

Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose : eine ärztlichpädagogische Studie / by Erich Benjamin.

Contributors

Benjamin, Erich, 1880-1943.

Publication/Creation

Leipzig : Thieme, 1930.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/f9wxk9j7>

License and attribution

Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

GRUNDLAGEN UND ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DER KINDLICHEN NEUROSE

EINE ÄRZTLICH-PÄDAGOGISCHE STUDIE

VON

DR. ERICH BENJAMIN

A. O. PROF. FÜR KINDERHEILKUNDE IN MÜNCHEN

MIT 5 ABBILDUNGEN



19

30

GEORG THIEME / VERLAG / LEIPZIG

WS350
1930
B46g

Dr. Bach

Dortmund

477/1931

KINDERÄRZTLICHE PRAXIS

Eine Zeitschrift für den
praktischen Arzt, den Facharzt und den Sozialarzt

Herausgegeben von

Prof. St. Engel, Dortmund / Prof. M. Klotz, Lübeck
Prof. L. Langstein, Berlin / Prof. L. F. Meyer, Berlin / Dr.
E. Nassau, Berlin / Prof. H. Rietschel, Würzburg / Prof.
W. Stoeltzner, Königsberg / Prof. E. Wieland, Basel

Schriftleitung:

Prof. Dr. St. Engel, Dortmund und **Dr. E. Nassau, Berlin**

I. Jahrgang 1930

Monatlich ein Heft im Umfange von etwa 40 Seiten

Bezugspreis vierteljährlich M. 7.—

Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete

Übersichten und Forschungsergebnisse

Unter Mitarbeit von zahlreichen Fachgelehrten
herausgegeben von

Prof. Dr. A. Bostroem und **Prof. Dr. J. Lange**

München

Breslau

2. Jahrgang 1930

Monatlich ein Heft im Umfange von etwa 48 Seiten

Bezugspreis vierteljährlich M. 6.—



22900057515

/ VERLAG / LEIPZIG

GRUNDLAGEN UND ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DER KINDLICHEN NEUROSE

EINE ÄRZTLICH-PÄDAGOGISCHE STUDIE

VON

DR. ERICH BENJAMIN

A. O. PROF. FÜR KINDERHEILKUNDE IN MÜNCHEN

MIT 5 ABBILDUNGEN

19



30

GEORG THIEME / VERLAG / LEIPZIG

14750976

Alle Rechte, auch das der Übersetzung
in die russische Sprache, vorbehalten.
Copyright 1930 by Georg Thieme, Leipzig, Germany

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	weIMOmec
Call	
No.	WS 350
	1930
	B 46 g

Printed in Germany

Meiner Frau und Mitarbeiterin



Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b29929702>

Vorwort

Die folgende Studie behandelt das Problem der Nervosität vom Standpunkt des Kinderarztes aus. Bisher hat unsere Spezialdisziplin die wissenschaftliche Hauptarbeit auf diesem wichtigen Gebiete anderen Forschungsrichtungen überlassen und so kam es, daß grundlegende Fragen in einseitiger Beleuchtung gesehen wurden, weil der Blick nur auf diese oder jene Äußerung des Kindes, nicht aber auf die Gesamtheit seiner Lebenserscheinungen gerichtet war.

Während die psychotherapeutische Forschung den Versuch machte, in mühsamer Arbeit durch das Dunkel der seelischen Entwicklung in die frühen Stadien der Kindheit vorzudringen, werden wir den gleichen Weg in umgekehrter Richtung gehen. Wir werden auf Grund direkter Beobachtung am Kleinkind zeigen, daß alle Verhaltensweisen des neurotischen Kindes auf primitive Reaktionen jener frühen Entwicklungsabschnitte zurückzuführen sind. Damit eröffnen sich unmittelbar neue, bedeutungsvolle Wege der Prophylaxe und Therapie, zunächst für das Gebiet der nervösen Zustände, dann aber auch für andere Formen der Psychopathie.

Die Behandlung der kindlichen Nervosität ist keine rein medizinische Aufgabe, vielmehr muß der Arzt mit dem Pädagogen zusammenarbeiten. Daher übergeben wir den Inhalt dieses Buches nicht nur dem engeren Kreis der Fachgenossen, sondern auch allen denen, die sich die Aufgabe stellen, dem Kinde, dessen seelische Entwicklung gefährdet ist, zur Seite zu stehen.

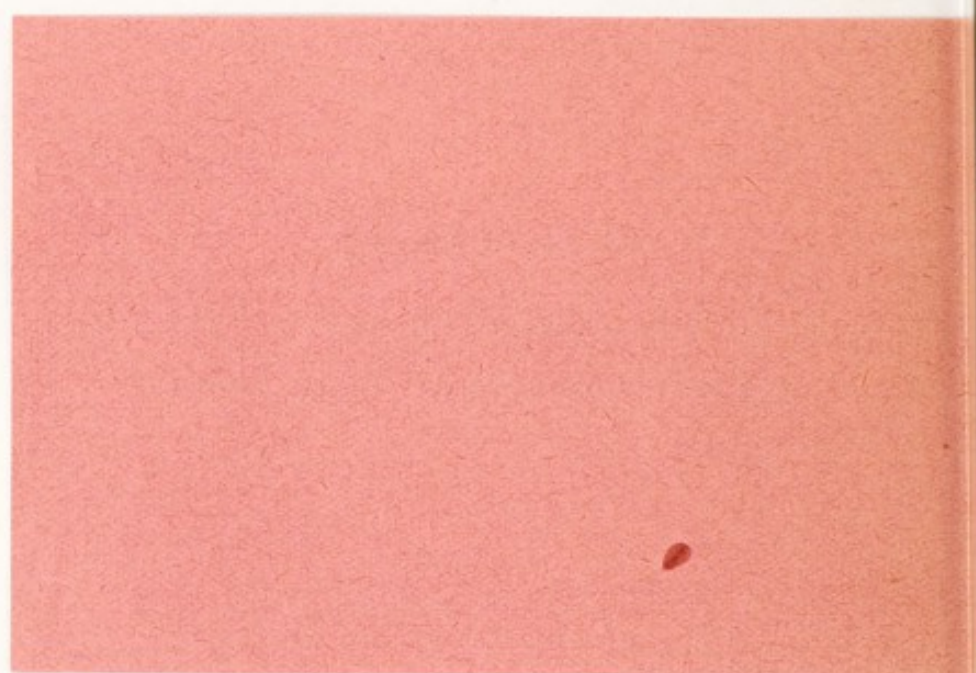
Kindersanatorium Zell-Ebenhausen b. München, Juli 1930

Benjamin

B e r i c h t i g u n g

Auf Seite 18 Zeile 4 lies „**Nadoleczny**“ anstatt „Nadoleszny“

Auf Seite 57 Zeile 24 lies „**larvierten**“ anstatt „lavierten“



Inhalts-Übersicht

I. Einleitung	1—4
Der Begriff der Neurose (S. 1), Arbeitsmethode (S. 2—4).	
II. Das Symptom als Dokument der Entwicklungshemmung	4—24
Ein Paradigma (S. 4), Der Entwicklungsgedanke in der Psychopathologie (S. 5—6), Unselbständigkeit (S. 7), Stereotypien (S. 7), Der Tic (S. 8), Schluckstörungen (S. 9), Eine Störung des Kauens (S. 10), Erbrechen (S. 11), Motorische Unruhe (S. 12—14), Aufmerksamkeitsstörungen (S. 15), Das Schriftbild (S. 16), Stimme und Sprache (S. 17—18), Enuresis (S. 19—22), Polakiurie (S. 24).	
III. Die Trotzperiode als psychopathologisches Phänomen . .	24—72
Ch. Bühlers Auffassung (S. 24), Die hypobulen Mechanismen Kretschmers (S. 25), Annchen (S. 26—27), Psychologie und Pädiatrie (S. 28—29), Die Trotzperiode in psychologischer, pädagogischer und psychoanalytischer Beleuchtung (S. 30—38), Kinderheilkunde und Trotzperiode (S. 39), Die Anamnese (S. 40), Kasuistik (S. 41—49), Trotz und Unsicherheit (S. 50—51), Das Verhältnis des Kindes zu den anderen Menschen (S. 52—53), Die „Symptome“ (S. 54), Die „larvierte“ Trotzperiode (S. 55—57), Chronische Fälle (S. 58—62), Trotzperiode und Oedipus-situation (S. 63), Die Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe (S. 64—65), Der psychologische Aufbau der Trotzperiode und die grundlegenden Verhaltensweisen (S. 66—72).	
IV. Die Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose . . .	72—102
Programm, Material, Methode (S. 72—73), Erläuterung zu den Tabellen (S. 74—75), Die vier- bis fünfjährigen Knaben (S. 76—78), Fälle von „Pseudoschwachsinn“ (S. 79), Die sechs- bis siebenjährigen Knaben (S. 80—82), Die acht- bis elfjährigen Knaben (S. 83—84), Die zwölf- bis fünfzehnjährigen Knaben (S. 85—87), Zusammenfassung (S. 88—89), Die vier- bis fünfjährigen Mädchen (S. 90), Die sechs- bis siebenjährigen Mädchen (S. 91—92), Die acht- bis elfjährigen Mädchen (S. 93), Die zwölf- bis fünfzehnjährigen Mädchen und eine typische Neurose der Pubertät (S. 94—96), Zusammenfassung (S. 97—99), Die frühe Kindheit als Grundlage der Neurose (S. 100), Kindergarten-erfahrungen (S. 101—102).	
Anhang:	
Eindrücke vom Unterricht nervöser Kinder. Von Margarete Früchte	
	102—108
Die Knaben (S. 103—106), Die Mädchen (S. 108).	
V. Grundlagen der Neurose.	108—133
Psychotherapeutische Auffassungen (S. 108), Die sozialen Grundlagen der Neurose (S. 109), Zur Frage der Erbllichkeit (S. 110), Die Entwicklungsstörung (S. 111—112), Unsicherheit, finale Tendenzen, Organminderwertigkeit, Sexualtheorie (S. 113—118),	

Über die Plastizität der Anlagen und die überindividuellen Verbindungen des Kindes mit seiner Umwelt (S. 119—122), Zur Lehre von den Erziehungsfehlern und von anderen paratypischen Schäden (S. 123—127), Von der Schwäche der Triebe (S. 128—130), Intellekt und Neurose (S. 131—132), Die Grundlagen der Neurose (S. 133).

VI. Wege zur Prophylaxe 133—141

Kinderheilkunde und Psychopathologie in ihren Einstellungen zur Prophylaxe (S. 134), Die Bedeutung des frühen Kindesalters für Therapie und Prophylaxe (S. 135—136), Organisatorische Vorschläge und die Ausbildungsfrage (S. 137—138), Das Ziel (S. 139—141).

Literaturverzeichnis 142—144

I. Einleitung

Wenn wir uns im folgenden mit dem Problem der kindlichen Neurose auseinandersetzen wollen, so wäre es eine erste Aufgabe, für eine klare Bestimmung dieses Begriffes Sorge zu tragen, d. h. die Grenzen gegenüber verwandten Zuständen, wie etwa der konstitutionellen Nervosität oder den Psychopathien, abzustecken. Es ist vorauszusehen, daß solch Versuch scheitern muß. Nach manchen Autoren bedeutet Neurose nichts als einen psychopathischen Mechanismus (Bumke, Kahn). Innerhalb der konstitutionellen Nervosität aber stehen den neuropathischen Zügen, die vor allem auf körperlichem Gebiete zutage treten, die psychopathischen Besonderheiten der Persönlichkeit gegenüber.

Wir haben im folgenden die Absicht, den Entwicklungsgedanken stärker zu betonen, als das bisher geschehen ist, und daher wird es sich empfehlen, unsere Frage nach den Grundlagen der kindlichen Neurose nicht von vorne herein mit einer festen Marschroute zu belasten, selbst auf die Gefahr hin, uns gelegentlich in Gebiete zu verirren, die bisher von der klinischen Systematik psychopathischen Zuständen anderer Art vorbehalten blieben. Solche Übergriffe werden naturgemäß um so weniger zu vermeiden sein, mit je früheren Altersstufen wir uns zu beschäftigen haben, denn es ist anzunehmen, daß der Undifferenziertheit frühkindlichen Seelenlebens auch eine Undifferenziertheit krankhafter oder abnormer seelischer Äußerungen entsprechen wird.

Aber auch jenseits dieser Lebensperiode werden solche Grenzüberschreitungen unvermeidbar sein. Wenn wir z. B. bei Jaspers lesen, daß die hysterische Persönlichkeit sich durch das Bedürfnis, vor sich und anderen mehr zu erscheinen als sie ist, mehr zu erleben als sie erlebensfähig ist, charakterisiert, so zeigt es sich, daß solche Definition auch auf nicht wenige Kinder, die wir als „neurotisch“ zu bezeichnen pflegen, zutrifft, selbst wenn man noch die Labilität und Unausgeglichenheit des Gefühlslebens, die Phantasie, die Unwahrhaftigkeit, den Eigensinn und Egoismus (Bumke) einbezieht.

Ebenso wie hier wird es uns bei einer Reihe anderer psychopathischer Konstitutionen gehen, insbesondere jenen, die, wie die Sensitiven, die Zwangskranken, die Haltlosen, die Hypochonder, die Sexualpsychopathen und manche Autisten eine scheinbar nicht nur äußerliche, sondern durch Anlage oder Entwicklungsgang bedingte innere Verwandtschaft zu den Neurosen haben.

Unsere Arbeit ist mithin zunächst eine rein deskriptive. Wir gehen bewußt der Frage aus dem Wege, ob das, was wir beschreiben wollen, zur konstitutionellen Nervosität, zu den Neurosen oder zu psychopathischen Zuständen anderer Art gehört, ja wir kümmern uns sogar zunächst nicht um das Problem von Anlage und Umwelt. Wir folgen vielmehr den Spuren erlebter Wirklichkeit, um so eine Darstellung des Entwicklungsganges von Kindern jener ver-

schiedenen Gruppen zu erhalten. Aus mannigfachen Gründen, die später darzulegen sein werden, kann dieser Versuch nur einen Anfang bedeuten. Spätere Untersuchungen werden vielleicht ergeben, daß eine wissenschaftliche Systematisierung auf Grund der Verlaufsform zu brauchbareren Ergebnissen führen wird als jene nach den Zustandsbildern.

Eine Abgrenzung im Sinne einer klinischen Diagnostik ist aber auch deshalb nicht leicht, weil die Übergänge zu den als „normal“ geltenden seelischen Äußerungen des Kindes uns ebenfalls beschäftigen werden. Der in seiner äußeren Form gleichartige Affektausbruch wird in der einen Situation als noch „normal“, in einer anderen aber als „schon pathologisch“ zu gelten haben, er wird uns bei einem Kleinkind vielleicht nicht als besonders auffallend erscheinen, während er wenige Jahre später durchaus anders beurteilt werden muß. Ähnliches ließe sich von einer recht erheblichen Anzahl neurotischer Äußerungen sagen, so z. B. von der Onanie, den Stereotypien, der Konzentrations- und Willensschwäche und von manch anderen Zeichen.

Es ist für die Auffassung der Psychopathie von grundlegender Bedeutung, daß eine Abgrenzung dem sogenannten „Normalzustand“ gegenüber eine im Wesen der Sache begründete Unmöglichkeit darstellt. Daraus erwachsen uns aber neue Schwierigkeiten. Bei unseren Untersuchungen werden wir nämlich die Fühlung mit der Kinderpsychologie nicht aus dem Auge lassen dürfen, die ihrerseits aber ständig Gefahr läuft, die Grenzen der Norm zu überschreiten und sich auf pathologisches Gebiet zu verirren. Wenn z. B. bei Günther Stern im Alter von 2,9 mehrfach Zustände von Pavor nocturnus und im Alter von 3,8 sogar Somnambulismus beobachtet wurde, so darf wohl mit Recht in Zweifel gezogen werden, ob die bei diesem Kinde in jener Lebensphase angestellten Beobachtungen wirklich den Gang einer regelrechten seelischen Entwicklung wiedergeben. Ähnliche Bedenken drängen sich auch sonst beim Studium der einschlägigen Literatur auf und wir verweisen auf unsere späteren Ausführungen über diesen Gegenstand*). Die normalpsychologischen Feststellungen aber sollten uns die Norm liefern, nach der wir krankhafte seelische Vorgänge zu beurteilen vermögen.

Indem wir aber bei unseren Untersuchungen uns auf das Gebiet der Normalpsychologie und Normalpädagogik begeben, verlassen wir die Domäne ärztlichen Denkens und Handelns und wir bewegen uns auf einem Gebiet, das in den Arbeitsbereich des Erziehers gehört. Schließlich sind es sogar Fragen der Weltanschauung, denen wir hier begegnen und es besteht die Gefahr, daß auch die wissenschaftliche Analyse der beobachteten Phänomene eine unsachliche, von höchst persönlichen Motiven bestimmte, Beleuchtung erfährt. Wir hielten es auch für verfehlt, irgendeine Lehrmeinung auf diesem Gebiete nur deshalb abzulehnen, weil sie der eigenen Stellungnahme weltanschaulichen Fragen gegenüber zuwiderläuft.

Und damit kommen wir zu einer Feststellung, die den folgenden Untersuchungen die Richtung gab. Das Gebiet, mit dem wir uns beschäftigen wollen, leidet daran, daß es zu einem Tummelplatz ausschweifender Hypothesen wurde. Gewiß, auch wir können uns nicht mit der nüchternen Wiedergabe unserer Beobachtungen begnügen, werden vielmehr ebenfalls gewisse Schlußfolge-

*) s. S. 27—29.

rungen ziehen müssen, die mehr oder minder hypothetischer Natur sind. Aber das, was unseren Ausführungen eine feste Grundlage geben und sie von anderen Darstellungen des gleichen Gegenstandes auszeichnen soll, ist der solide Grundstock eines großen Beobachtungsmaterials. Weder stützen wir uns auf irreführende Angaben Erwachsener über ihre längst entschwundene Kindheit, noch auf Unterhaltungen und Gespräche mit Kindern und Eltern im Rahmen einer kurzen Sprechstunde. Wir stützen uns auch nicht auf unbeglaubigte Mitteilungen der Erzieher, die nur selten imstande sind, die Dinge unvoreingenommen zu sehen. Wir haben vielmehr viele Jahre hindurch mit unseren Schutzbefohlenen gemeinsam gelebt, haben sie in allen Phasen ihres Alltagsdaseins beobachtet und haben auch jederzeit die engste Fühlungnahme mit dem Elternhaus aufrecht zu halten gesucht. Zahlreiche Mißverständnisse, die sich in dem einschlägigen Schrifttum finden, sind darauf zurückzuführen, daß der Verfasser das Kind, von dem er berichtet, nur recht oberflächlich kennen lernte. Besonders trifft das leider auf manche von kinderärztlicher oder psychiatrischer Seite gelieferte Beiträge zu. Aber auch die psychoanalytische Forschung sieht die Probleme oft allzusehr von der sicheren Warte des Schreibtisches aus an, während die Individualpsychologen weit eher dem wesentlichen Gesichtspunkt jeder methodischen Arbeit auf diesem Gebiete gerecht zu werden versuchen.

Wir nehmen grundsätzlich den Standpunkt ein, daß eine Betrachtung, die nicht die gesamte Persönlichkeit des Kindes in ihren Bereich zieht, niemals dem Wesen der Zustände, mit denen wir uns beschäftigen wollen, gerecht zu werden vermag. Es handelt sich somit für uns zum allerwenigsten darum, die psychopathischen Reaktionen als solche zu beschreiben und ihnen eine irgendwie geartete Deutung zu geben, sondern wir bemühen uns, das neurotische Kind aus der Fülle seiner Lebensäußerungen zu verstehen. So wird uns alles, was mit dem Kinde zusammenhängt, bedeutungsvoll. Eine gute und sorgfältig aufgenommene Vorgeschichte, die sich unter anderem auch auf die Kindheit der Eltern erstrecken sollte, gibt die Grundlage. Dann aber richtet sich unser Interesse auf die Gesamtheit der spontanen und reaktiven Äußerungen, mögen diese nun bei der Arbeit oder beim Spiel, bei den banalen Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens oder im Verkehr mit Gefährten, Erziehern, Eltern zutage treten. Aus solchen mannigfaltigen Beobachtungen ergibt sich uns dann ein Bild, das Einblicke in die seelische Struktur des Kindes vermittelt.

Nicht weniger wichtig aber ist uns das Ergebnis der körperlichen Untersuchung. Jegliche Unterschätzung dieser Seite des Problems müßte zu verhängnisvollen Fehldeutungen führen. Letzten Endes ist Neurose und Psychopathie in der Körperlichkeit verankert. Das zeigt sich beim Kinde ganz besonders deutlich durch die vielseitigen Beziehungen der „neuropathischen Diathese“ zum exsudativen, lymphatischen, vasomotorischen, dystrophischen und spasmophilen Zeichenkreis, ferner durch die auch im Kindesalter bedeutungsvollen, wenn auch noch unerforschten, Zusammenhänge zwischen „Körperbau und Charakter“. Wer also das Problem der Neurose behandelt, der sollte sich darüber klar sein, daß die psychischen Verhaltensweisen nur eine Seite des gesamten Fragenkomplexes berühren, dessen Problematik auf diesem Wege allein überhaupt nicht voll erschöpft werden kann.

Es ist also eine fast unendliche Fülle von Gesichtspunkten, mit denen wir uns auseinanderzusetzen hätten. Da es uns aber nicht darauf ankommt, das Gebiet der Neurosen lehrbuchmäßig zu behandeln, legen wir uns im folgenden Beschränkung auf und befassen uns ausschließlich mit einer Reihe von Fragen, zu deren Klarstellung wir auf Grund besonderer Erfahrung beitragen zu können glauben.

II. Das „Symptom“ als Dokument der Entwicklungshemmung

Die Schwierigkeiten einer wissenschaftlichen Umgrenzung des Begriffes der Neurose stehen in einem ganz auffallenden Gegensatz zu dem einigermaßen klaren Bilde, das sich der ärztliche Praktiker von der Artung des nervösen Kindes macht und das sogar dem Laien geläufig zu sein pflegt. Wir gehen daher auch zunächst von diesem primitiven Standpunkt klinischer Empirie aus und stellen einen, dem täglichen Leben entnommenen, Fall dar, der keinerlei Besonderheiten bietet und der in dieser oder ähnlicher Form zum Inventar der üblichen Sprechstundenarbeit des Arztes gehört.

Wir haben einen 7 Jahre alten Knaben vor uns, der wegen seiner Unruhe, die man auch als Zappelerei bezeichnen kann, zur Begutachtung vorgeführt wird. Ohne daß eine eigentliche Erkrankung vorläge, sei das Kind appetitlos, jede Mahlzeit wäre für den Patienten sowie für seine Umgebung eine Qual und es käme nicht selten bei dieser Gelegenheit auch zu Erbrechen. Nebenbei erfahren wir, daß der Junge am Finger lutscht und daß er onaniert. Die Sprache habe sich auffallend spät entwickelt und sie sei noch lange undeutlicher gewesen als das bei anderen Kindern der Fall zu sein pflegt. Die Mutter erzählt, daß ihr Sohn recht schwer zu behandeln ist. Gelegentlich wird er zornig, er wirft sich auf den Boden, schlägt sich selber und alle, die ihm in den Weg kommen, besonders die Mutter. Er ist ganz und gar unselbständig, kann zwar dies oder jenes ohne fremde Hilfe leisten, läßt sich aber meist bedienen. Mit Kameraden verträgt er sich schlecht. In den Kindergarten ist er nur unter Protest gegangen und auch jetzt findet er noch nicht den rechten Spielkontakt. Ausdauerndere Beschäftigung mit ein und demselben Gegenstande liegt dem Kinde nicht, wie überhaupt die plan- und ziellose motorische Betätigung seiner Wesensart noch am ehesten zusagt.

Sehr im Widerspruch zu diesem Verhalten steht die von jeher beobachtete einseitige und manchmal geradezu überraschende geistige Regsamkeit. Das Interesse ist vorwiegend technischen Dingen zugewandt, die Marken der verschiedenen Automobile werden z. B. zutreffend und viel schneller als das den meisten Erwachsenen möglich wäre, diagnostiziert, aber auch sonst hört man in Fragen des täglichen Lebens von dem Kinde Urteile, die auf eine bemerkenswerte Verarbeitung der Erlebnisse schließen lassen, und die eine erstaunliche Anhäufung von Wissensstoff verraten. Wie die Mutter mit aller Bestimmtheit versichert, hat sie in Erkenntnis der Schädlichkeit solch geistiger Frühreife alles zu vermeiden gesucht, was dem Geist des Kindes neue und unerwünschte Nahrung zuführen konnte.

Eine oberflächliche Prüfung nach irgendeinem Schema ergibt tatsächlich, daß die intellektuellen Leistungen des Siebenjährigen denen eines neun Jahre

alten Kindes entsprechen. Kombinationsgabe, Urteilsfähigkeit und logisches Denken sind sogar so vorzüglich, daß der Gedanke an ein „Wunderkind“ naheliegt. Wenn trotzdem die Schulleistungen nur grade ein knappes Mitkommen ermöglichen, so müssen wohl gewisse grundlegende Funktionen, die eine systematische Arbeit erfordert, nicht oder nur unvollständig zur Ausbildung gekommen sein, es scheint so als entsprächen die Vorbedingungen für eine nutzbringende Verwertung der Intelligenz dieser selbst in keiner Weise. Insbesondere dürfte das gelten für die Fähigkeit, sich zu konzentrieren, weiterhin für den Bestand an zielgerichteten Willenskomponenten und schließlich für die Begriffe von Aufgabe, Pflicht, Forderung, die bei einem Knaben diesen Alters schon vorauszusetzen wären.

Der hier wiedergegebene Bericht ist ein Schulbeispiel und er kann als Repräsentant einer großen Gruppe genommen werden. Höchst bemerkenswert ist es, in welcher schablonenhaften, typisierten und zum Schema gewordenen Bahnen sich viele solcher Fälle präsentieren. Hier, wo es sich doch scheinbar vorwiegend um seelische Abläufe handelt, herrscht eine, selbst bei körperlichen Leiden ungewöhnliche, Gleichartigkeit des Verlaufes und der Zeichen und es ist daher eine billige Kunst, durch zutreffende Angaben über Entwicklungsgang und Wesensart zu verblüffen, selbst wenn man das betreffende Kind nie gesehen und nie von den Erziehern Näheres über seine Eigenarten erfahren hat.

Wir werden im folgenden den Beweis zu liefern versuchen, daß bei diesem Kinde die harmonische Entwicklung der Persönlichkeit Schaden gelitten hat, und zwar dadurch, daß sich der natürliche Reifungsprozeß auf den verschiedensten Gebieten verzögerte, während auf anderen sogar eine Beschleunigung des Entwicklungstempos nachweisbar ist.

Eine solche Annahme liegt scheinbar außerordentlich nahe. Wie die Erfahrung lehrt, wissen oft die Erzieher auf Grund ihrer eigenen Wahrnehmungen davon oder es gelingt doch leicht, sie von diesem Tatbestande zu überzeugen, wenn man ihren Blick von der einseitigen Beurteilung der intellektuellen Leistungen auf das Wesentliche lenkt.

Unter den psychiatrischen Klinikern ist es besonders Kräpelin, der bei den Hysterischen, Nervösen, Impulsiven, Zwangskranken, Erregbaren und Haltlosen diesem Gesichtspunkte Rechnung trägt und der die Bedeutung einer umschriebenen seelischen Entwicklungsstörung für das Verständnis vieler psychopathischer Persönlichkeiten hervorhebt. In einer Arbeit über „Die Erscheinungsformen des Irreseins“ legt er dar, daß zahlreiche Äußerungen jener Krankheitszustände in vorgebildeten Einrichtungen des menschlichen Organismus begründet sind, und er betont die Wichtigkeit dieses Gesichtspunktes für ein tieferes Verständnis abnormer psychischer Äußerungen.

Das hier vorliegende Tatsachenmaterial ist von Storch zusammengestellt und kritisch verarbeitet worden. Der Autor äußert sich dahin, daß sich nach seiner Meinung „ein tieferes Verständnis psychischer Krankheitsbilder überhaupt nur auf dem Wege eines Einblickes in den genetischen Aufbau derselben erreichen läßt, und daß trotz der Hindernisse, die sich heute noch einem derartigen Einblick entgegenstellen — und die besonders in unserem geringen Wissen über den Stufenbau der psychobiologischen Entwicklung begründet sind — auch im gegenwärtigen Zeitpunkt schon die Möglichkeit besteht, den

von Kräpelin gezeichneten Umriß im Sinne seiner Anregungen mit konkretem Tatsachenmaterial auszufüllen“.

Das von Storch für die Psychopathien und die Neurosen zusammengetragene Material ist nicht besonders reichhaltig. Es umfaßt vor allem jene schon erwähnten Feststellungen Kräpelins, weiterhin die Lehre Kretschmers von den hypobulischen und hyponoischen Mechanismen, die in der hysterischen Reaktion zutage treten und phylo- und ontogenetisch vorgebildeten Verhaltensweisen entsprechen, schließlich, in gedrängter Zusammenfassung, den von seiten der psychoanalytischen Schule vertretenen Standpunkt.

„Bei jedem unserer Kranken können wir“ — so lesen wir in den Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse — „sehen, daß er sich in seinen Krankheits-symptomen und durch die Folgerungen aus ihnen in eine gewisse Periode seiner Vergangenheit zurückversetzt hat. In der Überzahl der Fälle hat er sogar eine sehr frühe Lebensphase dazu gewählt, eine Zeit seiner Kindheit, ja so lächerlich es klingen mag, selbst seine Säuglingsexistenz“ (Freud).

Sehr ausführlich behandelt v. Hattingberg „die Neurose als Entwicklungsstörung der Persönlichkeit“. Nach diesem Autor ist jener Teil der psychoanalytischen Lehre noch zu einem guten Teil Programm, vor allem weil die Erforschung der Ichentwicklung erst in den Anfängen steht. Die Neurose wird als Ausdruck einer Regression verständlich gemacht, einer rückläufigen Bewegung auf frühere Entwicklungsstufen, die primitive und kindliche Mechanismen, wie das Unbewußte und den Autoerotismus, wieder aufleben läßt. Die unbewußten Vorgänge sind unvollkommene Vorstufen der bewußten, sie stellen den seelischen Urzusammenhang wieder her, der schon das Kind in der Wiege mit der Mutter verbindet. Die „via regia“ zum Unbewußten aber ist der Traum, dessen Ausdrucksweise eine archaische oder regressive sei. Die Rückwärtsbewegung oder Regression kann sich entweder auf die Bindung an bestimmte Personen erstrecken oder auf die Fixierung an bestimmte typische Phasen der Entwicklung. Das größte Beispiel für die psychologische Bedeutung der lustvollen Bindung nach rückwärts ist die an die Eltern und so ist die kindliche Neurose zunächst Reaktion auf Kontaktstörungen mit diesen, Störung des natürlichen Ablösungsprozesses. Äußere Enttäuschungen werden dem Neurotiker zum Anlaß, sich auf kindliche Befriedigungsmöglichkeiten zurückzuziehen, indem er Bindungen an die Liebesobjekte seiner Kinderjahre hervorholt oder eine Periode seiner Kindheit mit ihrer vergessenen Lust phantastisch wieder belebt. Die Rückkehr auf eine frühere Entwicklungsstufe wird durch die Regression auf den „Kurzschluß der Phantasie“, den Autismus und die infantile Sexualität gekennzeichnet. Als eine Eigentümlichkeit des primitiven Seelenlebens erweckt sie ferner die alte Übermacht des Ich.

Auch der Individualpsychologie liegen ähnliche Gedankengänge nicht fern, wenn sie auch weniger klar hervorgehoben werden. Das Gefühl der Minderwertigkeit soll zu den ersten Erlebnissen des Kindes gehören, das Fehlen oder die Mangelhaftigkeit des Anschlusses an die Gemeinschaft bedeutet mit anderen Worten ein Übergewicht des Ich, wie es frühkindlicher Einstellung normalerweise entspricht, und Sicherung und Geltungsstreben sind die primitivsten Schutzmaßnahmen jeder Kreatur, insbesondere des Menschen.

Die Kinderärzte haben sich dagegen mit den hier vorliegenden Fragen noch kaum beschäftigt. Immerhin liegen Mitteilungen von Jamin vor, in

denen gewisse Störungen der Präpubertät auf einen psychischen Infantilismus bezogen werden und kürzlich hat Bretschneider die Geschichte eines „ewigen Säuglings“ mitgeteilt.

Wenn wir nun endlich auf unser Paradigma zurückkommen, so erübrigt sich für einen Teil der Eigenarten jenes Kindes jeder weitere Deutungsversuch. Wer unselbständige Kinder je gesehen und beobachtet hat, der wird nicht daran zweifeln, welche Tendenz solchem Verhalten zugrunde liegt. Meist ist es ja so, daß die Fähigkeit, sich ohne besondere Hilfe zurechtzufinden, vorhanden ist, daß aber hiervon kein Gebrauch gemacht wird, weil damit Vorteile verloren gingen, die das Kind in früheren Lebensperioden besaß. Ob bei den Mahlzeiten Löffel für Löffel dem Kinde gereicht werden muß, ob die schwierige Prozedur des Zuknöpfens der Kleidung der Mutter überlassen bleibt, oder ob die Stuhl- und Urinentleerung ihrer Fürsorge anheimgegeben wird — immer liegt in solchem Verhalten das Bestreben, den Erwachsenen dienstbar zu machen, wie einst zu der Zeit, als der Säugling noch der ihm zukommenden Pflege teilhaftig wurde. So ist es auch nicht weiter merkwürdig, wenn andere Gebräuche jener Lebensperiode sich bei Kindern dieser Gruppe oder bei verwandten Typen erhalten. Der vor etwa 20 Jahren von seiten der Kinderärzte aus Gründen der Hygiene geführte Kampf gegen den „Sauger“ hat zu einem, meiner Erfahrung nach, außerordentlichen Erfolg geführt. Aus der Kinderstube der wohlhabenderen Bevölkerung, die sich der Beratung eines Facharztes erfreuen durfte, ist dieser primitive Behelf so gut wie ganz verschwunden.

Leider scheint damit bei älteren Kindern ein anderes, schwer zu beseitigendes Übel häufiger geworden zu sein, nämlich das Lutschen am Finger, oder andere Angewohnheiten, die als Ersatz hierfür auftreten. Die aus der Säuglingszeit stammende Gewohnheit hat sich fixiert, und zwar sind es gerade die nervösen Kinder, die von dem einmal Angenommenen nicht loskommen können. Auch hier liegt also offenbar ein Haftenbleiben an einer frühinfantilen Verhaltensweise vor.

Von dieser scheinbar überaus harmlosen Eigenart ist es nur ein Schritt zu anderen Stereotypen. Stier hat seine Erfahrungen über das gewohnheitsmäßige nächtliche Kopfschütteln mitgeteilt. Der Zustand beginnt nach den Wahrnehmungen dieses Autors meist im ersten Lebensjahre, oft schon in den ersten Wochen. Er tritt auf, wenn die Kinder müde sind und wenn sie sich unbeobachtet glauben, meist aber nur beim Einschlafen oder im tiefen Schlaf. Bei der Hälfte seiner Fälle bestand Bettnässen, bei anderen Tics, Daumenlutschen, Nägelkauen. Es handelte sich um Kinder aus belasteten Familien mit mehr oder minder ausgesprochenen Wesenseigentümlichkeiten.

Zweifellos liegen, was auch Stier annimmt, diesen rhythmischen Bewegungen phylogenetisch alte, vorwiegend subkortikal geleitete Funktionsweisen zugrunde, wie sie auch in den hypobulischen Mechanismen Kretschmers zum Vorschein kommen. Der hier vorliegende Rückfall in frühere Stufen der Entwicklung ist unverkennbar.

Fall 1. R. B., ♀, 6½ J. Einziges Kind. Als Säugling kräftig. Rachitis. Strophulus. Seit einem Jahre in ungünstigem Allgemeinzustande. Leicht erhöhte Temperaturen, Tuberkulinreaktion +. Verdacht auf Bronchialdrüsentuberkulose. Wäre appetitlos, erbräche häufig. Sei ängstlich. Nächtliches Kopfschütteln

seit dem ersten Lebensjahr, besonders beim Einschlafen. Teilt das Schlafzimmer mit den Eltern, wurde verwöhnt.

Es handelt sich um ein altkluges Kind, das sich an jeden Erwachsenen herannähert, das aber mit Altersgenossen nicht zu spielen versteht. R. separiert sich gerne und führt dann wiegende und von sinnlosem Gesang begleitete monotone Bewegungen aus. Bei Tisch und auch sonst sucht sie durch „Faxen“ die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, wie sie überhaupt das Streben hat, sich irgendwie hervorzutun.

Nachts stundenlang anhaltendes Hin- und Herwiegen des Rumpfes und des Kopfes, oft begleitet von lautem Singen. Auch am Tage bei Bettruhe, wenn das Kind wach ist und sich unbeobachtet glaubt, die gleichen stereotypen Bewegungen. Onaniert.

Nahe Beziehungen verbinden die Angewohnheiten mit dem Tic. Homburger weist mit aller Deutlichkeit darauf hin, daß es sich hier nur um eine Frage des Grades mit der Möglichkeit des Überganges handelt. Er betont, daß der Entstehungsmechanismus des Tic zur kindlichen Psyche und zur überlang verbleibenden Kindlichkeit besonders enge Beziehungen hat, daß er in einer gewissen Art von Hilflosigkeit wurzelt, daß im Kampf zwischen dieser und dem Drang nach Sicherung die negative Seite des kindlichen Wesens und die Unzulänglichkeit der eigenen Kräfte fühlbar wird und daß solche Menschen reifeunfähig seien. Da es sich oft um intellektuell regsame, begabte und aufgeweckte Kinder handelt, könnten wir mit Recht von einer seelischen Disharmonie sprechen, von einer Unstimmigkeit zwischen dem intellektuellen Reifeprozess und der Entwicklungshemmung der Persönlichkeit. Bemerkenswert ist sein Hinweis, daß auch beim funktionellen Tic ein Ablauf in subkortikalen Apparaten vermutet werden kann.

Diese Auffassung ordnet sich ganz unserem leitenden Gesichtspunkte unter. Sie wird umso einleuchtender, wenn wir einen Blick auf die Lebensschicksale solcher Kinder werfen.

Fall 2: K. M., ♂, 13 J. alt. Einziges Kind. War als Kleinkind sehr eigensinnig. Er habe vor allem Angst gehabt, sei noch lange unselbständig gewesen, habe unruhig geschlafen und hätte sich mit anderen Kindern nicht vertragen. Das Fingerlutschen sei ihm nur schwer abzugewöhnen gewesen. Er habe an Ekzemen gelitten. Auch heute sei er noch sehr kindlich. Er geht nicht allein ins Bett, will nur in einem Zimmer neben den Eltern schlafen, küßt und liebkost die Mutter in übertriebener Weise und verlangt von ihr, daß sie aus dem Fenster sieht, wenn er zur Schule geht. Er hänge überhaupt sehr an der Mutter und habe die Neigung, sie zu tyrannisieren. Er sei eifersüchtig.

Der Tic besteht in sehr ausgesprochenen, sich in rhythmischer Folge wiederholenden Zuckungen im Bereiche des Gesichtes, er sei vor drei Jahren aufgetreten, verschiedentlich behandelt worden, trete aber immer wieder in die Erscheinung.

Die Eltern legen dem Zustande große Bedeutung bei. Sie konsultieren einen Arzt nach dem anderen und die Mutter wirft dem Vater den Tic des Jungen vor, weil er selber früher als Kind an einem solchen gelitten habe. Die Ehe ist unharmonisch. Die Mutter betrachtet den Sohn als Liebesobjekt, wenn sie auch nicht selten diesen Beziehungen in Form von Schlägen Ausdruck verleiht. K. nützt das aus, indem er die Mutter in seinen Dienst stellt.

Unsere Beobachtung ergibt, daß der Junge zwar gewisse äußere Formen hat, daß aber von irgendeiner inneren Haltung keine Rede ist. Er ist mutlos und feige, sondert sich von den Altersgenossen ab, gönnt ihnen ihre Spiele nicht und ist unverträglich. Er sucht den Verkehr mit jüngeren Kindern, denen er durch Albernheiten imponieren will. Bei den Erwachsenen — insbesondere den Eltern — bittet er um Schutz, wenn etwas nicht nach seinem Wunsch geht.

Körperlich gut entwickelt. Kryptorchismus.

Fall 3. K. H., ♂, 13 J. alt. Mittleres Kind hinter einem 18 Jahre alten Bruder und vor einer 12 Jahre alten Schwester.

Als Säugling gute Entwicklung. Später bis zum 8. Lebensjahre außerordentliche Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme. Wurde von der Mutter geohrfeigt, wenn er nicht richtig aß. Sie stopfte das Essen in ihn hinein, und die Nahrung wurde immer durch ein Sieb gestrichen. Häufiges Erbrechen aus Eigensinn.

Jederzeit sehr verwöhnt. Die Mutter liebt ihn „ganz unsagbar“. H. quittiert das durch unerhörte Frechheit ihr gegenüber. Der Vater, der sich um die Erziehung nicht kümmert, steht auf dem Standpunkt, daß Schulwissen unnötig sei, und daher war von systematischem Lernen bisher auch keine Rede. Die Ehe der Eltern ist durch und durch morsch.

Der Tic, der seit dem 10. Lebensjahre besteht, äußert sich in einem Aufreißen des Mundes, bei dem gleichzeitig die Zunge herausgestreckt wird. Zeitweilig wird diese Bewegungsfolge durch ein Zurückwerfen des Kopfes abgelöst. Das Wesen des Jungen ist entschieden das eines viel jüngeren Kindes. Er ist in fremder Umgebung leicht zu lenken, ist gutmütig, offenherzig und scheinbar anhänglich. Von wilden Knabenspielen drückt er sich gerne, bastelt lieber herum, besitzt aber auch hierin keine besondere Ausdauer. Mit Kleineren gibt er sich gerne ab und bemuttert sie.

Bei überdurchschnittlicher Begabung besteht den Schulanforderungen gegenüber ein ganz auffälliger Mangel an Beharrungsvermögen und an Konzentrationsfähigkeit. Irgendwelches Verständnis für den Begriff der Pflicht und für den Ernst der Arbeit fehlt.

Körperlich zart, untergewichtig, jünger aussehend als er ist, keine Andeutung sekundärer Geschlechtscharaktere, Reflexsteigerungen, Fac. Phän. pos.

Es kam uns darauf an zu zeigen, wie bei diesen Kindern schon in den ersten Lebensjahren die Entwicklungsstörung bemerkbar wird, die später den Boden für den Tic abgibt.

Wir wenden uns wieder der Analyse unseres Schulfalles zu und beschäftigen uns zunächst mit jener Störung, die dem Arzte in der Kinderpraxis wohl am häufigsten zur Begutachtung und Behandlung vorliegt. Wir haben aber nicht die Absicht den ganzen Komplex von Fragen, der sich auf die Appetitlosigkeit bezieht, aufzurollen, sondern beschränken uns auf einige Typen, deren Wesen unserem leitenden Gedanken besonders entspricht.

Zunächst handelt es sich da um Kinder, die von der flüssigen Nahrung nicht loskommen, und die jede konsistente Kost verweigern. Ein exzessiver Fall dieser Art ist von Goett beschrieben worden. Andere kauen übertrieben lang, sie schieben den zu einer trockenen Masse zermahlenen Bissen von einer Backentasche in die andere, können sich aber nicht dazu entschließen, ihn herunterzuschlucken. Goett hat mit Recht darauf hingewiesen, daß der von Hochsinger geprägte Ausdruck „Kaufaulheit“ nicht glücklich ist, sondern daß hier eine psychogen bedingte Unfähigkeit, zu schlucken vorliegt. Offenbar haften auch diese Kinder, ebenso wie jene der ersten Gruppe, an einer für den Säugling physiologischen Art der Nahrungsaufnahme.

Fall 4. G. B., ♀, 4½ J. alt. Jetzt einziges Kind, da Schwester vor 1 Jahre gestorben. Seit dem 2. Jahre eigensinnig, tyrannisiert die Mutter, will stets ihren Kopf durchsetzen. Sonst schüchtern, gehemmt, geht nicht aus sich heraus. Im Alter von etwa 2 Jahren zweimal Anfälle (respiratorische Affektkrämpfe?). Unselbständig. Will nicht allein schlafen. Verlangt zur Mutter ins Bett. Will dem Vater, der die Tochter sehr liebt, keinen Kuß geben, fürchtet ihn. Elterliche Ehe durch Hemmungslosigkeit des Mannes zerrüttet.

Bekommt auch heute noch ausschließlich flüssige Nahrung, trinkt noch aus der Flasche. Jeder Versuch, das Kind zum Herunterschlucken fester Nahrung zu bewegen, scheitert.

Gewöhnt sich nach Umgebungswechsel sofort an konsistente Speisen. Im übrigen keine Spur von Auflehnung. Schüchtern, allzu fügsam, liebebedürftig, ohne Selbstvertrauen.

Körperlich zart, untergewichtig, lebhaft Reflexe. Fac. Phän. +.

Fall 5. W. H., ♂, 4½ J. Einziges Kind. Kommt wegen Verdachts auf Bauchdrüsentuberkulose. Wurde sehr verwöhnt. Macht den Eindruck eines viel jüngeren Kindes. Ist eigensinnig und äußerst unselbständig. Trotzdem er schon ganz reinlich war, wird nach der Aufnahme längere Zeit hindurch sporadisches Bettnässen und Einnässen der Kleider beobachtet. Simuliert Bauchschmerzen. Kann erbrechen wann er will. Ist beim Essen wählerisch. Kaut endlos, schluckt aber nicht herunter. Nägelkauen.

Körperlich zart. Tbc. Reaktion +. Stets leicht erhöhte Temperaturen. Drüenschwellungen im Abdomen. Kryptorchismus. Vermutlich keine Mesenterialdrüsentuberkulose.

Wir sind der Meinung, daß viele, wenn nicht sogar die meisten, Zustände, die wir fälschlich als „Appetitlosigkeit“ zu bezeichnen pflegen, auf Entwicklungsstörungen des Schluckaktes beruhen. Ganz besonders häufig sind diese naturgemäß bei jüngeren Kindern. Es gibt aber auch Anomalien des Kauens, die scheinbar bisher noch nicht beschrieben wurden und die vermutlich darauf zurückzuführen sind, daß diese Funktion sich mangelhaft ausbildete. Es handelt sich darum, daß solche Kinder den Gebrauch der Backenzähne sehr spät erlernen und daß sie sich zum Zermahlen der Nahrung fast ausschließlich der vorderen Partien des Gebisses bedienen.

Fall 6. J. L., ♀, 5½ J. Älteres Kind von zwei Geschwistern, schon als Säugling unruhig. Erbrach häufig. Wutanfälle. Konnte wegen ihrer Unruhe nicht mit anderen Kindern zusammengebracht werden. „Nervöse Zuckungen.“ Stellte sich einmal blind. Interessiert für Sexuelles, zeichnet Männer mit Geschlechtsteilen Kratzt an der Haut herum. Schlaf unruhig, spricht. Früher reinlich, dann wieder Rückfall in die Enuresis, der bis zum 3. Jahr dauerte.

J. ist exaltiert, sie bricht bei allen möglichen Gelegenheiten in unsinniges Weinen oder Schreien oder in übertriebenes Lachen aus, ist unberechenbar und stimmungslabil. Tut vieles nur, um ihre Umgebung zu ärgern oder aus Trotz. Will eine Rolle spielen. Streitsüchtig, haut die Kameraden, zerstört ihnen das Spiel. Gelegentlich auch bessere Zeiten, ist dann anhänglich und hilfsbereit. Pavorähnliche Zustände. Schlafreden. Wacht nachts häufig auf. Kratzt an der Haut herum (Onanieäquivalent). Der Appetit ist nicht schlecht, das Kind kaut aber ausschließlich mit den Vorderzähnen, so daß der Speisebrei immer zwischen den Lippen zu sehen ist.

Die Mutter war ein „Wunderkind“, leidet seit der Pubertät an nervösen Zuckungen, die auch heute noch deutlich sind.

Körperlich ohne besonderen Befund.

Die beschriebenen Störungen der Nahrungsaufnahme fügen sich — wie aus den Krankengeschichten hervorgeht — dem Gesamtbild der kindlichen Persönlichkeit ein. Sie bleiben völlig unverständlich, wenn man sie als Einzelphänomene hinnimmt, ohne zu berücksichtigen, daß sie nur eine Teilerscheinung der Entwicklungshemmung darstellen, die sich stets nach mannigfaltiger Richtung hin aufs Deutlichste im Wesen des Kindes ausprägt.

Bei einem der Fälle begegnete uns schon eine Form des Erbrechens, die zu den alltäglichen Reaktionen des nervösen Kindes gehört und die sich dadurch charakterisiert, daß dem Brechakt die einleitende Nausea, das anhaltende Würgen und Pressen, auch ein länger dauerndes und nennenswertes

Übelkeitsgefühl fehlt. Das ist der Typus, wie er uns vom habituellen Erbrechen des Säuglings her geläufig ist (Kleinschmidt). Auch nach Tobler ist die Häufigkeit und Leichtigkeit, mit der sich der Brechakt beim Säugling vollzieht, gegenüber der übrigen Kindheit erhöht und es kann sich der Magen fast unvermerkt seines Inhaltes in einem einzigen Ruck entleeren, ohne daß schon kurz darauf die Munterkeit des Kindes beeinträchtigt wäre. Jedem Kinderarzte sind solche „Brechvirtuosen“ jenseits des Säuglingsalters bekannt. Glücklicherweise machen sie im allgemeinen nur von Fall zu Fall von ihrem „Können“ Gebrauch, es kommt aber auch vor, daß ein habitueller, sich über Jahre erstreckender Zustand daraus wird.

Fall 7. M. T., ♂, 5½ J. Jüngstes Kind. Die beiden älteren Geschwister groß, kräftig. Nahm als Säugling schlecht zu. Seit dem 9. Monat appetitlos, erbrach fast alles, was man ihm gab. Mit kurzen, nur einige Wochen dauernden, Pausen hält dieser Zustand bis jetzt an. Bricht auch schon beim bloßen Gedanken an das Essen. Bietet man ihm nach erfolgtem Erbrechen die Mahlzeit noch einmal an, so behält er sie fast stets. Ist sehr zärtlich, will, daß man ihm schön tut, spielt nur allein, da andere Kinder seine „ernsten Spiele“ nicht verstehen, ist leicht zu leiten, wenn man auf seine Ideen eingeht, wird nur gelegentlich, besonders wenn das Erbrechen sich häuft, zornig und erregt.

Nach der Aufnahme hört das Erbrechen sofort auf. Später kommt es noch einige Male vor — bei Aufregungen. Dann verschwindet es ganz. Es erfolgt leicht, fast spielerisch, so daß man versucht ist, an Willkür zu denken. Wird M. beim Essen genötigt, so erbricht er sicher. Der Appetit ist mäßig. Flüssige und halbflüssige Speisen werden vorgezogen. Milch wird in großen Mengen ohne Schwierigkeiten getrunken.

Das Kind ist von bestrickender Liebenswürdigkeit. Sein Geltungsstreben ist nicht zu verkennen. Will den großen Mann spielen, im Mittelpunkt stehen und das allgemeine Interesse auf sich ziehen. Anfangs Wutanfälle wie ein ganz kleines Kind. Stets eigensinnig. Überaus interessiert.

Wird — als Jüngster — von der Mutter sehr verwöhnt, ja man kann sagen, daß sie in ihn verliebt ist. Zentrum des Familienlebens ist der Zustand des Kindes.

In der väterlichen Familie Fälle von Geisteskrankheit. Die Mutter hatte während der Pubertät Anfälle, vermutlich hysterischen Charakters. Großmutter mütterlicherseits leidet an „nervösem“ Tic.

Körperlich zart, untergewichtig, hypoplastisch (— 7 cm).

Auch in diesem Falle ist das habituelle Erbrechen nur als Teilerscheinung einer viel tiefer greifenden Störung zu verstehen und zu würdigen. Beziehungen zu den Entwicklungshemmungen des Schluckaktes sind, wie aus dem Bericht hervorgeht, deutlich.

Daß solche „Brebereitschaft“ manchmal nicht ganz harmlos ist, wird durch die folgende Beobachtung erwiesen. Ähnlich wie der Affektsturm des Kleinkindes in einen universellen Krampf übergehen kann, sehen wir hier den lebensbedrohenden Zustand eines Krankheitsbildes, das dem „azetonämischen Erbrechen“ nahesteht, sich auf dem durch Jahre lange Bahnung vorbereiteten Boden entwickeln.

Fall 8. E. F., ♀, 6¾ J. alt. Ein Bruder 11 Jahre. Hatte von der ersten Lebenszeit an keinen Appetit. Erbrach auch schon als Säugling. Wurde deswegen geschlagen. Erbricht periodenweise, manchmal auch nachts, gelegentlich scheinbar willkürlich. Im Alter von 6 Jahren — vielleicht im Anschluß an einen Infekt — unstillbares Erbrechen mit schwerstem toxischem Allgemeinzustand, der zur Fehldiagnose Appendizitis und zur Operation Anlaß gibt, möglicherweise ausgelöst durch eine gerade in diese Tage fallende Reise der Eltern.

E. ist ein recht intelligentes, selbstunsicheres, eher in sich gekehrtes Kind, das sich ohne Widerspruch fügt. Als Kleinkind wäre sie eigensinnig gewesen. Sie schläft unruhig und masturbiert. Ihre Appetitlosigkeit und das Erbrechen stehen im Mittelpunkt der Familieninteressen. Wird vom Vater in Krankheitsfällen mit Geschenken überhäuft. Konkurrenzkampf mit dem Bruder.

Das Erbrechen, das nach Überwindung der schweren, akuten Attacke wieder in den früheren Formen auftritt, wird während des Aufenthaltes in der fremden Umgebung nur zweimal beobachtet, einmal davon am Tage der Aufnahme. Es trägt den üblichen frühinfantilen Charakter.

E. erweist sich auch hier als ein Kind, das sich von seinen Altersgenossen führen läßt. Weint, wenn sie sich durchsetzen will. Ist „zu gut“ erzogen.

Vater: Stimmungsmensch. Leidet an nervösem Tic. Großmutter väterlicherseits: Tic convulsiv der Schulter. Ein Bruder des Vaters Morphinist. Eltern der Mutter: Diabetes. Die Mutter selber leidet an Gallensteinen.

Körperlich ist das Kind zart, untergewichtig, aber sonst ohne Krankheitszeichen.

Wenn sich die Eltern veranlaßt sehen, ihr Kind wegen seiner „Nervosität“ ärztlicher Begutachtung zuzuführen, so geschieht das erfahrungsgemäß — besonders bei Knaben — in einem beträchtlichen Teil der Fälle der lästigen Unruhe wegen. Man klagt dann wohl darüber, daß der Patient sich keine Minute ruhig halten kann, daß er in dauernder Bewegung ist, alles, was ihm in die Quere kommt, anfaßt, daß Finger und Hände stets nervös hin- und herspielen, und daß der Gang eher ein Tänzeln und Hüpfen, als ein ruhiges Ausschreiten darstellt. Bei Spiel und Arbeit rutscht solches Kind auf dem Stuhle hin und her, baumelt bei Tisch mit den Füßen, stört die Nachbarn durch seine ewige Zappelerei, grimassiert und schneidet Fratzen. Bald ist es hier, bald dort, läßt sich von jedem momentanen Impuls bestimmen, kurz, es besteht ein Bewegungsluxus, der die normalen, schon ziemlich weit gesteckten Grenzen, beträchtlich überschreitet. Kommt dann — was aber durchaus nicht immer der Fall sein braucht — die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, sich längere Zeit einer geordneten Tätigkeit hinzugeben, hinzu, dann haben wir einen Zustand, der die Erziehung vor die schwersten Aufgaben stellt, und der schon gelegentlich zur Fehldiagnose eines leichten Schwachsinnns Anlaß gegeben hat.

Wir beschäftigen uns zuerst mit den motorischen Phänomenen und gehen dabei von den grundlegenden Untersuchungen Homburgers aus. Er unterscheidet drei Entwicklungsstadien der Motorik im Kindesalter. Die erste Phase — gekennzeichnet durch die angeborene, dem Parkinsonismus verwandte, steife Gespanntheit der Muskulatur — ist die der Hypertonie, der Rigor. Den Läufling, das Kleinkind nennen wir „täppig“ und meinen damit das Hineinlegen der körperlichen Gesamtmasse in die Einzelbewegung, die Unsicherheit der kortiko-subkortikalen Tonusverteilung, ein Bild, das uns auch vom jungen Hunde her bekannt und vertraut ist. Grazie ist dagegen die Bewegungsform jenseits des 4. Lebensjahres, sie ist unnachahmlich für den Erwachsenen und auch für das Kind, das dieses Merkmal nicht von Natur aus hat, und sie erhält ihr Gepräge durch die Flüssigkeit und Weichheit der Bewegungen und Haltungen sowie den hiermit durchaus in Einklang befindlichen Bewegungsluxus. Diese geschlossene Harmonie des motorischen Bildes erfährt in der Pubertät eine geradezu krisenhafte Veränderung. Die kindliche Grazie geht verloren, ein neuer plumper Bewegungsluxus tritt auf, die Beherrschung der Muskelgruppen versagt, vorübergehend erscheinen choreiforme Innervationsstörungen, das Gesamt der motorischen Äußerungen wird bis zur Dysrhythmie, Dysdynamik,

Dysmetrie, Ausdruckswildheit und Ungebärdigkeit entharmonisiert. Diese Veränderungen stellen in gewissem Sinne Rückschläge in eine frühere Entwicklungsperiode dar, die vermutlich auf einer Lockerung des in den Kinderjahren erworbenen Zusammenspiels kortikal-pyramidalen und extrapyramidalen Apparate beruhen.

Wir hören nun, daß es auch Fälle gäbe, die sich in umgekehrter Richtung entwickeln. „Ausgesprochen bewegungsunruhige und ungraziöse, leicht erregbare, intellektuell normale Kinder erfahren in der kritischen Phase scheinbar gar keine Änderung ihres motorischen Bildes mit Ausnahme des selbstverständlich größeren Umfanges und der dynamischen Vergrößerung ihrer Bewegungen. Es ist nichts da, was aufgelöst werden könnte.“ Man darf annehmen, daß die Unruhe des „nervösen“ Kindes, mit der wir uns beschäftigen, hierher gehört. Bei ihm bleiben die charakteristischen Pubertätsveränderungen der Motorik aus, weil innerhalb der Kindheit das harmonische Zusammenspiel kortikal-pyramidalen und extrapyramidalen Apparate nicht erworben wurde. Es erhalten sich auch auf diesem Gebiete also scheinbar Züge früherer Entwicklungsperioden und die normalerweise in den ersten Schuljahren auftretende Dämpfung des Bewegungsluxus ist hier geradezu in ihr Gegenteil verkehrt.

Bühler und Hetzer schildern die unkoordinierten Bewegungsfolgen der ersten Lebensmonate, die in buntem Durcheinander, in unnachahmbarer Zusammenstellung und in unwiederholbarer Folge auftreten. Vom neugeborenen Kinde könne man sagen, daß es wie die Protozoen in ständiger Bewegung ist, wenn es nicht schläft oder sich in gewissen Dämmerzuständen befindet. Diese impulsiven, ziel- und zwecklosen Bewegungen verschwinden in dem Grade, in dem die aufmerksame Beschäftigung mit dem eigenen Körper oder den Spieldingen zunimmt. In der Form von Zappelbewegungen und den achtlosen, spielerischen Bewegungen, die auch beim Erwachsenen vorkommen, führen sie aber weiterhin ein unscheinbares Dasein im fernerem Leben des Menschen.

Diese sonst versteckten und nur gelegentlich auftretenden motorischen Äußerungen gewinnen, wie sich zeigt, bisweilen auch beim älteren Kinde große Bedeutung.

Von manchen Seiten (Kretschmer) wird die Psychomotorik dieser Kinder als harmlose, normale Variante, als eine abgeschwächte Spielart des choreatischen Syndroms angesehen, mit welcher Auffassung ja auch Beziehungen zum striopallidären und extrapyramidalen Syndrom hergestellt wären.

Besser aber wie jede Analyse des Bewegungsablaufes zeigt uns das Gesamtbild der Persönlichkeit, wie auch hier das Symptom organisch mit dem Ganzen verbunden ist.

Fall 9. F. K., ♂, 7½ J. Älteres von zwei Kindern. Von jeher „ungeheuer unruhig“. Schon in frühester Lebenszeit wunderte man sich darüber, daß er nicht von der Wickelkommode herunterfiel. Ist wegen seiner Überlebenshaftigkeit schwer erziehbar, obwohl nicht eigensinnig. Seit einigen Jahren überraschende Fortschritte auf intellektuellem Gebiete. Behält und verarbeitet jeden ihm dargebotenen Wissensstoff, sucht in alle ihm begegnenden Probleme einzudringen, lernt allein lesen und schreiben. Wechselt zwischen Toben und ruhiger Versenkung in Tätigkeiten, die ihn geistig fesseln. In der Schule niemals Klagen über Unruhe.

Seit einem halben Jahre rezidivierende Bronchitiden von asthmatischem Charakter.

Es fällt bei F. tatsächlich eine namenlose Unruhe und Umtriebigkeit auf. Kann weder ruhig sitzen noch gehen. Faßt im Untersuchungszimmer alles an, steigt in den Papierkorb, versucht es, auf den Schreibtisch zu klettern. Dauernd schlenkern die Arme hin und her, hopst von einem Bein aufs andere, redet fast ununterbrochen unter lebhaftem, dem Gegenstand nicht angepaßtem, Mienenspiel. Ist ganz und gar unfolgsam, tut meist das Gegenteil von dem, was man von ihm verlangt, zankt und streitet mit den anderen Kindern. Ist bei ihnen unbeliebt und kann in der Gemeinschaft nicht spielen. Zerkratzt die Wände, beschmiert sie mit Farbstift — kurz, er benimmt sich in vieler Richtung wie ein ganz kleines Kind. Ist im Grund seines Wesens gutherzig, anhänglich und offen.

Seine intellektuellen Leistungen entsprechen denen eines Zwölfjährigen. Beim Unterricht ist er in allen Fächern hervorragend. Prahlte mit seinem Können, ist vorlaut. Immer arbeitshungrig, sehr aufmerksam. Unruhe tritt aber auch in den Schulstunden in die Erscheinung. Eignet sich jeden Wissensstoff in kurzer Zeit mit großer Präzision an.

Körperlich sehr groß, zart, lebhaft Reflexe, anfangs Bronchitis von vermutlich asthmatischem Charakter, mit besonders nachts auftretendem Husten und leichter Dyspnoe.

Vater: „Nasenasthma“. Onkel väterlicherseits: Heuschnupfen. Mutter: Asthma und Migräne.

Fall 10. G. P., ♂, 8.2 J. Einziges Kind. Mit 2—3 Jahren Wutanfälle, bei denen er „wegblieb“. Ähnliche Erregungszustände noch heute, seit dem 6. Jahre sogar häufiger wie früher. Legt es geradezu darauf an, daß es zu einer „Szene“ kommt. Seine Opposition ist fast zwangsmäßig. Wirft sich auf den Boden, schlägt sich selbst, beißt und haut um sich. Verlangt, bestraft zu werden, meint in ihm sei „der Teufel“, die Eltern sollten sich ein anderes Kind anschaffen, sie seien viel zu gut zu ihm, es wäre besser, wenn er tot sei. Anderen Kindern schloß G. sich nicht an, spielte immer allein mit großer Ausdauer. Wenn er eine ihn fesselnde Tätigkeit hat, brav und ruhig, sonst außerordentlich zappelig. Interessiert für technische Arbeit, hierbei bemerkenswert geschickt und ausdauernd. Spielt Klavier und Violine. Komponiert. Enormes Gedächtnis, vortreffliche Beobachtungsgabe. Sehr guter, eifriger Schüler. Einfachen, praktischen Dingen gegenüber hilflos, findet seine Bauklötze nicht, wenn sie ihm heruntergefallen sind. Unselbständig, läßt sich gerne bedienen, bequem. Stets ungemein ängstlich, weint, wenn er beim Turnen auf die Leiter steigen soll. Traut sich keine körperliche Leistung zu. Wurde spät reinlich und näßte zeitweilig immer wieder ein. Onaniert. Angst allein zu schlafen, gelegentlich auch nächtliche Angstzustände mit Todesfurcht.

Seit einiger Zeit erhöhte Temperaturen. Keine Tuberkulose.

Das häusliche Milieu ist geistig angeregt, ruhelos. Niemand hat für den Jungen Zeit. „Typische Intellektuellenehe“.

Die Beobachtung bestätigt, daß G. ein sehr unruhiges Kind ist. Bei den Mahlzeiten kann er nicht sitzen bleiben, läuft von einem Tisch zum anderen. Sein Mienenspiel ist übertrieben. Hält die Finger keinen Augenblick still. Im Bett, wenn er wach ist, fortgesetzt in lebhafter Bewegung, zieht das Deckbett auf und ab, hat am Bettgestell eine Schnur angebracht, um damit zu spielen. Auch bei uns die von den Eltern geschilderten Wutparoxysmen. Wirft sich ohne ersichtlichen Grund auf den Boden, benimmt sich dann wie ein ganz kleines Kind. Reißt einen neben ihm sitzenden Kameraden grundlos an den Haaren. Ist stolz darauf, ungezogen zu sein. Gebraucht die in der Vorgeschichte erwähnten Redensarten, „in ihm sei der Teufel“ usw. Die Erregungszustände muten theatralisch und gespielt an. Wenn sie vorüber sind, ist G. nicht schwer zu leiten, er ist anhänglich, von weicher Gemütsart, sehr liebebedürftig. Sein Geltungsstreben ist unverkennbar. Um die anderen Kinder kümmert er sich kaum. Im Unterricht faßt er klar und scharf auf, denkt selbständig und durchaus logisch. Von einer, der motorischen Unruhe entsprechenden, Aufmerksamkeitsstörung ist keine Rede. Intelligenzalter 10,2 Jahre. Auch bei technischen Basteleien ist G. sehr geschickt und von überdurchschnittlicher Ausdauer.

Der Habitus des Kindes erinnert durch Körperfülle und Fettverteilung an den Typus der Dystrophia adiposogenitalis. Es besteht bds. Kryptorchismus. Sonst o. B.

Mutter: „Herzneurose“. Bruder der Mutter: Ähnlicher körperlicher Typus wie der Junge. Großmutter mütterlicherseits: Diabetes. Vater: Angstzustände.

In diesen beiden bewegungsunruhigen Kindern, die als charakteristische Vertreter eines, in gemäßigeren Formen häufigen Typus zu gelten haben, liegen zwei sehr verschiedene Entwicklungsrichtungen der Persönlichkeit hart und unvermittelt nebeneinander. Auf der einen Seite Pflichtbewußtsein, Gründlichkeit, zielgerichtetes Streben, intellektuelle Reife und eine gewisse, dem Alter entsprechende Naivität, auf der anderen Reste längst überwundener Lebensperioden, unbändiger Eigensinn, Trotz, hemmungslose Affektausbrüche, Zerstörungslust, mangelndes soziales Kontaktstreben, endlich eine motorische Unruhe und Unbeherrschtheit, die sich ungezwungen, ja fast selbstverständlich diesem Bilde einfügt. Kombiniert sich mit diesen oder mit wesensverwandten Zügen ein erheblicherer Grad von Konzentrationschwäche, dann zerfließen auch die positiven Seiten der Persönlichkeit und es bleibt jener haltlose, manchmal recht liebenswürdige und gutartige, aber ganz und gar lebensuntüchtige Typus, der den Erzieher vor die schwersten Aufgaben stellt und dessen Förderung ein großer Anteil neuzeitlicher pädagogischer Arbeit gewidmet ist.

Eine Berechtigung, diese Aufmerksamkeitsstörungen dem Symptombild frühinfantiler Verhaltensweisen einzugliedern, geben uns normalpsychologische Feststellungen, aus denen hervorgeht, daß bei Zwei- bis Vierjährigen die Ablenkbarkeit dreimal so groß ist wie bei Vier- bis Sechsjährigen, und daß z. B. beim 2 Jahre alten Kind die Ablenkungen wichtiger sind als das Spiel selbst. Ähnliche Befunde lassen sich in Hinsicht der Ausdauer erheben. „Das Kind des 2. Halbjahres kann bereits $\frac{1}{4}$ Stunde bei dem ihm angemessenen Bewegungsspiel stetig verharren, das 1—3jährige 25 Minuteu bei dem ihm angemessenen Bauspiel, das 3—6jährige dann schon 1—1 $\frac{1}{2}$ Stunden bei der ihm angemessenen Beschäftigung des Sortierspiels“ (Bühler).

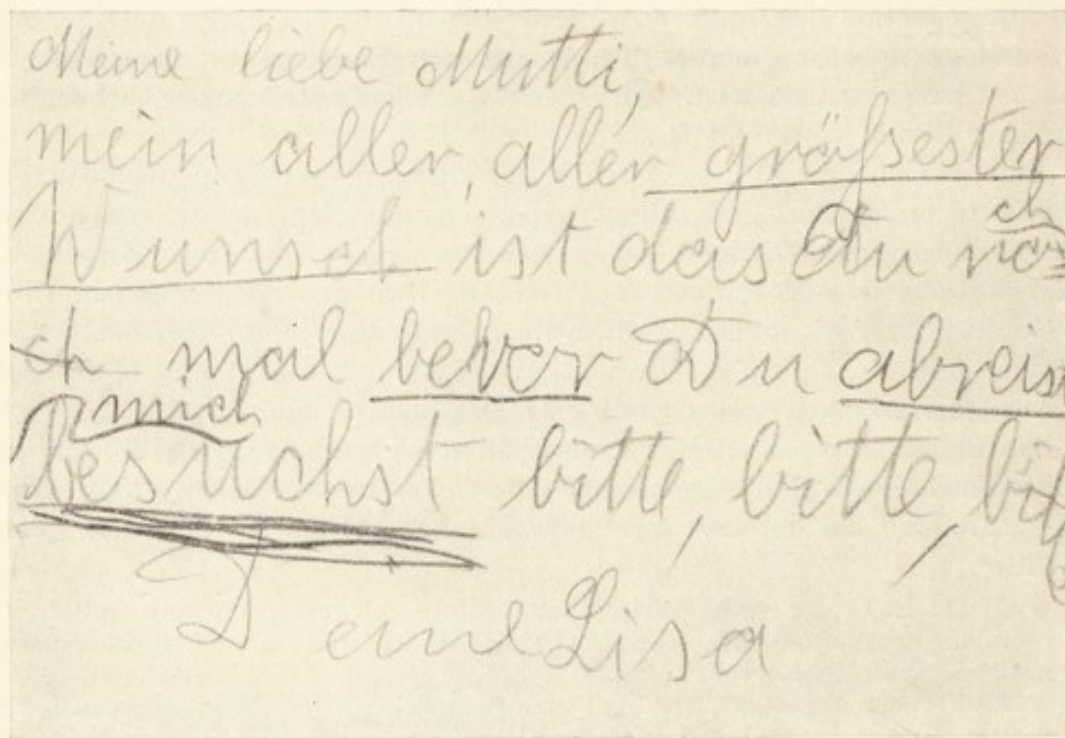
Fall 11. P. G., ♂, 10 J. Zweites Kind, ältere Schwester 12, jüngere 9 Jahre, außerdem ein Bruder von 4 Jahren. Die beiden Mädchen litten auch vorübergehend an nervösen Erscheinungen.

P. ist körperlich gesund, nur blaß und klagt gelegentlich über „rheumatische“ Schmerzen. In den ersten Jahren ging es in der Schule ganz gut. Seit der Aufnahme ins Gymnasium werden seine Leistungen allmählich schlechter und jetzt kommt er nicht mehr mit. Die Eltern stehen vor der Frage eines Wechsels der Schulgattung.

