

Wesen der Hysterie.

Von

Nikola Schipkowensky.

Mit 2 Textabbildungen.

(Eingegangen am 3. September 1941.)

Die Hysterie als nosologische Einheit — es handelt sich nicht um den Namen, sondern um die Eigenart klar abgrenzbarer psychoneurotischer Syndrome — aus der Psychiatrie wegschaffen zu wollen ist unangebracht. Zwar wird kaum einer noch die großen Kunststücke der *Charcotschen* Kranken sehen können, aber den hysterischen Leiden begegnet man oft genug nicht nur in der Privatpraxis und in der Poliklinik, sondern auch in den Krankenhäusern selbst. Wir wissen jetzt, daß die Chorea major der Vergangenheit mit ihren dramatisch ablaufenden Pantomimen teils durch psychische Induktion, teils auch durch ärztliche Züchtung zur Blüte gebracht wurde. *Psychische Induktion und ärztliche Züchtung krankhafter Abläufe* sind jedoch an sich keine spezifisch hysterischen Kennzeichen. Nicht nur vorübergehende massenpsychologische Verirrungen bezeugen bei den meisten Menschen eine nicht zu unterschätzende Gewalt der seelischen Ansteckung, sondern auch dauernde, zum Lebensstil gewordene Zustände — es seien „das Sprechen mit Gott“ und „das Sprechen unbekannter Sprachen“ mancher Sektierer erwähnt — können bei entsprechender Einstellung induziert werden. Selbst paranoische Entwicklungen können den nächsten Angehörigen durch das tiefe Mitergriffensein von den Erlebnissen ihrer paraphrenen Verwandten induziert werden. Andererseits ist Induktion auch normalpsychologisch — also in alltäglichen Verhältnissen und selbst bei neutraler Affektlage — sehr wirksam und zwar je nach der persönlichen Eigenart in positiver oder negativer Gestaltung. Mit einem Wort darf die seelische Ansteckung auf keinen Fall als irgendein hysterisches Spezifikum betrachtet werden und wir haben noch nie einen Fall hysterischer Induktion beobachtet. Es scheint, daß nur bei bestimmten sozialen und persönlichen Vorbedingungen — wie sie in mittelalterlichen Nonnenklöstern, in den Krankenhäusern der Vergangenheit und viel seltener in manchen gegenwärtigen Schulen — eine hysterische Epidemie ausbrechen kann.

Auch die ärztliche Züchtung krankhafter Erscheinungen ist durchaus nicht nur für die Hysterie bezeichnend. Viel zahlreicher sind die *hypochondrischen Klagen*, die aus unvorsichtigen Äußerungen — welcher Arzt kann schwören, daß er nie solche fallengelassen hat! — erwachsen sind. Gewiß liegt die Ursache der jahrelangen Bindung mancher Kranken an

ihren Arzt, der sie psychotherapeutisch beschirmt, in der — wir möchten es gerne glauben — „unbewußten“ oder auch ungewußten Züchtung einer neuen Psychoneurose, die allmählich dem eigenen Leiden unterworfen wird. Deswegen dürfen wir bescheidener sein, wenn wir den alten Psychiatern vorwerfen, sie hätten die Hysterie gezüchtet. Es gab eine Zeit, wo in der ganzen Welt *die psychoanalytische Psychoneurose* — denn was anderes als eine Psychoneurose sui generis wäre es, wenn man gutgläubig mit all dem was Psychoanalytiker gepredigt haben, lebt? — sich als eine *Pandemie* verbreiterte und selbst klare Geister ihr den Weg durchzuschlagen verhalfen, in der „unbewußten“ Angst nicht der Rückständigkeit halber verurteilt zu werden.

Laien und Ärzte, natürlich außerhalb des engen Kreises der Psychiater, fassen noch heute *die Hysterie als Ausdruck unbefriedigter oder unstillbarer Sexualität* auf. Hier ist nicht — und dabei nicht zum letztenmal — *die Macht geistiger Inertion* zu ersehen. Die längst in der Psychiatrie überlebten Ideen *Platos und Hippokrates'* für die Genese der Hysterie beherrschen das Denken noch in unserer Zeit. Sie stiften dabei große Unklarheit über das Wesen eines Leidens, welches überhaupt noch nicht recht eindeutig aufgeklärt ist. Die Hysterie wird auch jetzt nicht allzu selten, sogar von manchen Fachgenossen, besonders gern bestimmter Art von Frauen zugeschrieben, deren charakterlogische Unausgeglichenheit mit steilen Schwankungen der Stimmung, als direkte Folge geschlechtlichen Unbefriedigtseins gedeutet. Ja, noch vor etwa 15 Jahren hat ein italienischer Gynäkologe — wenn ich mich nicht täusche — in seiner Rektoratsrede *Charcot* vorgeworfen, er habe zum Schaden der wissenschaftlichen Entwicklung den hippokratischen Begriff der Hysterie umgestürzt.

Wie bekannt hat *Charcot* — obwohl auch nicht als erster — klar dargelegt, daß *die Hysterie ein psychisches Leiden ist*, dessen dauerhafte („Stigmata“) und vorübergehende („accidents“) Symptome vorwiegend körperlicher Art sind, die aber mit der Gebärmutter nichts zu tun haben.

Freud und seine Anhänger „regressieren“ — natürlich in psychoanalytischer Wandlung — zu der hippokratischen Auffassung. *Die „unterdrückten“ Sexualwünsche*, deren Befriedigung wegen ihrer sozialen Unzulässigkeit unmöglich gemacht sei, setzen ihre Aktivität in den Sphären des unbewußten seelischen Lebens fort und finden den einzigen Ausweg zu ihrer Verwirklichung in *das körperliche „Konversion“* hysterischer Erscheinungen. Durch *die Methode „freier Assoziationen“* wurde der „symbolische“ Sinn dieser Syndrome als verkappte Sexualregungen enträtselt. *Die „Unterdrückung“ wird durch die Zensur vollzogen*, eine Moralinstantz, welche im Laufe der persönlichen Entwicklung als Resultante sozialen Zwangs und Erziehung jedem aufgezwungen wird. Diese Zensur dient als *Schranke den Inzesttrieben* gegenüber. Es sind eben die Inzestwünsche, welche als allmächtige Beherrscher des seelischen

Lebens schon seit der Zeit der frühesten Kindheit die ganze Entwicklung jeder Persönlichkeit bestimmen. Das tragische Schicksal Oedipus; sein doppeltes Verbrechen — *der Vaternord und der Mutterinzezt* — wird von Freud und seiner Schule als *Urbild der eigentlichen Triebfeder persönlicher und historischer Evolution* hingestellt. Jedes religiöse, künstlerische und politische Schaffen ist nichts anderes als eine gelungene „*Sublimation*“ der Oedipuswünsche; die Verbrechen sind lediglich Ausbruch der inneren Spannung, die aus dem Schuldgefühl für das doppelte in dem unbewußten aufwühlenden Verbrechen Oedipus', herrührt; schließlich sind die Psychoneurosen und gar die Psychosen Folgen des mißlungenen Versuchs den Oedipuskomplex zu verdrängen.

Nun haben unsere Forschungen der Lebensgeschichten aller in der Münchner Psychiatrischen Klinik 1906—1937 beobachteten Mörder, sowie die Untersuchung der geisteskranken Mörder in der Psychiatrischen Universitätsklinik Sofia (1938—1941) bewiesen, daß *der Oedipuskomplex keine allgemein gesetzliche Triebfeder menschlichen Erlebens und Handelns ist*. Wie bereits in „*Schizophrenie und Mord*“ dargelegt, mußte eben bei den Geisteskranken, insbesondere bei den Schizophrenen endlich einmal der Oedipuskomplex in seiner unzweideutigen Allmacht auch dem Ungläubigsten die Richtigkeit des psychoanalytischen Dogmas bezeugen. Einerseits ist die „Zensur“ als Späterwerb der Menschheit durch die vernichtende Tendenz der Psychose entweder ganz ausgeschaltet oder wenigstens stark erschüttert, wie man bei schizophrenen Frauen und Männern oft beobachten kann. Andererseits werden uralte Lebensweisen durch den Prozeß aktiviert, wobei auch infantil-primitive Biopsychismen und Erlebnisse auferstehen. Wir haben darauf hingewiesen, daß die vernichtende Tendenz der Psychose von den Kranken, gleich wie jede Krankheit überhaupt von Primitiven und Kindern (die auch oft den Arzt selbst als den eigentlichen Urheber ihrer Leiden ansehen) als eine von außen hereinbrechende Lebensgefahr erlebt wird. Um sich selbst zu retten, greifen dann manche Kranke bestimmte Menschen an, die ihnen eben als Ursache ihrer psychotischen Getriebenheit zum Tode erscheinen. Oder wenn sie die vernichtende Tendenz der Psychose auf Angehörige, Volk, selbst auf die Menschheit übertragen, so bringen sie dann irgendeinen um, als *Opfer* für die Rettung der bedrohten sozialen Gruppe. Es sind lauter primitive Biopsychismen, die latent auch in der Seele kultiviertester Menschen schlummern, bis sie die Psychose zur Auferstehung treibt. So müßte es eigentlich auch mit dem Oedipuskomplex geschehen. Als ureigenste Wesensart menschlicher Natur — wie bekannt stellt nach Freud auch der Totemismus nichts anderes als eine Vergöttlichung des doppelten Verbrechens und das Totemmahl nur seine symbolische Wiederholung dar — sollte der Oedipuskomplex, den auch jedermann in der Zeit der kindlichen Amnesie von Neuem erlebt, sich in der Psychose unvermittelt offenbaren, ohne

daß man für seine Enthüllung irgendeine deutende Methode brauchen würde. Bei keinen unseren schizophrenen Mördern war auch nur eine Spur von den Kraftlinien des doppelten Urverbrechens zu eruieren.

