

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Freiburg i. B.
[Geh. Rat *Hoche*.])

Psychogen — Hysterisch — Simuliert.

Ein Bekenntnis, zugleich ein Appell.

Von

Prof. Dr. Alfred Hauptmann,
Assistent in Freiburg seit 1911.

(Eingegangen am 14. März 1925.)

I.

Ich weiß nicht, wie vielen es so geht — von einer ganzen Anzahl von Kollegen (und auch von Laien) ist es mir bekannt —: wenn ich mit einem Hysteriker zu tun habe, so vermag ich nicht ihm die gleichen ärztlichen Gefühle — es dürfte dies eine Mischung aus Mitleid, Helfenwollen und diagnostischem Interesse sein — entgegenzubringen, wie einem meiner anderen Patienten. Allein das diagnostische Interesse ist auch für den Hysteriker vorhanden; bisweilen meldet sich das Gefühl des Helfenwollens, wenn es auch eine etwas andere Färbung als sonst hat; *das Mitleid aber stellt sich nicht ein*.

Ich sehe schon, wie ein Teil meiner Kollegen verächtlich von mir abrückt. *Also eine moralische Wertung der Hysterie?!* Ja, gewiß, eine moralische Wertung.

Zunächst eine Vorfrage: darf man denn überhaupt mit einem solchen durch das Gefühl bestimmten Maßstab an einen Tatbestand, wie ihn die Hysterie darstellt, herangehen? Ist der Gegenstand der Hysterie überhaupt gefühlsmäßig angreifbar? In einer Zeit, in der wir gelernt haben, die psychischen Äußerungen des gesunden und des kranken Menschen auch noch mit anderen Augen als den nur neurologisch oder anatomisch oder sonstwie somatisch eingestellten zu betrachten, in der wir erkannt haben, daß Psychisches bisweilen restlos, bisweilen sehr weitgehend als Reaktion auf psychisches Erleben erfährt, erfaßt, verstanden werden kann, und daß man einem psychischen Symptomenkomplex nur dadurch gerecht werden kann, daß man sich seine einzelnen Stockwerke kenntlich macht, in einer solchen Zeit bedarf die Bejahung dieser Frage keiner näheren Begründung. Ja, ich muß sagen: die gefühlsmäßig eigenartige Einstellung dem Hysteriker gegenüber er-

hebt es geradezu zu einer Forderung, dieser moralisch gerichteten Betrachtung der Hysterie näher auf den Grund zu gehen.

Denn es muß doch im eigensten Wesen des Hysterischen begründet sein, daß diese Menschen, und sie allein von allen Kranken, bei uns solche Gefühle auslösen. Und wenn ich oben sagte, daß diese nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Laien vorhanden sind, so scheint mir das noch mehr für die Berechtigung einer solchen Betrachtungsweise zu sprechen, ist doch das richtige Einfühlungsvermögen durchaus nicht etwa die Frucht einer ausgiebigen medizinischen Ausbildung, man könnte sogar eher sagen, daß bei manchem Mediziner infolge seiner fast ausschließlich materiell gerichteten Betrachtungsweise die Möglichkeit eines naiven Einwirkenlassens, eines rein menschlichen Mitschwingens verloren gegangen ist, oder wenigstens unterdrückt wird. Um den andern zu verstehen, bedarf es keiner Vorbildung, und ebenso wie manche Krankenschwester beim Hysteriker früher die richtige Diagnose gestellt hat, als der mit allerhand Scheuklappen verschene Arzt, weil sie den „Menschen“, er den „Kranken“ sah, so wird eine kluge Mutter den einer hysterischen Reaktion ihres Kindes zugrunde liegenden Komplex viel rascher und richtiger erkennen, als manch psychoanalytisch durch und durch geschulter Arzt.

„Aber“, so könnte man mir einwenden, „der Hysteriker löst doch nicht bei allen Ärzten und Laien dieses Gefühl aus. Es gibt genügend Laien, die ja gerade darüber mit den Ärzten in den heftigsten Meinungsstreit geraten, daß sie in dem Hysteriker einen kranken, Mitleid herausfordernden Menschen sehen; und es gibt doch auch Ärzte, die eine solche moralische Wertung des Hysterischen verdammen. Kommt dies aber vor und geschieht es wirklich primär gefühlsmäßig¹⁾ und nicht etwa auf Grund philosophierenden Nachdenkens über den Begriff des ‚Kranken‘, so ist die geforderte psychologisierende Betrachtungsweise doch unberechtigt.“

Nun, ganz abgesehen davon, daß die Laien, welche den Hysteriker derart erkennen, immer solche sind, die sich nicht näher mit ihm als Menschen beschäftigt haben, sondern nur auf Grund der krankhaften äußerlichen Erscheinung urteilen, und dadurch erst zu ihrer gefühlsmäßigen Stellungnahme veranlaßt werden, berührt der mir gemachte Einwand gerade den Kernpunkt dessen, was mich zu diesen Erörterungen veranlaßte.

Ich habe mich selbst gefragt, woher es denn komme, daß so mancher tüchtige Kollege, an dessen Einfühlungsfähigkeit ich nicht im mindesten zweifle, den Hysteriker so anders bewertete als ich. Handelte es sich etwa einmal um einen Simulanten, so waren wir uns durchaus

¹⁾ Daß hierbei auch frühere Erfahrungen mit wirksam sind, weiß ich sehr wohl.

einig und er verurteilte dessen Handlungsweise genau wie ich. Der Grund für die abweichende Wertung beim Hysteriker ist darin zu erblicken, daß diese Kollegen den Hysteriker nicht mehr naiv betrachten konnten, sondern ihn durch eine Brille sahen, deren Gläser ihnen die Beobachtung von anderen psychogen Erkrankten geliefert hatte, die zwar die gleichen körperlichen Krankheitserscheinungen boten wie die hysterischen, sich aber hinsichtlich der Herleitung ihrer Symptome wesentlich von ihnen unterschieden.

