

3

Paul Parin

Die Kriegsneurose der Jugoslawen¹

Jeder Krieg mutet einer größeren Anzahl von Menschen in psychischer Beziehung mehr zu, als man gemeinhin glaubt, daß ein Mensch tragen könne, und ein kleiner Teil der so Betroffenen wird psychisch krank. Der zweite Weltkrieg, der nicht nur die Armee, sondern einen großen Anteil der Bevölkerung vieler europäischer Länder einem zu Normalzeiten als unerträglich empfundenen Schicksal unterwarf, hat dementsprechend auch absolut mehr psychisch Kranke hinterlassen. Diese psychisch Kranken stellen nicht nur eine größere Zahl manifest gewordener latenter Psychosen und Neurosen dar. Es gibt vielmehr eine überwiegende Anzahl von Erkrankten, die unter anderen Umständen gesund geblieben wären.

Wir haben während der letzten sechs Monate des Krieges und während neun Monaten der Nachkriegszeit Gelegenheit gehabt, eine Form der psychischen Erkrankung zu beobachten, wie sie in der "Volksbefreiungsarmee" in Jugoslawien und bei den Mitarbeitern und Anhängern dieser Armee in der Zivilbevölkerung sehr häufig und in auffallend gleichförmiger Art vorkam. Diese Krankheit heißt in Jugoslawien "Partizanska bolest" (die Partisanenkrankheit²). Sie ist so häufig, daß heute im Lande wohl jedermann die Diagnose zu stellen gewohnt und imstande ist.

Das auffallendste Symptom dieser Krankheit ist der Anfall; wir beschreiben einen typischen Anfall, den wir am 4. 8. 1945 auf der Donaufähre Beograd-Pantschewo beobachtet haben :

Ein etwa 22 jähriger, kräftig, gesund und unauffällig aussehender junger Mann in Uniform eines Unteroffiziers der jugoslawischen Armee steht plaudernd mit einigen demobilisierten Kollegen und deren Frauen auf dem Verdeck der Fähre. Er erzählt gerade, daß er nun auch demobilisiert werden solle und sich für einen Lehrkurs als Elektromechaniker angemeldet habe. Plötzlich unterbricht er das Gespräch, legt sich flach auf den Boden, beginnt die Augen zu verdrehen und das Gesicht zu verzerren, er knirscht mit den Zähnen und bohrt die geschlossenen Fäuste in die Seitentaschen seines Rockes, so daß eine Tasche zerreißt. Auf Zurufe der Umstehenden reagiert er nicht. Die Atmung wird stoßweise, das Gesicht blaurot, der Puls etwa 120/min., die Pupillen sind trotz des hellen Sonnenlichtes weit, aber reagieren auf Licht. Nach etwa einer Minute beginnt der Soldat wild mit den Armen und Beinen

¹ Beobachtungen aus der I. Chirurgischen Mission der Central Sanitaire Suisse (Chefarzt Dr. Piderman) in Jugoslawien 1944/45, der Chirurg.-orthopäd. Mission der C.S.S. in Zagreb 1945/46 und der Schweizerpende-Mission, Poliklinik Prijedor 1946.

² oder Partisanenanfälle (partizanski napadi), Nervenankfälle (zivcani napadi), und die Sturmangriffskämpfer

4

um sich zu schlagen und unverständliche Ausrufe auszustoßen. Bevor die Umstehenden ihn festhalten können, blutet er aus einer Rißwunde am linken Handrücken und hat eine blutende Exkoration an der Stirne. Nun halten die Umstehenden den Bewußtlosen, der weder auf Anruf noch auf Schmerz zu reagieren scheint, an Armen und Beinen fest. Das heißt, es setzen sich etwa sechs bis acht Leute auf seine Gliedmaßen. Das Gesicht wird unter ständigem krampfhaftem Herumwerfen des Körpers und der Anstrengung, weiter um sich zu schlagen, noch dunkler cyanotisch. Als wir die Leute, die den Partisanen festhalten, etwa drei Minuten nach Beginn des Anfalls dazu bewegen können, ihn freizugeben, wirft er sich vom Rücken auf den Bauch, beginnt mit einem nicht vorhandenen Maschinengewehr zu schießen, es zu laden, will aufspringen, fällt aber nach einem taumelnden Schritt zu Boden, hält die Augen krampfhaft geschlossen und beginnt zu schreien. Zuerst versteht man Zurufe an Mitkämpfer, dann zusammenhängende Sätze, wie sie im Kampfgeschehen gebraucht werden mögen. Plötzlich wird der Patient ruhig, die Augen sind geöffnet, aber verdreht, und er fordert einen nicht vorhandenen Kameraden auf, nun doch endlich das zu tun, was ein anderer ihm so lange geraten habe. Es folgen Bruchstücke einer Rede, wie sie anlässlich einer Wahlversammlung gehalten werden mag. Der Patient bricht ab, beginnt mit den Zähnen zu knirschen, ist weiter unansprechbar. Unversehens steht er auf, ordnet Kleider und Frisur, sucht nach Gegenständen, die ihm aus den Taschen fielen, entschuldigt sich *in* ruhiger Art bei den Umstehenden, ist sichtlich beschämt, daß ihm so etwas passiert sei. Er läßt sich seine Hand verbinden, und wir stellen dabei fest, daß er zeitlich und örtlich orientiert ist, daß er weiß, "bewußtlos" gewesen zu sein. Es besteht Amnesie für alles, was während des Anfalls vorging (Abfahrt der Fähre), und für das, was er selbst erlebt hat. Patient glaubt geträumt zu haben, weiß aber nicht mehr was. Der ganze Anfall dauerte 9 Minuten.

Wir haben während unserer Tätigkeit in verschiedenen chirurgischen Militärspitälern, auf der Straße, im Eisenbahnzug, auf fahrenden Lastautos und überall sonst, wohl um 200 ähnliche Anfälle beobachten können. Wir bringen im folgenden die Zusammenfassung von Krankengeschichten einiger an Partisanenkrankheit Leidender, die wir längere Zeit zu beobachten Gelegenheit hatten.

1. **Miliana B.**, 34 Jahre, beobachtet in den Zentral-Spitälern des II. Korpus Badija und Meljine, November 44 - April 45.

Patientin ist in Montenegro geboren und aufgewachsen und hat, nach Absolvierung von 6 Klassen Volksschule, den Beruf einer Krankenpflegerin gelernt und mit Unterbrechungen einige Jahre ausgeübt. Sie heiratete im Jahre 1936 einen Sekundarschullehrer in einer kleinen Stadt in

Montenegro und hatte zwei gesunde Kinder. Sie ist nie ernstlich krank gewesen. Die Befragung ihrer Umgebung und einiger Personen, die sie von klein auf kennen (darunter ein Arzt), ergibt, daß sie psychisch immer normal, nur im Verhältnis zu ihrer Umgebung auffallend intelligent und bildungshungrig gewesen sei. So habe sie nach ihrer Heirat bei ihrem Mann Stunden in französischer und russischer Sprache genommen. Im Winter 1941/42 wurde das Haus der Patientin von italienischen Soldaten und einheimischen Banditen überfallen, der Mann und die beiden Kinder wurden niedergemacht. Das Haus wurde angezündet, die Patientin konnte aus einem Wald, in den zu flüchten es ihr möglich war, den Brand des Hauses sehen. Sie kehrte nicht zurück, sondern wurde, nachdem sie einige Tage sich versteckt gehalten hatte, von Bekannten zu einer in der Nähe befindlichen Partisaneneinheit geleitet.

Von da an war Patientin mit einer kurzen Übergangszeit, in der sie schwer deprimiert gewesen sei, immer als Operationsschwester in chirurgischen Equipen der Partisanentruppen tätig, und zwar bis zum November 1944. Während dieser Zeit ist sie mit Ausnahme einer kurz dauernden fieberhaften Erkrankung nie ernstlich

5

krank gewesen. Von dem Chirurgen, der den Großteil dieser Zeit mit ihr als einziger Operationsschwester arbeitete, wird sie als tüchtige und verlässliche Kraft geschildert; sie habe weder bei Anstrengungen noch in schwierigen und gefährlichen Situationen je den Mut verloren. Außer ihrer Arbeit beschäftigte sich Patientin sehr viel mit dem politischen Leben in der Truppe und in dem Spital, in dem sie gerade arbeitete. Sie sei dabei sehr aktiv und etwas herrschsüchtig gewesen, habe verschiedene Lehrkurse mitgemacht und selber Lehrkurse für Krankenpflegerinnen abgehalten - Anfälle oder sonst psychisch Auffälliges habe die Patientin nie geboten.