P. ist ein nachdenkliches, verträumtes, sehr intelligentes Kind. Er beteiligt sich ungern an den Spielen der Altersgenossen, fühlt sich ihnen unterlegen, sondert sich ab, geht seine eigenen Wege und bevorzugt den Verkehr mit jüngeren oder schwächeren Kindern. Diesen sucht er durch „Faxen“ zu imponieren, während er gleichaltrigen gegenüber den Schutz der Erwachsenen in Anspruch nimmt. Die großen Jungen nennen ihn „Paula“. Er ist vorlaut und geschwätzig. Seine Unruhe ist so erheblich, daß achtgegeben werden muß, daß er bei seinen hastigen Bewegungen die Nachbarn nicht mit Messer oder Gabel verletzt. In seiner überstürzten Art zerreißt er beim An- und Ausziehen die Kleider, zerpupft die Bettwäsche und dreht die Knöpfe ab. Er ist unordentlich und vergeßlich, hat keine Ausdauer, auch nicht für die Arbeit im Garten, die ihm anfangs noch am meisten zusagte. Beim Unterricht ist er flüchtig, nicht bei der Sache, läßt sich durch alles ablenken, ohne Ausdauer und ernsteres Streben. Schwierigkeiten geht er aus dem Wege. Mit den Hausaufgaben wird er nicht allein fertig oder er vergißt sie ganz. Er selbst

kann — wie er meint — nie etwas dafür, wenn er versagt. Von den Lehrern wird er gequält, von den Kameraden nicht verstanden und den Schwestern gegenüber benachteiligt.

Wir müssen jetzt noch einmal kurz auf einige motorische Äußerungen zurückkommen, die — so auffallend sie sind — von ärztlicher Seite noch kaum beachtet wurden. Es ist ohne weiteres vorauszusetzen, daß sich in der Schrift, als der Fixation der Ausdrucksbewegungen, der Bewegungstypus des Kindes wiederfinden muß. M. Becker hat bei nervösen Kindern und bei Psychopathen solche graphologischen Untersuchungen vorgenommen. Sie stellt fest, daß die Schrift nicht selten auf Grund der unregelmäßigen Bewegungsfolge einen wilden, zerfahrenen Eindruck erweckt. Dieser wird durch die wechselnde Höhe der Kurzformen, die ungleichen Abstände der Buchstaben und Buchstabenteile und den Richtungswechsel hervorgerufen. Die Rhythmusschwankungen übersteigen das normale Maß. Hierzu kommt die Neigung, sich zu verschreiben, das Zitterige der Linienführung und die Ataxie.



Schriftbild eines 14,6 Jahre alten Mädchens mit Enuresis.

Lernete erst mit 3 Jahren sprechen. War als Kleinkind verschlossen, fand keinen Kontakt zu den Altersgenossen. Wurde nicht reinlich. Näßt auch heute noch fast regelmäßig das Bett ein. Macht körperlich den Eindruck eines viel jüngeren Kindes. Steht der Enuresis gleichgültig gegenüber. In ihrem Wesen überaus kindlich, dabei liebenswürdig, sehr leicht zu lenken, gemütsweich. Die Schulleistungen sind — trotz leidlicher Begabung — schlecht, weil jeder Begriff für pflichtmäßig fordernde Arbeit und lebendiges Interesse fehlen.

Dieses Schriftbild, das die innere und äußere Unruhe des Kindes aufs Deutlichste widerspiegelt, ist den Erziehern wohl bekannt und höchst unerwünscht. Die Beziehungen zu den Kritzeleien drei- bis fünfjähriger Kinder, die von Becker studiert wurden, sind kaum zu verkennen, wenn auch der Verfasserin diese Zusammenhänge nicht deutlich geworden sind.

Auf dem Gebiet der Stimme und Sprache ist zunächst ein Phänomen zu erwähnen, das sich nicht leicht beschreiben läßt und zu dessen Darstellung die phonographische Wiedergabe nötig wäre. Wer aber einmal darauf geachtet hat, dem wird es jedes Mal wieder als überaus eindrucksvoll erscheinen.

Wir denken an Klangfarbe, Rhythmus und Ausdrucksgehalt des Schreiens und Weinens nervöser Kinder im Alter von 4—5 Jahren. Monotonie und Ausdrucksmangel erinnern an den Säugling der ersten Lebenszeit. Bevorzugt werden Laute, die unseren Vokalen nahestehen und die auch in Kombinationen wie uä-uä oder öa auftreten (Bühler, Stern). Eine dem Alter entsprechende Differenzierung des Gefühlsinhaltes fehlt vollkommen. Um zu wissen, was gemeint ist, muß man gelegentlich einer „akustischen Täuschung“ zum Opfer gefallen sein, bei der man das Schreiweinen solcher Kleinkinder mit dem eines Säuglings verwechselte.

Schließlich sind uns auf dem Gebiete der sprachlichen Entwicklung nervöser Kinder Störungen aufgefallen, die in ihrer Häufung kaum als zufällige Befunde hingenommen werden können. Wir sehen dabei zunächst vom Stottern ab, obwohl auch dieses seiner Frequenz nach Beachtung verdienen würde, beschäftigen uns vielmehr nur mit der verspäteten Sprachentwicklung, die gleichfalls oft vorkommt, dem Stammeln und dem sogenannten Agrammatismus.

Bei Mädchen hören wir selten davon, dagegen erfahren wir, daß über 15% der Knaben spät, manche erst im 3. Lebensjahr, zu sprechen begannen und daß bei einer Reihe von ihnen die Sprache weiterhin noch lange unvollkommen geblieben ist. Zum Teil hatten die Kinder, als wir sie kennen lernten, schon diese Schwierigkeiten überwunden, andere aber beobachteten wir noch auf der Höhe der Störung. Es stellte sich dabei heraus, daß dem verspäteten Erwerb der Sprache oft ein überlanges Haften an frühinfantilen sprachlichen Eigenarten folgt, daß manche Laute nicht gebildet, sondern durch leichter aussprechbare ersetzt werden, daß Wortverstümmelungen vorkommen und daß auch Wortstellung und Wortbeugung nicht altersgemäß ausgebildet sind.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß wir es hier ebenfalls mit Entwicklungsstörungen zu tun haben. Nadoleczny faßt die Hörstummheit als eine Entwicklungshemmung der Sprache sonst normaler oder annähernd normaler Kinder auf. Da der Beginn des selbständigen Sprechens auch unter regelrechten Verhältnissen sich ziemlich lange hinausziehen kann, nimmt man vor dem dritten Jahre noch verspätete Sprachentwicklung an. Diese Bezeichnung träfe also für unsere Fälle zu. Das Stammeln wird von dem gleichen Autor als Entwicklungshemmung auf dem Gebiet der motorisch-kinästhetischen Sphäre angesehen, und zwar wird bei dieser Störung das physiologische Stammeln lange nicht überwunden. Akataphasie und Agrammatismus — also die Form- und Aufbaustörungen der Rede — sollen u. a. darauf zurückzuführen sein, daß auch die Satzentwicklung Zeiten des Stillstandes durchmacht und daß sie daher einmal länger hinter dem Durchschnittsstande des jeweiligen Alters zurückbleiben kann.

Auch das Stottern scheint nach neueren Angaben Nadolecznys Beziehungen zu den Störungen der Sprachentwicklung zu besitzen. „Schwer und langsam sprechen gelernt hat fast die Hälfte der männlichen und fast ein Drittel der weiblichen stotternden Kleinkinder, gegenüber einem Viertel

bis einem Fünftel bei Sprachgesunden. Noch gestammelt hat neben dem Stottern über ein Drittel der Kinder, nämlich fast die Hälfte der Mädchen und ein Drittel der Knaben. Es scheint also, daß eine gewisse Erschwerung der Sprachentwicklung den Boden für das Stottern bereitet“ (Nadoleszny).

In allerletzter Zeit hat sich A. Adler mit der Frage der verspäteten Sprachentwicklung beschäftigt. Er erzählt von einem Knaben, der erst mit drei Jahren richtig sprechen gelernt hat: „Das beweist, daß er das Sprechen nicht sehr notwendig gehabt hat. Wenn er es notwendig gehabt hätte, so hätte er schon früher gesprochen. Man hat alle seine Wünsche erfüllt, alles für ihn getan, ohne daß er hätte sprechen müssen. Das ist auch bei Hörstummen der Fall. Solche Kinder sind meist außerordentlich verzärtelt und haben das Sprechen nicht notwendig. Die Mütter bemerken oft mit Stolz, daß sie immer wissen, was das Kind will. Solche Kinder wünschen immer, daß man sie ohne Sprechen verstehe und sich immer mit ihnen beschäftige. Wenn ein solches Kind nicht spricht und die verzärtelnde Person die Fleißaufgabe, die ihr vom Kinde zugeteilt wird, immer ausführt, dann können wir schon verstehen, wie man zu einer Hörstummheit kommt. Wir wissen auch, daß Kinder alle ihre Funktionen entsprechend ihrer Umgebung formen und regulieren können.“ Wenn man diese Ausführungen liest, dann fragt man sich, warum eigentlich die spätere Sprachentwicklung bei einem Teil unserer Patienten eine abnorme gewesen ist. Wenn sie sich schon einmal dazu entschlossen, ihr Schweigen aufzugeben, so hätte es doch auch gleich in den üblichen Formen geschehen können. Die Individualpsychologie wird um eine Antwort nicht verlegen sein, auch wir pflichten aber der von Adler geäußerten Meinung darin bei, daß äußere Momente beim Zustandekommen der verschiedenen Störungen der Sprachentwicklung eine bedeutungsvolle Rolle spielen. Anders läßt sich der grade auf diesem Gebiete meist so sinnfällige Einfluß des Umgebungswechsels nicht verstehen.

Daß sich auch hier das Symptom dem gesamten Aufbau der Persönlichkeit organisch einfügt, möge durch die folgende Beobachtung erläutert werden.

Fall 12. H. B., ♂, 4,2 J., ältere Schwester 6 Jahre. Bis zu einer Erkrankung an Ruhr, die er mit 18 Monaten durchmachte, gut entwickelt. Seitdem hat er oft mit dem Darm zu tun, nahm kaum mehr zu. Lernte erst sehr spät sprechen und spricht auch jetzt noch außerordentlich undeutlich. Mit drei Jahren Anfälle, die vermutlich als „respiratorische Affektkrämpfe“ aufzufassen sind. Auch gelegentlich eines Ätherrausches ein krampfartiger Zustand. Überaus eigensinnig, tut das Gegenteil von dem, was man von ihm verlangt. Ist ganz unselbständig, tyrannisiert die Mutter, will nur von ihr auf den Topf gesetzt werden, hält sonst den Stuhlgang absichtlich zurück. Zu Hause ist er unruhig, zittert am ganzen Körper, wenn er sich aufregt, speichelt viel. Mit anderen Kindern mag er nicht spielen, spielt allein und meist das Gleiche, ist ängstlich, fürchtet sich vor dem Weihnachtsmann und vor Tieren, wurde erst mit drei Jahren bettrein und onaniert. Auf die Schwester ist er eifersüchtig.

H. ist tatsächlich, wie die Beobachtung ergibt, ein schwer zu leitendes Kind. Er ist völlig unselbständig, kann weder den Löffel zum Munde führen, noch einen Knopf zumachen. Er verläßt sich ganz auf die Hilfe der Erwachsenen, klammert sich krampfhaft an die Pflegepersonen, will verwöhnt werden und mit niemandem die Zuwendung teilen. Ist eigensinnig, mal übertrieben fröhlich, dann wieder unzugänglich, heult grundlos und versucht es, durch passiven Widerstand seinen Willen durchzusetzen. Am liebsten spielt er mit zweijährigen Kindern, die anderen werden, wenn er in ihnen Konkurrenten wittert, gepufft und geschlagen, sonst aber ist er

feige und mutlos und geht an alles zaghaft heran. Sein Gang ist eigenartig steif, häufig — besonders bei Aufregungen und bei Forderungen, die man an ihn stellt — feinschlägiges Zittern im Bereich des Rumpfes und der oberen Extremitäten, das an gewisse motorische Eigenarten des Säuglings erinnert. Auch bei uns übermäßiger Speichelfluß. Das Gehaben des Kindes läßt an Debilität denken. Im Laufe der Zeit mehrmals Einnässen des Bettes.

Die Sprache ist fast unverständlich. Alles kommt verwaschen und unklar heraus. Eine Reihe von Konsonanten, wie l, k, p, w, kann nicht ausgesprochen werden. Sagt statt: „Blume“, „Brume“, statt „kaput“, „badut“, statt „bitte“, „bille“. Der Wortschatz ist gering, die Satzstellung mangelhaft: „Wa is für Tul?“ („Was ist das für ein Stuhl?“). Lispelt.

Körperlich o. B. Eine organische Grundlage für den Tremor fehlt.

Die Mutter leidet an einer Neurose.

Im Laufe von vier Monaten verändert sich das Gesamtbild wesentlich. Eigensinn tritt nur noch selten auf; hat sich der Gemeinschaft eingefügt, ist sogar bei den anderen Kindern besonders beliebt. Freut sich über seine Selbständigkeit und hilft den kleineren gerne. Ist mutiger und selbstbewußter geworden. Will sich gerne hervortun. Die Sprachstörung ist erheblich gebessert, das Stammeln fast verschwunden. Speichelfluß und Tremor treten nicht mehr in die Erscheinung. Wahrnehmbar ist noch das Bestreben, im Mittelpunkt zu stehen, eine gewisse Ungleichmäßigkeit der Stimmung, die Neigung, sich an die Erwachsenen zu hängen und „kleines Kind“ zu spielen, sowie die Tendenz sich der Disziplin zu entziehen.

Wenn wir nunmehr als Abschluß unserer Symptomanalysen auf die Störungen der Miktion zu sprechen kommen, dann muß zunächst hervorgehoben werden, daß wir im folgenden weder Schwachsinnige noch Verwahrloste berücksichtigen; daß wir ebensowenig an organisch Kranke denken, sondern daß unser Deutungsversuch sich allein auf die hier zur Diskussion stehende Gruppe von Kindern bezieht.

Neben der Bedeutung, welche die Enuresis für das Gemeinschaftsleben besitzt, wurde das Interesse für dieses Leiden immer wieder durch die Schwierigkeit, es mit bestimmten körperlich oder charakterologisch gekennzeichneten Typen in Zusammenhang zu bringen, und durch die unberechenbare Launenhaftigkeit seiner Äußerungen gefesselt. Hätte man sich daran erinnert, daß Verhaltensweisen, die sich an der Oberfläche abspielen, wie Trotz und Hemmungslosigkeit, Gehemmtheit und Angst, Indolenz und Trägheit nur verschiedene Manifestationen einer ähnlichen seelischen Grundhaltung sein können, dann würde man von Typeneinteilungen abgesehen haben.

Die ebenfalls von Pototzky vorgeschlagene Rubrizierung in eine nervös-übererregbare und in eine psychopathische Gruppe ist deshalb nicht durchzuführen, weil sich, wie Zappert mit Recht hervorhebt, die beiden Zeichenkreise teilweise decken können.

Auch die Differenzierung der Fälle nach der Art ihres Verlaufes, der Chronizität, der Besserungsfähigkeit, dem Sporadischen der Manifestationen (Homburger) befriedigt nicht ganz, wenn sie auch lehrt, daß die Enuresis sich nicht anders verhält wie manch andere Äußerung der sogenannten Nervosität, die in der Pubertät verschwindet, sich schon vorher bessert oder überhaupt nur gelegentlich vorhanden ist. Daß dieses Verhalten beim Bettnässen besonders auffiel, erklärt sich leicht durch die Sinnfälligkeit gerade dieses Zeichens.

Wer an zahlreichen Kindern den Vorgang des Reinlichwerdens von Woche zu Woche beobachtete, der wird wahrgenommen haben, daß dieser Prozeß nicht immer in einem Zuge zum Abschluß kommt, sondern daß man mit ganz un-

erwarteten Rückschlägen zu rechnen hat und daß diese auch bei älteren Kindern von Zeit zu Zeit vorkommen, besonders wenn sie dem Typus, mit dem wir uns beschäftigen, zugehören. Wer dann auf diesem Gebiete größere Erfahrung gewonnen hat, der wird zugeben müssen, daß diese Rückfälle oft nur scheinbar etwas Willkürliches haben, daß sie in dem An- und Abschwellen anderer nervöser Äußerungen ihr Gegenstück besitzen und daß ihnen eine, allerdings oft nur vermutungsweise zu entziffernde, seelische Strebung entspricht. Es ist hier, ebenso wie auf anderen Gebieten, nicht unberechtigt, von einer „Organsprache“ zu reden, die sich in ihrer Primitivität dem Einfühlungsvermögen des Erwachsenen entzieht. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß solchen Rückschlägen so gut wie stets ein seelischer Inhalt zugrundelag. Konnten wir ihn deuten, dann war damit auch der störende Zwischenfall abgetan.

Fall 13. J. B., ♂, 4½ J. Eine Schwester von 6 Jahren. Hat sich als Säugling gut entwickelt, ist aber seit dem 2. Jahre recht schwächlich und oft erkältet. Der Junge ist an einen Verkehr mit anderen Kindern kaum gewöhnt, er ist sehr unselbständig, klammert sich an die Mutter, ist anschniegender und zärtlich. Will es nicht leiden, daß seine Mutter die Schwester oder den Vater küßt. Seine Art ist heiter, aber eher mädchenhaft und weich. Er teilt das Schlafzimmer mit den Eltern, macht — trotz seiner sonstigen Fügsamkeit — beim Essen Schwierigkeiten und lutscht am Finger. J. ist spät reinlich geworden, beschmutzte noch bis zum 3. Lebensjahr am Tage die Hosen, während nachts Einnässen oder Einkoten schon mit 1½ Jahren unterblieb. Seit 18 Monaten ist er vollkommen sauber, doch kommt es allmonatlich etwa einmal vor, daß der Stuhl am Tage in die Hosen entleert wird.

Dieses Kind wird von der Mutter in ein Kinderheim gebracht, dessen Pflegebedingungen selbst hohen Ansprüchen genügen. Während des fast vierwöchentlichen Aufenthaltes dort erfolgt ein schwerer Rückfall in die Enuresis und Enkoprosis. Fast allnächtlich wird der Urin und manchmal auch der Stuhlgang ins Bett entleert und auch bei Tage ist J. unreinlich. Die Leitung des Heimes sieht sich daher genötigt, die Eltern darum zu ersuchen, den Knaben abzuholen. Alle Versuche, durch sorgfältige Pflege der Störung Herr zu werden, schlagen fehl.

Daraufhin wird J. uns übergeben. Innerhalb von 2½ Monaten nur einmal Einkoten und einmal Einnässen der Hosen, sonst vollkommen reinlich, besonders auch nachts. Das Wesen des Kindes, das sich schon im Kinderheim sehr zu seinem Vorteil verändert hatte, bietet keine besonders auffallenden Züge. J. möchte gern eine Rolle spielen, er ist ehrgeizig, sehr selbständig und gutmütig.

Körperlich o. B., zart.

Die Mutter gibt an, mit 10 oder 11 Jahren das Bett eingenäßt zu haben.

Soweit eine Aufklärung der psychologischen Zusammenhänge gelang, schien es als wäre die Periode schlimmer Unreinlichkeit im Kinderheim eine Reaktion darauf, daß J. dort mit mehreren älteren Knaben das Zimmer teilen mußte. Diese hätten ihn, als den Kleinsten, geschlagen und gehänselt, und zwar um so mehr, je länger sie unter seinem Benehmen zu leiden hatten. Die „Organsprache“ wurde in diesem Falle „verstanden“ und damit war das Übel beseitigt.

Obwohl die folgende Beobachtung möglicherweise durch einen organisch zerebralen Schaden kompliziert ist, mag sie an dieser Stelle doch kurz umrissen werden, weil man aus ihr lernen kann, welche hohe therapeutische Bedeutung unsere Bemühungen, die Organsprache des Kindes zu verstehen, haben können.

Fall 14. J. St., ♀, 4½ J. Älteres Kind von zwei Geschwistern. Als Säugling Milchschorf. Von jeher unruhig, mußte früher im Bett angeschnallt werden, weil sie sonst herausfiel. Schläft schlecht, liegt oft stundenlang wach. Ist scheu, unzu-

gänglich, spielt nicht mit anderen Kindern, wird ohne jeden Anlaß sehr zornig und ist dann kaum zu bändigen. Die Verstandesentwicklung eilt dem Alter und dem sonstigen Verhalten des Kindes voraus.

Bettrein ist J. bisher nicht geworden, Einnässen erfolgt so gut wie allnächtlich.

Unsere Beobachtungen bestätigen im großen und ganzen die Angaben der Eltern, doch schleifen sich die Eigenarten des Kindes im Laufe der Zeit bis zu einem gewissen Grade ab.

Das Bettnässen bessert sich sofort, tritt aber immerhin noch in jeder dritten Nacht auf, später erfolgt es eine Zeitlang wieder fast allnächtlich.

Das Kind, das bisher das Zimmer mit einer völlig zuverlässigen und bewährten Pflegerin teilte, wird daher zu einer anderen Schwester gelegt.

Von diesem Tage an ist J. vollkommen reinlich, und zwar für die Dauer. Es ist nach der Lage der Sache völlig ausgeschlossen, daß irgendwelche technisch-pflegerischen Unterschiede hierbei eine Rolle gespielt haben, vielmehr muß die persönliche Einstellung des Kindes zu seiner Umgebung eine irgendwie geartete Veränderung erfahren haben.

Wir glauben, daß Reaktionen wie sie z. B. bei dem 4½ Jahre alten Knaben J. B. beobachtet wurden, nur als Zurückgleiten in eine längst überwundene Lebensperiode aufgefaßt werden können und daß diese Betrachtungsart sich auch sonst für die Enuresis beim nervösen Kinde als fruchtbar erweist. Mit solcher Annahme stehen wir nicht allein da, können uns vielmehr auf eine ganze Reihe gewichtiger Kronzeugen berufen. Heubner z. B. ordnet das Leiden den evolutionären Erkrankungen und dem Infantilismus zu. Kräpelin setzt es in Analogie mit der Regelung unserer Gliederbewegungen, die auch vom Säugling zunächst planlos und ohne bestimmte Ordnung ausgeführt werden, bis sich allmählich der zielbewußte Wille ihrer bemächtigt. Motorik und Beherrschung der Harnentleerung können aber gleichermaßen in der Entwicklung zurückbleiben. Trömmner spricht von einem „Reflexinfantilismus“. Pfister denkt an verzögerte morphologische und damit auch physiologische Ausgestaltung der nervösen Apparate, und er zieht eine Parallele zwischen der Enuresis und den bei solchen Kindern oft vorkommenden Störungen der Sprache, die ebenfalls einer Entwicklungshemmung zur Last gelegt werden. Hintze spricht von „verlängertem Infantilismus“. Er vergleicht die Stufenfolge der Reinlichkeitsgewöhnung beim Säugling mit der Enkoprosis, der Enuresis diurna und der Enuresis nocturna beim älteren Kinde. Cimbali nimmt Bezug auf die Verspätung der seelischen Reifeprozesse und auch Hamburger sieht in manchen Fällen ein Entgleisen des Kindes in frühinfantile Phasen, ist aber der Überzeugung, daß das Bettnässen als Symptom keine Verallgemeinerung seiner Herkunft gestattet. Daß nach psychoanalytischer Auffassung eine Regression in frühe Kindheitsstadien vorliegt, bedarf kaum der Erwähnung.

Die vorgetragene Auffassung gewinnt an lebendigem Ausdruck, wenn man auch hier das Symptom den Gesamtausprägungen der Persönlichkeit an die Seite gestellt sieht.

Fall 15. H. S., ♂, 11.5 J. H. ist einziges Kind aus der zweiten Ehe des Vaters. Aus der ersten Ehe stammt ein 24- und ein 25-jähriger Sohn. Einer von diesen litt als Kind ebenfalls an Bettnässen.

H. habe sich körperlich gut entwickelt, er sei nur immer appetitlos und mager gewesen. Er wäre nie bettrein geworden, entleere so gut wie jede Nacht

Urin ins Bett, gelegentlich kämen nur Pausen von 1—2 Tagen vor. Er sei sehr verwöhnt worden und zwar von einem älteren Kindermädchen, das ihn oft zu sich ins Bett genommen habe, aber auch von den Eltern, zu denen er gewöhnlich morgens ins Bett komme, und neben denen er auch zeitweilig schlafe, weil er Angst hat. Als kleines Kind wäre er spät eingeschlafen und habe an Pavor nocturnus gelitten. Jetzt sei der Schlaf sehr fest, doch träume er viel und spräche auch viel aus dem Schlaf. In der Schule solle es zuerst ganz gut gegangen sein, doch sei es jetzt mit der Freude am Lernen vorbei und die Leistungen wären schlecht.

H. ist ein ganz gut begabter, lebhafter und übermütiger Junge. Es fehlt ihm aber an Zucht und Energie. Er ist gleichgültig und schlaff. Mit anderen Kindern kann er nicht spielen, wird roh und brutal, so daß diese sich von ihm zurückziehen. Er hat keine Ausdauer, drückt sich von der Arbeit wo er kann und nutzt kleine körperliche Störungen zu diesem Zwecke aus. Traut sich nichts zu, ist feige, läßt sich bei allem helfen und stellt die Umgebung in seinen Dienst. Wegen seiner Uninteressiertheit und seiner Unaufmerksamkeit ist es für den Lehrer eine Qual, mit ihm zu arbeiten.

Wenige Tage nach seiner Aufnahme reißt er „zum Spaß“ aus, und läuft zu den etwa 2 Stunden entfernt wohnenden Eltern, die ihn bald wieder zurückbringen.

Das Bettnässen bessert sich im Laufe des Aufenthaltes wesentlich. H. ist in 61 Nächten 40mal trocken.

Er ist groß, mager, von asthenischem Habitus. Reflexsteigerungen. Fac. Phän. pos. Kryptorchismus.

Fall 16. M. W., ♀, 11½ J. Ältere Schwester 14 Jahre. Als sie 2—3 Jahre alt war, wurde die elterliche Ehe geschieden. Die Kinder blieben bei der Mutter, die nach 1—2 Jahren wieder heiratete. Diese zweite Ehe dauerte 5 Jahre, dann verschwand der Stiefvater, der ein Sonderling war. Im Laufe dieser Zeit erlebte M. alle Erschütterungen einer zerrütteten Ehe.

Als Säugling habe sie sich gut entwickelt. Später war sie sehr lebhaft, ja nicht zu bändigen und ungezogen. Die Erzieherinnen hätten es nicht bei ihr ausgehalten. Schon als kleines Kind log sie gerne, mit 8 Jahren nahm sie Geld fort, um sich Eiswaffeln zu kaufen und es kamen auch später kleine Diebereien vor. Deswegen, aber auch sonst, wurde sie von der Mutter geschlagen. Diese hat zu dem Kinde keine echten inneren Beziehungen, sie bevorzugt die ältere, sehr selbstsichere Schwester, die ihrerseits M. von oben herab behandelt und sie nicht aufkommen läßt. M. ist das Aschenbrödel der Familie.

Das Kind ist nie reinlich geworden. Noch mit 6 Jahren entleerte sie den Stuhl in die Hosen und näßt auch jetzt nachts noch ziemlich regelmäßig ein. Früher kam es auch vor, daß sie Kot verschmierte.

Die Schulleistungen sind gut, doch ist M. vorlaut und unruhig.

Mit 9 Jahren erlebte sie eine sehr aufregende nächtliche Szene, als der Stiefvater, der seine Frau damals schon verlassen hatte, in die Wohnung einzudringen versuchte. Ein Jahr später erschrak sie einmal heftig, als man irrtümlicherweise Einbrecher in der Wohnung vermutete.

Seit dieser Zeit leidet das Kind unter Angstzuständen. Sie kann nicht mehr allein durch ein dunkles Zimmer gehen, kann nicht allein schlafen, wacht nachts oft auf, träumt, daß sie von einem Mann geraubt wird, und klagt über Kopf- und Leibschmerzen.

Vor einigen Wochen plötzlich Erstickungsanfälle, Geruchshalluzinationen, Abasie, Astasie, krampfähnliche Zustände in den Armen, Polydipsie und Polyurie. Diese Erscheinungen, die als hysterische angesehen wurden, sollen durch ein harmloses Mißgeschick, das dem Kinde bei Beschäftigung mit dem Radioapparat zustieß, ausgelöst worden sein. Sie verschwanden auf den Umgebungswechsel, und es blieben nur noch die Angstzustände, die Störungen des Schlafes und die hypochondrischen Vorstellungen zurück.

M. ist ein Kind, das eine gewisse Gewandtheit besitzt und das die äußeren Lebensformen beherrscht, das aber in seiner inneren Haltung noch ganz unreif ist. Sie ist von oberflächlicher Gutmütigkeit und auch anhänglich, aber nach jeder Richtung hin ohne tieferen Ernst, fahrig, unruhig, unordentlich und auch unsauber.

An die Erwachsenen macht sie sich heran, will sich bemerkbar machen, ist aufdringlich, mischt sich in alles herein, stellt immer wieder die gleichen Fragen. Erzieherischer Beeinflussung entzieht sie sich. Zu den Altersgenossinnen findet sie nicht das richtige Verhältnis, wechselt launenhaft mit ihren Zu- und Abneigungen und bringt gerne Unruhe unter die anderen Kinder.

M. ist sehr gut begabt, aber im Unterricht unaufmerksam, oberflächlich und daher in ihren Leistungen ungleichmäßig.

Das Bettnässen tritt in den ersten Monaten noch gelegentlich auf, dann verschwindet es, ebenso die Angstzustände und die Störungen des Schlafes.

Körperlich o. B.

Großvater väterlicherseits haltloser Psychopath.

Ebenso wie die Enuresis darf die Polakisurie als ein Symptom angesehen werden, das seine Grundlage in normalen Verhaltensweisen früherer Lebensperioden findet. Nach Camerer beträgt die Zahl der Harnentleerungen um die Mitte des 1. Lebensjahres 13—16, sie geht bis zum Schulalter auf 4—5 herunter. Manche Autoren nehmen an, daß die Reflexerregbarkeit des Säuglings in solchen Fällen bestehen bleibt, und sie sprechen von einem „Typ infantil prolongé“ (Collin). Zappert weist mit Recht auf die psychischen Wurzeln des Zustandes hin. Auch nach unseren Beobachtungen ist er stets nur eine Teilerscheinung einer, sich auch nach anderer Richtung hin äuernden, Entwicklungsstörung.

Fall 17. J. M., ♀, 6 J. Älteres von zwei Kindern. Die dreijährige Schwester ist gesund. Wäre als Säugling nervös gewesen und habe mit 1½ Jahren bei einer fieberhaften Erkrankung „Gelegenheitskrämpfe“ gehabt. Mit 3 Jahren — als die Schwester geboren wurde — unter Obhut einer Pflegerin, die ihre ungesättigten sexuellen Triebe auf das Kind übertrug und die es dadurch gefügig zu machen suchte. Später stets unruhig, überlebhaft, frech und eigensinnig. Weint grundlos, schlägt um sich, kann sich nicht allein beschäftigen, braucht immer jemanden, will nur mit großen Kindern zusammen sein, verträgt sich mit Altersgenossen schlecht und schlägt sie. Seit einiger Zeit muß sie stündlich zweimal Urin entleeren, wacht auch nachts öfters auf, um auf den Topf zu gehen und näßt gelegentlich am Tage die Kleider ein. Sie trinkt wenig.

Zu Hause wird bei der Erziehung auf äußere Formen übertriebener Wert gelegt.

J. ist ein intellektuell über sein Alter hinaus entwickeltes Kind. Sie steckt durch und durch voller Opposition, widerspricht bei jeder Gelegenheit mit übertriebenem Affekteinsatz, und sie sucht die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Im Grunde ihres Wesens ist sie aber unsicher. Sie hält sich nur an die älteren Kinder, will bei Tisch neben den größten Jungen sitzen und meidet die Altersgenossen. Die körperliche Unruhe entspricht ihrer auch sonst unsteten Art.

Die Zahl der Urinentleerungen beträgt pro Tag 7 bis 8, ist also der Norm gegenüber nur ganz unerheblich vermehrt. Nur wenn sich J. langweilt, erinnert sie sich an ihre „Krankheit“.

Wir sind, indem wir bisher das „Symptom“ in den Vordergrund stellten, scheinbar dem leitenden Gesichtspunkt untreu geworden. Es war unser Programm, das neurotische Kind aus der Fülle seiner Lebensäußerungen heraus zu verstehen, nicht aber lag uns an Beschreibung und Deutung psychopathischer Reaktionen.

Durch die Analyse der Symptome konnte es wahrscheinlich gemacht werden, daß eine große Anzahl der sogenannten nervösen Zeichen, die bisher unverstanden und ohne eigentlichen inneren Zusammenhang nebeneinander standen, durch ein gemeinsames Band verknüpft sind. *Unselbständigkeit, Fingerlutschen, Stereotypien, Tics, manche Störungen der Nahrungsaufnahme,*

gewisse Formen des Erbrechens, motorische Unruhe, Konzentrationsunfähigkeit, Sprachentwicklungsstörungen, Enuresis, Polakiurie gehören scheinbar ihrem Wesen nach zusammen. Diese so verschiedenartigen Manifestationen werden nur verständlich, wenn man sie im Lichte der Entwicklungsvorgänge sieht. Das ist theoretisch bemerkenswert, wichtiger — auch für die Praxis — aber wäre es, wenn entsprechende Zeichen verzögerter Reifung sich auch sonst im Persönlichkeitsbild des Kindes nachweisen lassen würden. Die eingestreuten Krankengeschichten scheinen hierfür zu sprechen. Man gewinnt schon bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck, daß Züge frühinfantiler Perioden dem Wesen unserer Patienten eine gewisse charakteristische Note geben. Näheres hierüber und über das Zustandekommen jener Entwicklungsstörung läßt sich aber nur sagen, wenn es gelingt, den Lebensweg solcher Kinder bis auf frühe Stadien ihres Daseins zurückzuverfolgen. Das soll daher unsere nächste Aufgabe sein.

III. Die Trotzperiode als psychopathologisches Phänomen

Wir wollen im folgenden die Aufmerksamkeit der Kinderärzte und der Psychopathologen auf eine der großen Entwicklungskrisen des Kindes lenken, die bisher nur von seiten der Pädagogen, der Psychologen und der psychoanalytischen Schule gewürdigt worden ist. Dabei werden wir uns so gut wie ausschließlich auf unsere eigenen Beobachtungen zu stützen haben. W. Stern ist der Meinung, daß die Lehre vom Trotzalter mangels eines breiteren Materiales heute noch als eine Hypothese anzusehen ist und wir können seine Ansicht auch für die Pathologie gelten lassen, denn hier ist der reale Boden des Phänomens durch üppig wucherndes Phantasiewerk ganz und gar unsichtbar geworden. Es wird unsere Aufgabe sein, dieses Gestrüpp zu durchdringen und wir hoffen, bei dieser Arbeit dann auf einen Grund zu stoßen, der die Bedeutung jener Entwicklungskrise für normale und vor allem krankhafte seelische Abläufe in klarer Beleuchtung herausstellt. Nirgends aber so sehr wie gerade auf diesem Gebiete wäre das Zusammenwirken von Ärzten und wissenschaftlich arbeitenden Psychologen wichtiger, denn es scheint doch so zu sein als stände das Kind innerhalb jenes Zeitraumes an einem Punkte, der selbst unter der Voraussetzung einer im übrigen harmonischen Entwicklung nur um Haaresbreite vom zweifellos Krankhaften geschieden ist oder der sogar mitten im Areal des Pathologischen liegt.

Wenn wir uns also zunächst der Führung des Psychologen anvertrauen, so werden wir unsere Aufmerksamkeit darauf zu richten haben, daß dieser Weg uns vermutlich schon Ausblicke auf unseren, vor allem den krankhaften Phänomenen zugewandten Interessenkreis eröffnen wird.

Es ist das Verdienst Ch. Böhlers und ihrer Schule erneut daran erinnert zu haben, daß hier Probleme vorliegen, die sich absonderlich aus dem harmonischen Verlauf frühkindlicher seelischer Entwicklung herausheben.

Der Name „Trotzalter“ sagt, worum es sich zunächst und dem äußeren Eindrucke nach handelt, um „feindliche Abwehr gegen alles, was der andere oder die Gemeinschaft an Forderungen erhebt und an das Kind heranbringt“. So kommt es zu jenen bekannten Auftritten, die in der Kinderstube des Zwei- bis Vierjährigen geläufig zu sein pflegen und

für die von uns später ein bis ins Groteske verzerrtes Illustrationsmaterial vorgelegt werden wird.

Nach der Auffassung des Psychologen wächst der Wille aus niederen Trieb- und Instinktformen heraus, in den ersten zwei Jahren gibt es noch keine eigentlichen Willenshandlungen, dann aber tritt das Wollen als ein allen Inhaltes bares Erlebnis auf, unsicher im Ziel, rein als Funktion und Tätigkeit seiner selbst. Der Wille hat sich von seinen triebmäßigen Vorstufen befreit, er hat damit seine Zielsicherheit verloren, dafür aber eine Selbständigkeit gewonnen, die zu lustvollem Gebrauch der frei zur Verfügung stehenden Energie reizt. „Der Wille hat das Kind“ und damit ist zwischen ihm und dem Erzieher eine Situation geschaffen, die zum Konflikt führen muß.

Es kann vorläufig nicht unsere Aufgabe sein, diese Annahme einer Kritik zu unterziehen, wir möchten aber jedenfalls als wertvolle Ergänzung auf die bedeutungsvollen Ausführungen Kretschmers über die hypobulen Willensmechanismen verweisen, die als onto- und phylogenetische Unterstufen des Zweckwillens beim kleinen Kinde und bei der Hysterie auftreten. „Das, was wir beim Hysteriker als eine Art von krankhaftem Fremdkörper finden, diesen Dämon und Doppelgänger des Zweckwillens, das finden wir bei einem kleinen Kinde als den Willen überhaupt“. „Hier ist Wille und Affekt identisch, jeder Affekt ist zugleich Tendenz, jede Tendenz nimmt Affektausdrucksform an“. Der primitive Bewegungsturm, wie er sich unter der Wirkung überstarker Erlebnisreize, z. B. in der Panik, auch beim gesunden Erwachsenen findet, ist in der Kindheit als ungebärdiges Zappeln, Stoßen, Schreien, Umsichschlagen eine auf Unlustreize häufig einsetzende Reaktion.

Es wäre verlockend, diese Anregungen aufzugreifen und sie auf die Manifestationen der Trotzperiode zu übertragen. Der oft nahezu übermenschliche Kraftaufwand bei Schreien, Weinen und Toben, der respiratorische Affektkampf, ferner die von älteren Kindern nicht selten geäußerte Furcht, einen Teufel im Leibe zu haben, der heraus müsse, all das und manches andere würde die Bedeutung der hypobulen Willensmechanismen für die Trotzphase und für die spätere kindliche Entwicklung klar zutage treten lassen. Wir beschränken uns aber vorläufig darauf, festzustellen, daß nach der Auffassung Kretschmers das Wollen des kleinen Kindes nicht nur ein Experimentieren mit der neu erworbenen Funktion darstellt, sondern daß dieser primitive Wille etwas anderes ist, als die im späteren Leben einem zweckhaften Ziel zustrebende Kraft.

Die verhältnismäßig durchsichtigen Beziehungen des Trotzalters zum Wollen geben aber überhaupt nur ein unvollständiges Bild dieser kritischen Phase. Schon Häberlin — und dieser wohl als Erster — hat jenem Phänomen den Namen der ersten Pubertät gegeben. Wir werden später auf seine Darstellung zurückkommen. Ch. Bühler ist diesem Gedanken dann nachgegangen und sie stellt die These auf, daß „ein der Pubertät entsprechender Reifungsprozeß im kleinen Maßstabe schon einmal in der Kindheit auftritt und zwar zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr. Auf allen Gebieten funktionaler Umgestaltung habe ich Parallelen zwischen der Pubertät und dem dritten bis vierten Jahr auffinden können. Sie häufen sich zu meinem eigenen Erstaunen von allen Seiten her zusammen, angefangen von der Parallele des ersten und zweiten Trotzalters bis zur Parallele gesteigerter Zuneigungserlebnisse und Affekte über mehrere andere Über-

einstimmungen hinweg, die an Ort und Stelle zur Sprache kommen. Es muß also zwischen Babyalter und Kindheit in kleinem Maßstabe, daher weniger bemerkt, einen ebensolchen Schub und Abschnitt schon einmal geben, wie ihn die Pubertät später im großen zeigt. Es muß an diesem Zeitpunkte auch einen ersten Ruck oder ersten Anfang sexueller Entwicklung geben, eine kurz aufflammende Bewegung, die später verebbt und erst in der Pubertät wieder aufgenommen wird“. Derselbe Weg, der beim Jugendlichen vom inhaltlosen Wollen zum Ringen nach neuen Werten und Idealen durchlaufen wird, muß auch in früher Kindheit durchschritten werden, wie in der Pubertät überflutet das Dreijährige eine Welle von Leidenschaft, die ungeheure Liebe zu einer bevorzugten Person und gleichzeitig glühenden Haß gegen die übrige Gemeinschaft enthält, eine erste Ahnung der eigenen Einsamkeit, der Isoliertheit und Begrenztheit des „Ich“ kann vorüber huschen und schließlich lassen die unverkennbaren sexuellen Äußerungen jener Lebensperiode sich den entsprechenden Erscheinungen der Pubertät an die Seite stellen.

Zu ihrem eigenen Erstaunen findet sich Ch. Bühler hier in Übereinstimmung mit Freud, den offenbar ähnliche, wenn auch leider nicht mitgeteilte, Beobachtungen zu der Annahme eines ebenso datierten Entwicklungsabschnittes bewogen hätten.

Aber auch die Feststellung Ch. Böhlers gründet sich — soweit Veröffentlichungen vorliegen — scheinbar nur auf das, was bei den eigenen Kindern und bei Annchen H. eingehenderer Analyse unterzogen wurde. Bei Inge 2,3 bis 2,5, bei Rolf 2,11 erfahren wir von jenen in keiner Kinderstube unbekannten Szenen, bei denen das Kind irgendeinen hartnäckig festgehaltenen Wunsch den entgegenstehenden Vorschriften des Erwachsenen nicht opfern will, wir hören von leidenschaftlichen Ausbrüchen der Liebe und von grenzenlosem Jammer, als die Pflegerin Inge verlassen mußte, endlich von Äußerungen des Hasses, wie er sich z. B. in einer Bemerkung Rolfs dem geliebten Kindermädchen gegenüber: „Käthe, die wollen, daß ich tot bin“ zu erkennen gibt.

Sehr eingehend hat Köhler bei Annchen den Verlauf der Trotzperiode beobachtet. Die Gefühls- und Willenskrise dieses Kindes beginnt bei 2,8 und endet „wie die Mutter des Kindes in vollkommen glaubwürdiger Weise berichtet“ mit 2,10.

Während bis dahin der Vater die Hauptrolle gespielt hatte, schließt sich die Kleine jetzt vor allem der Mutter an, der sie sich mit leidenschaftlicher Zärtlichkeit zuwendet und von der sie nun alle Dienstleistungen verlangt. Wird sie in ihren Erwartungen enttäuscht, dann kommt es zu stürmischen Affektausbrüchen. Fast scheint es so, als wolle das Kind sich an der Mutter reiben und sie hat Einfühlungsvermögen genug, um dieses Ziel zu erreichen. Annchen ist der Spielball unbekannter Triebkräfte geworden, die jäh empor-schießende Gefühlswelle bestimmt ihr Verhalten zur Umwelt, gleichzeitig (vielleicht zufällig) erwacht der Wille, der in der geliebten Persönlichkeit der Mutter Schranken, die er durchbrechen möchte, findet. Die Übermacht der realen Welt baut sich vor dem Kinde auf, das Traumdasein geht verloren, Subjekt und Objekt sind von nun an für das Fühlen getrennt, das höhere „Ich“ wird geboren. Während jener Krise verschwinden die Monologe, weil eine Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit stattgefunden hat, die intellektuelle Entwicklung bleibt stationär und erst, wenn Gefühl und Wille sich — als nicht

zur Herrschaft bestimmt — zurückgezogen haben, kann das Denken die Führung übernehmen. Von nun an wurzeln ihre Freuden und Leiden im Erkennen, wertvoll ist für Annchen, was sie denkend begreift, meistern und in ein Schema zwingen kann. Handeln und Wille werden durch Geistiges motiviert. Die Gefühlswelle ist geglättet und die späteren, seltenen Erregungen deuten darauf, daß starke und seltsame gegenständliche Gefühle chokartig auftreten, die durch Sachverhalte und nicht mehr durch dunkel triebhafte Tendenzen emporgetragen werden.

So aufschlußreich diese Beobachtung auch ist, man hat den Einwand erhoben, daß nicht nur innere Dispositionen, sondern auch äußere, zufällige Lebensumstände an der Persönlichkeitswandlung beteiligt sein könnten (Stern, Eliasberg). Mit 2,0 wurde der Kleinen nämlich eine Schwester geboren und außerdem fiel die kritische Phase grade in die Zeit der Sommerfrische, die Annchen außerhalb ihrer Heimat in fremder Umgebung verlebte. Köhler ist allerdings der Ansicht, daß dieser Ortswechsel ohne Bedeutung ist, denn die Krise hatte schon früher begonnen. Auch wir stimmen dem Autor hierin bei, halten dagegen die Geburt des Geschwisters nach mancher Richtung hin für sehr wesentlich und verweisen auf Untersuchungen über die Beziehungen der Trotzphase zum Altersabstand der Kinder und zur Stellung innerhalb der Geschwisterreihe, die später zur Sprache kommen werden*). Es ist aber erforderlich, die Aufmerksamkeit noch auf einen anderen Punkt zu lenken, der prinzipielle Bedeutung zu haben scheint.

A. stammt aus kulturell hochstehendem Milieu, von Eltern, die sich viel mit dem Kinde beschäftigen und die psychologisch interessiert sind. Sie ist von körperlicher Mindertauglichkeit und Linkshänderin. Vorwiegend verkehrt sie mit Erwachsenen und nimmt deren Umgangsformen an. Mit anderen Kindern kommt sie selten in Berührung. Unter diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, daß sie mit 2½ Jahren auf dem Lande über alle Steine stolpert, daß sie weder bergab gehen, noch kleine Baumstämme zu überklettern vermag, — kurz, daß sie in allem das Gebaren eines Stadtkindes zeigt, das auf den „Park“ dressiert wurde. Auffallender ist es schon, daß die fast Dreijährige immer noch nicht allein essen kann. Auch mit 3,2 hat sie das noch nicht gelernt, läßt sich vielmehr willig von ihrer Pflegerin füttern und ankleiden. In diesem Alter hat sie Angst vor Hunden. Gelegentlich, in einem unbewachten Augenblick, beißt sie ihre damals etwa einjährige Schwester in den Finger, nachdem sie diese schon früher heimlich gezwickt hatte. Auch auf die Freundin ist sie eifersüchtig, ein gemeinsames Spiel ist fast undenkbar und das Zusammensein selten freudvoll. Im Alter von 3,0 bis 3,6 ist A. fast asozial geworden. Ihr Wesen entspricht dem des theoretischen Menschen. „A.'s Lebensinhalt um 3,6 ist die Erfassung und Beherrschung des Erkennbaren mit allen Mitteln des abstraktiv vorgehenden Geistes, ihre Lebensform das Hingegebensein an diese Aufgabe“. Einer solchen Tendenz dürfte auch der schon im Alter von 3,2 erfolgte Besuch einer Zirkusvorstellung sehr zustatten gekommen sein!

Wir sind der Geschichte dieses Kindes etwas gründlicher nachgegangen, weil die eingehende und objektive Darstellung hier manches deutlich er-

*) Siehe S. 64—65.

kennen läßt, was zweifellos auch in anderen psychologischen Tagebüchern ärztliches Interesse erregen würde, wenn es genügend deutlich hervorgehoben wäre. Schon anfangs hatten wir darauf aufmerksam gemacht, daß Günther Stern mit 2,9 mehrfach Zustände von Pavor nocturnus hatte und daß ein Jahr später sogar Somnambulismus bei ihm beobachtet wurde*).

Inge Bühler wünscht mit 2,5 stets sehr, daß die Mutter noch bei ihr sitzen blieb, bis sie eingeschlafen war, da sie sich neuerdings im Dunkeln fürchtet. Wenn die Mutter das Kind gegen ihre Erwartung verließ, schrie es stundenlang.

Auch aus den „Gesprächen mit Kindern“ (D. u. R. Katz) entnimmt man allerhand Befremdendes. I. war schon mit 2½ Jahren im Theater, wo von einer Liliputanertruppe „Schneewittchen“ aufgeführt worden war. Unter den abendlichen „Beichtgesprächen“, die am Bette der Kinder mit diesen geführt wurden, findet sich das Folgende:

Mutter: Hast du mir was zu sagen?

T.(5,3): Ich habe Großmutter mit dem Säbel geschlagen, den Tante O. mir gemacht hat. (Es handelt sich um einen Papiersäbel.)

Mutter: Warum denn?

T. : Ja, die hat mir unrecht getan.

Mutter: Du darfst sie aber nicht schlagen.

Hast du sonst noch was zu sagen?

Hast du vielleicht Tante O. gebissen oder Baby?

T. : Nein, ich habe Tante O. nicht gebissen, aber ich habe Baby immer hingeworfen.

Mutter: Hast du sonst noch was zu sagen?

T. : Tante O. hat mir sechs Schiffe gemacht (nach einer Weile). Als Du fort warst, habe ich die Hände unter die Decke gesteckt, ich hatte Angst. Tante O. hat mir so eine Geschichte vorgelesen und da hatte ich solche Angst.

Mutter: Was ist es denn für eine Geschichte?

T. : Vom Heidemann. Kennst du es?

Mutter: Erzähle es mir einmal, vielleicht kenne ich es.

T. : Weißt du, das ist so ein Wesen, das ist so böse.

Mutter: Und der Heidemann?

T. : Der Heidemann, der ist lieb und das Wesen war böse, wie eine Hexe.

*) „Um 2.9 hatte Günther mehrfach solche Angstträume. Einmal rief er weinend aus dem Schlaf, daß jemand ihm seine Bausteine umgerissen habe, ein anderes Mal, daß ein Bär käme und ihn in die Hand bisse. Im zweiten Fall wurde Licht gemacht, der Knabe ermuntert und davon überzeugt, daß kein Bär vorhanden und daß seine Hand heil sei. Vielleicht hat hier die Rotkäppchenerzählung mit dem beißenden Wolf gespielt.“ (Stern, Psychologie der frühen Kindheit 1928, S. 256.) „Günther 3.8: Mitten in der Nacht rief Hilde, daß Günther zu ihr ins Bett gekommen sei. Es wurde Licht gemacht, und richtig, der Knabe hatte im Stockdunkeln den Weg zu dem ziemlich entfernten Bett der Schwester gefunden und motivierte diesen Ausflug mit den Worten: Hilde hat doch gesagt, ich sollte ihr die Krümel aus dem Bett raumachen. Vermutlich hatte der Knabe nicht nur während er diese Worte träumte, sondern auch noch dann geschlafen, als er seine Wanderung unternahm.“ Es handelt sich — auch nach Sterns Meinung — um einen Fall von Nachtwandeln. (Wie oben, S. 257.)

Mutter: Als du die Hände unter der Decke gehalten hast, hast du denn deinen Körper angefaßt?

T. : Zuerst hatte ich es vergessen und hatte ihn angefaßt, aber dann nicht mehr usw.

(Gespräch 20.)

Auch die bei der abendlichen „Beichte“ dem Kinde vorgelegte Frage, ob es den Finger in die Nase geführt habe und ob auch der Teller leergegessen worden sei, worauf der Fünfjährige übrigens die Antwort gibt, daß die Mutter ihn doch gefüttert habe, dürfte, wie manches andere, nicht ganz ärztlich-erzieherischem Denken entsprechen. Ebensowenig freilich, daß T. schon mit knapp $5\frac{1}{2}$ Jahren besuchsweise dem Unterricht der ersten Klasse einer Schule beiwohnen durfte.

Bedenklicher ist es aber schon, zu hören, daß J. mit $3\frac{3}{4}$ Jahren und T. mit fast $6\frac{1}{2}$ Jahren häufig am frühen Morgen zu den Eltern ins Bett schlüpfen durften. Wenn der Kleinere auf diesen Gebrauch, den die Eltern abstellen möchten, mehr besteht als der Ältere, so erklärt sich dies leicht aus seinem damaligen Alter. Beide Kinder träumen häufig und sie fahren oft erschrocken aus dem Schläfe auf. J. hat bis zu seinem 5. oder 6. Jahre die Neigung behalten, Gegenstände, mit denen er spielte, in den Mund zu stecken und er lutscht an den Fingern. Mit $4\frac{1}{4}$ Jahren spricht er abends davon, daß er Angst vor Klaven (Sklaven) habe und im Laufe dieses gleichen Gespräches sagt der Ältere, jetzt Sechsjährige, er hat dann keinen „Vibrationssinn“, ein Begriff, der ihm schon ein halbes Jahr früher erklärt worden war. Seine Frage: „Mammi, was ist Instinkt?“ kommt nun nicht mehr überraschend und es ist richtig, daß T., wie die Autoren hervorheben, schon Verständnis dafür hat, was psychologisch zusammengehört.

Wir sind auf diese Tatsachen näher eingegangen, weil Ähnliches gewiß nicht nur in den zufällig daraufhin durchgesehenen kinderpsychologischen Monographien zu finden sein wird, sondern weil wir die Überzeugung gewonnen haben, daß auch das Studium anderer grundlegender Schriften dieses Gebietes weiteres Material zutage fördern würde, das auf pädagogische Mißgriffe oder gar auf Äußerungen abnormen seelischen Verhaltens hindeutet. Es kann das ja auch kaum anders sein. Wer Kinder kennt, der weiß, welch feines Gefühl sie dafür haben, ob sie beobachtet werden, ob man ihnen Beachtung schenkt und ob sie im Brennpunkt des häuslichen Interesses stehen. Sollte das in der Familie des Psychologen anders sein? Hierzu kommt, daß, wie wir alle wissen, im allgemeinen die Eltern gerade ihren eigenen Kindern am voreingenommensten gegenüber zu stehen pflegen. So erklärt es sich auch, daß wir aus manchen Monographien über wichtige Gebiete — so z. B. über das etwaiger Sexualäußerungen — gar nichts erfahren und daß zweifellose und unverkennbar abnorme Verhaltensweisen viel zu kurz kommen und oft nur ganz flüchtig gestreift werden, während deren Bedeutung für das Gesamt der seelischen Entwicklung doch außer Frage steht. Die Kinderärzte haben es sich seit Czerny zum Grundsatz gemacht, bei Untersuchungen über den Stoffwechsel des „normalen“ Kindes die Grenzen des Physiologischen scharf gegenüber allem Krankhaften abzustecken. Es wäre sehr zu wünschen, daß die Psychologie diesem Beispiel folgt. Wir geben zu, daß die Schwierigkeiten hier größere

sind, aber manch grober Verstoß gegen die Entwicklungsgesetze des Kindes hätte sich zu dessen Nutzen sicher vermeiden lassen, wenn die kinderärztliche Erfahrung dem Psychologen zur Seite gestanden wäre. Damit würde dann auch vermutlich diese oder jene der pathologischen Manifestationen zu vermeiden gewesen sein.

Für die besondere Fragestellung, mit der wir uns jetzt zu befassen haben, sind diese Überlegungen von besonderer Bedeutung, steht doch das Kind innerhalb der Trotzphase in so unmittelbarer Nähe des Krankhaften, daß die Auswahl der Beobachtungen über normales Verhalten gar nicht vorsichtig genug gehandhabt werden kann.

Es ist daher auch ein Verdienst Hetzers, daß sie in einer Arbeit über „Entwicklungsbedingte Erziehungsschwierigkeiten“ die Individualbeobachtungen Ch. Böhlers durch Untersuchungen an einer Erziehungsberatungsstelle zu ergänzen versuchte. Es ergab sich zunächst die erstaunliche und wichtige Tatsache, daß von 100 Kindern, die vorgestellt worden waren, 24 im Alter von 2—4 Jahren standen. Alle übrigen Jahrgänge, sogar die der Pubertät, traten demgegenüber zurück. Diese war nur mit 12 Fällen vertreten. Es mag ja wohl sein, daß solch merkwürdige Altersgruppierung irgendwie durch äußere Umstände, also etwa die Angliederung der Beratung an die Kinderübernahmestelle der Stadt Wien, deren Wirkungskreis sich möglicherweise mehr auf das frühe Kindesalter erstreckt, beeinflußt ist, aber immerhin werden wir davon Notiz zu nehmen haben, daß ein Höhepunkt der Unlenksamkeit zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahre liegt und wir werden die anderslautenden Zahlen, z. B. die der individualpsychologischen Beratungsstelle (Seif-Freudenberg), entsprechend korrigieren.

Wir werden dann aber mit unserer ärztlichen Kritik dort einsetzen, wo Hetzer ihr Material an erziehungsschwierigen Kindern in Gruppen verschiedener Ätiologie einzureihen versucht. Ob Störungen durch den normalen Entwicklungsverlauf, durch Umwelttatsachen oder durch Krankheit bedingt sind, das ist eine Frage, die sich nicht so einfach, wie hier geschehen, zur Entscheidung bringen läßt, wo man z. B. den Trotz und die Sprachentwicklungsstörungen unter der ersten Gruppe, die sexuellen Schwierigkeiten, die allgemeine Nervosität, die schlechten Esser und die Bettnässer unter die letzte eingereiht findet. Welcher Psychopathologe oder Kinderarzt könnte dem zustimmen? Diese anfechtbare Einteilung ist aber deshalb zu beachten, weil aus ihr Schlüsse gezogen werden, die, wenn sie zutreffen würden, von weittragender Bedeutung wären. Es wird nämlich nicht mehr und nicht weniger behauptet, als daß die Unlenksamkeit des gesunden Kindes in der Mehrzahl der Fälle entwicklungsbedingt ist und daß mithin auch das Trotzalter endogenen Ursprunges sei. Ganz folgerichtig wird nun zu beweisen versucht, daß die Willenskrise sogar Vorbedingung für eine spätere normale Entwicklung wäre, denn dort, wo sie ausfiele, seien die Kinder auch später vom Erwachsenen äußerst leicht beeinflussbar, sie seien sehr willig, wären aber derart unfähig, sich selbst ein Ziel zu setzen und an ihm festzuhalten, daß sie meist nur so lange bei einer Aufgabe zu bleiben vermögen, als der Erwachsene sie dazu anhielte. Aus eigenem Antriebe bei einer Sache zu verharren, sei ihnen zumeist ganz unmöglich, was sich besonders in der Schule unangenehm bemerkbar mache, da sie dort in spielerisches Tun verfielen und ohne Hilfe anderer nichts wollen könnten.

Wenn man Erfahrungen darüber gemacht hat, wie schwer, ja fast unmöglich, es ist, nach Ablauf einiger Jahre anamnestiche Angaben über das seelische Verhalten in früher Kindheit zu bekommen und wenn man dazu noch weiß, daß die Trotzphase sich in mannigfachen Formen, und durchaus nicht nur in der des offenen Widerstandes abspielen kann, dann wird man den diesbezüglichen Angaben Hetzers keine volle Beweiskraft zusprechen können. Sie stellt fest, daß von je 100 Sechsjährigen mit „normaler Willensstärke“ 84, mit „auffallend schwachem Willen“ 21 ein Trotzalter hatten und daß, wo dieses fehlte, nur 16mal das Wollen normal, 79mal dagegen schwächlich war. Als wichtig und als erwiesen aber halten wir fest, daß grobe, auch den Eltern auffallende, Veränderungen um den kritischen Zeitpunkt herum fehlen können.

Wenn wir dann noch mit Erstaunen hören, daß Trotzfälle dem Autor nur bei Zwei- bis Fünfjährigen, später kein einziges Mal mehr, untergekommen sind, dann können wir resümierend sagen, daß diese Arbeit zwar beachtenswerte Anregung für weiteres Forschen gibt, daß sie aber erst eine Verheißung für die zukünftige Wertung der Trotzperiode als soziales und psychologisches Phänomen darstellt.

Ganz neuerdings wird von Hetzer in dem Buche „Kindheit und Armut“ die Frage des Trotzalters wiederum aufgeworfen. Hier kommen die Umwelteinflüsse eher zu ihrem Recht, denn es wird gezeigt, wie die Frequenz der Affektausbrüche dem Einfluß des Milieuwechsels unterliegt. Bei dauernder Unterbringung des Kindes in einer Anstalt werden sie seltener, um nach Entlassung erneut wieder zuzunehmen, wenn auch meist nicht bis zu der vor der Aufnahme beobachteten Zahl. In einer Reihe von Fällen stellen sie sich aber auch im häuslichen Milieu nicht mehr ein. Ungünstig wirkt es dagegen, wenn das Kleinkind Tag für Tag von der Mutter zur Krippe oder zum Kindergarten wandert. Muß in dieser Angabe Hetzers eine Konzession an die Milieutheorie gesehen werden, so wird andererseits auch die Annahme, daß die Willenskrise eine Vorbedingung für eine spätere normale Entwicklung des Wollens wäre, dahin eingeschränkt, daß zwar die eine oder andere Trotzscene heilsam sein möge, daß aber deren Häufung von Übel wäre, da jeder neue Anfall für das Kind einen großen Kraftaufwand bedeutet.

Wir werden später zu zeigen haben, daß uns die stürmischen Manifestationen jener Lebensperiode, die ja unter Umständen auch fehlen können, weniger Sorgen machen als die ihnen zugrundeliegende psychologische Situation, deren zahlenmäßige Erfassung sich von selbst verbietet. Daher scheint uns auch die Bedeutung des Umgebungswechsels durch die wertvollen Angaben Hetzers noch nicht annähernd erschöpft zu sein. Wir sind in der Lage, ihre Beobachtungen zu ergänzen und werden zu beweisen versuchen, daß der Milieuwechsel u. U. geradezu die Errettung des Kindes aus seiner Isoliertheit und aus den Schlingen, die ihm durch die „Bindung nach rückwärts“ gelegt werden, bedeuten kann. Auch Hetzer ist der Ansicht, daß dort ein Umgebungswechsel von Vorteil ist, wo des Kindes Bedürfnisse mangelhaft befriedigt werden und wo man ihm mit erzieherischem Unverständnis begegnet. Solche Fälle dürften nicht selten sein und sogar dann zur Regel gehören, wenn der Rahmen des Üblichen durch die Intensität der Erscheinungen gesprengt wird.

Mit Erstaunen hören wir dann weiterhin, daß die schlechten Lebensbedingungen des ungepflegten Kindes und der Umstand, daß seinen berechtigten Wünschen weit weniger Rechnung getragen wird als denen des gepflegten, Zahl und Intensität der Trotzanfälle steigert und wir fragen uns, indem wir an unsere Patienten, die sich meist eines hohen Aufwandes an „Pflege“ erfreuen durften, denken, wie denn eigentlich ein „Mehr“ an Opposition und an Trotzäußerungen aussehen muß! Es will uns so scheinen, als könne sogar gerade eine übertriebene „Fürsorge“ die Auflehnung steigern, wie das ja auch von anderen Forschern vermutet wird.

Von sprachpsychologischen Gesichtspunkten ausgehend, wendet sich Busemann der Analyse des Trotzalters zu. Auch er erkennt die hier vorliegende Entwicklungskrise an und ergänzt das Bild durch die Beobachtung, daß im Gegensatz zu späteren Altersklassen unter den Dreijährigen die Knaben mit Trotz, die Mädchen mit Anschmiegsamkeit dem Versuchsleiter entgegenkamen, ferner verweist er auf die Differenzierung der Spielinteressen und auf den erstmals erwachenden Wandertrieb. Er betont, daß im dritten Lebensjahre die Reifung einen gewissen Abschluß findet und daß damit aus dem der Mutter physiologisch noch verhafteten Säugling ein selbständiges Wesen wird, das auf eigenen Füßen steht und geht, das alleine ißt und trinkt und durch die Sprache sich mit Altersgenossen befriedigend verständigt.

Nun muß das Bedürfnis nach Schutz und Pflege weniger lebhaft gefühlt werden, dagegen erwacht jetzt der Wunsch, selber zu können und stark zu sein. Die Säuglingsinstinkte werden durch die sozialen und sexuellen abgelöst. Daß sich dieser Schritt äußerlich in der Tat als Erregungsphase manifestiert, wird an dem Kinde des Ehepaares Scupin gezeigt, bei dem innerhalb der Zeit vom letzten Quartal des ersten Lebensjahres bis zur Vollendung des dritten dreimal so häufig Affekte des Trotzes, der Wut, des Eigensinns, der Scham, des Stolzes und des Ehrgeizes nachweisbar waren, als während der Beruhigungsphasen. In die gleiche Spanne fällt ein Maximum an Wortneubildungen, ein Höhepunkt sprachlichen Fortschreitens unter Bevorzugung einsilbiger Wörter, die ja auch sonst dem Aufgeregten mehr entsprechen wie mehrsilbige, deren Gebrauch größere Gemütsruhe voraussetzt.

Der Wechsel zwischen Erregungs- und Beruhigungsphasen ist, wie im späteren Kindesalter, so auch hier, auf biologische Grundlagen zurückzuführen. Wie das Zentralnervensystem aus phylogenetisch verschieden alten Schichten aufgebaut ist, so wäre es vermutlich auch auf psychischem Gebiete der Fall und daher könne man als Hypothese einen Rhythmus der Entfaltung und des Wachstums niederer, genetisch alter, und höherer, genetisch jüngerer Persönlichkeitsschichten annehmen. Es läßt sich aber auch zeigen, daß Erregungsphasen und Zeiten gesteigerten Längenwachstums zusammenfallen. Schließlich und vor allem ist der Termin der Trotzperiode durch ein natürliches Gesetz bestimmt, dem die Folge der Geburten unterliegt. Nach einer Stilldauer von $1\frac{1}{2}$ —2 Jahren ist die neue Konzeption und nach entsprechender Zeit das nächste Kind zu erwarten, wenigstens dann, wenn das naturgegebene Geschehen waltet. Der Dreijährige hat also „natürlicherweise“ ein jüngeres Geschwister und zwar läge die zweite Niederkunft bei 2,6. Unter heutigen

Verhältnissen ist allerdings der Altersabstand geringer und man findet als häufigsten Wert zwei Jahre, wenngleich auch die größeren Abstände sehr oft vertreten seien und auch die kleineren nicht selten vorkämen. Auf jeden Fall könne man als die normale Distanz, die zwischen zwei Geschwistern liegt, eine Zeitspanne von 1—4 Jahren ansetzen, der Wert größter Häufigkeit findet sich bei zwei Jahren und entspricht den Erwartungen sehr gut.

Die Reifungen des Kindes erfolgen nun in einem Tempo, das diesem Typus der Geburtenfolge durchaus entspricht und so ist mit 2—3 Jahren eine Selbstständigkeit erreicht, die zum Trotzalter führt. Es handelt sich also um einen in der artlichen Erbmasse vorgesehenen Prozeß. Daß bei vielen Kindern zu diesem Termin Zeichen bedenklicher Charakterstörung, ja Ansätze zu Neurosen und zu Psychoneurosen wohl mit Recht vermutet werden, erklärt sich daraus, daß die naturgegebene Entwicklungslinie — soweit sie die Familie betrifft — nicht immer eingehalten wird. Darum ist das Trotzalter geschwisterlosen und letzten Kindern sehr viel gefährlicher als den anderen, die nicht unter einem Übermaß an Erziehung zu leiden haben. Aus Kraftgefühl und Selbstständigkeitsbewußtsein wird Trotz und Eigensinn, wenn die Mutter Zeit genug hat, für das Kind zu wollen und zu handeln. Ein Mehr hiervon ist eine Konsequenz unserer Kulturverhältnisse und so mag es kommen, daß nicht nur ganz auffallend übererzogene Kinder trotzen.

Diese Ausführungen Busemanns scheinen uns sehr Beachtenswertes zu enthalten. Nach ihnen wäre zwar die Grundlage der kritischen Phase idiosynchronisch, der Trotz selbst und seine Begleitphänomene — sogar mit Einschluß der offenbar krankhaften Äußerungen — paratypisch und damit vermeidbar! Es liegt auf der Hand, welcher Gegensatz hier zu den Meinungen Ch. Bühlers und Hetzers besteht. Letztere sieht sogar ein Kind als gefährdet an, wenn die Trotzphase ausfällt, und sie betrachtet das Auftreten von Erziehungsschwierigkeiten geradezu als unvermeidbar. Wir werden im folgenden noch auf diese Streitfrage zurückkommen und auch versuchen, die Hypothese Busemanns an unserem Material nachzuprüfen.

Unter den Pädagogen ist es besonders Kroh, der mehrfach die Bedeutung der Trotzphase gewürdigt hat. Nach seinen Erfahrungen kann sie sowohl im dritten Lebensjahre, wie auch in der ersten Hälfte des vierten, auftreten. Sie ist ein Symptom geistiger Wandlung, ein Zeichen dafür, daß das Verhältnis von Fremd- und Selbstbestimmung in einer den normalkindlichen Bewußtseinserscheinungen nicht einzuordnenden Weise gestört ist. Darum handelt es sich auch nicht um „Trotz“ im gewöhnlichen Sinne des Wortes, sondern eher um einen Zustand der Desorientiertheit den seitherigen Autoritäten gegenüber und den damit mehr oder weniger triebhaft verbundenen Versuch, zur Umwelt in neuer Art, mit stärkerer Selbstbestimmung als bisher Stellung zu nehmen. Der Bewegungsradius des Kleinkindes erweitert sich, die Mauern der Wohnung und des Hauses werden zu eng, das soziale Kontaktstreben drängt zu Spielen hin — kurz, das Kind entwächst der Autorität seiner bisherigen Umgebung. Diese Unabhängigkeit aber führt zu Geschehnissen, die der Kritik, vielleicht sogar der Strafe, des Erwachsenen unterliegen. Infolge der verhältnismäßigen Selbstständigkeit aber erfolgt die Einwirkung jetzt stoßweise, nicht mehr kontinuierlich. Das alles jedoch sind nur sekundäre Erscheinungen. Primär ist vom finalen Standpunkt aus gesehen die Tendenz

zur Selbständigkeit, vom kausalen aus das Erwachen gesteigerten Wollens, eines Wollens an sich, ziellos und prinzipiell ungerichtet. So ist die Trotzphase beides: Vielwille und Ablehnung fremden Willens. Diese Entwicklung muß dazu führen, daß das Kind zu sich selbst in ein neues Verhältnis tritt, daß es sich von der primitiven Verbundenheit der Vorperiode löst und daß es sein „Ich“ entdeckt, wenn es auch nicht darüber reflektiert. Außerdem aber ist die Auseinandersetzung ein Kampf um den Wert, d. h. ein Kampf zwischen dem Subjektivismus seiner eigenen Art, Dinge, Personen, Verhältnisse einzuschätzen und dem Standpunkt des Erwachsenen. Hinter dem verschiedenen Wollen stehen also zwei verschiedene Wertweisen. Die Entscheidung kann bei dem einen Kinde vertagt werden, es kann weiter ungestört seinen kindertümlichen Werten leben, um dann später doch einmal mit den Normen des Erwachsenen zusammenzustoßen, während ein anderes die Art, Stellung zu nehmen, frühzeitig von seiner Umgebung übernimmt und damit als altklug erscheint. In der Regel aber ist das Resultat der Auseinandersetzung in der Trotzperiode eine äußerliche Scheidung der Zuständigkeitsgebiete.

Wir vermissen bei Kroh die Erörterung des Problems der Trotzperiode als einer tiefgreifenden Gefühlskrise, deren Wesen über das Soziale hinausreicht und sich auch nicht auf die Funktion des Willens oder das Ringen um neue Werte beschränkt. Winkler, dem wir ein lesenswertes Buch über den Trotz verdanken, schildert eindringlich die Mannigfaltigkeit der Ausdrucksformen von den Eßstörungen über das Festhalten an Kinderfehlern zu den Wach- und Nachträumen. Er schreibt von einer chaotischen Aufwühlung des Seelenlebens und von einer Hochflut des Triebmäßigen. Ja, wir hören sogar, daß sich auf diesem Boden Psychopathien entwickeln können und daß bei Kindern mit anlagemäßig gesteigerter Affektivität hier ein Manifestationstermin abnormer Äußerungen gelegen ist. Während der Trotz des Säuglings in primitiven Zweckreaktionen und triebmäßig begründeten Selbsterhaltungs- und Bemächtigungstendenzen, die mit affektiven Momenten durchsetzt sind, wurzelt, denen mannigfaltige Ausdrucksmöglichkeiten und später auch willensmäßige Strebungen zur Verfügung stehen, während dann um den Schuleintritt herum das Gewollte, in der Erscheinungsform Beherrschte hervortritt, dem Minderwertigkeitsgefühle, Geltungsstreben, verletzter Ehrgeiz, Sehnsucht nach Vertrauen oder Widerstand gegen Gängelei zugrunde liegen können, ist das Kind im Alter der ersten Trotzphase ein Spielball dunkler, elementarer Triebkräfte geworden, die zu jener Labilität, zu jener inneren Auflösung und Zerrissenheit führen.