Die falsche Wertung rührte daher, daß man entweder die seelische Lagerung dieser psychogen Erkrankten auch in die Hysteriker hinein-sah, oder daß man aus der Gleichartigkeit der körperlichen Erscheinungen auf eine gleiche psychische Verursachung der Symptome schloß. Die psychische Einstellung, die ich hier im Auge habe, ist die des Hypochonders. (Ich verstehe darunter in diesem Zusammenhange nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankheitsgruppe, etwa der periodischen Melancholie, sondern nur den Gemütszustand „hypochondrisch“ schlechthin, gleichgültig ob er eine dauernde konstitutionelle Einstellung bedeutet, wie etwa beim Neurastheniker, oder ob er einem krankhaften Angstaffekt seine Entstehung verdankt oder sonst irgendwie zustande gekommen ist. Denn der psychogene Entstehungsmechanismus körperlicher Erscheinungen ist in allen diesen Fällen der gleiche.)

Diese Menschen, die, wie wir sehen werden, psychogen zustande gekommene körperliche Krankheitserscheinungen haben, welche den hysterischen aufs Haar gleichen, gleichen müssen, sie wirken auf jeden Arzt oder Laien als wirklich Kranke. Und so kommt es, daß dem Hysteriker, dessen Krankheits-„Bild“ sich von jenem in nichts unterscheidet, das gleiche Mitleid zugebilligt wird. *Man packt die Analyse eben am falschen Ende an:* man faßt die körperlichen Symptome ins Auge, anstatt umgekehrt ihrer Verursachung näher nachzuspüren. Man findet den gleichen Mechanismus und wirft die beiden ganz verschiedenen Typen in einen Topf, nennt beide hysterisch.

Das ist der *Grundfehler*, der, soviel auch über Hysterie geschrieben worden ist, uns immer wieder an einander vorbeireden läßt; deshalb auch kann unsere Unfallgesetzgebung nicht so gestaltet werden, wie es jeder vernünftig denkende Arzt seit langem fordert: *man hat nicht scharf genug herausgehoben, daß der Hysteriker sich ebenso wie der Hypochonder des gleichen psychogenen Mechanismus zum resp. beim Zustandekommen der körperlichen Krankheitserscheinungen bedient.* Der Apparat und die Symptome müssen die gleichen sein, ihre Wurzel ist aber eine total verschiedene. Man unterschied innerhalb des großen Komplexes des Psychogenen zwar verschiedene Motive, identifizierte aber auf Grund des gleichen Mechanismus, auf dem die psychogene Reaktion abließ, die hysterische und hypochondrische Reaktionsweise, soweit es

sich um das Zustandekommen körperlicher Erscheinungen handelte, und nannte diese einer hypochondrischen Befürchtung entstammenden Symptome auch hysterisch. Damit verschüttete man sich aber den einzigen Zugang zur richtigen Erkenntnis des Hysterischen.

Was uns not tut, ist: zu zeigen, daß der psychische Ursprungsort des Hysterischen ganz in der Nähe der Simulation sitzt, ohne aber mit ihr identisch zu sein, und daß man sich hüten muß, die hypochondrische Reaktionsweise mit der hysterischen deshalb zu identifizieren, weil die schließlich resultierenden körperlichen Krankheitserscheinungen die gleichen sind und auf dem gleichen Wege zustande kommen. Unklarheiten konnten vor allem dadurch entstehen, daß man auch beim Hysteriker hypochondrische „Gesten“, wie ich es einmal nennen möchte, sah, die aber eben ganz anders zu deuten sind als die echte hypochondrische Einstellung.

Drei Punkte haben wir also *festzulegen*: das *Psychogene*, das *Hysterische* und das *Simulierte* und ihre gegenseitige Stellung zueinander.

II.

Der Angelpunkt für ein richtiges Verstehen des Hysterischen liegt für mich in der Erkenntnis, daß wir den *Mechanismus*, welcher die körperlichen Symptome zustande kommen läßt, und das *Motiv*, das diesen Mechanismus in Gang setzt, streng auseinander halten. Wir müssen die hysterische Reaktionsweise nach ihrem Motiv, nach ihrer Tendenz herausheben, denn seelische Vorgänge der *verschiedensten* Art können unter Benutzung des *gleichen* Mechanismus zu *gleichen* körperlichen Äußerungen führen.

An einer ungenügend scharfen Erfassung dieses Tatbestandes scheinen mir die meisten früheren Hysteriedefinitionen zu kranken. Wenn *Moebius* ausführte: „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen verursacht werden“, so ist der Begriff „Vorstellungen“ viel zu weit und allgemein gefaßt. In gleicher Weise unzureichend ist es, wenn *Babinski* das Wesen der hysterischen Erscheinung darin sieht, daß sie „durch Suggestion“ hervorgerufen und wieder zum Verschwinden gebracht werden könne; denn damit hat er wohl die Wirkungsart des Mechanismus richtig gekennzeichnet, aber das Motiv außer acht gelassen. Den Mechanismus allein meint auch *Janet* nur, wenn er von einer Abspaltung sonst bewußter Vorgänge aus dem Zusammenhange mit dem bewußten Seelenleben spricht. Und wenn *Kraepelin* als einigermaßen kennzeichnend für alle hysterischen Erkrankungen die „außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansieht, mit der Gemütsbewegungen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfache körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen“, so ist in dieser Defi-

nition auch wieder nur eine andere Seite des Reflexmechanismus hervorgehoben, die zwar bei der psychopathischen Konstitution, auf der eine hysterische Reaktionsweise am leichtesten erwachsen kann, vorhanden ist, aber sich doch auch bei anderen psychogenen Reaktionsarten findet und nicht den Kernpunkt des hysterischen Verhaltens trifft.

