

Zeitschrift: Schweizerische pädagogische Zeitschrift
Band: 21 (1911)
Heft: 4

Artikel: Über Angstneurosen und das Stottern
Autor: Frank, L.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-788600>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Über Angstneurosen und das Stottern.

Vortrag von Dr. L. Frank,
Nervenarzt in Zürich.

Die Resultate der psychologischen Forschungen der letzten Jahre, die besonders von den Wiener Forschern Breuer und Freud inau-
guriert wurden, haben die grösste Bedeutung für die Erziehung des
gesunden, wie des kranken Kindes. Es liegt deshalb auf der Hand,
dass diese Forschungsergebnisse in erster Linie das Interesse der
Lehrer beanspruchen. Dabei handelt es sich nicht darum, dem
Lehrer direkt zu seinen vielen Aufgaben und Pflichten, die ihm die
moderne Schule zuweist, noch neue zu häufen, sondern im wesent-
lichen darum, den Kreis seiner Beobachtungen zu erweitern und sein
Verständnis für das Seelenleben des Kindes zu vertiefen. Solches
Wissen erleichtert die Erfüllung der Pflichten, weil der Lehrer in
die Lage kommt, einerseits sich ihm entgegenstellenden Wider-
ständen leichter zu begegnen, andererseits wird ihm die tiefere Er-
kenntnis und die Naturbeobachtung zu einer Quelle freudigen Schaf-
fens. — Jedem Lehrer wird es täglich, am eindrucklichsten wohl mit
Beginn eines jeden Schuljahres der ersten Klasse der Primarschule
bewusst, dass das Kind, das ihm das erste Mal vom Elternhaus zur
Erziehung übergeben wird, eigentlich schon eine nahezu fertige geistige
Persönlichkeit darstellt. Das wird ihm erst recht klar und deutlich,
wenn er die Verschiedenartigkeit der einzelnen Kinder unter sich
zu vergleichen beginnt. Gehen wir den Ursachen dieser Verschieden-
artigkeit nach, so kommen wir auf zwei Hauptfaktoren, die in Wechsel-
wirkung treten. Erstens die Gehirnanlage und zweitens das auf
diese wirkende Milieu. Der erstere Faktor ist der wichtigere, durch
uns nicht beeinflussbar, der zweite das Gebiet der Erziehung.

Gehen wir nun auf den Gegenstand unserer heutigen Besprechung
näher ein, der Betrachtung psychopathischer Kinder, die an einer
A n g s t n e u r o s e leiden oder in Gefahr stehen, eine solche zu
erwerben, so müssen wir uns vor allem darüber klar sein, dass auch
hier die Anlage der ausschlaggebende Faktor ist. Alle diejenigen
Menschen, die eine Psychoneurose — und die Angstneurosen ge-
hören zu den Psychoneurosen — erleiden, sind Individuen mit einer
ganz bestimmten Gehirnanlage. Wenn wir von Psychoneurosen
sprechen, so müssen wir uns zuerst darüber klar werden, was wir
darunter verstehen. Wir sprechen bei den Erkrankungen des Ge-

hirns von Psychoneurosen und Psychosen. Um diese in einfacher Weise voneinander trennen zu können, mag es heute für uns genügen, wenn wir unter den Psychoneurosen lediglich Störungen im Affektleben verstehen, während wir unter den Psychosen das grosse Gebiet der Geisteskrankheiten verstehen. Aber auch die Psychosen können Störungen im Affektleben zeigen; in der Regel gehen aber diese Störungen in den Affekten mit intellektuellen Schädigungen einher. Wohl treten auch bei Psychoneurosen Störungen im Intellektleben auf, aber immer nur sekundär, durch die Affekte selbst bedingt und von grösster Bedeutung ist die Tatsache, dass diese sekundären Beeinflussungen der Verstandestätigkeit von den Patienten ausnahmslos als krankhaft erkannt werden.

Kehren wir nun zu unseren Affektstörungen, den Psychoneurosen, zurück, so wollen wir uns weiter darüber klar werden, wie diese Individuen geartet sind, und wie es möglich ist, dass ihre Anlage zu krankhaften Störungen führt. Wir wissen heute, dass das Kind von frühester Jugend an Eindrücke in sich aufnimmt, zunächst unbewusst, nach einiger Zeit bewusst und unbewusst. Wir wissen auch, dass die bewusst aufgenommenen Eindrücke unterbewusst werden, wir wissen ferner, dass gerade diese Eindrücke, die so unterbewusst werden, späterhin im Gehirn durch assoziative Anregung ihre Wirkungen geltend machen. Denn sie sind es, die schliesslich die psychische Persönlichkeit bedingen. Das sind Vorgänge, die Ihnen allen aus psychologischen Studien bekannt sind, und die ich Ihnen hier nicht näher zu schildern habe. Nur muss ich darauf hinweisen, wie stark affektbetonte Vorgänge direkt unterbewusst und so zur Ursache der psychoneurotischen Erkrankung werden können. Zu solchen Vorgängen sind gerade die Psychoneurotiker ganz besonders befähigt. Sie unterscheiden sich vom Durchschnittsmenschen gerade dadurch, dass ihre Affekte erstens leichter auslösbar sind, zweitens eine viel grössere Intensität erreichen, viel tiefere Bahnungen hinterlassen, drittens, dass die Affekte länger nachwirken können, und viertens, dass sie infolge ihrer leichtern Assoziierungs- und Kombinationsfähigkeit viel leichter Verbindungen mit Vorstellungen eingehen. Wird ein solches Kind z. B. einem Schrecken ausgesetzt, so wird dieses Ereignis, wie jedes Ereignis, das wir durchleben, nach einiger Zeit unterbewusst, an und für sich durch den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge, und zwar so, dass auch der mit dem Erlebnis verbundene Affekt unterbewusst erhalten bleibt. Oder wir können häufig beobachten, dass durch die heftige Affektwirkung