Mit diesen Gedanken, die durch schon früher Gesagtes ergänzt werden (siehe Ch. Bühler, Busemann), haben wir den Anschluß an Forschungsrichtungen gefunden, die längst vor den Arbeiten der Psychologen erkannt haben, daß in der frühen Kindheit eine große Lebenskrise zu suchen ist, die vielleicht sogar als die wichtigste des ganzen Lebens zu gelten hätte. Der Name der ersten Pubertät rührt von Häberlin her und er findet sich zum ersten Male in dessen prächtigem Buche: „Wege und Irrwege der Erziehung“.

Alle Triebregungen des Menschen lassen sich als Modifikationen zweier Grundtriebe erkennen. Der Ich-Trieb oder Egoismus im weitesten Sinne

des Wortes besteht in der Tendenz des Individuums, sich in seiner Naturhaftigkeit zu erhalten und durchzusetzen gegenüber den Gefahren und Angriffen der Umwelt im allgemeinen und dann besonders gegenüber den Ansprüchen und Tendenzen anderer Individuen. Selbsterhaltung, Ellenbogenfreiheit, Macht, Durchsetzung individueller Ansprüche, das sind die Ziele dieses Grundtriebes, die in der höchsten Form der Machtbestrebung und des Ehrgeizes sowie in der niederen des Hungers und anderer egoistisch-physiologischer Bedürfnisse im Grunde dieselben bleiben. Die andere, entgegengerichtete Tendenz geht auf Vereinigung, Verschmelzung, Einssetzung, Gleichsetzung, Einfügung und Einfühlung, auf Identifikation des Individuums mit einem anderen, sie bedeutet die Sehnsucht nach einem Aufgehen des Einzelnen zuletzt im gesamten Sein, zunächst in einem menschlichen Verband und zu allernächst in einem Individuum gleicher oder doch in der Gleichheit verschiedener Art. Sie ist mystische, soziale und endlich Liebestendenz mit der speziellen Form der Freundschaft und der erotisch-geschlechtlichen Liebe, die mithin nicht die Grundlage jenes mächtigen Zuges der Wesen zueinander ist, dem Zuge nach Einssein und Verbindung, ja nach dem Aufgehen der Individualität im anderen, zuletzt im All, sondern, die sich diesen Strebungen unterordnet.

Während nun die beiden ersten Lebensjahre sich eher durch kräftige Ich-Triebe auszeichnen, setzt mit 3—3½ Jahren eine ausgesprochene und zwar wesentlich erotisch bestimmte Erregungsperiode ein. Das Zärtlichkeitsbedürfnis steigert sich oft zu beängstigenden Extremen, nicht nur im allgemeinen Liebeshunger, sondern auch in der speziellen Form der infantilen Sexualität. Zugleich setzt der Entwicklungskampf der „normativen Energie“ ein, die der Lenkung, Beherrschung und Disziplinierung der Triebe nach Intensität und Richtung dient und die in der Erziehung eine Unterstützung finden sollte.

Das ist die erste Pubertät, die ihr Gepräge durch die Heftigkeit des Kampfes gegen die drohende Alleinherrschaft des Liebestriebes und namentlich der individuellen Erotik erhält. Es gehören dazu Erscheinungen wie die folgenden: Insichgekehrtsein des Kindes, Träumerei, mächtige Phantasietätigkeit, fanatischer Spieltrieb, Gehemmtheit im Verkehr mit anderen, Stimmungsschwankungen, Weinerlichkeit, Empfindlichkeit, „unverständliches“ Betragen, Unberechenbarkeit, Neigung zum Alleinsein und dann ausgelassenes Toben, gerade mit anderen zusammen, Heimlichkeit, auffallende Unwahrhaftigkeit gelegentlich und dann wieder Ehrlichkeit bis zu übertriebenen Selbstanklagen, Zärtlichkeit in Abwechslung mit Verslossenheit und Ungezogenheit, Sentimentalität und dann wieder Quälsucht, Neid, Grausamkeit, besonders auch die infantile Form des schlechten Gewissens: die Angst, als Ängstlichkeit überhaupt, Schreckhaftigkeit, Angstträumen, Pavor nocturnus, Angst vor Alleinsein und vor Dunkelheit. Man nennt das „Nervosität“ und verschleiert mit diesem Namen nur das Nicht-Wissen um das Wesentliche.

Auf jeden Fall ist diese erste Pubertät die eigentlich tragische oder doch die erste tragische Periode im Leben: der Kampf ist für den, der verstehend zusehen muß, erschütternd. Die Gefahren sind groß und der Ausgang ist für

das ganze spätere Leben beinahe entscheidend. Ja, es ist sogar diese Lebensphase eine gefährlichere Klippe als die zweite Pubertät, wenn nicht eben von dieser ersten Entgleisungen schwerwiegender Art übrig geblieben sind, die auch bei allen günstigeren Bedingungen der späteren nicht mehr rückgängig gemacht werden können.

Es wurde schon wiederholt darauf hingewiesen, daß die Psychologie bei den Forschungen über die Trotzphase auf Freud Bezug nimmt und daß sie sich psychoanalytischen Gedankengängen nähert. Wir haben keinen Anlaß, hier das umfangreiche Thema der infantilen Sexualität aufzurollen und beschränken uns darauf, jene Gesichtspunkte in die Erinnerung zu rufen, die für unsere besondere Fragestellung von Bedeutung sein könnten, wobei nur die eigenen Mitteilungen des Begründers der Psychoanalyse zugrunde gelegt werden.

In den drei Abhandlungen zur Sexualtheorie berichtet Freud davon, daß die Säuglingsonanie nach kurzer Zeit zu schwinden scheint, doch könne mit der ununterbrochenen Fortsetzung derselben bis zur Pubertät bereits die erste große Abweichung von der für den Kulturmenschen anzustrebenden Entwicklung gegeben sein. Irgend einmal in den Kinderjahren nach der Säuglingszeit, gewöhnlich vor dem vierten Jahre, pflegt der Sexualtrieb dieser Genitalzone wieder zu erwachen und dann eine Zeitlang, bis zu einer neuen Unterdrückung, anzuhalten oder sich ohne Unterbrechung fortzusetzen. Die möglichen Verhältnisse sind sehr mannigfaltig und nur individuell analysierbar. „Aber alle Einzelheiten dieser zweiten infantilen Sexualbetätigung hinterlassen die tiefsten (unbewußten) Eindrucksspuren im Gedächtnis der Person, bestimmen die Entwicklung ihres Charakters, wenn sie gesund bleibt, und die Symptomatik ihrer Neurose, wenn sie nach der Pubertät erkrankt“. Um dieselbe Zeit, da das Sexualleben des Kindes seine erste Blüte erreicht, vom dritten bis fünften Jahr, stellen sich bei ihm auch Anfänge jener Tätigkeit ein, die man dem Wiß- und Forschertrieb zuschreibt, manchmal beginnt die infantile Sexualforschung schon vor dem dritten Lebensjahre. „Um das Bild der kindlichen Sexualität zu vervollständigen, muß man hinzunehmen, daß häufig oder regelmäßig bereits in den Kinderjahren“ (vom dritten Lebensjahre an) „eine Objektwahl vollzogen wird, wie wir sie als charakteristisch für die Entwicklungsphase der Pubertät hingestellt haben, in der Weise, daß sämtliche Sexualbestrebungen die Richtung auf eine einzige Person nehmen, an der sie ihre Ziele erreichen wollen. Dies ist dann die größte Annäherung an die definitive Gestaltung des Sexuallebens nach der Pubertät, die in den Kinderjahren möglich ist.“ „Man kann es als typisches Vorkommnis ansprechen, daß die Objektwahl zweizeitig, in zwei Schüben, erfolgt. Der erste Schub nimmt in den Jahren zwischen zwei und fünf seinen Anfang und wird durch die Latenzzeit zum Stillstand oder zur Rückbildung gebracht. Er ist durch die infantile Natur seiner Sexualziele ausgezeichnet.“ „Die seelischen und sozialen Äußerungen brauchen nicht mehr vermißt zu werden. Objektwahl, zärtliche Bevorzugung einzelner Personen, ja Entscheidung für eines der beiden Geschlechter, Eifersucht sind durch unparteiische Beobachtungen unabhängig und vor der Zeit der Psychoanalyse festgestellt worden und können von jedem Beobachter, der sehen will, bestätigt werden.“ So kommt es im gleichen Alter zur Ausbildung des Ödipuskomplexes, der nicht etwa durch das elterliche Verhalten pro-

voziert ist, sondern dessen spontane Natur sicher steht, der in mannigfaltiger Abwandlung in Erscheinung treten kann und mit dessen schicksalhafter Entwicklung Eifersuchs- und Haßregungen verbunden sind.

Wenn wir auch aus dieser Darstellung von Trotzäußerungen nichts erfahren, so steht es doch zweifellos fest, daß die psychoanalytische Theorie etwa die gleiche Spanne kindlicher Entwicklung meint, die wir bisher in psychologischer und pädagogischer Beleuchtung kennen gelernt haben. Hier wie dort wird von einer Hochflut des Triebmäßigen, von einer jäh emporgetragenen Gefühlswelle, von chaotischer Aufwühlung des Seelenlebens, von leidenschaftlicher Liebe und glühendem Haß gesprochen. Hier wie dort hören wir von mehr oder weniger deutlichen Sexualäußerungen, von seelischer Differenzierung des Knabens vom Mädchen und von Tendenzen, die auf eine Entscheidung für eines der beiden Geschlechter hindeuten. Hier wie dort sieht man in dieser Lebensphase eine entscheidende Krise, die den Grund zukünftiger Neurosen und Psychopathien abgeben kann und schließlich verlegt man hier wie dort jenen Entwicklungsabschnitt etwa auf dieselben Jahre der frühen Kindheit, läßt ihn aus einem Stadium relativer Ruhe sich erheben und wieder in ein solches zurücksinken. Daß dem Psychoanalytiker manches entgehen mußte und daß er vieles in anderem Lichte sah, das ist wohl zum Teil aus methodischen Gründen zu erklären. Sein Material bestand ja aus Neurotikern. Wenn auch — nach Freuds Annahme — dessen Kinderjahre nicht wesentlich und nur in Hinsicht der Intensität und Deutlichkeit von denen später Gesunder abweichen, so werden doch mancherlei Unstimmigkeiten schon hierdurch allein ihre Erklärung finden, so die behauptete Allgemeingültigkeit des Ödipuskomplexes und die angeblich gesetzmäßig vorkommende Masturbation vor dem vierten Lebensjahre. Bedenklicher ist es schon, daß die Feststellungen der Psychoanalyse nur zum geringsten Teil auf direkter Beobachtung fußen, sondern daß ihnen Untersuchungen an Erwachsenen zugrunde liegen. Freud stellt selbst fest, daß im Jahre 1905, als die Sexualtheorie aufgestellt wurde, die direkte Beobachtung am Kinde nicht in vollem Ausmaße benutzt werden konnte und daß sie nur vereinzelte Winke und wertvolle Bestätigungen ergeben hatte. Seitdem es gelungen sei, durch die Analyse einzelner Fälle von nervöser Erkrankung im zarten Kindesalter einen direkten Einblick in die infantile Psychosexualität zu gewinnen, könne man mit Befriedigung darauf verweisen, daß die direkte Beobachtung die Schlüsse aus der Psychoanalyse voll bekräftigt habe und daß somit ein gutes Zeugnis für die Verlässlichkeit dieser letzten Forschungsmethode abgegeben sei.

Hierzu muß gesagt werden, daß nach Freuds eigenem Bekenntnis die Erinnerungen des Menschen oft Phantasien sind, die er sich später gebildet und in seine Kindheit versetzt hat. Die Kindheitserinnerungen des Menschen hätten oft keine andere Herkunft, sie würden überhaupt nicht, wie die bewußten Erinnerungen aus der Zeit der Reife, vom Erlebnis fixiert und wiederholt, sondern erst in späterer Zeit, wenn die Kindheit schon vorüber sei, hervorgeholt, dabei verändert, verfälscht, in den Dienst späterer Tendenzen gestellt, so daß sie sich ganz allgemein von Phantasien nicht streng unterscheiden ließen. Für die Therapie des erwachsenen Neurotikers hat ja wohl dieser Sachverhalt keine besondere Bedeutung, denn hier handelt es sich darum, Phantasien zu be-

handeln. Umso wichtiger ist er aber für die rückläufig gewonnenen Forschungsergebnisse am Kinde. Als die Psychoanalyse noch das Trauma, z. B. in Form des Stuprums oder des Anblicks einer Koitusszene, für die Ätiologie der Neurose höher bewertete als das jetzt der Fall ist, gab es vermutlich nur wenige Kinder, denen nach psychoanalytischen Feststellungen solches nicht zugestoßen war. Jetzt ist es hiervon still geworden, denn die Lehre hat sich gewandelt und mit ihr scheinbar das Erleben des Kindes. Unter diesen Umständen ist es auch nicht weiter wunderbar, daß durch die direkte Beobachtung am Kinde die aus den Analysen Erwachsener gezogenen Schlüsse bestätigt werden konnten. Der Berg, d. h. das Kind, mußte eben zum Propheten, d. h. zum Psychoanalytiker, kommen, weil nicht dieser seine Theorie nach dem wirklichen Verhalten des Kindes formte, sondern weil das Kind sich seinem Lehrgebäude einfügen mußte. Es handelt sich ja nicht um die Tatsachen selbst, die von vielen Seiten in den wesentlichsten Punkten bestätigt wurden und über deren Allgemeingültigkeit allein nur noch ernstliche Zweifel bestehen können, sondern um ihre Deutung.

Die Entdeckung jener Lebenskrise als einer für die gesamte zukünftige Entwicklung des Menschen entscheidenden Etappe aber war eine geniale Tat, um so bewundernswürdiger als ein verschlungener Weg den Forscher in die frühe Kindheit führte und um so bedeutungsvoller als nun die Forderung an den Erzieher gestellt werden mußte, hier mit seiner Arbeit einzusetzen. Die schöpferische Arbeit der Psychoanalyse hat erst das Fundament für alle weiteren Arbeiten auf diesem Gebiete geschaffen.

Merkwürdig, ja fast unverständlich will es uns scheinen, daß die individualpsychologische Literatur, so weit wir sehen können, die Trotzperiode oder ein biologisches Phänomen ähnlicher Art übergeht. Wenn man allerdings die reiche und oft sehr gut beobachtete Kasuistik, wie sie beispielsweise in der internationalen Zeitschrift niedergelegt ist, durchblättert, dann wird man bald darüber ins klare kommen, daß nicht etwa abweichende Erfahrungen hierfür verantwortlich zu machen sind. Es liegt eher nahe, daran zu denken, daß die Trotzphase mit ihren offenbar endogenen Grundlagen nicht so ganz in das individualpsychologische Lehrgebäude passen wollte. Wir hören ja immer von dieser Seite, daß der Trotz nur durch die Umwelt ausgelöst wird und daß das trotzigste Kind sich nur gegen die Autorität auflehnt. Bekannt und sehr verdienstvoll aber ist es, daß die Individualpsychologie den Gedanken, in der Kinderstube mit der Erziehung zu beginnen, aus dem Reiche der grauen Theorie in die Wirklichkeit des Lebens zu übertragen versuchte. Wenn tatsächlich, wie das Adler ausgesprochen hat, der Lebensstil des Kindes schon im dritten Jahre geformt ist und später eine Änderung seines Wesens fast nicht mehr erwartet werden kann, dann muß auch Neurose und Psychopathie in ihren Grundzügen auf jene frühe Zeit zurückgehen und Prophylaxe wie Therapie hier einsetzen.

Begreiflicherweise kam auch die Kinderheilkunde zu ähnlichen Schlüssen und wir dürfen vor allem hier auf Czerny verweisen, der feststellt, daß das Kind in seinem psychischen Verhalten um so erfolgreicher beeinflusst werden kann, je jünger es ist. Die Trotzphase selbst und ihre krankhafte Abwandlung entging aber dem Kliniker, was um so schwerer begreiflich ist, als er sicher nicht nur von den mit ihr verbundenen Störungen zu hören bekam, sondern

auch selbst oft unter dem ungebärdigen Wesen des Kindes zu leiden hatte. Wir alle kennen jene Fälle, die die Sprechstunde verließen, ohne untersucht worden zu sein, weil Toben und maßloses Schreien die Arbeit des Arztes verhinderte. Das sind verhältnismäßig harmlose Vorkommnisse, die sogar eine humoristische Note bekommen, wenn, wie wir mehrmals hörten, der Kampf zwischen Arzt und Kind zur Demolierung wertvoller Teile des Instrumentariums führte. Ernster wird die Sache aber dann, wenn die Mutter erfahren muß, daß ihr Kind schwachsinnig wäre, eine Diagnose, die in solchen Situationen selbst von hervorragenden Vertretern unseres Faches öfters gestellt worden ist.

Unter solchen Umständen ist es natürlich, daß die Gesamtheit der charakteristischen Züge der Trotzperiode nicht in einen inneren Zusammenhang gebracht werden konnte und daß man sich daher mit der Bezeichnung Nervosität, Psychopathie oder Erziehungsfehler aushalf, ohne darüber ins klare zu kommen, daß hier eine nosologische Einheit vorliegt, die sich um entwicklungsbedingte Vorgänge gruppiert.

Allerdings kam man doch bei einem Krankheitsbild dieser Lebensphase den zugrunde liegenden psychischen Strömungen nahe, nämlich bei den von Neumann zuerst beschriebenen und dann von Ibrahim und von Stier eingehend studierten respiratorischen Affektkrämpfen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß zwischen ihnen und der Trotzperiode enge Beziehungen bestehen. Der Krampfanfall tritt meist bei Ärger, Wut oder Erregung auf und nur bei einem geringen Teile der Fälle schließt er sich an einen Schreck oder ein Trauma an. Nach Husler handelt es sich um den einzigen Typus kindlicher Anfälle, deren Auslösung eine rein affektive ist. Fast ausnahmslos sind diese Kinder auch sonst reizbar und zu zorniger Erregung disponiert. Meist beginnen die Affektkrämpfe Ende des ersten oder im Verlauf des zweiten Lebensjahres und sie finden um das dritte bis sechste Jahr ihr Ende. Selten werden nach dieser Zeit noch Anfälle beobachtet, die als respiratorische Affektkrämpfe im engeren Sinne des Wortes zu bezeichnen sind. Husler verlegt den Termin ihres Auftretens auf die ersten drei bis vier Jahre. „Die respiratorischen Affektkrämpfe sind also eine spezifische Reaktion des frühkindlichen Alters“ (Stier). Bemerkenswert ist die Feststellung dieses Autors, daß das „Wegbleiben“ mit zahlreichen anderen Erscheinungen „vasomotorischer und sensorischer Übererregbarkeit“ verbunden zu sein pflegt. Neben dem Hinweis auf die Neigung zu Temperatursteigerungen, zu vasomotorischen Phänomenen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Nägelkauen, Schreckhaftigkeit und Angst finden wir die Angabe, daß beinahe 50% der Kinder Enuretiker waren und daß fast die gleiche Anzahl unter Schlafstörungen zu leiden hatte. Bei einem Drittel seiner Fälle lagen, wie eine Durchsicht der Krankengeschichten ergibt, Störungen der Sprachentwicklung vor, eine Tatsache, die wichtig ist, die aber von Stier übergangen wird.

Zum ersten Male habe ich in einer ausführlichen Diskussionsbemerkung zu den Referaten über „Die Bedeutung des Erziehungsproblems für den Kinderarzt“, die gelegentlich der Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Hamburg vorgetragen wurden, nachdrücklich auf die psychopathologische Bedeutung der Trotzperiode und auf ihre Beziehungen zu den Psychopathien des späteren Kindesalters hingewiesen. Auch von Homburger wurde damals das Problem berührt und es wurde von ihm seine praktische

Wichtigkeit betont. In eine Erörterung dieser Frage aber trat er nicht ein, weil die Erfahrungen noch nicht ausreichen. Vor der Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde habe ich dann im Jahre 1929 eingehendere Mitteilungen über die Erscheinungsformen des Trotzalters gemacht und schließlich wurden vor einem engeren Kreis von Vertretern der katholischen Waisen und Fürsorgeerziehungsanstalten Deutschlands gelegentlich einer Tagung dieses Verbandes in Freiburg i. B. die praktischen Folgerungen, die sich für die Fürsorge ergeben, zu ziehen versucht.

Im folgenden soll es unsere Aufgabe sein, ein Bild der Trotzperiode von psychopathologischen Gesichtspunkten aus zu entwerfen, und zwar legen wir dieser Darstellung nur jene Beobachtungen zugrunde, die wir in dem charakteristischen Alter, mitten in der kritischen Phase stehend, sahen. Wenn auch bei einzelnen dieser Kinder die handgreiflichen Manifestationen nach der Aufnahme, als Folge des Umgebungswechsels, verschwanden, so bestand doch auch bei ihnen die psychische Situation, auf deren Boden die Symptome erwachsen waren, fort und darum sind sie uns nicht minder wichtig wie jene, bei denen die Erscheinungen sich unter unseren Augen abspielten.

Es ist sehr bemerkenswert, daß der Trotzphase meist und zwar etwa in $\frac{2}{3}$ der Fälle eine Geschichte vorausgeht, die bis in das Säuglingsalter zurückreicht. Nicht selten hören wir von mangelhafter körperlicher Entwicklung, häufiger noch von großer Unruhe, ungewöhnlich vielem Schreien und von gehäuften Erbrechen. Gelegentlich ist von Ekzemen und Intertrigo, von Obstipation oder von Neigung zu Durchfällen die Rede und je einmal erfahren wir, daß ein Pylorospasmus, asthmatische Anfälle und eine schon in den ersten Monaten einsetzende Form stereotyper Bewegungen vorausgegangen war. Überraschend selten scheinen Abstillungsschwierigkeiten zu sein. Obwohl es sich durchweg um Brustkinder handelt, liegt nur einmal die Angabe vor, daß die Flasche hartnäckig verweigert worden ist. Mit der Lehre vom „Trauma der Abstillung“ ist diese Feststellung schwer in Einklang zu bringen!

Bei einer Reihe von Fällen hebt sich der Beginn der eigentlichen Trotzperiode aus solchen, schon in der Säuglingszeit zutage tretenden, Entwicklungsschwierigkeiten nicht klar heraus und in allmählichem Übergang setzen die Erscheinungen ein. Meist aber wird der Erzieher durch die plötzliche Wandlung, die sich im Kinde zu vollziehen scheint, überrascht. Aber auch unter diesen Umständen sind doch wohl oft schon vorher Störungen vorhanden gewesen, deren innerer Zusammenhang mit der unerwünschten Wesensveränderung nur nicht klar erkannt und richtig gewertet wurde. So hören wir z. B. davon, daß solche Kinder auch nach der Säuglingszeit nie mit Appetit gegessen hätten, daß Rezidive der Ekzeme vorgekommen seien, daß eine akute Erkrankung, wie beispielsweise ein Keuchhusten oder eine Ruhr, das Kind sehr heruntergebracht habe, daß wiederholte asthmatische Attacken beobachtet worden wären oder daß die Entwicklung der Sprache mangelhaft gewesen sei. Wir müssen zugeben, daß unsere Anamnesen kein ganz klares Bild darüber ergeben, wie sich die Trotzphase vorbereitete, es scheint uns aber sehr wahrscheinlich zu sein, daß ihre Wurzeln meist — ja vielleicht sogar immer —

schon im Säuglingsalter zu suchen sind und daß sie sich bei genauer Prüfung durch das erste Lebensjahr hindurch bis zur Manifestation der eigentlichen Krise verfolgen lassen. Es wäre sehr wichtig, wenn weitere Forschungen hier Aufklärung schaffen würden.

Die Meinungen über den Zeitpunkt des Beginns der Trotzphase sind geteilt. Wir können mit Sicherheit sagen, daß es Fälle gibt, bei denen die charakteristischen Zeichen schon lange vor dem dritten Lebensjahr, das von den meisten Autoren als das Prädilektionsalter angesehen wird, vorhanden waren, man muß aber nach dem, was wir besprochen haben, überhaupt damit rechnen, daß es oft nicht gelingen kann, einen präzisen Termin für den Anfang der Krise zu umschreiben. Richtig ist aber, auch nach unseren Beobachtungen, daß meist in der ersten Hälfte des dritten Lebensjahres die Erziehungsschwierigkeiten klar zutage treten.

Die folgenden 10 Fälle werden einen umfassenden Blick auf die Symptomatologie der häufigsten und grundlegenden Form des Trotzalters und auf die mit ihm verbundenen, psychopathologisch bedeutungsvollen Äußerungen eröffnen.

Fall 18. B. A., ♂, 2,10 J., ist das einzige Kind. Im ersten Lebensjahre habe er sich gut entwickelt, habe aber spät sprechen gelernt und spräche auch heute noch sehr undeutlich. Vor etwa 4—5 Monaten hätte er eine Hustenerkrankung durchgemacht und es entwickelten sich gleichzeitig und im Zusammenhang mit dieser Zustände von Atemnot, die jeweils eine Stunde lang dauerten, die auch nachts auftraten und die nach ärztlichem Urteil asthmatischen Charakter getragen haben sollen. Die Atmung wäre, besonders bei der Expiration, angestrengt und mit Einziehungen im Jugulum verbunden gewesen. Zwischendurch habe das Kind auch im asthmafreen Intervall immer wieder gehustet. Durch diese Erkrankung sei B. körperlich sehr herunter gekommen, er habe gar keinen Appetit mehr gehabt und in der letzten Zeit fast überhaupt nur noch Wasser getrunken. Vor anderer Nahrung eke er sich, wird er zum Essen genötigt, so brähe er. Schon seit langer Zeit sei B. eigensinnig. Seit seiner Erkrankung wäre es mit ihm aber kaum auszuhalten. Er trample, wenn man von ihm etwas verlange, mit den Füßen, brülle wütend los, mache sich ganz steif, beiße sich in seinem Zorn in die Hände, schläge auf sich selber los und stoße mit dem Kopf gegen die Wand. Neuerdings mache sich außerhalb dieser Wutanfälle, besonders Fremden gegenüber, eine früher nicht beobachtete Schüchternheit bemerkbar. Wegen seiner trotzigigen Art sei der Kleine oft geschlagen und ins Zimmer gesperrt worden, ohne daß diese Strafen genützt hätten.

B. wäre der Mutter gegenüber sehr zärtlich. Mit 2 Jahren sei er reinlich geworden, nasse jetzt aber neuerdings ab und zu wieder Kleider und Bett ein. Er wäre ein leidenschaftlicher Fingerlutscher und habe außerdem die Angewohnheit, in stereotyper Weise mit den Fingern an den Zähnen herumzuspielen.

Vor $\frac{3}{4}$ Jahren habe das Kind, vermutlich im Zusammenhang mit einer fieberhaften Erkrankung, einen schweren halbstündigen Krampfanfall durchgemacht, der aber, ohne weitere Folgen zu hinterlassen, vorübergegangen sei.

Wir haben ein blasses, mageres Kind mit deutlicher Prognathie vor uns. Mit Ausnahme der etwas forcierten, von Einziehungen im Jugulum begleiteten Atmung ist ein krankhafter Befund nicht zu erheben, insbesondere fehlt jede Spur von asthmatischer Bronchitis. Nachts steigert sich die Atemnot vorübergehend, das Kind schläft dann unruhig, wacht aber nicht auf. Nach 14tägigem Aufenthalt setzt — gleichzeitig mit leichtem uncharakterischem Husten — eine Bronchitis ein, deren asthmatischer Charakter unverkennbar ist. Während B. vorher fieberfrei war, treten nun hohe Temperaturen auf und es kommt beim ersten Anstieg zu einem schweren, universellen Krampfzustand. In der Folgezeit bessert sich der ge-

schilderte Lungenbefund überraschend schnell, die Temperaturen bleiben dauernd normale und es verschwindet — auch in der Nacht — die anfangs vorhandene forcierte Respiration. Im Laufe von drei Monaten entwickelt sich B. hervorragend, seine Blässe weicht einer völlig normalen Farbe und das Körpergewicht entspricht dem nach der Länge zu erwartenden.

Gleichermaßen wie der körperliche Zustand und ziemlich parallel mit diesem verändert sich das Wesen des Kindes. In den ersten Wochen war B. so gut wie unzugänglich. Entweder zog er sich scheu und verlegen zurück, wenn man mit ihm in Beziehung treten wollte, und er hielt in einer nicht mißzuverstehenden Art den Arm vor das Gesicht oder aber es kam zu maßlosen Wutanfällen, bei denen der Kleine sich selbst schlug, kratzte und biß, unaufhörlich brüllte und sich auf den Boden warf. Irgendeine Beziehung zu den Altersgenossen war nicht herzustellen. B. stand diesen vollkommen ablehnend gegenüber. Seine Pflegerinnen versuchte er ganz für sich in Beschlag zu nehmen, sie mußten ihn an der Hand führen und durften sich mit den anderen Kindern nicht beschäftigen. Sein Trotz nahm jener Pflegerin gegenüber die schlimmsten Formen an, die am meisten um ihn war, und an der er zweifellos mehr hing als an allen anderen. Seine Liebe galt vor allem aber einem Spielaffen, ohne den er nicht einschlief, den er liebte und der ihn auch bei seinen Wutausbrüchen gelegentlich einigermaßen beruhigte. Wenn der Affekt abgeklungen war, lutschte er am Daumen, ebenso wenn er am Tage wach im Bett lag und wenn er einschlief.

Die Sprache war sehr mangelhaft und fast unverständlich (stammeln). Halbwegs deutlich wurde nur „noch nicht“ als gewohnheitsmäßige Antwort auf alle Aufforderungen ausgesprochen.

Nach 2—3 Monaten hat sich das Kind völlig in seinem Wesen verändert. Trotzscenen sind selten geworden und sie richten sich nur noch gegen ganz bestimmte Personen seiner Umgebung. Im allgemeinen ist B. gehorsam und unschwer zu leiten. Er ist jetzt ein fröhliches Kind, das ganz in seinem Spiel aufgeht und das sich auch der Gemeinschaft der Altersgenossen angeschlossen hat, an deren Treiben er sich rege beteiligt. Er läßt sich auch von den Älteren nicht unterkriegen und wehrt sich seiner Haut. Ausgesprochen ist sein Geltungsstreben, das sich in dem Drang nach Selbständigkeit äußert, aber auch darin, daß er durch übertriebene Albernheiten die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken sucht.

Sprachlich hat das Kind entschiedene Fortschritte gemacht, jedoch stehen diese hinter den sonstigen Veränderungen zurück. „S“ und „K“ werden noch nicht ausgesprochen, sondern durch „D“ und „T“ ersetzt. Auch sonst ist die Sprache noch recht undeutlich.

Wir erfuhren, daß der günstige Zustand nach der Entlassung erhalten geblieben ist.

Der Urgroßvater mütterlicherseits war Asthmatiker, ferner leiden mehrere Angehörige der Familie der Mutter an Diabetes.

Fall 19. H. P., ♂, 3½ J. alt, ist das ältere von zwei Geschwistern. Der Bruder ist 7 Monate alt. H. wäre bei der Geburt sehr kräftig gewesen, habe sich auch später körperlich ganz gut entwickelt und nur mit 6 Monaten eine Grippeerkrankung durchgemacht, bei der er sehr herunterkam. Er wäre aber schon als Säugling unruhig gewesen, habe mehr als andere Kinder geschrien und gelegentlich erbrochen. Dies Erbrechen sei als nervöses aufgefaßt worden.

Seit ungefähr einem Jahre habe sich H. ganz verändert. Es sei ein maßloser Eigensinn aufgetreten, das Kind schreie bis zum Blauwerden und es tue stets gerade das Gegenteil von dem, was man von ihm wolle. Dabei sei es aber von großer Furchtsamkeit und voller Angst, spräche vom Teufel und vom Nikolaus, die es leibhaftig vor sich sähe und die ihm maßlosen Schrecken einflößten. H. könne daher abends auch nicht einschlafen und er verlange zur Mutter ins Bett, die ihm diesen Wunsch auch meist erfülle. Er äße noch nicht allein, habe niemals Hunger, würde bei den Mahlzeiten genötigt und es dauere oft zwei Stunden, bis er mit seinem Quantum fertig geworden sei. Deshalb gäbe man ihm auch eine konzentrierte Ernährung. Seit einiger Zeit sei er verstopft, d. h. er halte den Stuhlgang absichtlich zurück, weil er von keinem anderen als von der Mutter auf den

Topf gesetzt werden wolle. Er erbräche gelegentlich und scheinbar mit Absicht. Mit Altersgenossen käme er viel und gerne zusammen, verträge sich aber schlecht, wolle alles für sich haben und nur das tun, was ihm gerade in den Kopf kommt. Daheim habe er einen Spielgefährten, an dem er mit leidenschaftlicher Liebe hänge und dem er, wenn er mit ihm zusammenkomme, Hände und Füße küsse. Wäre er bei diesem Kinde gewesen, so wolle er nicht mehr nach Hause und es käme dann zu solch elementaren Aufregungszuständen, daß man es für besser gehalten habe, den Verkehr vorübergehend ganz abzubrechen. Daraufhin solle er aber vor Sehnsucht fast krank geworden sein.

H. sei eifersüchtig. Das Verhältnis zu dem jüngeren Geschwister wäre „normal“, doch schlänge er den Kleineren auch oft. Er habe einen ausgesprochenen Drang nach Selbständigkeit, sei ehrgeizig und möchte es den Großen nachtun.

Das Kind hätte merkwürdige Angewohnheiten. Es küsse seinen eigenen Körper, besonders die Füße, lecke sich in eigenartig stereotyper Weise die Hände ab und es onaniere.

Die Mutter hat oft erfolglos zu Prügelein ihre Zuflucht genommen, sie glaubt nicht, daß sie den Knaben verwöhnte und daß dieser übermäßig an sie gebunden wäre. Erst in der letzten Zeit bemerke sie, daß er sie nicht losließe und sie ständig um sich haben wolle.

H. ist ein körperlich gesundes, aber nicht sehr kräftiges Kind. In der ersten Zeit seines Aufenthaltes bereitet er ganz ungewöhnliche Schwierigkeiten, so daß man ihm eine eigene Pflegerin geben und ihn von den anderen Kindern trennen muß. Ohne jeden äußeren Anlaß gerät er in namenlose Wut, schlägt sich selbst und die Kameraden, wirft sich auf den Boden und schreit, bis er zyanotisch wird. Zu irgendeinem Spiel mit den anderen ist er nicht zu bewegen und auch allein spielt er wenig. Er will immer jemanden um sich haben, der sich mit ihm beschäftigt, ihn füttert, ihn auf den Topf setzt und ihn, wie ein ganz kleines Kind, versorgt. Während von einer Schlafstörung nichts beobachtet wurde, werden die übrigen anamnestischen Angaben bestätigt. Die Nahrungsaufnahme ist ungenügend, es erfolgt ab und zu willkürliches Erbrechen, der Stuhlgang wird nur jeden zweiten bis dritten Tag entleert und während der Affektausbrüche, aber auch sonst, führt das Kind die geschilderten stereotypen, höchst eigenartigen Bewegungen aus, die darin bestehen, daß er Hände und Handgelenke unter Hin- und Herwiegen des Rumpfes ableckt. Auch die Onanie wird sichergestellt.

In verhältnismäßig kurzer Zeit treten die genannten Störungen vollkommen zurück, so daß der Kleine nach etwa 10 Wochen als leicht zu lenkendes, sehr selbständiges, gemächlich ausgeglichenes Kind entlassen werden kann. Der Appetit ist gut, die Obstipation verschwunden. Die Stereotypien bestehen, wenn auch in verringertem Grade, fort.

Die Mutter berichtet uns, daß auch zu Hause der günstige Zustand angehalten habe und daß nur noch im Verkehr mit anderen Kindern eine gewisse Rechthaberei und Unverträglichkeit hervortritt.

Weder in der mütterlichen noch in der väterlichen Familie sind Anhaltspunkte für irgendwelche Erbschäden auffindbar.

Fall 20. P. Z., ♀ 1,7 J. alt, hat 2 ältere Brüder von 8 und 4, ferner ein jüngeres Geschwister von 0,6 Jahren. Im ersten Lebensjahre hätte die Kleine sich gut entwickelt, sie habe nur gelegentlich an grippeähnlichen Erkrankungen und urtikariellen Hautprozessen gelitten. Der Fontanellenschluß verspätete sich. Seit dem 3. Lebensmonat bestände bei dem Kinde eine sehr eigenartige Form stereotyper Bewegungen, die sich allmählich zu unerhörter Stärke ausgebildet habe: P. wirft sich, wenn sie ins Bett gebracht wird, auf den Bauch, hockt auf den Armen und Beinen und beginnt nun in maschinenartigem Rhythmus den Leib nach vor- und nach rückwärts zu stoßen. Dieses Verhalten wäre in den späteren Lebensmonaten regelmäßig dem Einschlafen vorausgegangen. Es verschlimmerte sich dann im Anschluß an eine schwere diphtherieähnliche Angina, die die Kleine vor einem Monat überstanden hat, ganz außerordentlich. Gleichzeitig setzten eine Reihe anderer Symptome ein. P., die schon reinlich gewesen war, begann von neuem das Bett täglich einzunässen. War sie sich selbst überlassen, so begann sie am Tage aber

auch ganz besonders vor dem Einschlafen, zu onanieren. Sie lutschte nun auch noch mehr als das schon früher der Fall gewesen war am Finger und man beobachtete manchmal, wie sie gleichzeitig mit der einen Hand masturbierte, während sie die andere am Munde hatte. Der Schlaf wäre zeitweilig sehr unruhig und durch Geschrei unterbrochen. All diese Erscheinungen seien von schweren Trotzäußerungen, die eine erzieherische Beeinflussung ausschlossen, begleitet gewesen. Gleichzeitig habe sich aber auch ein verstärktes Liebesbedürfnis der Pflegerin und unverkennbare Eifersucht dem jüngeren Geschwister gegenüber bemerkbar gemacht. Die Sprache des Kindes beschränke sich erst auf 2—3 undeutlich gesprochene Worte.

Der *Jactatio capitis nocturna* entsprechende Zustände seien eine Eigenart der mütterlichen Familie. Fast jedes Kind der näheren und weiteren Verwandtschaft litte darunter. Auch der ältere Bruder wetze Kopf und Rumpf im Schlaf oder Halbschlaf hin und her. Er wäre ein Kind, das im 2. oder 3. Lebensjahre ebenfalls eine schwere Trotzphase durchlaufen habe und das noch jetzt — neben einer hochgradigen Unruhe — Reste dieser Periode erkennen lasse. Er wolle seine Umgebung um jeden Preis beherrschen und er habe unsere kleine Patientin P. oft aus Eifersucht geplagt. Bei dem vierjährigen Bruder seien die Stereotypien leichter durch Zuspruch zu beherrschen und daher weniger störend. Auch er müsse viel unter der Quälerei des Ältesten leiden und er hielte sich daher auch mehr zu der Schwester.

P. ist körperlich zart, von der überstandenen Infektion noch blaß, sonst aber, — mit Ausnahme von geringfügigen, wenn auch deutlichen Zeichen von Rachitis — ohne Krankheitserscheinungen. Auffallend ist der Gang. Die Füße werden beim Gehen in übertriebener Einwärts- und angedeuteter Supinationsstellung gehalten, so daß große und zweite Zehe des rechten und linken Fußes bei den Schritten übereinander gesetzt werden. Wir vermuten hierin einen Rest frühinfantiler Fußhaltung.

Die ersten Tage der Anwesenheit des Kindes in der neuen Umgebung bringen große Schwierigkeiten mit sich und zwar weniger infolge der ständigen Trotzäußerungen als wegen des Verhaltens in den Nächten. Kaum ist P. ins Bett gebracht worden, so wirft sie sich auf den Bauch und führt halbstundenlang die in der Vorgeschichte geschilderten Bewegungen aus bis sie endlich einschläft. Sucht man das Schütteln zu hindern, so bricht die Kleine in jämmerliches, krampfhaftes Weinen und Schluchzen aus und sie beginnt mit Onanieversuchen. Diese wechseln auch sonst mit den Stereotypien ab. Wenn sie sich unbeobachtet glaubt, legt sie sich gerne auf den Rücken, zieht das Hemdchen hoch, spreizt die Beine und masturbiert. Überrascht man sie in solcher Situation, dann hört sie sofort auf zu onanieren und verkriecht sich unter die Decke. Es ist sicher, daß Schuldgefühle bei dieser, sehr eindrucksvollen, Reaktion eine Rolle spielen. Kaum ist das Kind eingeschlafen, wacht es wieder auf und Schütteln, Unruhe und Onanie beginnen von neuem. Ruhigen Schlaf findet sie erst gegen Morgen.

Unter solchen Umständen war eine medikamentöse Therapie nicht zu umgehen. Auf 0,25 Adalin schläft P. schneller ein als zuvor, der Schlaf wird ruhiger und die *Jactatio* läßt bei ständiger, sorgfältiger, aber sich von jedem brutalen Zwang frei haltender Überwachung nach. Wesentliche Beruhigung schafft es, wenn der Kleinen abends ein Spielhund, den sie innig liebt, mit ins Bett gegeben wird. Einnässen erfolgt noch allnächtlich.

Nach einigen Wochen sind erhebliche Veränderungen des Verhaltens festzustellen. Die Trotzäußerungen verlieren an elementarer Kraft, sie treten nur noch gelegentlich auf, immerhin kommt es noch vor, daß P. vor Wut haut, kratzt und beißt, daß sie sich im Zorn auf den Boden wirft und daß sie, ohne ein Ende finden zu können, ununterbrochen aus Leibeskräften brüllt. Sie beschäftigt sich jetzt auch vorübergehend mit diesem oder jenem Spielzeug, springt aber schnell von der jeweiligen Beschäftigung ab. Den anderen Kindern gegenüber bahnt sich ein gewisser Kontakt an, anfangs ist P. aber stets sehr mißtrauisch. Sie will verwöhnt und vorgezogen werden und die Liebe der Erwachsenen mit keinem anderen teilen. Kümmert man sich nicht um sie, dann zieht sie sich zurück und beginnt mit Pagodenbewegungen oder mit onanistischen Manipulationen. Dazwischen, oder auch gleichzeitig, lutscht sie am Finger.

Parallel zu diesen Anfängen erfreulicher Wesensveränderung verschwindet das Einnässen vollkommen. Nach und nach schläft das Kind — nun auch ohne Schlafmittel — schneller ein und die das Einschlafen begleitenden Gewohnheiten treten allmählich zurück, um schließlich ganz zu verschwinden. Die Nächte sind aber immer noch durch mehrmaliges Aufwachen und oft stundenlanges Wachsein gestört.

Allmählich tritt aber auch hierin eine Wendung zum Besseren ein. Jetzt — nach einem Aufenthalt von fast 3 Monaten — beobachten wir weder am Tage noch in der Nacht etwas von Onanie, der Schlaf ist meist ruhig und ungestört und nur gelegentlich sehen wir noch die in sehr abgeschwächter Form auftretenden Pagodenbewegungen am Tage und eine leichte, stets nach einigen Minuten wieder vorübergehende, Jactatio, die von summendem Gesang begleitet wird und die morgens beim Aufwachen auftritt. P. ist jetzt sonst in ihrer Art von einem normalen, gleichalterigen Kinde nach keiner Richtung hin mehr unterschieden. Sie ist stets fröhlich, beim Spiel mit den anderen Kindern lebhaft beteiligt, sehr selbstständig und ohne Schwierigkeiten zu leiten. Es fällt auf, daß sie besondere Freude daran hat, den Kopf zu verstecken, indem sie entweder unter ein Kissen kriecht oder ihn mit einer Decke, einem Korb und dergleichen bedeckt. Außerdem wird beobachtet, daß P. gerne mit den Fingern in Löchern und Ritzen herumbohrt. Das Fingerlutschen konnte nicht beseitigt werden. Die Sprachentwicklung schreitet schnell voran, immerhin dürfte eine ganz unbedeutende Rückständigkeit noch vorhanden sein.

Es wird uns nach Ablauf einiger Monate berichtet, daß erzieherische Schwierigkeiten bei P. nicht mehr aufgetreten sind. Das Bettnässen ist beseitigt, der Schlaf ungestört und Stereotypien wie Onanieversuche sind wesentlich gebessert.

Fall 21. E. H., ♀, und A. H., ♂, sind $1\frac{3}{4}$ J. alte Zwillinge. Sie haben einen 8jährigen Bruder. Zwischen den beiden Geburten lägen mehrere Aborte.

E. habe sich bisher körperlich ganz gut entwickelt, früh gehen gelernt, spräche aber noch fast gar nicht und nasse noch fast regelmäßig das Bett ein. Sie sei ungeheuer trotzig, fände, wenn sie einmal zu schreien angefangen habe, kein Ende und risse in blinder Wut den Bruder an den Haaren.

Dieser wäre immer zarter als die Zwillingsschwester gewesen. Während E. bei der Geburt $2\frac{1}{4}$ kg gewogen habe, sei A. mit einem Gewicht von nur 1500 g zur Welt gekommen. Man mußte ihn, da er aus der Flasche nicht trinken konnte, mit dem Löffel füttern. Er sei dann später oft erkältet gewesen und huste auch jetzt wieder ab und zu. Als Säugling sei er durch seine Unruhe aufgefallen und habe sehr viel geschrien, jetzt wäre er ängstlich und schrecke z. B. zusammen, wenn er Musik hört oder wenn die Eisenbahn vorüberfährt. Er weine zwar sehr viel, sei aber lange nicht so trotzig wie die Schwester. Auch bei ihm bestände noch Einnässen des Bettes und die Sprachentwicklung habe kaum begonnen.

Die Pflegerin sei mit den Eigenarten der Kinder nicht fertig geworden. Sie werde ungeduldig, prügeln auch wohl darauf los oder sie küsse beide — besonders den Knaben — ab, um sie zu beruhigen.

Während E. ein annähernd normal entwickeltes Kind mit leichter Rachitis und einer Lingua geographica ist, erscheint A. als schwächlich. Er ist blaß, untergewichtig, hypoplastisch und auch bei ihm sind Andeutungen von Rachitis und eine Lingua geographica vorhanden.

Tritt man ins Zimmer der Kinder, so kommt man fast stets zu Szenen, bei denen beide unaufhörlich schreien und weinen. Meist hat der Trotz bei E. angefangen. A. fällt dann aber sofort in das Gebrüll ein. Mit erhobenen Armen laufen sie hinter der Pflegerin her und man errät aus dieser sehr bezeichnenden Geste leicht, daß sie um die Liebe der Schwester kämpfen. Ruhige Zeiten kommen in dieser Kinderstube so gut wie nicht vor. Von einem Spiel ist keine Rede. Niemals sieht man die Kleinen lachen und ihre Gesichtszüge spiegeln sehr deutlich das Unfrohe der Stimmung wieder.

Eine kleine Wendung zum Besseren tritt schon damit ein, daß man ihnen ein dem Alter entsprechendes Spiel — nämlich einen Baukasten — gibt. Mit Bällen, Tieren, Puppen, die sie besaßen, wußten sie nichts anzufangen. In der Folgezeit verschwinden Trotz- und Eifersuchtsszenen überraschend schnell, die Kinder

fügen sich der Gemeinschaft ein und das Unfrohe ihres Wesens weicht einer normalen, kindlich-fröhlichen Art. Auch die Sprachentwicklung macht bedeutende Fortschritte. E. trotz noch gelegentlich, aber nur der eigenen Pflegerin, nie den anderen Erwachsenen gegenüber. Bei A., der gemächlich der weichere und intellektuell der besser Veranlagte ist, kommen Affektausbrüche überhaupt nicht mehr vor. Das Einnässen des Bettes ist bei beiden Kindern zwar seltener geworden, aber im Laufe von 5 Wochen noch nicht beseitigt.

Die weitere Entwicklung der Kinder war ungestört, auch die Enuresis verschwand nach der Entlassung schnell.

Fall 22. H. B., 4,2 J. alt, ♂, hat eine Schwester von 6 Jahren. Als Säugling habe er sich vortrefflich entwickelt und er gediehe erst seit einer Ruhr, die er mit 18 Monaten durchgemacht hat, schlechter. Seitdem litte er auch oft unter Darmstörungen und habe kaum mehr an Gewicht zugenommen. Die Sprache hätte sich verhältnismäßig spät entwickelt und sie sei auch heute noch viel mangelhafter als bei Kindern dieses Alters zu erwarten wäre. Seit einiger Zeit — wie lange vermag die Mutter nicht zu sagen — wäre H. sehr schwer zu erziehen. Er gehorche nicht, tue meist gerade das Gegenteil von dem, was man von ihm verlange, sei außerordentlich erregbar und habe Anfälle gehabt, die als „respiratorische Affektkrämpfe“ angesehen worden wären. Ob auch Laryngospasmen vorhanden gewesen sind, wisse man nicht bestimmt. Er tyrannisiere die Mutter, sei eifersüchtig, wenn sie sich ihm nicht widmet, vor allem wolle er nur immer von ihr auf den Topf gesetzt werden. Sonst halte er den Stuhlgang absichtlich zurück. Auch der älteren Schwester gegenüber träte Eifersucht zutage. Auffallend sei die Ängstlichkeit des Kindes. Man könne geradezu von „nervöser Angst“ sprechen. Diese äußere sich z. B. in der Furcht vor allem Getier und vor dem Weihnachtsmann, sie käme aber auch in den Träumen zum Ausdruck. Zu Hause sei H. sehr unruhig. Seit dem 2. Lebensjahr beobachte man ein merkwürdiges Zittern, besonders in den Armen, das bei freudiger Erregung und bei den Zornanfällen deutlich in die Erscheinung tritt. Auffallend wäre ferner der übermäßige Speichelfluß.

Der Kleine traue sich nichts zu und sei feige. Er wäre auch noch sehr unselbständig. Im Kindergarten hätte er sich an den gemeinsamen Spielen nicht beteiligt, spiele vielmehr fast nur allein und meist in monotoner Weise das gleiche. Erst mit 3 Jahren sei er reinlich geworden. Er onaniert und erbräche gelegentlich.

H. ist ein untergewichtiges schwächliches Kind mit Trichterbrust und X-Beinen. Es besteht ein in der Ruhe nicht sehr deutlicher, feinschlägiger Tremor fast des ganzen Körpers, der aber an Armen und Kopf besonders ausgesprochen ist und der sich bei Erregungen verstärkt. Der Gang ist steif und ungeschickt. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt keinen pathologischen Befund, ebensowenig wie sonstige Krankheitszeichen nachweisbar sind.

In der ersten Zeit nach der Aufnahme tritt die Trotzeinstellung deutlich hervor. Alle Forderungen werden abgelehnt und mit lang dauerndem Geschrei beantwortet. Bei solchen Erregungszuständen zittert H. am ganzen Körper. Auch wenn man ihn auf eine Aufgabe zu konzentrieren versucht, tritt der Tremor deutlich hervor. Die Stimmung des Kindes ist mißmutig. Es ist völlig unselbständig und vermag weder den Löffel zum Munde zu führen, noch einen Knopf zuzumachen, verläßt sich vielmehr ganz auf die Hilfe der Erwachsenen, an die es sich klammert und von denen es verwöhnt und vorgezogen werden will. Auf die anderen Kinder ist H. eifersüchtig. Am liebsten spielt er mit den Zweijährigen, die er aber oft heimlich schlägt. Von den Altersgenossen will er nichts wissen, er zerstört ihnen das Spiel, schreit aber, wenn ihm selbst ein Kind zu nahe kommt und flüchtet dann zu den Erwachsenen. Nehmen diese sich seiner nicht sofort an, so gerät er in grenzenlose Erregung. Beim Waschen klammert er sich voller Angst an die Pflegerin und im Turnsaal traut er sich nicht an die Geräte heran, bei deren bloßem Anblick er schon schreit und zittert. Speichelfluß und Steifigkeit aller Bewegungen sind deutlich. Ab und zu Einnässen des Bettes. Im ganzen hat man den sicheren Eindruck, ein viel jüngeres Kind vor sich zu haben, zumal die Sprache infolge des sehr ausgesprochenen Stammelns, der Armut an

Worten und der Mangelhaftigkeit der Satzbildung einer viel früheren Altersstufe zu entsprechen scheint. Nur mit Mühe gelingt eine Verständigung mit dem Kinde, zumal die Lautbildung verwaschen und unklar ist. Es besteht Lispeln.

Im Verlauf von 4 Monaten verändert sich das Gesamtbild grundlegend. Den Anfang macht die Freude an selbständigem Tun, die sich bald in ausgesprochenem Ehrgeiz und in Hilfsbereitschaft den jüngeren Kindern gegenüber äußert. Fernerhin tritt die Ängstlichkeit in den Hintergrund und es bahnt sich der Kontakt mit den anderen Kindern an, bei denen H. bald sogar besonders beliebt ist. Er geht nun ganz aus sich heraus, nimmt an allem regen Anteil und ist im allgemeinen fröhlich. Eigensinn tritt nur noch selten zutage, doch unterliegt die Stimmung immer noch unerwarteten Schwankungen. Deutlich ist auch weiterhin eine gewisse Eifersucht und Rivalität den Altersgenossen gegenüber, die Sucht im Mittelpunkt zu stehen, sich an die Erwachsenen zu hängen und „kleines Kind“ zu spielen, sowie die Tendenz, sich der Disziplin zu entziehen. Speichelfluß und Tremor sind verschwunden, die Sprachstörung wesentlich gebessert. Das Stammeln ist beseitigt, die Satzbildung dagegen noch mangelhaft und das Lispeln auch weiter vorhanden.

Die Mutter leidet unter depressiven Zuständen, deren Grundlagen zweifelhafte sind.

Fall 23. G. W., ♂, 3 $\frac{3}{4}$ J., ist einziges Kind. Als Säugling nahm er schlecht zu, litt an Ekzemen, war sehr unruhig und schrie viel. Ende des ersten Lebensjahres traten erstmalig asthmatische Zustände auf, die jeweils eine Nacht lang dauerten und die sich meist nach Ablauf einiger Wochen wiederholten. Auch die Ekzeme redizivierten verschiedentlich und verschwanden bis auf geringe Reste erst, als das Kind 3 Jahre alt war. Das Asthma bestand fort und zwar kam es etwa allmonatlich zu recht typischen, nächtlichen Anfällen.

Auch sonst bereitete das Kind erhebliche Aufzuchtsschwierigkeiten. Es sei eigensinnig und schreie oft bis es blau würde und wegbliebe. Zu eigentlichen Krämpfen wäre es dabei aber noch nicht gekommen. Außerdem sei G. scheu und er litte unter Angst. Bisher nähme er keine feste Nahrung, sondern alles in Breiform. Er wolle nicht kauen, erbräche oft und zwar besonders dann, wenn Asthma in der Nacht vorhanden gewesen sei. Die Sprache habe sich erst im Alter von zwei Jahren zu entwickeln begonnen. Jetzt stottere das Kind und es bestände Daumenlutschen.

Wir haben ein normal großes, untergewichtiges, schlaffes Kind vor uns, bei dem geringfügige Ekzemreste vorhanden sind, bei dem eine beiderseitige chronische Otitis med. besteht, das im übrigen aber keinen pathologischen Befund bietet. In der ersten Nacht gegen Morgen Asthma, das sich in der Folge noch mehrere Male wiederholt, mit typischem Lungenbefund und Husten verbunden ist, dann aber verschwindet und bis zur Entlassung nicht mehr auftritt. Die übrigen Angaben der Anamnese werden durch die Beobachtung bestätigt, unter anderem die Unselbständigkeit und die Kau- und Schluckstörung. Das Kind ist unverträglich, nimmt den anderen alles fort, will aber von seinen eigenen Sachen nichts hergeben. Es spielt nie mit Altersgenossen, kann sich dagegen gut allein beschäftigen, fürchtet sich vor den Kindern, die neu hinzukommen, und es ist außerordentlich eigensinnig.

Im Laufe von knapp drei Monaten werden die genannten Eigenarten — einschließlich des Stotterns — vollkommen beseitigt.

Einer Mitteilung der Mutter ist zu entnehmen, daß Asthma und Eßstörung zu Hause bald wieder aufgetreten sind. Bei der weichlichen und unbelehrbaren Art der Mutter war das vorauszusehen.

Fall 24. S. L., ♀, 2,6 J. alt, hat noch ein Geschwister von 13 Monaten. Ein älteres Kind ist gestorben. S. war bis zum 6. Monat Brustkind, gedieh aber mäßig, hatte stets dyspeptische Stühle und litt an Intertrigo. Die Abstillung war schwierig. Wochenlang wurde die Flasche abgelehnt und erst nach einer energischen Hungerkur genommen. Richtigen Appetit habe S. auch bei gemischter Kost nie gehabt. Sie nähme alles mit Widerstreben und die Mahlzeiten sind für die Beteiligten eine Qual, weil S. sich dabei aufs Heftigste sträube, brülle und tobe. Seit einiger Zeit

erbräche sie außerdem vor dem Essen oder bei Tisch und zwar aus Trotz, es sei zweifellos, daß sie versuche, durch ihr Gehaben die Umgebung, für welche der Appetit des Kindes ein Zentralproblem wäre, zu tyrannisieren und sie unter ihre Botmäßigkeit zu zwingen. Verschiedentlicher Pflegerinnenwechsel sei, ebenso wie Magenspülungen, erfolglos geblieben.

Von dem sonstigen Wesen des Kindes werden merkwürdige Einzelheiten berichtet. Schon als Säugling sei S. sehr unruhig gewesen und sie habe stundenlang mit den Füßen auf der Matratze herumgetrommelt. Später, etwa vor einem Jahre, wurde sie namenlos trotzig. Auf einem Spaziergang entlief sie ihrer Pflegerin und legte sich in blinder Wut auf die Gleise der Straßenbahn. Sie zerschlug die gefüllten Flaschen des jüngeren Geschwisters, weil dieses doch auch nicht zu trinken brauche, wenn sie selbst die Nahrung verweigere! Dann aber lief sie heimlich in die Küche, um ihren Hunger an Abfällen, die fortgeworfen waren, zu stillen. Das Kind war um seiner Eigenheiten willen schon bei vielen Ärzten der Tschechoslowakei und Deutschlands, doch mußte der maßlosen Zornmütigkeit wegen stets eine gründliche Untersuchung unterbleiben.

Wir haben ein normal großes, aber untergewichtiges Kind vor uns, dessen Gesichtsfarbe auffallend gelbblau ist und bei dem eine leichte (vermutlich alimentäre) Anämie vorhanden ist. Im übrigen fehlt auf körperlichem Gebiete jeder krankhafte Befund.

S. ist intellektuell weit ihrem Alter voraus. Infolge der sonstigen Eigentümlichkeiten wirkt sie aber doch wie ein viel jüngeres Kind. Sie ist überaus trotzig, vermag es nicht, sich einem fremden Willen unterzuordnen und es kommt auch nach der Trennung von der Mutter zu unbeschreiblichen Wutausbrüchen, besonders bei der Nahrungsaufnahme. Diese Schwierigkeiten werden nach einiger Zeit überwunden, dagegen beschmutzt jetzt das Kind die Hosen, wenn ihm irgend etwas gegen den Strich geht. Auch hiermit gelingt es fertig zu werden und nach 2—3 Monaten ist die Trotzeinstellung so gut wie ganz überwunden und die Einordnung in die Gemeinschaft vollzogen. Die Nahrungsaufnahme ist befriedigend.

Kurz vor der Entlassung kommt es zur einer verbreiteten Strophuluseruption.

Nach den Berichten, die von der Familie einlaufen, hat sich S. weiterhin störungsfrei entwickelt.

Wir hören, daß die Mutter „leicht nervös“ ist, daß aber sonstige Anhaltspunkte für das Vorhandensein hereditärer Schäden nicht vorliegen.

Fall 25. L. S., ♀, 4,1 J. alt, ist einziges Kind. Sie hat sich als Säugling gut entwickelt und auch späterhin habe die Körpervfassung wenig zu wünschen übrig gelassen. Dagegen bereite die Erziehung seit dem zweiten Lebensjahr beträchtliche Schwierigkeiten. L. sei ungewöhnlich eigensinnig und bei den Wutanfällen komme es zu respiratorischen Affektkrämpfen. Der letzte derartige Anfall liege allerdings schon ein halbes Jahr zurück. Früher seien solche Zustände häufiger aufgetreten. Auch während eines im Vorjahre überstandenen Keuchhustens wäre es zu Krampfanfällen gekommen, die sich nach der Ansicht des Vaters, der Arzt ist, von den respiratorischen Affektkrämpfen nur dadurch unterschieden hätten, daß das Kind damals Stuhl und Urin unter sich gelassen habe und daß es danach eingeschlafen sei. Der erste derartige Zustand wäre, genau wie bei den respiratorischen Affektkrämpfen, auch im Zusammenhang mit einer seelischen Erregung aufgetreten und nach der Aufnahme in eine Klinik seien die „Keuchhustenkrämpfe“ verschwunden. Jetzt habe man es mit der Kleinen noch schwerer als früher. Zornanfälle, die manchmal ganz groteske Formen annehmen, seien häufig. Auf offener Straße soll sie sich wütend auf den Boden werfen, z. B. wenn die Mutter jemanden trifft und sich unterhält. Dabei wäre L. ganz besonders liebebedürftig und anschniegender. Sie hätte Angst, wenn sie allein über die Straße gehen soll, schlafe erst spät abends ein und sie schreie oft im Schlafe auf. Die Nahrungsaufnahme sei ungenügend und Erbrechen komme — zeitweilig täglich — vor.

Nach der Aufnahme zeigt es sich, daß L. sich ohne alle Schwierigkeiten dem Kreis der anderen Kinder einfügt. Allerdings fallen gewisse Eigentümlichkeiten der Kleinen auf. Sie sucht offensichtlich, sich in den Vordergrund zu stellen, zum Teil

durch besonders gute Leistungen, beispielsweise beim Turnen, zum Teil aber auch durch ein unkindliches, ja geradezu affektiertes Gehaben. Sie will immer alles besser wissen wie die anderen und selber immer die schönsten und feinsten Sachen besitzen. Deutlicher Trotz tritt auch hier zutage, jedoch läßt er sich mit gütlichem Zureden meist überwinden. Häufig kommt es, wenn nicht alles nach Wunsch geht, zu Heulszenen. L. sucht den Anschluß an die älteren Kinder, denen sie es an Selbständigkeit gleich tun möchte, während das Verhältnis zu den Altersgenossen durch eine gewisse Rivalität getrübt wird. Es scheint uns, als hinge sie besonders an der Mutter, die zu Hause Ziel ihrer Trotzäußerungen ist. Von Störungen der Nahrungsaufnahme und des Schlafes wurde — im Gegensatz zu den häuslichen Erfahrungen — nichts beobachtet.

Obwohl die Eltern nach der Heimkehr des Kindes den ersten Versuch machen, ihr erzieherisches Vorgehen der Situation anzupassen, treten die alten Schwierigkeiten bald wieder von neuem auf. Allerdings war L. auch nur 6 Wochen lang von den Eltern getrennt.

Fall 26. R. S., ♂, 2,5 J. alt, ist einziges Kind. Er wäre als Säugling unruhig gewesen, habe viel erbrochen und an Rachitis gelitten. Im Anschluß an die Impfung hätte sich ein angeblich stark juckendes Ekzem entwickelt, das zu einer Schlafstörung geführt haben soll. Juckreiz und Schlafstörung überdauerten aber die Hautaffektion, die innerhalb einiger Wochen restlos abgeheilt wäre. Seit einem halben Jahr etwa wache das Kind durchschnittlich 5—6mal in jeder Nacht auf, es liege dann manchmal 1—2 Stunden wach, schreie und weine, solange, bis die Mutter ans Bett kommt und jammere kläglich darüber, daß es nicht einschlafen könne. Die Anwesenheit der Mutter beruhige es sofort und führe den Schlaf prompt herbei. Störungen des Einschlafens hätten nur vorübergehend bestanden, dagegen wäre R. regelmäßig schon zwischen 4 und 5 Uhr früh wach und er wolle dann — trotz seiner offenbaren Müdigkeit — aufstehen. Es scheine so, als litte das Kind unter Angstträumen. Mannigfaltige ärztliche Bemühungen, den unerträglichen Zustand zu beseitigen, seien fehlgeschlagen und körperliche Strafen hätten versagt. Auch das Kratzen der Haut bestände — trotz Fehlens jeder Hautaffektion — fort.

Seit einigen Monaten wäre R. außerordentlich aufgeregt, unruhig, hemmungslos und eigensinnig. Bettrein sei er bisher noch nicht geworden, und auch am Tage melde er sich nicht. Er sei noch recht unselbständig, könne z. B. noch nicht allein essen und er lutsche beim Einschlafen am Bettzeug.

R. ist ein recht gut entwickeltes Kind, dessen Haut, besonders im Bereich des Gesäßes, mit Kratzeffekten bedeckt ist. Es sind leichte Zeichen überstandener Rachitis vorhanden.

Innerhalb der ersten Wochen wacht das Kind nachts meist einmal für kurze Zeit auf, liegt dann aber vollkommen ruhig da und schläft schnell wieder ein. Innerhalb dieser Zeit erfolgt mehrmals Einnässen des Bettes. Späterhin ist der Schlaf völlig ungestört und die Enuresis gleichzeitig beseitigt. Herumkratzen an der Haut wird öfters nach dem Aufwachen beobachtet.

Auch die Feststellungen über das Wesen des Kindes weichen von den Angaben der Anamnese ab. R. ist durchaus harmonisch, naiv-kindlich, gehorsam, verträglich und normal selbständig.

Der Vater leidet an Gicht, Mutter und Großmutter mütterlicherseits an Gallen- und Nierensteinen.

Als wir das Kind nach einem Jahr wiedersahen, hatte es sich nach jeder Richtung hin gut entwickelt, insbesondere war die Schlafstörung nicht wieder in Erscheinung getreten.

Im Brennpunkt der zunächst verwirrenden Fülle von Erscheinungen steht bei all diesen Kindern der Trotz, der ja auch dem ganzen Phänomen den Namen gegeben hat, und der in mannigfaltigster Abwandlung den Erzieher vor immer neue und überraschende Aufgaben stellt, die offenbar mit Gewaltkuren nicht gelöst werden können. Oft ist es tatsächlich ein wahrer Sturm

der Affekte, in den das Kind hineingerissen wird und der zu den wilden, mit elementarer Macht hervorbrechenden Entladungen führt, bei denen Eltern, Erzieher, Kameraden gekratzt und gebissen werden, bei denen das Kleine bis zum Blauwerden oder gar bis zum Einsetzen eines Krampfanfalles schreit, bei denen in namenloser Erregung der eigene Körper mißhandelt und der Kopf gegen die Wand geschlagen wird oder bei denen Kleider zerrissen und Spielsachen zerstört werden. Solche Zustände können sogar nach dem Aufwachen aus ruhigem, nächtlichem Schlaf unvermittelt einsetzen.

Das alles kann unmöglich bloße Verneinung oder bloße Ablehnung fremder Einwirkung sein, ebensowenig aber bloße Funktion eines noch plan- und ziellosen Wollens! Hier müssen vielmehr Mechanismen in Gang gesetzt worden sein, die primitivste, urtümliche und elementare Flucht- und Abwehrreflexe mobilisieren.

Freilich, nicht stets sind die Äußerungen des Trotzes von solcher Gewalt. Es gibt mildere Formen und dann auch solche — besonders bei etwas älteren Kindern — bei denen ein Akzent des Gewollten oder des Gekünstelten anklingt, und andere, deren Affektstürme ausschließlich auf eine ganz bestimmte Persönlichkeit gerichtet sind, der sich das Liebesverlangen des Kindes besonders zuwendet. Fehlt dieses Ziel — weilt z. B. die Mutter nicht in der Nähe — dann ist die Stimmungslage ruhig und ausgeglichen.

Manche Kinder empfinden diese Sturmzeiten geradezu als etwas ihrem sonstigen Wesen Fremdes, das ihnen von einer unbekannten Macht, einem Dämon, aufgezwungen wurde, mit dem sie nicht allein fertig werden können und das wie ein böser Geist oder ein heimtückischer Teufel in sie hineingefahren ist. Ähnliche Bemerkungen hört man manchmal von den Älteren, aber auch die Kleinen verlangen nicht selten selber nach Schlägen und es wäre grundfalsch, in solchem Wunsch immer und von vornherein nichts als sexuelle Triebfedern zu wittern. Die volkstümliche Rede vom Bock, der an den Hörnern genommen und ins Wasser geworfen wird, ist nicht nur ein beliebtes Scherzwort, sondern es steckt in ihr vermutlich ein gutes Stück psychologischen Erkennens.

Die Trotzäußerungen sind aber überhaupt nur die eine Seite des Wesens dieser Kinder. Hinter ihrer aufdringlichen Fassade spielt sich anderes ab, das selbst aufmerksamer Beobachtung entgehen kann und das die Erzieher nicht allzu wichtig zu nehmen pflegen, weil ihnen daraus keine weiteren pädagogischen Schwierigkeiten erwachsen.

Ausnahmslos liegt hinter jener Auflehnung und ihren Sturmszenen die Selbstunsicherheit und die Angst.

Auch bei Homburger findet sich die Bemerkung, daß die Angst die Reizbarkeit steigern kann und daß hinter dieser oft nur eine durch deren Ausbrüche bis zur Unkenntlichkeit übertönte Angst steckt. Ob diese Stimmungslage sich an irgend ein Objekt heftet oder ob sie objektlos „frei flottierend“, aber darum nicht minder deutlich, das gesamte Wesen des Kindes in den ruhigen Intervallen bestimmt, diese Frage hat nur sekundäre Bedeutung. Furcht und Angst haben in diesem frühen Alter so viel Gemeinsames, daß eine begriffliche Scheidung unmöglich wird, sie sind — wie Stern treffend hervorhebt — zwei verschiedene Seiten einer einheitlichen Gemütsverfassung. Wer unsere Krankengeschichten durchgesehen hat, dem kann die durch den Trotz maskierte Unsicherheit und Angst, die allenthalben zutage

tritt, nicht entgehen. Deutlicher aber noch wird solche Erkenntnis dem, der das Kind von früh an bis in die späte Nacht um sich hatte. Ob bei dem einen schon der bloße Gedanke an den Nikolaus maßlosen Schrecken erregt, ob bei einem anderen die durchs Haus flatternden Schwalben zu einer Quelle der Angst werden, ob ein drittes schon beim Betreten des Turnsaales zittert, sich an die Erwachsenen klammert und in jämmerliches Schluchzen ausbricht, wenn man ihm zumutet, eine harmlose Übung an irgendeinem Gerät zu machen — alle solche „Kleinigkeiten“ sollten der Anlaß sein, einen Blick hinter die Kulisse der Trotzes zu tun. Man könnte das Register ähnlicher Zeichen der Unsicherheit nach Belieben vermehren und z. B. schildern, mit welcher Ängstlichkeit und welchem Mißtrauen oft den Kameraden entgegengetreten wird, wie Dunkelheit, unheimliche Geräusche, Hunde und andere harmlose Tiere die Angst mobilisieren, wie dann auch vor allem im Schlaf und in den Träumen die Grundstimmung sich ausdrückt und wie die körperliche Nähe der Mutter gesucht wird. Aber die Aneinanderreihung dieser Zeichen wird dem Einwand begegnen, daß solche Affekte samt ihren Manifestationen auch dem normalen, seelisch ausgeglichenen Kinde nicht fern liegen, ja, daß sie sogar zum Teil erbliche Grundlagen hätten. Wenn auch diese letzte Meinung heute nicht mehr allgemein anerkannt wird, so scheint doch der Gedanke der „Instinktfurcht“ vor Dunkelheit, Gewittern, Spinnen, Mäusen und anderem Getier, sowie vor allem Unheimlichen noch in der Psychologie lebendig zu sein und mit biologischen Notwendigkeiten begründet zu werden (Stern, Groos). Um die Diskussion der Frage, ob erblich vorgebildete Mechanismen solchen und ähnlichen Furchtreaktionen zugrunde liegen, geht es uns nicht, dagegen um so mehr um das wichtige Problem, ob notwendigerweise solche Affekte auf der Entwicklungslinie des normalen Kindes liegen müssen oder ob sie eher durch äußeres Erleben an das Kind herangebracht sind, wobei natürlich auch eine anlagemäßige Grundlage vorauszusetzen wäre.