Alle diese Definitionen enthalten also zwar etwas Richtiges, sind aber unvollkommen. Machen wir uns, um das Verhältnis des Hysterischen zum Psychogenen zu begreifen, einmal klar, was wir unter einer psychogenen Äußerung verstehen, die wir aber *nicht* hysterisch nennen können: wenn wir infolge eines Schrecks zittern, wenn die Beine versagen, wenn die Stimme heiser wird; oder wenn sich vor Angst die Haare sträuben und die Zähne klappern, wenn sich Durchfall einstellt und wir das Wasser nicht halten können; oder wenn der Zorn uns gegen Schmerzen unempfindlich macht, wenn er uns zu wütendem Toben ohne Schonung der eigenen Person veranlaßt; oder wenn der Ekel Übelkeit und Erbrechen hervorruft, so sind das körperliche Äußerungen psychischer Vorgänge, die wir nicht als hysterisch bezeichnen dürfen. Es ist im Prinzip der gleiche Mechanismus, der benutzt wird, wenn jemand durch den Anblick eines Gähnenden auch zum Gähnen veranlaßt oder vom Lachen oder Weinen eines Dritten „angesteckt“ wird, und die Suggestion, die hier wirksam war, benutzt keinen anderen Weg, wenn sie in der Hypnose die Empfindungslosigkeit einer Hautstelle, die Bewegungsunfähigkeit eines Armes zustande kommen läßt. Wiederum der gleiche Vorgang ist es, wenn ohne Hypnose, auf dem Wege der Autosuggestion, der Patient mit eben geheilter Schenkelhalsfraktur aus Furcht vor erneuter Schädigung nicht mehr stehen und gehen kann, oder der Neurastheniker aus Angst, etwas Vergiftetes gegessen zu haben, erbrechen muß.

Wollten wir diese Vorgänge alle hysterisch nennen, so kämen wir zu einer Gleichsetzung des Hysterischen und des Psychogenen, wir wollen ja aber gerade *das Hysterische als Untergruppe des Psychogenen* näher bestimmen. Wir kommen aber auch nicht weiter, wenn wir nur die das normale Maß übersteigende Reaktion hysterisch nennen wollten. Denn wie soll man das Verhältnis eines an sich doch nicht wägbaren äußeren Anlasses (Reizes) zu seiner psychomotorischen Reaktion bestimmen? Die Verkennung dieser Schwierigkeit mußte dahin führen, alle möglichen psychogenen Äußerungsformen hysterisch zu nennen, die in ihrer psychischen Bedingtheit völlig wesensverschieden waren. *Daß man aneinander vorbeireden mußte, wenn man eine einfache Schreckreaktion hysterisch nannte, wenn man die körperliche Äußerung einer neurasthenisch-hypochondrischen Befürchtung mit dem gleichen Wort bezeichnete, und wenn man schließlich das wunschgeborene Symptom auch darunter verstand, ist ja selbstverständlich.*

Klarheit herrscht aber sofort, wenn wir nur eine *bestimmte* psychogene Reaktionsweise hysterisch nennen. Nicht etwa auf Grund eines Übereinkommens. Nein, es existiert wirklich nur eine einzige psychische Wurzel, welche die Meisten instinktiv fühlen, die mit einem Hysteriker zu tun haben, und die uns eben subjektiv in dem Fehlen des Mitleid-gefühls kenntlich wird; und wenn nur Wenige wagten, diese Wurzel mit wahren Namen zu nennen, so kam das daher, daß die Meisten sich den Tatbestand künstlich verschleierten, um als Ärzte ihre „Kranken“ nicht moralisch herabzuwürdigen, wobei ihnen dann die Gleichartigkeit der Erscheinungen bei Hysterikern und echten hypochondrischen Neurasthenikern noch mithalf.

Faßt man die Frage von einer anderen Seite an, als es bisher immer geschehen ist, geht man *nicht induktiv* vor, indem man aus einer Anzahl von Einzelerfahrungen das Gemeinsame herausschält, sondern geht man *deduktiv* vor, indem man sich einmal fragt, warum wir uns denn gewöhnt haben — das ist ja nichts anderes als der Niederschlag eines instinktiv Erfühlten —, eine Summe von Charaktereigenschaften als „hysterischer Charakter“ zu bezeichnen, so wissen wir auch sofort über das Wesen der hysterischen Reaktion Bescheid. Sehen wir im hysterischen Charakter „das Bedürfnis der Persönlichkeit, anstatt sich mit den gegebenen Anlagen und Lebensmöglichkeiten zu bescheiden, vor sich und anderen mehr zu scheinen, als sie ist, mehr zu erleben, als sie erlebensfähig ist“ (*Jaspers*), denken wir an ihren Drang, den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu bilden, und die Art, wie sie mit moralisch etwas anrüchigen Mitteln dieses Ziel zu erreichen sucht, so erfassen wir klar, daß wir an der hysterischen Reaktion *hysterisch nur das nennen dürfen, was sie Gemeinsames mit dem hysterischen Charakter hat*, nämlich die ihr zugrunde liegende *Tendenz*, durch die Art ihres Verhaltens (in diesem Falle also durch das hysterische Symptom) *etwas für die Persönlichkeit Günstiges zu erzielen*, und zwar, wie wir sehen werden, *durch Mittel, deren Anrüchigkeit das Individuum vor sich selbst zu verstecken in der Lage ist*. Darin liegt der einzige Unterschied gegenüber der *Simulation*, was wir hier schon festhalten wollen.

