht werden, daß die großen Katastrophen (Erd-

---

1) Ueber psycho-neuropathische Folgezustände bei den Ueberlebenden der Katastrophe von Courrières usw. Monatschrift f. Psych. Bd. 25. Ergänzungsheft.

beben, Verschüttung in Bergwerken usw.) zu Psychosen und Neurosen führen könnten.

Da kam der Krieg.

Anfangs schien er zu bestätigen, daß die vorher gültige Auffassung zu Recht bestand. Bei diesem oder jenem Soldaten erfolgte ein nervöser Zusammenbruch, aber das waren ja Disponierte, Nervenschwächlinge oder Psychopathen. Die psychischen Traumen des Krieges schienen nur zur Reife zu bringen, was im Keime schon vorhanden war. Ich hatte anfangs denselben Eindruck.

Stimmt das oder hat der Krieg uns andere Tatsachen vor Augen geführt?

Ich will diese Frage mit dem beantworten, was ich selbst seit dem Beginn des Krieges bis heute in bezug auf die traumatischen Neurosen gesehen und festgestellt habe und muß es im Interesse der Sache besonders preisen, daß ich als Leiter einer großen Nervenstation nach Dezennien einmal wieder Gelegenheit zu einer eingehenden klinischen Beobachtung gefunden habe, und daß mir Aerzte zur Seite gestellt wurden, die sich mit großem Interesse und Verständnis mit mir in die Beobachtung und in die intimere Exploration der Verletzten teilten.

Was zunächst die Frage der Disposition anlangt, so konnten wir nur bei einem Teil der von uns nach Kriegstraumen an Neurosen behandelten Soldaten eine neuropathische Anlage nachweisen. Sie gaben ohne weiteres und oft von selbst an, daß sie

schon vor Ausbruch des Krieges oder von jeher nervös gewesen seien; auch ließ sich öfter ermitteln, daß in der Aszendenz Nervenkrankheiten, Psychosen oder Alkoholismus vorgekommen war. Bei der Mehrzahl der Patienten führte diese Nachforschung aber zu einem negativen Ergebnis. Und wenn auch da gewiß Unvollkommenheiten der Berichterstattung unterlaufen, sind wir doch zu der Ueberzeugung gelangt, daß die schweren Kriegstraumen auch bei bis da gesunden, nicht belasteten Menschen Neurosen (und Psychosen) hervorbringen können.

Die Schädlichkeiten selbst zerfallen in mechanische, seelische und gemischte. Zu letzteren rechne ich besonders die starken Detonationen. Ihr Einfluß auf den Acusticus ist doch zweifellos ein mechanischer, physikalischer, aber es ist zugleich die seelische Einwirkung des Schrecks. Das gilt auch für die Einwirkung der vorbeisausehenden Artilleriegeschosse: die Gewalt des Luftdrucks und die sie begleitende seelische Erregung. Im geringeren Maße spielt diese Kombination auch bei den übrigen Kriegsverletzungen eine Rolle. Komplizierter gestaltet sich die Aetiologie noch dadurch, daß es sich oft um eine Häufung bzw. länger dauernde Einwirkung der Schädlichkeiten (Ausharren im Artilleriefeuer, schnell aufeinanderfolgende mehrfache Verletzungen) handelt, und daß sich mit ihnen die Erschöpfung durch Märsche, die Entbehrungen (der Mangel an Schlaf und ausreichender Nahrung) und der Einfluß der Witterungsunbilden verbindet.

Bezüglich der Symptome und Symptomenkomplexe, auf welche die Bezeichnung der traumatischen Neurose angewandt werden kann, hat der Krieg unsere früheren Erfahrungen bestätigt, unsere Kenntnisse vertieft und unseren Theorien eine festere Unterlage gegeben. Das soll im folgenden dargetan werden.