Dazu lehrte die Erfahrung des Weltkrieges 1914—1918 selbst *Freud* die Unzulänglichkeit seiner Theorie kennen und zwang ihn die Metaphysik des Paninzestes teilweise einer neuen Theorie zu opfern. In „Jenseits des Lustprinzipes“ versucht er die Psychoanalyse mit der Hilfhypothese des *Todestriebes*, als der primärste Trieb jedes lebendigen Wesens, zu retten. Daß dieser Versuch sogar viele seiner Getreuesten, wie *Schilder* z. B., nicht überzeugt hat, ist bezeichnend.

Im Lichte der Lehre vom *Todestriebe*, wäre die Hysterie nicht mehr als „Flucht in die Krankheit“ aufzufassen, sondern eben als eine psychogene Todesart, durch welche der Urtrieb des Lebens — aus der Spannung der organisierten Materie in die ewige Ruhe unorganisierten Seins zurück! — eine vorübergehende, wenn auch nur scheinbare Erfüllung anstrebt.

II.

Hysterie wird allgemein als eine Neurose psychogener Herkunft, Struktur und Dynamik aufgefaßt. Ihre Syndrome deuten die meisten Hysterieforscher (*Sokolowsky, Gaupp, Boenhoeffer, Freud, Schnyder, Klien, Herzig, Krisch, Hauptmann, Forster, Kretschmer*) als durch den Willen krank zu sein, erzeugte Mittel sich vor der unerträglichen Spannung bestimmter Lebensschwierigkeiten zu retten und zugleich größere Situationsvorteile zu erzielen. Wie *der Wille zum Kranksein* die krankhaften Erscheinungen erzeugt, darüber haben sich die Meinungen nicht geeinigt. Manche wie *Freud und Kretschmer halten an unbewußten Mechanismen* (symbolische Konversion, Hypobulie) fest, andere wie *Edmund Forster*, glauben dagegen, daß *die Kranken ihren Krankheitswunsch vollkommen bewußt lenken*, obwohl sie dies den andern, insbesondere den Ärzten, natürlich nicht gern eingestehen. Ja manche darunter meistern einfach ihre Störungen, je nach ihrer „Veranlagung, Gewandtheit und Übung“. Der größte Teil der Psychiater befaßt sich mit dieser Frage überhaupt gar nicht, weil man grundsätzlich die schwierigen Probleme lieber umgeht, als daß man sich mit ihrer Lösung plagt.

Diese allgemein verbreitete und angenommene *Wunschhypothese der Hysterie* wird jedoch der Entstehung und dem Wesen ihrer Krankheitsabläufe nicht gerecht. Die Unzulänglichkeit einer solchen Auffassung hat — soweit dies aus *Robert Gaupps* „Wandlungen des Hysteriebegriffes“ zu ersehen ist — am besten *Hoche* erkannt und auch treffend formuliert.

Wenn man sich Rechenschaft darüber geben will, *welche Krankheitsbilder zu allen Zeiten als hysterisch gegolten haben*, so ist es gar nicht schwer, trotz der proteusartigen Mannigfaltigkeit der entsprechenden Syndrome,

festzustellen, daß sie eben nur von *pseudoneurologischer und pseudo-neurotischer Art* gewesen sind. Mit dem Begriff „pseudo“ ist durchaus nicht an Simulation gedacht, sondern nur hervorgehoben, daß hinter der Erscheinungsform nie organische Schädigungen des Nervensystems oder echt psychotische Störungen gestanden haben. Näher betrachtet spielen sich *die pseudoneurologischen und pseudopsychotischen Abläufe* vorwiegend auf *der extroversen Aktivität des Individuums* ab — d. h. auf den Leistungen, die zu unserer Weltverbindung dienen — und diese entweder vollständig ausschalten, sowie auch nur leichter oder schwerer stören. An erster Stelle wird *die Bewegung ganz oder teilweise ausgeschaltet*: Todstellreflex, Astasie-Abasie, „Lähmung“ einer Körperhälfte oder eines Gliedes. Andernfalls wird *die Bewegung vorwiegend dynamisch gestört* durch unaufhörliches grobes Zittern oder auch durch tonische Krämpfe. Die dynamischen Bewegungsstörungen betreffen meistens die Arme und werden von Lähmungserscheinungen der Beine begleitet. *Gangstörungen* entstehen oft auf dem Boden einer „Paraparese“, können jedoch auch durch *Zittern der Beine*, ja selbst durch *pseudoataktische Komponenten* mitverursacht werden. Auch *die hysterischen Anfälle* spielen sich grundsätzlich auf dem Gebiet der Bewegung ab; jetzt sind sie natürlich weitaus nicht so eindrucksvoll wie in der *Charcotschen Zeit*: Chorea major kann nur in den älteren Lehrbüchern und kann mehr durch unmittelbare Erfahrung studiert werden.

Anarthrie, Dysarthrie und Aphonie sind ebenso Ausdruck der hysterischen Ausschaltung oder Störung der Sprachfähigkeit, die auch ein Strom unserer Extroaktivität — zur Welt gerichteten Aktivität — darstellt.

Wie bekannt können nicht nur die motorischen Bahnen unserer weltgerichteten Aktivität psychogen gestört oder ausgeschaltet werden, sondern auch nicht weniger *die sensorischen Wege menschlicher Verbindung mit dem Kosmos*. Amaurosen und Amblyopien, Ohrgeräusche und vollständige Taubheit, Paresthäsien, Hypästhesien und Anästhesien — einerseits und Pseudohalluzinationen optischer oder akustischer Art andererseits — sind die entsprechenden Ausschaltungs- und Störungsphänomene der sensitiven Leistungen hysterischer Herkunft. So ist *der ganze sensomotorische Bogen* unserer Extroaktivität der hysterischen Einwirkung ausgesetzt und obwohl selten, wird er doch manchmal vollständig davon betroffen, grundsätzlich aber vorwiegend nur teilweise und zwar entweder auf motorischem oder sensorischem Gebiet. Eine vollkommene Ausschaltung des ganzen sensomotorischen Bogens stellt der Todstellreflex und ihm verwandter Zustände dar.

Manchmal greifen die hysterischen Störungen sogar auf *Leistungen der introversen Aktivität* über uns zwar bewirken sie ihre *Inversion*. Statt dem Organismus und seinen inneren Verrichtungen zu dienen, erleiden die invertierten Funktionen — es handelt sich meistens um die Atmung

und Verdauung — eine scheinbar extroaktive Umstimmung, ohne dabei natürlich die biologische Wertigkeit der Extroaktivität zu bekommen, schon deswegen, weil dies einfach unmöglich ist. Hysterische Dyspnoe begleitet meistens die allgemeinen Anfälle und stellt ebenso wie das psychogene Erbrechen eine pseudoextroverse Inversion grundsätzlich introverser Leistungen.

Auch die *hysterische Pseudopsychose* ist eine vorwiegend durch *affektive Dämmerung des Bewußtseins* entstandene Störung der extroversen seelischen Aktivität. Daß sie für bestimmte Perioden des Erlebens vollständige Amnesie hinterlassen kann — jedoch nicht muß! — ist viel geleugnet worden und zwar oft mit gutem Recht. Ein neulich beobachteter Fall lehrte uns aber, daß eine solche Amnesie nicht nur möglich ist, sondern auch sicher vorkommen kann. Es handelt sich um einen 45jährigen intelligenten Beamten, der für seine Liebe kein Entgegenkommen von seiten des vergötterten Mädchens fand und dadurch in eine schwere Depression geriet. Seine Liebe und das bittere Absagen, die Sehnsucht nach der Geliebten und das Bestreben sich von ihrer Macht loszulösen, wurden zum überwertigem Erleben, das alle seine Gedanken, Gespräche und Handlungen vollständig beherrschte. Ein guter Denker, politisch immer lebhaft interessiert, ließ er die apokalyptischen Abläufe des gegenwärtigen Krieges als unreale Bilder vorbeigleiten, die ihn gar nichts angingen, also ihm nichts zu sagen hatten. Sogar die Befreiung Mazedoniens und Thraziens, für die sein Bruder in türkischer Gefangenschaft starb und für die er selbst im Weltkrieg gekämpft hatte, berührte ihn kaum. Einmal kam er zu mir, scheinbar sehr beunruhigt und frug, was denn mit ihm geschähe: während der vorigen Nacht ging er — Alkohol hatte er nicht getrunken, sondern nur Kaffee — in einem Park spazieren und als er nach etwa 2 Stunden erst zu sich kam, wußte er gar nichts davon, was mit ihm während all dieser Zeit passiert war. Er fürchtete, ob er nicht bald verrückt werde, wenn ihm auch in der Zukunft solche Erlebnisse vorkämen. Irgend eine Rolle vor mir zu spielen und damit eingebildete Vorteile zu erzielen — davon kann keine Rede sein — und diese Amnesie darf man als sicher bewiesen gelten lassen. Es hat sich also um einen so schweren Affektdämmerzustand gehandelt, daß von dem Erlebten keine Erinnerung zurückgeblieben ist.

Der affektive Dämmerzustand braucht natürlich nicht immer eine vollständige Amnesie zu bewirken. Er kann die allgemeine Anfälle begleiten, kommt jedoch auch ohne jeden pseudoneurologischen Syndrom ganz selbständig — wie in unserem Falle — vor.

Eine Mutter, die ihren Knaben von einem Pferd getötet mit zertrümmertem Gesicht sah, geriet sofort in schwere Affektdämmerung mit pseudokatatoner Erregung, zerriß ihre Kleider, raufte ihre Haare und schrie wie ein verletztes Tier, so daß sie in die psychiatrische Klinik

eingeliefert wurde. Hier ist dann die psychogen entstandene Psychose mit Sprachverwirrtheit in einigen Tagen abgeklungen und durch eine schwere reaktive Depression ersetzt worden.