Der *Mechanismus*, durch dessen Benutzung das Ziel erreicht wird, spielt hierbei eine sekundäre Rolle, wesentlich ist nur die eben ganz besondere Art, wie der Hysteriker den Mechanismus in Gang setzt. Gerade der Hinweis auf den hysterischen Charakter zeigt, daß der konstitutionell-hysterischen Persönlichkeit die *verschiedensten* Mittel zur Verfügung stehen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Es ist ja gar nicht immer nur eine Krankheit, die dazu herhalten muß, um Beachtung zu erzwingen: es wird intrigiert, gelogen, getäuscht; und wenn eine solche Täuschung einmal die Demonstration einer Krankheit zum Ziele hat, so können wir sogar dahin kommen, beispielsweise in dem offenkundigen

Verletzungartefakt einer hysterischen Persönlichkeit (also einer zielbewußten Handlung) als Äußerung eben dieser abnormen psychischen Veranlagung, eine „hysterische“ Äußerung zu erblicken, die sich von der „Simulation“ eben dadurch unterscheidet, daß der Hysteriker *handelt*, aber doch durch einen eigenartigen Verschiebungsprozeß es erreicht, *vor sich als leidend*, oder allgemeiner ausgedrückt, als *passiv* dastehen.

Die Benutzung des oben geschilderten Mechanismus, auf dem auch die normale Affektreaktion, die hypochondrische Suggestion, die Autosuggestion ablaufen, ist also nur *einer* der Wege, den der konstitutionelle Hysteriker gehen kann, es ist *der Weg*, auf dem die hysterische Reaktion des an sich vollwertigen „Gelegenheitshysterikers“ abzulaufen pflegt, und es ist auch der Weg, der vom hysterisch Veranlagten am häufigsten beschritten wird. Das hat seine guten Gründe. Beim *konstitutionellen* Hysteriker kommt eben als begünstigendes Moment *hinz* (ist aber für das *Wesen* der hysterischen Reaktion nicht ausschlaggebend, was die Kraepelinsche Definition meinte), daß der erwähnte *Reflexmechanismus abnorm leicht ansprechbar* ist, so daß also der Wunsch nach einem „Erlebnis“ zu seiner Verwirklichung am leichtesten in die Bahn gleitet, an deren Ende das Zustandekommen eines körperlichen Symptoms liegt.

Es kommt noch ein zweites Moment hinzu, das uns erklärt, weshalb dieser Reflexweg so besonders häufig beschritten wird; wir verstehen damit auch, weshalb der an sich vollwertige Gelegenheits-Hysteriker zu dieser seiner Reaktionsweise gelangt. Die Benutzung dieses ja bei jedem Menschen parat liegenden Reflexmechanismus — „jeder Mensch ist hysteriefähig“ (*Hoche*) — verschafft ihm am mühelosesten Waffen, und gerade *die Waffen*, die er zum Kampfe braucht. Er hat beispielsweise den Wunsch, krank zu erscheinen, *will aber nicht das Odium des Simulanten auf sich laden*. Ginge er als Simulant vor, nähme er sich kühl überlegend, sein Ziel im Mittelpunkte des Bewußtseinsfeldes haltend, vor, zu zittern oder den Arm nicht zu bewegen, so würde er diese Rolle je nach seiner Geschicklichkeit eine Zeitlang durchführen können, aber immer das schlechte Gewissen haben, ein Schwindler zu sein. Sein „Trick“ besteht nun darin, die klare Absicht, sein Vorhaben aus der Mitte des Bewußtseinsfeldes nach dem Rande zu schieben, ins „Unbewußte“, wie manche Definitionen fälschlich sagen — es ist ja nur ein weniger Bewußtes — und die Täuschungs-, „Absicht“ damit zum „Wunsch“ herabzumildern. Die Bezeichnung „Wunsch“ ist eigentlich noch viel zu *plump* für den tendenziösen, „intentionalen“ seelischen Vorgang, der sich hier abspielt, denn es handelt sich darum, daß die Absicht soweit ins Dunkel des psychischen Blickfeldes verschoben, „verdrängt“ wird, daß sie zwar noch wirksam ist, aber doch von der

Persönlichkeit nicht mehr als ihr eigenes Wollen anerkannt werden soll. Das bringt nicht nur den Vorteil der eigenen moralischen Rechtfertigung, des „Sündigens ohne Schuld“, es kommt auch der Darstellung des Krankheitssymptoms zugute, indem nämlich an die Stelle des doch immer etwas plumpen simulatorisch entstandenen Artefaktes eine natürlich aussehende Äußerung gesetzt wird, da eben der „Wunsch“ nur den Reflexmechanismus in Gang setzt und unterhält.

Der *Hysteriker* rückt also für mich auf diese Weise sehr in die Nähe des Simulanten, ist, wenn ich so sagen soll, ein „feiger“ Simulant, da dieser wenigstens nur seine Umwelt täuschen will, während der *Hysteriker* sich dazu noch selbst belügt. Man könnte deshalb fast vor dem Simulanten noch mehr Achtung haben, als vor dem *Hysteriker* — wenn nicht, und das ist der kitzlichste Punkt dieser ganzen moralisierenden Betrachtung, mancher *Hysteriker* für sich als Entschuldigung in Anspruch nehmen könnte, daß er zu diesem Ausweichen entweder durch die Übermacht der auf ihn einstürmenden Ereignisse oder — was in bezug auf das gegenseitige Kräfteverhältnis auf das gleiche herauskommt — durch seine minderwertige psychische Veranlagung getrieben wurde. Damit verliert die ganze Angelegenheit aber nicht etwa ihren moralischen Hintergrund, denn der *Hysteriker* mußte nicht etwa diesen Weg gehen, es war ihm nur das Ausweichen nach dieser Seite nahegelegt; er ist aber nicht etwa einem Melancholiker gleichzustellen, der seiner Stimmung eben beim besten Willen nicht Herr werden kann, und den wir deshalb auch als „krank“ bewerten, sondern einem normalen Menschen, der auch so und so oft in die Lage kommt, irgendwelchen niederen Antrieben nachzugeben, der sich aber dann doch zusammenreißt und Widerstand leistet.