Vor kurzem hörten wir, daß die Patienten einer Kinderklinik bis zu dem Augenblick frei von jeder Gewitterfurcht waren, als eine Krankenschwester die Pflege übernahm, die ihre eigene Angst nicht verbergen konnte. Ja sogar das Getöse der krepierenden Fliegerbomben störte die Kinder solange nicht, bis die gleiche Pflegerin in das Krankenhaus trat! Wir könnten solche Erfahrungen vielfach durch ähnliche Beobachtungen bestätigen und wir weisen ganz besonders darauf hin, welch mächtigen Einfluß der Umgebungswechsel, besonders bei kleineren Kindern, auf die Furcht- und Angsterlebnisse zu haben pflegt.

Unter diesen Umständen möchten wir dringend davor warnen, die endogenen Strömungen allzu hoch einzuschätzen. Bevor wir von einer allgemeinen Anlage zum Haben solcher Furchterlebnisse, deren Existenz wir durchaus nicht in Abrede stellen wollen, sprechen, sollte erst festgestellt werden, welchen Einflüssen das Kind in früher Lebenszeit oder auch späterhin ausgesetzt gewesen ist.

Aber, selbst wenn auch das seelisch sonst ausgeglichene Kind zeitenweise von ähnlichen Affekten überfallen wird, auch dann kann nicht bezweifelt werden, daß bei unseren kleinen Patienten, die Disposition zu solchen Erlebnissen eine mächtige Steigerung erfahren hat. Ferner aber sind Fälle gar nicht selten, bei denen sich außerhalb der eigentlichen Trotz-

äußerungen die Unsicherheit des Kindes in einer merkwürdigen Mischung von Scheu und Verlegenheit auf der einen und Opposition oder Auflehnung auf der anderen Seite zu erkennen gibt. Wenn wir uns mit diesen Kleinen in Verbindung setzen wollen, dann können solche Annäherungsversuche einen Trotzzustand provozieren. Andere aber halten in einer unverkennbaren Sprache der Gebärden den Arm schützend vor die Augen, vielleicht schlüpfen sie auch mit dem Kopf unter eine Decke oder sie entziehen sich dadurch allem weiteren, daß sie gegen die Wand des Zimmers retirieren, wenn sie es nicht gar vorziehen, unter dem Schreibtisch oder dem Sofa zu verschwinden. Von diesem Typus des trotzig-ängstlichen Kindes der Trotzperiode führen nun alle Übergänge zu einem weiteren Bild, bei dem die Selbstunsicherheit nicht mehr durch den Sturm anderer Affekte überlagert ist. Wir werden später auf diese wichtige Variante zurückzukommen haben.

Der Versuch, tiefer in die Wesensart des Kindes der Trotzphase einzudringen, führt zu einer Reihe von weiteren, grundlegenden und gesetzmäßigen Feststellungen, die sich auf das Verhältnis des Kindes zu den anderen Menschen, zu Eltern, Erziehern und Spielgefährten beziehen. Die Tendenz, sich an die Mutter oder an die Pflegerin zu klammern, deren Zuwendung ganz und gar zu beanspruchen, ihre Liebe mit niemandem sonst teilen zu wollen, ist fast stets unverkennbar. Wir Kinderärzte kennen solch Verhalten sehr genau und haben oft Gelegenheit, in ähnlichen Situationen als Pädagogen zu wirken. Offenbar wird der diesem Alter angemessene Schritt zur Selbständigkeit, zur Angleichung an die Handlungsweise der Erwachsenen nicht getan, die Säuglingsinstinkte behalten regelwidrigerweise ihre Herrschaft und das Bedürfnis nach Schutz und Pflege besteht in unveränderter Stärke fort. Nun soll die Mutter dem Kinde, wie es im ersten Lebensjahre der Fall war, weiter immer zu Diensten sein, sie soll es, wie damals, füttern, ihm womöglich noch eine Nahrung geben, die flüssig oder breiförmig ist und die das lästige Kauen unnötig macht, sie soll es, obschon das Kleine längst zu gehen vermag, wieder tragen oder fahren, es in ihrem Zimmer oder gar in ihrem Bett schlafen lassen und es mit der gleichen Zärtlichkeit, die dem Säugling zugewandt wurde, umgeben. Niemand wie die Mutter selber darf das Kind auf den Topf setzen und „das Geschenk der Stuhlentleerung“ wird zu einer Ehrengabe, derer sie allein gewürdigt wird. Solche Tendenzen setzen sich mit der leidenschaftlichen Kraft triebmäßig gesteuerter Strebungen durch und sie wenden sich, wenn sie ihr Ziel nicht zu erreichen vermögen, manchmal auch einem leblosen Spielzeug oder einem schwärmerisch geliebten Freunde zu.

Auch hier sollte man sich davor hüten, die Bedeutung der Anlage allzu hoch einzuschätzen, denn man sieht manchmal, wie die im normalen Entwicklungsrhythmus liegenden Strömungen sich geltend machen, sobald durch einen sinnvollen Wechsel der Erziehungsmethoden die künstlich aufgerichtete Stauwehr niedergelegt wurde. In späteren Jahren allerdings sind die Stellungen des Kindes schon versteinert und dann wird die Entwicklungshemmung vorwiegend genotypischen Faktoren zur Last gelegt werden, während die Umwelteinflüsse fälschlich zu kurz kommen. Beim kleinen Kinde aber beweist der nicht selten mit geradezu elementarer Gewalt zutage tretende Drang nach eigenem, von fremder Hilfe unabhängigem Tun, daß jene schlummernden Kräfte nur künstlich niedergehalten worden waren.

Zu dem Ringen des Kindes um den bevorzugten Platz unter der wärmenden Sonne der mütterlichen oder pflegerischen Liebe muß die Eifersuchts- und Haßregung gegen jeden anderen gehören, der ihm diesen Rang streitig machen könnte. Gelegentlich ist der Vater, auch wohl die Spielgenossen, meist aber das Geschwister Ziel solch feindseliger Regungen, deren große Bedeutung für die Trotzphase uns noch beschäftigen wird. Ambivalente Gefühle spielen hier eine — auch diagnostisch bedeutungsvolle — Rolle. Wir müssen uns stets daran erinnern, daß neben der Liebe auch der Haß seinen Platz hat.

Daß solche Stellungnahmen des Kindes auch auf anderen Gebieten dem Hineinwachsen in die Welt der Erwachsenen im Wege sein müssen, das ist Selbstverständlichkeit, und so haben auch Ch. Bühler, Busemann und Kroh das soziale Erleben während der Trotzphase gewürdigt und zum Teil hier sogar das grundlegende Geschehen zu finden gemeint.

Im Gegensatz zu früheren, irrigen Annahmen wissen wir jetzt, daß schon das Kind des ersten Lebensjahres in seinem Kontaktstreben primär sozial positiv eingestellt ist (Ch. Bühler). Zwischen dem ersten und zweiten Lebensmonat zeigt sich das z. B. in der ansteckenden Wirkung des Schreiens eines anderen Säuglings und in der Reaktion auf die menschliche Stimme. Im zweiten bis dritten Monat tut es sich in dem Anlächeln der Erwachsenen kund, ferner in zahlreichen anderen Verhaltensweisen, die sich im Laufe des ersten Jahres soweit ausbilden, daß mit dem Abschluß dieses Zeitraumes schon Ansätze zu einer Spielgemeinschaft beobachtet werden (Ch. Bühler). Bei solchem Zweierkontakt bleibt es zunächst, doch ist mit Beginn des zweiten Jahres schon für Momente ein Dreierkontakt möglich (Reininger) und am Ende dieses Jahrganges entwickelt sich das erste Gruppenspiel (Ch. Bühler). Allerdings ist hierin noch nichts von dem Begriff einer Gemeinschaft, von hypertelischen Strebungen, zu spüren (Stern). Aber der Drang nach sozialem Kontakt führt das Kind Schritt für Schritt jenem Ziele entgegen, dessen vollendeter Ausbau in erst viel späterem Alter erwartet werden kann.

Diese Entwicklung, die übrigens nach unseren Beobachtungen sehr von der Umwelt abhängt und deren Tempo oft ein viel rascheres zu sein scheint, wird nun durch die Trotzphase — manchmal leider für die Dauer — abgebrochen. Statt dem Streben zu den Anderen finden wir stürmische Abwehr, Ablehnung jeden Kontaktes und ein Zurückziehen auf sich selbst, das jegliches Gruppenspiel, ja jede Annäherung an den Altersgenossen unmöglich macht. Andere schreiten zum Angriff, schlagen, beißen und kratzen die Kinder, die sich zu nähern wagen und zerstören deren Spiel. Viele können sich allein sinnvoll und altersgemäß beschäftigen, während andere auch dazu nicht imstande sind, sondern monotone, stundenlang in der gleichen Folge wiederholte Spieltätigkeiten bevorzugen, ein Verhalten, das ganz und gar nicht dem Abwechslungsbedürfnis dieses Alters, wie es von Hetzer z. B. geschildert wird, entspricht. Schließlich gibt es eine weitere Gruppe, die — jedem Spiele abhold — in sinnloser motorischer Betätigung ihr Genügen findet.

All das sind die Bausteine, aus denen sich das Gebäude der ins Krankhafte verzerrten Trotzperiode zusammensetzt und es kann nun nicht mehr überraschen, daß viele solcher Kinder im wahren Sinne des Wortes das Lachen verlernt haben, daß sie der Umwelt unfroh, gequält und verärgert gegenüber-

stehen und daß diese Grundstimmung auch in den Gesichtszügen ihren Ausdruck findet.

Und nun, nachdem wir die Grundlagen der Trotzperiode kennen lernten, werfen wir noch einen flüchtigen Blick auf ihre sogenannten Symptome, die mit magischem Zauber zwar den ärztlichen Blick anziehen, die aber doch gar nichts anderes sind als Ausdrucksformen jener seelischen Situation, die wir schilderten. Vorläufig stehen diese Zeichen nur nebeneinander, ohne daß ein innerer Zusammenhang zwischen ihnen und der psychischen Verfassung des Kindes erkennbar wäre. Da stoßen wir auf die bekannten und gefürchteten Störungen der Nahrungsaufnahme und auf Formen des Erbrechens, die manchmal sehr willkürlich anmuten. Wir verzeichnen die Häufigkeit von allerhand Störungen der Sprachentwicklung, unter denen Verzögerungen geringen Grades, Stammeln und Hemmungen des Aufbaus der Rede die bevorzugte Stelle einnehmen, unter denen aber auch das Stottern zu finden ist. Verspäteter Erwerb der Reinlichkeit, Einnässen und Einkoten, gehören nicht selten zum Bilde der Trotzperiode, ebenso wie Schlafstörungen, die sogar einen bevorzugten Platz einnehmen, und die sich als *Pavor nocturnus*, als erschwertes Einschlafen, als häufiges Aufwachen, Angsttraum oder sonstwie äußern können. Unverkennbar ist dann weiterhin die Neigung zu allerhand Stereotypien und Angewohnheiten, vor allem zum Lutschen an den Fingern, zum Herumzupfen und Saugen am Bettzeug oder an den Lippen, zum Belecken des eigenen Körpers, zum Kratzen an der Haut, schließlich zu Pagodenbewegungen und zur *Jactatio capitis nocturna*. Hierher gehört auch die Onanie, die sicherlich viel häufiger ist als aus unseren Krankengeschichten hervorzugehen scheint, weil leider die Eltern, aber auch oft das ausgebildete Pflegepersonal, absichtlich die Augen hiavor verschließen. Manchmal endlich scheinen auch motorische Rückständigkeiten vorzukommen, so fiel uns z. B. bei Fall 20 eine Art des Ganges auf, die durch eine eher dem Säuglingsalter entsprechende Fußstellung charakterisiert war und bei einem anderen (Fall 22) ein im Laufe der Behandlung schnell verschwindender Tremor im Bereich der oberen Extremitäten, der ebenfalls an gewisse allbekannte, spastische Phänomene der ganz frühen Kindheit erinnerte.

Ob das mehrfach beobachtete Asthma in irgendwelchem inneren Zusammenhang mit den Affektstößen der Trotzphase steht, das ist eine Frage, die zwar aufgeworfen, aber leider nicht von uns beantwortet werden kann.

Wir werden später den Versuch unternehmen, die Fülle dieser Symptome den zugrunde liegenden seelischen Strömungen sinnvoll einzuordnen, vorläufig steht uns aber noch die Aufgabe bevor, den Beweis dafür zu liefern, daß die Trotzperiode nicht nur in der typischen Form, wie sie unseren bisherigen Schilderungen zugrunde lag, auftreten kann, sondern, daß es auch Bilder gibt, die sich dem Beobachter in wesentlich anderer Gewandung darstellen.

Schon früher hatten wir den Versuch unternommen, den Trotz zu entlarven und wir entdeckten hinter seiner täuschenden Maske die Unsicherheit des Kindes und seine Angst. Wenn wir nun jetzt einem neuen Typus begegnen, dann wird es sich zeigen, daß manchmal — und vermutlich häufiger als wir denken — uns die Persönlichkeit ohne die sinnverwirrende Drapierung aufdringlicher Trotzäußerungen entgegentritt.

Fall 27. K. E., ♀, 3½ J., ist zweites Kind nach einer sechsjährigen Schwester. Als Säugling hätte sich die Kleine gut entwickelt, sie sei nur oft verstopft gewesen und habe spät sprechen gelernt. Im Kleinkindesalter wäre K. recht mager geworden, habe unter Ekzemen zu leiden gehabt, hätte unruhig geschlafen und mit Leidenschaft am Daumen gelutscht. Seit etwa 3 Monaten erbräche das Kind bei jeder Mahlzeit und es nähme so gut wie nichts mehr zu sich. Die Eltern sahen darin Trotzäußerungen, ließen die Kleine am Katzentisch essen und strafften sie auch sonst, ohne damit einen Erfolg zu erreichen. Die ältere Schwester verspottete die Unart der jüngeren. Schon 1½ Jahre früher sei bei K. eine solche Brechperiode vorgekommen. Damals hätte sich das Kind in seinem Wesen ganz verändert, es wäre gedrückt und traurig geworden, habe — obschon es schon gehen konnte — den Wunsch gehabt, getragen oder gefahren zu werden und — mit Ausnahme von Bananen — kaum noch etwas gegessen.

Auch bei der älteren Schwester seien im Alter von 2—3 Jahren ähnliche Störungen beobachtet worden. Diese habe damals, obwohl sie schon reinlich geworden war, eine Zeitlang gleichfalls scheinbar aus Trotz das Bett beschmutzt.

Erziehungsschwierigkeiten anderer Art wären bei K. kaum vorhanden, doch sei gelegentlich bei dem im übrigen ungewöhnlich fügsamen Kinde ein gewisser Eigensinn festzustellen.

K. ist ein mageres, graziles, hochgeschossenes Kind mit ausgesprochener Gewebsschlaffheit (X-Bein, genu recurvatum) und einer Andeutung von Trichterbrust. Erbrechen wird nur am ersten Tage beobachtet, späterhin bleibt es aus. Der Appetit ist befriedigend. Man gewinnt von der Kleinen den Eindruck einer seelisch überaus zarten und den Ansprüchen des Lebens nicht voll gewachsenen Persönlichkeit. Sie gerät außer sich, wenn sie sich irgendwie zurückgesetzt fühlt, möchte überall die Erste sein, ohne sich dabei sonderlich anzustrengen. Von irgend welchem Trotz wird nichts bemerkbar. Wie früher mit dem Erbrechen und der Appetitstörung, so will sie sich jetzt mit ihren guten Leistungen bei Tisch hervortun. Der viel robusteren Schwester ordnet sie sich unter und bewundert sie restlos, während diese die Kleine zu unterdrücken versucht und sie ihre Überlegenheit fühlen läßt. Es ist wahrscheinlich, daß K. durch Erbrechen und Nahrungsverweigerung Zuwendung und Interesse ihrer Umgebung auf sich zu lenken sucht, ja es spricht sogar manches dafür, daß diese Motive dem Kinde nicht ganz unbewußt geblieben sind.

Die elterliche Erziehung ist nüchtern und durch Standesvorurteile bestimmt. Die Mutter steht dem Kinde kühl gegenüber. Ein wärmerer Ton scheint das Verhältnis zwischen Vater und Tochter zu bestimmen.

In der mütterlichen Familie sollen zahlreiche Mitglieder an ernsteren nervösen Störungen leiden.

Fall 28. E. L., ♀, 4,2 J. alt, hat noch einen Bruder von 10 Monaten. In der ersten Lebenszeit hätte sie einen Pylorospasmus durchgemacht, der erst mit ¾ Jahren ausgeheilt wäre. Sie habe sich körperlich langsam entwickelt und sei immer eine schlechte Esserin gewesen. Infolge ihrer Erkrankung soll sie von einem Kindermädchen, das jahrelang bei ihr war, sehr verwöhnt worden sein. Diese habe das Kind oft zu sich ins Bett genommen. Im Alter von 2 Jahren hätte eine Schlafstörung eingesetzt, die in wechselnder Stärke bis jetzt anhielte. Früher sei das Kind oft erst gegen 2 Uhr nachts eingeschlafen. Sie sei dann, solange sie wach war, unendlich gewesen, hätte sich außerordentlich aufgeregt und habe jämmerlich geweint. Nahm die Mutter sie aber zu sich ins Zimmer, so habe sie sich beruhigt und bald geschlafen. Dann seien Zeiten gekommen, während derer das Einschlafen zwar ungestört vor sich gegangen sei, E. wäre jetzt aber oft aufgewacht und sei dann ungezogen und eigensinnig gewesen. In den letzten Monaten habe sich der Schlaf gebessert. Es fiel auf, welcher Widerspruch zwischen dieser ungebärdigen Art des Kindes in der Nacht und seinem Verhalten am Tage besteht. E. begehre niemals auf, ja sie füge sich einem fremden Willen sogar besonders leicht. Sie sei nicht besonders lebhaft, spiele lieber allein wie mit anderen Kindern, sei weder an Vater noch an Mutter übertrieben gebunden und wäre auch ohne Eifersucht auf den jüngeren Bruder. Auffallend sei nur ihre Ängstlichkeit vor manchen

harmlosen Tieren, insbesondere Fliegen. Im Bett zupfe sie gewohnheitsmäßig an den Wollfäden der Decke und sie lutsche mit Leidenschaft am Finger.

Wir haben ein auffallend kleines, zierliches, aber körperlich gesundes Kind vor uns. E. versucht es, sich allenthalben in den Vordergrund zu stellen und die Aufmerksamkeit auf ihre Person zu lenken. So ist auch ihre unkindliche Eitelkeit zu verstehen. Durch diese Art wird ein Selbstbewußtsein vorgetäuscht, das tatsächlich gar nicht vorhanden ist. Im Gegenteil ist die Kleine sogar im Grunde unsicher und ängstlich. Sie fürchtet die Schwalben, die im Hause umherflattern, will nie allein bleiben, immer an jemandes Hand genommen werden und die Schwester soll, wenn E. ins Bett gebracht wird, auch schlafen gehen. Für Zärtlichkeit und Liebesbeweise ist sie sehr empfänglich. Mit anderen Kindern spielt sie ungern, zieht sich sogar von diesen zurück und beschäftigt sich am liebsten allein. Ihre altklugen Bemerkungen stehen im Widerspruch zu der Tatsache, daß nach manch anderer Richtung hin noch nicht das altersgemäße Entwicklungsniveau erreicht worden ist. Manchmal kommt es vor, daß die Kleine — scheinbar aus Trotz — Bissen, die sie schon in den Mund genommen hat, auf den Teller spuckt. Im übrigen aber ist E. ganz besonders fügsam und unschwer zu leiten. In den ersten Nächten dauert es ungefähr 1 Stunde, bis sie einschläft, sie ist dann etwas unruhig. Bald aber verschwindet auch dieser Rest der Schlafstörung. Nur einmal wird ein pavorähnlicher Zustand beobachtet.

Nach der Rückkehr ins elterliche Haus schläft E. in den ersten Nächten wieder spät ein. Darauf gibt man dem Kinde — wie von uns angeraten — ein anderes Bett und seitdem ist die Störung nicht mehr aufgetreten.

In der väterlichen Familie gäbe es viele Persönlichkeiten, die an allerhand nervösen Erscheinungen zu leiden hätten. Schlafstörungen wären auch darunter. Ein Onkel mütterlicherseits habe von Kindheit an Migräne und jetzt einen Heuschnupfen.

Fall 29. Ch. S., ♀, 3 J. alt, ist das zweite Kind. Sie hat noch einen 4½ Jahre alten Bruder. Von Geburt an wäre sie zart gewesen. Ein schwerer, mit heftigen nächtlichen Anfällen einhergehender, Keuchhusten habe sie noch mehr heruntergebracht. Seit 3 Monaten wäre dieser aber beendet und der Husten vollkommen verschwunden gewesen. Vor mehreren Wochen sollen aber nun von neuem Keuchhustenanfälle aufgetreten sein, die besonders beim Weinen, aber auch nachts, einsetzen.

Früher sei Ch. gelegentlich trotzig gewesen, die Großeltern hätten sie nämlich verwöhnt. Aber Scheu und Verlegenheit hätten demgegenüber doch stets im Vordergrund gestanden. Beim Essen seien immer Schwierigkeiten vorhanden gewesen und auch heute nähme die Kleine noch keine feste Nahrung, sondern nur die Flasche.

Ch. ist ein untergewichtiges, schwächliches, blasses Kind ohne irgendwelchen krankhaften Befund. Sie hustet außerordentlich heftig und zwar ganz dem Typus des Keuchhustens entsprechend. Bei den Anfällen wird sie zyanotisch. Die Anfälle treten nur dann auf, wenn irgendetwas ihrem Willen zuwiderläuft. Auch nachts ist Husten vorhanden. Die übliche Kost lehnt sie anfangs ab, verlangt vielmehr nur nach süßer und flüssiger Nahrung. Gibt man ihr feste Speisen, dann verschluckt sie sich und bekommt einen Hustenanfall.

Ihr Wesen bietet im übrigen keine besonders auffälligen Züge. Das Kind ist an den Verkehr mit Altersgenossen noch nicht gewöhnt, es spielt daher anfangs auch meist allein, paßt sich aber bald der Gemeinschaft an. Ch. ist — trotz eines gewissen Starrsinns, den man unschwer überwindet — besonders gut zu leiten. Eßstörung und Hustenanfälle verschwinden innerhalb einiger Wochen.

Hereditäre Schäden liegen nicht vor.

Bei diesen drei Kindern, die wir soeben kennen lernten, ist das Verhältnis zwischen Trotz und Unsicherheit schon rein äußerlich in das gerade Gegenteil dessen verkehrt, was wir bei der ersten Gruppe sahen. Während dort die groben Züge der Auflehnung beinahe alles, was dahinter lag, unkenntlich machten, wird hier die Szene von Schüchternheit und Scheu, verlegenem und

einfügsamem Wesen, ja von trauriger oder gedrückter Stimmung beherrscht und der Trotz bildet nur noch die zarte, oft kaum mehr kenntliche Grundierung des Bildes. Diese Kinder bereiten keine als Kraftproben zwischen ihnen und dem Erwachsenen in die Erscheinung tretenden Erziehungsschwierigkeiten, man hat es sogar im allgemeinen besonders leicht mit ihnen und die Auflehnung hat sich im wesentlichen auf das „Symptom“ zurückgezogen. Trotzäußerungen leichter Art können vorkommen und zwar manchmal in Anlehnung an jenes, wie z. B. bei dem einen der Kinder, das am Tage nie aufbegehrte, alles, was man von ihm forderte, willig befolgte, das aber nachts, wenn der Schlaf nicht kommen wollte, trotzig und ungebärdig wurde. Hiernach werden wir auch damit rechnen müssen, daß es Formen der Trotzperiode gibt, die ganz atypisch verlaufen, ohne charakteristische Affektausbrüche und manchmal sogar, bei oberflächlichem Hinschauen, monosymptomatisch, als Störung der Nahrungsaufnahme, des Schlafes, der Sprache, als Enuresis oder z. B. — wie wir das einmal sahen — als Keuchhustenrezidiv usw. Bei unseren Fällen allerdings können wir hiervon nicht sprechen, denn bei ihnen liegen Unsicherheit und Angst, die uns bedeutungsvoller als der Trotz sind, klar zutage und auch sonst finden wir eine ganze Reihe von Zeichen, die dem alltäglichen Bilde der Trotzphase zugehören: Vor allem angedeutete Züge der Auflehnung, dann aber auch leichte Störungen der Sprachentwicklung, mangelhaftes soziales Kontaktstreben, regressive Tendenzen (Verbleiben bei der Flasche, Wunsch getragen oder gefahren zu werden, übertriebenes Anlehnungs- und Schutzbedürfnis), Stereotypien.

Dieses Bild der „lavierten Trotzperiode“ ist aber nicht nur klinisch wichtig, sondern es sollte uns auch daran mahnen, daß anamnestische Erhebungen sich nicht nur auf die üblichen Zeichen erstrecken dürfen, sondern daß sie entsprechend ergänzt werden müssen, wenn es darum geht, ein zutreffendes Bild von dem Einfluß der Trotzphase auf die Prägung der späteren Persönlichkeit zu bekommen. Außerdem aber wäre zu überlegen, ob die Hypothese von der „Willenskrise“ auch auf solche Fälle paßt, die keineswegs „willenschwächer“ als die anderen sind, bei denen aber doch offenbar die krampfhaften Stöße einer neu geborenen und noch ungebändigten Funktion so gut wie vollkommen fehlen.

Aus dem Rahmen des Alltäglichen fallen dann weiterhin Beobachtungen, wie die beiden folgenden, die sich weniger durch die Form ihrer ganz typischen und sogar besonders aufdringlichen Erscheinungen herausheben als durch ihren chronischen Verlauf. Freilich, über die Dauer der pathologischen Spielart des Trotzalters können wir Sicheres nicht sagen, zumal, wie noch zu beweisen sein wird, oft die Übergänge zu den Psychopathien des späteren Kindesalters durch einen Einschnitt nicht markiert werden. Andererseits erlaubt auch das innerhalb dieser Phase selbst klinisch beobachtete Material keinen diesbezüglichen Schluß, weil ja hier meist die Therapie künstlich einen Punkt hinter die Krise setzte. Trotz dieser Bedenken aber möchten wir doch einem sicher nicht seltenen und wichtigen Typus eine Sonderstellung einräumen und zwar besonders deshalb, weil hier die in frühen Entwicklungsstufen geläufigen Affektäußerungen sich mit unverminderter Kraft über zwei bis drei Jahre fortsetzen, nicht im geringsten gemildert oder modifiziert durch die Beruhigung, die sonst von den intellektuellen Fortschritten und der

allmählichen Anpassung an die Forderungen der Umwelt auszugehen pflegt. Außerdem aber zeigen solche Beobachtungen, daß Beeinflussungsversuche um so größeren Widerständen begegnen, je länger das Kind in seiner Opposition verharret, eine Mahnung, die sich der Therapeut zunutze machen sollte.

Fall 30. Th. F., ♂, 4,3 J. alt, hat eine 10 Monate alte, ganz gesunde Schwester. Er habe sich als Säugling körperlich gut entwickelt, habe zu normalem Termin gehen und sprechen gelernt, wäre aber schon damals ungewöhnlich unruhig gewesen und hätte mehr als andere Kinder geschrien. Vom 2. Lebensjahre ab sei er sehr rasch in die Länge geschossen, wäre zarter geworden, sei jedoch immer gesund gewesen. Nur seine seelische Entwicklung gab Anlaß zu Sorgen. Zwar, auf verstandesmäßigem Gebiete machte er gute Fortschritte, aber die Erziehung wurde vom 2. Lebensjahre an durch eine seitdem in fast unveränderter Stärke vorhandene Trotzeinstellung behindert. Es wird uns erzählt, daß Th., der vordem leicht zu lenken war, damals die schwersten Wutanfälle hatte, daß diese zwar im Laufe der letzten Jahre nach und nach zurückgetreten seien, daß er aber auch heute noch von unbändigem Eigensinn beherrscht wäre, der sich unter anderem auch darin äußere, daß alles zunächst mit „nein“ beantwortet wird. Die Mutter bezieht dieses Verhalten auf eine gewisse Starrheit der seelischen Einstellung, unter der das Kind augenscheinlich selber am meisten zu leiden habe, denn er sähe immer gequält aus und er habe keine Lebensfreude. Mit Altersgenossen könne Th. noch nicht spielen, er habe nicht das mindeste Zutrauen zu sich und zu seiner Leistungsfähigkeit, sage bei allen Gelegenheiten „das kann ich nicht“ und er wäre daher auch noch unselbständig. Er sei auch sehr spät bettrein geworden, habe es noch nicht gelernt sich zu melden und beschmutze daher oft noch die Kleider. Der Schlaf sei unruhig und es bestände Daumenlutschen. Zeitweilig soll das Kind von einer Pflegerin sehr verwöhnt worden sein. Die Mutter selbst stände der Situation ratlos und unsicher gegenüber und sie hätte daher in systemloser Abwechslung bald geschlagen, bald auch wieder verhätschelt. Auf diese Art und Weise sei aber doch eine starke Bindung zwischen ihr und dem Jungen zustande gekommen, die sich u. a. in ausgeprägter Eifersucht des Kindes kund tue.

Bei der körperlichen Untersuchung ergibt sich nichts Besonderes. Auffallend ist der Gesichtsausdruck, den man als starr, krampfhaft verzogen oder auch gequält bezeichnen könnte.

In den ersten Tagen bereitet das Verhalten des Kindes eine angenehme Überraschung. Th. ist ziemlich zutraulich und meist guter Laune. Er schließt sich scheinbar den älteren Patienten an und er ist ohne Schwierigkeit zu leiten. Trotzdem gelingt es eigentlich nicht, mit ihm in inneren Kontakt zu treten. Er benimmt sich etwa wie ein zweijähriges Kind, entbehrt jeden Beharrungsvermögens, ist äußerst unselbständig und findet Freude nur in einseitiger motorischer Betätigung, die z. B. darin besteht, daß er sich vielmals hintereinander lachend auf den Boden wirft. Seine Bewegungen entbehren des harmonischen Zusammenspiels. Redet man mit ihm, so sagt er entweder — ohne weiter auf den Inhalt der Frage zu achten — „nein“, oder er reagiert mit stereotypen Wendungen wie „tüh, tüh, tüh“, „Quatsch“ oder „piff, paff, puff“. Von den Altersgenossen hält er sich fern, ist übertrieben furchtsam und zittert vor Angst, wenn es zum Turnsaal geht. Am Tage meldet er sich nicht und entleert Urin wie Stuhl in die Kleider.

Diese verhältnismäßig erträgliche Anfangssituation hat keinen langen Bestand, denn bald kommt es bei allen Gelegenheiten zu den schwersten Ausbrüchen von Trotz. Th. schlägt dann in sinnlosem Affekt um sich, er wirft sich auf den Boden und lehnt alles, was man von ihm verlangt, ab, auch wenn die Forderung, die man an ihn stellt, Angenehmes erwarten läßt. Sein bei solchen Gelegenheiten vollführtes Geschrei ist von dem Weinen ganz kleiner Kinder nicht zu unterscheiden. Monotonie und Ausdrucklosigkeit geben ihm die charakteristische Note. Manchmal verweigert Th. tagelang fast jede Nahrung. Sein Spielen ist von großer Einförmigkeit, es beschränkt sich im wesentlichen darauf, ein Stückchen

Holz oder ein Bändchen als Eisenbahn zu benutzen. Hierdurch wird er auch vorübergehend gefesselt. Hat er genug davon, dann zerstört er die Spiele der anderen Kinder oder er greift sie an. Meist wacht er schon morgens mißmutig auf und bittet oft darum, überhaupt im Bett bleiben zu dürfen. Nachts schläft er unruhig, wälzt sich umher, stöhnt und weint. Der sprachliche Kontakt mit der Umgebung erschöpft sich im wesentlichen in dem gewohnheitsmäßigen „nein“ oder den anderen sinnlos gebrauchten, stereotypen Redewendungen.

Die intellektuellen Fähigkeiten des Kindes, an denen man nach dem geschilderten Benehmen zweifeln könnte, sind mit Sicherheit altersgemäß entwickelt. Man hat sogar den Eindruck einer ganz klugen Persönlichkeit, die besonders die Schwächen ihrer Umgebung scharf beobachtet.

Im Laufe einiger Wochen kommt es zu erfreulichen, wenn auch durch mancherlei Rückschläge verzögerten, Fortschritten. Den Anfang macht die Freude am selbständigen Tun bei den täglichen Verrichtungen, z. B. beim An- und Ausziehen. Dann stellt sich nach und nach ein gewisses Selbstvertrauen ein, das den turnerischen Leistungen sehr zustatten kommt. Schließlich nehmen auch die Affektausbrüche samt ihren Begleiterscheinungen an Zahl und Intensität ab. Immerhin dauert es eine Reihe von Monaten, bis an eine Entlassung gedacht werden kann.

Th. ist nach Ablauf dieser Zeit ganz und gar in seinem Wesen verändert. Mit den Erwachsenen und den Kindern steht er — auch sprachlich — in regem Kontakt. Er ist heiter und ausgeglichen, im allgemeinen folgsam, denkbar selbständig und in kaum einer Richtung von einem normal entwickelten Kinde unterschieden. Das Beschmutzen der Kleider hat längst aufgehört. Eine gewisse, auch früher sehr klar zutage liegende, Tendenz, die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich zu lenken, besteht fort.

Wir erfuhren später, daß der erzielte Erfolg von Dauer gewesen ist. Nur der Mutter gegenüber soll noch Opposition hervortreten. Verlangt man von dem Kinde etwas ihm Unbequemes, dann pflegt es zu sagen: „Ich kann das nicht, ich kann überhaupt nichts, ich bin viel zu dumm, ich bin so dumm wie ein Mädchen!“

In hereditären Verhältnissen liegende Schäden waren in der Familie nicht zu ermitteln.

Fall 31. H. P., ♂, 4½ J. alt, hat eine 15 Monate alte Schwester. Zwei Aborte sollen seiner Geburt vorausgegangen sein. Schon als Säugling wäre er ein Kind gewesen, das sich zwar körperlich ganz gut entwickelt habe, das aber seiner Unruhe und seines vielen, auch nächtlichen, Schreiens wegen aufgefallen sei. Er hätte damals eine Kinderpflegerin gehabt, die niemanden, auch die Mutter nicht, an den Kleinen heranließ. Ob und welche Erziehungsfehler zu jener Zeit gemacht worden seien, das entzöge sich der Kenntnis. H. lernte in der Folgezeit spät gehen und die Sprache wäre auch heute noch weit hinter dem, was dem Alter nach zu erwarten sei, zurück. Ärgste Schwierigkeiten begannen aber erst mit zwei oder drei Jahren. Vor allem seien es die bei jeder Gelegenheit in heftigster Form auftretenden Wutanfälle, die ohne Veranlassung oder auf geringfügigste Ursachen hin einsetzten. Wenn ihm z. B. beim Bauen etwas nicht so gelänge wie er es wolle, käme es zu einem Zornausbruch, der manchmal stundenlang anhielte und bei dem er sich selber schlug. Oft wäre eine Veranlassung aber überhaupt nicht zu finden. Nähme man ihm ein Spielzeug fort oder berühre man auch nur seinen Mantel, so gerate er in maßlose Erregung, ebenso natürlich, wenn er nicht das tun darf, was er gerade im Kopf habe. Er gehorche weder Vater noch Mutter, die beide erfolglos den Zustand mit Prügeln zu bessern versucht hätten. Diese nützten nur vorübergehend, zumal H. nach Schlägen geradezu verlange. Nachts schlief er schlecht, wache mehrmals auf, schreie und weine, verlange zur Mutter ins Bett und wolle sie küssen. Man berichtet, daß er nachts aufgestanden und ins Treppenhaus gegangen wäre, daß er dort dabei betroffen worden sei, wie er gerade ein Geländer, das er am Tage nie hätte übersteigen können, zu überklettern versucht habe und daß er auf eine Frage geantwortet hätte, er wolle zur Mutti. Daraufhin sei er nachts eingeschlossen worden. Nun rüttelte er oft an seiner Türe und er stände manchmal

nachts jammernd vor dem Schrank. Am Familientisch könne er nicht mitessen. Durch nichts sei er zu bewegen, sich ruhig hinzusetzen, springe vielmehr dauernd auf, lief im Zimmer umher, sage „er möchte Hunger haben“, äße aber meist schlecht und störe die Mahlzeiten durch sein unfügsames Wesen. Jeder Verkehr mit Altersgenossen wäre unmöglich. Diese mieden ihn, liefen, wenn sie ihn nur erblickten, auf die andere Seite der Straße, aber auch er nähme von ihnen keine Notiz. Zweimal wäre der Versuch mit einem Kindergarten gemacht worden. Man hätte ihn aber seiner Ungezogenheit wegen dort nicht lange geduldet.

Auf seine jüngere Schwester sei er sehr eifersüchtig. Manchmal wäre er zwar zärtlich zu ihr und streichle sie, oft aber habe er sich auch auf sie gestürzt und sich dann gefreut, wenn die Kleine geweint hätte. Einen Topf, den das Geschwister benutzt hat, lehne er ab. Sehr genau passe er auf, daß sie alles recht mache und artig sei.

Mit Tieren gehe er gefühllos um. Frösche ließe er mit großer Schadenfreude in seinen Händen zappeln und er habe sogar schon gelegentlich in einen hineingebissen. Zeitweilig könne er zärtlich und anschniegender sein. Er onaniere.

Ein sicheres Urteil über die geistigen Fähigkeiten des Kindes wäre nicht abzugeben. Manchmal erschiene er geradezu als klug, hätte ein gutes Gedächtnis und wende Gehörtes bei passender Gelegenheit richtig an, andererseits ließe doch sein sonstiges Benehmen gelegentlich an seiner geistigen Vollwertigkeit zweifeln, eine Annahme, die auch von dem Arzte geteilt wird.

Bei der körperlichen Untersuchung ergibt sich, daß H. frei von bedeutungsvolleren Krankheitszeichen ist. Es besteht ein Platt- und Knickfuß, ein geringfügiges X-Bein, ein runder Rücken. Der degenerative Habitus des Kindes gibt sich außerdem in den abstehenden und mißbildeten Ohrmuscheln kund. Die Gesichtszüge sind markanter als dem Alter entsprechen würde, sie sind auffallend gespannt und der Ausdruck ist als lauernd, verschlagen oder auch piffig zu bezeichnen.

Wie zu erwarten bereitet H. auch in der neuen Umgebung ungewöhnliche Schwierigkeiten. Er ist äußerst erregbar, lehnt alles, was man von ihm verlangt, ab, gerät in namenlose Wut, schlägt auf sich selber los, zerreißt seine Kleider und zerstört das Spielzeug. Bei den Mahlzeiten ist er nicht am Tisch zu halten, er springt auf, rennt im Zimmer umher und beschmiert sich mit den Speisen. Schon morgens, wenn er aufwacht, tritt seine Oppositionsstellung hervor. Er schreit und weint, behauptet, daß er krank wäre, nicht aufstehen könne und noch länger schlafen wolle. Abends zerwühlt und zerreißt er das Bettzeug, wacht fast allnächtlich auf und gerät dann gleichfalls sofort in einen Erregungszustand. Manchmal steht er auch auf und geht im Zimmer oder auf den Gängen umher. Zwischen ihm und den anderen Kindern besteht keinerlei Kontakt. Man hat den Eindruck, er fürchte sich vor ihnen. Bei Spielen und Spaziergängen sondert er sich ab, will alles, was in seinen Gesichtskreis kommt, für sich haben, wacht aber eifersüchtig über seine eigenen Sachen, an die er niemanden heranläßt. Wenn nach der Gesamtheit dieses Verhaltens ein Intelligenzdefekt als nicht ausgeschlossen erscheinen konnte, so ergibt demgegenüber die Testprüfung keinerlei besondere Rückständigkeit und auch die Beobachtung zeigt bald, daß H. logisch denkt, daß er Eindrücke sinnvoll zu verarbeiten vermag und daß er ein gutes Gedächtnis hat. Die Sprache des Kindes ist überaus mangelhaft und für den, der ihm nicht sehr nahe steht, fast unverständlich. Sie ist verwaschen und Satz- wie Lautbildung haben etwa einen Typus, der normalerweise den Anfängen sprachlicher Entwicklung entspricht.

Der Beginn einer Veränderung des Verhaltens scheint sich auf sozialem Gebiete anzubahnen. Die Angst vor den anderen Kindern tritt zurück, er beginnt mit ihnen zu sprechen und zu spielen und ist solange ganz verträglich als er sich nicht durch irgend etwas beeinträchtigt fühlt. Wird er dagegen von den Kameraden geneckt oder ausgelacht, so kommt es zu Zornausbrüchen. Manchmal läuft er aber auch grundlos vom Spiel fort und gerät in einen Erregungszustand. Seine Beziehungen zu den Altersgenossen unterliegen mithin noch starken und

unmotivierten Schwankungen. Zeitweilig steht H. in vollem Kontakt mit ihnen, er schenkt ihnen Blumen, die er selbst gepflückt oder Süßigkeiten, die er geschenkt bekommen hat, interessiert sich auch lebhaft für das Gemeinschaftsspiel und nimmt daran teil, an anderen Tagen aber scheint das Band zwischen ihm und der Umwelt wie zerschnitten zu sein, er gönnt dann keinem etwas, möchte alles Spielzeug für sich haben und scheint ohne Verständnis dafür zu sein, daß er zu den anderen gehört. Den Erwachsenen gegenüber tritt ein starkes Liebesbedürfnis zutage. Zwangsmäßiger Einwirkung versagt er sich, wie er überhaupt eigenartig starr in seinen Zielsetzungen erscheint. Durch gütigen, mit überlegener Energie gepaarten Zuspruch gelingt es gelegentlich, Einfluß auf ihn zu gewinnen. In Hinsicht der Selbständigkeit sind große Fortschritte zu verzeichnen. H. benimmt sich jetzt bei den Mahlzeiten altersgemäß und springt vor allem nicht mehr, wie früher, bei Tisch auf. Aber auch nach all diesen Richtungen hin sind Schwankungen vorhanden und die Fortschritte werden zeitweilig durch Erregungsphasen, die dem Zustand bei der Aufnahme entsprechen, durchkreuzt. Im Laufe der Zeit tritt aber auch die hochgradige Reizbarkeit und die mit ihr verbundene Neigung zu Wutausbrüchen schlimmer Art zurück. Immerhin ist H. auch noch nach monatelangem Aufenthalt in seinem Wesen auffallend. Er hat die Starrheit seines Willens beibehalten, fügt sich keiner ihm aufgezwungenen Ordnung, gibt aber, wenn man ihn ruhig gewähren läßt, zu besonderen Klagen keinen Anlaß. Sein Zustand ist soweit gebessert, daß sich im Zusammenleben mit Erwachsenen und Kindern wesentliche Schwierigkeiten nicht mehr ergeben. Ab und zu, wenn auch nur selten, wacht er noch aus dem Schlafe auf und schreit. Die sprachliche Entwicklung hat große Fortschritte gemacht.

Der Vater ist ein kulturloser Gewaltmensch, bei dem man den gleichen Starrsinn wie bei dem Kinde vermutet. Er erzählt, daß auch er erst mit 5 Jahren sprechen gelernt habe. Die Mutter scheint eine selbstunsichere Psychopathin zu sein. Die elterliche Ehe ist durch und durch zerrüttet.

Die Verwandtschaft dieser beiden Fälle ist unverkennbar. Bei beiden liegen die ersten Anfänge der Fehlentwicklung schon in der Säuglingszeit, wenn es auch zu den charakteristischen Äußerungen erst im zweiten Lebensjahre kommt. Beiden gemeinsam ist Schwere und Dauer der Manifestationen, die noch mit 4½ Jahren in voller Blüte stehen. Auch die Familienkonstellation ist ähnlich insofern, als es sich um erste Kinder mit einem 10 bzw. 15 Monate alten Geschwister handelt. Gemeinsam sind ferner die Zeichen der Ablehnung allem gegenüber, was die Gemeinschaft an Forderungen erhebt, Anlehnungs- und Liebesbedürfnis, Eifersucht und Angst, endlich eine Reihe von Symptomen wie die Störungen des Schlafes, die Onanie und das Fingerlutschen. Bei dem einen wie bei dem anderen Patienten drückt sich die durch Jahre festgehaltene feindselige Haltung zur Umwelt in den Gesichtszügen aus, die als starr, krampfhaft verzogen, gequält oder als gespannt, lauernd, verschlagen beschrieben werden. Übereinstimmend wird von den Erziehern eine merkwürdige Starrheit des Willens hervorgehoben.

In mancher Hinsicht sind allerdings auch Unterschiede vorhanden, so z. B. darin, daß einmal die Sprachentwicklung, das andere Mal die Beherrschung der Blasen- und Mastdarmfunktion rückständig ist und daß im ganzen die Schwere der Erscheinungen differiert, was sich auch in dem verschiedenen Verhalten der Therapie gegenüber zu erkennen gibt. All das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß hier ein abgerundetes Krankheitsbild vorliegt, das auch in dem folgenden Falle klar hervortritt. Es handelt sich dabei um ein Kind, das aus bedrängten wirtschaftlichen Verhältnissen stammt

und das uns von der Heimstätte, in der es untergebracht ist, zur Begutachtung vorgeführt wurde.

Fall 32. H. R., ♂, 4 J. alt, ist das jüngste von drei Geschwistern. Er hat einen siebenjährigen Bruder, der zu Träumereien neigen soll, der nachts stundenlang schlaflos im Bett liegt, und der an einer *Jactatio capitis nocturna* leidet. Man beobachtet bei ihm oft Erektionen und Onanie. Die fünfjährige Schwester ist jähzornig und sie onaniert ebenfalls.

Die drei Kinder kamen vor 1½ Jahren in die Heimstätte, weil die Eltern völlig mittellos sind. Sie haben als „Wandervögel“ und halbe Kinder geheiratet, die Ideale von damals hielten aber den Stürmen des Lebens nicht stand. Der Vater litt unter der Not, wurde menschenfeindlich und mißtrauisch, die Mutter suchte ihren Trost in den Kindern, die sie sinnlos verwöhnte. Von einem ruhigen Familienleben war keine Rede, zumal noch dazu weltanschauliche und religiöse Gegensätze die Atmosphäre vergifteten.

H. war schon mit 2½ Jahren, als er in das Heim eintrat, außerordentlich eigensinnig. Es kam fortgesetzt zu den schwersten Zornausbrüchen. Diese beschränkten sich aber nicht nur auf den Tag, auch nachts wachte das Kind oft auf und es setzten dann sofort ähnliche Auftritte ein, die die Nachtruhe des ganzen Hauses störten. Zur Reinlichkeit war H. noch nicht erzogen, er näßte Bett und Kleider ein und entleerte auch oft den Stuhlgang in die Hosen. Er weigerte sich allein zu bleiben, wollte sich bei allem bedienen lassen, aß zeitweilig so gut wie nichts, zeitweilig nur das, was ihm gerade zusagte. Gegen die anderen Pfleglinge des Heims war er grob, ja böseartig und er freute sich darüber, wenn er ihnen einen Schabernack spielen konnte. Auch ein Alleinspiel war ihm unmöglich.

An diesem Zustande hat sich während des Aufenthaltes in der Heimstätte — also seit 1½ Jahren — kaum etwas geändert. Die Wutanfälle, die manchmal zu einem Krampf zu führen drohen, sind schlimmer als je geworden und besonders nachts kommt es zu solchen Szenen, weil z. B. die Nase verstopft oder das Taschentuch feucht sei. Die Schwierigkeiten beim Essen sind noch nicht behoben, im Gegenteil tritt jetzt auch oft Erbrechen auf. Auch die Unselbständigkeit und Hilflosigkeit hat sich nicht geändert. Deutlicher und kaum verkennbar ist die schon immer vorhandene Ängstlichkeit geworden. Der Kleine schläft mit dem Bruder zusammen, mit dem er sich ebensowenig wie mit der Schwester verträgt. Von eigentlicher Eifersucht ist nichts zu spüren, wohl aber fällt eine gewisse Rivalität der Geschwister auf. Seit einiger Zeit besteht Nägelkauen. Onanie und Spielereien sexuellen Charakters mit der Schwester fielen schon immer auf. Enuresis und Enkoprosis wurden im Laufe des Aufenthaltes behoben.

H. ist ein körperlich ganz gesundes Kind von normaler, vielleicht sogar überdurchschnittlicher Intelligenz, dessen gespannter, unkindlicher Gesichtsausdruck auffällt. Außerhalb seiner Totschreie ist er zwar etwas mißtrauisch aber doch zugänglich und sowohl die Pflegemutter wie die anderen Heimkinder mögen ihn gerne leiden.

Was uns diesen Fall außer seinem rein kasuistischen Interesse so wichtig macht, ist die Tatsache, daß hier der Umgebungswechsel keinerlei Besserung der Erscheinungen, ja eher das Gegenteil hiervon mit sich brachte. Es kann auch mit großer Sicherheit gesagt werden, welche Momente daran schuld sind. Zunächst war es fehlerhaft, die drei Geschwister beisammen zu lassen, weil der Konkurrenzkampf die psychopathischen Reaktionen immer wieder von neuem schüren mußte. Dann aber befand sich der Kleine im Heim unter der Obhut zwar sehr wohlmeinender, aber doch unkundiger Erzieher, die dem Kinde gegenüber die Ruhe verloren und die dann zu Schlägen ihre Zuflucht nahmen, mit denen — nach dem Eingeständnis der Pflegemutter — nur das Gegenteil von dem erreicht wurde, was beabsichtigt war. Als H. mit

2½ Jahren in das Heim eintrat, hätte es genug Mittel und Wege gegeben, ihm zu helfen. Ob diese Unterlassungssünden heute noch gut zu machen sind, das will uns zweifelhaft erscheinen.

Als Abschluß unserer Sammlung psychopathologisch bedeutsamer Formen der Trotzperiode mag dann noch eine Beobachtung hier ihren Platz finden, die in ziemlich zweifelsfreier Weise die Beziehungen des Ödipuskomplexes zur Erregungsphase dokumentiert. Wir wollen an dieser Stelle aber nur die Tatsache feststellen und sie belegen, ohne des näheren auf die hiermit zusammenhängenden Fragen einzugehen, die bei anderer Gelegenheit erörtert werden sollen.

Fall 33. H. M., ♂, 4,2 J. alt, ist einziges Kind. Der Vater ist 20 Jahre älter als die Mutter und die Ehe augenscheinlich überaus unglücklich. Als Säugling habe sich H. gut entwickelt, nur lernte er erst spät sprechen. Mit zwei Jahren wäre das Kind unglaublich eigensinnig gewesen. So hätte es z. B. abends so lange mit dem Kopfe dröhnend gegen das Gitter seines Bettes geschlagen, bis es sein Ziel, ins elterliche Schlafzimmer zu kommen, erreichte. Meist habe H. bei den Eltern geschlafen, wäre bei allen ehelichen Szenen zugegen und er benähme sich der Mutter gegenüber wie ein Liebhaber. Er streichle ihre Brust, führe wahre Liebes-szenen auf, wolle sie keine Minute entbehren, brülle sinnlos, wenn sie sich ihm versage und es hätte sich allmählich eine ausgesprochene Eifersucht auf den Vater, gegen den er gelegentlich auch tätlich geworden wäre, entwickelt. Dieser unterstütze die Bindung des Knaben an die Mutter, weil sie ihm scheinbar zu einer Lustquelle geworden ist und weil er andererseits durch die seiner Frau dadurch auferlegte Beschränkung der Bewegungsfreiheit eine Befriedigung seiner Eifersucht findet. Schließlich sei der Zustand des Kindes so bedenklich geworden, daß der Arzt an eine Psychose gedacht habe. Die Mutter hätte immer das Unheilvolle dieser Art der Erziehung gesehen, sie sei aber zu nachgiebig gewesen, um sich den brutalen Forderungen des Vaters zu entziehen, der z. B. auch aus den erwähnten Gründen den Besuch eines Kindergartens streng verboten hätte. So sei H., ohne mit Alters-genossen zusammen gekommen zu sein, aufgewachsen. Im Laufe der letzten zwei Jahre wäre das Kind im großen und ganzen ruhiger geworden, immerhin wären auch heute noch erhebliche Erziehungsschwierigkeiten vorhanden, die sich vor allem in Trotz, Selbstsucht und großer Unselbständigkeit äußern. Reinlich sei H. erst mit drei Jahren geworden. Er schlage auch heute noch mit dem Kopf gegen das Gitter des Bettes, wenn er ins elterliche Schlafzimmer kommen wolle, er onaniere, zupfe an den Lippen, erbräche willkürlich und klage oft grundlos über Bauchschmerzen.

Im Laufe der letzten Monate habe das Kind eine Grippe, die durch eine Pneumonie kompliziert wurde, durchgemacht. Im Anschluß daran hätten sich länger dauernde Temperatursteigerungen eingestellt, die für den Vater, der allen körperlichen Erkrankungen gegenüber maßlos ängstlich sei, Veranlassung geworden wären, das Kind fortzuschicken und damit sein Prinzip, Mutter und Sohn niemals voneinander zu trennen, zu durchbrechen.

Es handelt sich um ein blasses Kind, dessen Ernährungszustand ein befriedigender ist. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Auch der Verlauf der Temperaturkurve ist normal.

Unsere Beobachtungen über das Wesen des Kindes decken, im Gegensatz zu den Darstellungen der Vorgeschichte, keine größeren Störungen auf. Zuerst verlangt das Kind zwar nach der Mutter, es beruhigt sich dann aber schnell und ist später unschwer zu leiten. Trotzäußerungen kommen vor, bleiben aber im Keime stecken. H. ist außergewöhnlich bequem, er läßt sich gerne — auch von den Kameraden — bedienen und er weint, wenn er etwas durchsetzen will.

Nach der Entlassung setzen bald wieder Trotzerscheinungen in Form von Nahrungsverweigerung und willkürlichem Erbrechen ein.

Weder in der mütterlichen noch in der väterlichen Familie sind bedeutungsvollere Krankheitszustände vorgekommen.

Obwohl die folgenden statistischen Erhebungen wegen der zahlenmäßigen Beschränktheit unseres Materials und aus anderen Gründen keine endgültigen Ergebnisse bringen werden, mögen sie doch hier ihren Platz finden, weil wir hoffen, daß sie Anlaß zu weiteren, in gleicher Richtung liegenden Untersuchungen geben.

Es zeigte sich, daß bei rund der Hälfte unseres Materials von kindlichen Neurosen aller Altersklassen in der Vorgeschichte von Erscheinungen die Rede ist, die mit Sicherheit auf eine sich in typischen Formen äußernde Trotzphase schließen lassen. In dieser Zahl erblicken wir keinen Maßstab für die tatsächliche Häufigkeit ihres Vorkommens. Denn wir mißtrauen dem Erinnerungsvermögen der Erzieher und manchmal auch ihrem Willen zur Wahrheit. Zweitens aber ist es uns bekannt, daß der typischen Manifestation atypische Bilder gegenüberstehen. Also liegt von vornherein unseren Erhebungen nur eine Auswahl zugrunde unter ausschließlicher Berücksichtigung jener ersten, zahlenmäßig weitaus häufigsten, Gruppe und ihrer eindruckvollsten Repräsentanten.

Wir ermittelten nun, wie sich diese anamnestisch sicher gestellten Fälle auf die einzigen, ersten oder letzten Kinder verteilen. Hierbei ergab sich zwischen den drei Gruppen kein wesentlicher Unterschied. Wir hätten erwartet, daß die schwereren Formen der Trotzperiode häufiger bei geschwisterlosen Kindern zu finden sein würden. Warum das nicht der Fall ist und welche Einflüsse beim ersten und letzten Kinde es sind, die den Trotz provozieren oder verstärken, das scheint aus den folgenden Feststellungen hervorzugehen.

Es wurde bei den ersten und letzten Kindern untersucht, welche Beziehungen zwischen dem Vorhandensein oder Fehlen des Phänomens und dem Altersabstand des Probanden vom nächstjüngeren bzw. nächstälteren Geschwister bestehen. Als Standardaltersdifferenz wählten wir einen Abstand von 3 Jahren. Es zeigte sich, daß eine typische Trotzperiode viel häufiger vorhanden war, wenn der Altersunterschied unterhalb der Standardzahl lag. Während wir z. B. bei 85% der Erstgeborenen — also fast stets — dann auf positive Angaben über eine Trotzphase stießen, wenn das jüngere Geschwister innerhalb eines Zeitraumes von höchstens drei Jahren geboren worden war, fanden wir bei größerem Altersunterschied Mitteilungen, die auf entsprechende Manifestationen hindeuteten, nur bei etwa 30% der in Frage kommenden Fälle. Ähnlich, wenn auch nicht so eindrucksvoll, sind die Ergebnisse bei den Jüngsten. Lag der Altersabstand unterhalb des Standardwertes, so konnte bei fast der Hälfte, lag er darüber, bei nur etwa dem vierten Teil das Vorhandensein einer Trotzperiode ausfindig gemacht werden.

Aus diesen Zahlen scheint hervorzugehen, daß ein noch schutz- und pflegebedürftiges Geschwister die Aussicht, in eine mit schweren Trotzäußerungen verbundene Oppositionseinstellung zu geraten für das Kind im kritischen Alter mehr oder minder erhöht, ja, daß sogar bei Erstgeborenen mit großer Wahrscheinlichkeit solche Reaktion zu erwarten ist, wenn ein neues Geschwister auf die Welt kommt, bevor der Proband die gefährlichen Jahre hinter sich hat. Ließe sich diese Tatsache bestätigen, so ergäbe sich die Möglichkeit einer in vielen Fällen wichtigen Prophylaxe.

Es ist nicht übereilt, wenn wir aus den soeben vorgebrachten Zahlen herauslesen, daß sich in ihnen der Konkurrenzkampf zwischen den Geschwistern ausdrückt und wir erinnern jetzt an die zahlreichen Andeutungen von Eifersuchsregungen, die sich in unseren Krankengeschichten finden. Daß dieser Affekt dann umso häufiger ist, wenn die Kinder sich im Alter nahe stehen, ist ganz selbstverständlich und dieser Sachverhalt ist nicht nur für unsere spezielle Fragestellung von Bedeutung. Ein guter Teil jener unleugbaren Einflüsse, die von der „Geschwisterkonstellation“ ausgehen, hängt hiermit zusammen. Schon früher, bevor uns die zahlenmäßig festgestellten Tatsachen bekannt waren, haben wir auf Grund praktischer Erfahrung darauf aufmerksam gemacht, daß uns oft wichtiger als die von der Individualpsychologie immer und immer wieder hervorgehobene Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe deren gegenseitiges Altersverhältnis zu sein scheint. „Die Interessensphären eines zehn- und eines zweijährigen Kindes sind so verschieden, daß es in solchen Fällen weit weniger leicht zu Konflikten kommen wird als z. B. zwischen einem zwei- und einem vierjährigen. Hierauf ist unseres Wissens überhaupt noch nicht geachtet worden“ (Verhandl. d. Dtsch. Ges. f. Khk. Hamburg 28).

Busemann hat darauf hingewiesen, daß die Trotzperiode jenen Kindern besonders gefährlich sei, denen nicht nach der von der Natur gegebenen Ordnung — also etwa nach Ablauf zweier Jahre — ein Geschwister geboren werde. Daher wären auch die Einzigsten und die Letzten besonders gefährdet. Sie alle hätten unter einem Übermaß an Erziehung zu leiden. Wir wissen nicht, ob diese Feststellungen auf systematischen Untersuchungen oder nur auf gelegentlichen Beobachtungen beruhen. Sie stehen aber in wesentlichen Punkten mit unseren eigenen Ermittlungen in Widerspruch. Statistik und klinische Erfahrung haben uns gezeigt, daß das Intervall zwischen den Geburten in einer den Annahmen Busemanns gerade entgegengesetzten Weise zur Geltung kommt und es war nicht schwierig, die Gründe hierfür klarzulegen. Auch die Sonderstellung des einzigen Kindes mußte bestritten werden. Wenn es beim Einzigsten gegen unsere Erwartung nicht wesentlich häufiger wie beim Ersten oder beim Letzten zu schweren Trotzäußerungen kommt, so muß diesem Verhalten die Tatsache zugrunde liegen, daß bei ihm die Einflüsse des Konkurrenzkampfes fortfallen*).

Es wäre sehr erwünscht, wenn die hier vorliegenden, auch praktisch wichtigen Fragen durch weitere Untersuchungen aufgeklärt werden könnten, denn unsere eigenen Feststellungen sind, worauf wir schon hingewiesen haben, ergänzungsbedürftig. Immerhin deuten sie mit eindringlicher Klarheit auf die starken paratypischen Wurzeln der Trotzperiode.

Nun sind wir so weit, daß wir daran gehen können, die Einzelergebnisse zusammenzufassen, sie zu ordnen und sie untereinander in Verbindung zu setzen, um so schließlich aus der zunächst verwirrenden Fülle der Tatsachen ein klares Bild vom psychologischen Aufbau der Trotzperiode zu gewinnen, dem sich auch das „Symptom“ organisch einfügt. Bei dieser letzten

*) Unter den mitgeteilten Beobachtungen psychopathischer Formen der Trotzperiode finden sich etwa 33 % einzige Kinder, d. h. gerade so viele wie in dem gesamten Material kindlicher Neurosen aller Altersklassen überhaupt.

Aufgabe allerdings werden sich Schwierigkeiten ergeben und es wird — wie ja auch nicht anders zu erwarten — oft das gleiche Zeichen als Ausdruck verschiedenartiger seelischer Strömungen, von denen es getragen wird, angesehen werden können. So kann z. B. die Enuresis Ablehnung der von der Gemeinschaft erhobenen Forderung des Reinlichwerdens „bedeuten“ und somit auf dem Boden antisozialer Regungen erwachsen. Sie kann aber ebensowohl — wie das im späteren Leben des Kindes oft der Fall ist — als primitive Trotz- ausdrucksform gedeutet werden und endlich auch als Trabant regressiver Tendenzen auftreten. So oder ähnlich verhält es sich auch bei einer Reihe anderer „Symptome“ und es bleibt oft dem Ermessen des Beobachters überlassen, welche der tragenden Kräfte er im einzelnen Falle für die bedeutungsvollsten halten will. Das Gesamtbild der Persönlichkeit wird manchmal den Weg weisen, aber oft ist eine Entscheidung unmöglich. Die seelischen Grundrichtungen, von denen die Rede sein wird, sind ja ebenfalls keine einander fremden Ströme, sondern sie entspringen der gleichen Quelle, halten auch in ihrem Laufe an dem Charakter des gleichen Ursprungs fest und sind durch Nebenflüsse, Kanäle, Rinnsale miteinander zu einem einheitlichen Ganzen verbunden. Nur die vergrößernde Darstellung löst vorübergehend die Teile aus ihrem inneren Zusammenhange heraus.

Wir sehen auf Grund unserer Beobachtungen, die das in eindringlicher Weise immer wieder vor Augen führen, die Grundlagen der Trotzperiode in Reaktionen, die mit dem Hineinwachsen des Kindes in die Welt der anderen Menschen verknüpft sind.

Über die sozialen Verhaltensweisen des Kindes, die weit in die Säuglingszeit zurückreichen und über ihren späteren Ausbau haben wir uns schon früher, vor allem an der Hand der Darstellung Ch. Bühlers, informiert. Wir müssen aber jetzt daran erinnern, daß die soziale Anpassung nur dadurch erkaufte werden kann, daß das Kind neue, bisher nicht bekannte, Wertungsweisen, deren Verbindlichkeit vom Erwachsenen bestimmt wird, anerkennen muß, daß durch diese Forderungen Schranken aufgerichtet werden und daß sich das „Ich“ mit diesen neuen, unbekannten Gesetzen abzufinden hat. Dem stellt sich die Selbstherrlichkeit der kindlichen Person entgegen, deren Drang nach unbeschränkter Freiheit, besonders durch die Vervollkommenheit der lokomotorischen Funktionen, eine Steigerung erfahren hat. Es ist, wie Kroh richtig hervorhebt, ein Zustand der Desorientiertheit, in den das Kind auf diesem Wege geraten kann und die Trotzphase in ihrer psychopathologischen Modifikation zeigt, wie es sich ins A- oder sogar Antisoziale verirrt.

Ein Inventar von Äußerungen, die solche Einstellung erkennen lassen, wurde schon früher zusammengestellt und darum brauchen wir jetzt nur ganz im Vorübergehen an jene Feindseligkeit, die statt des normalen Kontaktstrebens anderen Kindern gegenüber zutage tritt, zu erinnern, an die Ablehnung jeden Gruppenspiels und an die Isolierung, in die sich das Kind begibt, ferner an die Eifersuchts- und Haßregungen dem Nebenbuhler, besonders dem Geschwister gegenüber.

Wir beziehen auf diese Grundeinstellung unter anderem die Ablehnung jener Forderungen, die von seiten der Gemeinschaft erhoben werden müssen, insbesondere der des Erwerbs der Reinlichkeit. Hier fände also z. B.

mancher Fall von Enuresis seinen Platz. Auch die Sprachentwicklungsstörungen dürften diesem Boden erwachsen, der dem Einfügen in die Gemeinschaft so ungünstig ist. Die eine Wurzel des Sprechens ist nämlich sozialer Natur (Stern). „Der seelische Kontakt mit den anderen Menschen, der sich schon in den ersten Lebenswochen einstellt und den das Kind mit primitiven Mitteln zu verstärken strebt, führt zu einem Hin und Her lautlicher Äußerungen und bereitet das Selbersprechen und das Lautverständnis vor“ (Stern). Verkümmert diese soziale Wurzel der Sprache, so muß — wie das ja auch tatsächlich oft der Fall ist — die ablehnende, feindselige Stellung zur Umwelt zu Hemmungen im Aufbau dieser Funktion führen. Gleich einem Experiment wird solche Annahme dadurch bestätigt, daß die Anbahnung des sozialen Kontaktes bei gewissen, hier wohl vor allem in Frage kommenden, Störungen der Sprachentwicklung oft zu bemerkenswerten und unmittelbaren Fortschritten führt.

Wir gründen die Behauptung, daß in einer Störung der sozialen Beziehungen des Kindes der Schwerpunkt der Trotzphase liegt, auf die klinische Beobachtung und wir stellen jetzt die Frage, wie denn das Kind sich diesem Konflikt gegenüber verhält. Offenbar stehen ihm, wenn die Anpassung mißlingt, drei Wege als Reaktionsformen zur Verfügung.

Der eine davon ist die *Auflehnung*, der andere der *Entwicklungsstillstand* oder gar die *Regression in frühe Stadien seines Daseins* und schließlich der dritte die *Abwendung von der Realität der Tatsachen, das Zurückziehen auf sich selbst, die Introversion*.

Diese drei Wege können sich — wie ausdrücklich noch einmal gesagt werden soll — kreuzen und überschneiden. Sie werden tatsächlich — wie die Erfahrung es lehrt — beschritten.

Die seelische Gesamtsituation des Kindes innerhalb der Krise aber wird durch jene *innere Unsicherheit* bestimmt, die uns allenthalben aufs Deutlichste entgegentrat und zwar auch dort, wo der äußere Eindruck ein so vollkommen anderer war. Es ist eine müßige und unlösbare Frage, ob Unsicherheit schon primär vorhanden gewesen ist oder ob sie sich etwa sekundär auf dem Boden der Konflikte entwickelte. Ihren prägnanten und unverkennbaren Ausdruck gewinnt sie auf jeden Fall erst während der Trotzphase, sie steht am Anfang jeder Neurose und bestimmt auch vielfach später das Wesen des Kindes.

Von den drei Wegen hat der erste, nämlich der Trotz, dem Bilde den Namen gegeben. Seine Äußerungen stellen sich oft als Primitivreaktionen dar, die an den Bewegungsturm des Infusors, das verstörte Umherflattern des verfangenen Vogels, die Panikerscheinungen des Menschen, den hysterischen Anfall — kurz an die hypobulen Mechanismen Kretschmers — erinnern. Nicht der „Zweckwille“ beherrscht die Szene, sondern seine affektive und triebmäßige Grundlage. Auf ihr erwachsen jene Wutparoxysmen, die schließlich zum respiratorischen Affektkrampf führen können. Immer aber ist der psychologische Kern des Trotzes, nämlich die Tendenz des „Ich“, sich gegen ein „Fremd-Ich“ zur Wehr zu setzen, deutlich erkennbar. Unter den Symptomen kommt dem Erbrechen*) und manchen Störungen der Nahrungsaufnahme

*) Dem respiratorischen Affektkrampf entspricht vielleicht das „azetonämische Erbrechen“ (s. S. 11).

der Charakter echter Trotzausdrucksformen zu. Das ergibt sich beim Kleinkind, wie auch im späteren Leben, aus der klinischen Beobachtung.

Daß Züge der Auflehnung immer vorhanden sind und zwar auch dann, wenn Unsicherheit, Ängstlichkeit, Scheu oder Schüchternheit äußerlich das Bild beherrschen, bedarf unter Hinweis auf die mitgeteilten Beobachtungen „larvierter“ Fälle nur noch kurzer Erwähnung.

Die zweite der Reaktionsformen, der Entwicklungsstillstand und der Schritt nach rückwärts, die Regression, mit der wir uns jetzt zu beschäftigen haben, gewinnt in diesem frühen Lebensalter besondere Bedeutung, nicht nur als Teilstück im Bilde der psychopathischen Persönlichkeit überhaupt, für deren Verständnis sie unentbehrlich ist, sondern auch deshalb, weil keine spätere Lebensperiode mit der gleichen überzeugenden Eindringlichkeit das Verhalten des Kindes durchschauen läßt. Wir stehen ja hier an der Gabelung der Wege, deren einer nach vorwärts führt, deren anderer aber unmittelbar ohne Zwischenstation in die Säuglingszeit zurückgeht, und wir können von diesem Beobachtungsposten aus jeden Schritt daraufhin prüfen, ob er nach hierhin oder nach dorthin gerichtet ist. Wie der Wanderer, der ins Unwetter kommt, halt macht und ein schützendes Dach aufsucht oder aber umkehrt und sich wieder nach Hause wendet, so verhält sich auch das Kind, wenn es in den Sturm der sozialen Konflikte gerät. In allen Einzelzügen kaum beschreibbar, aber für den Beobachter von eindringlicher Deutlichkeit, drückt sich das in dem ganzen Verhalten des Kindes aus, in dem wir oft ein viel jüngeres vermuten würden, wenn nicht die Daten der Anamnese uns korrigierten. Man achte z. B. auf die Motorik, auf das babymäßige Gehaben, die Art des Schreiens und Weinens, die Unselbständigkeit, das übertriebene Liebesverlangen mit allen möglichen, der vergangenen Säuglingszeit entsprechenden Wünschen, auf das Haften an der Mutter, das Widerstreben, sich den Eßgewohnheiten des älteren Kindes anzupassen und die Flaschenernährung zu entbehren. Auch im Fingerlutschen, im erschwerten Erwerb der Reinlichkeit und in den Hemmungen der Sprachentwicklung liegen ähnliche Tendenzen verborgen. Mit Befremden wird es aber zunächst aufgenommen werden, wenn wir hierher auch manche — nicht alle — Störungen des Schlafes setzen. Preyer, Czerny, Aschaffenburg, schließlich in besonders eingehender Weise Ch. Bühler und Hetzer berichten von den auffallend kurzen Schlafperioden des Säuglings. Das Kind erwacht im ersten Lebensmonat regelmäßig nach 2—3 Stunden. Der Schlaf selbst ist unruhig. Zusammenzucken, Armbewegungen, Aufschreien wird beobachtet. Erst bei Kindern im Alter von einem Vierteljahr kommt es zu einer fortlaufenden sechsstündigen Schlafdauer und gleichzeitig stört — wenigstens innerhalb des Zeitraumes von mehr als einer Stunde — nichts den ruhigen Schlaf. Es sei erstaunlich — so hören wir von Ch. Bühler und Hetzer — wie lange die Kinder, trotz aller Bemühungen der Umgebung, sie an einen längeren, ununterbrochenen Nachtschlaf zu gewöhnen, an ihren kurzen Schlafperioden festhalten.