eine oberbewusste assoziative Verbindung des Schreckerlebnisses nicht stattfinden kann: dieses wird so direkt unterbewusst. Solche im Unterbewusstsein aufbewahrte gefühlsbetonte Vorstellungen, die wir nach Bleuler kurz *K o m p l e x e* nennen, haben dann die Eigentümlichkeit, dass der ihnen zugehörnde Affekt die Tendenz hat, sich immer wieder bewusst zu machen, sei es durch die Affektspannung selbst, sei es durch assoziative Anregungen. Infolgedessen sind solche Individuen erstens schon ihrer Anlage entsprechend, zweitens durch die erfolgte erstmalige Schädigung, immer wieder der Gefahr ausgesetzt, gleichartigen Erlebnissen zu unterliegen. So wirken bei diesen besonders gearteten Individuen im Laufe der Zeit eine Masse von Erlebnissen direkt schädigend, auf die ein normales Kind gar nicht weiter reagieren würde. Erlebnisse, die auch beim normalen Kinde mit einem leichten Angstgefühl verbunden sein können, verursachen bei solchen Psychoneurotikern schon peinlich empfundene Vorstellungen. Und diese sind um so häufiger, je teiner die psychische Reaktion ist, je feiner die Empfindungsweise sich gestaltet. Es sind meist ethisch ausserordentlich fein veranlagte Menschen, mit peinlicher Gewissenhaftigkeit. Dieser peinlich empfundenen Vorstellungen suchen sich diese Individuen zu erwehren, sie kämpfen mit ihrem Willen gegen die sich aufdrängende Angst und Verlegenheitsgefühle. So kommt nun zu der im Unterbewusstsein infolge von Schreckerlebnissen aufgespeicherten Angst noch die Angst, die peinlich empfunden und verdrängt wurde. Es sind dies in der Regel Kinder mit ausserordentlich feinem Empfinden, die sehr gewissenhaft und pflichttreu sind. In der Schule fallen sie durch ihr etwas scheues Wesen auf, sie kommen schon in Verlegenheit, wenn sie der Lehrer anspricht. Häufig sind sie der Gefahr ausgesetzt, vom Lehrer verkannt zu werden, weil sie eben infolge der sich bei ihnen ausserordentlich leicht auslösenden Angst den Eindruck erwecken, dass sie nicht imstande sind, auf die an sie gerichteten Fragen zu antworten. Es sind in der Regel sogar intelligente, nicht selten hochbegabte Kinder, die aber sofort, anfänglich mehr in eine peinliche Verlegenheit, später in einen höchst peinlichen Angstzustand geraten, wenn sie vom Lehrer überhaupt nur angesprochen werden. Dieser Zustand tritt um so sicherer ein, wenn das Kind schon einmal erschreckt oder in Verlegenheit gebracht worden war, selbstverständlich ahnungslos und ohne jede Absicht. Solchen Kindern ist jeder Gang in ein Geschäft, in eine verwandte oder bekannte Familie, kurz das Zusammentreffen mit irgend einem Menschen, den sie etwas fragen oder dem sie selbst

etwas beantworten sollen, peinlich und angstvoll. Im Laufe der Jahre, manchmal schon im dritten oder vierten, oft auch später, tritt irgend ein Schreckerlebnis hinzu. Unmittelbar nach diesem Erlebnis kann das Kind, das bis dahin vielleicht nur mit Verlegenheit gesprochen hat, nicht mehr glatt sprechen, es fängt an zu stottern, während ein anderes, ebenso geartetes Kind, das eine Reihe von Schreck- und Angsterlebnissen am Abend oder im dunklen Zimmer durchgemacht hat, an einer Schlafstörung leidet oder an Angstzuständen, wie: es kann nicht mehr allein bleiben im Zimmer, geht nicht allein, besonders am Abend, über die Strasse usw. Oder wieder ein anderes Kind mit psychoneurotischer Anlage hatte mehrere Erlebnisse mit Leichen oder Skeletten oder toten Tieren, und plötzlich treten Angstzustände auf, sobald es nur etwas von Verstorbenen hört oder etwas sieht, was einem Skelett nur ähnlich sehen könnte. Oder wieder ein anderes Kind erlebte verschiedene Schrecken: es wurde z. B. von einem Radfahrer an- oder überfahren, nachdem es früher schon mehrfach Schreckerlebnisse beim Fahren mit einem Wagen hatte, oder es war auf der Strasse unachtsam und wurde plötzlich durch ein Tram erschreckt; es bekommt Angstzustände, wenn es im Tram fahren oder ein Tramgeleise überschreiten soll, es fährt durchaus in keiner Chaise usw. usw. Alle diese krankhaften Zustände haben einen gemeinsamen charakteristischen Zug: er besteht in der Verknüpfung von Angst mit einem Vorgang, der bei einem Schreckerlebnis eine wesentliche Rolle gespielt hat. In dem einen Falle wird die Angst auf die Zeit oder auf den Ort übertragen, wo Schreckerlebnisse stattgefunden hatten, oder auf den die Angst bedingenden Gegenstand, genau so wie auf Vorgänge in oder an unserem Körper oder beim Ablauf geistiger Funktionen. So können Angstzustände zu gewissen Zeiten, z. B. durch die eintretende Dämmerung, beim Schlafengehen oder durch das Betreten eines Raumes, eines Platzes, einer Brücke, usw. durch Messer, Scheren, Nadeln, wie durch Tischecken, gerade so durch Tiere, besonders Hunde, auch Katzen, wie durch alles, was nur im entferntesten mit einer Leiche nur in Berührung gekommen sein kann, ausgelöst werden. In gleicher Weise kann die Verknüpfung der Angst, oder wie man sich gewöhnlich ausdrückt, die Übertragung der Angst auf gewisse Worte oder Begriffe, Zahlen oder Vorstellungen stattfinden, wie auf das Schreiben, Sprechen, Rechnen usw. Es kann das Auftauchen gewisser Worte im Bewusstsein — das immer wieder durch unterbewusste Vorgänge bedingt ist — mit Angst verbunden werden, wie das Aussprechen gewisser

Worte. Hier beim Entstehen des Stotterns verbindet sich in der Schreckhemmung die Angst mit dem Aussprechen von bestimmten Sprachlauten. Die plötzliche, stark einsetzende Verlegenheit bei der Unfähigkeit zu sprechen, wirkt ausserordentlich peinlich und erhöht die Angsthemmung. Bei der sehr feinen ängstlichen Reaktionsweise wird dann bald darauf unter ähnlichen Umständen beim Aussprechen der erstmalig versagt gebliebenen Buchstaben wieder Angst und Verlegenheit und damit die Unfähigkeit des Sprechens ausgelöst. Nach und nach wird die Angst auf weitere Buchstaben und bestimmte Worte übertragen. Manchmal gelingt es, durch Tricks die schwierig auszusprechenden Buchstaben und Worte zu umgehen, meist aber nur vorübergehend. Ähnliche Situationen, die gleichen Personen oder Orte regen schon im voraus die assoziative Auslösung der Angst an. Um so sicherer kommt es dann zum Versagen der Aussprache der gefürchteten Buchstaben oder Worte, wenn der Moment zum Aussprechen da ist. Oder treten dann, nachdem das Leiden manifest geworden ist, durch irgend einen Umstand an und für sich Angstzustände auf, während das Kind sprechen will, so tritt in der Angst sofort wieder die Sprachstörung ein. Wie ausserordentlich innig diese Störung mit dem Sprechvorgang selbst zusammenhängt, geht klar und deutlich daraus hervor, dass es immer wieder die gleichen Buchstaben, hauptsächlich Konsonanten sind, die besondere Schwierigkeiten beim Sprechen machen. Es sind dies in der Regel die Buchstaben und Worte oder ihnen ähnliche, welche bei dem ersten Sprechversuche bei oder direkt nach dem erlebten Schrecken die Hauptrolle gespielt hatten.