Soweit dies aus den Biographien zu ersehen ist, hat Maria Stuart nach der Verletzung ihres vergötterten Geliebten Bothwell einen psychogenen Stupor mit Bewußtseinsdämmerung erlebt. Der Zustand sei so bedrohlich gewesen, daß man ihr die Sterbesakramente verabreicht hat. Die psychogene Herkunft dieser Psychose ist auch aus der vollständigen Genesung der Kranken, nachdem sie ihren Geliebten außer jeder Gefahr sah, zu ergründen.

Was sind jedoch die pseudoneurologischen und pseudopsychotischen Syndrome der Hysterie im Grunde genommen? Sind sie denn etwas prinzipiell Neues, was unter normalen Verhältnissen auch in schwächsten Andeutungen nicht aufzufinden ist?

Es ist gar nicht schwer einzusehen, daß die hysterischen Erscheinungen lediglich eine *krankhaft gesteigerte und dauernd fixierte normal psychologische Reaktion der extroversen Aktivität auf affektive Erschütterungen der Grundtriebe* menschlicher Natur sind. Bei Aufregung oder Angst zittern die Hände, manchmal auch die Beine der meisten Menschen. Dieses Zittern klingt jedoch rasch ab und andererseits hält es sich im allgemeinen in gewissen Grenzen, so daß die Bewegungen, wenn auch nicht so frei wie sonst ablaufen, doch im großen und ganzen weiter vor sich gehen können. Bei dazu veranlagten Menschen schwillt jedoch das Zittern so mächtig an, daß die Bewegungen entweder vollkommen unmöglich werden oder wenigstens stark gestört sind; dabei fährt das Zittern stunden- ja tagelang fort. Neulich sahen wir in der Psychiatrischen Poliklinik Sofia eine 20jährige Bäuerin, deren Hände seit 3 Tagen unaufhörlich zitterten. Die Frau, welche sonst wie ein 16jähriges Mädchen erschien, war blaß und sah sehr erschrocken aus. Vor 3 Tagen habe sie einen Stich im Herzen verspürt — „es hat mich so durchbohrt, daß ich zu zittern begann“, meint man bei uns — und so hat sie auch sofort zu zittern angefangen. Ich drückte ihre Hände fest in den meinigen und — nachdem die übrigen psychotherapeutischen Methoden nicht gewirkt haben — befahl ihr, mir in die Augen zu schauen; dann rief ich: „Hör auf zu zittern!“ Die Arme schlugen noch 2—3mal und dann war es mit dem Zittern vorbei. Als dann die junge Frau nach ein paar Minuten in das allgemeine Sprechzimmer kam, konnte man sie kaum erkennen; sie war plötzlich reifer geworden, sah nicht mehr wie früher wie ein hilfloses erschrockenes Kind aus, auf ihre Wangen wurde die Blässe durch eine leichte Rosafarbe ersetzt.

In einer Provinzstadt Nordbulgariens erhielt ein *Gymnasiast* eine starke Ohrfeige, so daß es ihm nach „Sternesehen beim Tag“ dunkel vor den Augen wurde, er fiel um und konnte danach weder gehen noch sprechen. Es sammelten sich einige Ärzte zum Konsult — nach den Aussagen des erschrockenen Vaters —, die

den Zustand als äußerst gefährlich bezeichneten und rieten den Kranken sofort nach Sofia in die Nervenklinik zu bringen. Vom Bahnhof mit dem Sanitätsauto wurde der Kranke in die Klinik auf einer Tragbahre gebracht. Schon allein aus der Anamnese war der Zustand aufgeklärt und nach einer flüchtigen Untersuchung wurde dem Gymnasiasten befohlen aufzustehen, was er auch sofort tat. Nach einer Stunde — wir ließen ihn inzwischen in Ruhe — erlangte er nach einem zweiten Befehl seine Sprechfähigkeit wieder und konnte sofort entlassen werden.

Bei *suboccipitaler Punktion* verspürte ein Kranker mit spastischer Paraparese der Beine, daß sein rechter Arm, auf dem er während der Intervention lag, eingeschlafen war. Blitzschnell ergriff ihn der Gedanke, ich habe seinen Arm durch den „Stich ins Rückenmark“ geschädigt und er könne denselben nicht mehr bewegen. Der von mir gehobene Arm fiel sofort ganz lahm auf das Bett. Ich ließ den Kranken allein, sagte ihm, er brauche keine Angst zu haben, es ist unmöglich, daß ich ihm irgendeinen Schaden zugefügt habe. Nach einer halben Stunde fand ich ihn weinend: es genüge nicht, daß er so schwierig gehe, jetzt sei auch sein rechter Arm gelähmt. Ich erwiderte ruhig — „Du kannst aber schon Deine Finger bewegen“ — und siehe da, er fing sofort an, mit den Fingern zu tasten. Nach einer Stunde — inzwischen wurde ihm mit psychotherapeutischem Zweck eine Calciuminjektion intravenös verabreicht — hob er den Arm auf meinen Befehl und so wurde die schwere „*Monoplegie*“ endgültig geheilt.

Ein *60jähriger pensionierter Beamter* verspürte, als er den morgendlichen Kaffee trank, daß seine Glieder einschliefen: „jetzt traf mich ein *Schlaganfall*“ meinte er und eilte nach Hause. Dort — kaum hatte er sich ins Bett gelegt — konnte er nicht mehr aufstehen. In der Klinik wurde eine *Triplegie* — außer der Beine war auch der linke Arm „gelähmt“ — festgestellt, die jedoch keine Zeichen einer organischen Schädigung des Nervensystems aufwies. In ein paar Tagen wurde dann die vollständige Bewegungsfreiheit durch Übung wieder erlangt und der Kranke freute sich an seiner schnellen Genesung von den gefürchteten Folgen des Schlaganfalls.

Während des ersten Luftangriffes der Engländer auf Sofia (April 1941) wurde ein *40jähriger Soldat* durch die Wirkung einer Bombe, die in etwa 3—4 m Entfernung gefallen sei, mit Erde bis zum Kreuz verschüttet; außerdem nach seinen Angaben sollten drei Kameraden, die sich im selben Schützengraben befanden, vollständig zerstückelt gewesen sein. Wie betäubt von starkem Donner sei er etwa eine halbe Stunde in dem Schützengraben bewegungslos geblieben und danach habe er sich kriechend von dem Schreckensplatz entfernt. Die anfängliche Taubheit sei durch starkes Sausen und Brummen in den Ohren ersetzt. Außerdem habe er unaufhörlich geschluchzt. Sein Herz habe stark geklopft, er sei von unüberwindlichem Zittern bewältigt worden, so daß sich die Knie gebogen hätten und er konnte nicht gehen, sondern nur kriechen. Mit großer Mühe habe er den Bahnhof erreicht, wo er sich hinlegte, er dachte dabei: „Es ist aus mit mir, jetzt werde ich sterben“: Er habe dann gezittert, geschluchzt, das Herz klopfte weiter und schließlich sei er ganz zermürbt eingeschlafen. Quälende Träume hätten ihn während der ganzen Nacht geplagt: es flögen 1000 Flugzeuge und warfen große Bomben ab, die Erde bebte und alles ginge zugrunde. Am Morgen sei er noch erschrocken und unruhig gewesen, habe weiter gezittert und geschluchzt, konnte jedoch bereits gehen. Der Arzt hat ihm drei Tage Ruhe verordnet und „beruhigende Tropfen“ gegeben. So gingen zwei fürchterliche Tage vorbei. Die Angst, die ab und zu noch stärker auftauchte, verging nicht und er mußte immer wieder an den Luftangriff denken. Während der zweiten Nacht nach dem Angriff hat er wiederum von Bombern geträumt: der Traum erschien ihm eigentlich als Wirklichkeit. Es seien wiederum tausende Flugzeuge über Sofia erschienen, die Bomben haben schauerlich gedonnert und durch das Dach des Gebäudes in das Schlafgemach der Truppe eingedrungen. Er sei aufgestanden, habe zu schreiben angefangen, wollte entfliehen, fiel dann um.

Er erinnert sich noch, von den Kameraden ins Bett gelegt worden zu sein und dann versank jede Erinnerung an die übrigen Vorfälle vollständig, bis er in der Klinik zu sich kam.

In der Klinik lag der Kranke mit geschlossenen Augen (*Liderkrampf*), konnte nicht auf den Beinen stehen (*Asasia-Abasie*), seine Hände zitterten unaufhörlich, er sprach nicht und reagierte überhaupt gar nicht auf Anruf oder andere Reize. Der Blephasospasmus war so heftig, daß die Lider selbst mit Anwendung von Gewalt nicht aufgemacht werden konnten. Es wurde eine „psychotherapeutische“ Spritze mit Aether sulfuricum verabreicht; dann drückte ich fest seine Hände und befahl ihm mit dem Zittern aufzuhören. Allmählich wurde das Zittern schwächer bis es dann ganz aufhörte und dabei zuerst im rechten Arm, wo die Spritze angewendet wurde. Der Kranke kam dann zu sich und folgte willig dem Befehl aufzustehen und zu gehen. Natürlich war das Gehen anfangs unsicher — ein *pseudoparaparethisch-ataktischer Gang*, der sich jedoch im Laufe des Tages vollkommen normalisierte. Der Kranke gab an, die Einspritzung nicht gespürt zu haben und behauptete, daß er sich gar nicht an die Ereignisse seit dem geträumten Luftangriff, einschließlich an die Einlieferung in die Klinik erinnern kann. Anfangs hat er geglaubt, daß es sich um einen wirklichen Angriff gehandelt hat und selbst in der Klinik hat er auch darauf bestanden, bis er durch die entsprechenden Hinweise zugab, daß er davon doch nur geträumt habe. Die Amnesie an die Vorfälle seit dem Traume, die wiederum aus einer schweren affektiven Dämmerung des Bewußtseins entstanden ist, halten wir für echt.