Man könnte mir an dieser Stelle einwenden, es gäbe eben so übermächtige Situationen, resp. so widerstandsunfähige Naturen, daß notgedrungen eine hysterische Reaktion erfolgen müsse. Das ist aber nicht so: denn die Reaktionen, die man etwa da im Auge hat, sind eben nur unmittelbare Affektreaktionen und haben mit Hysterie zunächst gar nichts zu tun. Die Verwechslung röhrt nur daher, daß sie meist zu hysterischen Äußerungen *werden*, indem der hysterische Wunsch sie in Permanenz erklärt. An sich würden sie sehr bald abgeklungen sein, der *Hysteriker* macht sie aber seinen Zwecken dienstbar — womit m. E. wieder die Berechtigung einer moralisierenden Betrachtung erwiesen ist.

Ich glaube, daß deshalb die sehr treffende Jaspersche Definition des hysterischen Charakters, die ich oben schon anführte, einer gewissen Ergänzung bzw. Berichtigung bedarf. Dann nach ihr könnte die hysterische Persönlichkeit ihrem Bedürfnis, mehr zu erleben, auch dadurch entsprechen, daß sie durch eigene, moralisch zu billigende Kraftanstrengung sich dieses gesteigerte Erleben verschafft. Das tut

sie aber eben nicht, sondern das Wesentliche liegt darin, daß sie selbst nichts leistet, um ihrem Bedürfnis zu genügen, daß sie auf moralisch nicht ganz einwandfreie Weise sich Beachtung erzwingt. Und das „vor sich mehr scheinen“ dürfte wohl trotz des durchaus richtigen Kerns, der darin steckt, daß die Persönlichkeit vor sich etwas „scheinen“ will, dahin genauer zu formulieren sein, daß sie nicht nur „mehr“ scheinen will, sondern daß sie auch schuldlos scheinen will, was sie durch den geschilderten Verschiebungsvorgang erreicht. Das gilt nicht etwa nur für das hysterische somatische Symptom als Äußerung eines Krankheitswunsches, sondern auch für das psychische Verhalten, wo z. B. das Unmoralische der Lüge durch das Fürwahrhalten des Erfundenen (in der *Pseudologia phantastica*) für die Persönlichkeit zum Verschwinden gebracht wird. Das hysterische Verhalten setzt sich also aus *drei Komponenten* zusammen, aus der *Tendenz 1. etwas für das Individuum Er-sprößliches zu erreichen, 2. zu diesem Ziel ohne eigene Leistung zu gelangen, und 3. trotz dieses Verhaltens schuldlos zu erscheinen*.

Von den neueren Hysteriedefinitionen hat m. E. nur eine diesen Tatbestand richtig erfaßt, nämlich die von *Bonhoeffer* schon 1911 formulierte, die das Charakteristische in einer „Abspaltung der psychischen Komplexe unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gearbeiteten Willensrichtung“ sieht. Denn so treffend auch die von *Freud* stammende Bezeichnung einer „Flucht in die Krankheit“ oder die von *Kohnstamm* geprägte des „defekten Gesundheitsgewissens“ sein mögen, sie füllen doch das ganze Wesen des Hysterischen bei weitem nicht aus. Und wenn ich an der jüngsten Definition von *Löwenstein*¹⁾ („Während die simulierten Symptome dem bewußten, nach vorgestellten Zwecken geleiteten Willen ihre Entstehung verdanken, sind die hysterischen Reaktionen im engeren Sinne als nicht gewollte und oft wenigstens in den geringeren Graden ihrer Ausbildung nicht bewußte Begleiterscheinungen bestimmt gefärbter Vorstellungen anzusehen“) etwas geändert wissen möchte, so ist es der Ausdruck „Vorstellungen“, den ich gern durch „Wünsche“ ersetzen würde, die ja wohl auch in den Vorstellungsbereich gehören, aber doch eben den Kreis der Möglichkeiten einschränken; und zwar müssen wir diese Einschränkung vornehmen, um das hier gleich zu sagen, damit wir nicht in Konflikt mit anderen psychogenen, aber nicht hysterischen Äußerungen kommen, nämlich den auf dem Boden hypochondrischer Befürchtungen erwachsenen, die ich, im Gegensatz zu *Löwenstein*, wie später zu zeigen sein wird, streng von den hysterischen trennen möchte.

Im übrigen aber bilden die eingehenden, sehr dankenswerten Untersuchungen *Löwensteins* über die Beziehungen der Simulation zur Hysterie eine sehr gute Illustration zu meinen Ausführungen über die gegen-

¹⁾ *Löwenstein*: Arch. f. Psychiatrie 72, 387.

seitige Stellung dieser beiden Tatbestände. Die simulierte Blindheit, findet *L.*, hindert ebensowenig wie die hysterische an der Auffassung optischer Reize; die simulierte Taubheit ebensowenig wie die hysterische an der Auffassung akustischer Reize, und die simulierte und hysterische Analgesie hindern nicht an der Auffassung von Schmerzreizen. Das bedeutet nach meinen Ausführungen natürlich nicht die Gleichsetzung von Hysterie und Simulation. Der Unterschied besteht darin, daß der Simulant sich des Gesehenen, Gehörten, Gefühlten voll bewußt ist, und die Eindrücke absichtlich nicht verwertet, während der Hysteriker gar nicht erst in die Lage kommt, mit immer wieder neuen einzelnen Entschlüsseungen diese Wahrnehmungen ignorieren zu wollen. *Beim Simulanten gelangen die Reize wirklich bis in die Mitte des Bewußtseinsfeldes, beim Hysteriker werden sie schon am Rande durch die Barrière der dort befindlichen Tendenz, nicht sehen, nicht hören, nicht fühlen zu wollen, abgefangen.*