Vom November 1944 bis Mitte April 1945 war Patientin als Instrumentierschwester in unserer Equipe tätig. Es war dies ihre erste Beschäftigung im eigentlichen "Hinterland" unter halbwegs normalen äußeren Verhältnissen. Sie bewältigte in dieser Zeit eine außerordentlich große Arbeitslast, war im Rahmen ihrer Bildung und Ausbildung recht verlässlich und intelligent. Mit Ärzten, Kolleginnen und Patienten hatte sie einen guten Kontakt. Sie war nur etwas allzu selbstbewußt, prahlte gerne, ohne dabei direkt zu lügen, und wollte in einer etwas theatralischen Weise immer mehr darstellen, als sie wirklich war. Auffallend waren Verstimmungen, die periodisch alle zwei bis drei Wochen auftraten und in denen ihre Arbeitsleistung merklich nachließ. Dann war Patientin unverträglich, etwas jähzornig, aber affektiv weiterhin beweglich. In diesen Zeiten erzählte sie, um sich auszusprechen, sehr gerne aus der Zeit bei den Partisanen, wie

sie den Unteroffiziersrang bekommen habe etc. Diese Erzählungen waren plastisch, bildhaft und teilweise nachprüfbar richtig. Erzählungen aus der Jugend- und Ehezeit der Patientin fielen daneben immer sehr matt und gefühllos aus. Amnesie für jene Zeit bestand nicht. Zu Zeiten solcher Verstimmungen traten nun insgesamt 5 oder 6 mal, ohne ersichtlichen Anlaß Anfälle auf, die dem oben beschriebenen sehr ähnlich waren. Einmal kam es dazu im Operationsaal vor der Operation. Dieser Anfall dauerte eine halbe Stunde; Patientin war erschöpft nachher und hatte Kopfschmerzen, so daß sie einen Tag mit der Arbeit aussetzen mußte. Ein anderer Anfall trat nachts im Bett auf und dauerte nahezu zwei Stunden, ein dritter während des Mittagessens dauerte nur wenige Minuten. Die Patientin pflegte während der Anfälle Kampfszenen zu reproduzieren, dabei mit einem imaginären Maschinengewehr zu schießen und Handgranaten zu werfen und, unterbrochen von Zähneknirschen, lange Reden zu halten, indem sie Nichtanwesende zur Teilnahme am Kampf aufrief. Beginn und Ende der Anfälle erfolgte plötzlich, zweimal hat sich Patientin leichtere Verletzungen dabei zugezogen. Es bestand Amnesie für die Anfallzeit. Körperlich war die Patientin von asthenischem Bau, untermittelgroß, in mäßigem Ernährungszustand. Sie hatte ein zeitweise leicht dekompensiertes Herz (chronischer Myocardschaden), das auf kleine Dosen Digitalis gut ansprach. Einmal nach dem Anfall mußte wegen fortgesetzter Cyanose, Dyspnoe und Puls über *120/min*, Strophanthin i. v. gegeben werden. Daneben bestanden gewisse Zeichen vegetativer Dystonie, die sich in den Zeiten der Verstimmung verstärkten, z. B. Lufthunger und eine starke respiratorische Arrhythmie, auch wenn der Kreislauf sonst gerade kompensiert schien. Die Menses waren (angeblich seitdem die Patientin von zu Hause weg ging) sehr unregelmäßig, unterbrochen von monatelangen Pausen, und dann wieder recht profus. Patientin rauchte etwa 15 Zigaretten im Tag und trank ab und zu etwas Schnaps, wobei sie eine deutliche Alkoholintoleranz hatte.

2. **Dara S.**, 23 Jahre, beobachtet im Zentral-Spital Meljine, Februar bis April 1945, unverheiratet, aus Herzegowina, kam von der kämpfenden Truppe wegen körperlicher Schwäche im Februar 1945 als Pflegerin in ein Divisionsspital. Während sie früher nie aufgefallen war, traten dort gehäufte Anfälle auf, und sie wurde deshalb in unser Zentralspital evakuiert. Hier hatte sie während einer Beobachtungszeit von etwa 5 Wochen täglich Anfälle. Diese waren sehr ähnlich wie die oben beschriebenen, so heftig, daß die zart gebaute Patientin von ihren 5 Zimmerkolleginnen nicht daran gehindert werden konnte, sich zu verletzen (Handverstauchung). Die Intelligenz und

Ansprechbarkeit waren gut. Häufig traten die Anfälle nachts auf, aber auch tagsüber, bis zu zwölf an einem Tag. Sonst war Patientin gesund, bis auf etwas Kopfschmerzen nach den Anfällen. Sie war von asthenischem Körperbau und hatte reichlich Zeichen vegetativer Dystonie. Auch diese Patientin zeigte Menstruationsstörungen, nämlich eine sechs Monate dauernde Amenorrhoe.

3. **Luka**, 21 Jahre alt, beobachtet im Zentralspital Meljine Jänner bis April 1945; seit 1943 in der Partisanenarmee, war ein tüchtiger Desetar (Gefreiter). Kommt Mitte Januar 1945 mit einer 2 Monate alten offenen Unterschenkelfraktur in unser Spital und bleibt dort bis zur Heilung im April 1945. Patient ist von muskulösem Habitus und in gutem Allgemeinzustand. Mitte Februar treten erstmals heftige Anfälle auf, zeitweise mehrmals täglich, dann wieder mit Pausen von mehreren Wochen. Auch hier sind die Anfälle sehr ähnlich, wie oben beschrieben: nämlich plötzlich einsetzende Bewußtseinsstörung mit wildem Um-sich-schlagen und Reproduktion eines Sturmangriffs. Das allgemeine Verhalten des Patienten hat sich nicht verändert. Auch während der Beobachtungszeit ist der Patient intelligent, dienstbereit und ein guter Kamerad. Er ist Leiter des Lesezirkels in diesem Krankensaal.

Patient weist keine Zeichen von neurovegetativer Dystonie oder Stigmatisierung auf und wirkt schon wenige Sekunden nach dem Anfall wieder ganz normal.

Wir heben hervor, daß im selben Zimmer, mit 16 Betten, hintereinander 6 bis 7 Erkrankungen an "Partisanenanfällen" vorkamen. In diesem Zimmer lagen nur Leichtverletzte, und die Patienten wechselten rasch. Die dort induzierten Fälle waren dem oben geschilderten sehr ähnlich. Alle bis auf einen behielten die Anfälle, bis sie das Spital verließen; nur einer heilte während der Beobachtungszeit.

4. **Pero**, 12 Jahre, beobachtet Poliklinik Prijedor der Schweizerspende Mai bis Sept. 1946. Mutter Lehrerin; hyperthyreotische, nervöse, intelligente, unordentliche Frau, Vater im Krieg gefallen. Das Kind hat vom 7. bis 11. Lebensjahr mit längeren Zwischenzeiten immer wieder Verhaftungen, Kämpfe, Überfälle, Bombardements mitangesehen, ohne davon selbst unmittelbar betroffen worden zu sein. War ständig mit der Mutter zusammen, zeigte keine übertriebene Angst oder sonst auffallendes Verhalten und habe sich körperlich und geistig normal entwickelt. 1 Jahr vor der Beobachtungszeit besuchte der um 8 Jahre ältere einzige Bruder, der 21/2 Jahre im Krieg abwesend war, zum erstenmal wieder seine Familie und blieb etwa 6 Wochen lang bei ihr. Dieser Bruder ist Leutnant und nun in einem Offizierskurs abwesend. Während seines Urlaubs hatte er häufig "Partisanenanfälle", z. B. beim Essen, oder nachts, wo er in einem Zimmer mit dem Bruder schlief. Die Anfälle des Bruders wurden von der Mutter so geschildert, wie der oben beschriebene "auf der Fähre". Die dargestellte Szene habe zum Inhalt: Kameraden werden aufgefordert, ein

belagertes Dorf zu verteidigen und die bäuerlichen Einwohner nicht dem Feinde preiszugeben. Sturmangriff. Etwa 2 Monate nach Abreise des Bruders bekommt Patient den ersten Anfall, ohne äußeren Anlaß, ganz ähnlich wie der Bruder, nur der Inhalt sei etwas anders: eigene Erlebnisse, Erinnerungen aus der Schule, von Kampfspielen und sportlichen Ereignissen. Es sollen immer weit zurückliegende Erlebnisse reproduziert werden. Seit 6 Monaten treten die Anfälle immer häufiger auf, zuletzt täglich, oder täglich mehrmals, zu beliebigen Zeiten, tags und nachts auch wenn Pat. allein ist; nie in der Schule. Patient sei auch sonst nervös, gehe spät schlafen und stehe spät auf. In der ersten Klasse Gymnasium ist Pat. unter 40 Mitschülern Zweitbesten. Bei mehrmaliger ambulanter Untersuchung finden wir: körperliche Entwicklung dem Alter entsprechend, mit den ersten Anzeichen der beginnenden Pubertät. Mäßiger EZ. Innere Organe und neurologisch o. B. An der Stirne ein Haematom; angeblich vom

7

letzten Anfalle her. Pat. macht einen vollständig "normalen" Eindruck. Stimmungslage heiter. Kontakt mit der Umgebung gut. Patient spricht und denkt klar und intelligent. Interessengebiete dem Alter entsprechend.

Von den Anfällen spricht Pat. unbefangen; möchte sie gerne los sein; nachher täte ihm immer alles weh. Erinnerung an die Anfälle lückenhaft, wie an Träume. Pat. kann nichts vom Inhalt des letzten Anfalles erzählen, der uns von der Mutter geschildert wurde. Er erzählt sonst gut, ohne Auslassungen oder affektbedingte Sperrungen. Motorische Unruhe bei der Exploration: Aufstehen, Niedersetzen.

Behandlung mit Luminaletten und Aufklärung der Mutter, daß es sich um ein harmloses Leiden handle, hilft nichts. Patient schläft zwar abends früher ein, hat aber weiter Anfälle. Milieuwechsel wird anempfohlen.