Zum erstenmal beobachteten wir bei diesem Kranken eine *grammatikalische Spracheigentümlichkeit*, die wir weder aus eigener Erfahrung, noch aus der Literatur kennen. Der Kranke sprach von dem Erlebten in der infinitiven Form der Zeitwörter, so wie manche Ausländer, insbesondere die Armenier, bulgarisch gebrochen sprechen. „Ich hören die Flugzeuge brummen und laufen in den Schützengraben, ich fürchten und kriechen auf Beine und Hände bis zum Bahnhof. Ich zittern und schluchzen...“ Schon am nächsten Tag, wo alle pseudoneurologischen Störungen gänzlich verschwunden waren, hat man auch von dem grammatikalischen Infantilismus nichts mehr gemerkt. Wie bekannt werden die infinitiven Formen der Zeitwörter von Kindern und primitiven Menschen (beim Lernen fremder Sprachen insbesondere), auch von Schwachsinnigen oft gebraucht. Die hysterische *Pseudopsychose*, die im Anschluß eines Versuches, das ungelöste psychische Trauma des Angriffes im Träumen zu liquidieren, ausbrach, hat den Kranken in einen dem Todstellreflex ähnlichen Zustand versetzt, aus dem er über eine primitiv infantile Stufe des seelischen Geschehens sich zu seinem normalen Zustand ausarbeitete. Selbst eine primitive Persönlichkeit, obwohl er während des Weltkrieges sich nie als ängstlich gezeigt hat, war er nicht den neuen Kriegsforderungen gewachsen. Das psychische Trauma des Luftangriffes, wobei in seiner unmittelbaren Nähe manche Kameraden umgekommen seien, versetzte ihn in einen Zustand schwerster Erschütterung des psychischen Gleichgewichts durch die plötzlich ausgebrochene Lebensgefahr. Darauf fixierte sich dauernd die krankhaft gesteigerte an sich normal psychologische Reaktion auf die Bedrohung des eigenen Daseins. Den Gesetzen des Träumens folgend, ist dann die erlebte Katastrophe im Schlafe wieder aufgetaucht. Es gelang dem Traume jedoch nicht, seine introverse Funktion erfüllend, wie bei alltäglichen Verhältnissen, die seelische Spannung durch halluzinatorisches Auferstehen der Katastrophensituation aufzulösen und die Psyche von den störenden Auswirkungen des Traumas zu befreien. Im Gegenteil: Sekundär ward der Traum zum Auslöser der hysterischen Pseudopsychose und ihre Umwandlung in den pseudoneurologischen Syndrom des *Todstellreflexes*.

Beim zweiten Luftangriff (am 14. 4. 41) brach die Hysterie wiederum aus, jedoch in schwächerer Form und klang von sich allein schon nach dem Aufhören

des Bombardements ab. Am folgenden Morgen war nichts von dem zweiten Schub der Pseudopsychose zu bemerken.

In all diesen Fällen fand sich *keine Spur von einem Willen zum Kranksein*, den man grundsätzlich als kennzeichnend für die Hysterie betrachtet. Schon aus der schnellen Heilung der hysterischen Syndrome ist zu ersehen, daß bei allen unseren Kranken ein Wille zur Genesung und gar nicht zum Kranksein tätig war. Aber selbst in Fällen, wo die Heilung nicht so leicht erreicht werden konnte, haben wir keine Zeichen eines Willens krank zu werden und zu bleiben, entdecken können. In dieser Hinsicht sind folgende Fälle sehr instruktiv.

Eine alte *60jährige Frau*, deren Schwiegersohn als Führer einer Hochverratsorganisation im Dienste der Engländer ins Ausland entflohen, bekam hysterische *Astasie-Abasie* und schwere *Dysarthrie*. Die Astasie-Abasie wurde dann in einigen Tagen so weitgehend gebessert, daß die Kranke ohne fremde Hilfe wieder gehen konnte. Bei ihr war das Gehen auch rein organisch erschwert, durch arthritische Schmerzen in den Gelenken der Beine. Dagegen trotzte die Dysarthrie allen unseren Bemühungen. Es stellte sich dann bei der Aussprache heraus, daß die Frau irrtümlicherweise fürchtete, ihre Tochter sei bereits von der Polizei ermordet worden. Als sie dies erzählte, brach sie in Tränen aus und die Artikulationsstörungen wurden noch stärker. Unser Überreden, daß die Tochter noch lebt, wollte sie nicht billigen, bis sie diese sehe. Leider konnten wir dies nicht arrangieren und deswegen gaben wir alle weiteren Versuche auf, die Dysarthrie psychotherapeutisch zu beeinflussen. Bei der Verhaftung der Tochter wurde die alte Frau von einem gewaltigen Schrecken — man wird ihr Kind ermorden! — befallen und sie verlor wie man bei uns sagt „Vernunft und Sprache“. Die Situation blieb unverändert auch nach der Einlieferung in die Klinik und so ist es zu verstehen, daß alle Heilungsversuche gescheitert sind. Es darf als sicher gelten, daß, wenn ihre Tochter sie besucht hätte, die Dysarthrie sofort verschwunden wäre. Man kann hierin also auf keinen Fall einen Willen krank zu bleiben entdecken, sondern eben die Unmöglichkeit, gesund zu werden, weil die Situation, welche den hysterischen Syndrom bei dieser Kranken ausgelöst hat, unverändert blieb. Dieser Fall ist auch in anderer Hinsicht sehr aufschlußreich. *Freud* und seine Schüler haben immer behauptet, daß die hysterischen Erscheinungen nichts anderes als „symbolische Konversionen“, der im Unbewußten verdrängten Inzestwünsche seien. In unserem letzten Fall, wie auch in dem anderen, sind aber die pathogenen Erlebnisse gar nicht im Unbewußten verdrängt worden; sie sind ja vollkommen bewußt gewesen, haben aber deswegen gar nichts von ihrer krankheitserzeugenden Macht verloren. Natürlich hätte man von psychoanalytischer Seite entgegenhalten können, daß unsere Kranke doch unbewußt den Tod ihrer Tochter als sexuelle Buhlerin — obwohl ihr Mann längst gestorben ist! — wünscht und daß die Sprachstörung nichts anderes als „symbolische Konversion“ dieses unbewußten Wunsches sei. Solche Gedankengänge zu bekämpfen wäre keine schwierige Aufgabe, wir glauben jedoch, uns die Widerlegung eines ähnlichen Unsinns ersparen zu dürfen.

Ebenso wußte auch eine andere Kranke die Ursache ihrer *Aphonie*, aber auch ihr verhalf das Wissen nicht zur Genesung. Die 30jährige Malerin Helene G. wurde wegen Noduli cantatori operiert. Nach der zweiten Operation versuchte sie vorzeitig zu sprechen und zu ihrem großen Entsetzen merkte sie, daß die Stimme ganz kraftlos und aphonisch ist. Schon vor der Operation hat man ihr verschiedenerseits — sogar manche Ärzte haben ihr dies eingeredet! — gesagt, daß es möglich wäre nach einer ähnlichen Intervention ihre Stimme für immer und ganz zu verlieren. Trotzdem entschloß sie sich zur Operation, weil sie beim Sprechen als Gymnasial-

lehrerin — und auch beim Singen — leicht ermüdete und die Stimme oft heiser wurde. Außerdem ließ sie sich von einigen Laryngologen überzeugen, daß die Operation kein Unheil stiften kann. Nun war aber die Angst nicht vollständig ausgerottet und als sie nach der Operation merkte, daß ihre Stimme fast vollkommen aphonisch ist, schwoll die Furcht an, sie werde nie mehr klar sprechen können. Zuerst glaubte sie, durch die Operation seien die Stimmbänder endgültig geschädigt und deswegen suchte sie viele Fachärzte auf, die ihr jedoch alle einstimmig versicherten, die Operation sei tadellos ausgeführt und es fehle dem Kehlkopf nichts zum normalen Sprechen. Überzeugung, Elektrisieren der Stimmbänder und verschiedene andere Methoden halfen zu wenig. Die Kranke weinte oft und — ohne damit irgendwie sich wichtig machen zu wollen — gab sie vor einer Bekannten ihrem Entschluß Ausdruck, sich das Leben zu nehmen, wenn sie nicht wieder klar sprechen könne. Ganz allmählich im Laufe der Monate erlangte die Stimme wieder ihre normale Klarheit, wobei sie jedoch bei jeder starken Aufregung bald wieder heiser wurde. Schon vor der Operation hatte die Kranke eine Freundschaft mit einem Manne angeknüpft und durch die Aphonie war sie stark gehindert, diese in die von ihr gewünschte Richtung zu lenken. Weder ein „Wille zum Kranksein“, noch irgendeine Form der ebenso für pathognomonisch für die Hysterie erklärten „Flucht in die Krankheit“ vor den unüberwindlichen Lebensschwierigkeiten, war hier zu enthüllen.