Das Krankheitsbild entspricht selten einem der reinen Typen der bekannten, wohlabgegrenzten Neurosen, weit häufiger stellt es eine Mischform dar. Im Vordergrund stehen die Beschwerden und Erscheinungen der Neurasthenie: Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Verstimmung, Reizbarkeit, Empfindlichkeit gegen Geräusche und andere Sinnesreize, allgemeine Schwäche und Erschöpfbarkeit, Zittern und die Symptome von seiten des visceralen Nervensystems, unter denen die kardiovaskulären und sekretorischen besonders ausgesprochen zu sein pflegen: Herzklopfen, Tachykardie, Labilität der Herzaktion, Kongestionen, Hyperidrosis. Daß auch die leichte Temperaturerhöhung dazu gehört, ist mir auch nach meinen weiteren Erfahrungen nicht zweifelhaft.

Haben wir in diesen schon objektive Merkmale des Nervenleidens, so gilt dies besonders für die sehr oft in überzeugender Weise ausgeprägte Steigerung der Sehnenphänomene und für das fibrilläre Zittern, das in allen Graden bis zur ausgesprochenen Myokymie vorkommt.

Nicht gering ist die Zahl der Fälle, in denen die Symptomatologie in ihren wesentlichen oder in

---

dem vorherrschenden Symptom der der Hysterie entspricht.

Es sind die bekannten Formen der Aphonie, des Mutismus, des Stotterns, der Abasie, der Extremitätenlähmung, der Hemianästhesie, der sensorischen Anästhesie usw., welche den Kern des Leidens bilden.

Aber wie wir ja immer wieder mit Schwierigkeiten zu kämpfen haben, wenn wir auf das Problem der Hysterie stoßen, so kommen wir bei den Kriegsverletzten besonders oft zu der Erkenntnis, daß die landläufigen Theorien das Dunkel nicht durchdringen. Recht oft vermissen wir bei den mit diesen Lähmungsformen behafteten Individuen das hysterische Wesen, den hysterischen Charakter, sehr oft läßt die Lähmung alle Eigenschaften vermissen, die ihr das Gepräge des psychogenen Ursprungs aufdrücken: die Anenergie, die Inkonstanz, die Erscheinung, daß nur die bewußtwillkürliche Innervation aufgehoben ist, während automatisch, gewohnheitsgemäß, im Affekt, bei Ablenkung der Aufmerksamkeit usw. dieselben Muskeln angespannt werden. Ich sage: alle diese der hysterischen Lähmung zukommenden Stigmata werden oft in diesen Fällen vermißt. Ich komme auf die Frage zurück.

Krämpfe von typisch - hysterischem Charakter habe ich nicht beobachtet. Es wurde nur von einem kleinen Teil unserer Patienten über Krampferscheinungen geklagt. Die Schilderung entsprach der des Schwindel-, Ohnmachts- und epileptischen Anfalls.

Wo wir Gelegenheit hatten, derartige Anfälle ärztlich zu kontrollieren, entsprachen sie dem Typus einer tiefen Ohnmacht mit plötzlichem Hinstürzen; nur bei einem sonst viele Züge von Hysterie bietenden Manne konnte im Anfall Pupillenstarre festgestellt werden.

Respirationskrämpfe von hysterischem Charakter konstatierten wir bei einem unserer Patienten. Ueber Globus wurde nicht geklagt.

Einmal kam es zu einer Selbstverletzung bei einem nach Geschoßexplosion an Hysterie erkrankten Individuum.

Hat somit nur in einem kleinen Prozentsatz der Fälle die Hysterie ihre charakteristische Physiognomie gezeigt, so springt es noch mehr in die Augen, daß sie fast bei keinem unserer Patienten das ganze Wesen der Krankheit ausmachte. Fast immer verbanden sich mit ihr die Erscheinungen der neurasthenischen Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit bzw. eine Reihe nicht psychogener Symptome, wie wir sie der Neurasthenie zuzurechnen pflegen, wobei ich durchaus berücksichtige, daß es ein gemeinschaftliches bzw. Grenzgebiet dieser beiden Neurosen gibt. Dieser Tatsache entsprach, wie ich schon an anderer Stelle ausgeführt habe, die Erfahrung, daß es uns zwar meist gelungen ist, die als hysterisch gedeuteten Symptome auf suggestivem Wege rasch zu beseitigen, daß wir aber damit eine Heilung des Gesamtleidens meist nicht zu erzielen vermochten. Die Rückbildung

der neurasthenischen Beschwerden nahm mehr Zeit in Anspruch und erfolgte, wenn sie überhaupt eintrat, ganz allmählich.