Nun müssen wir, um einen vollen klaren Einblick in die Entstehung solcher Zustände zu erhalten, uns auch darüber klar werden, dass auch hier das Milieu eine ganz hervorragende Rolle spielt. Die Erfahrung lehrt uns, dass diese psychoneurotischen Zustände ausserordentlich leicht vererbbar sind, aber zum Glück muss und wird nicht jeder Mensch mit einer psychoneurotischen Anlage zum Psychoneurotiker. Aber wir dürfen annehmen, dass in der Umgebung eines aufwachsenden psychoneurotischen Kindes sich immer eine oder mehrere psychoneurotisch veranlagte Personen befinden. Wir können beobachten, dass nicht nur die Anlage als solche sich vererbt, sondern auch eine grössere Neigung zur Entstehung gerade wieder der gleichen speziellen Form einer Psychoneurose. Zu diesen Psychoneurosen gehören, wie ich schon erwähnte, z. B. alle

Formen von Angstzuständen, wie z. B. die Platzangst. Und wir finden immer wieder Familien, in denen solche, und zwar annähernd gleichartige Angstzustände heimisch sind. Das Kind hört und sieht von diesen Zuständen, und hierdurch wird der werdende Zustand mit-determiniert. Genau in der gleichen Weise, vielleicht noch intensiver, ist dies bei der Entstehung des Stotterns der Fall. Hat ein solches Kind überhaupt schon einen Stotterer gehört, und den bemühenden, peinlichen Eindruck nachempfunden, den das Stottern bei jedem Menschen hervorrufft, oder ist gar ein Stotterer in der eigenen Familie, so ist die Determinierung eine ausserordentlich starke. Andererseits kann die psychoneurotische Umgebung durch ihre Reizbarkeit verschlimmernd wirken durch Erschrecken, Anfahren des Kindes oder durch Ungeduld. — Weiter können wir beobachten, wie sich das Stottern allmählich verschlimmert. Immer wieder erlebt das angsterfüllte Kind neue Szenen, die mit Angst und Verlegenheit einhergehen. Es kämpft und kämpft immer wieder gegen die auftretende Angst, es sucht sich ihrer zu erwehren, sie zu beherrschen, zu verdrängen. So wird durch die Verdrängung immer mehr und mehr Angst aufgespeichert. Jedes einzelne Sprecherlebnis, das mit Angst und Verlegenheit einhergeht, wird so eine neue Quelle von Angst und Verlegenheit, die zu der schon unterbewusst aufgespeicherten Angst hinzutritt und dabei immer wieder neue Assoziationsmöglichkeiten schafft. Stellen wir uns noch vor, wie solche Angsterlebnisse stündlich, tagtäglich, Jahre hindurch vorkommen, so haben wir einen ungefähren Einblick in das Innenleben eines Stotterers. Aber wir müssen uns diesen Einblick noch zu vervollständigen suchen, indem wir uns an all die Momente erinnern, bei denen Angst und Verlegenheit in diesen so ausserordentlich zarten, gefühlsweichen, krankhaft gewissenhaften Menschen ausgelöst werden, um uns klar darüber zu werden, welch ein qualvolles Leiden das Stottern ist. Schon der Gedanke, da oder dort sprechen zu müssen, löst bei diesen Unglücklichen Angst aus. Oft schon Stunden vorher quält sie der Gedanke an die bevorstehende peinliche Situation. Sie machen sich so alle möglichen Vorstellungen, wie sie der Situation entrinnen könnten, wie sie vermeiden könnten, zu sprechen, bestimmte Worte zu gebrauchen, nicht so oder anders stehen zu müssen usw. usw. Wenn wir uns all das Quälende und Peinliche, das das Leben für einen solchen Menschen mit sich bringt, vorstellen, wie er überall gehindert, gehemmt und geplagt ist, und besonders noch in Anbetracht seiner ganz besonderen Feinfühligkeit, so wird es uns nicht wundern, dass

der ganze Charakter, das ganze Gemütsleben dieser Unglücklichen in schwerster Weise leiden muss. Wissen wir das, so drängt sich uns mit aller Macht die Frage auf: Ist und wie ist diesen qualvollen Leiden beizukommen?

Haben wir so erkannt, dass wenigstens ein Teil dieser Zustände zu den Angstneurosen gehört — ich kann nur von den Fällen reden, die ich genau untersuchen oder analysieren konnte —, so muss es uns begreiflich sein, dass diese Zustände durch methodische Übungen nicht dauernd zu beseitigen sind. Wohl aber kann es uns dann begreiflich erscheinen, dass solche Zustände vorübergehenden Schwankungen unterworfen sind, Besserungen zulassen, genau so, wie andere psychoneurotische Zustände auch. Tritt eine Zeit der körperlichen und geistigen Erholung zumal in veränderter Umgebung ein, so machen sich die Krankheitssymptome weniger oder gar nicht geltend, bis sich wieder ein neues Erlebnis mit starkem Affekt oder eine körperliche oder geistige Schwächung einstellt. Solche Verschlimmerungen werden wieder manifest, weil das die Symptome verursachende, im Unterbewusstsein aufgespeicherte krankmachende Material nicht beseitigt worden war.

Welches ist nun der Weg, um dieses unterbewusste Material aus dem Gehirn zu beseitigen? Hatten wir uns eben einen Einblick in die Entstehungsweise dieser Zustände verschafft, so fragt es sich, ob wir Mittel und Wege besitzen, die nach dem Gesetze der Assoziation immer wieder hervorgerufenen Affekte dauernd zu beseitigen. Dies wird auf Grund unserer Erfahrungen dadurch möglich, dass wir die aufgespeicherten Affekte zum Entladen, zum Abreagieren bringen. Wir sprachen vorhin davon, wie diese krankmachenden Affekte sich aufspeichern im Unterbewusstsein, entweder dadurch, dass die Vorstellung eines mit starkem Affekt begleiteten Erlebnisses sich oberbewusst nicht genügend assoziativ verbinden kann und so unterbewusst wird, oder dass peinliche Vorstellungen, besonders solche, die mit dem Gefühl der Verlegenheit oder Angst verbunden sind, aus dem Bewusstsein aktiv verdrängt werden. Bei diesen Zuständen können wir beobachten, dass sich unsere Patienten während solcher Erlebnisse geradezu in einem Zustande des eingeengten Bewusstseins befinden. Versetzen wir nun solche Psycho-neurotiker in einen solchen Zustand des eingeengten Bewusstseins, den ich einen Halbschlafzustand nennen möchte, bei dem das Oberbewusstsein noch erhalten ist, aber das Unterbewusstsein das Wiederauftreten affektbetonter Vorstellungen gestattet — ganz ähnlich wie