Bei der Nachuntersuchung im Sept. 1946 hat Patient schon seit etwa 2 Monaten keinen Anfall mehr gehabt. Das Milieu hat nicht gewechselt, doch hat er als Botengänger und Ausläufer für unser Spital und bei der Spielaufsicht über kleinere Kinder eine Aufgabe gefunden, die ihn in der Zeit, die die Schule frei läßt, voll beschäftigt. - Übrigens soll auch der noch immer im Militärdienst abwesende Bruder keine Anfälle mehr haben.

Häufigkeit: Diese Kriegsneurose war so häufig, daß sie ein ernstes wehrmedizinisches Problem darstellte. *Klajn* vermutet, daß es über 3000 Erkrankte gegeben habe, doch scheint uns diese Zahl viel zu niedrig gegriffen (auch *Bethajm* u. a.). Wir selbst sahen etwa 150 bis 200 Anfälle bei etwa 80 verschiedenen Personen. Wie groß die relative Erkrankungszahl war, ist auch nicht möglich anzugeben. Am größten war sie wohl in den Spitälern und ersten gesicherten Hinterlandsposten.

Wir hatten in unserem Spital in Meljine bei einem Bestand von etwa 700 Köpfen inkl. Personal im Durchschnitt ständig etwa 20 Anfallsranke.

Alter: Wir sahen (wie auch die übrigen Autoren) nur jugendliche Erkrankte sowie Kinder unmittelbar vor oder während der Pubertät. Das häufigste Erkrankungsalter lag wohl zwischen 17 und 22 Jahren. Doch war dies auch die Altersstufe, die in der Partisanenarmee am zahlreichsten vertreten war.

Geschlecht: Befallen wurden Männer, Frauen und Mädchen, vielleicht mit einer gewissen relativen Bevorzugung des weiblichen Geschlechts.

Nationalität: Alle Nationen Jugoslawiens, aber im großen ganzen mit Ausnahme der Slowenen, waren befallen.

Religion: Die Erkrankung bevorzugte keine der in Jugoslawien vertretenen Konfessionen: Griechisch-Orthodoxe, Katholiken und Muselmanen fanden wir unter unseren Patienten.

Soziale Stellung: Die Erkrankten waren fast durchwegs die Kinder von Bauern oder Landarbeitern, nur sehr selten Städter. Wir beobachteten keinen einzigen Patienten, der vor dem Kriege einen intellektuellen Beruf ausgeübt hatte. Es erkrankten nur, "Primitive" in bezug auf ihre Bildung. Nach *Simmel*, *Menninger* u. a. verschonen andere Formen der Kriegsneurosen auch Gebildete nicht; ja auch Militärärzte sind so erkrankt.

8

Intelligenz: Die Patienten zeigten alle mittlere bis gute Intelligenz; Debile waren selten.

Der Beginn der Erkrankung erfolgte erst im Hinterland. Nach *Klajn* traten die ersten Fälle 1943 in dem ersten größeren befreiten Gebiet, das die Partisanen beherrschten, auf. *Klajn* sagt, 1943 seien die ersten Fälle im eben befreiten Gebiet aufgetreten und findet in seinem Material 40% der Fälle erst nach dem Kriege erkrankt. Direkt an der Front wurden keine Erkrankungen beobachtet.

Die Induktivität und Uniformität der Anfälle sind die auffallendsten Merkmale dieser Kriegsneurose. Grenzfälle mit anderen Erkrankungen kommen vor, sind aber selten. So beobachteten wir einen 25jährigen Patienten mit epileptischer Charakterveränderung, der neben echten epileptischen Anfällen Partisanenanfälle hatte. Bei einem Mädchen, das im Krieg Partisanenanfälle gehabt haben soll, trat 10 Monate später ein hebephrener Schub auf. Eine unserer Patientinnen zeigte neben den Partisanenanfällen hysterische Aphonie und Hemihypästhesie.

Schwerere Schädelverletzungen, Verschüttete oder sonst schwer Verletzte erkrankten auffallend selten. Wir haben unter zahlreichen Patienten mit Kopfschüssen, die wir sahen, keinen Fall von

Partisanenkrankheit gesehen. Die "Granatexplosion in unmittelbarer Nähe" spielte, anders als im I. Weltkrieg, in der Anamnese dieser Kriegsneurotiker keine Rolle.

Wir können also die Diskussion, der schon zu Ende des ersten Weltkrieges widerlegten Erschütterungstheorie von *Oppenheim* ("molekulare" Veränderungen in den Ganglienzellen) unterlassen. Auch zum Problem von Neurose und Schädeltrauma, das von *R. Brun* (5) erschöpfend behandelt worden ist, haben wir nichts beizutragen.

Andere Kriegsneurosen, wie eigentliche Schreckneurosen, Angstneurosen, hysterische Tremorzustände, Mutismen usw. waren in Jugoslawien extrem selten und werden in der Literatur nur als seltene Ausnahmefälle erwähnt (*Klajn, Dojc, Betlheim*). Andererseits wollen wir hervorheben, daß schon *Charcot* in seinen "Leçons de mardi" (7) eine Kriegsneurose bei einem deutschen Soldaten zitiert, die mit den unten beschriebenen Anfällen große Ähnlichkeit hat. Sonst scheint diese Form der Kriegsneurose selten zu sein, wobei nicht bekannt ist, ob in diesem Weltkrieg nicht in ähnlichen Verhältnissen, z. B. in Polen oder Frankreich, ähnliche Neurosen auftraten.

Wir wollen dieser phänomenologischen Schilderung und der Zusammenfassung der auffallenden Züge der "Kriegsneurose der Jugoslawen" den Versuch einer Deutung der Eigentümlichkeit gerade dieser epidemischen Form der Kriegshysterie folgen lassen. Zwar haben wir bei keinem Fall eine

9

Psychotherapie (Analyse) durchgeführt; doch glauben wir aus den Symptomen, den gut bekannten Umwelt- und Situationsgegebenheiten, den eigentümlichen Gemeinsamkeiten der Vorbedingungen und des Verlaufes und aus dem, was man überhaupt von Neurosen weiß, eine brauchbare Erklärungshypothese liefern zu können; zumindest so, wie wir es gewohnt sind, teilweise auf Analogien aufbauend, die wahrscheinliche Charakter- und Neuroseentwicklung eines zu begutachtenden Patienten darzustellen, von dem wir nur Vorgeschichte und Krankheitsbild kennen, ohne ihn analysiert zu haben. Kurz, wir versuchen die gemeinsame Psychodynamik zu verfolgen, ohne auf die (individuellen) Bedingtheiten der Symptome einzugehen oder sie verfolgen zu können.

Wir haben den Eindruck, daß auch den Kriegsneurosen kein einheitliches nosologisches Geschehen und keine einheitliche Pathologie zukommt, und sich aus diesem Sammelbegriff einzelne Krankheitsbilder herausheben lassen; ähnlich wie dies *R. Brun* (5) bei den "Neurosen nach Schädeltrauma" tut. Auch diese wurden als Unfallneurose schlechtweg aufgefaßt, bis die nähere Beobachtung lehrte, wie verschiedenen Krankheiten man denselben Namen gab. Diese Überlegung gibt uns den Mut, auf die geschilderte Kriegsneurose näher einzugehen.

Noch viel plötzlicher und unmittelbarer als in anderen Ländern, ohne vorhergehende Disziplinierung und Schulung, ergriff die Umwelt des Krieges den Jugoslawen. Meist durch brutale Zerstörung seines Heimes und der Familie, oder durch unmittelbare Lebensbedrohung getrieben, ging er "in den Wald". Ohne weiteres wurde er bei den Partisanen aufgenommen und fand sich fortan in einer ständig gehetzten, nach Zahl unterlegenen Gruppe dem übermächtigen Feind gegenüber. Seine ganze Triebenergie war auf den Kampf gerichtet. Die reale Notwendigkeit zwang ihn, alle psychischen Energien auf den Angriff, die Verteidigung, die mühevollte Erhaltung des Lebens zu richten. Dabei kamen die aggressiven Formen der Libido zu einer ständigen Abfuhr oder wurden in der Kampfsituation wenigstens an ein Ziel gebunden erhalten.

Durch Monate und Jahre unterwegs, unterernährt, den schwersten Strapazen und meist den Unbilden der Witterung ausgeliefert, war wohl das physiologische Libidoangebot der Kämpfer und Kämpferinnen herabgesetzt. Doch hat sicher die ständige Nähe der realen Gefahr und die täglich erlebte Grausamkeit der Okkupanten und der Feinde im eigenen Lande, besonders an Angehörigen und Freunden, dazu beigetragen, daß nur selten völlige Apathie eintrat. Wir meinen hier die Apathie der Erschöpfung, des primären Versiegens der Triebe, nicht die sekundäre Apathie bei einem unlösbaren Triebkonflikt, wie sie in diesem Krieg bei höher organisierten Massen und Einzelindividuen häufig zu beobachten war .