In der Neurasthenie und in der Kombination von Hysterie und Neurasthenie haben wir somit die Krankheitszustände, in die sich die Mehrheit der Fälle von Kriegsneurose einreihen lassen<sup>1)</sup>. Aber damit ist die Frage doch keineswegs erschöpft.

Der Tic, die Crampi musculorum und verschiedene Formen des Zitterns kommen als verhältnismäßig häufige Symptome hinzu. Es braucht mir niemand zu sagen, daß diese Erscheinungen auch hysterischen Ursprung haben können. Sie müssen dann aber entsprechend gekennzeichnet sein. Das trifft für meine Beobachtungen jedenfalls nicht zu; ich habe hier nur Fälle im Auge, in denen diese Symptome sich als unabhängig von dem Vorstellungsleben des Kranken dokumentierten und der suggestiven Beeinflussung in keiner Weise zugänglich waren.

In besonders überzeugender Weise offenbarte sich der nichthysterische Charakter der motorischen Reizphänomene bei der sogenannten Crampusneurose. Mit absoluter Konstanz und ganz gesetzmäßig führte hier jede aktive Bewegung zu einem tonischen Krampf der Muskulatur in der ganzen Extremität, so daß die

---

1) Auf die Bedeutung, welche der Epilepsie in dieser Hinsicht zukommt, will ich nicht eingehen, da hier noch weitere Erfahrungen abzuwarten sind.

Muskeln bretthart wurden, um erst ganz allmählich in der Ruhe wieder zu erschlaffen. Auf der Höhe des tonischen Krampfes stellten sich dann oft klonische Zuckungen und fibrilläres Zittern ein, das sich ebenso durchaus unabhängig von den seelischen Vorgängen zeigte, wenn ich auch damit nicht in Abrede stelle, daß in der Genese des Leidens (das nach Granatenexplosion entstanden war) die seelische Erschütterung eine Rolle gespielt hat.

In schwächerer Ausbildung ist uns dieser Symptomenkomplex öfter entgegengetreten. So möchte ich betonen, daß die sogenannte „pseudospastische Parese mit Tremor“ sich wohl im wesentlichen mit der Crampusneurose deckt. Freilich würde für die Zustände, die wir im Auge haben, die Bezeichnung: „Innervationsspasmus mit Tremor“ die zutreffendere sein. Ich habe mich, wie schon gesagt, nicht davon überzeugen können, daß dieses Phänomen eine hysterische Grundlage hat. Es bildet vielmehr nur eine Ausdrucksform einer allgemeinen Bewegungsstörung, wie wir sie bei den traumatischen Neurosen öfter finden.

In meiner Monographie über die traumatischen Neurosen (2. Aufl., S. 148) heißt es:

„Eine weitere auffällige Tatsache, die man bei den Bewegungsversuchen dieser Kranken nicht selten konstatiert, ist die, daß trotz der augenscheinlich energischen Muskelanspannung, trotz der sichtbaren Anstrengung des Patienten der Effekt der Bewegung ein geringer ist.