Ergab sich aus meinen Ausführungen die prinzipielle Notwendigkeit einer Gleichartigkeit simulierter und hysterischer Symptome, so beweisen das auch die Experimente *Löwensteins* auf empirischem Wege. Die Symptome müssen schon insofern die gleichen sein, als ja auch der Simulant nicht alle Krankheitserscheinungen selber „macht“, ebensowenig wie wir alle Handlungen etwa vollbewußt ausführen, dann aber auch, weil viele Äußerungen des Simulanten nur die Auswirkung affektiver Zustände sind, die er wie der Hysteriker herbeiführt (wiederum nur mit dem Unterschied, daß der Simulant sie wie ein schlechter Schauspieler „markiert“, während der Hysteriker, der sich ganz in die Rolle hineingelegt hat, sie „kommen läßt“). Darin ist schon ausgedrückt, daß nicht etwa alle körperlichen Äußerungen des Simulanten und Hysterikers sich gleichen müssen; sie werden sich so weit voneinander unterscheiden, als das Spiel eines Schauspielers uns „natürlich“ oder „gekünstelt“ erscheint, oder als etwa eine von uns gewohnheitsgemäß ausgeführte Handlung sofort unbeholfen und hölzern wird, wenn sie mehr bewußt ausgeführt wird. Deshalb werden wir auch immer nur gefühlsmäßig entscheiden können, ob wir es mit einem Hysteriker oder einem Simulanten zu tun haben, und werden es nie dem Richter (der das aus Unkenntnis der theoretischen Grundlagen immer wieder verlangt) exakt an der Hand objektiver Symptome beweisen können. Der Beweis wäre eben nur durch Analyse des zentralen Endes dieser Erscheinungskette zu erbringen, durch Zergliederung des psychischen Mechanismus, und das ist ohne Entgegenkommen (wozu auch die Ungeschicklichkeit gehört) des „Kranken“ nicht ausführbar und deshalb häufig ganz unmöglich.

Diese Zusammengehörigkeit von Simulation und Hysterie muß viel mehr, als es bisher der Fall war, allen Instanzen beigebracht werden,

die sich mit Begutachtungsangelegenheiten befassen. Ich meine damit nicht nur die richterlichen, sondern (leider!) auch die ärztlichen Instanzen. Denn nur dadurch, daß so viele Ärzte über diese Frage verkehrt unterrichtet sind, kommt auch der im Verfahren entscheidende Laie zu einer falschen Anschauung. Und es gibt für mich nichts Beschämenderes, als wenn bei einer öffentlichen Verhandlung zwei Gutachter sich über die Stellung der Hysterie zur Simulation gegenseitig widersprechen und damit Tatbestände verschleiern, die bei logischer Überlegung durchaus klar überschaubar sind. Ich meine, man kann nicht scharf genug jede begriffliche Schiefheit hier zurückweisen, weil nur auf diesem Wege auch unsere praktische Rechtsprechung auf dem Gebiete der Unfallsentschädigung in erfreulichere Bahnen gelenkt werden kann, als es bis jetzt der Fall war, wo die Beschäftigung mit einem Hysteriker für alle Beteiligten nur ein unwürdiges Operieren mit schiefen und unklaren Begriffen ist, das jeden — meist auch das Objekt selbst — unbefriedigt läßt.

Um den Angelpunkt noch einmal kurz zu präzisieren, unterscheidet sich also der Hysteriker vom Simulanten nur dadurch, daß er die vollbewußte „Absicht der Täuschung“ durch Verschiebung aus dem Mittelpunkte des psychischen Blickfeldes nach den dunkleren Seitenteilen zum nicht-eingestandenen „Wunsch“ werden läßt, wodurch er gleichzeitig ein natürlicheres Inerscheinungtreten seiner Krankheitssymptome erreicht und sich ihnen als objektiven Erscheinungen mit seinem Ich gegenüberstellen kann. Und ich möchte das Wesen der hysterischen Reaktionsweise dahin zusammenfassen, daß wir eine Reaktionsweise dann hysterisch nennen, wenn die zutage geförderten Erscheinungen (körperlicher oder psychischer Natur), ohne das Produkt zielstrebiger Überlegung zu sein, im Dienste eines Zwecks, einer Wunscherfüllung stehen.

Nun muß diese Hysteriedefinition noch verteidigt werden gegen den Ansturm von einer Seite, die am meisten Anlaß wurde, Unklarheiten aufkommen zu lassen und Verwirrung hereinzutragen: obwohl Viele instinkтив die Gültigkeit einer Auffassung wie der eben genannten spürten, scheuten sie sich, sich offen zu ihr zu bekennen, weil sie Menschen kannten, die, beispielsweise im Anschluß an einen Unfall, mit körperlichen Erscheinungen reagierten, die den hysterischen aufs Haar glichen, Menschen, die wirklich unter ihrem Zustand litten, die mit hypochondrischer Angst jedes Symptom beachteten, die den Arzt aufsuchten, weil sie tatsächlich geheilt sein wollten, die nicht im mindesten nach Rente schielten, die ehrlich „krank“ waren. Und diese Ärzte fanden um so weniger einen Ausweg aus solchem inneren Streit zwischen einem (richtigen) instinktiven Fühlen und dieser zwar auf richtiger Beobachtung beruhenden, aber auf den Hysteriker falsch angewandten Überlegung, als es allerdings Hysteriker gibt, die auch

hypochondrisch *aussehen*; sieht man aber näher zu und läßt man sich nicht durch die äußere Erscheinung täuschen, so bemerkt man, daß es sich keineswegs um die gleiche hypochondrische Einstellung handelt, wie beim Unfallshypochonder (dieser ist hier übrigens nur als Beispiel gewählt, die Ausführungen gelten genau so für den hypochondrischen Neurastheniker, wie überhaupt für jeden hypochondrisch Kranken); der Hysteriker ist im Grunde gar nicht hypochondrisch auf seine Krankheitserscheinungen eingestellt, er trägt nur eine „*hypochondrische Geste*“ zur Schau.