Noch klarer wird die Unzulänglichkeit der „pathognomonischen“ Charakteristica der hysterischen Triebfeder — Wille zum Kranksein, Flucht in die Krankheit, Defekt des Gesundheitsgewissens — in einem anderen Fall. Eine Absolventin des italienischen Gymnasiums in Sofia, eine der ersten Schülerinnen ihrer Klasse, bekommt plötzlich eines Tages bei der Matura Leere im Kopf und kann sich gar nicht der Antwort entsinnen. Diese Leere ist direkte Folge der Übermüdung nach einer Reihe durcharbeiteter Nächte in gewissenhafter Vorbereitung zum Abitur gewesen. Nach Hause zurückgekehrt, bricht das Mädchen in Tränen aus, bekommt psychogenes Dyspnoe, tonische Krämpfe der Glieder, erbricht ununterbrochen. Es hat sie die unüberwindliche Furcht überfallen, immer wieder diese Leere im Kopf bei Examen zu erleiden und sich so vor den Lehrern und den Mitschülern zu blamieren. Vor dem Abitur hat sie immer einen starken Schrecken verspürt, obwohl sie sonst nie während der ganzen Studien Lernschwierigkeiten gehabt hat. Nun wird jetzt durch diesen Vorfall die langgezüchtete Angst wieder belebt und löst die pseudoneurologischen und pseudopsychotischen Syndrome der Hysterie aus. Die hysterische *Pseudohyperkinese* wird man schwer als Flucht in die Krankheit deuten, weil es sich doch um eine ausgezeichnet vorbereitete Schülerin handelte, die ja gar nicht nötig hatte, vor den Prüfungsschwierigkeiten in die Hysterie zu flüchten. Eine schwache Schülerin könnte etwas Ähnliches vornehmen, um sich vor dem Abitur zu retten, entweder das Mitleid der Lehrer erwecken oder um den Eltern die Unmöglichkeit, ihr Examen zu bestehen, nachzuweisen. Nichts davon war hier geschehen. Durch schwere innere Kämpfe gelang es dem Mädchen, sich zu jedem folgenden Examentag zusammenzunehmen bis zum letzten, zu welchem es sich doch nicht zu zwingen vermochte. Das Bewußtsein, daß ihre weitaus schwächeren Mitschülerinnen ihr Abitur so leicht bestanden, während sie sich innerlich schwer plagte, die Angst, es sei möglich, daß wegen des ausgebrochenen Krieges (das Abitur war im Frühling 1940), das italienische Gymnasium geschlossen wird und daß sie sich dann überhaupt ohne Abitur nicht immatrikulieren könne, alles lauter Motive und Befürchtungen, die gerade das Gegenteil von dem sind was man Willen zum Kranksein, Flucht in die Krankheit und Defekt des Gesundheitsgewissens nennt. Ja gerade durch das viel zu scharf ausgeprägte Gesundheitsgewissen, das immer wieder das Mädchen zum Erscheinen zum Examen trieb, verschlechterte sich der Zustand besonders. Erst nachdem sie sich meinem Rate zufolge entschloß, das letzte Examen fallen zu lassen, klangen schnell alle hysterischen Erscheinungen ab.

Unsere Fälle — wir haben nur einen Teil derer angeführt — lehren unzweideutig, daß *die pseudoneurologischen und pseudopsychotischen Störungen der extroversen Aktivität primär nie aus dem Willen zum Kranksein oder als Flucht in die Krankheit entstehen*. Die starken affektiven Erschütterungen bei Ereignissen, wo wirklich oder auch nur scheinbar die höchsten Lebenswerte, wie das Dasein, die Liebe, die Gesundheit, der Reichtum, die Machtstellung, die Erfolge, das Wohlergehen geliebter Personen, bedroht sind, rufen bei entsprechender Bereitschaft hysterische Erscheinungen hervor. Diese Erscheinungen sind an sich nichts anderes als *normalpsychologische Reaktionen auf lebenswichtige affektbeladene Erlebnisse*, welche jedoch krankhaft gesteigert, die in ihnen wohnende Tendenz zur letzten Verwirklichung gestalten und dann dauernd fixiert werden. Die starke Aufregung, insbesondere die Angst, welche wenigstens einmal jedem Menschen die Knie gebeugt, die Stimme verkrampft, das Sehen umnebelt und das Hören verhindert, sowie die Glieder zum Zittern gebracht hat — „vor Angst fiel ich um, verschluckte die Zunge, verlor Vernunft und Sprache, wurde mir Dunkel vor den Augen, ich konnte nichts hören, meine Hände zitterten“ usw. sagt man überall, bewirken bei hysterischer Einstellung entsprechend Astasie-Abasie, Dysarthrie und Aphonie, Amblyopie, Taubheit, Tremor usw. Ebenso versetzt die Angst, sowie überhaupt jede schwere affektive Erschütterung, dazu veranlagte Menschen in die Traumwelt eines hysterischen Dämmerzustandes, der sie vor der Wirklichkeit absperrt. Dadurch wird die extroverse psychische Aktivität vollständig oder auch nur teilweise ausgeschaltet. Der Kranke sperrt sich nicht nur in die halluzinatorische Welt traumhafter Zustände ein, sondern er wirkt auch entsprechend den Ereignissen, die sich in der scheinbaren Wirklichkeit seines verdämmernden Bewußtseins abspielen. Besonders klar ist dies bei den Haftpsychosen ersichtlich.

Die hysterische Pseudopsychose entfaltet sich in unserer Zeit meistens bei Anwendung *psychotherapeutischer Methoden*, die psychogene Dämmerungen des Bewußtseins mit Heilungsziel hervorrufen. Nur in solchen Fällen, wenn die Kranken in einem Auditorium gezeigt werden, gestalten sie ihre psychopathogenen Erlebnisse in melodramatischen Szenen nach dem klassischen Stil des hysterischen Theaters der Vergangenheit. Je nach der schauspielerischen Begabung und der suggestiven Einwirkung des behandelnden Arztes entstehen Grotesken, die an die *Charcotsche* Zeit erinnern: die Kranken singen, deklamieren, weinen, vollziehen verschiedenartige Gesten und mimische Bewegungen, die als Ausdruck der Trauer, der Angst, des Zornes, der Ektase oder der erotischen Sehnsucht leicht zu enthüllen sind. Wie man solche Methoden künstlicher Züchtung hysterischer Dämmerzustände zu bewerten hat, ist klar genug, um darüber ein Wort verlieren zu müssen.

III.

Die hysterischen Erscheinungen sind von dem biopsychologischem Standpunkt, den wir vertreten, als *Ausschaltung oder Störung der extroversen Aktivität in ihrem sensomotorischen Bogen* einerseits und in der *Welt- und Gemeinschaftseinrichtungen der Psyche andererseits*, aufzufassen. Eine angeborene oder auch vererbte Veranlagung ist dazu unerläßliche Vorbedingung. Es ist ja längst bekannt, daß bei gleichen Erlebnisgrößen, doch nicht alle Menschen hysterisch reagieren, wie dies besonders seit der Kriegserfahrung klar geworden ist.

Ist denn aber jeder hysteriefähig wie Hoche behauptet und wie viele Psychoanalytiker immer wieder betonen? Zwar könne jeder vorübergehende Störungen seiner Extroaktivität bei spannenden Erlebnissen erleiden, wie bei Erdbeben, Eisenbahn- und Autokatastrophen, schweren Luftangriffen und Artilleriebeschießungen, jedoch weitaus nicht jeder wird sie in ihrer letzten Verwirklichung, wie wir sie von der hysterischen Symptomatologie her kennen, dauernd fixieren. Diese *dauernde Fixation pseudoneurologischer und pseudopsychotischer Syndrome* aber, die erst durch entsprechendes Eingreifen vom Arzte, ja manchmal sogar von zufälligen Personen beseitigt werden können, ist eben für die Hysterie pathognomonisch. So ist *jeder* doch nicht *hysteriefähig* im eigentlichen Sinne des Wortes, oder doch nur in ganz verschiedenartigem Ausmaße: Es ist sicher, daß die meisten Menschen bei Anlässen, welche krankhafte Störungen hysterischer Art bei gewissen Individuen auslösen, weder eine vollständige Ausprägung noch eine dauernde Fixation dieser Störungen erleiden.

Wenn wir näher die Bereitschaft mit pseudoneurologischen und pseudopsychotischen Abläufen auf Gefährdung der Grundtriebe menschlicher Natur zu reagieren, präzisieren wollen, so müssen wir zugeben, daß wir vor einer schweren Aufgabe stehen, die noch nicht als endgültig gelöst gelten kann.

Was die pseudoneurologischen Syndrome anbetrifft, so sind zwei Wege ihrer Entstehung in Betracht zu ziehen: *der vorstellungsmäßige* und *der affektive*. Bei dem vorstellungsmäßigen Weg handelt es sich um eine Art eidetischer Umsetzung bestimmter Vorstellungen in den entsprechenden sensorischen und motorischen Verwirklichungen ihrer Inhalte. Die primitiv-infantile Intention jedes Vorstellungsaktes, objektiv realisiert zu werden, welche latent auch den reichsten Stufen menschlicher Entwicklung innewohnt, wird wieder lebendig. Ohne eine ausgesprochene Neigung, die spontan (aus eigenem Erleben) oder induziert (aus der Beobachtung anderer) aufgetauchten Vorstellungen in den intentionierten motorischen und sensorischen Zuständen oder Abläufen zu verwirklichen, sind eben keine pseudoneurologischen Syndrome möglich.