Die genitale Libido stieß auf Versagung. Mit Ausnahme von Slowenien, wo als einzigem Landesteil die Partisanenanfälle nicht vorkamen, galt

10

in allen Partisaneneinheiten strengstes Sexualverbot. Liebesbeziehungen wurden nicht geduldet. Eine erotische Beziehung hatte, sobald sie von den Kameraden oder Kameradinnen bemerkt wurde, was bei dem nahen Zusammenleben der Truppe nicht lange ausbleiben konnte zur Folge, daß die Partner vom politischen Leiter der Einheit verheiratet und dann sofort getrennt wurden, indem der eine in eine weit entfernt operierende Einheit geschickt wurde. Das bedeutete Trennung auf Kriegszeit, oft auf die restliche Lebenszeit. War einer der Partner verheiratet, eine Heirat also unmöglich, begnügte man sich nicht immer mit der Trennung; oft wurden beide Partner sogleich

kriegsrechtlich erschossen. Jede Art von Promiskuität, Prostitution, sowie das Erwerben von Geschlechtskrankheiten wurde fast ausnahmslos mit dem Tode bestraft¹). Die Versagung der genitalen Libido war also durch Todesdrohung von seiten der eigenen Kameraden gestützt - eine psychische Situation, wie wir sie sonst nur im Stadium der akuten Kastrationsangst finden. Hier war die Drohung aber eine reale. Daß andere Triebkomponenten statt Versagung eine reale Abfuhr erlebten, läßt sich leicht vorstellen. Ruhm und Anerkennung bei Mitkämpfern und Beschützten vermochte dem Narzißmus zu genügen. *Simmel* (11) erklärt andere Formen der Kriegsneurose aus einer Schädigung der narzisstischen Ich-Konstitution, in welche die Soldaten unter der militärischen Einheitsdisziplin regrediert sind, und die dann auftritt, wenn der Soldat die Liebe seines plus-ambivalenten Vaterersatzes, des Vorgesetzten, verliert, während er in seinem Ich von außen durch die reale Gefahr und von innen durch den minus-ambivalenten Vaterersatz, den Feind, bedroht ist. Diese Auffassung kann aber in der Partisaneneinheit nicht stimmen, in der es anfangs keine Vorgesetzten gibt, sondern die nach Art einer gleichberechtigten Brüdergemeinschaft organisiert ist.

Unsere Annahme geht nun dahin, daß sich in den Kampfgemeinschaften ein neues Über-Ich mit neuen Inhalten und neuen an diese geketteten Sekundärtrieben ausbildet. Sonst verlegen wir die Entstehung des Über-Ich in die Zeit der beginnenden Pubertät und erklären sie aus der Identifikation mit den Eltern bei der Auflösung des Ödipuskomplexes. In der weitgehenden Triebeinschränkung der zivilisierten Gesellschaft bleibt das Über-Ich ziemlich

11

starr. Bei den jugendlichen "Primitiven" kommt es zu einer Veränderung des Über-Ich, das eine Auf- und Umschichtung des vorher Vorhandenen, bei der Auflösung des Ödipuskomplexes ausgebildeten, darstellt.

Es würde zu weit führen, die eigentümlichen nationalen und klassenmäßigen Charakterzüge zu beschreiben, welche die sog. "primitiven" Bauern und Arbeiter hatten. Sicherlich ist aber das, was wir als "primitiven" Charakter, als "unkultiviert", "unzivilisiert",

¹ Als praktischer Grund wird für diese Maßnahmen angegeben, daß man weitgehende Promiskuität nicht anders hätte sicher vermeiden können, da bei den Truppen meist Primitive, jugendliche Männer und Frauen enge zusammenlebten, in einer Situation in der die nächste Stunde den Tod bringen konnte, in der viele soziale Bindungen und Verbote (Familie usw.) aufgehoben waren. Die bäuerliche Bevölkerung, moralisch religiös eingestellt, wenn auch von verschiedenen Bekenntnissen, sollte aber den Unterschied sehen zwischen den Befreiern und den Unterdrückern, welche die Partisanen als sittenlose, barbarische Banden anprangerten. Nur wenn da strenge Sitten herrschten, waren die Eltern bereit, ihre Kinder, besonders die Töchter mit den Partisanen ziehen zu lassen, diese zu unterstützen und sie als ihre idealen Vertreter gegenüber dem Feinde anzuerkennen.

bezeichnen, eine Funktion des Über-Ich mit besonderen Inhalten und an diese in besonderer Menge und Verteilung geketteten Partialtrieben.

Daß uns der "Primitive" "natürlich" und "kindlich" vorkommt, läßt uns schwer erkennen, daß sein Über-Ich dem Ich gegenüber teilweise von relativ schwacher Struktur, variabel und wenig ausdifferenziert sein muß.

Das "neue Über-Ich" der Partisanen ist z.B. stark genug, noch heute einen Bauern, der ,im Wald' war, anders erscheinen zu lassen als seinen Nachbarn. Es ist ein Massen-Über-Ich. Es formte sich

1. an der Identifizierung mit hervorragenden Mitkämpfern und Kämpferinnen;
2. an der Identifikation mit dem leidenden und dem zu befreienden Volk (Narod), mit dem der Partisan sich schon deshalb eins fühlt, weil es derselben übermächtigen Bedrohung ausgesetzt ist;
3. nach den wenigen, aber strengen Geboten und Verboten, die - aus der Situation abgeleitet - von der militärischen und politischen Führung gefordert, von der Gemeinschaft mit ähnlicher Ausschließlichkeit angenommen wurden, wie etwa das Diebstahlverbot von der ganzen Menschheit.

Als Hauptinhalte ergeben sich: völliges Sexualverbot; äußerste Kameradschaft, inklusive Aufhebung des Eigentumsrechtes innerhalb der Kampfgemeinschaft und schrankenlose Bereitschaft sich füreinander aufzuopfern, und Heldenhaftigkeit (junastvo). Diese beinhaltet die absolute Bereitschaft, Feinde und Verräter zu vernichten und im Kampfe ein asketisches, zur Selbstaufgabe neigendes Verhalten zu zeigen. Nicht dazu gehören - wie etwa bei uns - das stille Ertragen von Schmerzen, eine bestimmte äußere Haltung; kurz, der Held darf wenigstens anfangs Angst haben, sie zeigen, aber er darf nicht ihr entsprechend handeln.

Dieses Über-Ich war libidinös gespeist von den zielgehemmten (sublimierten) homo- und heterosexuellen Trieben. (Die letzten besonders deutlich bei der enormen, ja übertrieben anmutenden Fürsorge für die Verletzten.) Es war ein Massen-Über-Ich. Es legte der Aggression keine Schranken an, wies ihr nur die Richtung. Gegen das Ich gerichtete Aggression (ob wir sie als Masochismus, Gewissensangst, Strafbedürfnis oder Todestrieb erklären wollen) fand Abfuhr in der nötigen und erlaubten Selbstaufopferung.

Das Über- Ich belegte die genitale Libido mit Verbot. Es formte sich in

12

Einklang mit dem "Selbsterhaltungstrieb". Es zwang zur teilweisen Verdrängung der Realangst.

Wir haben teilweise das Gemeinsame der Triebökonomie bei unseren Patienten geschildert und gleichzeitig einige der gemeinsamen Züge der Vorpersönlichkeit unserer Patienten.

Wir sahen wenigstens unter den primär Erkrankten keinen Nicht-Primitiven; z. B. keinen Patienten mit abgeschlossener Mittelschulbildung, geschweige denn Akademiker, trotzdem natürlich auch solche unter genau gleichen Bedingungen standen. Die Primitivität als Vorbedingung für diese Kriegsneurose heben auch *Dojc*, *Klajn* usw. hervor .

Auffallend war, daß fast alle primär Erkrankten und viele Induzierte sich im Kampfe irgendwie ausgezeichnet hatten; am häufigsten betroffen waren die Unteroffiziere und niedrigen Chargen; selten gemeine Soldaten, und dann meist solche, die später Auszeichnungen erhielten, noch seltener höhere Offiziere.

Es erkrankten also vorwiegend junge Ungebildete (eigene Beobachtung, *Klajn*, *Dojc*), Primitive, deren Verdienste auf ein besonders mächtiges "neues Über-Ich" schließen ließen, die offenbar nicht nur intelligent genug waren, sich einen Rang zu erwerben, sondern auch ihr Über-Ich neu auszubauen, und vorher genügend primitiv (infantil, Über-Ich - schwach) waren, um sich noch voll identifizieren zu können und ihr äußeres und inneres Verhalten der Partisanen-Organisationsform zu unterwerfen.

Der Ausbruch der Kriegsneurose erfolgt dann, wenn eine plötzliche Libidostauung eintritt. Das ist der Moment, in dem der jugoslawische Partisan ins Hinterland, in "geordnete" Verhältnisse kommt (*Klajn*, eigene Beobachtung). Der Übergang in dieses Leben bringt eine andere äußere, biologische und psychologische Situation. Die Spannung läßt nach, Libido wird frei (flottierend). An Stelle von fortgesetzter Anstrengung: Ruhe, relativ bessere Ernährung und Unterkunft bringen körperliche Restitution, plötzliches Schwinden der Unterernährung, damit sicher auch Anwachsen des physiologischen (hormonalen) Triebangebots bei den jugendlichen Männern und Frauen. Bei letzteren stellten sich, nach anfänglichen Schwankungen, regelmäßige Menses wieder ein.

Die Abfuhr nach außen in Form der Aggression ist plötzlich nicht mehr möglich. Ja selbst sublimierte Formen der Aggression sind verboten: strenge Disziplin wird plötzlich gefordert, auch wer zu befehlen hat, muß dies in freundschaftlichster (und wie man wörtlich sagt "brüderlicher") Form tun, da die neuerworbenen demokratischen Rechte, sich von niemand etwas "befehlen" zu lassen, von der Gemeinschaft zähe verteidigt werden.