Es kann kaum zweifelhaft sein, daß manche der Schlafstörungen, die wir schilderten, nichts anderes darstellen als einen Rückfall in dieses für den Säugling physiologische Verhalten.

Der dritte und letzte Weg, auf dem wir dem Kinde bei seinem vergeblichen Ringen um Angleichung an die sozialen Werte begegnen, ist die „Abwendungsreaktion“.

Wir gehen von einer schlichten Beobachtung aus, die man jederzeit nachprüfen kann und die deutlich zeigt, was wir meinen. Wir fragen nämlich, unter welchen Umständen das Kind am Finger zu lutschen pflegt und stellen fest, daß psychologisch nahe verwandte Zustände dieser Handlungsweise zugrunde liegen. Enttäuschung, ärgerliche Erlebnisse, Langeweile, Müdigkeit stehen an erster Stelle, dann — nach Homburger, dessen Wahrnehmungen sich mit den unseren decken — die seelisch peinlichen Lagen der Beschämung oder der Verlegenheit. Dem Kleinen ist ein Wunsch nicht erfüllt worden. Es wendet das Gesicht von uns ab, nur verstohlen lugt es zu uns herüber oder nimmt überhaupt keine Notiz mehr von unserer Anwesenheit, der Daumen wird in den Mund gesteckt und das Lutschen beginnt. Diese Attitude ist sehr charakteristisch, und wir begegnen ihr in prinzipiell gleicher Weise auch unter den anderen Bedingungen, die wir erwähnten.

Offenbar haben alle diese Situationen etwas Gemeinsames. Jedesmal wendet sich das Kind von den außerhalb seiner Person gelegenen Interessen ab, es verschließt sich der Umwelt und findet im Fingerlutschen ein Asyl oder einen Unterschlupf, wenn andere, lustvolle Erlebnismöglichkeiten eine Einschränkung erfuhren.

Selbstverständlich, daß die Angewohnheit in frühen Kindheitsstufen nicht als pathologisches Symptom zu gelten hat. Ob das auch noch für das zweite oder dritte Lebensjahr zutrifft, wird sich nicht leicht sagen lassen. Aber diese Frage ist für uns auch von minderem Interesse, denn bei der Mehrzahl unserer Beobachtungen ist die Überwertigkeit der Reaktion, ihr fast süchtig zu nennender Charakter, deutlich und außerdem tritt sie oft in Verbindung mit anderen, unzweifelhaft nicht mehr „normalen“ Angewohnheiten und Stereotypen auf. Hierzu rechnen wir z. B. die Pagodenbewegungen und andere der *Jactatio capitis nocturna* verwandte, rhythmische Gewohnheiten, deren psychologische Grundlage, der des Lutschens an die Seite zu stellen ist. Es scheint uns, als wäre der Drang, vorübergehend den Kontakt mit der Umwelt abzubrechen, sich zu isolieren und sich auf sich selbst zurückzuziehen bei gewissen Typen psychopathischer Kinder besonders betont.

Die Abwendungsreaktion tritt damit in enge Beziehung zu den sozialen Verhaltensweisen, und sie fügt sich deren Bild, das wir entworfen haben, zwanglos ein.

Die psychoanalytische Forschung sieht im Lutschen oder Ludeln Äußerungen sexueller Lust. Freud nimmt an, daß der Lustgewinn nur auf die Erregung der Mund- und Lippenzone bezogen werden könne und daß man daher diese Körperteile erogene Zonen nennen und die hervorgerufene Lust als sexuelle bezeichnen müsse.

Eingehende Mitteilungen über das Lutschen finden sich in Bernfelds Buch „Die Psychologie des Säuglings“.

Das Trinken vermittle dem Kinde eine Lust, die so süß sei, daß es um ihretwillen den regressiven Tendenzen die Nachfolge verweigere, den Schlafzustand aufschiebe und dem Erwerb von Tastlust nachgehe. In den ersten

Lebenstagen differenziert sich das Saugen von der Nahrungsaufnahme, das „Wonnesaugen“ sichert und fördert die vegetative Funktion des Mundes, den Freßtrieb. Da aber alle Tastlust sexuelle Lust ist, so rechnet auch das Saugen dieser zu, womit die Beobachtung, daß es zur Beruhigung, Befriedigung, zu einem Zustand angenehmer Ermattung, schließlich zum Schläfe führt, übereinstimmt. Durch die sogenannte Magitotsche Membran, die sich an den Zahnflächen beider Kiefer in der Gegend der Eckzähne befindet, die einen gefäßreichen, membranösen Vorsprung darstellt, deren ausnahmsloses Vorkommen aber noch nicht behauptet werden könne, wird dem Säugling ein Plus an Lust vermittelt, zumal es sich „vermutlich“ um ein mit Nervenendigungen versehenes, erektionsfähiges Organ handelt.

Während also die Nahrungsaufnahme den regressiven Trieben zugehört, die den Ablauf der biologischen Prozesse im Organismus sichern, die darauf aus sind, die Welt zu vernichten, sie zu verzehren, sie nicht zur Kenntnis zu nehmen oder höchstens so lange als nötig ist, um ihren Störungswert zu überwinden, strebt die andere Triebgruppe — die Sexualtriebe — zu denen auch das Saugen gehört, danach, die Welt als Lustquelle zu genießen und sich ihr und ihren Objekten zuzuwenden. Die orale Zone behält diese Funktion bis zur „Urenttäuschung“, der ersten Dentition, bei, dann wird sie desexualisiert, die Libido wird ihr bis zu einem gewissen Betrage entzogen, sie vermag bald keine Lust mehr zu bieten und ihre Funktion tritt ganz in den Dienst der Stillung des Hungers — also der Regressionstriebe. Die freigewordene Libido heftet sich an die Oberfläche, die Lippen oder an eine andere Zone oder an das keimende „Ich“. Der sechste Monat ist als Masturbationsbeginn bekannt und so koinzidiert die Abnahme der einen Zone mit dem Zunehmen der anderen. Reste der oralen Erogenität des inneren Mundes bleiben aber erhalten, häufig in pathologischen Fällen, aber auch nicht selten im Bereich der Norm, wobei von Bernfeld die nahen Beziehungen der Sprache zum „oralen Sadismus“ herangezogen werden.

Wir wissen nichts darüber, ob das Saugen dem Säugling und dem Kleinkinde „Tastlust“ vermittelt. Darüber hilft auch die Schilderung jenes jungen Mädchens nicht hinweg, die Galant mitgeteilt hat. Nur das eine geht aus dieser Darstellung mit Sicherheit hervor, daß dem Lutschen beim älteren Kinde (oder auch nur in der Rückerinnerung?) der Charakter einer Sexualäußerung zukommen kann. Es ist ganz und gar unerlaubt, hieraus — wie das mehrfach und auch von Freud selbst geschehen ist — auf das frühe Kindesalter zu schließen. Daher möchten wir auch aus den folgenden Worten, die sich in dem Dokument finden, keine weittragenden Folgerungen ziehen, obschon in ihnen jene Stimmungslage gut zum Ausdruck kommt, die uns für die Psychologie des Saugens als charakteristisch erschien, die Flucht vor der rauhen Wirklichkeit die Sehnsucht nach „Ruhe-Lust“, die Abwendung. „Man ist einfach ganz weg von der Welt, man ist ganz zufrieden und wunschlos glücklich. Es ist ein wunderbares Gefühl, man verlangt nichts als Ruhe, Ruhe, die gar nicht unterbrochen werden soll. Es ist einfach unsagbar schön, man spürt keine Schmerzen, kein Weh und Ach, man ist entrückt in eine andere Welt.“

Auch Hug-Hellmuth, die im übrigen den Standpunkt der Psychoanalyse teilt, gilt das Saugen als Trostspender in unlustvoller Stimmung, als Ersatz für die Verweigerung einer begehrten Sache, als Zeichen der Resignation.

Offenbar fügt sich, wie aus unseren früher mitgeteilten Beobachtungen klar hervorgeht, die seelische Haltung des Kleinkindes während des Lutschens den regressiven Tendenzen Bernfelds ein, die nach Ruhe-Lust, Reizlosigkeit, schließlich nach Wiederherstellung des embryonalen Zustandes streben. Schon damit ist aber die Frage, ob man in dieser Angewohnheit einen sexuellen Vorgang zu sehen habe, entschieden, selbst dann, wenn die Voraussetzungen psychoanalytischer Gedankengänge zugrundegelegt werden.

Daß enge Beziehungen zwischen Lutschen und Masturbation bestehen, kann keinem Zweifel unterliegen. Diese sind freilich anderer Art als Bernfeld annimmt. Seine Lehre, der zufolge die mit der Urenttäuschung der Dentition verbundene Desexualisierung der oralen Zone mit dem Masturbationsbeginn koinzidiert und daß die, auf der einen Seite freigewordene Libido, zu einer Zunahme auf der anderen führt, läßt sich schon deswegen nicht halten, weil das Lutschen — auch unter völlig normalen Verhältnissen — seinen Höhepunkt oft erst nach dem sechsten Lebensmonat erreicht.

Aber schon Lindner, in dessen berühmter Arbeit aus dem Jahre 1879 (erschienen im Jahrb. f. Kinderheilk.) eine große Anzahl von Modifikationen des Lutschens zusammengestellt und durch anschauliche Zeichnungen erläutert ist, beobachtete Kinder, die mit der einen Hand masturbieren, während sie mit der anderen lutschen. Wir können diesen Erfahrungen, die sich auf das spätere Kindesalter beziehen, solche aus früheren Entwicklungsstufen gegenüberstellen (siehe z. B. Fall 20, S. 43).

Es wird sich empfehlen, in der Frage der Masturbation zunächst den Gegner zu Wort kommen zu lassen. Von Bernfeld erfahren wir das Folgende: „Da die Masturbation nicht von Anfang an vorhanden ist, müssen auch Berührungen der Genitalien vorkommen, die erst zur eigentlichen Masturbation hinführen werden. Als solche können all die von Moll genannten Reizungen, zufälliges Ergreifen der Genitalien durch die Hände, die Reize, die von der Defäkation bzw. den Fäkalien, in denen das Kind eine Weile lang liegt, dem Urinieren bzw. dem Urin herrühren und schließlich von den mannigfaltigen Reizen, die sich aus den Manipulationen der Kinderpflege ergeben, in Betracht kommen (Freud 2). Es scheint, daß alle diese Handlungen die Erogenität der Genitalzone erst im Laufe der Zeit voll erwecken, doch ist dies nicht sicher; jedenfalls wirken sie an der Entfaltung der Genitalzone als erogener zum Teil mit. Ehe diese nun erreicht ist, mag die Lustfunktion gelegentlich sich ergebender Manipulationen an den Genitalien fehlen“.

Wir können dieser Stellungnahme Bernfeld zur Frage der frühkindlichen Masturbation im wesentlichen beistimmen, und begründen das mit Beobachtungen, aus denen sich ergibt, daß auch noch im zweiten bis vierten Lebensjahr Begleiterscheinungen spezifisch sexueller Lust fehlen können. Leider sind ja unsere Erfahrungen auf diesem Gebiete wesentlich lückenhafter, wie auf dem des Lutschens, weil sich dieses zwar in voller Öffentlichkeit abspielt, die Onanie aber — auch beim kleinen Kinde — nur unter besonders günstigen Umständen entdeckt wird. Wenn wir aber von „asexueller Masturbation“ sprechen, dann erinnern wir uns z. B. an Fälle, bei denen ein völlig affektloses Umherspielen am Genitale dann beobachtet wird, wenn Langeweile einen Zustand innerer Leere herbeiführt.

Es ist sicher nicht zu gewagt, die ziemlich genau bekannten seelischen Mechanismen, die dem Lutschen zugrunde liegen, in einem Analogieschluß auf die Masturbation zu übertragen, denn die beiden Verhaltensweisen stehen sich erwiesenermaßen sehr nahe. Wir vermuten hinter den allseitig zugegebenen, asexuellen Vorstufen der Onanie gleichfalls „Abwendungsreaktionen“. Auch im Leben des Erwachsenen steht die Onanie zur seelischen Absperrung, die die Neurose charakterisieren soll, in enger Beziehung (v. Hattingberg).

Indem wir aber die frühkindliche Masturbation aus primitiven Verhaltensweisen ableiten, die vermutlich auch im Tier- und Pflanzenreich vorkommen, werden wir dem bedeutungsvollen Gesichtspunkt gerecht, daß jede seelische Entwicklung mit einem Gesamtzustand der Vagheit, der Ungegliedertheit, der Diffusität anhebt, aus dem sich erst im Laufe der Jahre die einzelnen seelischen Sonderinhalte, Triebrichtungen usw. herauskristallisieren (Stern). Es scheint uns als sehr wahrscheinlich, daß die „Abwendung“, wenn sie zu einer habituellen Reaktionsform wird, eine vorzeitige Differenzierung und somit auch eine unerwünschte und pathologische Frühblüte erotisch-sexueller Triebrichtungen heraufzuführen vermag.

Zu den mancherlei Gefahren, denen das Kind in den Jahren der Krise ausgesetzt ist, tritt nun noch diese letzte und so steht die Trotzphase im Beginn psychopathischer Entwicklung, wenn auch nicht an ihrem ersten Anfang, an einer Wegscheide als leuchtendes Fanal, das den Arzt und den Erzieher vor zukünftigen Stürmen warnen sollte.

IV. Die Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose

Jung hat einmal gesagt, daß die Neurose nie komplizierter sein könne als der Mensch, der sie hat. Wie zutreffend diese Bemerkung ist, das lehrt die Neurose des frühen Kindesalters. Hier liegt alles unmaskiert und in eindeutiger Klarheit vor dem Beobachter und die Reaktionen sind durchsichtig und einfach. Darum wird es sich empfehlen, diesen einmal gewonnenen, sicheren Beobachtungsposten innezuhalten, wenn wir uns nun daranmachen, den Lebensweg des neurotischen Kindes zu verfolgen. Der grundlegende Gesichtspunkt dieser Untersuchungen soll darin bestehen, daß wir uns als Arbeitshypothese die Frage vorlegen, ob die charakteristischen Züge der Trotzperiode nicht auch über diese hinaus zu finden sind und ob das Bild des neurotischen Kindes nicht durch Überreste dieser vergangenen Lebensperiode einige seiner wesentlichsten Merkmale erhält.

Das Vorhaben, dem die folgenden Ausführungen dienen sollen, geht also dahin, einen Querschnitt durch die Neurose des Kindesalters zu legen. Wir gewinnen damit ein Bild, das filmartig vom ersten Lebensjahr bis zur Pubertät vor uns abrollt und das einer Psychoanalyse zu vergleichen ist, die sich allerdings nicht auf die vagen und unkontrollierbaren Aussagen eines Einzelnen über seine längst verklungenen Tage und die Verarbeitung dieser Erlebnisse stützt, sondern bei der jede Etappe lebhaftig vor unserem Blicke erscheint.

Rund 205 klinisch beobachtete Fälle sind es, die den Bildern dieses Films als Grundlage dienen. So stattlich solches Material auch sein mag, es reicht nicht aus, um die Frage des Aufbaus der Neurose endgültig zu klären.

Seelische Abläufe und Verhaltensweisen sind in voller Objektivität kaum zu erfassen. Verschiedene Beobachter werden dieselben Äußerungen mit anderen Augen sehen und werten. Das Kind hat außerdem viel mehr wie der Erwachsene die Fähigkeit, sich seiner Umwelt anzupassen. Aus all diesen Gründen wird unsere Darstellung — soweit sie der Eigenart der Persönlichkeit nahe zu kommen sucht — notgedrungen subjektiv gefärbt sein müssen. Trotzdem erschien es uns richtig, gelegentlich den Posten eines nur registrierenden Beobachters zu verlassen, wenn man auch mit der Möglichkeit rechnen muß, daß das, was wir gesehen haben und beschreiben wollen, von anderen Seiten korrigiert, erweitert oder eingeschränkt werden wird. Der Schwerpunkt unserer Darstellung aber soll ja auch nicht hier liegen, sondern vielmehr auf der einwandfrei und objektiv faßbaren Tatsachenfeststellung und — wenn möglich — auf deren zahlenmäßiger Erfassung. Aber auch nach dieser Richtung hin wird — wie wir befürchten — eine spätere Ergänzung nötig sein, weil für eine Plan, wie er uns vorschwebte, die Zahl von 205 Beobachtungen immer noch zu beschränkt ist und weil dann weiter die soziale Stellung des Kindes das Bild seiner Neurose sicher entscheidend beeinflußt. Der wohlhabende Mittelstand, vor allem der Kreis der Kaufmannschaft, dann aber auch jener der Akademiker, stellt das Hauptkontingent unseres Materials und in der Mehrzahl der Fälle ist die Großstadt der Mutterboden, wenn auch ein erheblicher Prozentsatz der Kleinstadt entstammt. Bedauerlicherweise sind Kinder aus den armen und bedrückten Schichten der Bevölkerung so gut wie gar nicht vertreten und daher muß es die vordringlichste Aufgabe sein, die vorliegenden Studien an einem Beobachtungskreis nachzuprüfen, der vor allem das Kind der breiten Volksmassen umfaßt. Daß hier die Schwierigkeiten größere sein werden, liegt auf der Hand. So gut als es uns möglich war, haben wir jetzt schon — wenigstens für die frühen Altersklassen — mit diesen Kontrolluntersuchungen einen Anfang gemacht und wir stellten bei Stichproben fest, daß unsere Erfahrungen an vorschulpflichtigen Kindern nicht etwa nur für den engen Kreis der höheren Stände Geltung haben. Hierüber mag später Weiteres gesagt werden*).

Die Technik unseres Vorgehens verlangte eine Sonderung der Fälle in verschiedene Altersgruppen, die willkürlich abgegrenzt wurden und die das 4.—7., das 8.—11. und endlich das 12.—15. Lebensjahr umfaßten. Bald stellte es sich aber heraus, daß das Bild der Psychopathie sich bis zum Schulbeginn so rasch wandelt, daß die erste Abteilung nochmals in die Vier- bis Fünfjährigen und die Sechs- bis Siebenjährigen aufgespalten werden mußte.

Ein weiterer wichtiger Schritt war es, daß wir jedes der beiden Geschlechter einer Sonderbetrachtung unterzogen. Hätten wir das unterlassen, so wären brauchbare Ergebnisse überhaupt nicht zu erzielen gewesen. Schon in Hinsicht der zahlenmäßigen Beteiligung an dem Material sind Unterschiede vorhanden, die nicht auf Zufällen beruhen können. Von den 205 Fällen treffen 63 % auf das männliche und nur 37 % auf das weibliche Geschlecht.

*) s. S. 102.

Dann aber stellte es sich bald heraus, daß die Neurose des Knaben wahrscheinlich schon vom ersten Lebensjahre ab andere Wege geht als die des Mädchens, daß die Gruppierung und zeitliche Aufeinanderfolge der Symptome bei beiden Geschlechtern eine verschiedene ist und daß vor allem der charakterologische Untergrund von allem Anfang an beinahe in Kontrastfarben erscheint. Die Neurose des Knaben ist durchweg einfacher verständlich und übersichtlicher aufgebaut. Bei ihr wollen wir daher mit unseren Studien beginnen. Das Mädchen gibt uns eine Fülle von Rätseln auf, deren Lösung uns noch nicht restlos gelungen zu sein scheint. Im einzelnen soll auf diese wichtigen Fragen später eingegangen werden.

Entsprechend unserem Programm richteten wir unsere besondere Aufmerksamkeit auf jene Zeichen, die uns während der Trotzphase besonders beschäftigt hatten, so auf die Frage nach den sozialen Beziehungen des Kindes, auf die Züge der Auflehnung oder der Abwendung, auf den Entwicklungsstillstand und seine charakteristischen Äußerungen. Diesen leitenden Gesichtspunkten schließen sich Untersuchungen über Frequenz und Manifestationstermin einiger Symptome an. Wir werden allen diesen Erhebungen eine zahlenmäßige Unterlage geben, obwohl wir zugeben müssen, daß die Methode einer statistischen Verarbeitung psychopathologischer Fragestellungen nicht unanfechtbar ist. Es wird sich aber zeigen, daß sie uns wichtige Erkenntnisse vermittelt, die auf anderem Wege nicht zu gewinnen gewesen wären.

Die vier Tabellen auf S. 74 u. 75 sollen das Ergebnis veranschaulichen und die Übersicht erleichtern. Hierzu und zur Erläuterung der folgenden Ausführungen wäre das Folgende zu sagen:

Tabelle 1 (S. 74) stellt zwei markante und wichtige Typen einander gegenüber. Der eine entspricht dem Bilde, das wir als „verlängerte Trotzperiode“ kennen lernen werden und bei dem die charakteristischen Züge seiner häufigsten Ausdrucks-

form bestehen bleiben (Trotztypen). Der andere umfaßt die stillen, scheuen, ruhigen, in sich gekehrten Persönlichkeiten. Wir haben sie als die „Introvertierten“ bezeichnet.

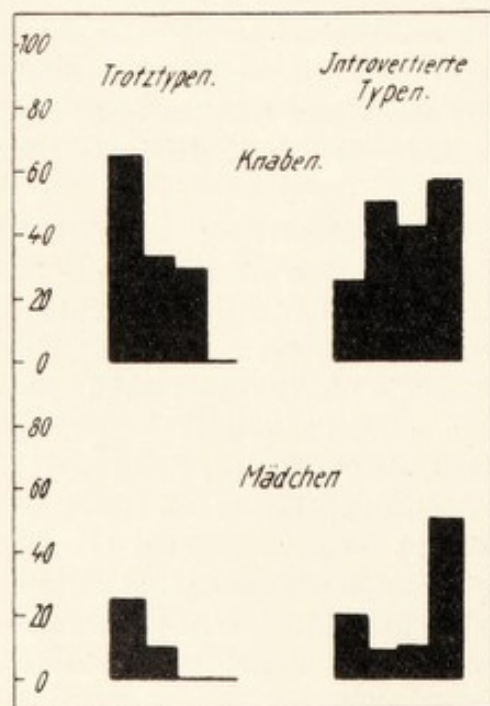


Tabelle 1

Tabelle 2 (S. 75) gibt eine Darstellung des Symptomenwandels. Die sieben ersten Säulenbündel beziehen sich auf Störungen der Nahrungsaufnahme, Angewohnheiten, Angst, Schlafstörungen, Erbrechen, Enuresis und die Störungen der Sprachentwicklung. Das sind die Frühzeichen der kindlichen Neurose. Ihnen stehen als letzte Rubrik die „sonstigen“ Äußerungen gegenüber. Hierunter werden polymorphe, „psychogene“ Symptome verstanden, wie Absenzen, psychogene epileptiforme Krampfstörungen, Schwindelanfälle, Ohnmachten, Tics, (migräneartige) Kopfschmerzen, Nabelkoliken, „nervöse“ Magenkrämpfe, rheumatoide Beschwerden, Parästhesien, Abasie, Astasie usw.

Als „Angewohnheiten“ gelten uns Fingerlutschen, Nägelkauen, Zupfen und Herum-

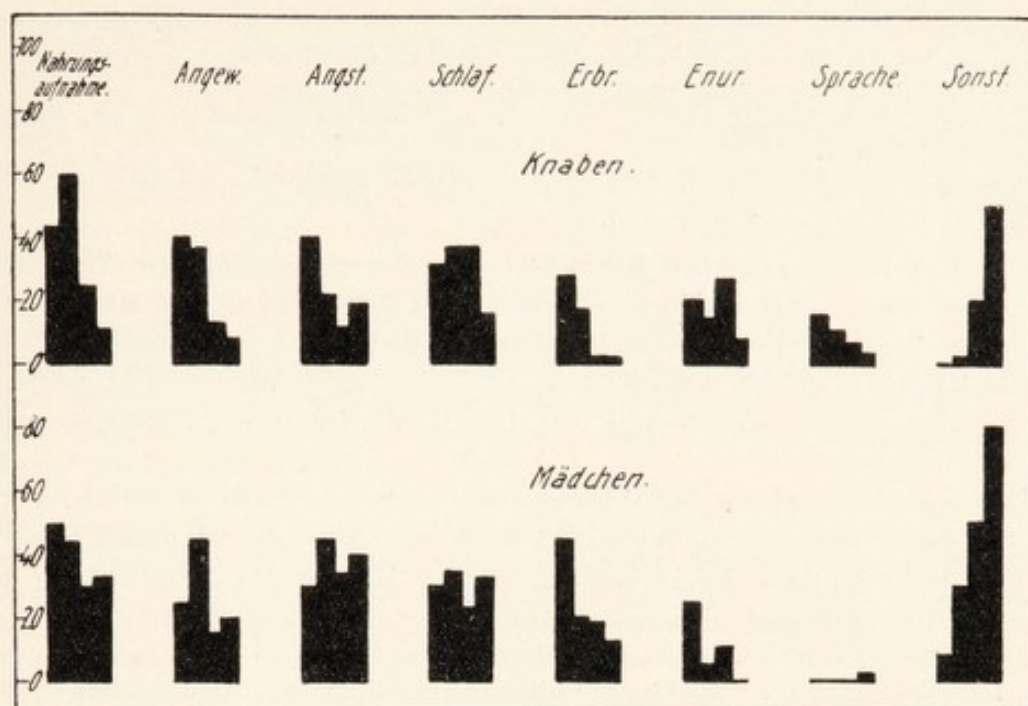


Tabelle 2

kratzen an der Haut, Jactatio capitis nocturna und ähnliche Stereotypien. Schließlich, entsprechend unserer vorgetragenen Auffassung (s. S. 69—72), innerhalb der ersten Jahre der Kindheit auch die Onanie. Wir haben im folgenden bis zum siebenten Lebensjahr die Masturbation den Angewohnheiten zugeordnet, während sie jenseits dieser willkürlich gewählten Grenze nicht mehr berücksichtigt wurde.

Auf dem Gebiet der Sprache kommen lediglich die sogenannten Entwicklungsstörungen in Betracht und zwar die verspätete Ausbildung dieser Funktion, das Stammeln, die Form- und Aufbaustörungen der Rede, schließlich das Stottern. Wir verweisen, um eine solche Zusammenfassung zu rechtfertigen, darauf, daß auch von maßgebender Seite (Nadoleczny) die Beziehungen des Stotterns zur Erschwerung der Sprachentwicklung hervorgehoben werden*).

Der Versuch, einen Affekt wie die Angst statistisch und zahlenmäßig zu erfassen, wird mit Befremden aufgenommen werden. Auch uns liegt es natürlicherweise fern, aus den mitgeteilten Daten auf die Häufigkeit jener Stimmungslage schließen zu wollen. Es handelt sich ausschließlich um Fälle objektgebundener Angst, die wir meinen, nicht aber um Zustände allgemeiner, „frei flottierender“ Ängstlichkeit. Mithin kommen vor allem jene Formen in Betracht, die dem frühinfantilen Typus entsprechen. Innerhalb der ersten Stadien der Kindheit heftet sich die Angst so gut wie regelmäßig an ein bestimmtes Objekt.

Tabelle 3 (S. 75) demonstriert gesondert das Verhalten des Tics in den Jahren der Kindheit.

Tabelle 4 (S. 75) gibt ein Bild der Schulleistungen.

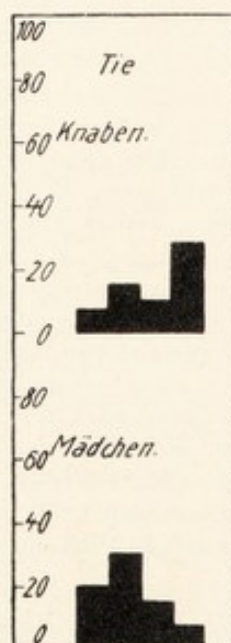


Tabelle 3

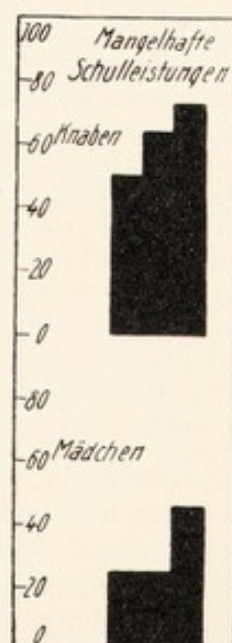


Tabelle 4

*) s. S. 17—18.

Die vier Säulen jeder einzelnen Darstellung bedeuten die vier Altersklassen 4—5, 6—7, 8—11, 12—15, die auch den folgenden Ausführungen zugrunde liegen. Bei den Schulleistungen fehlt natürlich die jüngste Gruppe.

Knaben und Mädchen wurden, wie das auch im Text geschehen ist, einander gegenüber gestellt.

Während im folgenden die absoluten Zahlen angegeben werden, liegen den Tabellen Prozentwerte zugrunde.

Wir haben das psychopathische Kleinkind verlassen als die Wogen der Trotzphase sich zu glätten schienen. Hie und da zitterte zwar noch die Erregung nach. Aber dort, wo die Therapie ihr Werk getan hatte, konnte man feststellen, daß die Klippe glücklich umschifft war und daß alles Weitere nur noch von dem geschickten Lotsen abhing, der das Schiff durch zukünftige Gefahren hindurchzusteuern hat.

Bei den 25 Knaben im Alter von vier bis fünf Jahren, die die nächstfolgende Altersgruppe bilden, ist in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle von einer Beruhigung nichts zu spüren. 16 der Kinder treten uns in dem für die Trotzphase charakteristischen Gewande entgegen. Die Reizbarkeit ist kaum gemildert und die Affektausbrüche haben an elementarer Gewalt wenig verloren. Es hieße Altbekanntes wiederholen, wenn wir auf die Einzelzüge eingehen würden. Wie innerhalb der Erregungsphase steht hinter den Wutparoxysmen dieser Kinder die Angst, wie damals so hören wir auch jetzt wieder von „wahren Liebesszenen“, die sich zwischen Mutter und Kind abspielen und auch das Dämonische, das Überwältigtwerden von fremden, dunklen Mächten kommt hie und da zum Ausdruck. Manche dieser Knaben sind innerhalb ihrer ruhigen Zeiten heiter und lebenswürdig, ja von gemüthlicher Weichheit, andere aber erscheinen als herrschsüchtig oder gar als böseartig, sie quälen Tiere und Kinder und können auf diese Weise zu einer Gefahr für ihre Umgebung werden. Die folgenden drei Fälle werden einen Ausschnitt aus dem abwechslungsreichen und in seinen gemäßigten Ausdrucksformen alltägliches Bild geben.

Fall 34. G. R., 5 J. alt, ♂, 2. Kind. Bruder 7, Schwester 2½ Jahre. Mit 2 bis 3 Jahren sehr eigensinnig, Wutanfälle, unruhig, ängstlich, appetitlos. Lernte spät sprechen, wurde erst vor kurzem reinlich. Heute noch unmotivierte Zornausbrüche, soll die Geschwister beißen, sie angreifen und mit einer eisernen Stange auf sie losschlagen. Schläge auch die Mutter. Tobe im Haus herum. Habe Angst, ins Bett zu gehen, fürchte sich vor der Dunkelheit, vor Tieren, Hexen und schwarzen Männern. Wolle zur Mutter ins Bett. Schrecke im Schläfe auf, glaube dann immer, etwas Unheimliches gehört zu haben. Wenn er wach geworden wäre, schliefe er nicht mehr ein. G. wäre unselbständig, kaue an den Nägeln und nasse noch gelegentlich ein.

Es handelt sich um ein körperlich zartes Kind, das auch in der neuen Umgebung zunächst unter Angstzuständen leidet. Auch Wutausbrüche kommen vor. Bald klingen diese Erscheinungen ab und G. ist dann leicht zu leiten, verträglich, von weicher Gemütsart und von etwa normaler Selbständigkeit. Seine innere Unsicherheit ist trotzdem unverkennbar.

Mit der nach einigen Monaten erfolgten Aufnahme des älteren Bruders ändert sich das Bild vollkommen und zwar von einem Tag auf den anderen. Jetzt tritt die Erregung, die sich auch in Wutausbrüchen äußert, wieder von neuem hervor und Bettnässen setzt ein.

Fall 35. M. C., 5½ J. alt, ♂, jüngstes Kind. 2 ältere Geschwister von 11 und 13 Jahren. Nahm als Säugling schlecht zu. Soll seit dem Ende des ersten Lebensjahres an einem Erbrechen leiden, das mit kurzen, stets nur einige Wochen dauern-

den Pausen bis jetzt anhält. M. sei sehr zärtlich, er wolle, daß man ihm schön tue, spiele meist allein und gerate zeitweilig, wenn das Erbrechen sich häuft, in heftigste Erregung.

Das Kind ist körperlich zart. Es bevorzugt flüssige und halbflüssige Speisen, trinkt Milch in großer Menge ohne Schwierigkeiten, erbricht aber in halb willkürlicher Weise, wenn man es nötigt, etwas ihm nicht Zusagendes zu genießen. Anfangs schwere Ausbrüche von Wut, wie ein ganz kleines Kind. Außerhalb dieser von bestrickender Liebenswürdigkeit und einem überdurchschnittlichen Geltungsstreben. Allmählich lassen die Affektausbrüche nach, aber ein ungewöhnlicher Eigensinn ist auch dann noch deutlich.

Fall 36. C. M., 5,2 J. alt, ♂, 2. Kind. Schwester 11 Jahre alt. Anamnese der ersten Lebensjahre ungenau. Soll sich seit längerer Zeit körperlich schlecht entwickelt haben, wäre appetitlos und habe nur etwa jeden dritten Tag Stuhlgang. Gelegentlich bestände Bettnässen. Das Kind sei sehr ungeschickt und unselbständig und lutsche am Finger.

Wir haben es mit einem schwächlichen Knaben zu tun, bei dem aber besondere Krankheitserscheinungen nicht bestehen. In seinem Wesen ist er unleidlich, tut immer das Gegenteil von dem, was man von ihm gerade verlangt und bekommt nicht selten Wutanfälle, die kleinkindhaft anmuten. Von der Gemeinschaft sondert er sich ab, geht seine eigenen Wege, muß auf den Spaziergängen oft gesucht werden, weil er sich von den Begleitern entfernt, zerstört das Spiel der Altersgenossen und hat seine Freude daran, Tiere zu quälen. Auch sprachlich tritt er mit seiner Umgebung kaum in Kontakt. Gelegentliches Bettnässen.

Viel seltener unter den psychopathischen Knaben dieser Altersklasse ist die Gruppe der ihrem äußeren Verhalten nach ruhigen Kinder, die auf den ersten Blick scheu, schüchtern, unsicher oder mutlos erscheinen. Manchen fehlt ein gewisser Eigensinn nicht, aber er tritt gegenüber der offenkundigen Ängstlichkeit in den Hintergrund oder er verschanzt sich hinter ein neurotisches Symptom. Einige dieser Typen machen geradezu einen mädchenhaften Eindruck. Bei anderen fällt die depressive, traurige Stimmungslage ins Auge, hypochondrische Züge können sich hinzugesellen und schließlich gibt es hier Kinder, die den „Kasperl“, den „Hanswurst“ machen, um sich durch ihre Albernheiten eine Stellung zu geben, die ihnen sonst nicht beschieden wäre. Wir wissen, daß die Trotzperiode auch „larviert“ auftreten kann und es darf angenommen werden, daß das bei manchen dieser Kinder der Fall war. Aber sicher ist es nicht immer so. Die folgende Beobachtung, die nicht allein dasteht, beweist z. B., daß Umschläge von der Erregung in ein Bild, wie wir es soeben beschrieben haben, vorkommen.

Fall 38. W. M., 5 $\frac{3}{4}$ J. alt, ♂, 1. Kind. Schwester 1 $\frac{1}{2}$ Jahre. War als Säugling sehr zart, habe viel erbrochen, spät sprechen gelernt, dann gestammelt und sei „nervös“ gewesen. Im Kleinkindesalter enormer Eigensinn. Wäre von einem berühmten Arzte wegen seiner tobsuchtsartigen Wutausbrüche für geistig minderwertig erklärt worden. Jetzt ist das Kind scheu und verträumt. Es ist depressiert, weint leicht, ist stimmungslabil und launenhaft. Hat Angst vor Feuer, Unglücksfällen, vor Katastrophen und vor dem Sterben. Spielt fast nur mit Kleinen, pufft und kneift diese gerne, zieht sich vor den größeren Kindern zurück. Seit $\frac{3}{4}$ Jahren unerklärliche, sicher psychogen bedingte, Durchfälle.

Symptomatologisch entspricht die Psychopathie des 4—5 Jahre alten Knaben noch so gut wie vollkommen der Trotzperiode. Zahlenmäßig stehen die Störungen der Nahrungsaufnahme, deren Mehrzahl bestimmt als Kau- oder Schluckstörungen aufzufassen ist, an erster Stelle (11). Ihnen folgen die „Angewohnheiten“ wie Nägelbeißen, Fingerlutschen, Onanie (10), die Angst (10), ferner Schlafstörungen (8), Erbrechen (7), Enuresis (5),

und schließlich die Störungen der Sprachentwicklung (4). Als neues, bisher noch unbekanntes Zeichen findet sich einmal ein Tic, der aber noch vollkommen den Charakter der Angewohnheit trägt. Auch „Nabelkoliken“ kommen — wenn auch selten — vor. Die erdrückende Mehrzahl der Fälle aber erschöpft sich symptomatisch in einer Reproduktion dessen, was schon die Trotzphase an Äußerungen hervorbrachte.

Bei allen 25 Fällen sind mehr oder minder deutliche Zeichen zu finden, die für den Entwicklungsstillstand zeugen. Bald sind es die kleinkindhaften Wutanfälle, die solchen Gedanken begründen, bald ist es die Unselbständigkeit, die eine deutliche Sprache redet. Anderen Males ist das hartnäckige Festhalten an flüssiger Nahrung charakteristisch, gelegentlich auch die diesem Alter nicht mehr entsprechende ausschließliche Freude an einer rein motorischen Betätigung. Viele solcher Kinder scheuen den Verkehr mit Altersgenossen und suchen sich ihre Gesellschaft unter den Kleinen. Zu all diesen Beobachtungen kommt dann manchmal noch die Enuresis als ein Restbestand der Säuglingszeit und die Entwicklungsstörung der Sprache. Es kann nicht dem allermindesten Zweifel unterliegen, daß diese Befunde gesetzmäßige sind. Ihren prägnantesten Ausdruck finden sie im Gesamtbild der Persönlichkeit, das oft auf den ersten Blick als nicht altersgemäß entwickelt erscheint.

Mit diesen Feststellungen stimmt es überein, daß auch die sozialen Beziehungen auf primitiver Stufe stehen geblieben sind. In allen Fällen mit einer Ausnahme trat die Störung der sozialen Relationen deutlich zutage. Entweder sondern sich solche Kinder von den Altersgenossen ab und gehen dem Gemeinschaftsleben überhaupt aus dem Weg oder sie fühlen sich nur zu den viel Jüngeren hingezogen. Andere belegen den Erwachsenen mit Beschlag, suchen ihn an sich zu fesseln und wachen eifersüchtig darüber, daß seine besondere Zuwendung ihnen allein gehört. Streit- und Angriffslust, Neigung zu Quälereien besonders Kleinerer und Schwächerer, hämische Schadenfreude sind bei den auch sonst zur Aktivität neigenden Typen häufig, während die Passiveren scheu beiseite stehen und ihre Aggression nur heimlich an den ihnen Unterlegenen auslassen. Wen will es wundern, daß sich der gesunde Geist einer Kindergemeinschaft diesen Psychopathen gegenüber ablehnend verhält!

Wir dürfen diese Altersklasse, mit der wir uns eben beschäftigt haben, nicht verlassen, ohne kurz eines Bildes zu gedenken, das klinisch hierher gehört, wenn es auch leider oft verkannt und für eine Form des Schwachsinn gehalten wird. Ähnliche diagnostische Irrtümer sind uns schon von der Trotzperiode her geläufig.

Die Kinder, die wir meinen, fallen durch ganz besonderes Ungeschick und große Unbeholfenheit auf. Ihr Gang ist manchmal unsicher und breitspurig. Einige benutzen beim Auftreten nicht die ganze Sohle des Fußes, sondern nur deren Zehenanteil. Treppen können sie nur mit Hilfe gehen. Beim Laufen stürzen sie leicht hin. Jede manuelle Tätigkeit bereitet ihnen Schwierigkeiten. So bleiben sie lange vollkommen unselbständig und lernen die einfachsten Handgriffe nur schwer und spät, zumal ihnen jede Konzentrationsfähigkeit fehlt. Fast stets besteht Enuresis und Enkoprosis und zwar auch am Tage. Manche schmieren mit dem Kot herum. Störungen der Sprach-

entwicklung, wie z. B. Stammeln oder Stottern, sind durchgängig vorhanden. Kommt zu diesem Symptomenbild dann noch die oft hochgradige Angst, ferner Wutausbrüche frühinfantilen Charakters, Zerstörungssucht und Ablehnung jeden Gemeinschaftsspiels, schließlich die bei unseren Beobachtungen stets vorhandene sehr auffallende und bemerkenswerte Eigenart, in Monologen vor sich hinzureden, dann wird man sich nicht wundern dürfen, wenn manch Fall dieser Art unter der Flagge des Schwachsinnns segelt. Ein genaueres Studium deckt aber auf, daß die intellektuellen Funktionen normale oder sogar gute sind und daß hier nichts anderes vorliegt als ein Bild der Psychopathie, das sich lediglich durch die ungewöhnliche Prägnanz seiner infantilen Merkmale vom Üblichen unterscheidet. Der Restbestand aus dem Inventar der Trotzperiode und ihrer Vorzeit ist besonders reichlich und gut erhalten.

Fall 39. H. M., 5,2 J., ♂, 1. Kind. Schwester 2½ Jahre. Entwickelte sich als Säugling langsam, war damals schon unruhig, schrie viel, lernte spät sprechen. Jetzt sei das Kind offenbar intellektuell rückständig. Es wäre überlebensfähig und eigensinnig, dabei aber sehr ängstlich, ziehe sich von anderen Kindern zurück, zerreiße, was ihm in die Hände komme, könne aber nicht richtig spielen. Seit kurzem bestände auch wieder Bettnässen. Es stottere und lutsche am Finger.

H. ist ein sehr unruhiges, überaus ängstliches Kind, das sich vor den Altersgenossen fürchtet, nie mit ihnen spielt und immer für sich ist. Es ist in der Sprunghaftigkeit und Exaltiertheit seiner Gefühlsäußerungen unberechenbar, sucht durch clownartiges Benehmen die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Auffallend insbesondere ist seine Ungeschicklichkeit, die sich sowohl in dem unsicheren, breitspurigen, tollpatschigen Gang wie in der ungewöhnlichen Unselbständigkeit äußert. Einnässen und Einkoten kommen am Tage sowie in der Nacht häufig vor. H. spielt auch mit dem Stuhlgang und er bevorzugt Gespräche, die sich auf die analen Funktionen beziehen. Man beobachtet ihn oft, wie er monologartig vor sich hinredet. Typisches Sprachentwicklungsstottern. Der Verdacht, daß ein Schwachsinn vorliegt, wird weder durch die Intelligenzprüfung noch durch die weiteren Wahrnehmungen bestätigt. Die Mehrzahl der Störungen verschwindet im Verlauf dreier Monate.

Fall 40. F. H., 5,9 J., ♀, 1. Kind. Schwester 0,9 Jahre. Entwickelte sich als Säugling schlecht, litt unter Ausschlägen, erbrach häufig, war unruhig, lernte spät sprechen. Jetzt bestände neben einem außerordentlichen Eigensinn eine große Ängstlichkeit. F. habe Angst vor Hunden, vor harmlosen Spieltieren, vor Eisenbahnfahrten, vor dem Nikolaus und vor dem Haarschneiden. Sie bliebe nie allein im Zimmer, schreie und weine, wenn der Erwachsene hinaus geht und sie rege sich dann sehr auf. Sie wäre unselbständig und ungeschickt, könne nicht einmal allein die Treppe herauf- und heruntergehen. Im Schlaf schreie das Kind auf und es nasse neuerdings auch wieder das Bett ein. Die Sprache wäre undeutlich und es bestände Nägelkauen. Alles in allem sei das Kind nicht schulfähig, denn es könne keine Versen und Lieder behalten.

Unsere Beobachtung ergibt, daß es sich um ein sehr verängstigtes Kind handelt, das gelegentlich recht eigensinnig sein kann. Unselbständigkeit und Ungeschick sind hochgradig, der Gang ist unsicher und breitspurig. Beim Treppensteigen klammert sich F. krampfhaft ans Geländer. Zu den anderen Kindern besteht anfangs kein Kontakt. F. ist diesen, aber auch den Erwachsenen gegenüber, verschlossen und ablehnend. Redet dauernd in Monologen vor sich hin. Gelegentlich Einnässen und Einkoten von Bett und Kleidung. Schmiert mit dem Stuhlgang herum. Nächtliches Aufschreien, Stammeln. Von intellektueller Schwäche, die anfangs vermutet wurde, ist keine Rede. Testprüfung und Ergebnis der weiteren Beobachtungen beweisen das.

Die Gruppe der sechs bis siebenjährigen Knaben, der wir uns jetzt zuzuwenden haben, umfaßt einen Beobachtungskreis von 27 Fällen. Während unter etwa der gleichen Anzahl 4 bis 5 Jahre alter Kinder 16mal das bekannte Bild der typischen Trotzperiode die Szene beherrschte, sind es jetzt nur noch 9 Beobachtungen, die hierher zu rechnen sind. Zahlenmäßig also drückt sich der Fortschritt der Entwicklung in einem Nachlassen der Erregungszustände aus. Jene Typen aber, die in der frühinfantilen Trotzeinstellung und in der dieser entsprechenden Form der Manifestationen verharren, lassen von solcher Beruhigung nichts erkennen. Wutanfälle, Opposition, Aggressivität, Undiszipliniertheit, unverträgliches Wesen, bisweilen Bössartigkeit und Lust an Quälerei und Schadenfreude geben dem Bilde die äußere Note, während sein wesentlicher Inhalt und Sinn durch die innere Unsicherheit dieser Kinder bestimmt wird. In gesunder Umgebung lassen manche, wenn auch durchaus nicht alle, ihre gesellschaftsfeindliche Haltung fallen und entpuppen sich als harmlos-gutmütig, ja gelegentlich sogar als gemütsweich. Immerhin ist dieses günstige Verhalten hier schon seltener als bei den nächstjüngeren Altersstufen.

Fall 41. R. M., 6,9 J., ♂, einziges Kind aus der zweiten Ehe des Vaters. Stiefschwester 13 Jahre. Als Säugling appetitlos. Lernte spät sprechen. Seit jeher enormer Eigensinn und maßlose Wutanfälle, bei denen er sich auf den Boden wirft und fast bis zum Bewußtloswerden brüllt. Steht in Opposition zur Mutter, die er angeblich haßt, an der er seinen Zorn ausläßt, die er quält und von der er sich z. B. nicht anziehen lassen will. Wird von anderen Kindern gemieden, weil er sie angreift, sie an den Haaren reißt und ihnen die Spielsachen fortnimmt. Hat Angst vor allen Tieren und vor der Dunkelheit. Ist unselbständig, spricht aus dem Schlaf, lutscht am Finger, onaniert.

Die Beobachtung ergibt, daß es sich um ein erregbares Kind handelt, bei dem Zornausbrüche an der Tagesordnung sind und das in bössartiger und heimtückischer Weise seine Umgebung quält. Im Laufe von Monaten tritt eine gewisse Beruhigung und Anpassung an den Verkehr mit anderen Menschen ein, jedoch führt die Anwesenheit der Eltern sofort wieder zu schlimmen Rückfällen.

Fall 42. H. W., 6,6 J. alt, ♂. Einziges Kind nach drei Frühgeburten, die starben. Wurde auch vier Wochen zu früh geboren. Hätte sich als Säugling gut entwickelt, wäre aber unruhig gewesen, habe erbrochen und wenig Appetit gehabt. Litte in letzter Zeit viel unter Erkältungen und es sei im Alter von vier Jahren gelegentlich einer Temperatursteigerung ein Krampfanfall vorgekommen. Stottern bestände seit dem dritten Lebensjahre und das Kind wäre erst mit 3½ Jahren reinlich geworden. Groß seien die Erziehungsschwierigkeiten: seit jeher ist der Knabe eigensinnig, er tut immer das Gegenteil dessen, was man von ihm will, „haut alles zusammen“, attackiert auch die Eltern. In einen Kreis anderer Kinder könne er sich nicht einfügen, wolle die Altersgenossen beherrschen, selber aber lieber mit Größeren spielen. Er wäre unselbständig. Seit längerer Zeit litte er unter großer Angst, wolle nicht mehr im dunklen Zimmer schlafen, sähe wilde Tiere an der Decke, schreie, wenn man ihn allein läßt. Klage oft über Bauchschmerzen (Nabelkoliken). Soll onanieren.

In fremder Umgebung erweist sich H. als sehr gutartig. Wutausbrüche kommen nicht vor. Er ist kindlich-fröhlich, ohne jeden Eigensinn und scheinbar in gutem Kontakt mit den anderen Kindern. Stottern besteht fort. Es verschlechtert sich, sobald der Unterricht beginnt, den das Kind nicht sonderlich liebt und bei dem sich seine Unsicherheit und sein Mangel an Selbstvertrauen zu erkennen gibt.

Von den 27 Fällen entfernen sich 18 — also gerade doppelt soviel wie bei den Vier- und Fünfjährigen — von dem Bilde des Trotzalters und seinen charakteristischen Zügen. Die Mehrzahl dieser Gruppe (13) sind

ruhige, schüchterne, scheue Typen, die sich bald mehr, bald weniger ihrer Umgebung verschließen, die in sich hineinleben, sich zurückziehen, sich benachteiligt vorkommen und bei denen hypochondrische Ideen einen fruchtbaren Boden finden. Manches dieser Kinder wirkt durch seine Eigenbrödelei wie ein Sonderling. Einzelne suchen ihre innere Schwäche dadurch zu verdecken, daß sie sich durch clownartiges Gehaben bemerkbar machen, während sich andere durch eine hohle und durchsichtige Kraftpose in Szene zu setzen versuchen. Diesen Zügen gesellt sich bei einem Teil der Kinder eine gewisse Erregbarkeit hinzu, die nicht selten ihr wahres Wesen überdeckt und verdunkelt. Wir haben dann das Bild jenes unruhigen, fahrigen, überlebendigen, oft undisziplinierten, aber nur ganz selten eigensinnigen, nervösen Kindes vor uns (8).

Symptomatologisch ist der vorangegangenen Epoche gegenüber nicht viel verändert und daher können wir uns Zahlenangaben ersparen. Angewohnheiten und Angst, die sich an Gegenständliches heften, sind seltener geworden. Durch die Zunahme des Tics und durch die Kopfschmerzen, von denen wir jetzt zum ersten Male etwas zu hören bekommen, ist das Bild etwas abwechslungsreicher geworden. Grundsätzliche Veränderungen der Trotzphase gegenüber aber fehlen. Die Neurose bleibt noch vollkommen auf frühkindlicher Stufe stehen.

Eine Anpassung an das Gemeinschaftsleben hat sich nicht vollzogen. Weitaus die meisten Kinder sondern sich von den Altersgenossen ab, ziehen sich von diesen zurück, suchen Anschluß bei Jüngeren oder halten sich an die Größeren. Oft sieht es zwar so aus, als wäre ein Kontakt vorhanden, aber dieser Eindruck täuscht. Wer sich, wie diese Kinder, bedingungslos unterordnet, sich in alles fügt, nach außen hin nicht aufzumucken wagt, der ist zwar ein Diener, aber nicht das gleichberechtigte Mitglied einer sozialen Gruppe geworden. Auch hier begegnet uns wieder der „Hanswurst“, der sich durch Albernheiten billige Triumphe zu schaffen sucht, und jener andere Typus, der auf die Schwächeren aus sicherem Hinterhalt losgeht. Offene Streitsucht dagegen ist selten, denn auch die Aktiveren blasen zum Rückzug, wenn sie einen überlegenen Gegner wittern.

Ebenso gesetzmäßig sind die Zeichen verzögerter Entwicklungsfortschritte. Abgesehen von den ganz eindeutigen kleinkindhaften Wutparoxysmen, treffen wir hier auf die ohne weiteres als infantiler Restbestand verständliche Unselbstständigkeit. Manche wollen sich noch, wie die Allerkleinsten, füttern lassen. Wir stoßen auf Kau- und Schluckstörungen, die auch bei den Sechs- bis Siebenjährigen noch als Hauptgrundlage der sogenannten Appetitlosigkeit in Frage kommen dürften. Weiterhin findet sich das Festhalten an frühkindlichen Angewohnheiten, ferner eine dem Alter nicht mehr entsprechende Unruhe und Sprunghaftigkeit, schließlich die Enuresis. Auch unter dieser Gruppe sind wieder Knaben, deren unharmonische Entwicklung auch dem Laien sofort auffallen muß und die in vielen ihrer Äußerungen rückständig sind, so daß der Gesamteindruck eines eher vier oder fünf Jahre alten Kindes resultiert.

Gelegenheit zu neuen, wichtigen Beobachtungen gibt die Schule. Einige wollen täglich ins Schulhaus begleitet werden, andere laufen vom Unterricht fort und der Mutter nach. Bedeutungsvoller aber für unsere Fragestellung ist das, was wir über die Leistungen zu hören bekommen. Hier, sowie bei allen folgenden

Altersklassen, beschränken wir uns lediglich auf die Verarbeitung der anamnestischen Daten und der Besprechungen mit unserer Lehrerin, Frau M. Früchte, die später ihre ausgedehnten Erfahrungen beim Unterricht im Zusammenhang darstellen wird*).

Unter den 23 Schulkindern dieser Altersklasse sind 12 gute Schüler. Bei dem Rest hören wir von Schwierigkeiten, die vorwiegend auf der bekannten „Konzentrationschwäche“ beruhen, dann aber auch auf der spielerischen Art, mit der die Aufgaben in Angriff genommen werden, mangelnder Lust am Lernen, langsamem und schwerfälligem Arbeiten, disziplinlosem oder schlaffem und müdem Wesen. Aber auch unter den „guten“ Schülern sind noch mindestens fünf, bei denen Aufmerksamkeitsstörungen oder Mängel anderer Art notiert werden, so daß schließlich nur noch eine winzige Gruppe übrig bleibt, die den Anforderungen nach jeder Richtung hin gerecht wird. Bei den sieben Kindern, deren Verhalten im Unterricht wir laufend überwachen konnten, war nur ein einziges Mal die Voraussetzung für einen durchaus befriedigenden Erfolg vorhanden.

Es wird sich später zeigen, daß die Leistungen mit zunehmendem Alter schlechtere werden. Zum Teil ist das darauf zurückzuführen, daß diese Kinder ohne solide Grundlage aus den niederen Klassen in die höheren aufrücken, zum Teil aber hängt es auch damit zusammen, daß der intellektuelle Kurzschluß nichts mehr nützt, wenn die Arbeit sich auf logischen Gedankengängen aufbauen muß. Unter diesen Umständen erhebt sich die Frage, ob für gewisse Gruppen psychopathischer Kinder nicht ein Unterricht im kleinen Kreise in den ersten Jahren dem Besuch der Volksschule vorzuziehen wäre, denn es ist unvermeidbar, daß die vorhandenen Mängel vom Lehrer übersehen werden, wenn er einer großen Kinderzahl gegenübersteht.

Den folgenden Feststellungen über die Neurose des acht- bis elfjährigen Knaben liegen 41 Fälle zugrunde. Von diesen tragen noch 12 Beobachtungen den Stempel des Trotzalters. Der vorigen Gruppe gegenüber sind also zahlenmäßige Unterschiede nicht vorhanden. Es mag ja wohl sein, daß die Äußerungsform oft eine gemäßigte geworden ist, aber, wie früher, so begegnen uns auch jetzt wieder wilde Wutausbrüche, ungehemmter Jähzorn, aufbrausender Eigensinn, explosible Reizbarkeit, ja gelegentlich Züge von Tyrannei und Bosheit. Oft ist solch unleidliches Wesen aber nur eine Fassade, hinter deren täuschender Außenseite sich innere Unsicherheit und Schwäche versteckt. Bei den Sechs- und Siebenjährigen machten wir schon die gleiche Erfahrung.

Fall 43. G. P., 8,2 J. alt, ♂, einziges Kind. Mit zwei bis drei Jahren Wutanfälle und „Wegbleiben“. Spielte damals allein, schloß sich anderen Kindern schwer an, wurde spät reinlich und näßte auch in den folgenden Jahren noch oft das Bett ein. Onanierte. War jederzeit geistig seinem Alter voraus. Jetzt besteht eine fast „zwangsmäßige“ Opposition. Wirft sich in wildem Zorn auf den Boden, schlägt auf sich selber los, äußert Selbstmordgedanken, will, daß man ihn seiner Ungezogenheit wegen bestraft, meint, er wäre vom Teufel besessen, die Eltern sollten sich ein anderes Kind anschaffen, ärgert die Altersgenossen, schließt sich ihnen nicht an, ist unruhig, unselbständig, bequem, läßt sich gerne bedienen. Beschäftigt sich allein sehr ausdauernd, besonders mit technischen Basteleien, ist ungewöhnlich begabt, fast ein Wunderkind. Hat eine lebhaft Phantasie, spielt

*) s. S. 102—108.

Klavier, Violine, komponiert sogar, steht aber ganz einfachen, praktischen Aufgaben hilflos gegenüber. Schläft unruhig, hat nächtliche Angstzustände mit Todesfurcht, fürchtet das Alleinsein. Zeitweilig Rückfälle in die Enuresis. Onaniert. In der Schule sehr aufmerksam, aufnahmefähig, eifrig. Körperlich vom Typus der *Dystrophia adiposo genitalis*.

Fall 44. E. K., 11 J. alt, ♂, 1. Kind. Schwester 6 Jahre. Habe sich als Säugling normal entwickelt, sei aber als Kleinkind eigensinnig gewesen und hätte spät sprechen gelernt. Die körperliche Entwicklung wäre — mit Ausnahme unerklärlicher Temperatursteigerungen — befriedigend. Der Knabe schliefe spät ein, er ermüde daher auch in der Schule und leiste nur Mäßiges. Seit jeher wären erhebliche Erziehungsschwierigkeiten vorhanden, denn E. wolle immer seinen Kopf durchsetzen und neige zu Zornausbrüchen. Mit der Schwester verträge er sich nicht gut.

Gelegentlich der Aufnahme am Abend kommt es zu einem geradezu tobsuchtsartigen Wutparoxysmus, bei dem der Junge den „wilden Mann“ spielt. Er beschimpft Mutter und Pflegerinnen, wirft das Geschirr ins Zimmer, greift die Erwachsenen an, tobt und brüllt fast die ganze Nacht hindurch und ist am nächsten Morgen noch in hochgradiger Erregung. Als diese allmählich abklingt, stellt es sich heraus, daß E. weich, ja feminin ist, daß er dazu neigt, sich zu verschließen, daß er leicht „einschnappt“, daß aber von erheblicheren charakterlichen Defekten und nennenswerten Erziehungsschwierigkeiten keine Rede sein kann.

Unter der Hauptgruppe (29) der Acht- bis Elfjährigen, die zahlenmäßig ziemlich genau jener der vorigen Periode entspricht, finden wir wieder in der Überzahl (17) die ruhigen, stillen, manchmal unheimlich braven, gelegentlich empfindsamen oder pedantisch gewissenhaften Kinder, die oft zimperlich und verträumt oder auch ausgesprochen feige sind. Einige erscheinen mürrisch und unlustig, andere gleichgültig, phlegmatisch oder bummelig. Auch der „Hanswurst“ erscheint wieder auf der Bildfläche, dann der „Oberflächlich Geschwätzige“ und der Vorlaute. Züge von Erregbarkeit gesellen sich häufig zu diesen Bildern und führen zu Unruhe, disziplinelosem Wesen und mehr oder minder großer Reizbarkeit.

Das Material dieser Gruppe liefert auf Grund einer Reihe von Fällen weitere Beweise dafür, daß die unter Trotzäußerungen ablaufende Erregungsphase der frühen Kindheit später in ihr Gegenteil umschlagen kann und daß dann der Eigensinn der ersten Jahre in Ängstlichkeit, scheues und schüchternes Wesen, fast unnormale Lenkbarkeit, Unlust und Kopfhängerei übergeht. Wir verfügen über fünf Beobachtungen dieser Art.

Fall 45. K. G., 10 J. alt, ♂. 2. Kind. Bruder 14, Schwester 3 Jahre. Hätte als Säugling an Darmstörungen mit Verstopfung und an Strophulus gelitten. Im Kleinkindesalter sei er sehr erregbar gewesen und habe zu Zornanfällen geneigt, die sich besonders gegen die Mutter richteten. Wäre nicht rechtzeitig sauber geworden und stottere. Jetzt leicht zu lenken, „innerlich veranlagt“. Zucke bei Geräuschen zusammen, habe Angst vor dem Turnen, vor der Benutzung der elektrischen Bahn, vor dem Treppensteigen, dem Schaukeln und vor allem, was herauf und herunter geht. Er mache sich über die Zukunft Sorgen, wäre verstopft, klage oft über Bauchweh (Nabelkoliken) wache nachts oft auf. Das Stottern bestände fort und Enuresis käme noch zeitweilig vor. Den Vater fürchte er und mit den Geschwistern verträge er sich schlecht.

Es handelt sich um einen Knaben, der ängstlich, zimperlich, unruhig und schwatzhaft ist. Fügt sich in alles. Meidet andere Kinder. Es besteht neben Stottern und gelegentlichem Einnässen des Bettes ein psychogen bedingter Tremor des rechten Armes.

Fall 46. H. O., 9 J. alt, ♂. 2. Kind, Bruder 20 Jahre. Sei im Kleinkindesalter sehr eigensinnig, dabei aber schon damals ängstlich und empfindlich gewesen.

Habe niemals Appetit gehabt. Kaute an den Nägeln. Wäre jederzeit geistig seinem Alter voraus. Jetzt ist der Knabe ohne jede Spur von Selbstvertrauen, er verschanzt sich den Altersgenossen gegenüber hinter den Erwachsenen, bevorzugt den Verkehr mit kleinen Kindern, zieht sich auf sich selbst zurück, beschäftigt sich mit seiner eigenen Person, ist unselbständig, läßt sich bedienen. Bei allem, was er tut, auch beim Essen, langsam, umständlich, pedantisch. Ungewöhnlich feige. Gutartig, hilfsbereit, mehr als fügsam. Nabelkoliken, Pavor nocturnus, Obstipation. Körperlich sehr zart.

Die Symptomatologie der Neurose vollzieht in den Jahren, die uns jetzt beschäftigen, eine Schwenkung und sie entfernt sich deutlich von ihrem frühinfantilen Mutterboden. Der vorigen Etappe gegenüber treten Appetitstörungen (10), Angewohnheiten (5), objektgebundene Angst (5), Erbrechen (1), Sprachentwicklungsstörungen (3) in zweifelsfreier Weise zurück, während die Enuresis beträchtlich häufiger wird (11). Sie übertrifft jetzt sogar zahlenmäßig die entsprechenden Werte des vorschulpflichtigen Alters. In annähernd unveränderter Frequenz begegnen wir den Schlafstörungen und den Tics. Die Neurose wird aber den früheren Stufen gegenüber polymorpher und zwar durch die Zunahme der Nabelkoliken und der (manchmal migräneartigen) Kopfschmerzen, ferner durch die Absenzen, die in unserem Material bei Knaben hier zum erstenmal erscheinen, und schließlich durch das Auftreten mannigfaltiger, komplizierterer psychogener Reaktionen (Tremor der Extremitäten, Zustände von Ohnmacht und Übelkeit, „rheumatische Schmerzen“ mit Gangstörungen).

Zeichen, die ein „Steckenbleiben in der Entwicklung“ vermuten lassen, sind so gut wie durchgängig vorhanden und gerade in dieser Phase ist das Material besonders reichhaltig. Der Knabe sei für die altersgleichen Kameraden zu albern und kindlich, er suche sich seinen Verkehr unter den Kleinen, lebe noch ganz — wie diese — im Spiel, seine Selbständigkeit entspreche in keiner Weise den Jahren, er ließe sich gerne bedienen, brauche jemanden, der ihn beschäftigt, suche Schutz bei den Erwachsenen — das wäre z. B. eine Blütenlese von Urteilen über solche Acht- bis Elfjährige. Andere sind noch — wie die Jüngsten — an die Eltern gebunden, sind in ihrer ganzen Persönlichkeit kleinkindhaft, toben in der Art vier und fünf Jahre alter Kinder herum, beschmieren Tisch und Wände, werfen sich im Zorn auf den Boden, ja, gewöhnen sich gar eine Sprechweise an, die aus vergangenen Tagen zu stammen scheint. Manchmal kommt hierzu noch die Unlust, feste Speisen zu kauen und zu schlucken, oft die Enuresis. Auch der Besuch der Schule liefert Beiträge zu diesem Thema, die später zu behandeln sind.

Davon, daß der Anschluß an die Gemeinschaft gefunden worden wäre, kann keine Rede sein. Bei allen genauer beobachteten Fällen trat die Kontaktstörung mehr oder minder deutlich hervor, wenn sie auch nicht allzu selten dadurch verdeckt wird, daß diese Kinder sich bedingungslos unterordnen, sich alles gefallen lassen und daß sie sich aus innerer Schwäche unter den Schutz der Altersgenossen stellen. Wie bei den Sechs- bis Siebenjährigen, so ist auch hier jener Typus vorwiegend vertreten, der sich zurückzieht, wenig am Spiel teilnimmt, seine eigenen Wege geht und der die Gesellschaft der Kleinen bevorzugt. Öfters als bei der nächstjüngeren Gruppe aber begegnen uns die Aggressiven, die in offenen Zank und Streit geraten und die sogar gelegentlich roh und brutal werden können. Immerhin sind sie in der Minderzahl.

Unter 38 Schülern haben 14 befriedigende Leistungen aufzuweisen. Gegenüber der vorigen Gruppe liegt also ein deutlicher Rückgang der Erfolge vor, denn damals waren von 23 Kindern 12 den Anforderungen entsprechend. Unter denen, die in der Schule versagen, sind aber hier nur 6 Kinder, bei denen die Schwierigkeiten unerheblichere sind. Für alle anderen dagegen — also für die Hälfte sämtlicher Fälle — muß die Prognose der ferneren schulischen Laufbahn ungünstig lauten. Apathie, Energielosigkeit, oberflächliches, noch spielerisches oder kindliches Arbeiten, Mangel an Interesse, Drückebergerei und Faulheit, Langsamkeit, dann auch gelegentlich disziplinloses Wesen — das sind — abgesehen von der Konzentrationsschwäche — die Ursachen des Versagens. Manchmal — doch verhältnismäßig selten — fehlt auch die Begabung. Bei einzelnen dieser Kinder mußte der Lehrer die Hoffnung, sie noch fördern zu können, aufgeben. Es leuchtet ohne weiteres ein, welche Bedeutung für den Arzt die Zusammenarbeit mit dem Pädagogen besitzt, weil dieser in Schlupfwinkel der psychopathischen Persönlichkeit hineinzuleuchten vermag, die uns dauernd verborgen bleiben, die aber für Individuum und Gemeinschaft wichtig sind. Die Psychopathologie kümmert sich nicht um Grenzen, die durch die Fakultät abgesteckt sind.

Bei den 36 Kindern im Alter von 12 Jahren und darüber sind vielleicht noch in dem einen oder anderen Falle die Ausläufer der Trotzperiode kenntlich. Ihre Erscheinungen spielen aber eine nennenswerte Rolle nicht mehr, sie sind nur noch ein schwacher Abglanz des Vergangenen. Dagegen scheint eine Differenzierung des neurotischen Charakters sich nach anderer Richtung hin vorzubereiten.

Darin aber hat sich der vorigen Epoche gegenüber nichts verändert, daß auch jetzt wieder Typen das Gesamtbild beherrschen, die sich der Umwelt gegenüber distanzieren, die uns ängstlich und scheu, ruhig und brav, verschlossen und einsam entgegentreten (19). Einzelne sind stille Tyrannen ihrer Umgebung, andere leicht gekränkt und empfindlich. Bei manchen kommt ein in seiner Form gemäßigter, schwächlich-störrischer Eigensinn zum Vorschein und endlich treffen wir auch hier wieder auf Züge gesteigerter Reizbarkeit, so daß dieser oder jener unruhig, aufgeregt, leicht aufbrausend oder auch — neuen ungewohnten Aufgaben gegenüber — verzweifelt erscheint. Vorlautes, freches Wesen ist selten. Man trifft unter dieser Gruppe auf eine ganze Reihe sympathischer Persönlichkeiten, die auch bis zu einem gewissen Grade aus ihrer Reserve herauszugehen vermögen, wenn ihnen die Alltagschwierigkeiten, die Schule und Haus bereiten, aus dem Wege geräumt sind und die sich dann als kindlich, anspruchslos, zugänglich und freundlich erweisen. Uns erschien es jederzeit als besonders auffallend, wie selten ernstere pädagogische Schwierigkeiten bei dieser Hauptgruppe der Zwölf- bis Fünfzehnjährigen sind und man legt sich die Frage vor, wo bei ihnen die charakteristischen Züge der Pubertät stecken mögen, die Überbetonung der Kraft, die Opposition der Umwelt gegenüber, der Trotz und andererseits die neu zum Vorschein kommende Weltabgewandtheit und Isolierung. Gerade nach dieser letzten Richtung hin hat sich ja den früheren Jahren gegenüber, die normalerweise durch Geradheit, aufrechtes Wesen, Klarheit und Frohsinn (Ch. Bühler) gekennzeichnet sein sollten, so gut wie nichts verändert und jene kümmerliche, schwächliche Starrköpfigkeit, die wir auch

nur wenige Male beobachteten, kann doch ebenfalls nur als dünner Aufguß der gesunden Revolution der Pubertätsjahre gelten. Augenscheinlich versandet der Strom triebmäßigen Geschehens, bevor er sein Ziel erreicht und damit droht die Gefahr, daß die schließliche Synthese der Persönlichkeit sich nicht vollendet.

Als weitere Gruppe hebt sich ein unerfreulicher Typus jetzt klar heraus, der bei den früheren Jahrgängen fehlte, der aber diese oder jene Bruchstücke der Trotzperiode in sich aufgenommen haben mag. Das sind schlimme Tyrannen ihrer Umgebung, die sich ein Mäntelchen von Gutmütigkeit umhängen, deren Grundzug aber Heimtücke, Neid oder Intriganz ist. Zu positiven Leistungen fehlt ihnen Kraft und innere Haltung. Sie sind ohne Tiefe, ihr Interessenkreis ist nur auf Äußerliches gerichtet, sie gehen jeder Schwierigkeit aus dem Wege, sind gleichgültig und bummelig und wären für die Allgemeinheit eine offene Gefahr, wenn Feigheit sie nicht meist rechtzeitig den Rückzug antreten ließe. Für das soziale Leben sind sie vermutlich verloren und sie würden in anderem Milieu wahrscheinlich der Verwahrlosung anheim fallen.

Die Symptomatologie der Neurose entwickelt sich in der schon eingeschlagenen Richtung weiter. Störungen der Nahrungsaufnahme und des Schlafes sind jetzt selten geworden (4 bzw. 5). Die Enuresis ist bis auf wenige Fälle (3) verschwunden, Erbrechen kommt nur noch einmal als neurotisches Zeichen vor, die Sprachentwicklungsstörungen beschränken sich auf zwei Fälle und nur die objektgebundene Angst ist noch etwas häufiger vertreten, d. h. ebensooft wie in der vorigen Periode, aber ungleich seltener als während der Frühzeit (7). Von Angewohnheiten hören wir nur noch dreimal.

Man sieht deutlich, wie das Siebengestirn neurotischer infantiler Ausdrucksphänomene verblaßt. Statt seiner erscheint der Tic als häufigstes Zeichen (10). Er wird beim Knaben zum Prädilektionssymptom dieser Altersstufe. Neben ihn treten die psychogenen, epileptiformen Anfälle, die nach unserem Material beim männlichen Geschlecht erst mit dem 12. Lebensjahr vorkommen, und ihnen schließen sich an die Absenzen und Ohnmachten, Schwindelzustände und migräneartige Kopfschmerzen, Parästhesien, Doppelsehen, Zitterphänomene und anderes mehr. Das Gesicht der Neurose hat sich völlig verwandelt.