Die vorstellungsmäßige Entstehung hysterischer Erscheinungen ist besonders für die Kinder kennzeichnend, wie wir dies in unserer Abhandlung

über die Kinderhysterie dargelegt haben. *Die Hysterieepidemien*, die in unserer Zeit ab und zu noch in manchen Schulen beobachtet werden, sind nur möglich, durch das lebhafteste Vorstellen des fremden Leidens. Bei Kindern dürfte man auf keinen Fall dies Einfühlen als „Flucht in die Krankheit“ deuten. Bereits dieselbe Beobachtung — „ob ich denn nicht auch etwas Ähnliches habe?“ — die besonders für Kinder mit reger Phantasie charakteristisch ist, belebt die latente Intention der Vorstellung und setzt sie in den entsprechenden motorischen Impuls um. Selbst rein organische Erkrankungen, wie Chorea minor, können kleine Epidemien choreaartiger Bewegungen bei einbildungsfähigen, leicht suggestiven Kindern hervorrufen. Die große Leichtigkeit der Umsetzung eingebildeter Bewegungen in wirkliche ist wie oben ausgeführt mit der Undifferenzierbarkeit des seelischen Lebens der Kinder und primitiver Menschen zu erklären. *Der infantil-primitiven Stufe menschlicher Entwicklung ist*, wie seit den grundlegenden Forschungen E. R. Jaenschs und seiner Schule bekannt, *die eidetische Einstellung eine kennzeichnende Eigentümlichkeit*. Wie auf sensorischem Gebiet die Vorstellung zu wahrnehmungsähnlichem Erleben belebt werden kann, so — wir glauben damit nicht im Widerspruch mit den Grundthesen der eidologischen Auffassung zu stehen — werden auf motorischem Gebiet die Vorstellungen in den entsprechenden Bewegungsstörungen und Ausschaltungen umgewandelt. Es ist im Grunde die gleiche Tendenz, die überhaupt jedem eidetischem Erleben innewohnt: *die Vorstellung in Wahrnehmung umzusetzen*. In jeder Vorstellung eines motorischen oder sensorischen Aktes wohnt die Intention — den Akt selbst zu vollziehen — inne. Bei der primitiv infantilen Stufe menschlicher Entwicklung wird diese Intention grundsätzlich verwirklicht. Erst später wird sie gebändigt durch Selbstbeherrschung und unter dem Einfluß der allgemeinen Tendenz der Ausreifung, nämlich alle seelischen Erlebnisse zu differenzieren: die Vorstellungen von den Wahrnehmungen abzutrennen, die Handlung von ihrer Idee zu unterscheiden. *Bei Hysterie rückt man auf diese primitiv infantile Stufe*, wo die Idee unmittelbar die in ihr intentierte Handlung verwirklicht und die Vorstellung eines motorischen Aktes in die Wahrnehmung seines Vollzugs verwandelt wird. Die Vorstellung „mein Arm ist gelähmt, ich kann ihn nicht mehr bewegen, weil der Arzt mein Rückenmark gestochen hat,“ die in unserem oben erwähnten Kranken bei der suboccipitalen Punktion auftauchte, wurde in die Wahrnehmung der Unbeweglichkeit des „geschädigten“ Armes umgesetzt. Insbesondere bei allen psychogenen Ausschaltungen der Bewegungen spielt gerade diese Umsetzbarkeit der Vorstellungen in Wahrnehmungen die ausschlaggebende Rolle. Natürlich wirken auch Affekte mit: zweifelsohne wird letzten Endes die Gefährdung wichtiger Lebenstriebe die Grundursache der pseudoneurologischen Syndrome, deren Verwirklichung jedoch auf dem Weg der Umwandlung gewisser Vor-

stellungen in den durch sie intentionierten Bewegungsabläufen geschieht. Wie gesagt sind alle Pseudoparalysen, tonischklonische Krämpfe, Tremorererscheinungen und Pseudoataxien, die sich hinter der Mannigfaltigkeit hysterischer Syndrome verbergen, nur durch *die leichte Umsetzung der Vorstellungen in motorische Impulse* möglich. Ebenso stellen die somnambulen Abläufe nichts anderes als die Folge einer solchen Verwirklichung der Bewegungsimpulse der geträumten Handlungen dar. Normal werden im Traume die Handlungen nur scheinbar vollzogen, aber bei neuropathischen Kindern und sogar bei Erwachsenen, werden sie manchmal auch wirklich ausgeführt. Auch wird jemand im Schlafe wirklich manches von dem er träumt gesprochen zu haben, aussprechen. Ferner wissen wir, daß gewisse Bewegungsimpulse von Zwangsneurotikern nicht immer unterdrückt werden können, insbesondere, daß sie manche Lästereien blasphemischen Charakters, wenn nicht ganz laut, so wenigstens flüsternd ausstoßen müssen. Selbst gesunde Menschen — bei Ermüdung oder großer Zerstretheit — können sich ertappen, manche Worte, ja sogar ganze Sätze, um von zwangsartigem Wiederholen monotoner Melodien nicht zu sprechen, laut zu sagen.

Den affektiven Weg der Entstehung hysterischer Syndrome haben wir oben ausführlich geschildert. Die Affekte, welche bei Gefährdung der lebenswichtigen Werte menschlichen Daseins entflammen, werden wie bekannt von *organischen Erscheinungen* begleitet: Umfallen, Zittern, Zucken, Erbrechen, Ohrensausen, Verdunkelung des Sehens, Kniebeugen usw. Bei entsprechender Einstellung werden die Begleiterscheinungen der Affekte ad maximum gesteigert und auch dauernd fixiert, und dies ist eben für die Hysterie kennzeichnend.

Wenn Kinder und primitive Menschen pseudoneurologische Syndrome besonders oft auf vorstellungsmäßigem Weg erleiden, so verschont die affektive Erschütterung selbst kompliziert aufgebaute und differenzierte Persönlichkeiten nicht.

Geben wir *Hoche* zu, daß wir nicht wissen, wie eine hysterische Anästhesie entsteht, so versuchen wir wenigstens manche Vermutungen darüber auszusprechen. Es ist längst bekannt, daß manchmal bei großer Aufregung, wie z. B. in der Spannung des Kriegsgefechtes und bei großen Katastrophen, die oberflächliche Sensibilität ganz ausgeschaltet werden kann. Wie die hysterische Taubheit und Amblyopie nach schwerer affektiver Erschütterung als krankhafte Steigerung normal psychologischen Störungen der entsprechenden Sinnesorgane darstellen, so glauben wir auch, die psychogene Anästhesie als Verstärkung der normalen parästhetischen Erscheinungen des „Einschlafens“, der „Gefühllosigkeit“ begreifen zu können.

Die pseudopsychotischen Syndrome — die Dämmerung des Bewußtseins, die psychogenen Halluzinationen, die pseudokatatonen Erregungen und Stuporen — entstehen ebenso *auf affektivem und eidetischem Weg*.

In der Natur der Affekte selbst liegt die Tendenz das Bewußtseinsfeld zu verengern, seine Klarheit zu beeinträchtigen, gleich wie die Störung gedanklicher Abläufe. Wenn diese normalpsychologischen Auswirkungen der Emotionen krankhaft gesteigert werden, so kann sich eben eine hysterische Pseudopsychose entfalten. Zwischen dem Ich und der Welt wächst die traumhafte Atmosphäre des hysterischen Dämmerzustandes herein. Es werden archaische Lebensweisen belebt, die normal bei allen Menschen nur im Traum auftauchen.

Psychogene Halluzinationen werden vereinzelt auch im klaren Bewußtsein erlebt, jedoch nicht in solcher Fülle, wie bei der hysterischen Pseudopsychose. Unsere Kranke, die monatelang an hysterischer Aphonie litt, sah eines Tages, auf der Straße gehend, das Gesicht ihres Töchterchens. Das Mädchen war schwerkrank und die Mutter beständig um sein Leben besorgt. Es war das Gesicht einer Gestorbenen und die Gesichtszüge zeigten bereits die grünlichgelben Spuren der Verwesung. Dieselbe Kranke hat in hysterischen Dämmerzuständen, die oft, jedoch nicht immer unmittelbar aus dem Traum herrührten, ganze pseudopsychotische Episoden erlebt, voll von akustischen und optischen Sinnestäuschungen.

Bei klarem Bewußtsein, ganz in der Gefangenschaft der Erlebnisse seiner unglücklichen Liebe, hat unser anderer Kranke einmal deutlich die Stimme des vergötterten Mädchens gehört. Diese akustische Täuschung war so wirklichkeitsgetreu, daß er — im Bett liegend, plötzlich aufgestanden sei und in größter Verzweiflung gegen das Gehörte reagiert habe.

Die Belebung der Vorstellungen zu Wahrnehmungen ist also — wie auch die Forschungen über Eidetismus zeigen — auch bei klarem Bewußtsein möglich. Im Bewußtseinsfeld taucht plötzlich eine Gestalt oder ein Gedanke auf, die dabei im Gewand unmittelbar wahrgenommener Erscheinung auftreten. Unsere Kranke, die Malerin, hat in ihrer Kindheit reiche eidetische Erlebnisse gehabt, so daß auch die psychogenen Halluzinationen als Verwirklichung ihrer Angst — die Tochter könne sterben, wenn es ihr auch weiter so schlecht gehe — nicht aus dem Rahmen ihrer eidetischen Veranlagung herausfällt.

Wenn viele hysterische Psychosen, wie z. B. die Luftangriffspsychose des Soldaten, unmittelbar aus dem Traum entstehen, so ist dies leicht verständlich. Es sei nur hingewiesen, daß dieselben Biopsychismen in den beiden Prozessen wirksam sind. Selbst wenn die hysterische Psychose am hellen Tag ausbricht, wie bei der Mutter, die ihren Sohn mit vom Pferde zerquetschten Gesicht und Körper sieht, so ist sie eben durch Belebung traumhafter Erlebnisweisen zustand gekommen.

IV.

Wie steht es eigentlich mit dem „*Willen zum Kranksein*“? Ist wirklich ein solcher Wille das Kennzeichen der Hysterie, das uns sofort erlaubt,

gewisse psychogene Störungen als hysterische zu bezeichnen? Zweifels- ohne gibt es einen ähnlichen Willen, *der Wille zum Krankscheinen*, jedoch erst als sekundären Überbau über die eigentlichen hysterischen Syndrome. Der Wille krank zu scheinen ist nur dort wirksam, wo das Leiden eingebildete oder auch wirkliche Vorteile für den Kranken schafft, so z. B. wenn es ihn vor den Gefahren der Feuerlinie oder überhaupt der Lebensschwierigkeiten rettet, wenn es ihm Möglichkeit gibt eine Rente zu bekommen, schließlich wenn es dadurch um ihn eine Atmosphäre mitleidender Besorgtheit um sein Wohlergehen entstehen läßt. Erst sekundär also versuchen manche Hysteriker durch ihr Kranksein eingebildete, manchmal auch recht zielbewußte Vorteile zu gewinnen. Hierin entfaltet sich jedoch nichts spezifisch Hysterisches, da es überhaupt viel zu menschlich ist, aus gewissen Umständen, selbst aus eigenen Krankheiten — wären sie auch organischer Natur — Gewinne zu erzielen. Darin hat man auch den gesundheitlichen Nachteil der Krankenversicherung gesehen, die auf alle Fälle hemmend auf die Genesung wirkt.