Es ist das eine der verschiedenen Ausführungsmöglichkeiten seines „Tricks“: sich in eine hypochondrische Stimmungslage zu versetzen, um entweder aus ihr heraus seine körperlichen Krankheitserscheinungen kommen zu lassen, oder um, wenn solche schon wunschgemäß entstanden waren, auch noch äußerlich die Miene des Leidenden anzunehmen, wodurch er nicht nur echter krank erscheint, sondern auch vor sich selbst etwas gerechtfertigter dasteht. Dieses Spiel des Hysterikers muß man eben durchschauen können, sonst verwechselt man ihn mit dem echten Hypochonder. Begreift man aber wirklich das Wesen des Hypochonders und des Hysterikers, so muß man einsehen, daß *unmöglich* der Hysteriker, der ja ein *Interesse* an seinem Kranksein hat, sich auch *gleichzeitig* vor ihm *fürchten* kann.

Deshalb kann ich auch *Löwenstein* bei aller sonstigen Übereinstimmung nicht beipflichten, der in seinem Buch („Experimentelle Hysterielehre“) die Ansicht vertritt, der Hysteriker betrachte seine körperliche Reaktion mit der Befürchtung: „Wird das, was da geschehen ist, mir schaden?“ Diese Frage, wenn sie ehrlich gemeint ist, legt sich kein Hysteriker vor. Das kann nur der Hypochonder tun, wenn der Hergang bei ihm beispielsweise etwa einmal der wäre, daß er eine (nicht-hysterische) Schreckreaktion erlebte, und diese nun hypochondrisch betrachtet, wobei ich die Frage nur etwas anders fassen würde, wie *L.* es tut, da er wohl fragen würde: „Ist das, was da an mir vorgeht, nicht etwa der Ausdruck einer schweren körperlichen Schädigung?“ *L.* definiert das Hypochondrische sehr richtig, wenn er sagt: „Diese aus der hypochondrischen Konstitution resultierende ständige Bereitschaft, eine Beeinträchtigung der Gesundheit aus wirklichen oder vermeintlichen Ursachen anzunehmen, bezeichnen wir als ‚hypochondrisches Vorurteil‘.“ Aber — gar nicht einverstanden bin ich eben mit seinen weiteren Ausführungen: „In ihnen (sc. den hypochondrischen Vorurteilen) haben wir die häufigste Grundlage vor uns, aus der die hysterischen Symptome erwachsen.“ Die auf der hypochondrischen Basis entstehenden Symptome zwar den hysterischen, sind sie doch unter Benützung des gleichen psychogenen Reflexmechanismus entstanden, aber man darf nicht von hysterischen Symptomen sprechen,

sondern nur von psychogenen. Es entstehen eben sowohl auf Veranlassung des hysterischen wie des hypochondrischen Seelenzustandes unter Benutzung dss gleichen Reflexmechanismus gleiche körperliche Symptome; man hat sie fälschlich beide hysterisch genannt; man sollte sie psychogen nennen, das eine Mal mit der genetischen Bezeichnung „hysterisch“, das andere Mal mit der Bezeichnung „hypochondrisch“. Dann herrscht endlich einmal Klarheit!

Löwenstein ist es bei seiner Zurückführung des Hysterischen auf das „hypochondrische Vorurteil“, wie mir scheinen will, auch nicht ganz wohl. Er erweitert deshalb den Inhalt des hypochondrischen Vorurteils im weiteren Verlaufe seiner Ausführungen zu der „Überzeugung des Krankseins“. Auch mit dieser Abschwächung kann ich mich aber noch nicht einverstanden erklären, denn dieser Oberbegriff umschließt m. E. zwei Unterbegriffe, die streng voneinander geschieden werden müssen: 1. die *Furcht*, krank zu sein, und 2. den *Wunsch*, krank zu sein. Nr. 1 umfaßt den Tatbestand des Hypochondrischen, Nr. 2 den des Hysterischen. Beide Seelenzustände schließen einander aus.

Will man das uecht-Hypochondrische beim Hysteriker benennen, so möge man es „hypochondrische Maske“ nennen oder das Adjektiv „pseudo-hypochondrisch“ wählen.

Ich hatte oben in anderem Zusammenhange einmal erwähnt, daß auch der Simulant, um besser täuschen zu können und um Symptome natürlicher erscheinen zu lassen, ein hypochondrisch gefaltetes Gesicht aufsetzen kann. Er unterscheidet sich dann aber von dem pseudo-hypochondrischen Hysteriker nach genau den gleichen Gesichtspunkten, wie ich es oben schon ausgeführt hatte: der Simulant ist der schlechte Schauspieler mit dem *künstlich* in Falten gelegten Gesicht, der Hysteriker *spielt* aber *wirklich* den Hypochonder. Von dem echten konstitutionellen Hypochonder unterscheidet er sich aber trotzdem dadurch, daß seine hypochondrische Einstellung nicht unmittelbar Ausfluß seiner gleichgestimmten Persönlichkeit ist, daß sie vielmehr erst getragen wird von dem *Wunsch*, hypochondrisch zu *erscheinen*. Ich meine, daß dieser Aufbau klar genug ist, um von Jedem verstanden zu werden.