Dieses Mißverhältnis ist im wesentlichen dadurch bedingt, daß die Bewegungsimpulse nicht in korrekter Weise verteilt werden, sondern in Muskelgruppen gelangen, welche mit der gewollten Bewegung gar nichts zu tun haben oder durch ihre Kontraktion sogar hemmend auf dieselbe wirken. So sieht man, daß der Kranke, welcher aufgefordert ist, die Hand kräftig zu drücken, die Schultermuskeln, die Ellenbeuger, die Strecker der Hand usw. gleichzeitig kräftig anspannt und so die Kraft vergeudet, welche er auf die Beugung der Hand und der Finger verwenden soll. Es liegt auf der Hand, daß dieses eigentümliche Manipulieren den Verdacht der bewußten Täuschung erweckt, da es ganz den Eindruck macht, als ob das Individuum zwar zeigen wolle, daß es Anstrengungen macht, aber doch willkürlich hemmend auf den Bewegungsakt wirke, um Schwäche vorzutäuschen. Es ist deshalb sehr wichtig, ins Auge zu fassen, daß diese Form der Motilitätsbehinderung auf pathologischer Grundlage vorkommt und aller Wahrscheinlichkeit nach dadurch bedingt ist, daß die Erinnerung für die zur Ausführung einer zweckmäßigen Bewegung notwendige Verteilung der motorischen Impulse verloren gegangen ist.“

An anderer Stelle (S. 160) heißt es:

„Jedenfalls dürfen wir die bei den organischen Erkrankungen des Nervensystems gewonnenen Erfahrungen (und diese beherrschen unsere Vorstellungen) nicht ohne weiteres auf die funktionellen Neurosen übertragen, da die Lähmung hier eine andere Grundlage hat, indem sie, wie ich annehme, durch einen Verlust der Erinnerungsbilder für die entsprechende Bewegung bedingt ist.“

Wie so viele meiner Äußerungen in dieser Frage ist auch diese in dem Kampfgeschrei, das sich gegen die traumatischen Neurosen erhob, verhallt.

Der Krieg hat mir und meinen Schülern Gelegenheit gegeben, uns davon zu überzeugen, wie richtig ich gesehen und geurteilt hatte. Ich gebe zu, daß diese Art der Innervationsstörung wenigstens vorübergehend bewußt vorgetäuscht werden kann, ich bezweifle auch nicht, daß sie auf psychogenem Wege entstehen kann. Aber die Erfahrungen, die wir in den letzten Monaten gesammelt haben, deuten auf eine andere Genese. Und zwar haben wir zu unterscheiden zwischen einem zentralen und einem peripherischen Entstehungsmodus, die aber doch wohl ineinander übergehen. Die seelische Erschütterung — der Schreck und das Grauen bei großen Katastrophen, bei dem Einschlagen von Granaten usw. in der Nähe — können diese Bewegungsstörung unmittelbar im Gefolge haben, die Schrecklähmung kann sich in der geschilderten Erscheinungsform präsentieren. Andererseits sehen wir im Gefolge von Schußverletzungen der peripherischen Nerven dieselbe Form der Motilitätsstörung entstehen. Diese beiden Entwicklungsarten sind nicht so verschieden, wie es auf den ersten Blick erscheint. Auch in dem ersten Falle dringt die Erregung, welche die Lähmung bzw. Innervationsstörung veranlaßt, auf dem Wege zentripetaler (in diesem Falle sensorischer) Nerven (Acusticus, Opticus) in das Gehirn hinein.

Den Einfluß dieser überstarken Impulse denke ich mir so, daß sie eine Betriebsstörung in dem zentralen Innervationsmechanismus hervorrufen, mag es

sich um die Herauslösung eines Gliedes aus der Kette, um eine Verlagerung feinsten Elemente, um eine Sperrung von Bahnen, eine Zerreißung von Zusammenhängen, eine Diaschisis, kurz um einen Vorgang handeln, der auch dem Auge des Mikroskopikers entgehen würde, der auch keine definitive Zerstörung irgend eines Nervenbildes darstellt, aber auf jeden Fall Leitungshindernisse für die motorischen Impulse schafft.

Diese Betriebsstörung findet ihren Ausdruck: 1. in der falschen Verteilung der motorischen Impulse, wie wir sie oben geschildert haben; 2. in der Hypoinnervation und 3. in der Hyperinnervation der Muskeln, derart, daß an die Stelle der einfachen Muskelkontraktion der Tremor und die tonische oder spastische Muskelaktion, der Crampus tritt.