im Traume —, so können wir wahrnehmen, wie sich alle diese im Unterbewusstsein aufgespeicherten gefühlsbetonten Vorstellungen wieder geltend zu machen suchen. Wir verschaffen so dem Patienten die Möglichkeit, alle die Szenen wieder zu durchleben, die mit starken Affekten einhergingen, die sich im Unterbewusstsein aufgespeichert hatten und nur der assoziativen Auslösung harren, um in jedem Augenblick sich dem Patienten wieder bewusst zu machen. Gehen wir so vor, so können wir uns, wie durch ein psychologisches Experiment, überzeugen, wie Tausende von Erlebnissen den krankhaften Zustand bedingt haben. Wenn wir so im Stande sind, diese unterbewussten quasi eingeklemmten ,gefühlbetonten Vorstellungen nicht im wachen, sondern nur in einem hypnoiden Zustand wieder zu beseitigen, so liegt es nahe, anzunehmen, dass bei der Entstehung selbst eine Art hypnoider Zustand vorhanden war, vielleicht vorhanden sein musste, um diesem pathologischen Zustand die Möglichkeit der Entstehung zu geben. Diese Annahme liegt um so näher, als es uns bekannt ist, dass stets in dem Zustand, wo ein Affekt ganz besonders stark in Erscheinung tritt, eine Einengung des Bewusstseins stattfindet, in der Weise, dass die synchronen Eindrücke nicht bewusst oder unrichtig aufgefasst, nicht durch die Aufmerksamkeit kontrolliert werden. Es sei hier nur kurz auf die Psychologie der Zeugenaussagen hingewiesen.

Zeigt uns die Erfahrung weiter, dass niemals ein einzelnes, stark affektbetontes Erlebnis die Folgen einer Affekteinklemmung zu Tage treten lässt, sondern dass stets eine ganze Serie von solchen Erlebnissen stattgefunden haben muss, bevor krankhafte Symptome auftreten, so erhellt daraus, dass es sich niemals bei solchen Patienten um die Einklemmung e i n e s Affekterlebnisses handeln kann, sondern dass stets eine unterbewusste Aufspeicherung vorausgegangen sein muss. Nun ist es eine ganz besondere Eigenschaft der Psycho-neurotiker, dass ihre Affekte häufig einen ganz überwältigenden Grad erreichen können, in der Weise, dass bei ihrem Auftreten sehr häufig geradezu eine Einengung des Bewusstseins stattfindet. Dieser Zustand wird jedem klar, der solche Patienten in ihren krankhaften Affektzuständen zu beobachten Gelegenheit hat. Weisen wir hierauf hin, so drängt sich die Frage auf, warum nicht die Genesung der Patienten dadurch herbeigeführt werden kann, dass sie sich doch so ausserordentlich häufig in ihrem krankhaften Affektzustand befinden. Wer die dabei in Betracht kommenden Vorgänge nicht kennt, könnte auf den Gedanken kommen, das Durchleben solcher Affekt-

zustände als Abreagieren aufzufassen. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Erleben neuer Komplexaffekte und dem Abreagieren — hierauf müssen wir zum psychologischen Verständnis der Vorgänge besonders hinweisen —, besteht in Folgendem: Bei den Patienten sind im Unterbewusstsein Affekte mit determinierenden Vorstellungen (Komplexe) in pathologischer Weise akkumuliert. Durch irgend ein Erlebnis, das als Komplexreiz wirkt, wird der akkumulierte Affekt angeregt, mobil, bewusst und aufs Neue mit den unterbewussten Komplexkonglomeraten verbunden. Nun reagiert der Patient stets so, dass er sich des wieder bewusst gewordenen Affektes (Angst, Unlust, Libido) zu erwehren sucht, er kämpft oft mit seiner ganzen, oft sehr starken Willenskraft, um ihn aus dem Bewusstsein herauszudrängen. Durch diese Vorgänge findet immer wieder eine Akkumulierung der Affekte statt, die dann im Laufe der Jahre eben einen solchen Grad erreicht, dass es zur Unerträglichkeit kommt. In diesem Zustand, wo der Patient mit seinen bewusst gewordenen Affekten ringt, ist er quasi in einem Zustand des eingengten Bewusstseins. Er ist nur mit seinem Affekt und dem Reizobjekt beschäftigt. Hier in diesem Zustand ist der Patient völlig aktiv. Versetzen wir nun den Patienten zum Abreagieren in einen hypnoiden (Halbschlaf-) Zustand, so muss er sich ganz passiv verhalten, dann haben die pathogenen Affekte die Möglichkeit, sich geltend zu machen; sie treten mit den früheren Erlebnissen je nach der oberbewussten, assoziativen Anregung ins Bewusstsein. Der Patient überlässt sich vollständig dem Affekt, lässt seinen Willen vollständig zurücktreten, so dass ein Abreagieren ohne jedes Verdrängen stattfinden kann. Manche intelligente Patienten verstehen es, sich in Affektzuständen, die durch Komplexreiz entstanden sind, so passiv zu verhalten, dass ein Abreagieren von selbst möglich ist. Man kann, wenn man intelligente Patienten darauf aufmerksam macht, eine Verschlimmerung ihres Zustandes dadurch hintanhaltend, dass man ihnen den Mechanismus der Verdrängung klarstellt; sie verstehen es dann, sich so zu verhalten, dass möglichst wenig Komplexreize stattfinden und finden sie statt, so verdrängen sie dann nicht aufs Neue. Dazu gehört gute Beobachtung und Selbstdisziplin von Seiten des Patienten. Die Frage, warum sich die affektbetonten Vorstellungen in dieser Weise wieder geltend machen, lässt sich wohl nicht ohne weiteres beantworten. Wir können uns nur analoge Vorstellungen machen mit Hilfe des Traumlebens. Auch hier handelt es sich um früher erlebte Szenen, die sich uns, allerdings in verschiedener

Weise, verändert, wieder bewusst machen. Psychologisch werden es genau die gleichen Vorgänge sein, wie die im Vorstellungsleben. Wie sich hier der geistige Inhalt eines Gedankens assoziativ ins Bewusstsein wieder einstellen kann, so kann dies im hypnoiden Schlaf, wie im Traum mit einem szenischen Erlebnis vor sich gehen. In krankhafter Weise dürften die Vorgänge bei den Sinnestäuschungen (Halluzinationen) durch pathologische Reize angeregt wohl ähnliche sein; dass hier aber auch ganz die gleichen unterbewussten Vorgänge der Verdrängung, der Determination usw. eine Rolle spielen, haben die Forschungen besonders von Jung dargetan.