13

So sind übrigens auch andere sublimierte Aggressionen, wie Konkurrenzkampf, nationale und religiöse Haßregungen aufs strengste verpönt. Unter der Erreichung dieses Zieles wird, wohl durch Anklänge an die Situation des Kindes in der Geschwistergemeinschaft, auch das alte "Vorkriegs- gewissen" mit seinem inneren Aggressionsverbot wieder geweckt. Wiederum sind es

andere zielgehemmte (sublimierte) Triebkomponenten, welche bei einigem Weitergehen der Sublimierungsarbeit unter den inneren und äußeren Verboten und bei leichter Verschiebung der Triebhalte am ehesten zur Abfuhr kommen können: masochistische Regungen als Disziplin, narzisstische als Wettkampf beim Wiederaufbau, homo- und heterosexuelle zielgehemmte Triebe im Gemeinschaftsleben, im Aufgehen in der neuen Volksgemeinschaft; in der Fürsorge für die Opfer des Krieges usw.

Was lange Zeit hindurch verboten blieb, war die Abfuhr der genitalen sexuellen Libido. Die rationellen Gründe für das Verbot fielen zwar weg. Es wurde aber gegen manchmal starke Widerstände aufrechterhalten, und zwar auf folgende Weise:

1. als direktes Verbot der militärischen und politischen Führung.
2. Übertretungen wurden von der Gemeinschaft aufgedeckt und verfolgt und die Übertreter und ihre Sünden vor eine öffentliche Diskussion aller Kameraden und Kameradinnen der Einheit geladen und zur Verantwortung gezogen.
3. Vom Gewissen der Individuen selbst.

Praktisch ging dies so vor sich, daß z. B. in einem größeren Spital die Pflegerinnen wöchentlich die Abteilungen wechseln mußten, damit sie nicht zu nahe Bindungen mit den Patienten bekämen; daß jedermann über das sittliche Betragen aller seiner Mitarbeiter und Kameraden so wachte, oder wachen sollte, wie etwa bei uns die Lehrerin eines Mädchenpensionats über ihre Schützlinge, und jede Beobachtung dem Kommando überbrachte, das dann sofort eine Versammlung einberief, wo der Fall coram publico besprochen, diskutiert und mißbilligt wurde; daß der Kontakt mit Personen, die nicht dem Gesetz des Waldes unterstanden, gemieden wurde, "um nur die Bewegung reinzuhalten".

Bei Punkt 1 und 2 hatten wir den Eindruck, daß in der Art, wie das Sexualverbot gehandhabt wurde, ein starker Sexualneid mitsprach, der teils aus Identifikationen bestehend, geeignet war, starke Aggressionstendenzen an sich zu ketten, von denen wir weiter oben sagten, sie fänden nun eine sehr erschwerte Abfuhr und seien ziellos.

Die aggressive Durchführung des Verbots wird dadurch wohl erklärt, nicht aber, warum es so allgemein und so lange durchgeführt wurde. Wir sagten, es sei im Gewissen, also in der Über-Ich-Struktur der Betroffenen selbst verankert gewesen.

Diese verhielten sich in der Tat so, wenn sie auch nur wegen eines "Flirts" zur Verantwortung gezogen wurden, wie etwa ein gläubiger Christ dem Ehebruch gegenüber;

sie zeigten Schuldgefühle bis zu Tränen, schworen sich und anderen, es nie wieder zu tun und verstärkten ihre Tätigkeit in der Gemeinschaft besonders so, daß sie bei anderen um so strikter auf Einhaltung der Gesetze des Sexualverbotes sahen. Oder aber sie heirateten widerspruchslos den Partner, mit dem sie nichts verband, als eine kurze Bekanntschaft.

Das Verbot wurzelte also im Über-Ich aller echten Partisanen.

Wir haben wiederholt bemerkt, daß Nichtprimitive oder ältere Leute die Strenge des Verbots zu mildern oder sie unter Hinweis auf die Änderung der Situation zu entkräften versuchten. Sie verhielten sich etwa wie Erwachsene, die der übertriebenen Prüderie ihrer Kinder in der Pubertätszeit vernünftig gegenüberreten - und sie stießen dabei auf dasselbe affektiv bedingte Unverständnis.

Zu der Beschreibung des Zustandekommens des neuen Über-Ich müssen wir nachholen, daß das Sexualverbot zwar anfangs reale Gründe hatte, aber sicherlich unbewußt angenommen wurde, um andere Verdrängungen zu erleichtern. Der Verzicht auf so vieles brachte diesen Verzicht noch mit sich.¹ Mit anderen Worten: Sobald sich die jungen Leute in die todgeweihte Brüdergemeinschaft begaben, kehrten sie bereits in das Stadium der Vorpubertät zurück. An Stelle des Inzestverbots steht nun das allgemeine Sexualverbot.

Das Nachlassen der "Spannung" ist also nicht nur ein passiver Vorgang. Es läßt nur die reale Bedrohung und Anstrengung nach; die Triebspannung wächst an. Im einzelnen kommt es zu der beschriebenen Umschichtung psychischer Energien, welche ein Anwachsen der Triebspannung zur Folge hat und zum Ausbruch der Neurose führen kann.

Das erste massive Symptom ist der Anfall, wie wir ihn oben beschrieben haben. Einige Zeit vor dem Anfall bemerkt man bei den Betroffenen "eine gewisse allgemeine Verstimmung und Unruhe, wie sie auch beim Normalen das Anwachsen frei flottierender Libido und das Vordrängen verdrängter Affekte anzeigt .

Ähnliche Prodrome mit Verstimmung, Depression und Schlaflosigkeit sowie Tremor, Urininkontinenz und anderen somatischen Symptomen finden sich nach *Menninger* bei fast allen Kriegsneurotikern der amerikanischen Armee unmittelbar vor dem Ausbruch der Neurose.

Dieser Zustand stellt sich oft auch periodisch, jeweils vor den einzelnen Anfällen wieder ein, um sich dann im Anfall zu ,entladen'.

¹ Die, durch den Krieg und die Einordnung in die Kampfgemeinschaft zur Kämpferin und gleichberechtigten Kameradin gewandelte und emanzipierte Frau entsprach gar nicht mehr dem ehemaligen Triebobjekt; der Verzicht und die Aufnahme des Sexualverbotes in das neue Über-Ich wurde so erleichtert. Diese Wandlung ist nur aus der komplizierten sozialen Entwicklung von der orientalisches-feudalistischen Ordnung bis zur politischen und wirtschaftlichen Gleichstellung der Frau bei den jugoslawischen Völkern zu verstehen, die hier nicht dargestellt werden kann.

Der Anfall selbst fällt augenscheinlich in das Gebiet der "großen Hysterie". (Die während eines traumatischen Erlebnisses vom Inhalt abgespaltene Affektmenge entlädt sich in einem Dämmerzustand. Der verdrängte

15

Affekt ist nicht bewußtseinsfähig. Der Inhalt des traumatischen Geschehens wird durch Konversion am eigenen Körper dargestellt. Nach *R. Brun*)

Das Dargestellte entspricht einem Sturmangriff, untermischt mit anderen, mehr symbolhaften Erscheinungen, die wie in der "grande hystérie", unter Ingangsetzung primitiver Bewegungsabläufe, die symbolische Darstellung eines Coitus ausmachen. Der Sturmangriff wurde von den Befallenen tatsächlich, auch wiederholt, erlebt, aber unter drei uns wichtig erscheinenden Bedingungen:

1. Ein Sturmangriff stellte unter den Bedingungen des Partisanenkrieges, wenigstens anfangs, eine Flucht nach vorwärts dar. Er war der einzige Ausweg bei Umzingelung. Die kleinen Kampfgruppen mußten, auch wenn sie nicht umzingelt waren, ständig in Bewegung sein. Sie waren jeweils am zu erreichenden Orte sicherer, als wo sie schon geweilt hatten, und zogen so monatelang, einzelne Posten der Okkupationsmacht angreifend und überrennend, weiter. Andere militärische Möglichkeiten als das Losstürmen und Angreifen waren wegen der schlechten Bewaffnung und zahlenmäßigen Unterlegenheit nicht vorhanden. Unter Flucht nach vorwärts verstehen wir das Entgehen aus einer chronischen Angstsituation (nur teilweise Realangst, teilweise Gewissensangst, die selbst nicht bewußt ist) durch Bezahlen einer großen akuten Angstprämie.
2. durfte die Angst nicht einmal sich selber eingestanden werden. Sie mußte, wenn auch aus der Realität stammend, verdrängt werden; viel mehr als dies bei den straff organisierten und befehligten Massenheeren der Fall ist. Daß die Unterdrückung von Realangst die Aggression verstärkt, ist bekannt.
3. erfolgte das Erlebnis in der brüderlichen Masse. Durch Identifikation konnte überwunden werden, was dem einzelnen an sich nicht gelang. In lauten Reden und Zurufen spornten sich die Partisanen gegenseitig an, mutig zu sein. D. h. unter starker Belebung der homosexuellen Bruderbindungen zogen sie Libidobesetzung vom Ich ab und verkleinerten so die empfundene Angstmenge. In der Identifikation mit der Masse waren sie imstande, auch die Gewissensangst, die das Töten verbot (aus dem ursprünglichen Über-Ich) zu übertönen; dies eine häufige Erscheinung beim Verhalten von Massen im allgemeinen.