Bei einer kleinen Anzahl von Fällen (4) hat sich ein sozialer Kontakt angebahnt. Das sind jene erwähnten, sympathischen Typen, deren autistische Einstellung sich verhältnismäßig leicht überwinden läßt und die dann den Weg zur Gemeinschaft finden. In erdrückender Überzahl aber sind jene, die ohne innere Beziehung zur Umwelt bleiben, die sich absondern, sich von Balgereien zurückziehen, keine Freunde haben und sich auch keine suchen, die verschlossen und einsam bleiben, sich selber als schwach vorkommen und die manchmal gehänselt und unterdrückt werden. Seltener wie bei den Acht- bis Zwölfjährigen sind die aktiv-streitsüchtigen, während jetzt auch das spitze, stichelnde, böse Wort, die hämische Bemerkung, Arroganz und Hochnäsigkeit eine Rolle zu spielen beginnen.

Schon die Schilderung der Persönlichkeit ließ durchblicken, daß Züge einer nicht mehr altersgemäßen Kindlichkeit vorhanden sein werden. Tatsächlich ist das auch, mit Ausnahme vereinzelter Fälle, deren Beobachtung

kurz oder lückenhaft war, immer nachzuweisen. Meist drängt sich solcher Eindruck geradezu auf und insbesondere dokumentiert er sich in der ungewöhnlichen Lenkbarkeit vieler dieser Knaben der „Flegeljahre“, in ihrer Freude an kindlichem Tun, ihrer anschmiegenden, allzu weichen Art, aber andererseits auch in ihrer Ablehnung oder mangelndem Verständnis pflichtmäßig fordernder Arbeit gegenüber. Bei der anderen, zweiten Gruppe ist womöglich der Rückstand früherer Epochen noch vollständiger, vor allem als nackter, schamloser Egoismus, der dem des kleinen Kindes an die Seite zu stellen ist und der auf jede verhüllende Maske verzichtet. Es wäre leicht, diesen Vergleich mit frühinfantilen Verhaltensweisen auszuspinnen und Material hierfür stände reichlich zur Verfügung: spielerisches Wesen, Mangel an Ernsthaftigkeit, kleinkindhafte Sucht, sich die Umgebung dienstbar zu machen, Sprunghaftigkeit des Wollens, Unselbständigkeit. Wir ziehen es aber vor, unsere Aufmerksamkeit einer prinzipiell bedeutungsvollen Beobachtung zuzuwenden, die gleichermaßen bei den beiden Gruppen der Zwölf- bis Fünfzehnjährigen auffiel.

Schon bei der nächstjüngeren Altersklasse traten die infantilen Züge uns mit besonderer Eindringlichkeit entgegen, jetzt ist das — wie sich zeigte — wieder der Fall, aber der Zügel, der dem Fortschritt der Entwicklung angelegt zu sein scheint, wird während und vor der Pubertät des Knaben mit einem Ruck straffer angezogen. Nur so ist es zu erklären, daß jetzt die Bindung zwischen Mutter und Sohn so viel klarer hervortritt als früher und daß damit wieder die Erinnerung an manch von der Trotzperiode her bekanntes Bild auflebt. Beweise hierfür liefert jeder vierte unserer Fälle. Da hören und beobachten wir, daß der Knabe seiner Mutter wie ein Geliebter gegenübertritt, bei einem anderen sieht es so aus, als hätte er die Rolle des Vaters übernommen, ein Dritter vergießt Tränen, wenn er von der Mutter eine Zeile erhält und endlich führt bei einigen solch Verhältnis dazu, daß der Sohn sich als den Tyrannen aufspielt. Fünfmal teilte nach den Angaben, die wir erhielten, der beinahe schon erwachsene Knabe das Schlafzimmer mit seinen Eltern oder er schlüpfte doch morgens ins mütterliche Bett, „um sich die Schularbeiten abhören zu lassen“. In einem Fall war die Anordnung der Schlafräume gar so, daß der Sohn bei der Mutter, der Vater aber im Nebenzimmer schlief! Wenn wir uns die selbstverständliche Tatsache klar machen, daß nur ein Bruchteil der Wahrheit zu unserer Kenntnis kam, dann wird manche Behauptung der Psychoanalyse uns nicht mehr als gar so abenteuerlich vorkommen.

Wir haben den Plan, später auf das somatische Substrat der Neurose einzugehen,*) aber es sollen doch auch schon hier einige Tatsachen ihren Platz finden, die zu dem psychischen Verhalten in zweifelloser Beziehung stehen. Mit voranschreitender körperlicher Reife häufen sich infantilistische Züge, die zwar bei den früheren Jahrgängen auch schon nachweisbar waren, die aber jetzt an Prägnanz gewinnen. Bei siebzehn Fällen waren solche Befunde zu erheben. Nicht wenige Knaben sehen jünger aus als sie es sind, Weichheit und Unausgeprägtheit der kindlichen Gesichtszüge haben sich er-

*) Die Behandlung dieser Frage soll in einem zweiten Teil des Buches erfolgen.

halten, eine ganze Reihe blieb im Wachstum zurück, Hypogenitalismen sind gelegentlich vorhanden, manchmal auch Kryptorchismus, der aber in den früheren Jahren häufiger ist und schließlich finden sich einzelne Fälle von *Dystrophia adiposo genitalis*. Es kann kaum bezweifelt werden, daß psychischer und somatischer Habitus vielfach einander entsprechen.

Unter 33 Schülern sind es nur noch 9 — also merklich weniger als früher —, bei denen die Leistungen befriedigen. 17 versagen auf der ganzen Linie. Sie sind zerfahren, uninteressiert, apathisch, träge und es fehlt ihnen an Ausdauer. Ohne Begriff für die Bedeutung der Arbeit, drücken sie sich oder sie sind oberflächlich und unzuverlässig. Ein Rest kommt zwar noch leidlich mit, aber nur, wenn ihm nachgeholfen wird, und auch dann nur bei Lehrern, die Rücksicht auf die Schwächen nehmen. Sie quälen sich bisweilen mit Sorgen um die Schule ab und können dem Unterricht nur mühsam folgen.

Um die Zusammenhänge nicht zu verlieren, fassen wir im folgenden die wesentlichsten Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen zusammen. Dabei bedienen wir uns der leichteren Übersichtlichkeit halber bei den Zahlenangaben prozentualer Werte. (Siehe Tabelle 1—4 auf S. 74—75.)

1. *Die Neurose der Vier- bis Fünfjährigen wird zu 65%, die der Sechs- bis Siebenjährigen zu 33%, die der Acht- bis Elfjährigen zu 29% von den Ausdrucksformen des Trotzalters, wie wir es in seinen typischen Bildern kennenlernten, bestimmt. Nach dem zwölften Lebensjahr ist diese Art von Fällen so gut wie ganz verschwunden.*
2. *Der Rest der Beobachtungen wird bei allen Altersklassen von einem in seinen Grundlinien ruhigen, scheuen, lahmen, weltabgewandten Typus beherrscht, der sich unter den Vier- bis Fünfjährigen bei 25%, unter den Sechs- bis Siebenjährigen bei 50%, unter den Acht- bis Elfjährigen bei 42% und unter den Zwölf- bis Fünfzehnjährigen bei 57% des gesamten Materials jeder Gruppe findet. Trotz der Variabilität gewisser äußerer Erscheinungen ist ihre innere Verwandtschaft und Zusammengehörigkeit unverkennbar. Die noch übrigen Fälle zeichnen sich durch mehr oder minder hervorstechende Züge gesteigerter Erregbarkeit aus und es finden sich unter ihnen die bekannten unruhigen, überlebhaften Kinder. Innerhalb der Pubertät arbeitet sich eine neue scharf umrissene Gruppe heraus, die vielleicht Elemente des in diesem Alter schon fehlenden „verlängerten Trotzalters“ in sich aufgenommen hat.*
3. *Umschläge von Trotz zu äußerlicher Ruhe, d. h. von dem einen zum anderen Typus sind häufig. Da außerdem meist — und zwar von allem Anfang an — Legierungen der verschiedenen Verhaltensweisen an der Tagesordnung sind, wird im Kindesalter bis zur Pubertät die nach äußeren Merkmalen rubrizierende Typeneinteilung dem Wesentlichen nicht gerecht.*
4. *Wie in der frühen Kindheit, so gibt es auch noch später Fälle, die als „Pseudo-Schwachsinn“ zu bezeichnen sind und bei denen der nicht mehr altersgemäße Rückstand der Trotzperiode irrtümlicherweise an echte Debität denken läßt.*
5. *Im Laufe der Kindheit tritt ein Symptomenwandel der Neurose ein, so zwar, daß Störungen der Nahrungsaufnahme von*

- 44 auf 11%, „Angewohnheiten“ von 40 auf 8%, „Angst“ von 40 auf 19%, Schlafstörungen von 32 auf 16%, Erbrechen von 28 auf 2%, Enuresis von 20 auf 8%, Sprachentwicklungsstörungen von 16 auf 4% sinken. Bemerkenswert ist der vorübergehende Anstieg der Enuresis vom achten bis elften Jahre.
6. Parallel dem Absinken dieser „primitiven“ Symptome treten neue, bisher unbekannte Zeichen allmählich in den Vordergrund, unter denen der Tic in der späteren Kindheit (12. bis 15. Jahr) eine beherrschende Stellung gewinnt.
 7. *Zeichen eines partiellen Entwicklungsstillstandes sowie solche sozialer Kontaktstörung sind so gut wie durchgängig nachzuweisen. Die infantilen Züge gewinnen mit fortschreitendem Alter an Prägnanz und treten in der Pubertät besonders hervor. Sie führen innerhalb dieses Lebensabschnittes zu einer den übrigen Perioden gegenüber deutlicheren „Bindung nach rückwärts“.*
 8. Die charakteristischen Wandlungen der Persönlichkeit wie sie die Pubertät mit sich bringt, ließen sich nicht oder doch nur in ganz rudimentärer Form feststellen. Hiermit stehen vermutlich gewisse auf körperlichem Gebiete liegende Phänomene in Zusammenhang.
 9. Die Schulleistungen des neurotischen Knaben sind anfangs in 50%, dann in 36% und schließlich nur noch in 27% der Fälle befriedigende und es zeigt sich somit eine progressive Verschlechterung. Wahrscheinlich ließen sich spätere Mißerfolge voraussehen, wenn man bei den guten Schülern der ersten Klassen, nicht nur den Erfolg, sondern auch Art und Weise des Arbeitens berücksichtigen würde.

Wir wenden uns der Neurose des Mädchens zu und finden schon bei den Vier- und Fünfjährigen Abweichungen vom Bilde des Knaben, die uns überraschend und unerwartet sind. Es kann kaum ein Zufall sein, wenn unser Material hier so spärlich ist und wenn es sich nur auf 12 Fälle beschränkt. Dieser Tatsache müssen vielmehr innere Ursachen zugrunde liegen und wir glauben, diese darin zu sehen, daß die Erscheinungen manifesten Trotzes bei den Mädchen im Gegensatz zu den Knaben seltenere Vorkommnisse sind. Die mit solchen „Affektstürmen“ verbundenen Erziehungsschwierigkeiten sind es ja meist, die eine ärztliche Behandlung als wünschenswert erscheinen lassen, und daher wird bei den Mädchen dieses Alters seltener ein Umgebungswechsel erforderlich. Lediglich 4 Fälle — also nur der dritte Teil — treten uns unter den Erscheinungen der Trotzphase, wie sie uns beim anderen Geschlecht in der erdrückenden Mehrzahl aller Beobachtungen begegnete, gegenüber. Aber auch bei diesen Kindern haben die „Wutausbrüche“ nichts von jener elementaren Gewalt, sie sind beherrscher und daher sahen wir sie nach der Verpflanzung in das neue Milieu auch in keinem Falle mehr, mußten uns vielmehr auf die anamnestischen Angaben verlassen. Die Trotzäußerungen heben sich von einem Hintergrund ab, der vorzeitige Bewußtheit, Schauspielerei und zielgerichtetes Geltungsstreben erkennen läßt.

Fall 47. J. L., 5,6 J. alt, ♀, 1. Kind. Bruder 3½ Jahre. Wäre schon als Säugling unruhig gewesen und habe erbrochen. Als Kleinkind eigensinnig, näßte bis zum 3. Jahre das Bett ein. Vor einiger Zeit seien ticähnliche Zuckungen beobachtet worden und außerdem hätte J. sich einmal blind gestellt. Zu Hause

käme es zu Wutanfällen, das Kind gehorche nie und habe seine Freude daran, die Umgebung zu quälen. Es beständen pavorähnliche Zustände, der Schlaf sei oft unterbrochen und man beobachte ein Herumkratzen an der Haut und andere sonderbare Gewohnheiten. Dem jüngeren Bruder gegenüber wäre Eifersucht zutage getreten.

J. ist in ihren gesamten Äußerungen übertrieben, ja exaltiert. Sie bricht grundlos in maßloses Schreien und Weinen, aber auch in unsinniges Lachen aus, ist unberechenbar in ihrer Stimmung, unruhig und ausnehmend zank- und streitsüchtig. Sie hat die Tendenz, sich in Szene zu setzen und eine Rolle zu spielen. Wutausbrüche werden nicht beobachtet, wohl aber eine Unfolgsamkeit, die scheinbar darauf zielt, den Erzieher zu schikanieren. Pavorähnliche Zustände, Schlafreden, Herumkratzen an der Haut, das offenbar als Onanieäquivalent auftritt, werden festgestellt, ferner die Gewohnheit, nach jedem Bissen die Hände, als sei etwas Klebriges daran, am Körper abzuwischen.

Bei einem weiteren Drittel der 12 Fälle dieser Altersgruppe liegt jene uns schon vom Bilde der Trotzphase her geläufige Legierung von Auflehnung und Selbstunsicherheit vor, den Erregungszuständen fehlt die elementare Kraft, sie sind verhalten, gespielt, ja theatralisch. Der Grundzug des Wesens wird durch einen Mangel an innerer Festigkeit bestimmt, dem sich Züge passiven Widerstandes, stiller Tyrannei, depressiver, melancholischer Stimmungslage paaren können. Ein Rest entspricht dem beim Knaben vorkommenden ruhigen, scheuen Typus, der gelegentlich Einschlüge vorzeitiger Bewußtheit erkennen läßt.

Schon innerhalb der Trotzphase selbst waren uns Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufgefallen, die nun bestätigt werden und die sich damit dem Bereich des Zufälligen entziehen, zumal die fernere Entwicklung der Neurose des Mädchens gleichsinnige Befunde zutage fördern wird. Bei den Zwei- bis Dreijährigen waren unter den 14 Beobachtungen mit deutlichen Zeichen der Auflehnung 10 Knaben und nur 4 Mädchen, die larvierten Fälle betrafen aber überhaupt nur die Letzteren. Auch jetzt sehen wir wieder, daß das charakteristische Bild beim männlichen Geschlecht weit überwiegt, während es beim weiblichen nur in einer Minderzahl vorhanden ist.

Somit reichen die sehr auffälligen psychischen Geschlechtsunterschiede mit voller Sicherheit schon in das frühe Kindesalter zurück und es ist nicht einzusehen, warum ähnliche Differenzen nur beim psychopathischen und nicht auch beim gesunden Kinde vorhanden sein sollen. Das ist ja auch schon den früheren Autoren aufgefallen, aber Ch. Bühler z. B. schätzt diese Unterschiede nicht so hoch ein, als daß dadurch der einheitliche Charakter der ersten Lebensjahre wesentlich beeinträchtigt werden könnte. Nach unseren Feststellungen, die im folgenden nach mannigfaltiger Richtung hin ausgebaut werden sollen, ergibt sich, daß die psychische Entwicklung schon von sehr früher Zeit an bei beiden Geschlechtern ganz verschiedene Wege geht, denn die Trotzphase selbst ist ja schon Sekundärphänomen und als solches Re-Aktion, dem ein primär abweichendes Substrat zugrunde liegen muß.

Wie weit sich im Laufe der späteren Entwicklung die Neurose der beiden Geschlechter von einander entfernt, zeigt deutlich das 6—7 Jahre alte Mädchen. Unter unseren 22 Fällen sind die vorwiegend durch Trotzäußerungen gekennzeichneten Bilder außerordentlich selten und wir wüßten nur zwei Beobachtungen solcher Art vorzubringen. Auch der scheue, zurück-

haltende Typus ist Ausnahme (2). Dagegen tritt eine Gruppe unruhiger, überlebendiger, aufgeregter, ja gelegentlich exaltierter Kinder in den Vordergrund, deren störrischer Eigensinn oft hervorgehoben wird, die häufig Züge von Ängstlichkeit tragen und gelegentlich tyrannisch und herrschsüchtig erscheinen. Einzelnen traut man eine gewisse Verschlagenheit zu. Andere wirken läppisch und albern.

Auf symptomatologischem Gebiet sind bei dem 4 und 5 Jahre alten Mädchen wesentliche Unterschiede dem Knaben gegenüber nicht vorhanden, wenn wir von dem — allerdings bedeutungsvollen — Fehlen der Sprachentwicklungsstörungen absehen, darauf aufmerksam machen, daß auffällige Unselbständigkeit seltener vorkommt und daß sich die späterhin so deutliche Vielfarbigkeit der Symptome anzudeuten beginnt (mehrfach Nabelkoliken, dann Polakiurie und Tics). Mit sechs bis sieben Jahren dagegen sind erhebliche Differenzen schon unschwer zu erkennen. Störungen der Sprachentwicklung werden auch weiterhin vermißt, Enuresis ist nur einmal vorhanden, abnorme Unselbständigkeit wird selten beobachtet, statt dessen aber begegnen uns Absenzen, hysterieforme Schreikrämpfe, Kopfschmerzen, Nabelkoliken, Polakiurie und schließlich in einer ganzen Serie Formen des Tics, die zum Teil klinisch eindrucksvolle Zustandsbilder ergeben. Dem gegenüber erinnern wir daran, daß die Neurose des Knaben diesen Alters noch ganz und gar auf ihrem frühkindlichen Niveau stehen bleibt und daß sie erst in viel späteren Jahren eine ähnliche Polymorphie der Ausdrucksformen erreicht.

Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Hemmung der Entwicklung sind sowohl bei den Vier- und Fünfjährigen wie bei den Sechs- und Siebenjährigen vorhanden, aber ihre Zeichen sind weniger sinnfällige oder sie fehlen auch bisweilen ganz. Bei den Kleineren hören wir davon, daß sie sich an Mutter oder Pflegerin klammern, daß sie nicht allein zu essen vermögen, daß sie noch flüssige Nahrung bevorzugen oder daß sie durch Wutausbrüche ihren Willen durchzusetzen versuchen. Aber dem gegenüber stoßen wir doch auch hier schon auf Fälle, bei denen von einem Zurückbleiben des Entwicklungstempos nicht gesprochen werden kann. Solche Beobachtungen sind bei den Sechs- und Siebenjährigen noch häufiger. Selten nur macht die gesamte Persönlichkeit den Eindruck des Kleinkindhaften, wie das bei den Knaben oft vermerkt wurde. Es fehlt meist jene Hilflosigkeit, die beim anderen Geschlecht als so charakteristisch hervortrat. Dazu kommt das Fehlen der Sprachentwicklungsstörungen und die Seltenheit der Enuresis. Aber trotzdem darf die äußerlich sicherere Art des Mädchens dieses Alters nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Entwicklung manchmal auf nicht altersgemäßer Stufe stehen geblieben ist und es ergeben sich hierfür greifbare Anhaltspunkte, wenn z. B. die Bindung an die Eltern frühkindlichem Verhalten entspricht oder wenn flüssige Kost oder gar noch die Flasche bevorzugt wird. Anderen Males — und zwar sehr häufig — ist die tyrannisch-eigensinnige Art oder das albern-läppische Benehmen ein Rückstand früherer Tage.

Dem gegenüber ist die Störung des sozialen Kontaktes bei den beiden Geschlechtern gleich deutlich. Es fällt nur auf, daß die mehr passive, ablehnende Art des Knaben beim Mädchen in den Hintergrund tritt und daß wir dafür oft von Zank und Streit, Unverträglichkeit, Herrsch-

sucht und offener Opposition der Gemeinschaft gegenüber zu hören bekommen. Andererseits führt aber die größere Anpassungsfähigkeit des Mädchens häufiger zu einem oberflächlichem Anschluß an die Gemeinschaft, zu einem losen Scheinkontakt, den die geringfügigste Störung zu sprengen vermag.

Nach diesen mannigfaltigen Feststellungen wird es uns kaum noch wundern, daß die Schulleistungen hier, ebenso wie bei allen späteren Altersklassen, unzweifelhafte und außerordentliche Unterschiede denen der Knaben gegenüber aufweisen. Es ist nicht daran zu denken, daß dies etwa durch ein verschiedenes Maß der Anforderungen vorgetäuscht sein könnte, denn unsere eigenen Beobachtungen des Verhaltens beim Unterricht schalten solche Fehlerquelle einwandfrei aus. Sie bestätigen aber das, was sich aus den offiziellen Zeugnissen ergibt.

Unter den 20 Schulkindern sind 15 mal die Erfolge gut oder sehr gut und zwar ohne jede Einschränkung. Dem gegenüber waren die Leistungen der Knaben nur in der Hälfte der Fälle befriedigend, aber es verbargen sich — wie man sich noch erinnern wird — hinter diesen äußerlich einwandsfreien Resultaten noch oft Mängel dieser und jener Art, welche in der Volksschule zum Teil entgingen. Es ist sicher nicht nur Ehrgeiz, der sogar häufig zu fehlen scheint, oder bloßes Geltungsstreben, die die Schultüchtigkeit der Mädchen über jene des anderen Geschlechtes erheben, noch weniger stecken Begabungsunterschiede dahinter, vielmehr erreicht die sogenannte „Konzentrationschwäche“, das unernst-spielerische Verhalten der Arbeit gegenüber, die Verständnislosigkeit für den Begriff von Aufgabe, Pflicht, Forderung beim Mädchen selten jenes Maß, das beim Knaben so alltäglich ist. Wir verweisen auf das, was über die Unterschiede der Reifung gesagt worden war. Nach dieser Richtung hin wäre unserer Meinung nach die Aufmerksamkeit zu lenken, wenn man der sonst rätselhaften Differenz der schulischen Leistungsfähigkeit auf die Spur kommen will.

Je höher wir die Stufenleiter der Altersklassen emporsteigen, um so schwieriger wird die Beurteilung der Persönlichkeit des Mädchens. So viel aber kann mit Sicherheit gesagt werden, daß irgend welche Nachklänge der Trotzperiode unter den 28 Fällen der 8—12 jährigen nicht mehr nachzuweisen sind. Wenn nicht sichere Angaben über das neurotische Symptom vorlägen, so würde bei einzelnen der Kinder die Frage aufzuwerfen sein, ob man es überhaupt mit einer psychopathischen Persönlichkeit zu tun habe. Aber die Erfahrung lehrt, daß eine Analyse kaum in einem Alter so schwierig ist, wie in diesem und daß oft Monate genauer Bekanntschaft nicht genügen, um zu ergründen, was hinter der oft so bestechenden und glatten Außenseite liegt.

Die Mehrzahl der Typen scheint sich jenem anzuschließen, den wir schon bei der vorigen Gruppe als den beherrschenden kennen lernten, dessen Ausdruck aber jetzt mehr an Prägnanz und Farbigkeit gewinnt. Diese Mädchen sind oft betriebsam, fahrig oder auch exaltiert. Sie wollen um jeden Preis eine Rolle spielen. Ihr Auftreten ist nicht selten unkindlich und geziert. Manche erscheinen unzufrieden und verschlossen, andere empfindlich und reizbar. Hinter dieser Oberfläche aber liegt — wenn auch oft schwer erkenntlich — innere Hohlheit, Intriganz, Unaufrichtigkeit, Schauspielerei. Offener Eigensinn dagegen ist verhältnismäßig selten.

Wenn auch wohl hie und da Mutlosigkeit und Mangel an Selbstvertrauen — nur durch gewandte Sicherheit der äußeren Form übertüncht, — bei diesen Kindern zutage trat, so wird bei einer weiteren kleinen Gruppe, das Bild der Persönlichkeit durch solche Züge bestimmt. Es sind das aber nur wenige Beobachtungen (3), während fast die Hälfte der gleichalterigen Knaben hierher gehörte.

Symptomatologisch entfernt sich die Neurose der Geschlechter weit von einander und jene des Mädchens gewinnt an Polymorphie. Schon trägt die Hälfte aller Fälle Züge, die sie vom infantilen Urbild unterscheiden. Man findet Kopfschmerzen von zum Teil migräneartigem Charakter, Schwindelzustände, Unfähigkeit zu schlucken, nervöse Magenkrämpfe, Polydipsie, Absenzen, psychogene epileptoide Krampfstörungen, Abasie, Astasie. Aber außerdem wird die Neurose dadurch noch farbenprächtiger, daß manche ihrer ursprünglichen Zeichen, die beim Knaben schon versinken, weiter festgehalten werden (Angst 9 mal, Erbrechen 5 mal). Der Tic hingegen hat seinen Höhepunkt schon überschritten und Enuresis ist selten, wenn sie auch bemerkenswerterweise in einer kleinen Erhebung den beträchtlichen Anstieg, der in diesem Alter beim Knaben vorliegt, mitmacht.

Züge, die eine Verzögerung artgemäßen Reifens, wahrscheinlich machen, sind selten und undeutlich geworden. Es fällt das besonders auf, wenn wir einen Vergleich mit den gleichalterigen Knaben ziehen, bei denen gerade innerhalb dieser Phase das Beweismaterial so besonders reichhaltig war. Von den Mädchen sind es jetzt nur noch 8, deren Rückständigkeit sich darin kundtut, daß wir z. B. von nicht mehr altersgemäßem Anlehnungsbedürfnis, von Vorliebe für den Verkehr mit Jüngeren oder von frühkindlich-eigensinniger oder spielerischer Art hören. Die Mehrzahl aber macht geradezu den Eindruck fertiger, ganz und gar nicht mehr kindlich gebliebener Persönlichkeiten und diese Haltung täuscht ja auch so oft über den wirklichen, inneren Gehalt hinweg.

Bei einem Teil dieser Kinder sieht es so aus, als wäre der Anschluß an die Gemeinschaft vollzogen. Die meisten aber leben noch weiter in einer Konfliktsituation, die oft nur notdürftig überdeckt ist und innerhalb derer feste Beziehungen nicht gedeihen können, sondern Zu- und Abneigungen, Freundschaft und Feindschaft sprung- und launenhaft wechseln. Wieder fällt — wie schon früher — die aktivere Art der Mädchen auf, die sich in Zank und Streit äußert, manchmal auch zu Quälereien der Schwächeren führt oder zu Versuchen, sich die Umgebung dienstbar zu machen. Aber es werden jetzt auch passivere Typen, die bei den Knaben in der Überzahl waren, häufiger, die sich zurückziehen, die glauben, daß niemand sie leiden möge und daß man hinter ihrem Rücken über sie rede.

Die Qualität der Schulleistungen übertrifft auch weiterhin jene des anderen Geschlechtes. In gerade $\frac{2}{3}$ der Fälle sind die Erfolge gut. Schlechte Schülerinnen sind ganz selten und unter denen, die nach dieser oder jener Richtung hin beanstandet werden, sind noch immer eine Reihe, die befriedigende Fortschritte machen. Von den Knaben aber entsprach nur der dritte Teil den Anforderungen.

Mädchen im Alter von 12 bis 15 Jahren sind unter unserem Material nur mit 15 Fällen vertreten und diese beschränkte Zahl mahnt uns zu vor-

sichtigem Urteil, denn die schwierigen Probleme der Pubertät stehen zur Diskussion.

Immerhin ist nach unseren Beobachtungen kein Zweifel daran, daß jener unsichere, ängstliche, mutlose Typus, der beim Knaben beherrschend hervortrat, der aber bei den Mädchen nur ausnahmsweise beobachtet wurde, jetzt mit einem Schlage das Bild zu beherrschen beginnt (8). Wir treffen unter den Vertreterinnen dieser Art recht sympathische Gestalten, Kinder, die allen freundlich gegenüber treten, die sich jeder Situation einfügen, die aber niemals ganz aus ihrer Reserve heraustreten, sich nichts zutrauen, allen Schwierigkeiten ausweichen, die aber darunter leiden, daß sie auf solche Weise ins Hintertreffen geraten und z. B. im Haus den Geschwistern oder in der Schule den Kameradinnen gegenüber zurückstehen müssen. Bei dieser Gruppe ist die Selbstsicherheit des Mädchens der früheren Jahre, die allerdings bisweilen auch nur eine Maske war, verlorengegangen, es hat sich eine Wendung vollzogen, welche wir mit der Pubertät und zwar mit deren „negativer Phase“ in Beziehung bringen, die sich in Leistungsrückgang, Isolierungsbedürfnis, Unlusterscheinungen, Hemmungsgefühlen — kurz in einer negativen Einstellung zu sich selbst, zu den anderen und zum Leben ausdrücken soll (Ch. Bühler). Trotzäußerungen heben sich nur in zarter Andeutung von solchem Hintergrunde ab.

Mit diesen Feststellungen ist ein neuer, wichtiger Unterschied den Knaben gegenüber gefunden, eine Bestätigung allerdings nur dessen, was sich schon langer Hand vorbereitete. Während beim neurotischen Mädchen sich die Pubertät in charakteristischen Veränderungen ihres Verhaltens offenbart, fehlt beim anderen Geschlecht ein solcher Umschwung so gut wie ganz oder er ist doch höchstens in rudimentären Ansätzen vorhanden. Damit würde es übereinstimmen, daß — wie aus unseren allerdings spärlichen Beobachtungen hervorgehen scheint — Verzögerungen des Eintrittes der Menstruation nicht gerade häufig sind und daß auch sonst infantilistische Züge auf körperlichem Gebiete — verglichen mit den Knaben — zurücktreten.

Wir halten es für wichtig, an dieser Stelle kurz auf ein typisches Krankheitsbild aufmerksam zu machen, das deshalb praktische Bedeutung besitzt, weil es zu mannigfachen Fehldiagnosen Anlaß geben kann. Die Mädchen, um die es sich dabei handelt und die im Beginn der Pubertät stehen, waren teilweise schon seit jeher appetitlos. Andere aber sollen früher recht ordentlich gegessen haben. Jetzt setzt aber eine Nahrungsverweigerung ein, die alles auf diesem Gebiete in den Kinderjahren sonst Beobachtete in den Schatten stellt und die zu extremer, bedrohlicher Abmagerung führt.

Dem gegenüber ist die körperliche Leistungsfähigkeit nicht entsprechend beeinträchtigt. Bei der Mehrzahl der Beobachtungen erzählte man und wir überzeugten uns dann selbst davon, daß die Speisen zwar zu einem Brei zermahlen, dann von der einen in die andere Backentasche geschoben, aber nicht oder nur nach langer Zeit heruntergeschluckt werden. Die Quantität ist völlig unzureichend. Erbrechen besteht nur gelegentlich, immer aber eine hochgradige Verstopfung, die zum Teil durch die Knappheit der zugeführten Nahrung, zum Teil auch psychisch bedingt ist. Neurotische Symptome anderer Art kommen, was aus diagnostischen Gründen wichtig ist, weil es irre führen

kann, selten vor, dagegen verrät das charakterologische Bild den psychopathischen Boden und die Erfolge der Therapie sichern diese Erkenntnis. Wir verfügen über 4 Beobachtungen, die zum Teil verkannt und für schwere innere Erkrankungen, insbesondere für solche an Tuberkulose, gehalten worden waren.

Fall 48. G. J., 13,4 J. alt, ♀, 1. Kind. Schwester 7½ Jahre. Angaben der Vorgeschichte unsicher. Soll früher sehr dick gewesen sein, wurde deswegen sogar verspottet. Seit 1½ Jahren schwere Inappetenz und entsprechende Abmagerung. In einem Kinderheim fast völlige Nahrungsverweigerung, so daß schleunige Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig wurde. „Aussehen eines ganz atrophischen Säuglings“. Verstopfung. Subfebrile Temperaturen. Röntgenologisch Lungen o. B. Unter dem Einfluß einer Insulinkur Besserung der Eßlust und Zunahme. Menstruation erst 2mal in langer Pause. Wäre in ihrem Wesen gegenüber früheren Zeiten verändert, unwillig, still, verschlossen. Habe im Krankenhaus sehr unter Heimweh gelitten.

Es handelt sich um ein noch immer außerordentlich mageres Mädchen (— 9 kg), das beim Essen die Speisen im Munde umherwälzt, das gar keinen Appetit zu haben scheint und das unlustig bei Tisch sitzt. Der Stuhlgang ist hart, knollig und vom Charakter des Kalkseifenstuhles. Im Laufe eines halben Jahres tritt eine grundlegende Veränderung ein. Der Appetit ist schon nach verhältnismäßig kurzer Zeit normal und die Verstopfung nach längerer Zeit beseitigt. Die Gewichtszunahme beträgt 10 kg. Das Wesen des Kindes, das allen freundlich, gefällig, hilfsbereit und verträglich gegenübertritt, wird durch Mutlosigkeit und Mangel an Selbstvertrauen bestimmt. G. läßt sich alles gefallen, ist hilflos, traut sich nichts zu, geht Arbeiten aus dem Wege, die ihr als zu schwer dünken. Vor der Rückkehr ins Elternhaus hat sie z. B. Angst, weil zu Hause die jüngere Schwester sie ärgern könnte, die Mutter nicht immer auf sie Rücksicht nimmt und die Lehrer zu strenge sind.

Es gibt unter den neurotischen Mädchen der Vorpubertäts- und der Pubertätsjahre sicher noch weitere Typen, die zu umschreiben uns aber die Begrenztheit des Materials nicht erlaubt. Nach unserer Wahrnehmung scheinen in einer Minderzahl Bilder vorzuliegen, deren Züge Verwandtschaft mit denen der Hauptgruppe der vorigen Epoche haben und bei denen Geltungsstreben, stiller oder offener Trotz und Tyrannei sich hinter einem gewissen äußeren Schliff verbergen.

Das Symptomenbild schillert in bunten Farben: Im Gegensatz zu den Knaben, bei denen es verblaßte, ist das Siebengestirn neurotischer Frühäußerungen zum allergrößten Teil noch eben so deutlich wie in den ersten Lebensjahren (Störung der Nahrungsaufnahme, Angst, „Angewohnheiten“, Schlafstörungen, Erbrechen). Nur Enuresis und Sprachentwicklungsstörungen sind selten. Daneben treten jene Erscheinungen, die von Lebensstufe zu Lebensstufe an Raum gewannen und die nunmehr kaum noch bei einem einzigen Falle fehlen, während die Neurose des gleichalterigen Knaben zur Hälfte ohne diesen Aufputz erscheint. Wir hören von migräneartigen Kopfschmerzen, Lähmungen, Krämpfen, Erstickungszuständen mit Globus, Zittererscheinungen, psychogener Schwerhörigkeit, von Akkomodationsstörungen und von hartnäckigem Eßstreik. Dagegen fehlt der Tic, der innerhalb der gleichen Phase zum beherrschenden Symptom der Neurose des Knaben wurde, so gut wie ganz. Das Mädchen hat schon mit 7 Jahren den zahlenmäßigen Höhepunkt dieses Zeichens überwunden.

Auch beim weiblichen Geschlecht wird, gerade so wie beim männlichen, innerhalb dieser Lebenszeit der „Zügel nach rückwärts“ stärker angezogen, denn wir stoßen jetzt bei ihm — ganz im Gegensatz zu der vorigen Epoche — ebenfalls auf Züge auffallend kindlicher Art, auf Unselbständigkeit, die sonst dem Mädchen so fremd war, übertriebenes Bedürfnis nach Pflege und Schutz und mehrmals lautet das zusammenfassende Urteil dahin, daß das Wesen dem einer viel jüngeren Altersklasse zu entsprechen scheint.

Deutlich bleibt auch fernerhin die Störung des sozialen Kontaktes, die aber jetzt, dem Wandel der Persönlichkeit entsprechend, meist passiven Charakter trägt und die daher oft durch gefügte Unterordnung verdeckt wird. Der aktive Typus ist aber nicht verschwunden.

Die Schulleistungen haben der vorigen Periode gegenüber deutlich nachgelassen. Immerhin sind sie noch in über der Hälfte der Fälle befriedigend und sie überragen damit weit jene des gleichalterigen Knaben.

Wir fassen im folgenden das Ergebnis unserer Darstellung des Entwicklungsganges der Neurose des Mädchens zusammen. Hierbei bedienen wir uns aus Gründen der Übersichtlichkeit wieder der Prozentwerte. (Siehe Tabelle 1—4, S. 74—75.)

1. *Die Neurose des Mädchens unterscheidet sich grundlegend von jener des Knaben**). Das gilt für Persönlichkeitsstruktur, Reaktionsform, Verlauf, Symptomatologie sowie für die Stellung des Kindes der Gemeinschaft und den Lebensaufgaben gegenüber. Es zeigt sich, daß Gesetzmäßigkeiten erst dann zutage treten können, wenn dieser Tatsache durch eine Gegenüberstellung der beiden Geschlechter Rechnung getragen ist.
2. *Das bekannte, charakteristische Bild des Trotzalters ist in seinen typischen Formen beim psychopathischen Mädchen viel seltener als beim Knaben. Dafür treten die „larvierten“ Fälle in den Vordergrund, bei denen Züge offener Auflehnung undeutlich bleiben können.*
3. Dem entsprechend ist eine „verlängerte Trotzperiode“ als Manifestation der Psychopathie bei den vier- bis fünf Jahre alten Mädchen nur in 25% (Knaben 65%), bei den Sechs- bis Siebenjährigen nur noch in 10% (Knaben 33%) der Beobachtungen und bei den folgenden Altersklassen überhaupt nicht mehr nachzuweisen.
4. Während beim Knaben von Anfang an ein ruhiger, scheuer, lahmer, weltabgewandter Typus als Hauptgruppe neben die Trotzfälle tritt, der auch innerhalb der Vorpubertät nicht wesentlich zunimmt (25, 50, 42, 57%), finden sich entsprechende Beobachtungen nur bei 9 bzw. 10% der sechs- bis zwölfjährigen

*) Man höre dazu Olge Knopf in einer Arbeit aus der der Leitung A. Adlers unterstehenden Vanderbiltklinik: „Die Statistik wurde ohne besondere Berücksichtigung des Geschlechtes angestellt, weil nach den Erfahrungen der Individualpsychologie keine speziellen Unterschiede bei beiden Geschlechtern in bezug auf ihre Probleme bestehen.“

Mädchen. Dann erst werden solche Bilder auch beim weiblichen Geschlecht ebenso häufig (50%) wie sie es beim männlichen schon viele Jahre hindurch waren. Bis dahin steht zahlenmäßig ein Persönlichkeitstypus ganz im Vordergrund, der durch betriebsame Unruhe, unkindlich-bewußtes, gelegentlich eigensinniges und reizbares Wesen, Geltungsstreben und Neigung zu tyrannischem Auftreten charakterisiert wird, dessen Züge aber, ebenso wie die oft dahinterliegende innere Hohlheit, Unaufrichtigkeit und Intriganz durch geschickte Schauspielerei und „Mache“ verschleiert werden. Innere Unsicherheit ist vielleicht häufiger als sie sich zu erkennen gibt, aber es bestehen trotzdem nach dieser Richtung hin grundlegende Unterschiede dem Knaben gegenüber.

5. Wie beim Knaben so tritt auch beim Mädchen im Laufe der Kindheit ein *Symptomenwandel* ein. Dieser vollzieht sich aber in grundsätzlich anderen Formen.

a) *Fünf von den sieben Frühzeichen der Neurose, nämlich Störungen der Nahrungsaufnahme, des Schlafes, Angst, Angewohnheiten, Erbrechen sind bei den zwölf- bis fünfzehnjährigen Mädchen häufiger als beim Knaben, bei dem das „Siebengestirn neurotischer Frühaeusserungen“ verblaßt.*

Störungen der Nahrungsaufnahme:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	44	60	25	11
Mädchen	50	45	30	33

Angewohnheiten:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	40	37	12	8
Mädchen	25	45	15	20

Angst:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	40	22	12	19
Mädchen	30	45	34	40

Schlafstörungen:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	32	37	37	16
Mädchen	30	35	23	33

Erbrechen:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	28	18	2	2
Mädchen	45	20	19	13

- b) *Der Frühperiode fremde, polymorphe Symptome wie z. B. Nabelkoliken, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Absenzen, hysterieforme Schreikrämpfe, psychogener Tremor, epileptiforme Krampfstörungen usw. werden z. T. schon mit vier bis fünf Jahren beobachtet, sie nehmen weiterhin zahlenmäßig rasch zu und sind bei den zwölf- bis fünfzehnjährigen Mädchen in $\frac{4}{5}$ der Fälle vorhanden.*

Polymorphe, psychogene Symptome:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	0	3	20	50
Mädchen	8	30	50	80

- c) Dem gegenüber fehlen nach unserem Material die *Sprachentwicklungsstörungen* so gut wie ganz und die *Enuresis* wird vom sechsten Lebensjahr an selten. Der *Tic* hat schon im siebenten Lebensjahr den Höhepunkt seines Vorkommens überschritten.

Sprachentwicklungsstörungen:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	16	11	7	4
Mädchen	0	0	0	5

Tic:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	7	15	10	28
Mädchen	20	30	15	7

Enuresis:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben	20	15	27	8
Mädchen	25	5	11	0

- d) *Unselbständigkeit* und *choreiforme Unruhe* sind beim Knaben häufiger als beim Mädchen. Das Gleiche gilt für die „*Konzentrationsschwäche*“. Wenn auch auf diese allein der Unterschied der

Schulerfolge nicht zurückgeführt werden kann, so hat die Konzentrationsfähigkeit doch unzweifelhaft ausschlaggebenden Einfluß auf die Qualität der Leistungen.

Mangelhafte Schulleistungen:

Alter	4—5	6—7	8—11	12—15
Knaben		50	64	73
Mädchen		25	25	45

- e) *Es ergibt sich aus a) bis d), daß beim Mädchen das Bild der Neurose im Laufe der Kindheit fortschreitend von Symptomen bestimmt wird, die erfahrungsgemäß besonders deutlich zielgerichteten Charakter tragen. Das gilt in allererster Linie von den polymorphen, psychogenen Zeichen (siehe unter b)). Aber auch die Störungen der Nahrungsaufnahme und das Erbrechen sind beim älteren Mädchen weit häufiger als beim Knaben (siehe unter a)), Manifestationen also, die besonders klar jene finalen Tendenzen erkennen lassen und zwar schon von den ersten Lebensjahren an.*

Dem gegenüber treten bei den Mädchen aller Altersklassen Enuresis, Sprachentwicklungsstörungen, Konzentrationsschwäche (auch choreiforme Unruhe) zahlenmäßig in den Hintergrund (siehe unter c) und d)) und der Tic ist bei den Zwölf- bis Fünfzehnjährigen selten (siehe unter c)). Diesen Erscheinungen aber fehlt entweder die tendenziöse Note ganz oder sie tritt doch nicht annähernd so deutlich hervor wie das z. B. bei den psychogenen Symptomen, den Störungen der Nahrungsaufnahme und dem Erbrechen der Fall ist.

Die Neurose des Mädchens wird also von Symptomen bestimmt, die zwar auch letzten Endes in der Entwicklungsstörung wurzeln, die aber aufs Deutlichste den Charakter zielstrebigter Äußerungen annehmen. Die Symptomatologie der Neurose des Knaben ist dagegen eher durch die kausale Verknüpfung mit der Entwicklungsstörung gekennzeichnet. Die Neurose des Mädchens scheint im ganzen mehr final, die des Knaben mehr kausal orientiert zu sein.

6. *Mit dieser Annahme stimmt es überein, daß Zeichen, die auf eine Entwicklungsstörung deuten, schon bei den vier- bis siebenjährigen Mädchen nicht immer anzutreffen sind. Bei den acht- bis elfjährigen fehlen sie sogar meist und erst innerhalb der Vorpubertät und der Pubertät treten sie wieder stärker hervor. Im Gegensatz zum Knaben prägen sich die charakteristischen Züge der Entwicklungsjahre deutlich aus.*
7. *Die soziale Kontaktstörung ist bei den vier- bis siebenjährigen Mädchen genau so klar ausgesprochen wie bei den Knaben, auch späterhin bis zur Pubertät ist sie nachzuweisen, wenn auch gelegentlich die größere Anpassungsfähigkeit der Mädchen die Beurteilung erschwert. Es ist bemerkenswert, daß bis zum elften Lebensjahr die ablehnende Haltung der Gemeinschaft gegenüber oft durch aktive Züge bestimmt wird, während die passive Art, die beim Knaben die vorherrschende war, hier erst später in den Vordergrund tritt.*

Nachdem wir den Entwicklungsgang des neurotischen Kindes in einem filmartigen Bilde an uns vorüberziehen ließen, wird es niemanden mehr in Erstaunen versetzen, wenn wir behaupten, daß sich die Fäden der Neurose stets in die Zeit der frühen Kindheit zurückverfolgen lassen. Am wenigsten aber wird sich der Kinderarzt hierüber wundern, dem die „Nervosität“ des Säuglings so oft Gelegenheit gibt, die Psychopathie an ihrer Quelle zu studieren. Auch unser Material zeigt, daß „nervöse“ Zeichen wie Unruhe, Schreckhaftigkeit, Störungen von Schlaf und Appetit sowie Erbrechen häufig, spasmophile Erscheinungen und Pylorusstenose gelegentlich nachzuweisen sind und zwar beim Knaben in 27%, beim Mädchen dagegen in 42% der Fälle. Dieser befremdende, vorläufig unerklärbare, aber kaum zufällige Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern rührt im wesentlichen daher, daß der weibliche Säugling viel häufiger wie der männliche als „unruhig“ in den Anamnesen bezeichnet wurde.

Aber auch die körperliche Entwicklung ist nicht selten beeinträchtigt. Beim Knaben erfahren wir in 34%, beim Mädchen in 30% der Beobachtungen von meist leichten, gelegentlich auch schwereren dystrophischen Störungen. Diese Zahlen sind aber nur mit einer gewissen Vorsicht aufzunehmen und sie erlauben keine weittragenden Schlußfolgerungen, weil ein Kontrollmaterial fehlt, das Aufschluß über die Häufigkeit gleichartiger Schäden bei nichtneurotischen Kindern geben könnte. Immerhin verlangen sie deshalb Beachtung, weil es sich ja fast durchwegs um Brustkinder (90%) handelt, bei denen günstigere Ernährungsergebnisse zu erwarten gewesen wären. Es mag auch erwähnt werden, daß Frühgeborenheit oder Schwächezustände, die hieran denken ließen, bei den Knaben in 9%, bei den Mädchen in 2% der Fälle vorhanden waren.

Vom Säuglingsalter lenken wir den Blick auf die ersten Jahre der Kindheit und zwar auf jene Zeitspanne, die das Trotzalter genannt wird. Bei 81% der Knaben und bei 65% der Mädchen hören wir von neurotischen Äußerungen innerhalb dieser Lebensperiode. Wir wissen ja nun schon, daß die Ausdrucksform jener Krise durchaus nicht immer die der offenen Auflehnung ist und es sind in den genannten Zahlen auch alle Fälle enthalten, bei denen das Bild unter anderem Aspekt in die Erscheinung trat. Daß aber das männliche Geschlecht bei diesen anamnестischen Erhebungen so im Vordergrund steht, das erklärt sich leicht aus der uns nun schon geläufigen Tatsache, daß bei ihm die aufdringlichen und in der Erinnerung haftenden Äußerungen manifesten Trotzes um so vieles häufiger sind.

Durchmustern wir jetzt noch jene Beobachtungen, bei denen angeblich innerhalb der charakteristischen Zeit nichts von neurotischen Zeichen bemerkt worden war, daraufhin, ob bei ihnen etwa schon im ersten Lebensjahr „nervöse“ Erscheinungen zutage traten, so stellt es sich heraus, daß solches bei den Knaben in 5%, bei den Mädchen aber in 20% der Fälle angegeben wird. *Es läßt sich somit feststellen, daß rund 85% aller Neurosen mit ihren Wurzeln auf die frühe Kindheit zurückgehen und es wird kaum ein Widerspruch zu befürchten sein, wenn aus dieser Zahl, die ja die Fehler aller anamnестischen Erhebungen an sich trägt, ein gesetzmäßiges und durchgängiges Verhalten herausgelesen wird und wenn wir feststellen, daß die Grundlagen der Neurose immer in den allerersten Jahren des Lebens zu suchen sind.*

Es will uns fast überflüssig erscheinen, hier nochmals eine Aufzählung dessen vorzulegen, was wir in unseren Anamnesen innerhalb jener Frühzeit an neurotischen Äußerungen finden. Es ist das Gleiche, was wir durch direkte Beobachtung an Kindern dieser Altersklasse kennengelernt haben: Die Vier- bis Siebenjährigen, aber auch manche der Älteren, besonders unter den Knaben, treten uns ja oft so entgegen, als seien die Jahre der frühen Kindheit noch nicht vorüber und bei ihnen fällt es nicht schwer, sich aus dem gegenwärtigen Zustandsbild einen Begriff von dem, was früher war, zu machen. Bei den anderen hören wir von einstigen Trotzäußerungen oder — und vielfach gleichzeitig — von Angst, wir erfahren — besonders bei den Knaben — von Verzögerungen oder Störungen der Sprachentwicklung und von verspätetem Erwerb der Reinlichkeit. Dann begegnen uns wieder die bekannten Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, das Erbrechen, die verschiedenen Formen der Schlaflosigkeit, Onanie und andere Angewohnheiten, das abnorme Haften an der Mutter, die Unselbständigkeit, das unverträgliche Wesen und anderes mehr.

Der Beweis, daß jegliche Neurose in der frühen Kindheit verankert ist, dürfte nach allen Richtungen hin geführt sein und es bliebe nur zu wünschen, daß aus dieser Tatsache die naheliegenden praktischen Konsequenzen gezogen werden mögen.

Man wird vielleicht den Einwand erheben, daß unser Beobachtungskreis zu eng sei, daß die Darstellung zwar das Kind der sozial bevorzugten Bevölkerungsschichten berücksichtige und daß für dieses auch die Schilderungen und die aus ihnen abgeleiteten Schlüsse zutreffen mögen, daß aber jede lohnende, praktische Arbeit doch vor allem den breiten Massen des Volkes zugute kommen müsse. Hier begegne man nun aber jenen von uns geschilderten Typen selten, das Bild der Psychopathie des armen Kindes sei ein anderes und daher wären auch unsere Feststellungen über ihre Grundlagen nur für den verhältnismäßig beschränkten Bezirk der „privilegierten“ Schichten gültig. Wir nehmen diesen Einwand nicht leicht und haben ihn uns immer und immer wieder selbst gemacht. Leider war es aber bisher nicht möglich, die gefundenen Tatsachen an einem Material, das andere Kreise umfaßt, nachzuprüfen. Es ist auch voraus zu sagen, daß solches Unternehmen auf große Schwierigkeiten stoßen wird, da eine zuverlässige Vorgeschichte, wie sie nur unter der Voraussetzung einer gewissen Stabilität der Lebensbedingungen erhoben werden kann, unentbehrlich ist. Außerdem aber glauben wir, daß die Umweltbedingungen des Kindes das Bild seiner Psychopathie entscheidend beeinflussen und daß daher mit zunehmendem Alter eine Differenzierung der Typen nach der sozialen Zugehörigkeit erfolgt. Wir denken hierbei auch an das Problem der Verwahrlosung. Aber bei den Jüngeren müßten sich dann doch jedenfalls die gemeinsamen, wesensverwandten Züge nachweisen lassen. Außerdem entfallen hier auch jene Schwierigkeiten, die sich später aus Lücken der Anamnese ergeben könnten.

Nun ist aber das psychopathische Kleinkind bisher von der Forschung stiefmütterlich behandelt worden und auch als Gegenstand praktisch-ärztlich-fürsorgerischer Arbeit kam es zu kurz. Man wäre in Verlegenheit, sollte man eine Stelle ausfindig machen, die sich mit dem Studium oder der Behandlung der jüngeren, noch nicht schulpflichtigen Altersklassen oder gar mit der Psychopathie des Zwei- bis Vierjährigen abgibt. Daher wandten wir uns, um wenigstens einen flüchtigen Einblick zu bekommen, an die Oberinspektorin der städtischen

Kindergärten Münchens, Fräulein F. Lex, und wir baten sie, die ihr unterstellten Kindergärtnerinnen für die uns beschäftigende Frage zu interessieren. Unter deren Schutzbefohlenen mußten ja wohl Fälle sein, wie wir sie meinten, und diese konnten den Erzieherinnen auch kaum entgehen, da sie sich als störende Elemente bemerkbar machen. Das uns zur Verfügung gestellte Material war reichlich. Bei mehreren Besprechungen ergab es sich bald, daß alle jene, uns von den eigenen Beobachtungen her geläufigen, Typen aus der Kleinkinderzeit auch unter den allerkümmmerlichsten Lebensbedingungen vorkommen, ja daß unter den 20 ausführlichen schriftlichen Berichten, die uns dankenswerterweise übergeben wurden, sich nicht ein einziger Fall befindet, der nicht seine Analogie in entsprechenden Erfahrungen aus unserer eigenen Kasuistik hätte. Man kann sogar nicht einmal feststellen, daß dort die Manifestationen gröbere als hier wären und daß sich dadurch der Einfluß eines robusteren Milieus zu erkennen gibt. Wir haben es also bei den Bildern, die wir schilderten, zum mindesten bei jenen, die das vorschulpflichtige Alter betreffen, nicht mit einem Privileg begüterter und sozial gehobener Kreise zu tun. Unter diesen Umständen erübrigt sich die Wiedergabe weiterer Krankengeschichten, die uns Neues nicht zu bieten haben.

Es braucht kaum besonders betont zu werden, daß diese Untersuchungen nur einen ganz bescheidenen Anfang darstellen und daß sie vor allem auch auf das Trotzalter, das ja in den Kindergärten seltener erfaßt wird, auszudehnen wären. Wir zweifeln nicht daran, daß das Ergebnis solcher Nachforschungen ebenfalls unsere Erfahrungen über die Grundlagen von Neurose und Psychopathie bestätigen würde.

Anhang

Eindrücke vom Unterricht „nervöser“ Kinder*)

von Margarete Früchte, staatl. gepr. Lehrerin

Die folgende Darstellung gründet sich auf 51 Beobachtungen. Der Unterricht wurde einzeln oder in ganz kleinen Gruppen erteilt.

*) Die hier niedergelegten „Eindrücke“ fußen auf zu geringem und wohl auch etwas einseitigem Material und daher können sie nicht den Anspruch darauf erheben, das Verhalten des neurotischen Kindes beim Unterricht erschöpfend darzustellen. Das Bild, das sich aus ihnen ergibt ist — wenigstens bei den Knaben — noch ungünstiger als es nach unserer Statistik zu erwarten gewesen wäre. Diese stützt sich freilich nicht nur auf die bearbeiteten 51 Beobachtungen, sondern sie bezieht sich auch auf anamnestiche Erhebungen über die Schulerfolge bei dem Rest der gesamten 205 Fälle. Es scheint fast als läge der folgenden Darstellung eine Auswahl schlechter Schüler zugrunde oder es mag auch sein, daß die Mängel beim Einzelunterricht sich besonders bemerkbar machen.

Es ergibt sich aber aus den Schilderungen, daß die uns nun schon geläufigen, neurotischen Mechanismen auch die Arbeitsmethode des Kindes entscheidend beeinflussen. Wir begegnen als grundlegende Verhaltensweisen beim Unterricht: Zügen spielerischer Art, dem Verlangen nach Schutz und Hilfe, innerer Unsicherheit, weiter der Abwendung von der Realität der Tatsachen, mangelndem Verständnis für die Forderungen der Gemeinschaft, Unruhe und Hemmungslosigkeit, ferner den Äußerungen des Trotzes. Besonders eindrucksvoll kommt endlich der Gegensatz zwischen Knaben und Mädchen heraus, deren Zielstrebigkeit sich auf schulischem Gebiete als leistungsförderndes Geltungsstreben bemerkbar macht. (Benjamin.)

Zunächst berichten wir über die Knaben:

Von den Kindern der ersten Schuljahre gehörte die Mehrzahl zu einem Typus, der durch Passivität charakterisiert ist und der sich folgendermaßen verhält:

Diese Schüler finden sich oft nicht rechtzeitig zu Beginn der Stunde ein. Umständlich packen sie ihre Schulmappe aus, lassen sich gerne helfen, wenn sie eine neue Feder einstecken müssen, schlagen langsam die Bücher auf und haben schon während des Aufschlagens die Seitenzahl entweder vergessen oder sie hörten gar nicht zu, da ihre Aufmerksamkeit vielleicht auf das Buchzeichen des Nachbars gerichtet war. Wenn sie beim Lesen an die Reihe kommen, wissen sie nicht, wo man stehen geblieben ist. Immer scheinen sie mit ihren Gedanken wo anders zu sein. „B. träumt wieder.“ Unsicher, verwirrt, oft mit einem roten Kopf, fängt B. endlich an zu lesen. Er stottert, verspricht sich, muß den Satz wiederholen und erst allmählig gewinnt er seine Ruhe wieder und liest dann langsam, aber doch einigermaßen zur Befriedigung des Lehrers seine Aufgabe zu Ende. Trotz mäßiger Leistung ist er jetzt wirklich schon müde, er gähnt verstohlen und ist froh, daß nun die anderen an die Reihe kommen und er, wie es ihm scheint, nicht mehr aufzupassen braucht. Im Nu ist die Schulstube vergessen, in Gedanken spielt er bereits mit der neuen Weiche seines elektrischen Zuges, die er am Nachmittag ausprobieren will und, ohne zu wissen, was er tut, rollt er den Bleistift auf dem Pulte hin und her bis dieser von der Bank fällt.

Bei solchen Kindern beeinträchtigt Konzentrationsunfähigkeit, Träumerei, Langsamkeit, Unsicherheit, vor allem aber ihr spielerisches Wesen die Leistung. Zwei der Knaben pflegten schon vor jeder Aufgabe zu sagen: „Wie weit lesen wir heute?“ oder „Muß ich die ganze Tafel voll rechnen?“. Da sie die einzelnen Laute nur langsam miteinander verbanden, konnten sie trotz fleißiger Übung lange Zeit nur ganz unzusammenhängend lesen. Einfache Wörter nach Diktat niederzuschreiben, machte ihnen Schwierigkeiten. Sie waren lange nicht dazu fähig, die Reihenfolge der Laute zu unterscheiden und schrieben zunächst meist jene hin, die den stärksten Ton hatten oder die sie am deutlichsten hörten. Das Wesen der Zahl war ihnen ebenfalls noch ganz und gar fremd. Am Ende des ersten Schuljahres konnten sie kaum ohne Hilfe der Finger, Striche, Kugeln, Stäbchen rechnen. Bei jeder abstrakten Aufgabe versagten sie und wurden bald müde.

Aber die Anforderungen, die der Unterricht in diesem frühen Alter an das normal begabte Kind stellt, sind verhältnismäßig noch gering. Beschäftigungen wie Kneten, Zeichnen, Malen, die aus dem Kindergarten in die Schulzeit mit herübergenommen und weiter fortgeführt werden, wechseln häufig mit der eigentlichen Arbeit ab. Im Anschauungsunterricht ist meist von Dingen die Rede, die dem Kinde von jeher vertraut sind. So kommen diese Schüler in den ersten Klassen oft ohne Schwierigkeiten, ja sogar ganz gut, mit und erst, wenn die Anforderungen größer werden, fällt ein Versagen nach dieser oder jener Richtung hin auf.

H., 10 J. alt, bleibt im Diktat zurück. Er schreibt langsam, wie er alles langsam tut. Aber etwas schneller als seine Feder sind doch seine Gedanken. So verschreibt er sich öfters: „Sausend“ statt: „tausend“, „hahren“ statt: „fahren“. Er überlegt und zögert einen Augenblick, ob er verbessern soll — er

weiß den Fehler — endlich entschließt er sich dazu, aber inzwischen sind die Mitschüler schon zwei Wörter voran, er muß sich beeilen und dann geschieht es leicht, daß das „t“ bei „nicht“ fortbleibt, der u-Bogen oder das „n“ am Ende eines Wortes ausgelassen wird, kurz, daß sogenannte „Flüchtigkeits- und Leichtsinnfehler“ begangen werden, die den Wert der Arbeit beträchtlich herabdrücken. H. klagt dann wohl darüber: „Der Lehrer diktiert so schnell, ich komme so oft nicht mit“. Tatsächlich kommt er ja auch nicht mit, da er seine Kenntnisse nicht unmittelbar und geordnet zur Hand hat, ein Umstand, der mindestens zu einem Teil auf einen erheblichen Mangel an Konzentration zurückzuführen ist.

Dieser Mangel, vielleicht auch ein Versagen des Gedächtnisses, macht sich vor allem beim Rechnen bemerkbar. Im Mündlichen bereitet das Einmal-eins Schwierigkeiten. So lange es sich um das mechanische Hersagen in gewohnter Reihenfolge handelt, geht es noch an. Aber, wenn außer der Reihe gerechnet wird, oder bei unvorbereiteter Wiederholung dessen, was vor kurzer Zeit gelernt und geübt wurde, ist bei so gearteten Kindern ein Versagen zu vermerken, das in einzelnen Fällen ausreichende Fortschritte nicht ermöglicht. Kommt ihnen zum Bewußtsein, daß sie den Anforderungen des Unterrichtes nicht gewachsen sind, dann steigert sich das Gefühl der Unzulänglichkeit und Unsicherheit und es trägt dazu bei, die Leistungen weiterhin herabzudrücken. Das tritt besonders bei zunehmendem Alter hervor, wie die schulischen Mängel ja überhaupt oft erst in den Mittelklassen deutlich werden. Solche Schüler haben zwar häufig einen Gegenstand, für den sie sich, wie sie sagen, interessieren, meist Naturkunde, Erdkunde, Geschichte, also Fächer, die kein rein abstraktes Denken erfordern, oder auch Zeichnen, als eine manuelle und ans Spiel erinnernde Tätigkeit, und daher ist der Eindruck nicht ganz ungünstig. Aber der Lehrer hat doch allerlei auszusetzen. Der Schüler sollte sich mehr am Unterricht beteiligen, er geht nicht aus sich heraus, er tut nur gerade das, was er unbedingt tun muß, er ist träge und faul, er macht seine Hausaufgaben oberflächlich. Gelegentlich ist der Schüler aber nur scheinbar unbeteiligt und es ist lediglich auf Mangel an Selbstvertrauen zurückzuführen, wenn er sich nicht meldet. Ein anderes Mal aber träumt er wirklich, beschäftigt sich spielerisch mit irgendeinem Gegenstand und ist jedenfalls nicht bei der Sache. Die fremdsprachliche Grammatik z. B. interessiert ihn gar nicht, die kann er ja immer noch zu Hause lernen. Weit angenehmer ist es, sich jetzt gehen zu lassen und nicht aufzupassen. Aber daheim, angesichts der Hausaufgaben, ist er von vornherein müde. Es ist wie eine große, schwere Last, die bewältigt werden muß. Dazu ist oft eine Stütze und Hilfe nötig. Der Nachhilfelehrer wird die Hauptarbeit übernehmen, er muß seine ganze Kraft einsetzen, um den lässigen, trägen Schüler, der jede Gelegenheit benutzt, um abzuschweifen, und sich zu drücken, bei der Sache zu halten. So geht es in der Schule gerade eben „mit Nachhilfe“.

Bei den Zwölf- bis Vierzehnjährigen ändert sich nichts Wesentliches. Gelegentlich kann noch eine gewisse Blasiertheit hinzutreten. Die Arbeitsunlust wird immer größer, aber es ist nicht angenehm, das zugeben zu müssen. Deshalb versucht der Schüler bei jeder Gelegenheit zu beweisen, daß die Dinge, welche man in der Schule lernen müsse, doch alle „Unsinn“ wären. Das brauche man im Leben nicht. Wozu gäbe man sich eigentlich damit ab! Er belächelt und

kritisiert gern, was ihm nicht paßt, immer in einer nicht gerade unhöflichen oder revoltierenden, im Grunde aber doch ablehnenden Art.

Mangel an Selbstvertrauen, Neigung zu Träumerei, langsames Arbeiten, Gedächtnisschwäche, Versagen der Spannkraft, Aufmerksamkeitsstörungen, Trägheit und gleichgültiges Wesen beeinträchtigen die Leistungen solch *passiver* Schüler.

Von dieser Gruppe hebt sich schon dem äußeren Bilde nach ein zweiter Typus deutlich ab.

Zunächst stellt die Unruhe dieser Kinder große Anforderungen an die Geduld des Lehrers. Nicht nur Hände und Füße, der ganze Körper ist in ständiger Bewegung. Entweder wird etwas vom Pult heruntergeworfen, ein Nachbar absichtlich oder unabsichtlich mit Ellenbogen oder Füßen gestoßen, der Kopf umgedreht, die Arme aufgestützt oder geschwätzt. Ständig hat man einen Kampf gegen mehr oder minder grobe Disziplinlosigkeit zu führen. Vorlautes Benehmen und Vorsagen ist an der Tagesordnung. Nicht immer ist das als Unart aufzufassen, vielmehr hängt es auch mit der oft hemmungslosen Überlebhaftigkeit des Wesens zusammen. So kommt es vor, daß ein kleiner Siebenjähriger auf Vorhaltungen hin verwundert meint: „Warum darf ich das eigentlich nicht sagen, was ich weiß?“ Manchmal tritt allerdings auch eine gewisse Freude, den Lehrer durch Dazwischenreden und Vorflüstern zu ärgern, hinzu und es ist bisweilen nicht genau zu unterscheiden, ob das geschilderte Verhalten Absicht oder durch das Naturell bedingt ist.

Solche Kinder sind stets mit einer Antwort bei der Hand. Sie reagieren lebhaft, aber oberflächlich. Den ausgelösten Kräften ist entweder nur annähernd Richtung gegeben — und es mag dabei auch wohl das Rechte getroffen werden — oder es ist ihnen beliebiger Spielraum gelassen. Anstatt also bestimmte, kontrollierte, zielgerichtete Bahnen einzuschlagen, gehen die Gedanken, sich selbst überlassen, flüchtige Beziehungen ein. So bekommt der Lehrer zu hören, was zwar nicht eigentlich mehr zur Sache gehört, aber doch noch lose Beziehungen dazu hat.

Beispiel: Wir wollen heute sehen, wie die Menschen sich auf den Winter vorbereiten.

Frage: Wie bereiten wir uns auf den Winter vor?

Antwort:

1. Wir fahren im Winter Schlitten.
2. Bei uns zu Hause gibt es zu Silvester immer Punsch.

Die Lust am Undisziplinierten macht sich vor allem auch äußerlich in einer höchst unordentlichen, zerfahrenen Schrift bemerkbar, im Beklecksen und Beschmutzen der Bücher, Tische und Wände, im Zuspätkommen, im Vergessen von Heften und Büchern usw.

Die Bewegungsunruhe geht oft parallel mit innerer Fahrigkeit, Hast und Ungründlichkeit und so hat denn, wenn die Anforderungen steigen, der zehnjährige „aktive“ P. die gleichen Mißerfolge wie sein Altersgenosse, der „passive“ H. Nur sind die Gründe des Versagens verschieden. Beim Rechendiktat steht nur eine gewisse Zeit zur Verfügung. Es heißt, seine Gedanken zusammennehmen, es muß rasch und sicher gearbeitet werden. Während H. sich aber zu lange besinnen muß, im Denken schwerfällig und gehemmt

ist, gibt sich P. nicht die Mühe, sorgfältig und gründlich zu sein. Bei einer Multiplikationsaufgabe z. B. 387 mal 467 rechnet er nicht nur $7 \text{ mal } 7 = 47$ und $7 \text{ mal } 8 = 65$, sondern er merkt auch die verkehrte Zahl an und behält die anzuschreibende im Kopf. „P. hat wieder flüchtig und oberflächlich gearbeitet.“ Ein, zwei Jahre später werden die Leistungen oft unbefriedigender. In den fremden Sprachen z. B. sind zunächst die Hausaufgaben, wenn nicht mit Nachhilfe gearbeitet wird, häufig ungenügend und in ganz unmöglicher Schrift hingeschrieben. Die Kasus scheinen von dem Schüler nach Belieben angewandt zu werden, Wörter, die er nicht weiß — und er weiß stets eine Menge Vokabeln nicht — sind einfach ausgelassen. „Ich habe das Wort nicht gefunden.“ „Das steht nicht hinten im Buch.“ Er hat sich offenbar nicht die geringste Mühe gegeben, gründlich zu arbeiten, wollte sich die unangenehme Aufgabe nur so schnell wie möglich vom Halse schaffen. Wenn er erklärt, daß er sich die Vokabeln nicht merken könne, er möge lernen, wie er wolle, so kann man sich schon vorstellen, daß er tags zuvor mit aufgestütztem Kopfe über seiner Aufgabe gesessen und sie gelernt und eben doch nicht gelernt hat. Er hat sie gelesen, laut, mechanisch gelesen, aber die Worte haben gleichsam vor einer verschlossenen Tür gestanden, der Eintritt, der Weg zum Erfassen und Behalten war versperrt. Eine Folge der ungenügenden Hausaufgaben, der mangelhaften Vorbereitung sind dann die schlechten Klassenarbeiten, die ebenfalls den Stempel des Flüchtigen, Oberflächlichen, Ungründlichen tragen (Wörter, Endungen vergessen, verwechselt usw.), die aber ausschlaggebend sind und das Fortkommen der Schüler in Frage stellen. Gegen Vorhaltungen und Ermahnungen werden solche Kinder immer gleichgültiger und unempfindlicher. Immer neue Ausflüchte und Gründe, weswegen die Aufgaben nicht gelernt sind, werden erfunden. Im Unterricht wird versucht, den Lehrer vom Thema abzubringen, zu ärgern, ihm entgegen zu arbeiten und ihm gelegentlich wohl auch frech und unverschämt zu kommen. Es ist sehr oft ein Versagen auf der ganzen Linie sowohl in Hinsicht der Leistung wie des Betragens.

Vereinzelt begegneten uns Knaben, die wegen ihrer Disposition zu lebhaften Reaktionen, ihrer Unruhe und Hemmungslosigkeit dem soeben geschilderten Typus nahestehen, die sich aber im Unterricht völlig anders verhalten. Diese Kinder arbeiten präzise und gründlich, ihre Auffassung ist rasch und genau, logisches Denken, Urteilen und Schließen von großer Treffsicherheit. Sie beherrschen das jeweilige Pensum fast spielend. Was sie einmal gelernt haben, das sitzt, an jede schwierige Aufgabe wagen sie sich heran und führen sie in der Regel auch gut zu Ende. Manche erinnern geradezu an Wunderkinder. Leider wissen wir über die fernere Entwicklung nichts, doch will es uns zweifelhaft scheinen, ob die Zukunft das halten wird, was die Gegenwart verspricht.

Die Schulerfolge der Mädchen sind in allen Altersklassen wesentlich besser als jene der Knaben.

Der „passive“ Typus ist nach unseren Erfahrungen bis zur Pubertät selten, dann scheint er häufiger zu werden. Eine Siebenjährige sprach stets mit leiser, unsicherer Stimme, sie war leicht gekränkt und traute sich nicht, etwas zu sagen, wenn sie ihrer Sache nicht ganz sicher war. Trotzdem waren die Leistungen gut. Das Mädchen war stets eifrig beim Unterricht, erledigte

die Hausaufgaben fleißig und gewissenhaft und gab sich die größte Mühe, den Anforderungen gerecht zu werden.