Neben dieser Behandlung, die man die kathartische nennt, habe ich meine Patienten methodische Übungen machen lassen, wobei mir Herr Lehrer Beglinger stets in freundlichster Weise zur Verfügung stand. Ich halte diese Unterstützung der Behandlung für sehr wichtig, weil sich die Patienten mit Hülfe der Anleitung des Sprechlehrers an ein ruhigeres Sprechen gewöhnen. Ausserdem müssen wir uns vorstellen, dass durch diese Übungen neue Bahnungen entstehen, wodurch die seitherigen, ich möchte sagen, fehlerhaften Bahnungen brach gelegt werden. Aber auch in psychischer Hinsicht haben diese methodischen Übungen ihre Bedeutung, weil die Patienten dabei immer mehr und mehr Selbstvertrauen gewinnen, dessen Mangel infolge der ständigen Angst und Verlegenheit bei dem Leiden eine grosse Rolle spielt.

Nun muss ich der Vollständigkeit halber noch auf eine Quelle der Angst, die nach der Ansicht anderer Beobachter eine erhebliche Rolle beim Stotterer spielen soll, hinweisen, deren ich bisher nicht Erwähnung tat. Es ist die Angst, die ihre Wurzel im Sexualleben hat. Es würde zu weit führen, wenn ich Ihnen all das mitteilen sollte, was heute über das Sexualleben des Kindes wissenschaftlich festgestellt ist, so wichtig dessen Kenntniss in erster Linie gerade für den Lehrer, speziell für den Erzieher ist. Wir wissen heute, dass das Sexualleben beim Kinde schon in den ersten Lebensmonaten eine für seine Zukunft ausschlaggebende Rolle spielen kann. Wir dürfen annehmen, dass die zukünftige sexuelle Persönlichkeit, die später den Kern des Selbstbewusstseins des Erwachsenen bildet, bis zum 4. Lebensjahr ihre Richtlinien hat, determiniert ist. Bei vielen Kindern, bei mehr, als man nur anzunehmen geneigt ist, spielt das Sexualleben schon in früher Jugend eine grosse Rolle durch frühzeitige Erregung. Durch die Forschungen des Wiener Arztes Prof. Freud wissen wir, dass teils durch das mangelhafte Auslösen sexueller Er-

regungen, durch deren Zurückstauen, andererseits durch das Verdrängen der peinlich empfundenen Vorstellungen, die sich die ethisch feinfühlenden — verkannter Weise als unmoralisch taxierten — Kinder wegen der sexuellen Vorgänge machen, auch Angst entsteht. Diese Angst kann die gewöhnliche Angst der Stotterer steigern. Bisher konnte ich nur beobachten, dass eine solche Angstquelle nur in den Entwicklungsjahren eine Rolle mitspielte. Hier ist, wie das eben bei jedem Heranwachsenden der Fall sein sollte, eine angemessene sexuelle Aufklärung am Platze. Da die frühzeitige sexuelle Erregung bei den Psychoneurosen eine erhebliche Rolle spielt, so lässt sich a priori ihr Vorkommen auch bei Stotternern nicht ablehnen. Bei den von mir analysierten Fällen konnte ich diese Quelle der Angst nicht ausfindig machen. Damit ist sie aber auch für mich nicht ausgeschlossen.

Nachdem Sie nun die Entstehungsweise des Stotterns und den Weg zu seiner Heilung erkannt haben, so werden Sie mit mir die Frage aufstellen, wie sollen wir nun im Grossen vorgehen, um dieses weitverbreitete Übel bekämpfen zu können. Aus meiner Darstellung können Sie zunächst den Schluss machen, dass die Behandlung um so schwieriger und länger dauernd ist, je grösser das im Unterbewusstsein aufgespeicherte Material einerseits ist und andererseits je krankhafter die Anlage des Individuums sich gestaltet. Daraus folgt: je jünger wir die Patienten behandeln, um so kürzer wird die Behandlungsdauer sein, und um so sicherer der Erfolg. Ferner: je krankhafter die Anlage ist, um so mehr müssen wir darauf bedacht sein, das Milieu des Kranken zu ändern, damit die Einwirkungen nicht zu heftig sind, oder deutlicher gesagt: es wird Fälle geben, in denen es direkt notwendig ist, das Kind aus seinem Milieu zu entfernen, um ihm günstigere Lebensbedingungen verschaffen zu können. Es würde unvorsichtig sein, wenn wir heute, wo wir erst im Anfang einer andersartigen Behandlung stehen, schon ein weit ausgreifendes Programm aufstellen wollten, ohne uns auf ein grösseres Erfahrungsmaterial stützen zu können. Wir werden deshalb am besten vorsichtig weiter vorgehen. Dabei sollten wir schon eine Trennung machen können zwischen noch nicht schulpflichtigen und schulpflichtigen Kindern, denn es ist wichtig, dass die Kinder schon in Behandlung kommen, bevor die vielen Ängste und Schrecken, die das Schulleben für solche arme Angstwürmer mit sich bringt, zu grossen Schaden angerichtet haben. Was wir auch tun, so müssen wir uns bei beiden Gruppen vor Augen halten, dass diese Kinder in die Hände

von besonderen Lehrern und Lehrerinnen kommen, dies das richtige Verständnis und die nötige Schulung haben, um mit solchen Kindern in einer Weise umzugehen, dass sie nicht geschädigt werden. Wie sich der weitere Weg des Vorgehens gestalten soll, das kann nur auf Grund eingehender Beratungen und weiterer Erfahrungen geschehen. Dass wir aber die Pflicht haben, ohne jede Rücksicht den besten Weg zur Heilung für diese Kranken zu suchen, das ist für jeden klar, der einen Einblick in das überaus qualvolle Leben dieser unserer Mitmenschen hat. —

Um das Ihnen Dargelegte durch Beispiele zu illustrieren, möchte ich Ihnen zum Verständnis dieser Affektstörungen zunächst einen Fall wiedergeben, der Ihnen das durch Schreckerlebnisse veränderte Wesen eines Schulknaben zeigen soll. Ich wähle diesen Fall aus, weil er für den Erzieher ein ganz besonderes Interesse haben dürfte.