Und schließlich muß noch Eines behandelt werden: es kann Hysteriker geben, die im Laufe langer Zeit zu einer solchen Verselbständigung ihrer körperlichen Erscheinungen kommen (man hat es wohl auch „hysterische Gewöhnung“ genannt), daß diese nur eine Angewohnheit darstellen, jedenfalls nicht mehr durch irgendwelche Interessen wachgehalten werden. Solche Menschen können ihren körperlichen Erscheinungen dann schließlich objektiv gegenüberstehen. Und wenn dies der Fall ist, so besteht die Möglichkeit, daß sie sie dann auch zum Gegenstand hypochondrischer Befürchtungen machen können. Dann haben wir aber nicht etwa eine Kombination hysterischer und hypochondri-

scher Einstellung vor uns, denn eine hysterische Einstellung liegt ja gar nicht mehr vor, sondern nur eine Angewohnheit, die hypochondrisch bewertet wird. Ich glaube nicht, daß eine solche Entwicklung häufig vorkommen wird — sie könnte vielleicht einmal eintreten, wenn ein übermächtiges Ereignis einen an sich vollwertigen Menschen zu einer hysterischen Gelegenheitsreaktion gebracht hat, die sich dann ver-selbständigte und schließlich zum Anlaß hypochondrischer Befürchtungen wurde, weil eine äußere Situation den Betreffenden in ein hypochondrisches Fahrwasser gleiten ließ —, aber ich wollte diese Möglichkeit doch auch erwähnen, um ja keine Lücke zu lassen, durch welche der Teufel einer Begriffsverwirrung wieder hereinschlüpfen könnte.

Denn nur dann kann diese begriffliche Reinigung auch wirklich praktische Erfolge zeitigen, wie ich nun zum Schluß zeigen will.

III.

Praktisch wichtig wird diese begriffliche und nosologische Klarlegung einmal für die *Therapie* und dann für die *Rechtsprechung*.

Es ist selbstverständlich, daß wir einen Wunsch-Kranken anders anpacken müssen als einen Furcht-Kranken. Der eine muß erzogen, der andere beruhigt werden. Das heißt nicht, daß wir dem einen rauh begegnen müßten, es wird meist sogar recht gut sein, wenn man sein Spiel mitmacht, wenn man mit ihm wie mit einem Kranken redet. Wenn ich mit einem Hysteriker zu tun habe, so stehen wir uns immer *wie zwei Auguren* gegenüber: man verkehrt wie der Arzt mit dem Patienten, und man lächelt sich hinter dieser auf beiden Seiten aufgesetzten Maske zu, als ob man sagen wollte: „Wir durchschauen uns ja gegenseitig vollkommen, aber dürfen es nicht laut aussprechen.“ Auf diesem Wege erleichtert man dem Hysteriker den Rückweg; und nur darauf kommt es bei der „Heilung“ an. Begegnet man ihm aber moralisch, so trifft man ihn ja gerade an seinem wunden Punkt, drängt ihn damit in die Opposition, und dann ist Alles verloren. Unter dem Auguren lächeln kann man aber sehr wohl mit ihm exerzieren, ihn elektrisieren, hypnotisieren oder welchen der bekannten Wege man ihm zum Rückzug auch nahelegen will.

Den Hypochonder dagegen behandelt man je nach seiner Mentalität mit einer der suggestiven Methoden. Jede ist richtig, wenn sie nur die falsche Voraussetzung vermeidet, daß man es mit einem Hysteriker zu tun hätte.

Und nun die *forensische* Seite der Sache. Wenn alle Rufe verständiger Ärzte, hysterische Unfallsfolgen nicht zu entschädigen, bisher immer erfolglos geblieben sind, so lag das nur daran, daß man die hypochondrisch-psychogenen Unfallsfolgen mit den hysterisch-psychogenen verwechselte und es — mit Recht — als unbillig empfand, solche wirklich Kranke nicht zu entschädigen.

Hat man aber erst einmal dem Gesetzgeber die Unterschiede in der Weise, wie es oben geschehen ist, klar vor Augen geführt, so wird er sicher keine Bedenken tragen, die hysterischen Unfallsfolgen von einer Entschädigung auszuschließen. Sie werden dann verschwinden, wie es die bekannten Beispiele in den Ländern mit anderer sozialer Gesetzgebung ja zur Genüge bewiesen haben. Allerdings werden sie nur dann verschwinden, wenn sich auch die begutachtenden Ärzte das Wesen des Hysterischen klargemacht haben. Freilich wird es nicht so einfach sein, den pseudo-hypochondrischen Hysteriker vom echten hypochondrisch-Psychogenen zu unterscheiden; dazu gehört mehr als eine Symptomen-Feststellung, dazu gehört eine feine psychologische Analyse. Und die wird nicht jeder fertigbringen, denn nicht jeder Arzt ist auch ein guter Menschenkenner. Auf der Universität beibringen läßt sich das auch nicht. Man hat es oder hat es nicht.

Aber was bedeuten diese praktischen Schwierigkeiten gegenüber dem enormen Nutzen, der der Allgemeinheit aus dieser rationalen Gesetzesänderung erwachsen würde! Es gibt ja Auswege: die Begutachtung jedes psychogenen Unfallskranken müßte eben aus den Händen des allgemeinen Praktikers in die eines Spezialisten gelegt werden.

Es ist fast überflüssig zu sagen, aber es könnte doch als Lücke aufgefaßt werden: darum betone ich noch, daß natürlich nicht nur die *hypochondrisch-psychogene* Unfallsreaktion entschädigt werden müßte, sondern auch jede durch den Unfall ausgelöste *unmittelbare* Schreckreaktion. Das wird aber praktisch gar nicht so häufig in Frage kommen, da derartige Reaktionserscheinungen gewöhnlich rasch wieder abklingen. Meist klingen sie nur deshalb nicht ab, weil sie eben in hysterische Regie treten, aus hysterischen Wünschen heraus in Permanenz erklärt werden.

Die Richtung ist also klar: Erst müssen Gedanken wie die hier ausgeführten Allgemeingut werden. Dann werden sie im Unfallsgesetz ihren Niederschlag finden. Und dann sind wir die **Unfallshysterie** los. *Quousque tandem?*