Die 10 J. alte U. sitzt während des Unterrichtes sehr brav da, sie scheint mit angestrengtester Aufmerksamkeit bei der Sache zu sein. Aber, wenn sie plötzlich gefragt wird, ist sie bestürzt, bleibt stumm oder sagt schließlich, meist mit zaghafter, unsicherer Stimme: „Ich weiß nicht“. Geringes Selbstvertrauen und Unsicherheit zeigt sie besonders bei selbständiger Arbeit. Es soll z. B. eine Niederschrift gemacht werden: „Unsere Schule“. Das Thema ist vorher genügend besprochen worden. U. hat dabei gut aufgepaßt und sich mit aller Anstrengung konzentriert. Da sie sich kein selbständiges Denken zutraut, hat sie sich an die gehörten Worte geklammert und sie so gut wie möglich im Gedächtnis zu halten versucht. Aber bei Beginn der Niederschrift hat sie den Anfang, vielleicht nur die ersten Worte, vergessen. Jetzt ist sie vollkommen hilflos, sie sieht sich suchend nach ihren Nachbarinnen um und fängt schließlich an zu weinen. „Warum weinst Du?“ „Ich weiß nicht, wie ich anfangen soll.“ Der Lehrer greift durch ein paar Fragen helfend ein, bald wird sie ruhiger, fängt langsam an zu schreiben und bringt schließlich eine ganz gute Arbeit zustande, obwohl es vorkommen kann, daß sie noch wiederholt ratlos dasitzt und man ihr ermutigend zusprechen muß.

Unsicherheit und das Gefühl des Nichtkönnens beherrschen also hier, wie bei manchen Knaben, das Bild. Aber während diese den Dingen ihren Lauf lassen, geben sich die Mädchen Mühe, Mängel, die sie fühlen und unter denen sie bitter leiden, durch Fleiß, Gewissenhaftigkeit, Ordnung und gutes Betragen wett zu machen. Meist sind die Hausaufgaben formal und inhaltlich sorgfältig ausgeführt, die Vokabeln gehen wie am Schnürchen und daher sind auch die Klassenarbeiten befriedigend, wenn nur das verlangt wird, was schon vorher durchgenommen worden war und was durch Fleiß erworben werden kann. Diese Mädchen sind nicht spielerisch — kaum daß sie jemals deshalb Anlaß zu Tadel geben — wohl zuweilen unkonzentriert, manchmal auch ermüdbar und bei zielgerichtetem, logischem Denken langsam und schwerfällig. Aber sie versuchen, wie wir zeigten, diese Hemmungen zu überwinden weil sie ausgesprochen ehrgeizig sind. Eine schlechte Note, eine Rüge bringt sie sofort zum Weinen, Anerkennung beglückt sie sichtbar. Durch Zuspruch und Ermutigung kann ihnen aus drückender und wahrscheinlich manchmal quälender Arbeit zu freierem, freudigerem, leichterem Schaffen geholfen werden.

Weit in der Überzahl sind aber unter den Mädchen aller Altersklassen aktivere Typen. Diese bedürfen im Unterricht der Aufmunterung nicht, im Gegenteil, sie drängen sich bei jeder Gelegenheit vor. Sie sind nicht so bequem für den Lehrer wie die Passiven, widersprechen oft, widersetzen sich gelegentlich, spielen sich gerne auf, aber sie sind fast immer eifrig bei der Sache und Konzentrationsfähigkeit ist vorhanden, wenn es darauf ankommt. Sie sind in ihren Arbeiten i. a. gewissenhaft und gründlich, ihr Gedächtnis ist meist gut, das Urteil zwar oft subjektiv, es verrät aber immer die Fähigkeit logischen Denkens. Man hat den Eindruck, daß solche Kinder wirkliche Freude an der Arbeit haben. Sie fragen dann wohl: „Darf ich diese schwere Aufgabe schon einmal probieren?“ „Diese Aufgabe rechne ich gern, sie macht mir Spaß.“ Oder: „Können wir einmal ein ganz schweres

Diktat schreiben?“ Nicht immer reicht allerdings die Ausdauer hin, um die Arbeit zu Ende zu führen, wenn das Ziel zu hoch gesteckt ist. Aber ein starkes Geltungsbedürfnis steht als Antrieb hinter solchem Streben, das Bedürfnis anerkannt und gelobt zu werden, der Wunsch, besser zu sein als die anderen.

Ganz vereinzelt begegneten uns Schülerinnen, die infolge ihres Mangels an Ehrgeiz, ihrer Arbeitsunlust, Oberflächlichkeit und Gleichgültigkeit an das Verhalten mancher Knaben erinnern. Die siebenjährige J. wollte nur dann gerne in der Stunde bleiben, „wenn wir sprechen und erzählen“, also im Anschauungsunterricht. Was sie alles erlebt und gesehen hatte, was es alles gab in und außer dem Hause, das interessierte sie, aber die eigentliche Arbeitsleistung war schlecht. Sie schrieb und zeichnete zwar gut, aber rechnete, las, lautete sehr mangelhaft. Sie war noch vollkommen fern von jeder ernsten Arbeit. „Wie weit muß ich heute lesen?“ „Muß ich auch noch rechnen?“ Das Spiel stand noch ganz und gar im Vordergrund.

Die dreizehnjährige I. arbeitete sehr oberflächlich und stand überhaupt der Pflicht gleichgültig gegenüber. Die Hausaufgaben waren schlecht, sie gefiel sich geradezu darin, ungenügend vorbereitet zu sein und stellte sich absichtlich unwissend, um die Lehrerin zu längeren Erklärungen zu veranlassen, die mit spöttisch-überlegener Miene angehört wurden. Nach der Stunde prahlte sie dann mit ihrem Benehmen. Wenn es sich ohne Anstrengung machen ließ, wurde vom Nachbarn abgesehen und jede schlechte Note mit mokantem Lächeln aufgenommen. Gegen Lob und Tadel war das Mädchen unempfindlich.

V. Grundlagen der Neurose

Im folgenden soll der Versuch unternommen werden, aus unseren Beobachtungen einige Schlußfolgerungen zu ziehen. Hierbei werden wir uns besonders bemühen, auf dem Boden der Tatsachen zu bleiben, denn der Weg, den die Forschung bisher gegangen ist, warnt uns eindringlich davor, auf allzu schmaler Grundlage ein Gebäude kühner Hypothesen zu errichten.

Sowohl Individualpsychologie wie Psychoanalyse suchen das Wesen der Neurose in seelischen Mechanismen, die gesetzmäßiger Bestand jeden einzelnen Falles sein sollen. Sie sehen die Dinge nur von dieser einen Seite aus an, verschließen sich bewußt allen anderen Gesichtspunkten und so kam es, daß diese Theorien ausnahmslos durch die Erfahrungen der Praxis bestätigt wurden, liegen ihnen ja doch richtige, wenn auch einseitig überspannte, Gesichtspunkte zugrunde. Je nach dem Standpunkt, den man gerade einnehmen will, kann man die Neurose vom Boden der Sexualtheorie, vom Minderwertigkeitsgefühl aus oder als Funktion eines „kollektiven Unbewußten“ ansehen. Die Situation erinnert lebhaft an jene der Kinderheilkunde als nach einander erst das Eiweiß, dann das Fett und schließlich die Bestandteile der Molke für die Schäden der künstlichen Ernährung verantwortlich gemacht wurden. Aber diese Diskussion blieb auf den engen Kreis der Kinderärzte beschränkt und ihre praktischen Konsequenzen wurden deshalb nicht allzu verhängnisvoll, weil dem durch eine theoretisch falsch konstruierte Nahrung etwa gefährdeten Säugling immer noch die rettende Frauenmilch zur Verfügung stand. Auf psychotherapeutischem Gebiete aber erweiterten sich jene Systeme, deren Unterbau noch ganz und gar zweifelhaft war, zu Weltanschauungen, die tiefgreifenden Einfluß auf das geistige Leben der Gegenwart gewannen, und die auch in ihren praktischen Konsequenzen zum Teil weit über jene Grenzen

hinausgingen, die ihnen durch die Enge der Gesichtspunkte gezogen sind. Durch vorzeitige und sehr geschäftige Popularisierung in Büchern, Tageszeitungen und Vorträgen sammelte jede dieser Lehren eine kritiklose, aber gläubige Gemeinde, die in dem dargebotenen Wissen nicht nur Aufklärung, sondern vielfach auch nebenbei Heilung von neurotischen Störungen sich erhoffte.

Unsere Arbeitsmethode stellt zwei von Grund auf verschiedene Typen der Neurose einander gegenüber und es darf angenommen werden, daß jene Züge grundlegende Bedeutung haben, die sich sowohl bei den Knaben wie bei den Mädchen finden. Durchmustern wir daraufhin die Befunde, so stellt es sich heraus, daß, trotz aller sonstigen Verschiedenheiten, Übereinstimmung darin besteht, daß allen diesen Kindern ohne jede Ausnahme die Anpassung an das Leben der Gemeinschaft mißlang. Hierin sehen wir eines der zentralen Probleme der Neurose.

Schon die klinische Beobachtung des Kindes im Alter der Trotzperiode hatte uns zu dem gleichen Schluß geführt. Wir suchten damals die Grundlage jener Lebenskrise in Reaktionen, die aufs engste mit dem Hineinwachsen des Kindes in die Welt der anderen Menschen verknüpft waren. Nachdem wir nun jetzt den Lebensweg des neurotischen Kindes bis zur Pubertät verfolgten, wird es deutlich, daß das, was damals mißglückte, später nicht mehr nachgeholt worden ist und daß damit Ich-Forderung und Umwelt-Forderung unausgeglichen einander gegenüber stehen. *Eine der grundlegenden Stellungen des Kindes der Trotzphase bleibt also als unnatürlicher Dauerzustand ein wesentliches Kennzeichen der Neurose.*

Diese Erkenntnis ist nicht neu. Sie spielt als bedeutungsvolles Sekundärphänomen im individualpsychologischen Lehrgebäude eine Rolle und auch die Klinik wird diesem Gesichtspunkte gerecht, wenn K. Schneider z. B. die psychopathischen Persönlichkeiten als solche bezeichnet, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet.

Nachdrücklich hat in der letzten Zeit besonders aber Kahn darauf hingewiesen, daß die Psychopathie kausal durch quantitative Besonderheiten in der Trieb-, Temperament- und Charakterschicht gekennzeichnet ist, während final die einheitliche, zielstrebige Selbsttätigkeit durch quantitative Abweichungen ihrer Selbst- und Fremdwertung beeinträchtigt wird.

Die Autotelie der Persönlichkeit umfaßt nach Stern, von dessen System des Personalismus Kahn ausgeht, in der Selbsterhaltung die Daseins- und Wesenserhaltung, in der Selbstentfaltung nach der konservativen Seite Wachstum und Reifung, nach der produktiven Seite das Streben nach einem „überhaupt noch nicht realisierbaren Ziel“. Heterotelie ist das System der Fremdzwecke. Die Aufnahme von Fremdzwecken in das Selbstzwecksystem geschieht durch Introzeption. In der Entwicklung der Person wird als Leitmotiv ein Streben zu einem idealen Zustand im Sinn der produktiven Selbstentfaltung gesehen, in dem die Autotelie in sich ausgeglichen und harmonisch dem Rahmen der Heterotelie eingefügt ist. Diesem Zustand — dem Gleichgewicht zwischen Selbst- und Fremdzwecken — wird im allgemeinen bis zur Reifezeit ohne bewußte Mitarbeit der Persönlichkeit zugestrebt. Diskordanz zwischen Körperlichkeit, Triebleben, Temperament und Charakter, die das Wesen der psychopathischen Persönlichkeit nach der kausalen Seite kenn-

zeichnet, stellt sich diesem Ziele entgegen, indem sie nicht zu einem geschlossenen Aufbau der Autotelie führt und die Einfügung in die Heterotelie unmöglich macht. Scheinziele und Scheinwerte werden in das Wertsystem der Person aufgenommen, ohne daß diese zu einer tatsächlichen Bereicherung der Selbstwertfülle führen.

Aus Kahns Begriffsbestimmung der Psychopathie geht klar hervor, daß auch er in dem nicht erfolgten Ausgleich zwischen dem Ich und der Umwelt ein wesentliches Merkmal des Psychopathischen sieht. Dahinter aber liegt die Frage nach dem „Woher“ und Kahn selbst ist der Überzeugung, daß Erbanlagen zu den wesentlichsten genetischen Faktoren gehören.

Wir konnten mit aller Bestimmtheit feststellen, daß die Verhaltensweisen des Knaben und des Mädchens innerhalb der Trotzphase — also in sehr frühem Alter — völlig verschiedenartige sind, ja es sprach sogar manche Beobachtung dafür, daß diese Unterschiede schon auf das erste Lebensjahr zurückreichen. Wollte man das auf Einflüsse der Umwelt zurückführen, so müßte man schon sehr kühne Hypothesen zu Hilfe nehmen und etwa daran denken, daß von vornherein die Stellung des Mädchens der Mutter gegenüber eine andere ist als die des Knaben, und daß somit dieser sich anders entwickeln müsse als jenes. Aber selbst dann, wenn man sich solch luftigen Phantasien hingibt, kommt man nicht darüber hinweg, daß schließlich doch abweichende Anlagen den so sinnfälligen Verschiedenheiten der Reaktionsform zugrunde liegen müssen. Diese wirken sich ja übrigens nicht nur auf psychischem, sondern auch vor allem auf körperlichem Gebiete aus. Es ist daran zu erinnern, daß Lenz die in allen Ländern beobachtete Übersterblichkeit der Knaben, die nicht nur die Embryonen und das Neugeborene, sondern auch die ersten Kinderjahre betrifft, als eine Folge geschlechtsgebunden-rezessiver krankhafter Erbanlagen ansieht, die überwiegend beim männlichen Geschlecht zur Auswirkung kommen. Grosser stellt fest, daß im ersten Lebensjahr bei fast allen zum Tode führenden Erkrankungen die Knaben überwiegen und er gibt an, daß sie von Pylorospasmus, Tetanie, exsudativ-diathetischem Ekzem, Lebensschwäche und Dystrophien vorzugsweise betroffen seien, von Zuständen also, die im Zusammenhang mit der Darstellung der Neurose besonders interessieren. Die Knaben wären im allgemeinen schwerer aufzuziehen als die Mädchen und sie verfielen als Säuglinge eher der Atrophie.

Solche Feststellungen zeigen, daß es sich bei den von uns erhobenen Befunden keinesfalls um Einzelphänomene handelt, sondern daß sich diese einem großen Kreis weiterer, anlagemäßiger Verschiedenheiten zwischen den beiden Geschlechtern unterordnen. Es bleibt gar nichts anderes übrig, als den abweichenden Verlauf der Neurose auf abweichende genotypische Grundlagen zu beziehen. Wenn aber die Psychopathie hiervon so abhängig ist, dann wird es fast zur Gewißheit, daß die Erbanlagen überhaupt zu deren wesentlichsten genetischen Faktoren gehören.

Es erschiene vielleicht überflüssig, diese Tatsache besonders hervorzuheben, wenn nicht von seiten der Individualpsychologie eine Lehrmeinung vertreten werden würde, die das Idiotypische auf den engen Kreis der Organminderwertigkeiten beschränkt, die sogar die psychischen Geschlechtsunterschiede auf Umwelteinflüsse zurückführt und die in der Psychopathie einen Begriff sieht, der nur noch — wie Kahn sich ausdrückt — der Denkfaulheit und

Oberflächlichkeit der Kliniker ein kümmerliches und unberechtigtes Fortleben verdankt, weil es sich dabei einzig und allein um die Wirkungen eines krankmachenden Milieus handelt. Hier wurzelt dann die Behauptung von der Gleichheit der seelischen Anlagen aller Menschen, die allerdings das Erziehungsproblem auf eine denkbar einfache Formel bringt und die dem Pädagogen jede weitere Denkarbeit erspart, die aber auch auf weltanschaulichem Gebiet zu gefährlichen Fehlschlüssen führen könnte.

Die Diskussion der Fragen, die die erbliche Bedingtheit der Neurose betreffen, ist aber auch deshalb notwendig, weil solche Zusammenhänge zwar mit Recht von den Klinikern behauptet, aber nie bewiesen wurden. Gründliche und ausführliche Familien- und Hereditätsforschungen liegen noch nicht in genügendem Maße vor (I. H. Schultz) und auch die Einsicht in den Anteil erblicher Faktoren an der Genese der Psychopathie beruht bisher nur auf wenigen Untersuchungen. Die Häufung psychopathischer Persönlichkeiten in den Familien neurotischer Kinder, die natürlich auch in unserem Material sehr deutlich ist, kann aber niemals als Beweis für die idiotypische Bedingtheit der Neurose ins Feld geführt werden, ebensowenig wie die Tatsache des oft frühen Beginns der Erscheinungen.

Bei der Erörterung der anlagemäßigen Gegebenheiten darf auch auf die Entwicklungsstörung verwiesen werden, die neben der nicht erfolgten Angleichung an die Gemeinschaft das wesentlichste Zeichen der Neurose darstellt. Es ist sehr wahrscheinlich, daß sich bei allen Fällen, wenigstens vorübergehend, Anhaltspunkte hierfür gewinnen ließen, vorausgesetzt, daß man Gelegenheit hätte, das Kind in frühen Altersstufen zu beobachten. Nach unseren innerhalb der Trotzphase gesammelten Erfahrungen trifft das jedenfalls zu und darum erschien uns die Regression, der Schritt nach rückwärts, als eine der typischen Verhaltensweisen. Auch späterhin gibt sich häufig die Entwicklungsstörung ohne weiteres deutlich zu erkennen und wo das nicht der Fall ist, da zeugt doch das „Symptom“ dafür, daß die Persönlichkeit sich Reaktionsmöglichkeiten erhielt, die aus längst vergangenen Tagen zu stammen scheinen. Wir verweisen auf das, was über die Grundlage einiger für die kindliche Neurose charakteristischen Zeichen*) im ersten Abschnitt unserer Abhandlung gesagt worden war. Hier soll nur noch hinzugefügt werden, daß es sich auch bei den sogenannten „psychogenen“ Reaktionen, die für das ältere Kind vor allem in Betracht kommen, um primitive Mechanismen handelt, die phylogenetisch übernommenes Erbgut darstellen (Kräpelin, Kretschmer, Braun).

In jeder Neurose steckt also, mehr oder minder deutlich erkennbar, ein Stück Entwicklungsstillstand und wir bestätigen damit auch eine Meinung, die Freud ausgesprochen hat.

Bei einer beträchtlichen Anzahl der Fälle kann schon die oberflächlichste Beobachtung solche Befunde kaum übersehen, sie drängen sich geradezu auf, und zwar mit besonderer Eindringlichkeit dann, wenn Körperlichkeit, psychischer Habitus und Symptomatologie zu einem einheitlichen Bilde verschmelzen. Hier fügt sich — wenn wir vom Intellektuellen absehen — eins ins andere und hier gewinnt man auch besonders deutlich den Eindruck, daß die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Selbstentfaltung gehemmt sein muß und

*) Siehe S. 4—24.

daß hierauf die Entwicklungsstörung zurückgeht. Es hieße die Wirkungsbreite paratypischer Einflüsse sehr überschätzen, wenn man solche Hemmungen der Entwicklung, die ja übrigens gelegentlich bis auf die Geburt zurückzuverfolgen sind, allein auf Umwelteinflüsse beziehen wollte.

Solche Fälle sind es auch, bei denen es sich am klarsten zeigen läßt, daß das „Symptom“ primär-kausal in der Persönlichkeit verankert ist und daß die individualpsychologische Auffassung vom „neurotischen Arrangement“, das stets final gerichtet wäre und bei dem man stets nach dem „wohin“ fragen müsse, nur eine halbe Wahrheit bedeutet. Diese enge Verknüpfung des Symptoms und mancher anderen Verhaltensweisen mit dem Entwicklungsstillstand macht es ferner verständlich, daß die Reaktionsformen des Neurotikers nur bis zu einer gewissen Grenze einfühelndem Verständnis zugänglich sind. In die psychische Verfassung eines Säuglings können wir uns ebenfalls nicht hineinversetzen. Diese Verbundenheit mit dem primitiven Seelenleben begründet aber — wenn man so will — eine gefährliche Stärke der neurotischen Persönlichkeit. Sie hat Reaktionsmöglichkeiten aus frühen Kindheitsstufen in sich erhalten, aus Zeiten also, die durch die Einheit des Sensomotorischen, die reflexartige Zusammengehörigkeit von Reiz und Bewegung, ausgezeichnet sind. Wir erfahren bei W. Stern, daß diese unvollständig strukturierten Frühgebilde auch eine positive Seite, gerade im Vergleich mit dem erwachsenen Leben, haben. Sie sind, eben weil noch die scharfen Abschnürungen und Begrenzungen fehlen, inniger personal verankert, viel mehr als bei uns schwingt in allem, was das Kind erlebt und tut, das ganze Persönchen mit, weil eben von der Ausgangsstelle des Erlebnisses sogleich die Erregungswellen in den ganzen Menschen hinüberstrahlen.

Hier liegen nach unserer Meinung auch die Grundlagen dessen, was man „Organsprache“ zu nennen pflegt und deren Dialekt von jedem, der sich mit psychopathischen Kindern zu beschäftigen hat, verstanden werden sollte.

Fällen, in denen jene Entwicklungshemmung klar zutage liegt, stehen andere — besonders bei älteren Mädchen — gegenüber, bei denen die gleichfalls in der Persönlichkeit liegenden Tendenzen zur Selbstentfaltung oder Überkompensationen im Sinne der Individualpsychologie den primitiven Kern verdecken oder unkenntlich machen. Daß es Neurosen gäbe, denen solch Rest aus vergangenen Daseinsstufen fehlt, das erscheint als wenig wahrscheinlich. Wir verweisen auf unsere Erfahrungen innerhalb der Trotzperiode, auf die Tatsache, daß auch bei den vier- bis siebenjährigen Mädchen der Nachweis noch meist leicht gelingt und schließlich auf das Symptom als das Dokument eines Restbestandes aus früheren Lebensperioden.

Außer der sozialen Kontaktstörung ist also vermutlich die partielle Hemmung der seelischen Entwicklung Gemeingut aller Neurosen. Beides steht miteinander in enger Verbindung. Wir konnten uns davon überzeugen, daß innerhalb der Trotzphase die regressiven Tendenzen mobilisiert werden und andererseits mögen diese auch hier und da schon vorher den artgemäßen Fortschritten im Wege gestanden haben. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß der schwere Konflikt, in den das Kind während der Erregungsphase gerät, hierdurch eine beträchtliche Verschärfung erfahren muß.

Aus allen unseren Beobachtungen innerhalb jener Krise ging klar hervor, daß Unsicherheit die gesamte Haltung bestimmt, und damit bestätigen

wir Feststellungen der Individualpsychologie, die in dem Gefühl der Minderwertigkeit eine der Grundlagen der Neurose sieht. Ganz richtig hebt Wexberg hervor, daß man dieses nicht als bewußt oder als einen Gedanken mißverstehen dürfe, nicht als ein subjektives Erlebnis, sondern als einen Ausdruck für etwas, was aus dem objektiv gegebenen Verhalten des Kindes erschlossen werden kann. Wenn wir uns diese Darlegung eines Individualpsychologen zu eigen machen, so werden wir feststellen, daß die Unsicherheit ihren prägnanten und unverkennbaren Ausdruck erst innerhalb der Trotzphase findet, wenn auch gelegentlich schon vorher undeutliche Zeichen vorhanden sein mögen. *Jedenfalls steht sie am Anfang jeder Neurose und vielfach bestimmt sie auch später das Wesen des Kindes.* Es scheint aber so, als würde diese Haltung im Laufe der Jahre nicht selten überwunden, sie ist dann zum mindesten durch die Beobachtung nicht mehr nachzuweisen, so daß Hypothesen zu Hilfe genommen werden müßten, um sie doch zu entdecken. Wir verweisen auf Typen, wie sie sich vorzugsweise unter den älteren Mädchen finden.

Auf dem Boden der sozialen Kontaktstörung, der partiellen Hemmung der seelischen Entwicklung und der hiermit vielfach verbundenen inneren Unsicherheit können nun jene Symptome und Verhaltensweisen, die primär auf urtümliche Mechanismen zurückzuführen sind, sekundär zu „Arrangements“ und Sicherungen ausgebaut werden und in den Dienst der Persönlichkeit treten, die isoliert einer von ihr als feindlich empfundenen Umwelt gegenübersteht. Solche Tendenz ist aber in sehr verschiedenem Ausmaße vorhanden. Bei einem Teil der Fälle bleibt die Neurose ganz auf infantiler Stufe stehen und die kausale Verwurzelung ihrer Zeichen beherrscht das Bild, während die final gerichteten Strebungen demgegenüber im Hintergrund bleiben. Bei anderen greift sie in ihren Ausdrucksformen zwar ebenfalls auf die frühe Kindheit zurück, aber diese treten unverkennbar in den Dienst der Persönlichkeit und ihres Geltungsstrebens. Zeichen wie Sprachentwicklungsstörungen, Konzentrationsschwäche, motorische Unruhe, Enuresis und Tics kommen vor allem jener ersten Gruppe zu, während bei der zweiten die psychogenen Reaktionen, die Störungen der Nahrungsaufnahme, das Erbrechen und wohl auch manche Formen der Angst im Vordergrund stehen. Dort ist das Symptom organisch in den Entwicklungsstillstand hineingebettet und nur hin und wieder haben Enuresis und Tics finale Tendenzen, hier aber strebt es — wie alltägliche Beobachtung lehrt — unvergleichlich häufiger und deutlicher einem Ziele zu*).

Die große Bedeutung, die der sogenannten „Organminderwertigkeit“ von der Individualpsychologie für die Verstärkung des Minderwertigkeitsgefühls, der Unsicherheit des Kindes und damit für die Grundlagen der Neurose zugeschrieben wird, zwingt uns zu einer Stellungnahme dieser Frage gegenüber. Bei Reis lesen wir, daß „die Organminderwertigkeit eine besondere Erlebensform darstellt, daß ein Lebewesen, welches eine Organminderwertigkeit besitzt, die Welt anders erleidet als ein normales und daß auf diese Weise bestimmte seelische Richtlinien entstehen, nach welchen der Mensch sich gestaltet“. Ihre Auswirkungen werden von Wexberg folgendermaßen geschildert: „Schwächliche Kinder, Kinder, die viel krank sind, zeigen häufig auch abnorme

*) Siehe S. 97—99.

Charakterzüge, die gemeinhin als Nervosität bezeichnet und auf irgendeine degenerative Veranlagung zurückgeführt werden. Und doch handelt es sich in all diesen Fällen um nichts anderes als um die Entmutigung als Folge des wahrgenommenen oder empfundenen Defekts und Versuche, das verstärkte Minderwertigkeitsgefühl in irgendeiner Form — sei es durch verstärkte Aggression, sei es durch Betonung des Krankseins und der Hilflosigkeit, wodurch die Umgebung zur Hilfeleistung gezwungen wird — los zu werden“.

Reis teilt ein Schema zur Feststellung von Organminderwertigkeiten mit, und in dieser Aufstellung findet sich tatsächlich eine große Reihe von Zeichen, die erfahrungsgemäß häufig zum körperlichen Bild des „nervösen“ Kindes gehören. Wir begegnen unter anderen den Folgenden: Körperliche Kleinheit, angewachsene Ohrläppchen, zu große, abstehende Ohren, Skoliose, Kyphose, Lordose, adenoide Vegetationen, hoher Gaumen, Thoraxanomalien, Prognathie, Fettsucht, Hypertrichosis, Vasomotorismus, orthotische Albuminurie, Reflexanomalien, Linkshändigkeit, Anomalien im Bereich des Genitalapparates.

Ein irgendwie gearteter Zusammenhang zwischen der Neurose und jenen Stigmen ist also unleugbar. Dieser ist aber nicht etwa so zu denken, daß Organminderwertigkeit und Neurose im Verhältnis von Ursache und Wirkung stehen, daß also etwa — wie Wexberg es darstellt — die Neurose Folgezustand der Organminderwertigkeit wäre, sondern die Beziehungen sind andere. *„Anlage zur Neurose“ ist eine Krankheitsbereitschaft, die einer großen Zahl weiterer funktioneller und morphologischer Abweichungen vom Normaltypus koordiniert sein kann.* Dabei denken wir in erster Linie an die vielseitigen Beziehungen der neuropathischen Diathese zum exsudativen, vasomotorischen, dystrophischen und spasmophilen Zeichenkreis, dann an die überaus häufigen Habitusanomalien des neurotischen Kindes (z. B. Asthenie, Infantilismus, dystroph. Wuchsformen). Es ist nicht verwunderlich, wenn Organminderwertigkeiten mannigfaltiger Art bei ihm außerordentlich häufig sind. Ein Mißverständnis jedoch liegt vor, wenn kausale Beziehungen zwischen dem Einen und dem Anderen im Sinne der Auffassung der Individualpsychologie hergestellt werden.

Ferner kommen aber außerdem sowohl Neurosen ohne Organminderwertigkeit wie Organminderwertigkeiten ohne Neurose vor. Würde es sich um ein zwangsläufiges Ineingreifen handeln, so könnte dem nicht so sein. Zwar die Mehrzahl, aber durchaus nicht jeder Psychopath ist körperlich stigmatisiert. Andererseits wird sich der Kinderarzt an Fälle erinnern, bei denen sogar schwere (auch chronische) Gebrechen ohne wahrnehmbare seelische Resonanz blieben, ja wir haben uns oft darüber gewundert, daß solche Erlebnisse scheinbar spurlos am Kinde vorübergehen können, ohne ein Echo im Psychischen zu finden.

Ob also Organminderwertigkeit mit dem Bild der Neurose verknüpft ist oder nicht, das ist erstens und vor allem eine Frage der seelischen Anlagen, dann aber außerdem eine solche des Milieus, und auch aus diesem letzten Grunde ist es völlig zutreffend, daß man an der körperlichen Verfassung des neurotischen Kindes nicht vorübergehen darf, wenn es sich darum handelt, zu einem Verständnis seiner psychopathischen Verhaltensweisen zu gelangen.

Die Beziehungen zwischen Körperlichkeit und Seelenleben sind außerordentlich mannigfaltig und vorläufig nicht im Entferntesten übersehbar. Darüber aber kann kein Zweifel walten, daß die erfahrungsgemäß so häufige somatische Mindertauglichkeit des neurotischen Kindes und ihre Verknüpfung mit einer Reihe anderer Krankheitsbereitschaften von unübersehbarer Bedeutung für das Lebensschicksal werden kann. Vor allem aber deswegen, weil die körperlichen Störungen den Blick auf einen Nebenkriegsschauplatz zu lenken pflegen, auf dem sich dann eine geschäftige Polypragmasie entfaltet, während inzwischen auf dem Hauptschlachtfeld der Neurose die für die Zukunft entscheidenden Situationen geschaffen werden. Leider kann man dem Arzte nicht den Vorwurf ersparen, daß er häufig diese „Flucht in die Organminderwertigkeit“ unterstützt. Das ist verständlich, wenn man daran denkt, mit welcher sichtlicher Erlösung von den Eltern meist die Beendigung einer Unterhaltung über pädagogische Fragen aufgenommen wird und wie sie aufatmen, wenn irgendeine „Organminderwertigkeit“ die angenehme Aussicht eröffnet, den Schaden mit einem materiellen Opfer gut zu machen, ohne sich persönlich umstellen zu müssen. Bei den Erörterungen über Erzieherisches werden wir ja doch meist durchschaut und die Witterung dafür, daß wir ja eigentlich gar nicht das Kind, sondern seine Umgebung meinen, ist ganz erstaunlich fein ausgebildet. Die „Erziehung der Erzieher“ stellt den Arzt vor Aufgaben, denen er nicht gewachsen ist und denen er seiner naturwissenschaftlichen Einstellung nach auch vielleicht niemals gewachsen sein wird. Entschuldigbar aber ist es trotzdem nicht, wenn nun dieser dornenvolle und undankbare Weg, der der rechte wäre, abgekürzt wird und wenn sich der Arzt jetzt ebenfalls ins Dunkel der Organminderwertigkeiten verirrt. Dann werden diese, allerdings künstlich zum zwangsläufigen Bestandteil im Räderwerk der Neurose, der sie auf die verschiedenste und manchmal absonderlichste Art eingefügt werden, als überflüssige und schädliche Schulversäumnisse, kostspielige und demoralisierende Erholungsreisen, medikamentöse und hydrotherapeutische oder auch diätetische Prozeduren, endlose Temperaturmessungen, röntgenologische Untersuchungen, orthopädische Maßnahmen, operative Eingriffe an Blinddarm, Gaumen- und Rachenmandeln oder an den im Leistenkanal zurückgebliebenen Hoden, schließlich als Anfertigung von Plattfüßeinlagen!

Wenn sich aber die Gelegenheit bietet, solche Kinder außerhalb ihrer gewohnten Umgebung zu beobachten, dann stellt es sich heraus, daß die schädlichen Einflüsse meist ganz an der Oberfläche haften geblieben sind. Die Neurose wird zwar durch den „Milieuwechsel“ nicht beseitigt, wohl aber ist das „Erleben der Organminderwertigkeit“ aus ihrem Mittelpunkt verschwunden. *Wir schließen aus solchen Beobachtungen, daß hier zwar kein Kernproblem zu finden ist, daß ihm aber trotzdem eine große, wenn auch sekundäre, Bedeutung für die Grundlagen der Neurose zukommen kann.*

Es ist unwahrscheinlich, daß jene Organminderwertigkeiten, die wir nannten und andere, deren Stigmen von Reis aufgezählt werden, im seelischen Erleben des Säuglings und des Kleinkindes zu Reaktionen führen, zumal ihre Manifestationstermine oft erst auf eine spätere Lebenszeit zu fallen pflegen*)

*) Z. B. adenoide Vegetationen, orthot. Albuminurie, Lordose usw.

und schon aus diesem einen Grunde wären Zweifel an der Allgemeingültigkeit dieses Teils der individualpsychologischen Lehre erlaubt. Die Neurose beginnt ja doch oft schon im ersten Jahr, fast stets aber ist sie bis zur Trotzperiode in feste Form gegossen. So manches neurotische Kind entwickelt sich aber gerade innerhalb dieser so besonders wichtigen Frühperiode musterhaft und ohne jedes Zeichen einer Organminderwertigkeit. Wir wollen aber nicht darüber hinwegsehen, daß körperliches Leiden — also etwa Dystrophien oder Ekzeme — die Anfänge der seelischen Entwicklung tiefgreifender zu beeinflussen vermögen als das im späteren Leben der Fall ist, und darum gewinnt die Häufung dieser oder ähnlicher Störungen beim neurotischen Kinde besondere Bedeutung. Es sei daran erinnert, daß bei dem dritten Teil unseres Materials anamnestiche Angaben über Aufzuchtsschwierigkeiten im Säuglingsalter vorliegen. Gewiß wird die Anlage auch hier als übergeordnetes Prinzip anerkannt werden müssen, aber man darf doch andererseits nicht daran vergessen, daß jeder Griff in die Körperlichkeit besonders in frühen Lebensperioden auch das Seelische erfaßt und erschüttert. Diese Erkenntnis gibt mancherlei Anhaltspunkte für die Prophylaxe nervöser Zustände.

Über alle theoretischen Streitfragen hinweg steht es fest, daß die Organminderwertigkeit eine wichtige Rolle im Bilde der Neurose spielen kann, sie „ist aber nur eines von den Hindernissen, oder eine von den Schwierigkeiten, die im Wege der Persönlichkeitsentwicklung liegen“ (Kahn). *Ihre Bedeutung ist eine sekundäre.*

Man kann, wie es sich aus unseren bisherigen Erörterungen schon ergab, die Neurose des Kindes von sehr verschiedenen Standpunkten aus ansehen, so auch von dem der Sexualität. Solche Betrachtungsweise leidet aber von vornherein darunter, daß vorläufig eine klare Definition dieser Triebrichtung nicht zu geben ist und daß daher auch über die Art und Weise ihrer Äußerungen im frühen Kindesalter nur vage Vermutungen bestehen. Diese Schwierigkeit führt daher zu einem sehr unfruchtbaren Streit um Begriffe, die sich weder bestimmen noch scharf abgrenzen lassen. Bedenklich ist es dann aber weiterhin vor allem, daß in die Diskussion solcher Fragen moralische Wertungen hineingetragen wurden und zwar befremdenderweise auch von seiten mancher Biologen. So sagte kürzlich noch Hamburger seinen Studenten, daß die Psychoanalyse Freuds sich zur Psychologie, zur Seelenforschung ungefähr so verhielte wie „Nuditätenschnüffelei“ zur Kunst des Praxiteles! Es dürfte klar sein, daß sich auf solcher Basis Fragen, wie die hier vorliegenden, nicht entscheiden lassen.

„Seelische Entwicklung hebt an mit einem Gesamtzustand der Vagheit, der Ungegliedertheit, der Diffusität und im Laufe der Jahre gliedern sich erst aus diesem personalen Urnebel die einzelnen seelischen Sonderinhalte, Triebrichtungen usw. heraus“. „Die Unschärfe und Undifferenziertheit der frühkindlichen Strebungen hängt eng zusammen mit ihrem größtenteils vorbereitenden Charakter.“ „Und so wie in einem Embryo die künftigen organischen Gliederungen nur in vager Verschwommenheit vorgebildet sind, so sind — aufs Psychische übertragen — im Kleinkind die Strebungen ebenfalls noch nicht so ausgesprochen in ihrer Zielhaftigkeit und Sinnbezogenheit. Es ist deshalb nicht unbedenklich, hier auch nur dieselben Namen anzuwenden, die beim Erwachsenen eine scharf umrissene Bedeutung haben“ (Stern).

Wir glauben, daß man einzig und allein von solchen Erkenntnissen der Psychologie aus den Fragen nach den Sexualäußerungen früher Kindheitsstufen gerecht zu werden vermag. Diese Triebrichtung kann zunächst nur in primitiven, keimhaften Anfängen nachweisbar sein und es ist zu erwarten, daß sie sich aus dem Gesamt anderer — insbesondere sozialer — Verhaltensweisen nicht immer klar und deutlich wird herausheben lassen.

Schon früher hatten wir der Meinung Ausdruck gegeben, daß Fingerlutschen, Onanie und ähnliche frühkindliche Angewohnheiten zusammengehören. Wir sahen in ihnen zunächst „Abwendungsreaktionen“, mittels derer sich das Kind vor der Umgebung verschließt, wenn andere, lustvolle Erlebnismöglichkeiten eine Einschränkung erfuhren*). Nicht jede infantile Masturbation, nicht jedes Fingerlutschen hätte demnach ohne weiteres den Charakter einer Sexualäußerung. Es ist aber wahrscheinlich, daß ihnen Züge jener spezifisch gefärbten Lust zukommen können, die wir als „sexuell“ zu bezeichnen gewöhnt sind. Bei der Onanie ist das sogar deutlich. *Die Sexualäußerungen sind aber so innig mit den sozialen verbunden, daß von einer scharfen Differenzierung diesen gegenüber keine Rede sein kann.*

Gleiches wie für die „Abwendungsreaktionen“ gilt für die sogenannten regressiven Tendenzen, die das schutzbedürftige Kind die körperliche Nähe der Mutter oder Pflegerin aufsuchen lassen. Auch in diesen Verhaltensweisen werden nicht selten spezifisch gefärbte Lustkomponenten erkennbar und es sind diese in einseitiger und übertriebener Weise von der Psychoanalyse zum Aufbau jenes Phänomens, das man den Oedipus — oder Inzestkomplex nennt, herangezogen worden. *Auch hier aber ist es unmöglich, soziale von sexuellen Strebungen zu unterscheiden.* Es ist oft mehr eine Sache des Gefühls wie eine solche objektiver und zweifelsfreier Tatsachenfeststellung, welche Rubrizierung man bevorzugen will.

Es wäre verfehlt, sich den einseitigen Standpunkt der Psychoanalyse zu eigen zu machen. Andererseits darf man aber nicht daran vorübergehen, daß Äußerungen des Sexualtriebes schon in der frühen Kindheit beobachtet werden und daß sie sich den sozialen Strebungen an- und einfügen. Diese Erkenntnis ist ja nun auch schon Allgemeingut der wissenschaftlichen Forschung geworden. Psychologie, Pädagogik und klinische Psychopathologie haben das Grundsätzliche bestätigt. Meinungsverschiedenheiten können nur noch über ihre Bedeutung für die normale seelische Entwicklung und über ihre Beziehungen zu den Grundlagen der Neurose bestehen.

Die Gesamtsituation des psychopathischen Kindes ist offenbar einer vorzeitigen seelischen Differenzierung günstig, weil sie Konflikte, die mit dem Hineinwachsen in die Welt der anderen Menschen zusammenhängen und denen jedes Kind ausgesetzt ist, verschärft. Isolierung und Regression, die mit der sozialen Kontaktstörung verknüpft sind, enthalten aber, wie wir zeigten, in ihren reaktiven Äußerungen keimhafte Vorstufen sexueller Tendenzen. *Es liegen somit beim neurotischen Kinde Bedingungen vor, die der Entfaltung dieser Triebrichtung aus vagen und undifferenzierten Anlagen heraus besonders günstig*

*) Siehe S. 69—72.

sind, die aber für normale Lebensumstände weniger in Betracht kommen. Schäden, welche von ungünstigen Milieueinflüssen ausgehen, können dann solch primitive Anfänge zu weiterer Entfaltung bringen, z. B. dadurch, daß sich Persönlichkeiten aus der Umgebung des Kindes ihrer als erzieherischer Hilfen bedienen, oft ohne dies Tun als verwerflich zu empfinden. Solchen Mißgriffen dürfte das neurotische Kind seiner psychopathischen Umwelt wegen ebenfalls häufig ausgesetzt sein.

Es läßt sich demnach nicht leugnen, daß die Sexualtriebe eine wichtige, wenn auch sekundäre, Rolle im Bilde der kindlichen Neurose spielen. Wir verstehen auch, welches Mißverständnis es war, das ihnen eine zentrale Stellung verschaffte. Dem Erwachsenen mögen Störungen auf sexuellem Gebiete besonders verhängnisvoll erscheinen und es wird ihm diese eine Folge seiner anormalen frühkindlichen Situation mehr und stärker zum Bewußtsein kommen als so manche andere, die objektiv bedeutungsvoller ist.

Wir betrachten die sexuellen Strebungen nicht als isolierte Phänomene, sondern versuchen sie der unteilbaren Einheit der kindlichen Persönlichkeit und ihren sonstigen Verhaltensweisen einzufügen. Damit gewinnen wir eine weitere Erkenntnis, die bedeutungsvoll zu sein scheint.

Über die Zusammenhänge zwischen Angst und Sexualität kann kein Zweifel bestehen. In der psychoanalytischen Literatur haben sie zur Prägung des Begriffes der „Angstlust“ geführt. Dagegen sind die Deutungsversuche, die bisher gegeben wurden, unbefriedigend. Wir glauben nun, daß die folgende Darstellung diese Lücke ausfüllen könnte.

Angst ist in frühen Entwicklungsstufen unmittelbarer Ausdruck der Unsicherheit. Diese aber führt — wie wir zeigten — zur Abwendungsreaktion, deren Beziehungen zur Sexualität durch die in ihrer Folge auftretende Onanie bewiesen sind. Nun wird es uns verständlich, auf welche gemeinsame Quelle die Verbindung von Angst und Sexualität zurückzuführen ist. Die der Angst zugrunde liegende Unsicherheit drängt das Kind in die Isolierung und sie schafft damit die Grundlage für die frühinfantile Onanie. Unsicherheit — Angst — Abwendungsreaktion — Onanie gehören auf primitiver Stufe zusammen und es bleibt ihnen auch später scheinbar diese Einheit erhalten.

Es ist ein Mangel unserer Darstellung, daß wir über die Beziehungen zwischen Sexualität und Neurose beim älteren Kinde so wenig zu sagen vermögen, aber wir möchten auf Hypothesen möglichst verzichten. Zudem glauben wir, daß lange Jahre der Kindheit hindurch die sexuellen Äußerungen ebenso wie in der Frühzeit von sekundärer Bedeutung sind und daß hierin erst mit der beginnenden Pubertät eine grundsätzliche Änderung eintritt.

Wir waren aus verschiedenen Gründen zu dem Schluß gekommen, daß idiotypische Gegebenheiten als Grundlage der Neurose eine Rolle spielen müssen, und wir hatten uns damit gegen die Vertreter einseitiger Milieuthorien gewandt. In dieser Feststellung sehen wir aber zunächst nichts weiter als eine Erkenntnis, die dem Forscher bedeutungsvoll ist, und es liegt uns fern, von der „Neurose als Schicksal“ reden zu wollen. Lange hat bei seiner Studie an kriminellen Zwillingen, der er den Titel „Verbrechen als Schicksal“ gab, überzeugend gezeigt, daß die Anlage eine ganz überwiegende Rolle unter den Verbrechensursachen spielt, daß hinter oberflächlichen Unterschieden doch

die gleichartige Triebgrundlage ruht, die bei allen entscheidenden Lebensklippen die Gesamthaltung bestimmt“. Um so bedeutungsvoller ist es, daß der gleiche Autor an anderer Stelle darauf hinweist, daß Zwillingsbeobachtungen doch wiederum mit aller Deutlichkeit zeigen, „daß Außeneinflüsse auch dort gelegentlich von großer Bedeutung werden können, wo die Erkrankungen ganz vorwiegend auf erblichen Ursachen beruhen. Grobe körperliche Einwirkungen ebenso wie schwerwiegende Erlebnisse vermögen einen ziemlich weit reichenden Einfluß zu erlangen, ja gelegentlich bestimmen sie offenbar darüber, ob bei weniger ausgeprägter Krankheitsanlage eine Seelenstörung überhaupt deutlich wird oder nicht. So scheint es etwa erbgleiche Zwillingspaare zu geben, die sich infolge sehr wesentlich verschiedenen Lebensschicksals hinsichtlich erblicher Leiden diskordant verhalten“.

Wir können zu der Frage der seelischen Entwicklung erbgleicher Zwillinge einen bescheidenen Beitrag liefern, dessen Bedeutung gewiß nicht überschätzt werden soll, der aber doch für die Plastizität der Anlagen zu sprechen scheint.

Fall 49. E. K., ♂ und L. K., ♂, 6,3 J. alt, sind jüngste Kinder nach einem 10 Jahre alten Bruder und einer 9 Jahre alten Schwester. E. wurde mit einem Gewicht von 2250 g, L. mit einem solchen von 2000 g geboren und beide waren ihrer Schwächlichkeit wegen längere Zeit in einem Säuglingsheim. Später war die körperliche Entwicklung immer befriedigend, L. blieb aber auch fernerhin zarter als der Bruder. Das Wesen der Beiden hat sich — auch nach der Meinung der Eltern — nach ganz verschiedenen Richtungen hin entwickelt. E. wäre aufgeschlossen, lebensfroh, frisch und ohne Andeutung von „Nervosität“, während L. ängstlich und verschlossen sei, einen gewissen Eigensinn erkennen ließe, sich an die Erwachsenen hänge und manchmal geradezu wie ein Sonderling wirke. Er soll der Mutter ganz besonders zugetan und eifersüchtig sein. In der Dunkelheit und auch im Walde fürchte er sich, habe Angst vor Hunden und schliefe erst spät ein.

Daran, daß es sich um eineiige Zwillinge handelt, ist nicht zu zweifeln. Beide sind 109 cm lang, das Körpergewicht beträgt bei E. 18,5, bei L. 17 kg. Die Gesichtsbildung stimmt vollkommen überein, so daß man die Kinder eigentlich nur daran zu unterscheiden vermag, daß L. etwas zarter als der Bruder ist. Augen- und Haarfarbe weisen keine Unterschiede auf. Die Bildung der Ohrmuscheln, deren Form eine nicht ganz gewöhnliche ist, stimmt haarscharf überein. Zwischen großer und zweiter Zehe ist bei beiden Kindern eine Distanz von etwa 1 cm vorhanden (Greifzehe). Die zahlreichen Nävi sitzen in ihrer Mehrzahl an identischen Körperstellen.

Sehr verschieden ist dagegen das Wesen der beiden Kinder. L. ist verschlossen, E. offen und frei, L. ist wehleidig, E. forsch und mutig, L. läßt sich gerne bedienen und sucht auch bei dem Bruder Schutz und Hilfe, E. ist selbständig, L. ist kühl und berechnend, E. von warmer Gemütsart, L. ist selbstsüchtig, während bei E. davon keine Rede sein kann.

Die abweichende Entwicklung der beiden wird verständlich, wenn man sieht, wie L. von der Mutter bevorzugt wird. Sie ist zu ihm viel zärtlicher wie zu dem Bruder, der auch meist die abgelegten Sachen der Geschwister tragen muß, während L. die schönen, neuen Kleider erhält. Wahrscheinlich geht die Vorliebe für L. darauf zurück, daß er immer der zartere war. Übrigens ist trotz der erwähnten Nuancen die Erziehung der Kinder durchaus vernünftig.

Sollte es zutreffen, daß die Anlagen bei eineiigen Zwillingen übereinstimmen, dann wäre der Schluß erlaubt, daß selbst geringfügige paratypische Unterschiede ihren Niederschlag in der Persönlichkeit finden.

Unter den Psychiatern ist es auch Kahn, der den Charakter, die „Zielsteuerung der Persönlichkeit“ für durch Umwelt und Schicksal weitgehend

bildsam hält. Er sei nichts Ruhendes, sondern ein bewegtes Drama voll Handlung, Geschehen und Entwicklung. Es wäre zwar selbstverständlich, daß alle äußeren Zustände nur vorhandene Möglichkeiten beeinflussen könnten, aber der Charakter habe eben sehr viele Möglichkeiten mit sehr weitem Spielraum. Welche von ihnen sich erfüllen werde und welchen die Erfüllung versagt sei, das hänge vielfach vom Schicksal ab. Und der fertige Charakter, der ausgeprägte Charakter sei nicht zu verwechseln mit den charakterologischen Anlagen (Utitz).

Wir haben die Meinungen des Erbllichkeitsforschers und des Psychiaters hier ausführlicher wiedergegeben, weil sie sich mit denen des Kinderarztes berühren. Man würde vermutlich die Plastizität der Anlagen noch wesentlich höher einschätzen, wenn der Einfluß der Umwelt auf die Persönlichkeit des Kindes der ersten Lebensjahre gründlicher studiert worden wäre. Wir selbst haben wenigstens unsere Meinung hierüber sehr erheblich revidieren müssen, als wir uns der Trotzperiode und ihrer Bedeutung für Neurose und Psychopathie zuwandten. Die überaus bedeutungsvollen Probleme, die hier vorliegen, bedürfen einer weiteren gründlichen Bearbeitung, denn es handelt sich um Schicksalsfragen.

Bedauerlicherweise wird aber die Lehre von der Erbllichkeit in weiten Kreisen mißverstanden und es zeigt sich hier mal wieder, welch Unheil angerichtet wird, wenn wissenschaftliche Ergebnisse vorzeitig einer großen, kritiklosen Öffentlichkeit bekanntgegeben werden. Man kann damit rechnen, daß Erörterungen mit den Eltern über Dinge der Erziehung nicht abgehen, ohne daß diese das Argument der erblichen Anlagen ins Feld führen, selbst wenn damit auch nur bewiesen werden soll, daß die Abneigung des Kindes gegen gelbe Rüben vom Großvater stammt, der diese auch nie gegessen hätte! Hier wird Vernunft Unsinn und Wohltat Plage, aber die Sache hat auch eine sehr ernste Seite, weil manche Erzieher das stolze Gebäude der Erbllichkeitslehre dazu mißbrauchen, um sich unter dessen schützendem Dach ihrer Verantwortung zu entledigen. Diesen Leuten wird das falsch verstandene Ergebnis wissenschaftlicher Forschung zu einem bequemen Mittel im Dienste ihrer Faulheit und Indolenz.

Darum verstehen wir es auch, wenn die Individualpsychologie, die ja vor allem praktische Arbeit leisten will, den Standpunkt vertritt, daß auf seelischem Gebiet die Anlagen ohne besondere Bedeutung sind*). Es ist das allerdings nur eine „Fiktion“, aber es stehen hier höhere Werte auf dem Spiel als jene eines wissenschaftlichen Dogmas, über dessen Gültigkeit wir noch dazu Sicheres nicht wissen und das auch bei kritischer Wertung Spielraum genug für die Wirkung paratypischer Einflüsse läßt.

Nun scheint es aber so, als wäre die Kinderpsychologie neuerdings auf einem Wege, der die Gestaltbarkeit des Kindes durch die Einflüsse der Umwelt nicht nur erklärt, sondern sie auch aus den Entwicklungsgesetzen

*) Der Behaviorismus betont noch viel schärfer wie die Individualpsychologie die Bedeutungslosigkeit der Anlagen. „Da die Behavioristen in Kindern nur wenig entdecken können, das Instinkten entspricht, da Kinder geformt, nicht geboren werden, so fällt es auf die Eltern zurück, wenn es nicht gelingt, ein glückliches, dem Leben gewachsenes Kind — körperliche Gesundheit vorausgesetzt — heran zu ziehen“. (Watson.)

heraus als eine Notwendigkeit erscheinen läßt. „Vom ersten Tage an ist das Eingebettetsein in eine Gemeinschaft eine fundamentale Lebensstatsache, der „Andere“ gehört zum Dasein des Kindes nicht minder wesentlich als das eigene Selbst und die Regungen und Begehungen, welche diese „Anderen“ zu Zielpunkten haben, stehen vielleicht an Intensität und Umfang, nicht aber an Ursprünglichkeit und Unmittelbarkeit den selbstischen Strebungen nach“ (Stern). Werner führt die magischen Verhaltensweisen auf die wenig differenzierte Einheit von Umwelt und Ich zurück: „Die Umwelt ist weniger sachlich vom Ich getrennt, sie ist vielmehr durch das Ich, seine Affekte und Strebungen gestaltet. Ebenso ist aber auch umgekehrt das Ich in höchstem Maße gestaltbar und beeinflußbar durch die Umwelt“.

Grünbaum gibt diesem Gedanken einen noch präziseren Ausdruck, wenn er sagt, daß das Kind die Welt nicht in einer kategorialen Trennung von seinem Ich, nicht als etwas Fremdartiges erlebt, daß es noch nicht den Unterschied zwischen Ich und Es oder von bewußtem Ich und außerbewußter Welt vollzieht, sondern daß es zunächst nur eine Art von Wir kennt, in dessen Bindung Ich und das Andere dieselbe Struktur haben und einander gegenseitig tragen. Und weil das Kind zuerst kein Ich kennt, lebt es, objektiv gesprochen, mehr in der Welt und in den Anderen als in sich selbst, es steht ursprünglich nicht in einer Wechselwirkung mit der leblosen Welt der äußeren Reize, sondern durch diese hindurch in einer sehr viel innigeren, wenn auch primitiven Gemeinschaft mit seiner personalen Umgebung, mit der Welt, die ursprünglich in die Gemeinsamkeit des Psychischen einbezogen ist. Hier liegen die Grundlagen für die animistische Beseelung der umgebenden Natur, für die magischen Verhaltensweisen (Grünbaum).

D. und R. Katz schreiben, daß die Geburtsstunde des Anderen im Bewußtsein des Kindes gleichzeitig, wenn nicht früher, schlagen dürfte als die des eigenen Ich. Möglich, daß ein Wir-Erlebnis dem Ich- und Du-Erlebnis vorangeht. Sie verweisen auf Durckheim und seine Schule, die in der Völkerpsychologie mit Nachdruck darauf hingewiesen hätten, daß die Ganzheit der Gesellschaft das personal Primäre ist, in dem das eigene Ich völlig untertaucht. Die Bedeutung des Sozialpsychologischen in der Kinderpsychologie könne gar nicht überschätzt werden.

Eine Beobachtung, die wir mehrmals machten, soll hier kurz erwähnt werden, weil sie uns im Lichte dieser psychologischen Vorstellungen sofort verständlich wird. Wenn Kleinkinder, die eine fremde Sprache reden und die kein Wort Deutsch verstehen, in eine Gemeinschaft Deutsch sprechender Kinder kommen, so ist überraschenderweise nichts davon zu spüren, daß sie sich etwa einsamer oder verlassenener fühlen als andere, die in der Lage sind, sprachlich mit ihren Altersgenossen in Verbindung zu treten. Meist kommt sofort ein der Entwicklungsstufe entsprechender Kontakt zustande und es ist rätselhaft, welches Fluidum diese unsichtbare Brücke von Kind zu Kind zu schlagen mag. Die überindividuellen Verbindungen des Einzelnen mit der Gemeinschaft geben Antwort auf diese Frage.

Vielleicht sind auch jene Erfahrungen der Kinderärzte hiermit in Zusammenhang zu bringen, die sich an den Namen „Hospitalismus“ knüpfen und die schon vor drei Jahrzehnten weitblickende Ärzte auf den Gedanken brachten, daß eine nur durch zweckmäßige Ernährungstherapie, gewissenhafte

Pflege und peinliche Aseptik bestimmte Versorgung des Säuglings im Krankenhaus wesentlichen Bedürfnissen des Kindes nicht gerecht zu werden vermag.

v. Pfaundler wies darauf hin, daß nur die natürlichen Beziehungen, die zwischen Mutter und Kind bestehen, diese unerfreulichen Begleiterscheinungen des Heimes zu erklären vermögen, daß eine gewaltsame Trennung, wie sie mit der Aufnahme ins Spital verbunden ist, auf dem Wege über die Psyche des Kindes zu seiner ihm von der Natur vorgeschriebenen Umgebung beraubten Säuglings zu schweren körperlichen Störungen zu führen vermag.

Tatsächlich könnte man, wie auf körperlichem so auch auf seelischem Gebiete, von einer Periode der „extrauterinen Abhängigkeit“ sprechen. Grünbaum macht z. B. darauf aufmerksam, daß das Kind primär starken und einfachen Reizen gegenüber stumpf ist, wenn sie nicht auf die ihm vertraute Person Bezug haben, daß es aber sinnvoll und differenziert auf viel schwächere und schwieriger zu erfassende Reize reagiert, wenn die Personen der nächsten Umgebung sie sozusagen vertreten.

Wir sehen in diesen neuen und doch so alten Anschauungen der Psychologie eine jener Tatsachen, denen grundlegende Bedeutung für die seelische Entwicklung des Kindes und damit auch für das Verständnis von Neurose und Psychopathie zukommt. Offenbar sind zwischen ihnen und der Lehre vom „kollektiven Unbewußten“ bedeutsame Beziehungen vorhanden: „Es bestehen nämlich sehr gute Gründe für die Ansicht, daß die Psyche des Kindes noch im Bann der elterlichen, speziell der mütterlichen Psyche steht und zwar in einem solchen Maße, daß die Psyche des Kindes zunächst als ein funktionelles Anhängsel an die der Eltern betrachtet werden muß. Die psychische Individualität des Kindes entwickelt sich erst später, nachdem sich eine verlässliche Kontinuität des Bewußtseins hergestellt hat. Daß das Kind zunächst in der dritten Person von sich selber spricht, ist meines Erachtens ein deutlicher Beweis für die Unpersönlichkeit seiner Psychologie. Ich bin daher geneigt, etwaige inzestuöse Tendenzen des Kindes eher aus der Psychologie der Eltern zu erklären, wie auch jede kindliche Neurose in erster Linie im Lichte der elterlichen Psychologie betrachtet werden sollte. So ergibt sich als häufiger Grund für gesteigerte Infantilangst eine besondere „Komplexhaftigkeit“ der Eltern, d. h. eine Verdrängung oder Nichtbeachtung gewisser vitaler Probleme. Alles, was ins Unbewußte fällt, nimmt mehr oder weniger archaische Formen an. Wenn z. B. die Mutter einen peinlichen und angsterregenden Komplex verdrängt, so empfindet sie ihn wie einen bösen Geist, der sie verfolgt. Diese Formulierung zeigt, daß der Komplex bereits archetypische Form angenommen hat. Es lastet ein „Alp“ auf ihr, ein „Nachtmar“ quält sie. Ob sie nun „Nachtmärchen“, d. h. „Angstmärchen“ dem Kinde erzählt oder nicht, sie steckt das Kind trotzdem an und belebt durch ihre eigene Psychologie archetypische Angstbilder in der Seele des Kindes“ (Jung).

Fern von allen unseren Vorstellungen über das Wirken erblicher Gegebenheiten zeigen diese von so verschiedenen Seiten kommenden, psychologischen Forschungen, denen auch die Erfahrung des Klinikers sich anreicht, daß das Kind besonders in frühen Stadien der Entwicklung seiner Umgebung viel inniger verbunden ist, als man das meint, ja daß sogar von einer Einheit des Seelischen

zwischen ihm und den Anderen gesprochen werden kann. In diesem Lichte wird es nun verständlich, warum es im neurotischen Milieu zwangsläufig neurotisch werden muß. Damit tritt die Neurose geradezu den ansteckenden Krankheiten an die Seite, die sich von Individuum zu Individuum verbreiten. Hier liegt auch ein Beispiel dessen vor, was man „Pseudoheredität“ nennen könnte.

Wir müßten den Rahmen unserer Darstellungen ungebührlich erweitern, wollten wir nun auf all das eingehen, was von Anfang an jene kollektiven Verbindungen des Kindes mit seiner Umwelt zu stören vermag und es damit nicht zu einer Einbettung in die Gemeinschaft und zu einem harmonischen Aufbau der Persönlichkeit kommen läßt. Wir hätten davon zu sprechen, daß die Neurose der Mutter ihre Fäden um die erwachende Seele des Kindes spinnt, das sich rettungslos in dieses ihm gestellte Netz verfangen muß. Aber außerdem wird nun das Kind mit seinen nervösen Symptomen geradezu ein Bestandteil im Aufbau der mütterlichen Neurose und darum gelingt es oft nicht, einfache und selbstverständliche erzieherische Forderungen durchzusetzen. Damit würde ja das System ihrer Neurose ins Wanken kommen, in dem jedes Mitglied der Familie seinen Platz hat. Wir nennen solche Mutter unverständlich oder werfen ihr sogar vor, daß sie nicht den guten Willen habe, ihrem Kinde zu helfen, aber wir sollten doch nicht übersehen, daß damit nur die Oberfläche getroffen ist, hinter der das Gesetz der Psychopathie am Werke ist. Viel weiter aber reichen ihre verhängnisvollen Wirkungen. Dort, wo die Neurose zu Hause ist, kann es eine harmonische Ehe nicht geben, denn Egoismus und mangelhafte Einfügung in die Gemeinschaft sind schlechte Vorbedingungen. Und daher ist die Tatsache, daß Ehezerwürfnisse, wenn sie auch oft latent bleiben mögen, in der Familie neurotischer Kinder häufig sind, unbestreitbar. Die ersten Schritte in die Welt führen es einer konfliktsgeladenen Atmosphäre entgegen und damit kann sich seine Autotelie nicht der Heterotelie einfügen.

Neurose ist immer zu einem Teil Erziehungsfehler. Daher muß man erwarten, daß nicht nur unsere Patienten selbst diesen unterliegen, sondern daß auch deren Eltern solchen ausgesetzt waren. Das ist nun auch meist der Fall und es ist leicht zu zeigen, wie pädagogische Überlieferung sich manchmal von Generation zu Generation „forterbt“. Es kommt vor, daß die gleiche Erziehungsmethode am Kinde verwirklicht wird, die schon der Erwachsene an sich selbst erfuhr, aber es wird auch der Übergang von dem einen Extrem ins andere beobachtet, ohne daß damit etwas gebessert wäre. Neurose schließt erzieherisches Können aus. Auch hier wird der Schein der Vererbung erweckt, wo von echter Heredität keine Spur zu finden ist.

Eine Geographie der typischen, pädagogischen Mißgriffe zu schreiben, liegt nicht in unserem Sinne, obwohl diese Aufgabe, auch ihrer praktischen Bedeutung wegen, reizvoll genug wäre. Man müßte, wenn die Neurosen behandelt werden, diesem Kapitel die Überschrift geben: „Die instinktarme Erziehung“, denn hier liegt das Kernproblem.

Ein Autor, der auf dem Gebiete der Säuglingspathologie und -Fürsorge ungewöhnliche Erfahrung besitzt, spricht von einer „Maternitätsneurose“. Moll meint damit einen Zustand, der die Mutter dazu unfähig macht, ihr Kind zu pflegen. Innere Unsicherheit, Angst um das Leben des Kindes, qualvolle Unruhe überwältigen sie, die einfachsten pflegerischen Handgriffe erscheinen ihr gefahrvoll, Lehr- und Merkbücher werden immer und immer

wieder zu Hilfe geholt, kurz, es kommt fast zu einem Bilde echter seelischer Erkrankung. Sehr richtig weist Moll auf die Ambivalenz der Gefühle dem Kinde gegenüber hin. Neben der mütterlichen Liebe haben auch feindliche Regungen ihren Platz.

Hierin liegt aber nicht allein die Wurzel der Maternitätsneurose, sondern ihre tiefste Ursache ist hilflose Instinktunsicherheit, die sich ins Ungemessene steigern kann, wenn eine gut gemeinte, volkstümliche Belehrung über Pflege, Ernährung und Krankheiten des Säuglings die Gefahren der Aufzucht des Kindes übertreibt oder wenn sie falsch verstanden wird. Solchen Frauen mag es dann oft erscheinen, als wäre die Fürsorge für das Kleine ein ganz besonders schwieriges Problem, das nur durch emsiges Studium aller jener tückischen Schlingen, die das Leben des Säuglings bedrohen, zu bewältigen ist.

Instinktlosigkeit auf erzieherischem Gebiete kann aber auch später sich in mannigfaltiger Weise offenbaren und damit dem Bilde der Neurose bestimmte Formen geben. Daß eine verweichlichende, eine ewig nörgelnde oder eine nur der eigenen Eitelkeit frönende Erziehung Schaden anzurichten vermag, bedarf keines Kommentars und die Individualpsychologie hat sich um die Herausarbeitung dieser und anderer Typen verdient gemacht. Dagegen ist die Frage, ob die Autorität ihren durch Überlieferung geheiligten Platz behaupten dürfe, umstritten.

Es wäre besser gewesen, wenn man, um Mißverständnissen vorzubeugen, einen Namen gewählt hätte, der klarer ausdrückt, worum es sich eigentlich handelt. Nicht um jene Autorität, die Mittel zum Zweck der Willens- und Charakterbildung, der Selbstüberwindung, der Anerkennung sittlicher Forderungen ist, sondern um ihr Zerrbild, bei dem der Erzieher nicht mehr der Exponent eines unpersönlichen Gesetzes ist, sondern im Cäsarenwahnsinn seines Machtdünkels willkürlich, unsachlich, meist auch lieblos und ohne Achtung vor der werdenden Persönlichkeit des Kindes, blinde Unterwerfung verlangt. Hierfür sollte man den guten Namen „Autoritätserziehung“ fallen lassen und statt dessen von „despotischer Erziehung“ reden. Viele Mißverständnisse wären dann zu vermeiden gewesen.

Auch die Individualpsychologie würde bei solch klarer Scheidung der Begriffe nicht in jene Schwierigkeiten gekommen sein, die jetzt im eigenen Lager auftauchen und denen kürzlich einer ihrer führenden Köpfe Ausdruck gegeben hat.

Wexberg meint, daß sich unter einer autoritätsfreien, individualpsychologischen Erziehung die Domestikation wesentlich verzögern müsse. Ein Kind aber, das, ohne den geringsten Zwang aufgewachsen, etwa noch im vierten Lebensjahre einnäßt, wäre allein dadurch schon seinen Altersgenossen gegenüber beträchtlich im Rückstand, es hätte unter den üblen Begleiterscheinungen seines „Fehlers“ — der eigentlich kein Fehler wäre — zu leiden und sei daher dem Druck eines erheblich verstärkten Minderwertigkeitsgefühls ausgesetzt. Vollkommen individualpsychologisch erzogene Kinder würden also in einer Welt falsch erzogener Nebenmenschen aus dem Rahmen fallen, aber solche Kinder gäbe es eben heute noch nicht, denn individualpsychologische Erziehung sei im Rahmen der Familie auf lange hinaus nicht einmal theoretisch möglich, insbesondere ginge es beim Kleinkind niemals ohne autoritativen Zwang ab.

Die Widersprüche, in die sich hier die Individualpsychologie selbst verstrickt, beruhen darauf, daß zwischen Autoritäts- und despotischer Erziehung nicht geschieden wurde. Jene sachliche Erziehung, bei der der Erzieher die sittliche Autorität vertritt, ist beim gesunden wie beim psychopathischen Kinde die Grundlage aller Pädagogik. Dagegen ist hier noch mehr wie dort Despotie jeder Art zu verwerfen. Beides darf nicht miteinander verwechselt werden, sonst kommen wir aus lauter Furcht vor der „Autorität“ zu einer weichlichen Schlaffheit erzieherischen Handelns und zu einer Verminderung der an das Kind gestellten Forderungen, wie sie sich in manchen „Reformbestrebungen“ der heutigen Zeit bemerkbar macht. Es ist unverkennbar, daß für solche Systeme vielfach das neurotische Kind Modell gestanden hat und daß sie ihm auf den Leib geschrieben wurden. Denn gerade dieses hat die Konfliktssituation von früh an zu einer beweglichen Taktik eines Guerillakrieges erzogen, mittels derer es sich den ihm gestellten Aufgaben zu entziehen sucht. Je despotischer die Erziehungsmittel, um so sicherer versagen sie. Blinde Unterwerfung, bedingungsloser Gehorsam, Erziehung nach Stimmung und Laune, dünnhäutige Kämpfe um die Macht, körperliche Strafen haben hier keinen Platz und auch jene gütige Strenge, mit der wahre Autoritätserziehung arbeitet, muß vorsichtig und geschickt gehandhabt werden.

Leider hat man den Versuch gemacht, diese Art der Erziehung zu diskreditieren, indem sie von weltanschaulichen, ja gar von politischen (Marxismus!) Gesichtspunkten aus beurteilt wurde. Das ist natürlich unverständlich, denn es geht um ein Problem der Heilpädagogik, das dem Meinungskampf des Tages entrückt sein sollte. Richtig verstandene individualpsychologische Erziehungsgrundsätze sind — wie jeder Kundige wird zugeben müssen — für den Heilpädagogen völlig unentbehrlich, freilich nicht als beschworenes starres Dogma, sondern als modulationsfähiges Instrument, dem auch die Klänge jener echten Autorität zur Verfügung stehen müssen. Wir kennen nichts, was besser die heilerzieherische Arbeit charakterisieren könnte, als ein Wort von Clausewitz über die Methoden der Kriegführung: „Wer sich in einem Element bewegen will wie der Krieg es ist, darf durchaus aus seinen Büchern nichts mitbringen als die Erziehung seines Geistes. Bringt er fertige Ideen mit, die ihm nicht der Stoß des Augenblicks eingegeben, die er nicht aus seinem eigenen Fleisch und Blut erzeugt hat, so wirft ihm der Strom der Begebenheiten sein Gebäude nieder, ehe es fertig ist“.

Der nervöse Mensch als Erzieher aber ist, wenn er seine Neurose nicht überwand, starr, doktrinär, selbstisch und daher zur Herrschsucht geneigt. Oft empfindet er diese Mängel selber, greift dann zu einem System und damit haben wir die „intellektuelle“ Erziehung, die Instinkt und Gefühl durch Vernunft zu ersetzen versucht. Man kann das nicht tadeln, muß es vielmehr durch die Vermittlung brauchbarer — leider nur sehr spärlich vorhandener — Literatur und durch mündliche Belehrung unterstützen. Aber diese Erziehung „nach dem Kochbuch“ ist nur ein Notbehelf. Besser auf jeden Fall ist sie als die Sprunghaftigkeit, die sonst einreißt und bei der es dann kommen kann, daß das Kind dauernd zwischen den Polen der Strenge und der Verwöhnung hin und her geworfen wird, wobei die Mutter — wie das heutzutage meist der Fall ist — mehr die erste, der Vater mehr die zweite

Methode vertritt. Oft aber fällt der Vater als Erzieher überhaupt aus, weil der aufreibende Kampf ums Dasein ihn vom Morgen bis in die späte Nacht dem Hause fernhält und er die Kinder nur höchst selten zu sehen bekommt, während die Mutter sich durch bezahlte Kräfte vertreten läßt. Hier liegen wichtige Störungsmomente für den Aufbau des kindlichen Weltbildes.