B. D., geb. 1896.

11. VI. 08. Patient ist sehr reizbar, ungeduldig, kann nicht warten; muss er warten, so wird er sehr gereizt, so z. B. in der Schule, wenn die Schüler mit den Antworten zögern, so wartet er mit dem Lehrer auf die Antwort und braucht der Schüler geraume Zeit, bis er die Antwort sagt, so wird Patient so ärgerlich, dass er anfängt zu schimpfen. Er klagt sonst über viel Kopfweh an der Stirne, besonders, wenn es warm ist; ausserdem über ein eigentümliches Gefühl in der Herzgegend, besonders, wenn er etwas getan, das er nicht hätte tun sollen. Dieses gleiche Gefühl habe er auch, wenn er warten müsse oder wenn er Angst hat. In der Nacht träume er viel ängstlich, ruft im Schlaf. Seine Reizbarkeit ist so gross, dass sich die Eltern nicht mehr zu helfen wissen; ist ein Aufregungszustand vorüber, so tut es ihm leid und er bittet seine Eltern um Entschuldigung. Vor 5 Jahren sei der Knabe in einem Neubau 5 m hoch heruntergefallen, hatte Kopfhautwunden, kam noch allein nach Hause, wurde dann bewusstlos, musste sich erbrechen und hatte hohes Fieber. Er sah allerlei, phantasierte und wollte fortlaufen. Mit 4 Jahren machte er einen schweren Typhus durch, schon nach diesem sei er etwas reizbar gewesen, aber die Reizbarkeit hatte sich nach dem Sturz noch bedeutend gesteigert. Patient weiss noch, dass er von einem Kellerfenster heruntergestürzt und nach Hause gelaufen ist. Mit 1½ Jahren ist er von einem Wagen herabgefallen, trug eine grosse Beule an der Stirne davon. Davon weiss Patient nichts, auch nicht von andern Schrecken. Patient ist sehr intelligent, der Beste seiner Klasse, er hatte ein ganz hervorragendes Talent zum Zeichnen. Er sieht selbst ein, dass er so reizbar ist. In seiner Gereiztheit nimmt er, was er erwischen kann und wirft es auf den Boden. Wurde ihm z. B. die Erlaubnis zum Fortgehen verweigert, so wollte er in der Erregung schon zur Veranda oder zum Fenster heraus. Am meisten fällt an ihm auf, dass er nicht warten könne, still sitzen sei unmöglich, er müsse dann wenigstens mit den Fingern spielen. Am Abend im Bett kann er

nicht einschlafen, weil er nicht Ruhe finden kann, es ist ihm dabei, wie wenn er auf etwas warten sollte. So braucht er 1—2 Stunden zum Einschlafen, und am Morgen, wenn er erwacht, ist er sehr müde. — 2 Hypnosen gelingen sofort. In der zweiten spricht er, ohne zu erwachen.

13. VI. 08. Die Mutter gibt an und Patient bestätigt dies, er könne nachts ganz gut einschlafen.

H. Patient schläft sofort ein, nach ca. 5 Minuten sieht er zwei Pferde vorbeitraben und erschrickt. — Das habe er eben gesehen gehabt, als er zu mir kam. Er habe das Stampfen der Rosse gehört und sie ganz deutlich gesehen. — Dann sieht er sich in einem Neubau in der Nähe seiner Wohnung. Er sieht sich zum Kellerfenster hinaussteigen und fällt dann die Treppe hinunter auf den Kopf. Dann ging er auf die Wiese, dann führten ihn die Buben heim, er sieht wie ihn die Mama auszieht und ins Bett bringt. Patient gibt an, er habe die Steine ganz deutlich gefühlt und sei beim Fallen stark erschrocken. Ehe das Bild kam, habe er Angst gehabt. Patient erzählt nach dem Erwachen alles ganz genau. Er sagt dann, es sei ihm gut und deutet auf die Herzgegend, und sagt, dass es ihm da leichter geworden sei. Im Schlafe habe er fest Angst gehabt.

17. VI. 08. Patient sei ganz verändert, so dass er sogar fremden Leuten auffalle. Er ist viel ruhiger, folgt ohne Widerspruch, auch der Lehrer findet ihn ruhiger. Er hat bessern Appetit, isst mehr als vorher, ist heiterer und vergnügt. Nachts schläft er sofort ein. Patient sagt selbst, auf die Herzgegend zeigend, da sei es nicht mehr so. Er fühle sich ruhiger, geduldiger und schlafe auch besser; er sei zufrieden. Patient sieht viel frischer und gesünder aus.

H: Es erscheint nichts. Patient hat nur kurze Zeit ein Gefühl von Bangigkeit. Auch in der zweiten Hypnose tritt keine Scene auf.

20. VI. 08. Es geht anhaltend gut, Patient hat keine Angst mehr. in der Schule ruhig.

27. VI. 08. Seit 2—3 Tagen wird er wegen Kleinigkeiten wieder böse, er könne nicht warten. Patient selbst meint, er sei ruhig geblieben. Seitdem er den Schrecken in der Hypnose durchlebt habe, habe er ruhig schlafen können.

H: Es tritt kein Bild auf. Im Schlafe gefragt, warum er unfolgsam und böse war, stellt sich heraus, dass er sich über seine Schwester geärgert hatte und dass er über seinen Lehrer ungehalten war, weil er gegen einen Kameraden nicht gerecht gewesen sei. Er erzählt die entsprechenden Begebenheiten.

4. VII. 08. Es geht gut. Nur leidet er noch, wenn er sich ärgert oder sonst in Affekt gerät.

9. VII. 08. Es geht gut. Als Patient am 6. 7. baden wollte, und die Erlaubnis dazu nicht erhielt, wurde er etwas erregt. Der Schlaf ist ruhiger und besser. — Der Knabe stammt aus einer stark psychoneurotischen Familie, Vater und Mutter sind ausgesprochene Psychoneurotiker und leiden an Angstzuständen. Der Knabe ist, wie erwähnt, ein ganz vorzüglicher Zeichner.

Sie sehen, wie der Knabe in der Schule unruhig war, leicht gereizt und es würde wohl zu ganz andern Konflikten geführt haben, wenn er nicht der beste und der Lieblingsschüler des Lehrers gewesen wäre, und wenn derselbe nicht ein besonderes Verständnis für den Knaben gehabt hätte. Abgesehen von der krankhaften Anlage sehen Sie, wie hier Schrecken eine krankmachende Wirkung hatten und wie das Abreagieren des Affektes wieder Ruhe eintreten lässt. In solchen Fällen handelt es sich immer um eine ganze Reihe von Schreckerlebnissen. Bei unsern Stotterern aber handelt es sich nicht um Hunderte, sondern Tausende von solchen Szenen, weil eben jede Angstszene aktiv verdrängt zum unterbewusst wirkenden Komplex wird.