Die Störung betrifft also sowohl die Intensität wie die Extensität der Muskeltätigkeit und die Aufeinanderfolge der einzelnen Bewegungsimpulse.

Den höchsten Grad dieser Anomalie bildet die Lähmung, die volle Unfähigkeit, einen Muskelkomplex oder eine Extremität in Bewegung zu setzen. Die Kranken äußern selbst: Ich weiß gar nicht, wie ich es anfangen soll, den Arm, die Hand usw. zu bewegen. Ihr ganzes Gebahren bekundet diese Ratlosigkeit.

Dieser Vorgang hat, wie ich schon betont habe, nichts mit Hysterie zu tun, aber es ist nicht auszuschließen, daß die hysterische Disposition das

Zustandekommen dieser Zustände von „Akinesia amnestica“ (wie ich sie nenne) begünstigt, und daß die hysterische Willensschwäche ihre Rückbildung erschwert.

Je weniger stark das Symptom ausgebildet ist, desto leichter gelingt im allgemeinen die Heilung. Durch Uebung, durch wiederholte Auslösung der zentralen Impulse unter Hinweis auf die Fehler der Innervation usw. gelingt es meistens früher oder später eine Besserung oder Heilung herbeizuführen. Natürlich um so schwieriger, je weniger lebhaft der Wunsch und das Bestreben, gesund zu werden und je stärker die Vorstellung des Unvermögens, der Unheilbarkeit entwickelt ist.

Waren alle diese Anschauungen in ihrem Kerne schon in meinen früheren Abhandlungen über die traumatischen Neurosen enthalten, so hat mich<sup>1)</sup> ein im Laufe der letzten Zeit beobachteter Fall zur Annahme eines weiteren Entstehungsmodus nicht organischer Lähmungszustände veranlaßt.

Ein 26 jähriger Reservist erhielt am 26. August einen Schuß durch die Mitte des linken Oberarms mit Schrägfraktur des Humerus. Anfangs war der Arm steif und bewegungslos, dann kehrte die Beweglichkeit vorübergehend wieder, um vor 6—7 Wochen wieder einem Zustand von Lähmung zu weichen.

Befund: Atrophische Parese des ganzen linken Armes und besonders totale Lähmung der Erb'schen

---

1) H. Oppenheim, Krankendemonstration zur Kriegsneurologie. Neurol. Zentralbl. 1915. Nr. 2.

---

Muskeln mit Atonie, Schlottergelenk, aufgehobenen Sehnenphänomenen — aber normaler elektrischer Erregbarkeit. Keinerlei Zeichen einer psychogenen Erkrankung.

Ich glaubte den ungewöhnlichen Symptomenkomplex in Analogie mit der arthrogenen Atrophie bringen und als Reflexlähmung deuten zu müssen, in der Annahme, daß der von dem verletzten Gliede ausgehende Reiz unter uns unbekanntem Bedingungen die vordere graue Substanz so beeinflußt, daß sie für die ihr vom Gehirn zufließenden Impulse gesperrt wird.

Trotz aller Bemühungen des Kranken — der aus dem Lazarett herausdrängt — und des ihn täglich mit feinstem Verständnis und Aufbietung aller suggestiven Kraft behandelnden Arztes (O. Kalischer) ist es bisher doch nur gelungen, eine nichtdurchgreifende Besserung zu erzielen.

Ich habe noch einen zweiten, ebenso schweren oder noch schwereren Fall gesehen und dann noch eine Reihe leichter, in denen die Reflexlähmung neben einer echten peripherischen Lähmung bestand, sich aber nur auf einzelne Muskeln beschränkte.

Auch bei dem, was ich<sup>1)</sup> vor kurzem über das Verhalten der Antagonisten bei Geschoßlähmung peripherischer Nerven und über die Ausbreitung der Lähmung auf die proximal entspringenden Muskeln gesagt habe, ist diese Form der Reflexlähmung kurz gewürdigt worden.

---

1) Ueber Kriegsverletzungen des peripheren und zentralen Nervensystems. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 4. S. 103.