Es gibt eine Form der Erziehung, die wir als erotisierende bezeichnen können und bei der der Erwachsene, ohne sich meist der Tragweite seines Handelns bewußt zu werden, eine sexuelle Bindung zwischen seiner Person und dem Kinde schafft. Im frühen Kindesalter — also vor allem innerhalb der Trotzperiode — kommt er damit keimhaften, sexuellen Strebungen entgegen, weckt sie aus ihrer Latenz oder bringt sie sogar zu einer Frühblüte. Der Knabe scheint diesen Schäden mehr ausgesetzt zu sein als das Mädchen, und zwar aus einer Reihe von Gründen. Auch der Volksmund spricht nur von dem „Muttersöhnchen“, nicht aber vom „Vatertöchterchen“. Der Sturm der Erregungsphase schlägt beim Knaben höhere Wellen, die regressiven Tendenzen sind ausgeprägter und schließlich pflegt die seelische Einstellung der Mutter dem Sohn und der Tochter gegenüber verschieden zu sein. Je mehr wir darauf achten, um so häufiger erfahren wir, daß ihr manchmal schon die Geburt eines Mädchens minder erwünscht ist. Dieses Verhältnis der Geschlechts-genossin gegenüber bleibt auch späterhin — wie bekannt — oft noch sehr deutlich. Die Beziehungen der Mutter zum Sohn dagegen sind im allgemeinen von Anfang an wärmer. Es kann nun vorkommen, daß in diese Wärme und Innigkeit halb unbewußt sexuelle Strömungen eingehen, und zwar besonders dann, wenn diese in der Ehe keinen harmonischen Ausgleich erfuhren. Dann sind die Grundlagen für das Bild des Oedipuskomplexes geschaffen, der demnach weder einseitig vom Erwachsenen noch einseitig vom Kinde aus gesehen werden darf. Es besteht vielmehr ein beiderseitiges Entgegenkommen. Ist diese Situation deutlich, so vermögen wir aus ihrem Vorhandensein Schlüsse auf die Beziehungen der Eltern zueinander zu ziehen. Unter solchen Umständen kann nach unseren Erfahrungen so gut wie sicher auf eine Disharmonie der Ehe geschlossen werden.

Viel seltener ist eine entsprechende Einstellung des Vaters zur Tochter. Das erklärt sich zu einem Teil aus der anders gearteten Konstitution des Mädchens. Wichtig ist aber außerdem vor allem die Tatsache, daß die Frau mehr als der Mann unter einer unausgeglichene Ehe leidet und daß seine „Sublimierungsmöglichkeiten“ reicher sind. Daher finden wir diese Form des Oedipuskomplexes besonders dann, wenn der Vater eine weiche, ja feminine Persönlichkeit ist, wenn ihm männliches Wirken nach außen keine unbedingte Lebensnotwendigkeit bedeutet oder wenn ihm ein zufälliges Schicksal die Möglichkeit der Erfüllung dieser Grundstrebung versagte oder doch beschränkte. Die folgende Beobachtung erläutert das durch ein Beispiel.

Fall 50. A. B., 12,5 J. alt, ♀, ist unehelich geboren. Sie war bis zum zweiten Lebensjahr in einem Säuglingsheim, soll sich dort gut entwickelt, aber verhältnismäßig spät gehen und sprechen gelernt haben. Nach der Entlassung wurde sie an Kindesstatt angenommen. Sie sei erst mit vier Jahren reinlich geworden, habe am Daumen gelutscht, wäre nicht in den Kindergarten gekommen, sei eifersüchtig gewesen und der Adoptivvater hätte sie nach allen Regeln der Kunst verwöhnt. In der Schulzeit soll die körperliche Entwicklung schlechter gewesen sein. Auch mit den Leistungen hapere es und A. störe den Unterricht. Ihr Wesen entspräche

dem eines jüngeren Kindes, es fehle ihr an Verständnis für Ernst und Pflicht, der Interessenkreis wäre beschränkt und erstreckte sich vor allem noch auf das Spiel mit Puppen. Seit dem 8. Jahre klagte sie viel über Kopfschmerzen, schliefe schlecht, sei nachts stundenlang wach und morgens schon in aller Frühe munter. Seit einer harmlosen akuten Erkrankung vor 3 Monaten erbräche das Kind morgens und in der Nacht. Schon vor $\frac{1}{2}$ Jahre sei im Anschluß an eine geringfügige Verletzung der Hand eine länger dauernder Schreibunfähigkeit aufgetreten.

Das 12 $\frac{1}{2}$ Jahre alte Mädchen kommt jeden Morgen ins Bett des Adoptivvaters, der auch sonst das Kind außerordentlich verwöhnt. Er ist infolge einer Tabes erblindet. Die Ehe ist voller Konflikte, die Gattin hat aber, um den durch sein Leiden hilflosen Mann (der impotent ist) nicht seinem Schicksal zu überlassen, von einer Scheidung abgesehen. Sie steht ihm auch in seinem Geschäft zur Seite, zu dessen Ausübung er sonst unfähig wäre.

A. ist raffiniert, extrem geltungssüchtig, oberflächlich und ohne jeden Ernst. Ihre psychogenen Reaktionen überdauern auch den Umgebungswechsel. An der sexuellen Frühreife des Kindes kann kein Zweifel sein.

Das, was der Kinderarzt auf Grund seiner Beobachtungen über den Oedipuskomplex zu sagen vermag, bezieht sich lediglich auf das durch Sexualäußerungen charakterisierte äußere Bild, nicht aber auf die tieferen psychologischen Grundlagen des Phänomens und deren Bedeutung für das Schicksal des einzelnen. Diese können nur am Erwachsenen erforscht werden.

Mit diesen und anderen erzieherischen Mißgriffen sind die Umweltschäden, denen das neurotische Kind ausgesetzt ist, noch längst nicht erschöpft. Wir müssen vielmehr noch an sehr vieles andere denken, so an die Unnatur der Lebensbedingungen, besonders in der Großstadt, an denen selbst mit bestem Willen nicht viel zu ändern ist, an den Zerfall des Familienlebens mit seinen hohen ethischen Werten, an die Entwurzelung des modernen Menschen, an die Unrast, Friedlosigkeit und Veräußerlichung des Daseins, schließlich an den hemmungslosen Kampf um materielle Güter. Das Jahrhundert des Kindes verdient diesen Namen nicht.

Innerhalb des Familienkreises kommen dann außerdem jene schicksalsmäßigen Gegebenheiten in Betracht, die durch die Stellung des Kindes innerhalb der Geschwisterreihe vorgezeichnet sind und denen die Individualpsychologie besondere Beachtung schenkte. Praktisch wichtiger aber sind vielleicht noch jene, oft unter der Oberfläche spielenden, Konflikte, derer wir schon früher gedachten, als die Frage nach den Wurzeln der Trotzperiode zur Erörterung stand*). Erkundigt man sich bei den Eltern nach den gegenseitigen Beziehungen ihrer Kinder, so erhält man fast stets die Antwort, daß diese sich zwar sehr lieben, daß sie sich aber auch zanken, „wie das nun einmal unter Geschwistern so üblich wäre“. Tatsächlich stellt sich dem gegenüber oft heraus, daß ein erbitterter, vielfach unterirdischer Konkurrenzkampf im Gange ist, der die neurotischen Erscheinungen dauernd mit neuem Material speist, den aber die Familie nicht sieht oder den sie nicht sehen will. Wie innerhalb der Trotzperiode, so scheint auch später der Altersabstand zwischen den Geschwistern bedeutungsvoll zu sein, insofern als geringe Altersunterschiede die Konfliktmöglichkeiten vermehren. Das neurotische Milieu ist aber naturgemäß ein Nährboden dieser gespannten Situationen. Darum sollte der Arzt hierauf in allererster Linie seine Aufmerksam-

*) Siehe S. 64—65.

keit lenken. Der Erzieher aber steht angesichts solcher Machtkämpfe der Kinder untereinander vor Aufgaben, die sein Können auf die höchste Probe stellen und die auch bei der Gemeinschaftserziehung ernste Beachtung fordern. Hier liegen gewisse Grenzen pädagogischen Wirkens, die viel zu wenig beachtet werden.

Wir haben früher unsere Meinung, daß idiotypische Gegebenheiten der Neurose zugrunde liegen, zu begründen versucht. *Die den Umweltschäden gewidmeten Ausführungen sollten aber vor allem den praktischen Pädagogen, ob er nun Arzt oder Erzieher oder beides in einer Person ist, vor einer Überschätzung des Anlagemäßigen warnen und ihn darauf hinweisen, daß wir auch auf diesem Gebiete noch vor einer Fülle ungelöster Fragen stehen, die nur in ihren Umrissen angedeutet werden konnten, die aber auch schon jetzt den notwendigen Optimismus des Erziehers über das Niveau einer phantastischen Illusion erheben.* Wenn wir uns nun von neuem den erblichen Grundlagen der Neurose zuwenden, und wenn wir den Versuch unternehmen, diese etwas schärfer zu umschreiben, so tun wir das nicht ohne ein gewisses Bedenken. Wir begeben uns damit nämlich in ein Gebiet der Hypothesen und überschreiten noch dazu unsere Kompetenz auch insofern, als ein Urteil über die zur Diskussion gestellten Fragen nur dem Erblichkeitsforscher und dem Rassenhygieniker zusteht.

Wenn man von Einzelercheinungen absieht und wenn man die Persönlichkeit des neurotischen Kindes von höherer Warte aus betrachtet, so wird im großen und ganzen ein Moment der Schwäche und Kraftlosigkeit, ein Mangel an psychischer Energie oder seelischem Turgor erkennbar. Die Entwicklungskurve verläuft nicht geradlinig, sie ist vielmehr durch äußere oder auch innere Einflüsse störbarer, als es der Norm zu entsprechen scheint. Hieraus mag sich auch unter anderem die unverkennbare Milieuempfindlichkeit erklären.

Ein Mangel, wie er sich in solchem Verhalten ausdrückt, wird mit großer Wahrscheinlichkeit auf tiefste seelische Schichten bezogen werden müssen, also weder auf das Temperament noch gar den Charakter, sondern auf das Triebleben, welches als Urphänomen hinter allen seelischen Vorgängen erkennbar ist und welches — bildlich gesprochen — den Motor der Persönlichkeit darstellt (Kahn).

Es wäre nicht verwunderlich, wenn sich Anomalien dieser Art bei den Neurosen nachweisen lassen würden. Die Psychoanalyse hat — wie bekannt — das Problem in solchem Lichte gesehen und neuerdings wird auch von psychiatrischer Seite dem Triebleben des Psychopathen besondere Beachtung zuteil. Nach Kahn ist Triebfülle, wenn sie gelegentlich einmal gesteigert erscheint, ein Zeichen von Gesundheit und nicht von psychopathischer Artung, es gäbe nur wenige Persönlichkeiten, die im eigentlichen Sinne als impulsive oder Triebmenschen aufgefaßt werden könnten, sondern deren impulsive Auffälligkeiten stammen aus einer mangelhaften willensmäßigen Steuerung des Triebens, die Triebstärke wäre nicht als absolut, sondern lediglich als relativ gesteigert anzusehen. Dagegen ist Kahn davon überzeugt, daß es eine Psychopathie aus Triebchwäche gibt, bei der sich diese der allgemeinen Hemmung der Persönlichkeitsentwicklung einfügt, bei der vielfach die Triebe nur gerade anlaufen, aber nicht oder so gut wie nie zum Ablauf gelangen. Auch

Homburger spricht beim nervösen Kind von einem Fehlen der instinktsicheren Selbststeuerung.

Wenn wir der Meinung Ausdruck geben, daß Schwäche oder Unsicherheit der Triebe bei den Neurosen eine bedeutungsvolle Rolle spielt, so stützen wir uns bei solcher Annahme vor allem auf die direkte Beobachtung einer Reihe unzweifelhaft triebhafter Vorgänge und ihrer Störungen, die nach unseren Erfahrungen als charakteristische Bestandteile im Bilde der kindlichen Neurose angesehen werden müssen. Wir verweisen z. B. auf die so überaus häufigen Schwierigkeiten, die mit der Nahrungsaufnahme verknüpft sind und die sehr wohl mit einer Labilität der entsprechenden Triebrichtung in Zusammenhang gebracht werden könnten. Die so augenfällige Unfähigkeit, sich einer Gemeinschaft einzufügen, wäre auf eine mangelhafte Ausbildung des Herdentriebes zurückzuführen. Störungen und Verzögerungen der Sprachentwicklung, die ja zu den kardinalen Zeichen rechnen, erinnern daran, daß auch das Sprechen aus Triebregungen ursprünglicher Art erwächst. Mit Recht wurde häufig die Unfähigkeit zu spielen hervorgehoben. Das Spiel aber gilt als spezifische Betätigungsform aller Instinkte. Daß Zappelerei und choreiforme Unruhe gesunde Äußerungen eines normalen Bewegungsetriebes wären, kann kaum behauptet werden, noch viel mehr aber gilt das von jener müden Schlaffheit, die manchmal vorhanden ist und die überhaupt vor jeglicher körperlicher Betätigung flüchtet. Es kann auch kaum einem Zweifel unterliegen, daß die Selbstbehauptungstendenzen solcher Kinder nicht die zielsicheren Wege triebmäßiger Vorgänge gehen, sondern daß sie sich auf Schleichpfaden durchzusetzen versuchen.

Schließlich erübrigt es sich, darauf hinzuweisen, daß vorzeitige Sexualäußerungen keinesfalls für Bekundungen besonderer Triebstärke gehalten werden dürfen, ja daß das „Versanden“ der Pubertät, wie wir es schilderten, eher auf das Gegenteil bezogen werden könnte*).

Es ergibt sich also, daß viele der beim neurotischen Kinde vorhandenen Erscheinungen sich unmittelbar auf eine Schwäche oder Unsicherheit gewisser elementarer seelischer Mechanismen zurückführen lassen**). Auch die bekannten Störungen des Wollens fänden von diesem Gesichtspunkte aus ihre psychologische Erklärung, denn die echten Willensvorgänge stellen im wesentlichen eine höhere Entwicklungsstufe der Triebhandlungen dar (Bostroem), von dem einen führt eine fortlaufende Reihe zum andern (Kahn), Triebe sind vorbereitete Einrichtungen des Willenslebens (Bühler).

Man könnte uns nun aber vielleicht einwenden, daß ja das Streben nach Macht und Geltung unzweifelhaft zu dem elementaren Bestand jeder Neurose gehört und daß die eben geäußerte Meinung hiermit nicht in Einklang zu bringen ist. Dem wäre zu entgegnen, daß den seelisch-geistigen Trieben, zu denen auch der Arbeitstrieb, das Verlangen nach Schönheit, nach dem Erfassen und der Hingabe an absolute Werte gehört, die biologische Fundierung,

*) Siehe S. 86—87.

**) Es ist nicht verwunderlich, daß uns hier teilweise die gleichen Symptome und Verhaltensweisen begegnen, die früher als Dokumente der Entwicklungshemmung galten (s. S. 4—23). Den Selbstentfaltungstendenzen steht die Schwäche der zugrunde liegenden Triebrichtung im Wege.

der Charakter eines vitalen, animalischen Dranges fehlt. Bostroem sowohl wie Kahn und andere Autoren lehnen es daher ab, solche Strebungen den Trieben einzubeziehen.

Wenn uns hingegen gesagt werden würde, daß zwar die Beobachtungen selbst zutreffen mögen, daß die Schwäche der verschiedenen Triebrichtungen aber nur scheinbar wäre und daß lediglich eine fehlerhafte Erziehung, ein mangelndes „Training“ ihre Entfaltung gehemmt oder sie in falsche Richtung gedrängt hätte, so könnten wir einer solchen Auffassung wenigstens insoweit zustimmen, als auch hier bedeutungsvolle paratypische Einflüsse hineinspielen. Das Problem ist aber nicht im entferntesten damit gelöst.

Schon vor 20 Jahren hat Kräpelin darauf hingewiesen, daß die Abschwächung der natürlichen Triebe eine gemeinsame Wirkung der Domestikationseinflüsse ist. „Das Versagen des Selbsterhaltungstriebes, der durch den Schutz vor persönlicher Lebensgefahr und nicht minder durch die soziale und religiöse Forderung der Selbstaufopferung seine unbedingte Macht über den Willen verloren hat, wird durch die den Naturvölkern fast völlig fehlende Erscheinung des Selbstmordes gekennzeichnet, die am üppigsten in den großen Kulturmittelpunkten gedeiht. Auch Nahrungstrieb und Schlafbedürfnis haben ihre triebartige Zuverlässigkeit längst eingebüßt. Wir essen ohne Hunger und werden immer anspruchsvoller in bezug auf Auswahl und Zubereitung der Speisen. Wir verscheuchen die Müdigkeit durch ein sinnloses Nachtleben und rufen sie dann mühsam durch Schlafmittel wieder herbei. Störungen der Eblust und namentlich des Schlafes gehören daher zu den häufigsten Begleiterscheinungen psychopathischer Zustände.

Die Abschwächung des Arterhaltungstriebes zeigt sich mit erschreckender Deutlichkeit in der stetigen Abnahme der Geburtenziffer, die das französische Volk bereits auf die abschüssige Bahn des Absterbens gebracht hat, nicht minder aber in dem starken Hervortreten und in der liebevollen Duldung aller möglichen naturwidrigen geschlechtlichen Verirrungen“.

Diese Ausführungen Kräpelins sind außerordentlich bedeutungsvoll. Wir erinnern uns jetzt auch daran, daß Schlafstörungen beim neurotischen Kind häufig vorkommen und daß sein Verlangen nach gewürzter „pikanter“ Kost, das ja so überaus charakteristisch ist, jenen höheren Ansprüchen zu entsprechen scheint, die vom Erwachsenen an Auswahl und Zubereitung der Speisen gestellt werden. Fernerhin denken wir besonders an die Mängel der Pflege- und Aufzuchtstriebe, wie sie sich z. B. in dem Bild der Maternitätsneurose*) drastisch äußern.

Kräpelin legt sich die Frage vor, ob durch solche Kulturschädigungen nicht nur der Einzelne, sondern unsere ganze Rasse beeinflusst werden kann, inwiefern also mit einer Entartung zu rechnen sei. Er kommt zu dem Schluß, „daß diejenigen Lebenserfahrungen, die eine Einwirkung auf das Gesamtleben des Körpers ausüben, auch die heranwachsenden Keimzellen nicht unberührt lassen, sondern auf irgendeine Weise in die Lebesseigenschaften der kommenden Generation eingreifen können“. Dieser Erklärung scheint die Annahme einer Vererbung erworbener Eigenschaften zugrunde zu liegen und sie muß daher abgelehnt werden.

*) Siehe S. 123—124.

Offenbar könnten jene Veränderungen der Erbmasse, wie sie sich in der Abschwächung der natürlichen Triebe kund tun, auf zweierlei Art zustande kommen. Die eine wäre der Weg der Idiokinese. Lenz hält es für möglich, daß irgendwelche Einflüsse des städtischen Lebens der Erbmasse auf die Dauer verderblich werden können, und er stellt sogar eine direkte schädliche Wirkung geistiger Arbeit nicht ganz in Abrede.

Der andere Weg, den wir für den näherliegenden halten möchten, ist der der Auslese. Unter primitiven Lebensbedingungen ist ein kräftig entwickeltes Triebleben unentbehrliche Vorbedingung eines erfolgreichen Kampfes ums Dasein. Individuen, denen solches fehlt, würden schonungslos ausgemerzt werden. Ein Gleiches trifft für die Zivilisation und die mit ihr verbundene Domestikation nicht zu, für höhere Stufen der Kultur ist Zielsicherheit und Stärke der Triebe entbehrlicher als Leistungsfähigkeit auf anderen seelischen Gebieten, so dem des Verstandes. Es wäre denkbar, daß durch eine Auslese, die man auch als Kontraselektion bezeichnen kann, und die mit den Eigenarten des Kampfes ums Dasein unter heutigen Verhältnissen zusammenhängt, eine seelische Grundverfassung herausgezüchtet wird, die der Neurose den Weg bereitet und deren hervorstechendes Merkmal eine Abschwächung der natürlichen Triebe ist. Ganz besonders scheint diese Annahme auf gewisse soziale Schichten, wie z. B. die der geistigen Arbeiter, zuzutreffen, für deren Aufstieg offenbar verstandesmäßige Begabung ausschlaggebender als Triebstärke sein muß. Jene Form der Neurose, die wir schilderten, bevorzugt aber deutlich die intellektuellen Kreise der Großstadtbevölkerung, wenn sie auch keineswegs auf diese Schichten beschränkt ist. Der Geburtenrückgang, der ja unter den Gebildeten seine schlimmsten Formen annimmt, könnte von solchen Gesichtspunkten aus in gewisser Hinsicht geradezu als ein natürlicher Schutz gegen eine Verbreitung unzuweckmäßiger Erbanlagen angesehen werden, wenn auch das hier vorliegende, höchst komplizierte Problem selbstverständlich nicht auf diese einfache Formel gebracht werden darf. Auch die Annahme Kräpelins, daß nämlich dem Sinken der Geburtenziffer eine Abschwächung der natürlichen Triebe zugrunde läge, wird der Mannigfaltigkeit der Ursachen keinesfalls gerecht.

In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, auf die Frage der verstandesmäßigen Begabung des neurotischen Kindes, die bisher kaum berührt wurde, einzugehen. Sogar bei der Besprechung der Schulleistungen hatten wir gewissen Vorbedingungen der Intelligenz mehr Beachtung geschenkt wie dieser selbst.

Solche Erörterung ist aber deshalb von vornherein schwierig, weil das, was man unter Intelligenz verstehen soll, nicht ganz leicht zu erfassen ist. Jaspers meint, daß wir bei der klinischen Untersuchung noch nicht über ein paar sehr allgemeine Seiten der Intelligenz hinausgekommen sind, wenn wir über Urteilsfähigkeit, Denkfähigkeit, Sinn für das Wesentliche, ferner die Fähigkeit zum Erfassen von Gesichtspunkten und Ideen, schließlich die Spontaneität, die Initiative, eine Anschauung zu bekommen versuchen. Insbesondere sind die Vorbedingungen der Intelligenz von dieser selbst zu unterscheiden. Hierunter versteht man eine Fülle einzelner Faktoren des Seelenlebens, z. B. Merkfähigkeit, Gedächtnis, Ermüdbarkeit, den Mechanismus der motorischen Erscheinungen und des Sprechapparates, Willenskraft, Aufmerksamkeit usw.

Es läßt sich nicht übersehen, daß viele neurotische Kinder — ganz besonders innerhalb der ersten Lebensjahre — in Hinsicht ihrer verstandesmäßigen Gesamtentwicklung den Altersgenossen überlegen sind. Prüfungen nach irgendeiner der gebräuchlichen Methoden geben oft erstaunliche Beweise für diese geistige „Proteroplasie“. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nicht etwa um gesetzmäßige Befunde, und wir haben früher ja selbst sogar Fälle beschrieben, die geradezu mit Bildern des Schwachsinn verwechselt werden konnten*). Aber die intellektuelle Frühblüte ist doch so häufig, daß irgendwelche Zusammenhänge zwischen ihr und der Neurose vermutet werden müssen.

Man macht für dieses Verhalten oft die Umwelt verantwortlich und denkt dabei zuerst an Schäden, die durch eine „geistige Überfütterung“ hervorgerufen sind. Die Erzieher pflegen aber deren Nachteile viel besser zu erfassen wie andere, ebenso wichtige, Forderungen, und sie bemühen sich vielfach wirklich, gerade solche Fehler zu vermeiden. Außerdem aber beobachtet man das prinzipiell gleiche Phänomen manchmal auch an Kindern aus dürftigen Verhältnissen, bei denen von einer „Treibhausatmosphäre“ keine Rede sein kann. Wir haben auf Grund unserer Erfahrungen den Eindruck, daß diese Bereitschaft sich auch unabhängig von derartigen Einflüssen störend bemerkbar macht, denn der Verstand des neurotischen Kindes greift oft wie ein unersättlicher Polyp mit seinen Fangarmen nach allem, was sich ihm bietet, und er saugt, wie ein Schwamm, wahllos das Erreichbare auf.

Es ist uns nicht zweifelhaft, daß diese Verhaltensweise ebenfalls letzten Endes in der Anlage begründet ist, und wir nehmen an, daß Beziehungen zur Abschwächung der natürlichen Triebe bestehen.

Nach Kronfeld trägt die Entwicklung zum „Verstandesmenschen“ finales Gepräge. Er überbaut durch seinen Intellektualismus die Fundamentlosigkeit seiner inneren Schwäche. Auch für unsere spezielle Fragestellung liegen in der hier geäußerten Meinung fruchtbare Gesichtspunkte. Es scheint so als hypertrophie der Intellekt des neurotischen Kindes zwar auf dem Boden des idiotypisch Gegebenen, dann aber vor allem im Gefolge der konfliktreichen Lebenssituation, in die es gestellt ist und mit der es sich abfinden muß.

Die Vorbedingungen der Intelligenz, die für deren nutzbringende Verwendung erst die Grundlage schaffen, folgen aber solcher Entwicklung nicht und daher entspricht der Frühblüte oft keine Reife. Wir verweisen auf das, was über die Schulleistungen gesagt war.

Wenn wir nunmehr, dieses Kapitel abschließend, in kurzen Schlagworten die Grundlagen der Neurose abstecken, so soll nicht der Versuch unternommen werden, die Ergebnisse unserer Untersuchung in ein „System“ zu zwingen. Das Wort: „Simplex sigillum veri“ hat hier keinen Platz.

Jede Neurose ist anlagemäßig bedingt. Die Anlagen, soweit sie Psychisches umfassen, sind aber durch die Einflüsse der Umwelt weitgehend modifizierbar. Ganz besonders gilt das für die ersten Lebensjahre. Von allem Anfang an werden die sozialen Beziehungen des Kindes, die schon in sehr frühem Alter geknüpft

*) Siehe S. 78—79.

werden, durch die Ungunst der Veranlagung gestört. Diese erschwert dann auch weiterhin das allmähliche Hineinleben in die Welt der anderen Menschen, und sie führt etwa um das zweite bis vierte Lebensjahr zu der ersten stürmischen Auseinandersetzung mit der Umwelt, die für die gesamte spätere Entwicklung von entscheidender Bedeutung sein kann. Diesen Abschnitt nennt man das „Trotzalter“, dessen Ausdrucksformen bei der Neurose weit die Grenzen des Physiologischen überschreiten. Die „Trotzphase“ ruht auf dem Fundament der Anlagen und es entwickelt sich aus ihr der Aufbau der Neurose. Charakteristisch für diesen sind auch weiterhin die Beziehungen des Kindes zu den anderen Menschen und zwar erst zu den einzelnen Personen der Umgebung, dann zur Gemeinschaft. Diese gelangen im wesentlichen nicht über die Konfliktsituation der „Trotzperiode“ hinaus. Hierin liegt das Kernproblem der Neurose. Es ergeben sich aus dieser Erkenntnis unmittelbar neue Möglichkeiten der Prophylaxe und der Therapie, die darauf gerichtet sind, dem Kinde die Anpassung an die Umwelt zu erleichtern, und zwar zu einer Zeit, innerhalb derer die endgültige Entscheidung über die soziale Stellungnahme fällt. Grundlegende Bedeutung hat dann weiterhin die (vermutlich idiotypisch bedingte, aber ebenfalls im richtigen Moment paratypisch beeinflussbare) Entwicklungshemmung, die keiner Neurose zu fehlen scheint, auf deren Boden die Symptome erwachsen, die sich phänotypisch aber in sehr verschiedenem Umfang bemerkbar macht. Die kindliche Neurose wird nur verständlich, wenn neben der Frage nach dem „Woher“ auch jene nach dem „Wohin“ aufgeworfen wird. Die Verhaltensweisen des neurotischen Kindes sind zwar durchweg kausal und zwar letzten Endes in der Anlage verankert, aber sie können auch sekundär in den Dienst der Zielstrebigkeit der Person treten und damit final gerichtete Tendenz annehmen. Auch dieser Mechanismus ist individuell variabel. Er ist beim Mädchen deutlicher als beim Knaben, wie überhaupt die Neurose der beiden Geschlechter bemerkenswerte Unterschiede aufweist. Minderwertigkeitsgefühle, Organminderwertigkeit, sexuelle Strebungen spielen eine bedeutungsvolle Rolle, das Zentrum des Neurosenproblems wird damit aber nicht getroffen.

Jene Überwertigkeit des „Ich“, die vielleicht das gemeinsame und charakteristische Zeichen jeder Psychopathie darstellt, leitet sich unmittelbar aus der Situation der Trotzperiode ab. Der Kampf zwischen Ich-Forderung und Wert-Forderung, Ich-Forderung und Umwelt-Forderung (Ch. Bühler), der in diese Lebensperiode fällt, wird beim neurotischen Kinde zugunsten der Ichforderung entschieden.

VI. Wege zur Prophylaxe

Es gilt als Grundsatz ärztlicher Arbeit, daß die Prophylaxe der Therapie vorzuziehen ist und daß Erkrankungen um so sicherer geheilt werden können, je früher sie erkannt und in Behandlung genommen werden. Die Kinderheilkunde ist nach diesem Gesichtspunkt verfahren und man braucht nur an die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Rachitis oder der Tuberkulose zu erinnern, um zu wissen, welche Erfolge dieser Weg zeitigte.

Den Fürsorgebestrebungen, deren Aufgabe die Psychopathie des Kindes ist, scheint dieses Prinzip noch ferner zu liegen. Erst in allerletzter Zeit hat man unter dem Druck dringenden Bedürfnisses in Berlin eine kleine Anstalt

gegründet, die sich als Sonderaufgabe der Vorschulpflichtigen annimmt*), aber sonst fehlt in Deutschland eine diesem Zweig der Fürsorge gewidmete Stätte. Im Bedarfsfall werden psychopathische Kleinkinder in die für ältere Zöglinge bestimmten Heime aufgenommen, die oft nicht einmal über besondere, für diesen Zweck vorgesehene, Abteilungen und über ein entsprechend ausgebildetes Personal verfügen. Einzelne Städte haben ferner sogenannte „Sonderkindergärten“ eingerichtet und hier und da drückt sich das Interesse für die Psychopathie der ersten Lebensjahre auch darin aus, daß Schulärzte oder amtlich bestellte Psychiater den Normalkindergärten ihre Aufmerksamkeit zuwenden, und deren Leiterinnen mit ihrem Rat unterstützen. Das ist aber keineswegs überall der Fall.

Von einer systematischen Arbeit auf diesem Gebiet ist also keine Rede und wenn wir nun gar den Blick auf das kritische Alter der Trotzperiode lenken, dann zeigt es sich, daß hier von seiten der Fürsorge überhaupt noch nichts geschehen ist und daß die aner kennenswerten Versuche H. Hetzers, die Erziehungsberatung auch auf die Kinder dieser Altersklasse auszudehnen einer Oase in sonst trostloser Leere gleichen. Dieser Zustand steht in eigenartigem Gegensatz zu der Tatsache, daß Psychoanalyse und Individualpsychologie schon seit langem die Wichtigkeit dieser Jahre für die zukünftige seelische Entwicklung richtig erkannt und immer aufs Deutlichste hervorgehoben haben. Fast könnte es scheinen, als wäre der Widerstand, der sich in manchen Kreisen gegen diese Lehren bemerkbar macht, schuld daran, daß sich auch bedeutungsvolle Gesichtspunkte, wie sie hier zweifellos vorliegen, nicht durchzusetzen vermochten.

Aber das ist es nicht allein, vielmehr erklärt sich die Vernachlässigung dieses Gebietes noch auf andere Weise. Unter dem abnormen Kleinkind leidet die Umgebung verhältnismäßig wenig. Schlimmsten Falles wird man seiner mit Gewaltmaßnahmen Herr. Die Erzieher aber ahnen nicht, daß in dieser frühen Lebenszeit der Boden für Schäden bereitet wird, die sich erst viel später störend bemerkbar machen. Man läßt es daher so gehen, wie es eben geht und vertraut in gedankenlosem Leichtsinne auf den wachsenden „Verstand“ des Kindes.

Leider geben sich auch Kreise, die es besser wissen sollten, solchem Fatalismus hin und es ist ein erschütterndes Schauspiel, wie der in heutiger Zeit ganz besonders kostbare und aller Fürsorge bedürftige Nachwuchs vielfach ein Opfer solcher Blindheit zu werden droht. Mit der Bekämpfung des Geburtenrückganges allein ist es nicht getan!

Auch unter den Ärzten ist die Kenntnis von der Bedeutung dieser Fragen noch keineswegs so verbreitet, wie man das erwarten sollte. Es handelt sich ja um eines der vielen Grenzgebiete der medizinischen Wissenschaft, die — wie v. Pfaundler sich einmal ausdrückte — vom weidgerechten Jäger nicht gern betreten werden. Der Psychiater und der Psychopathologe weisen diese Gefilde dem Kinderarzte zu, während dieser in begreiflicher Zurückhaltung dem psychologisch geschulten Fachmann den Vortritt lassen möchte. Der Psychothera-

*) Laut persönlicher Mitteilung von Frl. R. v. d. Leyen wurde kürzlich vom Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen in Berlin eine solche Anstalt geschaffen.

peuth aber dringt auch nicht in das Dickicht ein, sondern er beobachtet es meist nur aus weiter Ferne. So konnte denen, die hier zur Mitarbeit berufen sind, nämlich allen, die in der Fürsorge für das Kleinkind arbeiten, den Schwestern, Kindergärtnerinnen, Sozialbeamtinnen usw. nicht das für eine ersprießliche Arbeit unentbehrliche Werkzeug in die Hand gegeben werden. Sie sind darauf angewiesen, sich führungslos zurecht zu finden, das Kind hat aber die Kosten solcher Experimente zu tragen.

Wir stehen hier vor einer „neutralen Zone“, innerhalb derer sich heimlich das vorbereitet, dem man später hilflos gegenübersteht.

Trotz aller aufopfernder und selbstloser Arbeit bleiben die Bemühungen um den älteren Psychopathen im wesentlichen „Fürsorge“. Befriedigende Erfolge sind nur in langen Zeiträumen erzielbar und daß sie zur Regel gehören, wird kaum behauptet werden können. Dabei entstehen Jahr für Jahr neue Anstalten und es ist vorauszusehen, daß der Bedarf noch lange nicht gedeckt ist. Wenn wir uns daran erinnern, daß Psychopathie stets auch mangelhafte Anpassung an die Gemeinschaft bedeutet, dann kann ein Zweifel darüber, wie die Dinge sich in Zukunft entwickeln werden, kaum bestehen. Man lege sich die Frage vor, ob die Lebensluft der heutigen Familie der Einfügung des Kindes in die Gemeinschaft günstig ist und ob die Hoffnung besteht, daß die kommende Zeit hieran irgend etwas ändern wird.

Aus diesen Gründen erhebt sich die Forderung, daß alle, zu deren Aufgabenkreis die Fürsorge für das psychopathische Kind gehört, es einsehen, daß — gerade wie auf anderen Gebieten, so auch hier — der Weg der Vorbeugung oder doch der einer frühzeitig einsetzenden Behandlung eingeschlagen werden muß.

An diagnostischen Schwierigkeiten darf das nicht scheitern. Wir kennen heute — wenigstens im Umriß — das Bild der frühkindlichen Psychopathie, wissen um den ersten, großen Manifestationstermin, seine psychologischen Voraussetzungen, die Frühäußerungen auf charakterologischem und symptomatischem Gebiet — kurz, die Orientierung ist beinahe leichter wie bei manchen körperlichen Erkrankungen. Man denke z. B. an die Schwierigkeiten, die sich einer Frühdiagnose der Tuberkulose entgegenstellen können.

Alle unsere Erfahrungen haben uns aber gezeigt, daß die Behandlungserfolge um so bessere sind, je früher die Therapie einsetzt.

Diese Behauptung wird keinem Widerspruch begegnen, trotzdem sie sich vorläufig noch nicht mit der wünschenswerten Exaktheit beweisen läßt. Auch das eigene Material füllt die Lücke nicht aus. Aber, wer unsere Kasuistik liest, der wird gewiß den Eindruck bekommen, daß innerhalb früher Lebensperioden, insbesondere im Alter der Trotzphase, die Wandlungsfähigkeit des Kindes überraschend ist. Freilich klingen ja auch spontan die während dieses Zeitraums vorhandenen groben Störungen ab. Andererseits zeigen unsere Feststellungen über die Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose, daß häufig auch das Gegenteil der Fall ist und daß sie sich nicht selten mit unverminderter Stärke fast durch die ganze Kindheit fortsetzen. Außerdem ist es nicht etwa die Beeinflußbarkeit der Trotzäußerungen oder der übrigen sinnfälligen Manifestationen, die uns als so bemerkenswert und wichtig erscheint. Vielmehr erblicken wir das Wesentliche in der Wandlung, die die Einstellung des Kindes den anderen Menschen gegenüber

erfährt. Weil aber nach unserer Erfahrung innerhalb der Trotzphase die Entscheidung über die soziale Stellungnahme fällt und weil die Beziehungen zur Gemeinschaft grundlegende Bedeutung für die Psychopathie haben, darum schiene uns dieser Lebensabschnitt, wie kein anderer sonst, therapeutischem und prophylaktischem Handeln günstig zu sein. Schließlich lassen sich die kardinalen Verhaltensweisen des neurotischen Kindes samt und sonders in ihrem Grundriß auf die Zeit der Trotzperiode zurückführen.

Damit soll nun aber durchaus nicht etwa gesagt werden, daß späterhin alles Bemühen fruchtlos bleiben muß. Man bedenke jedoch, daß die Anpassungsfähigkeit des Kindes von Jahr zu Jahr abnimmt. Individuell zwar verschieden, aber prinzipiell gleichartig, versteinern die Verhaltensweisen und sie werden damit zu einem spröden, des bildenden Künstlers Hand nicht mehr zugänglichen Material. Wer als Pädagoge oder Arzt es einmal erlebt hat, was dies „Erstarren“ bedeutet, der wird sich eine andere Arbeit als die am Kleinkind nicht mehr wünschen.

Daher muß dringend gefordert werden, daß auf prophylaktischem und therapeutischem Gebiet dem vorschulpflichtigen Alter die gebührende Beachtung zuteil wird und daß der Blick des praktischen Heilpädagogen sich vor allem dieser Lebensperiode zuwendet).*

Gewiß, die Schranke der seelischen Anlagen setzt unserem Bemühen eine Grenze. Aber diese ist — wie auch von der Erblichkeitsforschung zugegeben wird — nicht starr und unverrückbar. Auch bei körperlichen Erkrankungen respektieren wir ja dies Hindernis nicht, wenn Rachitis, Diabetes und andere hereditäre Schäden erfolgreich behandelt werden. Es ist kein naiver Optimismus, wenn wir auf dem Spezialgebiet der Psychopathie uns das Ziel setzen, die sozialen Konflikte des Kindes zu mildern oder sie zu verhüten und damit den schwerwiegenden Folgen, die sich aus ihnen ergeben, vorzubeugen.

Nun wäre es ja wohl ein berechtigtes Verlangen, schon im Säuglingsalter den Anfang zu machen und die Kinderheilkunde ist auch so verfahren. Immer und immer wieder hat sie darauf hingewiesen, was eine richtige, schon in der ersten Lebenszeit einsetzende Erziehung für die körperliche und seelische Entwicklung bedeutet. Wenn heute schon da und dort pädagogische Kurse für Säuglingspflegerinnen veranstaltet werden, so sieht man, daß sich dieser Gedanke fortentwickelt. Aber es wäre natürlich eine Utopie, den psychopathischen Säugling in großem Stil fürsorgerisch „erfassen“ zu wollen. In dieser Lebensperiode wird — von Ausnahmefällen abgesehen — der Weg immer über die Persönlichkeiten der Umgebung, insbesondere die Mutter, führen müssen. Erst mit den Anfängen der Trotzperiode ist der rechte Zeitpunkt für ein aktiveres Vorgehen gekommen.

Die Frage, wie sich dieses Arbeitsgebiet organisatorisch aufzubauen und dem Rahmen der übrigen Fürsorgebestrebungen einzufügen hätte, muß von sachverständiger Seite beantwortet werden. Hier kann es sich nur darum handeln, einige besonders wichtige Gesichtspunkte hervorzuheben:

Unter diesen steht die Forderung einer sachkundigen Überwachung

*) Wichtig ist besonders auch die Frage, ob die Verwahrlosung nicht ebenfalls auf die frühe Kindheit zurückzuführen ist.

der Kindergartenzöglinge — wie sie hier und dort schon stattfindet — an erster Stelle. Es wird sich dann zeigen, daß es Arbeit in Hülle und Fülle gibt und daß es nur darauf ankommt, ob man von dem abnormen Kinde im vorschulpflichtigen Alter Kenntnis nehmen will oder nicht. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Kindergärtnerin käme aber nicht nur dem einzelnen Fall zugute, sondern es würde sich mit wachsender Erfahrung auch die große sozial-medizinische Bedeutung dieses Zweiges der Fürsorge herausstellen.

Man könnte ferner auch an den Ausbau der Einrichtung des Sonderkindergartens denken. Wir haben aber den Eindruck, daß leichtere psychopathische Erscheinungen auch innerhalb der Normalkindergärten einer Beeinflussung zugänglich sind, zumal wenn der Arzt die Leiterin unterstützt und berät. Für die schwereren Fälle, die also vor allem in Betracht kommen würden, bringt aber der tägliche Umgebungswechsel erhebliche Nachteile mit sich. Außerdem dürfte der weite Weg von der Wohnung zum Kindergarten zu Schwierigkeiten führen, da selbst große Städte nur wenige Einrichtungen dieser Art unterhalten können. Trotz dieser Bedenken aber wird der Sonderkindergarten nicht zu entbehren sein, wenn auch nur als Notbehelf.

Häufig kommt man nicht ohne einen Umgebungswechsel aus und daher wären den schon bestehenden Anstalten für psychopathische Kinder entsprechende Abteilungen anzugliedern, die aber, wenn ihre Arbeit ersprießlich sein soll, unbedingt über geschulte Hilfskräfte verfügen müssen. Auch der Arzt sollte über Erfahrung auf diesem Spezialgebiet verfügen. Wir sind noch nicht so weit, daß dem Erzieher eine feste Marschroute vorgeschrieben werden kann und daher müssen Arzt und Pädagoge gemeinsam in ständigem Gedankenaustausch die geeigneten Wege der Behandlung suchen.

Am wichtigsten aber würde es sein, wenn das Bewußtsein von der Bedeutung der Erziehung im frühen Kindesalter und von deren Einfluß auf die gesamte spätere seelische Entwicklung in weiteste Kreise der Bevölkerung getragen werden könnte. Welche Erfolge dieser Weg verspricht, das lehrt z. B. die großzügige Propaganda für die Brusternährung, die ja auch Opfer an persönlicher Bequemlichkeit fordert. Dieses Ziel kann unter anderem durch Erziehungsberatungsstellen erreicht werden, die zweckmäßigerweise den Kindergärten anzugliedern sind, und die damit schon rein äußerlich dokumentieren, daß sie in der Sorge um das Kleinkind ihre Hauptaufgabe sehen. Wenn sich diese Einrichtung einbürgert, dann wird es auch gelingen, das Kind im Alter der Trotzperiode zu erfassen, eine Aufgabe, die im Vordergrund unserer Bemühungen steht.

Grundlage für den Erfolg aller Arbeit aber ist die Frage der Ausbildung eines Stammes von Mitarbeitern, nämlich von Schwestern, Kindergärtnerinnen, Fürsorgerinnen und hier liegt auch die Hauptschwierigkeit.

Unser ärztliches Wissen über die Therapie psychopathischer Zustände im frühen Kindesalter ist beschränkt, es läßt sich vorläufig nicht auf eine Formel bringen und daher ist es eigentlich noch nicht lehrbar. Wenn der Arzt in täglichem Meinungsaustausch mit den Mitarbeitern diese in seine Ideen einführt, so ist das etwas anderes, als wenn er ex cathedra eine Lehre verkündet, die stirbt, bevor sie Leben gewann. Nichts Unerfreulicheres als solche Starrheit der Dogmen, die dem Erzieher das nimmt, was er am nötigsten hat, nämlich die unbefangene Natürlichkeit.

Wir sollten uns aber überhaupt klar machen, daß unsere Hauptaufgabe nicht darin bestehen darf, dem Erzieher eine mögliche Fülle von Wissensstoff zu vermitteln. Es sind schon Fehler nach dieser Richtung hin gemacht worden und zwar bei der Ausbildung der Säuglingspflegerinnen, die meist den Examenskram bis aufs Letzte beherrschen, die aber manchmal darüber ganz vergessen zu haben scheinen, daß die Entscheidung über das wirkliche Können nicht beim Verstand, sondern bei der mütterlich empfindenden Seele liegt. Diese Erfahrungen müßten wir uns auch hier zunutze machen. Nur wer in sich die Berufung zu selbstlosem Handeln fühlt, sollte sich der Erziehung abnormer Kinder widmen.

Trotzdem ist natürlich ein gewisser Fundus an soliden Kenntnissen unentbehrlich, aber kein akademischer Ballast und keine Schreibtischgelehrsamkeit, sondern ein Wissen, das aus praktischer Erfahrung heraus geschöpft wurde. Fehlt diese Grundlage, dann kann es kommen, daß die psychopathischen Reaktionen als Ungezogenheiten oder als böse Absicht des Zöglings angesehen, daß die Sexualäußerungen vom Standpunkt der Moral aus gewertet werden und daß schließlich der Erzieher im Kinde nicht den hilfsbedürftigen Menschen, sondern den Feind sieht, der es darauf anlegt, ihm das Leben schwer zu machen.

In der Ausbildungsfrage liegt also ein Kernproblem. Ihm können wir nur dann gerecht werden, wenn die Lehre von der Psychopathie des frühen Kindesalters und ihrer Behandlung durch weitere Forschungen auf einen festen Boden gestellt wird. Kein Zweifel, daß diese Arbeit zu Ergebnissen führen würde, die der Schulung von Hilfskräften nutzbar gemacht werden können. Aber auch der Arzt selbst muß ebenfalls erst für ein Arbeitsgebiet gewonnen werden, dem er vorläufig noch fremd gegenübersteht, weil er auf der Hochschule nichts davon erfuhr. Auch seiner Ausbildung käme die Erweiterung unseres Wissens zugute.

Aus all diesen Gründen wäre es dringend zu wünschen, daß Arbeitsstätten entstünden, die sich der Erforschung der Grundlagen von Psychopathie und Neurose zuwenden. Man sage nicht, daß die heutigen Verhältnisse Deutschlands solch hochfliegende Pläne verbieten. Die Bedrängnis der Nation und die Sorge um ihre Zukunft fordern ja gerade gebieterisch den Kampf gegen diese Übel.

Wir sind darauf gefaßt, daß man unseren Vorschlägen mancherlei entgegenhalten wird. Vor allem sind wir auf den Einwand vorbereitet, daß die Frage, ob sogenannte „Dauererfolge“ erzielt werden können, nicht zu beantworten ist. Dieses Argument trifft aber für das gesamte Gebiet der Psychopathenfürsorge zu und für unsere Sonderaufgabe hat es die mindeste Berechtigung, da die eigenen Beobachtungen an psychopathischen Kleinkindern vorläufig die einzigen sind, die dem Gesichtspunkt der Therapie Rechnung tragen und die ein gewisses Urteil hierüber erlauben. Etwaige Zweifel an der Möglichkeit, „Dauererfolge“ zu erzielen, könnten sich also nur auf gefühlsmäßige oder voreingenommene Stellungnahme gründen. Demgegenüber müssen wir sagen, daß unsere — freilich auch noch viel zu spärlichen Erfahrungen — entschieden dafür sprechen, daß der Weg, den wir vorschlagen, Aussichten eröffnet, wie sie sich bisher nicht boten. Daß die Grenzen der Beeinflussungsmöglichkeit von Fall zu Fall wechseln und daß die Frage der Dauererfolge — ein Begriff, der

übrigens gar nicht so leicht zu umschreiben wäre — noch unentschieden ist, rechtfertigt es gewiß nicht, den Dingen ihren Lauf zu lassen und tatenlos zuzusehen.

Ein anderer Einwand könnte der sein, daß bei Kindern, die ihrer Psychopathie wegen in Anstalten untergebracht waren, die Rückkehr ins häusliche Milieu den Erfolg wieder in Frage stellt. Das ist bei älteren Zöglingen tatsächlich sehr oft der Fall und auch bei den Kleinen darf man dieses Bedenken nicht leicht nehmen. Solche Rückfälle sind aber erfahrungsgemäß innerhalb der ersten Lebensjahre seltener als später. Es erklärt sich das damit, daß weder die pathologischen Verhaltensweisen des Kindes noch auch die Stellungen der Familie diesen Äußerungen gegenüber von Anfang an in feste Form gegossen sind. Fernerhin scheint aber die Hoffnung berechtigt zu sein, daß sich der weitere Ausbau der Beziehungen des Kindes zu seiner Umwelt ungestört vollzieht, wenn erst einmal ein gesunder Boden bereitet wurde. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß von seiten der Familie nicht neuerdings grobe Fehler begangen werden. Diese lassen sich ebenfalls beim Kleinkind leichter als in späteren Jahren vermeiden.

Schließlich wird geltend gemacht werden, daß eine Fürsorgearbeit, wie wir sie in Vorschlag bringen, individuellen Charakter tragen muß und daß vor allem Heime für die Vorschulpflichtigen niemals zu „Massenbetrieben“ werden dürfen. Dieser Einwand ist vollkommen berechtigt. Aus den verschiedensten Gründen (unter denen z. B. auch die Infektionskrankheiten zu nennen wären) darf es ein Prinzip des „laufenden Bandes“ hier nicht geben. Aber dafür kann auch von allem verschwenderischen Einrichtungsluxus abgesehen werden. Der Geist, nicht die Mauern, werden über den Erfolg entscheiden. Wir hielten es auch für empfehlenswert, wenn in solche Anstalten neben den psychopathischen, eine gewisse Anzahl gesunder oder lediglich erholungsbedürftiger Kinder aufgenommen würde. In diesem Alter bestehen, unseren Erfahrungen zufolge, hiergegen keine Bedenken. Wir erlebten es zwar oft, daß der Umgang mit gesunden Altersgenossen sehr segensreich auf das anormale Kleinkind wirkt, dagegen sahen wir es noch niemals, daß von diesem ein ungünstiger Einfluß auf die Spielgefährten ausgeübt worden wäre. Erst im späteren Leben besteht diese Gefahr. Außerdem aber pflegen ja die psychopathischen Verhaltensweisen den Umgebungswechsel nicht lange zu überdauern.

Eine heilpädagogische Methodenlehre läßt sich vorläufig für das Kind der ersten Lebensjahre noch nicht geben. Daß die individualpsychologischen Grundsätze beim Kleinkind nicht angewandt werden können, hörten wir von Wexberg, und die Psychoanalyse ist nach dem Urteil Freuds nicht dazu geeignet, an die Stelle der Erziehung zu treten. Da außerdem die Kindergartenpädagogik vor allem auf die späteren Jahre des vorschulpflichtigen Alters und nur auf das normale Kind zugeschnitten ist, sind wir vorläufig, besonders innerhalb der Trotzphase, aber auch in den folgenden Jahren, auf unsere eigene Erfindungsgabe angewiesen. Dieses „Vorstadium“ wird aber mit wachsender Einsicht in die psychologischen Zusammenhänge überwunden werden und einer systematischeren Arbeit Platz machen.

Meinungsverschiedenheiten über das Ziel unserer Arbeit aber dürfte es unter denen, die das Wesen der Neurose richtig verstanden haben, nicht geben.

Weder im frühen noch im späteren Kindesalter haben wir die Absicht, „Symptome“ zu behandeln, sondern es geht uns um die Gesamtpersönlichkeit. Sind wir einmal — was wohl auch vorkommen kann — aus praktischen Gründen zu einer symptomatischen Therapie gezwungen, so müssen wir uns darüber klar sein, daß dieser Weg nur ein Notbehelf ist.

Leider scheint dieser Standpunkt noch nicht von allen Ärzten anerkannt zu werden. „Nicht darauf“ — so lehrt Hamburger seinen Studenten — „kommt es an, daß wir einer Mutter erklären, wie die Zusammenhänge sind, nicht darauf zum Beispiel, daß Sie erklären, daß diese alltäglichen Diarrhöen nur „Gewohnheiten“ sind. Da würden Sie bestimmt nicht in einem einzigen Falle eine Heilung erzielen. Wenn Sie aber der Mutter glaubhaft zu machen wissen, daß dieses Leiden mit der Medizin zu heilen ist, die Sie verschreiben, dann werden Sie in $\frac{2}{3}$ der Fälle Erfolg haben, denn die Mutter glaubt und das Kind glaubt an die Wirkung und wenn dieser Glaube da ist, dann ist auch die Stimmung hervorgerufen, die wir Vertrauen nennen. Dieses Vertrauen ist dasjenige, was für Sie in der Praxis das Wichtigste ist. Das sage ich Ihnen nicht deswegen, damit Sie denken, jetzt kann ich auf diese Weise mehr Geld verdienen, sondern weil Sie Kinder gesund machen können, die Sie sonst nicht gesund machen können. Auf diese Stimmung des Vertrauens kommt es an, dann funktioniert der wundervolle, von der Wissenschaft noch nicht durchschaute Suggestionsapparat“.

Wie anders klingen die folgenden Worte Kretschmers: „Man sieht daraus, daß das, was wir zuweilen in der mystischen Dämmerung des Halbwissens und geschmückt mit dem nicht sehr schmeichelhaften Nimbus des zaubernden Heilkünstlers vollführen, sich in Wirklichkeit in eine wohl erkennbare Reihe durchaus sinnvoller pädagogischer Einzelakte zerlegen läßt, neben denen das im engerem Sinn „Suggestive“, von dem der Name Suggestivbehandlung stammt, in die bescheidene Hilfsrolle zurücksinkt, die ihm in der Hand des denkenden Arztes von erzogenem Geschmack allein zukommt“.

Wir schließen uns diesen Ausführungen Kretschmers an und zwar um so lieber, als wir es ja nicht mit Erwachsenen, sondern mit Kindern zu tun haben. Unsere Aufgabe ist auf dem Gebiete der Neurosen in erster Linie eine Pädagogische und es muß unser Ziel sein, alle, die mit dem Kinde in Berührung kommen, für diesen Gedanken zu gewinnen. Damit wird die „Erziehung der Erzieher“ zu einem Zentralproblem unserer Arbeit.

Diesen Pflichten vermag der Arzt allein nicht gerecht zu werden, er ist vielmehr auf die Hilfe derer angewiesen, die ebenfalls eine erzieherische Mission zu erfüllen haben. Ärztliche Aufgabe aber ist es vor allem, in engem Zusammenwirken mit der Psychologie die Grundlagen abnormer seelischer Entwicklung zu erforschen und der Kinderarzt muß bei dieser Arbeit an der Front stehen, weil sein Beruf das Auge für die Besonderheiten des kindlichen Seelenlebens schärft und weil er allein — wenigstens so weit die frühen Altersstufen in Frage kommen — über praktische Erfahrung verfügt. Seit langem haben Einzelne das erkannt, aber von einer psychologisch orientierten Richtung in der Kinderheilkunde konnte man noch nicht sprechen. Das scheint jetzt anders werden zu wollen. 1928 wurde von der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde „Die Bedeutung des Erziehungsproblems für den Kinderarzt“ als Referatthema bestimmt und 1930 steht auf der Tagesordnung des internationalen pädia-

trischen Kongresses in Stockholm „Die Psychologie und Psychopathologie des Kindesalters als Zweig der pädiatrischen Forschung und des pädiatrischen Unterrichtes und als sozialmedizinisches Betätigungsgebiet“.

Dieses neu erwachte Interesse*) für die Störungen der seelischen Entwicklung ist gewiß nicht zufällig, sondern es darf als ein Zeichen der Zeit angesehen werden und als ein Symptom dafür, daß die Kinderheilkunde sich auf diesem Gebiet, wie schon auf vielen anderen, auf ihre Mission im Dienste der Vorbeugung besinnt. Man kann, ein bekanntes Wort modifizierend, sagen, daß die Neurose des Erwachsenen die letzte Strophe jenes Liedes ist, das dem Kinde an der Wiege gesungen wurde.

*) Das Referatthema der X. Tagung für Säuglings- und Kleinkinderschutz (Juni 1930) lautet: „Die planmäßige Einstellung der Kinderfürsorge auf das geistig und seelisch abnorme Kind“.

Literaturverzeichnis

1. Adler: Eine Beratung. Internat. Z. Individualps. Bd. VII. 1929.
2. Aschaffenburg: Der Schlaf im Kindesalter und seine Störungen. Wiesbaden 1909.
3. Becker: Graphologie der Kinderschrift. Niels Kampmann Verlag.
4. Benjamin: Verh. dtsch. Ges. Kinderheilk. Hamburg 1928.
5. — Kausales und Finales zum Problem der kindlichen Nervosität. Sitzgsber. Münch. Ges. Kinderheilk. März 1929.
6. Bernfeld: Psychologie des Säuglings. Wien 1925.
7. Bostroem: Störungen des Wollens. Handb. Geisteskrankh. Hrsg. v. Bumke. Bd. II.
8. Bumke: Die psychopathischen Reaktionen und Konstitutionen. Handb. d. inn. Medizin. Hrsg. v. Mohr u. Stähelin. Bd. V, 2. Teil.
9. — Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin.
10. Busemann: Die Erregungsphasen der Jugend. Z. Kinderforschg. Bd. 33, H. 2. 1927.
11. — Über das sogenannte erste Trotzalter des Kindes. Z. pädag. Psychol. Bd. 29, 1928.
12. — Die Ursachen des Trotzalters und der Erregungsphasen überhaupt. Z. pädag. Psychol. 30. Jahrg. H. 6.
13. Braun: Psychogene Reaktionen. Handb. Geisteskrankh. Hrsg. v. Bumke. Bd. V.
14. Bretschneider: Ein ewiger Säugling. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 2101, 1928.
15. Bühler, Ch.: Kindheit und Jugend. Leipzig 1928.
16. — Das Seelenleben der Jugendlichen. Jena. 1.—5. Auflage.
17. — Hetzer, Tudor-Hart: Soziolog. u. psych. Studien über das 1. Lebensjahr. Jena 1927.
18. — Hetzer: Inventar der Verhaltensweisen des 1. Lebensjahres. Jena 1927.
19. Bühler, K.: Die geistige Entwicklung des Kindes. Jena 1929.
20. Cimbali: Neurosen des Kindesalters. Berlin, Wien. 1927.
21. Collin: Gaz. Hôp. 1911.
22. Czerny: Der Arzt als Erzieher des Kindes. Leipzig, Wien 1926.
23. — Beobacht. über d. Schlaf im Kindesalter. Jb. Kinderheilk. Bd. 33, H. 1 u. 2. 1891.
24. Eliasberg: Referat über: Köhler, Die Persönlichkeit des dreijährigen Kindes.
25. Entres: Vererbung und Keimschädigung. Handb. Geisteskrankh. Hrsg. v. Bumke. Bd. 1.
26. Freud: Drei Abhandl. z. Sexualtheorie. Ges. Schriften, Bd. V.
27. — Vorlesungen z. Einführung i. d. Psychoanalyse.
28. — Vorwort zu Aichhorn, Verwahrloste Jugend. Internat. psychoanal. Arb. Nr. 19.
29. Freudenberg: Erziehungs- u. Heilpädagog. Beratungsstellen. Leipzig 1928.
30. Galant: Sexualleben i. Säuglings- u. Kindesalter. Neur. Zbl. 1919, S. 652.
31. Goett: Funkt. Erkrank. d. Nervensystems, in Handb. Kinderheilk. Hrsg. v. Pfaundler u. Schloßmann. Bd. IV, 1923.
32. — Nährschaden durch psychog. Perseveranz auf Milchkost. Z. Kinderheilk. 1913, 9.
33. Grosser: Körperl. Geschlechtsunterschiede b. Kindern. Erg. inn. Med. Bd. 22, S. 211.
34. Groos: Das Seelenleben d. Kindes. Berlin 1923.

35. Grünbaum: Die Struktur der Kinderpsyche. Z. pädag. Psychol. Bd. 28. 1927.
36. Hamburger: Der Arzt u. d. Seele d. Kindes. Münch. med. Wschr. 47, S. 2005. (1928).
37. v. Hattingberg: Psychoanalyse u. verwandte Methoden in „Die psych. Heilmethoden“. Hrsg. v. Birnbaum 1927.
38. Häberlin: Wege u. Irrwege d. Erziehung. Basel 1918.
39. Hetzer: Entwicklungsbedingte Erziehungsschwierigkeiten. Z. pädag. Psychol. 30. Jahrg. Nr. 2.
40. — Kindheit u. Armut. Hirzel 1929.
41. Heubner: Lehrbuch d. Kinderheilk. 1906.
42. Hintze: Enur. noct. spin. bif. occ. usw. Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. Bd. 35, H. 3 (1922).
43. Homburger: Psychop. Grundlagen ärztl.-erzieh. Denkens. Verh. dtsch. Ges. Kinderheilk. Hamburg 1928.
44. — Über d. Entwickl. d. menschl. Motorik. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 78 (1922).
45. — Zur Gestalt d. menschl. Motorik. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 85 (1923).
46. — Psychopathol. d. Kindesalters. Berlin 1926.
47. Hug-Hellmuth: Aus dem Seelenleben des Kindes. Leipzig, Wien 1921.
48. Husler: Zur Symptomatik u. Klinik epileptif. Krampfkrankheiten i. Kindesalter. Erg. inn. Med. 1920.
49. Ibrahim: Über resp. Affektkrämpfe i. frühen Kindesalter. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. V. 1911.
50. — Path. Bedingungsreflexe als Grundl. neur. Krankheitsbilder. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. 13 (1911).
51. Jamin: Zur Entwickl. d. psych. Infantil. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. 83, 17. (1923).
52. — Zur Entwickl. d. psych. Infantil. Med. Klin., 18, 1575 (1922).
53. Jaspers: Allg. Psychopath. Berlin 1923 u. 1928.
54. Jung: In Mensch u. Erde. Hrsg. v. Graf Keyserling. Schule d. Weisheit, Reich-Verlag, Darmstadt 1927. „Die Erdbedingtheit der Psyche“.
55. — Psychoanalyse u. Seelsorge. Ethik 1928. H. 1. Jg. 1.
56. Kahn: Bemerkungen z. Frage d. Organminderwertigkeit. Nervenarzt. 1. Jg. H. 1 u. 6.
57. — Die psychop. Persönlichkeiten. Handb. Geisteskrankh. Hrsg. v. Bumke. Bd. 5.
58. Katz: Gespräche m. Kindern. Berlin 1928.
59. Kleinschmidt: Magen- u. Darmerkrankungen in Handb. Kinderheilk. Hrsg. v. Pfaundler u. Schloßmann. 1923.
60. Knopf: Die Stellung d. Kindes i. d. Familie. Internat. Z. Individualpsych. 8. Jg. H. 2.
61. Köhler: Die Persönlichkeit des dreijähr. Kindes. Leipzig 1926.
62. Kräpelin: Zur Entartungsfrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. S. 745, 1908.
63. — Psychiatrie. 1915.
64. Kretschmer: Über Hysterie. Leipzig 1927.
65. Kroh: Die Phasen d. Jugendentw. Württemb. Schulwarte. S. 185. 1926.
66. — Die Psychol. d. Grundschulkindes. Langensalza 1930.
67. — Pädagog. Lexikon. S. 1154. 1928.
68. Kronfeld: Der Verstandesmensch. Jb. Charakterol. Hrsg. v. Utitz. Bd. 1. Berlin 1924.
69. Lange: Verbrechen als Schicksal. Leipzig 1929.
70. — Psychiatr. Fragen f. d. prakt. Arzt. Münch. med. Wschr. Nr. 22. 1929.
71. Lenz: Grundr. d. menschl. Erblichkeitslehre u. Rassenhygiene. München 1923.
72. — Zit. nach Ullmann in Biolog. d. Person. Hrsg. v. Brugsch-Lewy.
73. Lindner: Das Saugen an d. Fingern, Lippen usw. Jb. Kinderheilk. Bd. 14, 1, S. 69 (1879).
74. Moll: Maternitätsneurose. Wien. klin. Wschr. 1920. S. 160.
75. Nadoleczny: Das stotternde Kleinkind u. seine Einschulung. Aus „Das sprachkranke Kind“. Bericht über d. Verhandl. auf d. Tagung i. Halle 1929, veranst. v. d. Arbeitsgemeinschaft f. Sprachpädagogik i. Deutschland.

76. Nadoleczny: Sprach- u. Stimmstörungen i. Kindesalter. Im Handb. Kinderheilk. Hrsg. v. Pfaundler u. Schloßmann. Bd. 5.
77. Neumann: Über d. Wegbleiben kleiner Kinder. Arch. Kinderheilk. 42, 1905.
78. v. Pfaundler: Krankheitszeichen b. fehlerzogenen Kindern. Verh. dtsh. Ges. Kinderheilk. 1928.
79. — Über natürl. u. über rationelle Säuglingspflege. Süddtsch. Monatsh. 1909.
80. — Über Saugen u. Verdauen. Naturforschervers. München 1899.
81. Pfister: Enur. noct. u. ähnl. Stör. Mschr. f. Neurol. u. Psych. H. 2. 1904.
82. Pototzky: Die diag. u. therap. Differenzierung d. Enur. Fälle. Z. Kinderheilk. Bd. 37. 1924.
83. Preyer: Die Seele d. Kindes. Leipzig 1905.
84. Reininger: Das soz. Verhalten v. Schulneulingen. Wien. Arbeiten z. Päd. Psychol. 7. 1928.
85. Reis: Die Minderwertigkeit v. Organen. Handb. Individualps. Hrsg. v. Wexberg, München 1926.
86. Schneider: Die psychopath. Persönlichkeiten. Leipzig, Wien 1928.
87. Schultze: Die konstit. Nervosität. Handb. Geisteskrankh. Hrsg. v. Bumke. Bd. 5.
88. Schwarz: Psychog. u. Psychoth. körperl. Sympt. Wien 1925.
89. Stern: Psycholog. d. früh. Kindheit. Quelle u. Meyer 1923/1929.
90. Stier: Die respir. Affektkrämpfe d. frühkindl. Alters. Jena 1918.
91. — Gewohnheitsmäß. nächtl. Kopfschütteln. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. 90, 1924.
92. Storch: Der Entwicklungsgedanke i. d. Psychopathologie. Erg. inn. Med. Bd. 26. 1924.
93. Thursfield: Brit. med. J. 1906.
94. Tobler: Die Behandlung des Erbr. i. Kindesalter. Dtsch. med. Wschr. S. 1041. 1914.
95. Trömner: Über motor. Schlafstör. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. IV. Bd. S. 228. (1911).
96. — Durch Hypnose geh. Enur. noct. Dtsch. med. Wschr. S. 2339. 1912.
97. Watson: Psych. Erziehung i. früh. Kindesalter. F. Meiner, Verlag, Leipzig.
98. Winkler: Der Trotz. München 1929.
99. Werner: Über magische Verhaltensweisen im frühen Kindesalter. In Stern Psychol. d. früh. Kindheit. 1928.
100. Wexberg: Über Pflichtgefühl. Internat. Z. Individualps. Nr. 5. 1929.
101. — A. Adlers Individualpsych. u. ihre Bedeut. f. d. Kinderforschung. Z. Kinderforschg. Bd. 40. S. 239.
102. Zappert: Kritisches über Enuresis noct. Arch. Kinderheilk. Bd. 79.
103. — Enuresis. Erg. inn. Med. Bd. 18. 1920.



Handwörterbuch der medizinischen Psychologie

bearbeitet von Fachgenossen, herausgegeben von Dr. Karl Birnbaum, Prof. an der Universität Berlin. Gr.-8°. IV, 672 Seiten. 1930. M. 46.—, in Ganzleinen geb. M. 48.—

Die Prognostik der endogenen Psychosen.

Von Dr. Friedrich Mauz, Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie, Oberarzt der Univ.-Nervenklinik Marburg. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. E. Kretschmer, Direktor der Univ.-Nervenklinik Marburg. 8°. 121 Seiten. 1930. Kartoniert M. 7.50

Die psychischen Heilmethoden.

Für ärztliches Studium und Praxis. Von K. Birnbaum-Berlin, H. v. Hattingberg-München, G. H. Heyer-München, E. Jolowicz-Leipzig, A. Kronfeld-Berlin, E. Wexberg-Wien. Herausgegeben von Dr. Karl Birnbaum, Privatdozent an der Universität Berlin. Gr.-8°. XI, 462 Seiten. 1927. M. 18.60, in Ganzleinen geb. M. 21.—

Die psychokathartische Behandlung nervöser Störungen (Psychoneurosen — Thymopathien).

Für Ärzte und Studierende. Von Dr. med. Ludwig Frank, Nervenarzt in Zürich. Gr.-8°. VI, 208 Seiten. 1927. M. 10.—, in Ganzleinen geb. M. 11.50

Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie.

Von Dr. Carl Schneider, Regierungs-Medizinalrat, Arnsdorf i. Sa. Gr.-8°. XI, 301 Seiten. 1930. M. 23.—, in Ganzleinen geb. M. 25.—

Psychotherapie. Voraussetzungen — Wesen — Grenzen.

Ein Versuch zur Klärung der Grundlagen. Von Hans Prinzhorn, Frankfurt a. M. 8°. 334 Seiten. 1929. M. 14.—, in Ganzleinen geb. M. 15.75

Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung.

Eine Anleitung zur Prophylaxe für Ärzte, Geistliche, Lehrer und Verwaltungsbeamte. Von Dr. Placzek, Berlin. Gr.-8°. VI, 272 Seiten. 1915. M. 4.—

Anleitung zu psychiatrischen Untersuchungen.

Von Dr. Hans Seelert, a. o. Professor der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Universität Berlin. 8°. 181 Seiten. Mit 3 Bildern zum Gebrauch bei der Untersuchung. 1926. Gebunden M. 5.40

Verbrechen als Schicksal.

Studien an kriminellen Zwillingen. Von Professor Dr. Johannes Lange. Oberarzt am Krankenhause München-Schwabing und Abteilungsleiter an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser-Wilhelm-Institut) in München. Gr.-8°. 96 Seiten. Mit 5 Abbildungen. 1929. Kart. M. 7.—

Handbuch der Kindertuberkulose

Unter Mitwirkung von Fachgenossen herausgegeben
von Prof. Dr. **St. Engel**, Dortmund und Prof. Dr. **Cl. Pirquet**, Wien

Zwei Bände. 1930. Lex.-8°. XXII, 1591 Seiten.

Mit 651, zum Teil farbigen Abbildungen.

Geh. M. 262.—, in Halbfranz geb. M. 276.—

Die medizinische Tuberkulose im Kindesalter

von **M. Péhu**, Lyon und Privatdozent **A. Dufourt**, Lyon.

In die deutsche Sprache übersetzt von Prof. Dr. Rudolf Fischl, Prag.
1928. Gr.-8°. XII, 485 Seiten. Mit 10 Abbildungen im Text und 16 Tafeln.
M. 25.—, geb. M. 27.—

Medizin, Gymnastik und Pädagogik im Kampfe gegen die Tuberkulose

(Harmonische Behandlung)

Von Prof. Dr. **Eugen Kisch**, Berlin

Ärztlicher Direktor des „Instituts der Stadt Berlin für Knochen- und Gelenkkrankheiten“ und der
„Heilanstalt für äußere Tuberkulose in Hohenlychen“

Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Bier

1930. Gr.-8°. 83 Seiten. Mit 49 Abbildungen und 34 Röntgenbildern
M. 5.90, in Halbleinen geb. M. 7.30

Konzentrationsgymnastik für zerstreute und nervöse Kinder

Ein Buch für Ärzte, Lehrer und Eltern

Von Dr. med. **Karl Pototzky**

Leiter der Poliklinik für nervöse und schwer erziehbare Kinder am Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus,
Reichsanstalt in Charlottenburg

1926. 8°. 80 Seiten Text. Mit 35 Übungsbildern

Gebunden M. 3.—

Röntgentherapie des Schwachsinnes bei Kindern

Von Regierungsrat Primarius Dr. **Wolfgang Freiherr von Wieser**

Vorstand des Röntgen-Instituts am Rudolfinerhaus in Wien

(Radiologische Praktika, Band 10)

1928. Gr.-8°. VI, 266 Seiten. Mit 155 Abbildungen im Text und 6 Tafeln Anhang

In Ganzleinen geb. M. 24.—

Dystrophien und Durchfalls- krankheiten im Säuglingsalter ihre Beurteilung und Behandlung mit einfachen Methoden

Wegweiser für den praktischen Arzt

Von Dr. **Leo Langstein**

Universitäts-Professor, Präsident des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses,
Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit

1926. Gr.-8°. VI, 207 Seiten. Mit 79 Abbildungen und 70 Kurven

M. 7.—, in Ganzleinen geb. M. 8.50

GEORG THIEME / VERLAG / LEIPZIG