Um Ihnen, meine Herren, den Vorgang der Übertragung eines Affektes, seine assoziative Verknüpfung mit gewissen Begebenheiten zeigen zu können, möchte ich Ihnen weiter eine kurze Analyse eines 8 jährigen Kindes wiedergeben. Dieses Kind gerät stets in Angstzustände, wenn die Mama ausgegangen ist; es hat dann Angst, dass dem, der zu Hause bei ihr ist, z. B. dem Kindermädchen oder der Köchin, etwas passieren könnte, sie könnte fallen. Patientin ist vor mehr als 4 Jahren gefallen. Dann fiel vor einem Monat das Kindermädchen und verletzte sich am Auge. Die Mama war gerade abwesend und die Patientin erschreckt. Das war das letzte derartige Ereignis. Patientin habe keine Angst, wenn Kinder fallen, sondern nur bei Erwachsenen, sie meint dann immer, es passiere ihnen etwas. Seit einem Jahre, zu welcher Zeit das Kindermädchen fiel, und sich den Arm verstauchte, ist die Angst da. Das Kindermädchen fiel dann in Ohnmacht, Patientin war im Garten und machte Schularbeiten. Das Mädchen schrie auf und da ist Patientin heftig erschrocken. Patientin ist ein hochintelligentes, sehr lebhaftes Kind, ausserordentlich musikalisch, ganz hervorragend begabt mit absolutem Gehör. In Hypnose versetzt, durchlebt sie alle die Szenen wieder, die eben erwähnt wurden.

31. VIII. 09. Patientin schlief letzte Nacht allein und ging mit dem Kindermädchen allein spazieren, was sie seither nicht getan hat.

H: Patientin durchlebt deutlich eine Szene aus ihrem 3. Lebensjahr: Sie sieht zum Fenster hinaus und das ein Jahr jüngere Schwesterchen drängt sie vom Stuhl herunter. Sie fällt gegen das Klavier und schlägt sich ein Loch in den Kopf. Sie ist heftig erschrocken, sie weint, die Grossmutter kommt und zieht ihr ein Häubchen über den Kopf. Die kleine Patientin erzählt alle Details, sie sieht alles ganz deutlich, sieht alle Details, so auch die Kleidchen, die sie und das Schwesterchen damals an hatten. Die Mutter war nicht zu Hause, Patientin habe Angst gehabt und nach der Mutter gerufen. Dann sieht sie einen bösen Streich, den

sie der Grossmama gespielt hat: Sie sei ärgerlich gegen die Grossmama gewesen und als diese sich setzen wollte, habe sie ihr den Stuhl weggezogen und sie fiel hin. Darüber sei sie erschrocken. Bei dem Schrecken erwacht sie jetzt. Das sei vor 2 Jahren gewesen. Am Abend habe sie vom Vater Schläge bekommen, und vor Schlägen habe sie stets grosse Angst.

H: Sie durchlebt eine Szene, die sich vor einem Vierteljahr ereignete. Ihr Bruder klemmte sie zu Hause an der Reckstange, sie blutete an der Hand und lief von zu Hause fort, wollte zur Mutter, die weit weg in einem andern Stadtteil einen Besuch machte. Patientin durchlebt alles ganz genau wieder und sieht sich mit blutendem Finger auf der Strasse laufen.

1. IX. 09. Durchlebt eine Szene von gestern Nachmittag. Sie kam gerade mit ihrer Mutter dazu, als eine Frau bei einem Neubau durch das Umfallen einer Gerüststange verletzt wurde. Sie durchlebt eben die Szene ganz genau wieder, empfindet dabei Herzklopfen und Angst.

2. IX. 09. Patientin schläft Nachts allein und gut, ist viel ruhiger, fährt im Schlaf nicht mehr auf; früher, besonders kurz nach dem Schrecken im Frühjahr, sei Patientin auch im Schlaf gewandelt. Patientin sagt von sich selbst, sie wolle jetzt ganz ruhig allein bleiben, auch wenn die Mama fortgehe.

Laut Bericht der Mutter vom 28. IX. 10 geht es der kleinen Patientin seit der Behandlung viel besser als vorher und kann sie die Mutter ganz gut allein lassen.

Der Fall zeigt Ihnen: es handelt sich um ein Kind mit ausgesprochen psychoneurotischer Anlage. Eine Reihe von Schrecken, die unter ganz bestimmten Umständen, nämlich der Abwesenheit der Mutter, stattfanden, bedingen eben einen Angstzustand jedesmal dann, wenn die Mutter ausgegangen ist. Sie erkennen daraus, wie die Angst durch eine Reihe von Schreckerlebnissen, die gleichartig determinierend wirken, in bestimmter Weise übertragen wird, hier auf die Abwesenheit der Mutter bei Anwesenheit Erwachsener.

In derselben Weise findet nun bei der Entstehung des Stotterns die Übertragung der Angst auf den Sprechmechanismus statt. Dass dem so ist, werden Sie nach all meinen Ausführungen nun als einfache Schlussfolgerung anerkennen.

Ich lasse die Krankengeschichte eines 7jährigen Knaben folgen, weil diese infolge der Jugend des Patienten viel kürzer ist, als die eines Erwachsenen, und weil es bei ihm leichter war, in der Analyse auf die das Stottern auslösenden Erlebnisse zurückzukommen:

Ludwig M. von E., 7 Jahre alt.

kommt am 23. V. 07 wegen Stotterns und ausserordentlich ängstlichen Verhaltens zur Konsultation. Sowie man den Knaben etwas barsch anspricht, ist er nicht im stande zu antworten. Er verhält sich dann so,

dass der Vater oft nicht weiss, ob es sich nicht um Eigensinn bei dem Knaben handle. Der Knabe sei vor einigen Jahren aufs heftigste erschrocken, als die neben ihm stehende Mutter auf der Treppe die brennende Lampe fallen liess. Es brach damals Feuer aus. In der Schule konnte der Knabe gar nicht sprechen, bekam dann Unterricht in einem Sprachinstitut; es ging besser, aber nach einer körperlichen Erkrankung kam das Stottern wieder. Patient sei unruhig im Schlaf, hat häufig Angst-anfälle so stark, dass er ganz verwirrt spreche. Seit Neujahr sei er 3 mal im Bett nachts aufgesprungen und habe gerufen: „nicht hauen, nicht schlagen, Tante“. Patient ist ein intelligenter Schüler. Als er eine Zeit lang durch Krankheit am Schulbesuch verhindert und zurückgeblieben war, hatte er viel Angst in der Schule und stotterte noch lebhafter.