In einer hierarchisch patriarchalisch-organisierten Masse, wie es die modernen Heere sind, wird die Gewissensangst vermieden, solange der Vorgesetzte als anerkannte äußere Vaterinstanz die Verantwortung auf sich nimmt. (Simmel, Menninger).

Wir finden in unseren Anfällen die klassischen Tatbestände der Hysterie (nach *R Brun* (6))
Die Vorbereitung durch eine Versagung (die genitale!).

16

Die Auslösung durch eine an sich belanglose Situation, die zum Symbol wird, also die Auslösung durch ein Kleinstes, das mit dem traumatischen Erlebnis assoziativ zusammenhängt. (Häufig das Singen eines Kampfliedes, die Nachricht vom Tode oder von der Wiederauffindung von alten Kampfgefährten (*Klajn*), ein Wiedersehen.)

Die Bewußtseinsunfähigkeit des Affektes (hier der Angst und der sexuellen Libido), und zwar scheint die Aggression im auftretenden Dämmerzustand noch halbwegs bewußtseinsfähig und darstellbar, während sexuelle Libido und die Angst ganz bewußtseinsunfähig geworden sind. Darauf weist auch hin, daß nachweisbar fast alle diese Kriegsneurotiker, zumindest nachdem sie den ersten Anfall erlebt haben, impotent, bzw. frigide sind, und daß sie sich in neu auftretenden Gefahrensituationen durchaus mutig verhalten.

Die symbolische Befriedigung durch einen Ersatz, die mittels der Konversion durch plastische Darstellung am eigenen Körper erfolgt. Die Symbolhandlung stellt einen idealen Kompromiß zwischen dem Verdrängten und Verdrängenden dar, wie wir es von einem neurotischen Symptom erwarten: Es wird dargestellt die "Flucht nach vorwärts" und mit ihr die Furcht und Aggression, die heftige Identifikation, der verbotene Koitus. Durch die sekundären Versagungen, die im Hinterland eintreten, ist das Ganze bewußtseinsunfähig geworden und wird nur in einem Dämmerzustand erlebt. Gleichzeitig entspricht das hysterische Symptom noch den Forderungen des Über-Ich der einzelnen und der Sozietät, das genitale Abfuhr und Realangst verbietet und Aggression fordert.

Wie in unserer Gesellschaft die „Krankheit“ und der „Nervenanfall“ immerhin noch etwas Gestattetes ist, so ist in Jugoslawien im und nach dem Kriege der neurotische „Sturmangriffskämpfer“ noch erträglicher, als es einer wäre, der im Kampfe die Nerven verloren hat.

Die Abfuhr der Libidostauung ist bei der "großen Hysterie" nicht adäquat. Einzelne Neurotiker fühlen sich nach dem Anfall erleichtert (*Klajn*). Das mag auf Abfuhr der Aggression und

Absinken des Libidoangebotes durch Erschöpfung beruhen. Unter dem Wiederholungszwang werden die eingefahrenen Bahnen des hysterischen Dämmerzustandes und der motorischen Mechanismen immer häufiger benützt. Es kommt zur Häufung der Anfälle bei allen möglichen Anlässen, wie Zurücksetzungen, Streitigkeiten usw., die von *Dojc* (3) fälschlich als Ursache des Leidens angesehen werden und sogar zu Verwechslung mit Simulation führten.

Daß es zu einer Regression kommt, glauben wir gezeigt zu haben: Verdrängte Affektkomplexe werden wiederbelebt. *Klajn* beschrieb den Charakter der Kriegsneurotiker als "egozentrisch und infantil" und *Dojc* sprach direkt von „infantilen Trotzreaktionen“. Dieser Eindruck des

17

Infantilen kann wohl hauptsächlich durch die Regression, welche die Erkrankten mitgemacht hatten, erklärt werden. Die Regression erfolgt in den Narzißmus, soweit sie durch die Gefährdung der Integrität des Ich bedingt ist, wie dies als wesentlicher Mechanismus der Kriegsneurosen schon 1919 von *Freud, Ferenzci, Abraham und Simmel* (9) betont wurde. Als alleinige Ursache kommt aber die narzißtische Regression bei unseren Fällen nicht in Frage. Zwar weist die Todes- und Kastrationsdrohung sowie das Sexualverbot in diese Richtung. Doch werden bei unseren Patienten genügend Komponenten anderer Triebfixierungen betont. *Simmel* (11) führt neuerdings die Kriegsneurosen im allgemeinen darauf zurück, daß die narzißtische Regression durch die Heeresdisziplin einsetzt. Darin betrachtet der Soldat den Vorgesetzten als Vater, und neben der äußeren Gefahr ist die innere Gefahr des Verlustes des Wohlwollens des Vater-Vorgesetzten der hauptsächlich neurotogene Faktor. Wir sehen gerade darin, daß die Partisaneneinheit keine hierarchische Vaterdisziplin hat, einen wesentlichen Grund des Unterschiedes der beschriebenen Neurosen von den in den "zivilisierten" Heeren vorkommenden. Daß relativ so komplizierte und kombinierte motorische Mechanismen zur Auslösung kommen, glauben wir auf die beschriebene, in der Individualentwicklung spät einsetzende Bildung des betreffenden "Gelegenheitsapparates" (nach *Bleuler*) zurückführen zu können. Solche fixierte Affektreaktionen nach *Freud* (9) sind schon lange als wesentliches Merkmal aller Kriegsneurosen beschrieben. Natürlich sind sie der uniforme Inhalt auch dieser Anfälle. Sie sind aber nicht die Ursache (wie bei *Simmel*), und es ist Gegenstand dieser Untersuchung, festzustellen, wann die "Fixierung" erfolgte und warum gerade in dieser komplizierten Weise. Hier liegt ein weiterer wesentlicher Unterschied zu den Schüttlern, kriegsneurotischen Lähmungen, Mutismen usw.

Zusammenfassend

Was phänomenologisch die jugoslawische Kriegsneurose so ähnlich erscheinen läßt ist vor allem

1. ihre uniforme Vorpherson. Primitive mit einem identischen sekundären Über-Ich;
2. das physiologisch und real gleiche traumatische Erlebnis mit der eigenartigen Koppelung von Unterdrückung der Realangst und Verdrängung der bereits entwickelten genitalen Libidoabfuhr .

Die Frage nach der Neurosenwahl ergibt sich aus der Vorpherson des Erkrankten. Die Hysterie wird allgemein als der primitivste neurotische Mechanismus angesehen. Deshalb, weil anscheinend keine besonders schwere neurotische Erkrankung nötig ist, ist die Streubreite der "Späthysterie" ins Gesunde relativ groß, wie bei den Unfall- und den sonstigen

18

Kriegsneurosen. So fand *Laudenkeimer* sowie *Nikitin* (nach 5) unter der Gruppe der hysteroiden Kriegsneurotiker relativ am meisten psychiatrisch unbelastete Vorphersonen und *R. Brun* (5) sagt, daß es sich bei der Kriegshysterie zum erheblichen Teil um vorgängig ganz nervengesunde und auch in keiner Weise erblich belastete Bauernburschen gehandelt habe, bei denen von irgendwelcher neuropathischen Veranlagung oder Prädisposition nicht gesprochen werden konnte. Schließlich betont *Ferenzci* (8), daß primitive Personen zur Bildung "primitiver", - oder: archaischer - Neurosen neigen.

Die Schreckneurose (im Sinne der psychischen Schockwirkung des Traumas mit unmittelbar darauffolgenden aktualneurotischen Symptomen) haben wir wenigstens in rudimentären Formen in Jugoslawien auch beobachten können. Angstträume bei sonst nicht neurotisch erkrankten Personen, die stereotyp wiederholt wurden, kamen nicht selten vor. Die Schreckneurose zeigt zwar (nach *Brun* [6]) oft schon im Initialstadium einfache hysteriforme Symptome, sog. "Schreckhysterie"; es ginge aber wohl nicht an, die von uns beobachteten Anfälle diesem Krankheitsbild zuzuordnen. Es fehlen neuro-vegetative Störungen. Der Bewußtseinsverlust, das Fehlen von manifester Angst und die Induktivität blieben unerklärbar, da sie bereits bei Ausbruch der Neurose voll ausgebildet sind und nicht erst auf sekundäre Überlagerung hin entstehen. Auch in die einfachen Pathoneurosen nach *Ferenzci* lassen sich diese Krankheitsbilder nicht einordnen. *Menninger* (10) und *Simmel* (11) schildern in ziemlich ähnlicher Weise die Kriegsneurosen in der amerikanischen Armee des II. Weltkrieges. Die Psychodynamik sei bestimmt durch eine Schwächung des Ich, das auslösende Trauma, die mobilisierte Aggression und durch den Verlust der das Ich stützenden Faktoren, der Identifikation mit dem militärischen Führer-Vater und mit der Kampfgruppe bei *Menninger*; dem Verlust an Identifikation mit dem "guten" Vater-Offizier bei gleichzeitiger Bedrohung durch den "bösen" Vater-Feind bei *Simmel*. Beide Autoren sehen die Schwächung des Ich als Folge der Einordnung in die militärische Disziplin an, die Regression in

den Narzißmus als Folge der Todesgefahr und der Beeinträchtigung des Ich durch Strapazen und Entbehrungen. *Simmel* nimmt dazu beim Zustandekommen anscheinend aller Kriegsneurosen Mechanismen an, wie sie der Schreckneurose (Aktualneurose) zukommen: einen psychodynamischen Angstchock, auf einmal oder durch Summierung voll Furchtereignissen entstanden. Wir sagten schon, daß für unsere Beobachtungen diese Erklärung nicht in Frage kommt - schon deshalb nicht, weil ja hier die Erkrankung gerade niemals an der Front ausbrach. Es erscheint uns auch zweifelhaft, ob sie überhaupt für eine Mehrzahl der Kriegsneurosen stimmt. Doch schildert *Simmel* die Symptomatik seiner Fälle nicht näher *Menninger* legt größeren Wert auf die Angst, welche unerträglich wird, wenn der Soldat