Bei jeder Musterung der Soldaten gibt es wohl manche organische Kranke, die plötzlich besonders quälend ihre — wären sie auch schon längst ausgeheilte — Leiden erleben. Der Wille zur Krankheit hat während des Krieges die Ausheilung organischer Krankheiten, insbesondere der Wunden, nicht nur auf vegetativ-endokrinem Wege, sondern auch durch die absichtliche Intervention der Kranken selbst, gestört. Es gibt sogar Soldaten, die sich absichtlich Wunden zufügen, wie es neulich ein Pomack — ein Bulgare mohamedanischer Religion — gemacht hat, der sich mit irgendeinem Ätzstoff zahlreiche Wunden auf die Haut des Bauches und der Schenkel, die Genitale ausgenommen, beibrachte. Ein ehemaliger Soldat des Weltkrieges (1914/18) hat mir erzählt, daß er durch regelmäßiges Trinken konzentrierter Lösungen von Kochsalz im Tee eine Lungentuberkulose (mit Fieber und Rasselgeräuschen) vorzutäuschen verstand.

Zwar gibt es also einen Willen zum Krankscheinen, er ist jedoch gar nicht pathognomonisch für die Hysterie. Er ist ebenso wirksam bei organischen Erkrankungen bestimmter Personen und nicht weniger bei den anderen Psychoneurosen. Für die Hypochondrie wäre der Wille zum Kranksein — in gewissen Fällen wenigstens — weitaus wirksamer als bei der Hysterie. *Die Rentenneurose trägt vorwiegend hypochondrisches und viel seltener hysterisches Gepräge.*

Wie es auch sein mag, so ist festzuhalten, daß der Wille zur Krankheit bei der *Entstehung* pseudoneurologischer und pseudopsychotischer Syndrome keine entscheidende Rolle spielt. Dagegen wird man seine Bedeutung bei der *Fixation* hysterischer Erscheinungen nicht abstreiten können. Es wäre jedoch unrichtig, wenn man daraus etwa folgern wollte, die Fixation hysterischer Störungen wird ausschließlich durch den Willen

zum Krankscheinen verwirklicht. Selbst in dieser Beziehung ist ihre Macht viel bescheidener und ihr Wirkungskreis weitaus begrenzter als man sich zu denken gewöhnt hat.

Bei der *Kinderhysterie*, genau so wie bei Hypochondrie der Kinder, werden die krankhaften Erscheinungen meist durch das verkehrte Benehmen der Umgebung, insbesondere durch die unzweckmäßige Besorgtheit der Eltern fixiert.

In der Münchener Psychiatrischen Klinik beobachteten wir 1937 ein 11jähriges Mädchen mit *Astasie-Abasie*. Im Schulhof wurde die Kleine von einem Knaben gestoßen, fiel um und konnte angeblich nicht aufstehen. Der besorgte Lehrer nahm sie auf die Arme und ließ sie in einem Auto nach Hause fahren. Dort wurde großer Aufruhr gemacht: Die Mutter, die Großmutter und die Tanten haben „das arme Kind, das nicht mehr gehen kann“ mit so viel Besorgtheit gepflegt, daß es wirklich nicht mehr gehen konnte. Die Ärzte haben das Mädchen in die Chirurgische Klinik geschickt, um dort wegen Kleinhirntumor operiert zu werden. Von der Chirurgischen Klinik wurde dann das Mädchen in die *Bumkesche* Klinik überführt, um einer eingehenden neurologischen Untersuchung unterworfen zu werden. In der Klinik hat man schnell die psychogene Natur der „cerebellären Ataxie“ aufgedeckt und das Kind lernte bald zur eigenen Freude und zur Zufriedenheit seiner Eltern wieder gehen.

Andere hysterische Erscheinungen, wie z. B. die in der frühen Kindheit so häufige Inversion der Magentätigkeit — das Erbrechen, werden oft als ein bedingter Reflex im Sinne *Pawlow's* fixiert. Daraufhin hat *Hamburger* wiederum hingewiesen. Insbesondere schätzt er ganz richtig die Bedeutung des verkehrten Benehmens der Eltern in solchen Fällen ab.

Der Wille zum Krankscheinen führt in weitaus zahlreicheren Fällen zu einer Pseudofixation hysterischer Syndrome, die in Nachahmung von selbst erlebten oder nur bei den anderen beobachteten Störungen besteht. Dieser Wille treibt zu einer *Flucht*, jedoch nicht in die Krankheit, sondern nur *ins Krankenhaus*, wo man die Rettung vor den Lebensgefahren und Schwierigkeiten zu finden glaubt, oder wenigstens Mitleid zur Erhaltung, wenn nicht zur Erhöhung der Rente zu erwecken sucht.

Ein *anankastischer, selbstunsicherer Student*, der jahrelang von seiner inneren Haltlosigkeit geplagt war, flüchtete sich in die Nervenlinik München (Februar 1937) vor der letzten Prüfung mit der Angabe, er möchte seinem Selbstmord vorbeugen. *Die Flucht ins Krankenhaus* war der letzte Schirm vor Braut und Familie: „Wenn ich meine Prüfung nicht bestehe, so liegt der Grund nicht in mir selbst, sondern in meiner Krankheit, die mich sogar zwang, meine Pflicht zu vernachlässigen und die sogar eine klinische Beobachtung notwendig machte“. Dies waren die Gedanken, die er halbbewußt äußerte. In seiner Art war er auch aufrichtig. Keine hysterischen Erscheinungen haben sich entwickelt, sondern eine *Situationspsychoneurose*: Vor eine schwierige Lebensaufgabe gestellt, wußte der alte Bursche sich nicht anders zu helfen, als in die Klinik zu fliehen. Seine Psychoneurose und die selbstmörderischen Absichten klangen sofort nach dem Abschluß der Prüfungssession ab. Die Flucht in die Krankheit also — noch besser: ins Krankenhaus! — braucht also gar keine pseudoneurologische Syndrome als Verschönerungsmittel. Sie ist also, wie wir auch in vielen anderen Fällen feststellen konnten, durchaus kein pathognomonisches Spezificum für die Hysterie.

Natürlich wollen Rentenneurotiker und auch andere Menschen, die sich vor den Lebensgefahren in Krankenhäuser flüchten, gar nicht krank sein, sondern nur krank erscheinen. Man hat behauptet, es sei ja sehr schwierig in solchen Fällen zu erkennen, *wo die Hysterie aufhört und wo die Simulation anfängt*. Wenn es auch so wäre, so ist es doch unzulässig, Hysterie und Simulation zu verwechseln. Dabei sind wir keinem einzigen Fall gerade in dieser Beziehung unüberwindlichen diagnostischen Schwierigkeiten begegnet. Die Kranken mit hysterischen Syndromen, die wir kennen, haben *einen ausgesprochenen Gesundheitswillen* gezeigt und es war grundsätzlich die leichteste therapeutische Aufgabe, ausgenommen zwei Fälle, sie zu beseitigen. Bei diesen beiden Fällen hat die Ausheilung eine längere Zeit in Anspruch genommen. Bei dem ersten war die Aphonie nach einer zweiten Operation von Sängerknotten auf dem Boden starker hysterischer Disposition entstanden. Die Kranke hatte auch sonst pseudopsychotische Episoden (vorübergehende Dämmerzustände, psychogene Halluzinationen) und pseudoneurologische Zustände (Anfälle, Amblyopien) oft erlebt. Bei dem zweiten Fall konnte die auslösende Situation — die Angst, die Tochter sei von der Polizei umgebracht worden — nicht beseitigt werden und deswegen trotzte die psychogene Dysarthrie jedem therapeutischem Versuch.

Die „*hysterischen*“ *Symptome der Simulanten* könnten wir dagegen nie therapeutisch beeinflussen, erstens weil sie überhaupt nicht bestehen und zweitens weil sie unbedingt krank aussehen wollten. Köstlich war eine „Anästhesie“ der ganzen linken Körperhälfte einer 50jährigen Frau, die wir in der Münchener Psychiatrischen Klinik 1937 beobachteten. Jedesmal, wenn die Frau auf der linken Körperseite gestochen wurde, hat sie ganz brav „ich spüre nichts“ gesagt: sie wollte uns unbedingt überzeugen, daß sie auf dieser Körperhälfte nichts zu spüren vermag. Auch ein Kranker in der Nervenpoliklinik des Militärkrankenhauses in Sofia wollte seinen rechten Arm als ganz gefühllos hinstellen. Ich sagte ihm er soll schnell antworten mit „Ja“, wenn er den Stich spürt und mit „Nein“, wenn er ihn nicht spürt. Bei geschlossenen Augen hat er gewissenhaft — ebenso wie die oben erwähnte Frau — jeden Stich auf die Haut des „gefühllosen“ rechten Armes mit „Nein“ abgezählt. Beiläufig möchten wir hinweisen, *die hysterischen Anästhesien* im Verhältnis zu motorischen und psychischen Erscheinungen außerordentlich selten zu sein scheinen.