Wir haben nun zur Genüge erkannt, daß mit der Bezeichnung traumatische Hysterie die Lehre von den traumatischen Neurosen nichts weniger als erschöpft ist, wir haben gezeigt, daß nicht-hysterische Neurosen und bisher wenig bekannte Lähmungsformen (Akinesia amnestica, Reflexlähmung) hier eine mindestens ebenso bedeutende Rolle spielen, und glauben den Nachweis geführt zu haben, daß es Krankheitszustände gibt, die trotz aller Opposition der verflossenen Jahre die Bezeichnung traumatische Neurose mit Recht führen.

Aber wie steht es nun mit den alten Einwänden, daß die Simulation hier die als Krankheitssymptome gedeuteten Erscheinungen hervorbringt, daß die Beschwerden und Zeichen bewußt und zielbewußt vorgetäuscht werden, oder daß wenigstens unbewußte Strebungen als die Ursache des Leidens wirksam sind?

Ich darf mich nicht der Illusion hingeben, daß — obgleich ich seit dem denkwürdigen Simulationsstreite um ein viertel Jahrhundert älter geworden bin<sup>1)</sup> — meine einfache Versicherung, daß Simulation bei meinen Patienten völlig ausgeschlossen war, genügen würde. Aber ich gebe mich doch der Hoffnung hin, daß ein großer Teil der Kollegen an die Beurteilung der verwundeten Soldaten mit weniger Mißtrauen herantreten wird, als es bei den unter dem Unfallversicherungsgesetz stehenden verletzten Arbeitern

---

1) Damals ist mir noch mehrfach der Vorwurf der Jugend gemacht worden.

der Fall war. Und was noch wichtiger ist: die im Felde wirkenden Aerzte haben Gelegenheit, die an Neurose Erkrankten unmittelbar nach der Verletzung zu sehen und festzustellen, daß diese Krankheitszustände die direkte Folge der seelischen und körperlichen Erschütterung sind und so rasch und mit solcher Urgewalt in die Erscheinung treten, daß die Wirksamkeit von Wünschen und Begehrungsvorstellungen meistens ausgeschlossen ist. Diese Ueberzeugung haben mir nicht nur eine Reihe der an der Front wirkenden Fachgenossen mündlich und schriftlich ausgesprochen, sie geht auch aus den Krankenblättern hervor, die eingeschickt worden sind, und zwar lassen die entsprechenden Berichte erkennen, daß die Symptombilder, die ich später als Neurosen deuten mußte, gerade wegen der Schwere und überzeugenden Echtheit der Erscheinungen oft als organisch bedingt betrachtet wurden.

Bedeutungsvoller sind folgende Momente: Im steten persönlichen Verkehr mit unseren Patienten (ich befinde mich täglich etwa 3 Stunden, sehr oft 6 Stunden im Lazarett unter den Kranken, meine Mitarbeiter 5—7 Stunden) haben wir eine außerordentlich scharfe Kontrolle ihres Verhaltens und gewinnen auch eine ziemlich intime Kenntnis ihres Fühlens und Vorstellungslebens. Wir konnten nun bei der großen Mehrzahl der Verletzten, auf die sich diese Mitteilungen beziehen, nicht nur die Konstanz der Symptome — auch dann, wenn sie sich unbeobachtet

glaubten — feststellen, sondern vor allem auch die Tatsache, daß sie das redliche Bestreben hatten, gesund zu werden oder doch wenigstens das Lazarett verlassen zu können. Bei vielen — besonders unter den Offizieren und auch bei den unteren Chargen trat dieses Verlangen vielfach zutage — war es der Wunsch, wieder an die Front zu kommen, bei anderen die Sehnsucht nach der Heimat oder wenigstens nach der Verwandlung des Lazarettaufenthaltes mit seiner Freiheitsbeschränkung in die ambulante Behandlung oder in Garnisondienst, welche den Ansporn gab, wenigstens eine Besserung des Zustandes herbeizuführen, von der ich die Entlassung abhängig machte. Wenn also von Begehrungsvorstellungen die Rede sein konnte, waren sie gerade in den typischen Fällen nicht auf die Krankheit und nicht auf die Invalidisierung, sondern auf die Genesung gerichtet.