29. V. 07. Aufs Sopha gelegt und sich selbst überlassen, schläft Patient schnell ein. Mit Leichtigkeit lässt sich der Rapport herstellen und Patient beobachtet die ihm auftauchenden Szenen in recht intelligenter Weise. Sofort durchlebt er, aber ohne zu erschrecken, die Szene mit der Lampe, dann taucht ihm der Nachbar auf, der ihm nachstellte und ihn hauen wollte, und ebenso spricht er sich über einen bestimmten Kameraden aus, der ihn öfters mit Prügeln bedecken wollte. Dann reproduziert er verschiedene Schrecken, so vor einer Dampfwalze, bei deren Anblick der Vater gesagt habe, da komme der Teufel. Dann erzählt er, wie ihn einmal sein Hund „Schnautz“ durch Bellen erschreckt habe. Nach dieser Szene hat nach Angabe des Vaters das Stottern begonnen. Dann wieder habe er seinen Schrecken gehabt, als der Hund einen Velofahrer anbellte. Dieser habe dem Hund einen Tritt gegeben und sei heruntergefallen. Dadurch sei Patient stark erschrocken. Ebenso habe er hier auf dem Schulweg einen Schrecken erlebt durch ein durchgehendes Pferd. Am 26. V. sei er durch ein Gewitter stark erschrocken. Das erinnert ihn an einen äusserst heftigen Schrecken, den er letztes Jahr dadurch erlitten habe, dass der Blitz ins Haus schlug und alle Sicherungen der elektrischen Lichtleitung zerstörte.

3. VI. 07. Patient reagiert heute in Hypnose, resp. im Schlafe, der in Hypnose umgewandelt worden war, sämtliche in der letzten Sitzung reproduzierten Schrecken ab. Die Szenen und die Affekte werden sehr deutlich.

6. VI. 07. Patient spricht mir gegenüber heute ganz glatt, zu Hause stottert er noch hie und da.

H: Patient reproduziert einen Schrecken von der vorletzten Woche, er sei mit dem Regenschirm gegangen und habe den herannahenden Tramwagen nicht gesehen. Im letzten Augenblick sei er noch vom Geleise weggekommen. Dann einen Schrecken aus seinem 6. Jahre: Sein Bruder fiel mit dem Kopf ins Fenster, als er mit ihm allein war und sich stark verletzt. Patient durchlebt die sämtlichen Szenen im Schlaf und stottert lebhaft beim Wiedererzählen.

10. VI. 07. Patient soll besser sprechen. Er durchlebt im Schlaf nochmals die Lampenszene, erschrickt dabei, stottert beim Erzählen. Ruhig geworden, spricht er ganz glatt.

Er durchlebt noch einmal ganz genau verschiedene Szenen, wie die mit dem Velofahrer und Hund, bleibt aber ganz ruhig und stottert auch beim Erzählen nicht,

13. VI. 07. Bei dem gestrigen Gewitter blieb er ganz ruhig, während er sonst beim Herannahen eines solchen sich zu Bette legte und sich darin vergrub, so dass er nichts sehen und hören konnte. Er blieb ganz ruhig und getrost auf der Strasse, rief noch der Tante, die am Fenster war zu, sie solle schauen, was das für ein schöner Blitz sei. Später lag er, während das Gewitter noch andauerte, allein und ohne Furcht im Bett. Patient reagiert noch eine Serie früherer Schrecken ab.

17. VI. 07. Patient schläft nachts jetzt ruhig, heute habe er weder zu Hause noch in der Schule gestottert, wohl aber die Tage vorher, besonders wenn er aufgereggt ist, oft auch, wenn kein äusserer Grund zu erkennen ist.

H: Patient sieht eine Szene zwischen seinem 3. und 4. Jahr. Er spielte mit seinem Hund im Garten, zerrte ihn am Schwanz herum, da schnappte dieser nach ihm; als er ihm wehren wollte, habe er nicht mehr recht sprechen können. Er habe dem Hund zugerufen: „geh weg“! Dann sei er zu seinem Vater gelaufen und sagte ihm: „geh und hol den Schnauz, sperr ihn in den Schopf, er hat nach mir geschnappt“.

20. VI. 07. Es gehe besser, seit der letzten Sitzung habe Patient freier gesprochen, es sei aufgefallen, dass er bei den Anfangsbuchstaben g und sp mehr angestossen habe. Patient sei in der letzten Zeit nicht mehr so ängstlich, auf Gewitter freue er sich, er sehe gerne den Blitz, und das Donnern mache ihm Spass. Patient durchlebt noch einmal die Szene mit dem Hund. Trotz des auftretenden Affektes spricht er ohne zu stottern.

27. VI. 07. Es geht besser. Diese Szene mit dem Hund liess sich mit Sicherheit identifizieren. Der Vater war zu dieser Zeit im Garten mit Erdbeerpflücken beschäftigt, als der Knabe erschreckt zu ihm kam. Patient gibt an, dass er noch Angst vor Pferden und Hunden habe, ebenso hie und da beim Sprechen und dann stottere.

1. VII. 07. Patient spreche wieder besser, doch stottere er noch hie und da. In der Hypnose kommt ihm eine Szene, wo ihn ein schwarzer Pudel durch Anbellen heftig erschreckte. Das sei noch vor der Szene im Garten gewesen. Dann sieht er Szenen, wo er durch Pferde erschreckt wurde, einmal beim Schulhaus in E., als er 6 Jahre alt war, und dann wieder ein halbes Jahr später beim Bahnhof. Beide Mal habe er hinten am Pferde gestanden, die Pferde hätten ausgeschlagen, ihn zwar nicht getroffen, aber er sei stark erschrocken. Das Gleiche sei ihm hier vor einem Monat passiert auf dem Schulweg. Patient sieht die Szenen ganz deutlich, beschreibt alles ganz genau und stottert dabei.

5. VII. 07. Patient stottert die letzte Zeit, wenn er beim Erzählen in Eifer geriet. In der Hypnose durchlebt er wieder Szenen, wie ein Hund ihn durch Bellen anschreckt, dann wie ein Kaminfeger, als Patient 4 Jahre alt war, ihn auf der Strasse erschreckte und ein zweites Mal, als er 5 Jahre alt war. Sieht deutlich, wie er vor dem Kaminfeger ausreisst, wie er in den Hof springt und sich versteckt. Dann taucht noch eine Szene auf, wie ihn ein schwarzer Spitz beim Bahnhof seines Dorfes erschreckte. —

Die Behandlung wurde aus äussern Gründen unterbrochen. Auf meine eingezogenen Erkundigungen vernahm ich, dass Patient gegen früher ganz anders geworden ist, nicht mehr ängstlich ist, und dass sich die Sprachstörung nur noch bei heftiger Erregung zeigt.

Auch in diesem Falle konnte ich, wie bei andern eruieren, dass schon vor dem Ausbruch des Stotterns der Patient Schreckerlebnisse hinter sich hatte, und dass bei andern Gelegenheiten als wie beim Sprechen kurz vorübergehende Angstzustände aufgetreten waren. Es ist deshalb mit Sicherheit anzunehmen, dass wohl die Krankheit meist nach einem Schrecken zum ersten Male auftritt, dass aber diesem Schrecken schon eine ganze Reihe von Schreckerlebnissen vorausgegangen waren und ihm nur die Rolle des auslösenden Momentes zukommt.