19

gleichzeitig den äußeren Gefahren ausgesetzt ist und die innere Gefahr des Verlustes der ihm als infantil regrediertem Wesen nötigen Liebe seiner Vorgesetzten und seiner Gruppe droht. Wir glauben gezeigt zu haben, wie unsere Patienten die Realangst verdrängten und wie sie diese innere Gefahr nicht kannten, da sie keine Vater-Vorgesetzten hatten und mit Erhaltung ihres kämpferischen Geistes (borbenost nach *Klajn*) gar nicht zu einer Entzweiung mit der Gruppe kommen konnten, vielmehr jene Regungen verdrängten, die sie im Sinne ihres neuen Massenideals würden asozial werden lassen: im Wachbewußtsein wie im Anfall blieben sie - sehr zum Unterschied von den sonst bekannten Kriegsneurosen - kampfwillig und kampftüchtig. Eine P h o b i e, welche in der Regression auf prägenitale Stufen zurück zugehen pflegt, ist bei dem übermächtigen späten, das genital fertig organisierte Individuum treffenden Trauma nur dann zu erwarten, wenn sie an eine alte Kinderphobie anknüpfen kann. Auch ist das Verbot der bewußten Angst ja, wie wir zu zeigen versuchten, gerade einer der traumatisierenden Faktoren und wirkt, mit seiner Verdrängung der Realangst im Kampf, sicher eher erschwerend für das Zustandekommen einer Phobie. Tatsächlich sahen wir nie einen phobischen Patienten. Daß der Primitive nicht geeignet ist, eine Zwangsneurose zu bilden, geht aus seiner allgemeinen Charakterstruktur klar hervor .

Die Induktion

Die Kriegsneurose der Partisanen trat epidemisch auf; daraus erklärt sich die große Anzahl der Fälle. Die Ansteckung war so auffällig, daß *Klajn* sie kaum erwähnt und in der Diskussion nach seinem Vortrag sagt, er hätte sie als allzu selbstverständlich angesehen, um darauf einzugehen. Wir sahen viel mehr Fälle, die "angesteckt" waren, als primäre und beschreiben auch einen

(Krg.4). *Dojc* vergleicht die Krankheit mit der Chorea major der Kinder und meint, daß sozusagen alle Fälle durch Ansteckung entstünden. Es scheint, daß die Art, wie die Ansteckung vor sich geht, ein Mittelding darstellt zwischen der "Folie a deux" von *Charcot*, bei der zwei eng miteinander liierte Personen dieselben psychischen Störungen haben (primär und induziert), und den psychischen Epidemien des Mittelalters (Geißler usw.), als eine Massen-neurose explosionsartig sich ausbreitend in kürzester Zeit die Bevölkerung einer ganzen Stadt ergriff. Was wir über die Vorperson, die Über-Ich-Bildung, das Trauma, die Libidostauung und sekundäre Versagung gesagt haben, gilt in der Tat für eine große Gruppe von jungen, primitiven intelligenten Menschen, die den Partisanenkrieg miterlebt haben, und zwar lange und intensiv genug, um

20

völlig darin aufzugehen (sich zu identifizieren) und ihren Charakter darin zu ändern. Sie sind alle theoretisch prädisponiert, wenn ihre sekundären Sublimierungen nicht ausreichen, das Libidoangebot zu bewältigen und besonders, wenn die Störung tief genug ging, um das sekundäre Sexualverbot bis zur Impotenz aufzurichten. In einem Zustand des unlustvollen Schwankens und innerer Unruhe verlangen sie wider ihre bewußte Einsicht stürmisch, an die Front zurückversetzt zu werden, bevor sie marschfähig sind, oder auch wenn sie im Hinterland bei ihrer Beschäftigung fast unersetzlich geworden sind. Diejenigen, welche dank ihrer besonderen kongenitalen und Entwicklungslage geeignet sind, erkranken primär. Einer relativ großen Anzahl gelingt es um so leichter, sich den selben hysterischen Mechanismus anzueignen, der einen idealen aber neurotischen Ausweg darstellt, weil sie die Vorbedingungen zur Neurose in sich tragen und in der starken Identifikation mit den Kameraden im Anfall einer unbewußten Suggestion zugänglich sind. Sie lassen sich das suggerieren, was in ihnen vorgebildet ist, von denen, die ihre brüderlichen Liebesobjekte sind, Vorbilder (gute Kampfgenossen) in jeder Hinsicht, und mit denen sie als Masse individuelle Hemmungen teilen und überwinden können. Der dramatisch dargestellte Inhalt des Anfalles berührt unbewußte Assoziationen und bereitet die "Wiederkehr des Verdrängten" vor. Wenn wir hörten, wie ein Vernünftiger die um einen im Anfall Tobenden Herumstehenden mit den Worten auseinandertrieb: "Steht nicht so herum und starrt ihn nicht an wie hypnotisiert", und wenn wir die tranceartige Erregung in den Zügen der in Scharen Herumstehenden lasen, so beobachteten wir nichts anderes als den "hypnoiden Zustand" der erhöhten Suggestibilität (*Charcot*), der eine Rolle bei der Symptombildung der Hysterie spielt. Gesund bleiben diejenigen, denen es noch gelingt, die Verdrängungen teilweise aufzuheben. Sie finden entweder den Weg zurück zur genitalen Befriedigung, indem sie aber meist das neue Über-

Ich teilweise beibehalten. Andererseits sahen wir häufig unter unseren Augen neue Charaktere entstehen, die als Charakterneurosen aufzufassen sind: übermäßig Ehrgeizige, Gehemmte, Vielgeschäftige, Unruhige, chronisch Depressive. Nicht zu vergessen ist, daß die, welche nicht bald erkrankten den Abbau der äußeren und inneren Schranken erlebten und im Wiederaufbau des Landes, im wiederhergestellten Kontakt mit ihrer früheren Umgebung, Möglichkeiten fanden, jede Art von sozialer Sublimierung vorzunehmen; daß ferner ihre sublimierten Energien bei der weitgehenden Teilnahme des einzelnen an der Neuorganisation aller Zweige der Verwaltung und Wirtschaft ein Betätigungsfeld fanden, wie es kaum irgendwo anders so weit und unbegrenzt gegeben war.

Natürlich wird auch diese Kriegsneurose von Symptomen überlagert,

21

welche man als sekundär bezeichnen muß: Die Sucht, im Mittelpunkt zu stehen und Pflege, Mitleid und Sorgfalt der Umgebung nebst den dazugehörigen materiellen Vorteilen zu genießen, welche den Anfallkranken reichlich zuteil werden; wenn auch nicht Renten, so Urlaube und Erleichterungen zu bekommen; kurz der sekundäre Krankheitsgewinn.

So wird die Egozentrität und das Streben, sich hervorzutun, von *Klajn* (sicher richtig an den Neurotikern beobachtet, aber kausal falsch eingereiht) unter den prädisponierenden Faktoren angeführt. Das epidemische Auftreten wird auf Imitation zurückgeführt und durch "causale Agglutination" mit dem sekundären Krankheitsgewinn ein Großteil der Neurotiker als Simulanten behandelt (*Dojc*). Unter Weiterführung der *Babinski'schen* Lehre vom Pithiatismus hat *Dojc* solche Anfälle von gesunden Personen einstudieren und so demonstrieren lassen, sie also als hysterisch (nach *Babinski* bewußt nachahmbar) bezeichnet und nachahmbar mit bewußter Nachahmung gleichsetzend als Simulation behandelt. -

Daß sich unter reichlicher Ausbildung von sekundären Symptomen eine neurotische Charakterveränderung herausbildet, haben wir in Jugoslawien beobachten können, wie es bei unseren Versicherten immer wieder beobachtet werden kann. Da es sich ja nicht um Versicherte handelt, wurde es uns jedoch besonders deutlich, daß die Rente nicht Ursache, sondern nur sekundärer Inhalt der Neurose zu sein pflegt. Nach *Ferenzci* und *Simmel* sind die sekundären Überlagerungen auch bei anderen Formen von Kriegsneurosen die gleichen und führen auch dort zur Fixierung und zum Phänomen der "Flucht in die Krankheit".

Eine ganze Anzahl Fälle (z. B. Nr. 3) zeigten außer den Anfällen keine nennenswerten weiteren neurotischen Überlagerungen. Daß neurastheniforme Klagen auch bei länger bestehenden

gehäuften Anfällen überaus spärlich vorgebracht wurden, mag darauf beruhen, daß unsere Pat. sehr wenig neuro-vegetative Störungen ausbildeten, die so überlagert werden konnten. Nur über Müdigkeit und Kopfschmerz nach dem Anfall wurde manchmal geklagt. Übrigens fiel uns auch bei den Verletzten auf, wie selten und wenig massiv Störungen des neuro-vegetativen Apparates auch nach langen septischen Prozessen bei Kriegsverletzungen waren.