Und so haben wir auch durchweg erlebt, mit verschwindend seltenen Ausnahmen, daß die Kranken mit Verständnis und Bereitwilligkeit auf die Heilbestrebungen eingingen und uns da nicht den passiven Widerstand entgegensezten, den wir bei so vielen an Hysterie leidenden Individuen zu finden gewohnt sind. —

So ließen sich denn auch oft psychogene Erscheinungen, wie Lähmungen und Kontrakturen, in einer Sitzung oder in wenigen Tagen zurückbringen, während die von mir als *Akinesia amnestica* gedeuteten oder als Reflexlähmung angesprochenen nur

---

sehr langsam einer systematischen Behandlung wichen oder gar nicht zu beeinflussen waren.

Schließlich hat uns noch ein Umstand von der Echtheit dieser Zustände überzeugt: daß sie nämlich in einem nicht kleinen Teil der Fälle nur die Begleitsymptome einer organischen Erkrankung bildeten. Neben einer schweren traumatischen Neuritis, neben einem durch Schußverletzung des Gehirns<sup>1)</sup> oder Rückenmarks hervorgerufenen mehr oder weniger schweren Leiden dieser Organe bestand die Neurose, und ihre Symptome waren mit denen der ersteren so innig verwoben, daß die Aussonderung Mühe machte. Diese Kombination ist ja so bekannt, daß es müßig wäre, darüber Worte zu verlieren. Ich führe die Tatsache auch nur an, um zu zeigen, daß es sich bei diesen Neurosen nicht um Produkte der Wünsche und Begehrungen oder gar des Betruges handelt. Was für ein Interesse hätte der Patient, dessen Leiden so deutlich ausgebildet ist, daran, noch eine andere Krankheit hinzuzusimulieren. Man kann ja in seiner Skepsis so weit gehen, um zu argumentieren: ja er hat unbewußt oder bewußt das Bestreben, sein Leiden möglichst schwer hinzustellen, und durch diese Sucht kommen die Symptome der

---

1) Ich bin hier nicht auf die recht zahlreichen Fälle eingegangen, in denen nach Kopfverletzungen neben den Zeichen der Nervosität die Symptome feiner diffuser oder disseminierter organischer Veränderungen hervortreten, wie sie besonders von Friedman gewürdigt sind.

Neurose zustande. So kann man vom grünen Tisch urteilen. Wer täglich mit der Untersuchung dieser Kranken zu tun hat, wird die Ueberzeugung gewinnen, daß das funktionelle Leiden ebenso echt ist und dieselbe Genese hat wie das organische.

Ich bin am Schluß meiner Betrachtungen. Ich habe wohl nicht zuviel gesagt, als ich bei einer Krankendemonstration<sup>1)</sup> im Reservelazarett Kunstgewerbemuseum am 19. Januar d. J. unter Hinweis auf meinen vor 25 Jahren geführten Kampf ausführte: Ich kann mit einer gewissen Genugtuung sagen: es bestätigt sich mir alles, was ich damals gelernt und gelehrt habe, ich habe nichts zurückzunehmen.

---

1) Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1915. Nr. 4.



**Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH**

---

Von demselben Verfasser erschienen:

**Die traumatischen Neurosen**

nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten  
8 Jahren gesammelten Beobachtungen bearbeitet.

gr. 8. Zweite verbesserte und erweiterte Auflage. 1892. 6 M.

---

**Weitere Mitteilungen in bezug auf die  
traumatischen Neurosen**

mit besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage.

Vortrag. gr. 8. 1891. 1 M. 20 Pf.

---

**Zur Kenntnis der syphilitischen Er-  
krankungen des zentralen Nervensystems.**

Lex.-8. Mit 4 Tafeln. 1890. 6 M.