Therapie

Die Therapie müßte sich ohne weiteres aus der Psychologie der Kriegsneurotiker ergeben: während von der einen Seite die Schranken, die die Verdrängung aufrechterhalten, abgebaut werden müssen, sollten von der anderen Seite, durch analytisches Vorgehen, die verdrängten Inhalte samt ihren Affekten wieder bewußt gemacht werden. Diese Behandlung hätte in einer Umwelt zu erfolgen, welche möglichst wenig Gelegenheit zur sekundären Neurotisierung böte. Praktisch ist uns nicht bekannt, daß je ein Fall so behandelt worden wäre. Die erste im Lande angewandte Behandlungsmethode war die Hospitalisierung der Pat. Sie wurden sogar im Flugzeug nach Süditalien

22

evakuiert, wo sie zwar nicht heilten, aber dort zur Behandlung oder Rekonvaleszenz untergebrachte Kameraden in großer Anzahl induzierten.

Vor allem die Gefahr der Selbstbeschädigung im Anfall wurde als Grund für die Hospitalisierung angeführt, bis *Betlhajm* (2) zeigen konnte, daß ernstere Selbstbeschädigungen ungemein selten sind und wenn sie vorkommen, meist auf dem Hinzukommen eines unglücklichen Zufalls beruhen. Wir sahen allerdings oft leichtere Selbstbeschädigungen wie Exkoriationen, Kontusionen, Distorsionen und sogar Hand- und Unterarmfrakturen. Das zeugt von der Tiefe des hysterischen Dämmerzustandes einerseits, ist aber wohl andererseits auf die relative Indolenz der Pat. zurückzuführen. Fälle von Verletzung anderer im Anfall sind uns nicht bekannt geworden. Sogar Pat., denen entgegen den militärischen Vorschriften Handfeuerwaffen mit Munition oder Handgranaten belassen worden waren, agierten ihre Kampfszenen stets mit imaginären Waffen. In den jugoslawischen Spitälern konnten wir sehen, daß das enorme Interesse und die Sorgfalt, welche die Kriegsneurotiker bei ihren Kameraden, Vorgesetzten und auch den Ärzten fanden, eher dazu beitrug, daß sich die Anfälle häuften, mit anderen neurotischen Zügen überlagerten und Neuerkrankungen in der Umgebung zur Folge hatten. Das wird auch von *Klajn, Dojc* u. a. bestätigt. Die Entlassung nach Hause soll nur in wenigen Fällen Besserung gebracht haben, und sie schuf auch unter der Zivilbevölkerung, soweit sie der Partisanenbewegung nahestand,

Induktionen (Fall 4). Wenn, wie es vorkam, Erkrankte heirateten, brachte dies nach *Dojc* keine Heilung; vielmehr erwiesen sie sich meist als impotent oder frigide. Diese Mißerfolge sind nicht nur verständlich, sondern beweisen geradezu, daß es sich um eine Neurose und nicht, wie viele Autoren meinen, um eine Simulation gehandelt habe. Es wurden uns Fälle bekannt, wo Pat., an die Front zurückgekehrt, ihre Anfälle verloren, um sie wieder zu bekommen, sobald sie wieder ins Hinterland kamen.

Suggestive Maßnahmen sollen die Häufigkeit der Anfälle manchmal vermindert haben, brachten aber keine Heilung; ob jemals Hypnose an einer größeren Anzahl von Fällen angewendet wurde, ist uns nicht bekannt.

In einem Zentrum in Kovin wurde eine größere Anzahl von Neurotikern gesammelt und sollte dort nach Prinzipien der sogenannten pädagogischen Therapie behandelt werden: durch das Beispiel des Erziehers, durch eine Beschäftigungstherapie, durch Aufklärung der Kranken über ihre Krankheit und schließlich durch möglichst sparsam angewandte disziplinarische Maßnahmen. Und zwar sollten nach Trennung der unter den Neurotikern vorhandenen schwereren Psychopathen von den anderen, diese in ein Milieu gebracht werden, welches sich der Krankheit gegenüber vollkommen gleichgültig und unaggressiv verhielt. So sollte der sekundäre Krankheitsgewinn

23

ausgeschaltet werden. In der Identifizierung mit den Erziehern sollten die Neurotiker Freude an einer sozial nützlichen Arbeit gewinnen und allmählich sollte ihnen von dem ärztlichen Erzieher die Psychogenese seiner Krankheit klargemacht werden. Dieses von *Klajn* geleitete Zentrum scheiterte aber am Fehlen geschulter oder auch nur verständnisvoller Mitarbeiter .

Auch uns scheint es, daß bei der großen Zahl von Erkrankungen diese Behandlungsart praktisch nützlich gewesen wäre. Heute können wir sagen, daß sich immerhin eine große Anzahl der Kriegsneurotiker bereits selbst geheilt haben. Es scheint, daß die so spät eingetretene Konversion leichter rückgängig gemacht werden kann als die über den Verboten eines primären Über-Ich entstandene. Es ist auch natürlich, daß sich mit der Wiederkehr friedlicher Verhältnisse die strengen Forderungen des neuen Kollektivgewissens lockern mußten. Wenn bei einzelnen sich auch schwere chronische Neurosen entwickelt haben, so haben wir doch den Eindruck, daß ein Großteil der Erkrankten imstande war, auf die Regression zu verzichten und die verdrängten Triebe wenigstens in zielgehemmter Form zur Abfuhr zu bringen. Das neue Über-Ich bot, wie schon oben erwähnt, genügend Inhalte, an die sich jene zielgehemmten Triebe heften konnten; die in ihrer Quantität nicht eingeschränkte, aber in ihrer Richtung sozial gelenkte Möglichkeit der

Aktivität, kurz, die Arbeit des Wiederaufbaus, wie er in Jugoslawien heute zu sehen ist, ließ das Ich in Einklang mit den Forderungen des Über-Ich kommen. Das auch in seiner Stellung in der Außenwelt bestätigte Ich war geeigneter, die aus dem Es auftauchenden Triebansprüche bewußt zu verarbeiten, sei es durch Abfuhr oder Ablehnung.

Damit haben wir auch schon über die Prognose gesprochen. Sie ist, wie man bereits heute sehen kann, im allgemeinen gut. Die meisten Anfallkranken sind heute bereits spontan geheilt. Daß natürlich die Kriegsneurose bei einzelnen, in ihrer Vorpersönlichkeit besonders Disponierten, den Ausgangspunkt für eine chronische neurotische Entwicklung gegeben hat, ist klar. Doch unterscheidet sie sich darin von keinem anderen Ereignis, das eine latente Neurose zum Ausbruch bringt.

Zusammenfassung.

Es wird nach eigenen Beobachtungen und nach Arbeiten jugoslawischer Autoren eine Form der Kriegsneurose geschildert, wie sie in der jugoslawischen Partisanenarmee häufig, in uniformer Weise und psychoepidemisch auftrat. Das markanteste Symptom dieser Neurose ist ein hysterischer Ausnahmezustand, der Kampfanfall. Es wird versucht, die Psychodynamik der Anfallkranken zu verfolgen und sie zu erklären: aus der Bildung eines "sekundären Massen-Über-Ich" bei jugendlichen Primitiven, aus einem

24

gleichartigen traumatischen Erlebnis unter eigenartigen äußeren und inneren Bedingungen (Unterdrückung der Realangst, Sexualverbot usw.). Die Neurosenwahl dieser speziellen Form der Hysterie und ihre Induktivität wird diskutiert, und es werden andere psychoanalytische Erklärungen von Kriegsneurosen kurz berührt. Schließlich folgt ein Überblick über Therapiemöglichkeit und Prognose.

Literatur

- (1) *Alfandary Isak*: Die Kriegsneurose (Ratna Neuroza); Militär-Sanitäts-Rundschau (Vojnosanitetski pregled), Beograd, 1944, Nr. 1.
- (2) *Betlheim Stjepan*: Selbstverletzung bei Kriegsneurotikern; idem, 1946, Nr. 7-8.
- (3) *Dojc Josip* : Das Wesen der Nerven -Anfälle im Kriege (der Kriegsneurose) ; idem, 1946, Nr.3.

- (4) *Klajn Hugo*: Die Kriegsneurose der Jugoslawen (und Diskussion); idem, 1945, Nr.2.
- (5) *Brun Rudolf*: Die Neurosen nach Schädeltraumen; Schweiz. Archiv f. Neurologie u. Psychiatrie, 1938, XLI, Nr.2. (Siehe hier weitere Literatur bis 1938!)
- (6) *Brun Rudolf*: Allgem. Neurosenlehre; 1915, II. Aufl., Benno Schwabe Verlag, Basel.
- (7) *Charcot*: Leçons du Mardi; 2. Heft, 19.3.1889.
- (8) *Ferenczi S.*: Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen; Baust. zur Psychoanalyse, III. Bd., Hans Huber- Verlag, Bern, 1939.
- (9) *Freud, Ferenczi, Abraham, Simmel, Jones* : Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen; Intern; Psychoanalyt. Verlag.
- (10) *Menninger William C.* : Modern concept of War Neuroses; Bulletin of the New York Academy of Medicine, Jan. 1946.
- (11) *Simmel Ernst*: War Neuroses; Psychoanalysis today, New York, Intern. University Press, 1944.