Ein *Kriegsinvalide* kam in die Nervenklinik Sofia um eine Erhöhung seiner Rente dadurch zu beanspruchen, daß er beständig Schluckstörungen erleide, die ihn selbst bei seiner Arbeit durch die begleitenden Geräusche schwer störten. Es waren seltsame schwierig zu beschreibende Geräusche, die er meisterhaft geübt hatte und die therapeutisch unbeeinflußt blieben. Wir lehnten jedoch die Erhöhung der Rente ab, weil überhaupt kein organisches Leiden des Nervensystems vorlag. Als wir ihm — ohne daß er uns erkannt hatte — paar Malé auf der Straße begegneten, war schon keine Spur mehr von den Schluckstörungen zu merken.

Ein anderer *Kriegsinvalid* (S. K.) der zur Begutachtung in die Klinik kam, wollte uns *epileptiforme Anfälle* vorspielen. Mit heimlichem Flüstern meldete er uns, daß seine Anfälle durch Luminal beseitigt würden. Die Anfälle, wie er sie verstand, bestanden im Umfallen nach dieser Richtung, wo er vermutete, daß man ihn nicht fallen lassen würde, — er war von einem Kreis hilfsbereiter Medizinalpraktikanten umgeben. Auch zeigte er uns eine monotone „Dysmetrie“, die sich darin äußerte, daß er beim Zeigefingerversuch immer etwa 2—3 cm über die gezielte Stelle hinausfuhr. Wenn man ihn bat, die Nasenspitze zu berühren, so kam er bis zur Mitte der Nase; wenn dann eben diese Stelle erreicht werden sollte, so kam er zur Nasenwurzel usw. über die Stirne.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Während des Weltkrieges (1918) sei er als Soldat an der Salonikifront von Erde infolge Minensprengung verschüttet worden und wäre etwa 1½ Stunden bewußtlos geblieben. Außerdem wurde er am rechten Arm durch Minensprengstücke verletzt. Als er dann im Kriegslazarett Weles war, hörte er schwer — seine Ohren seien seit dem Minenausbruch wie taub geblieben — und bat seine Kameraden ihre an ihn gerichteten Fragen aufzuschreiben, weil er sie sonst nicht verstehen könnte.

Bald darauf war der Krieg zu Ende und er wurde demobilisiert. Nun fühlte er sich stark verändert, konnte es bei der Arbeit nicht aushalten, war sehr reizbar. es gab zu Hause beständig Streit. Besonders schlimm war es während des Sommers, überhaupt bei großer Hitze; im Winter war er dagegen ruhiger, fühlte sich wohler. Es setzten dann Anfälle ein, zuerst 1—2mal im Jahr, dann öfters, bis sie dann jede Woche vorkamen; manchmal fiel er um, blieb bewußtlos, es traten Krämpfe auf, er biß die Zunge und ließ Urin unter sich. Die Anfälle sollen etwa 20 Min. gedauert haben und seien von vollkommener Amnesie gefolgt gewesen. Mehrmals wurde es ihm auch nur vorübergehend übel, ohne dabei das Bewußtsein zu verlieren oder umzufallen. Die Anfallsbereitschaft sei durch zweckmäßige Diät (Gemüse, Früchte, wenig Fleisch, kein Alkohol) günstig zu beeinflussen.

Der Kranke habe auch amnestische Ausfälle zu Zeiten wo er ganz unauffällig gewesen sei: Er besitze z. B. Aufnahmen, wo er sich im Freundeskreis befindet, kann sich aber nicht entsinnen, wann und wo er mit diesen zusammen gewesen sei.

Bei starker Hitze wird der Kopf heiß, es überfällt ihn Unruhe, er muß sich bewegen, muß sogar durch die Straßen laufen. Er muß immer den Kopf vom Schütteln auch beim Gehen schonen, denn sonst bekomme er Kopfweh. Wenn er den Kopf schnell wende links oder rechts, werde es ihm schwindelig.

Allgemeine Schwäche, starke Ermüdung auch bei leichtester körperlicher Anstrengung, heftiges Schwitzen, Pressen des Kopfes wie in einem Reifen, Druck in der Herzgegend — dies sind seine beständigen Störungen, welche sich besonders in der warmen Jahreszeit verschlimmern und nur im Winter bei entsprechender Diät nicht so quälend seien. Die Hände zittern und er könne nicht frei schreiben, ja er werde sogar beim Essen gestört.

Das Gedächtnis lasse nach: Er könne sich sogar der Namen gut bekannter Menschen nicht entsinnen, vergesse Ereignisse und Daten.

Der 42jährige Mann ist von asthenisch-athletischem Körperbau, mittlere Größe. Sein Gesichtsausdruck ist dauernd depressiv, müde, und dabei nicht nur im Krankenhaus, sondern auch draußen, wie ich bei zufälligem Begegnen auf der Straße feststellen konnte. Seine Depression scheint wie erstarrt in den Gesichtszügen.

Von seiten der inneren Organe war nichts pathologisches zu eruieren. Auch der neurologische Befund war normal — nur die linke Seite der zitternden Zunge schien leicht hypotrophisch.

Bei der Untersuchung fielen die ungeschickten Versuche des Mannes, seine Krankheit objektiv zu zeigen, auf: bei Prüfung um latente Paresen ließ er einmal den rechten, andersmal den linken Arm oder Bein fallen. Beim Zeigefinger-Nasen-

versuch suchte er mit grob zitternden Armen eine Dysmetrie, die sehr einfältig immer über das Ziel schoß, vorzutäuschen. Der Kniehackenversuch verlief dagegen ganz frei, obwohl der Kranke beim Romberg gesetzmäßig auf die Seite, wo die hilfsbereiten Medizinalpraktikanten ihn sofort unterstützten, umfallen wollte.

Das gebotene klinische Bild war das einer *simulierten Hysterie*, also einer Simulation pseudoneurologischer Syndrome (Zittern, Dysmetrie, Anfälle). Um den Angaben des Mannes von der angeblichen Verschüttung während des Krieges gerecht zu werden (es lagen hierfür keine Dokumente vor, die eine Nachprüfung erlaubt hätten), schlugen wir ihm eine Encephalographie vor. Zu unserem Erstaunen erklärte er sich sofort bereit, sich dieser Intervention zu unterziehen. Dies deuteten wir, als einen indirekten Beweis, daß er wirklich verschüttet worden sei und daß er wahrscheinlich irgendwelche reale Störungen davon erlitten hatte.

Am 18. 12. 39 wurden (in der Universitäts - Nervenklinik Sofia) 100 ccm Liquor Lumbal entnommen und 80 ccm Luft eingeblasen. Objektiv hat er die Intervention gut überstanden. Er behielt jedoch auch jetzt sein rentenneurotisches Benehmen: „Schaffen Sie alles umher weg, damit ich es nicht zer- schlage Halten Sie mich auf, weil ich sonst fallen werde“ usw. hat er nach dem Abschluß des Lufteinblasens ausgestoßen, als er im Bett lag.

Dieser Befund, der auf eine traumatische Meningoencephalopathie hinweist, klärte schlagartig den Fall auf. Natürlich konnten wir nicht mit vollständiger Sicherheit feststellen, ob der Kranke wirklich an einer symptomatischen Epilepsie leidet, weil während der kurzen Zeit (7 Tage), die er in der Klinik verbrachte, kein Anfall beobachtet wurde. Es ist jedoch gar nicht gewagt anzunehmen, daß er — durch die Hitze verstärkbare — vasomotorische Störungen wirklich erleidet und daß seine scheinbar *hypochondrischen Klagen* auf diese abzuleiten sind. Die encephalographisch nachgewiesene *traumatische Meningoencephalopathie* macht die epileptiformen Anfälle, das triebhafte Laufen, die Gedächtnisschwäche und die Verstimmungen glaubhaft.

Der instruktive Wert dieses Falles liegt darin, daß er zeigt: *selbst bei der größten Simulation darf man nicht einfach eine Rentenneurose diagnostizieren*, bevor alle Untersuchungsmethoden jede greifbare Organ-



Abb. 1. Mäßiger symmetrischer Hydrocephalus mit abgerundeten Ecken der Schmetterlingsfigur. Eine leichte Ausgezogenheit des linken Vorderhorns nach der parietalen Seite. Der dritte Ventrikel ist gleichfalls mäßig erweitert. Auch die subarachnoidalen Räume beiderseits sind stark mit Luft gefüllt und ihre Breite ist größer als die normale. [Die Deutung des Röntgenbefundes wurde uns von Dr. G. Tentschow, damaliger Assistent am dem Röntgeninstitut der Universität (Direktor: Prof. A. Sachatschiew) Sofia, bestätigt.]

veränderung mit der möglichsten Sicherheit ausgeschlossen haben. In seiner Not wird sich mancher Kranke vor den Ärzten so verhalten, wie er weiß und kann. Da er seine wirklichen Störungen im Augenblick objektiv nicht vorweisen kann, so versucht er sie nachzuahmen, oder wenigstens durch andere, viel eindrucksvollere Symptome zu ersetzen.

Auch ein anderer Fall mit hysterisch anmutenden Anfällen entpuppte sich als *traumatische Meningoencephalopathie*.

Der 16jährige Schüler A. A., der am 18. 12. 39 in der Nervenklinik aufgenommen wurde, sei vor etwa 1½ Jahren in der Arbeitstätte der Schule am Hinterkopf

Abb. 2. Der Seitenventrikel zeigt normale Größe, Form und Lage. Die basalen Zisternen sind jedoch deutlich erweitert. (Auch die Deutung dieses Befundes wurde uns von Dr. G. Tentschow bestätigt.)

aufgeschlagen. Er sei umgefallen und ungefähr eine halbe Stunde bewußtlos geblieben. Nach einem Monat habe er auf der Straße starken Blutandrang im Kopfe, Kopfweh und Schwindel bekommen, er sei umgefallen, habe alles was um ihn gesprochen wurde gehört, ohne dabei selbst antworten zu können. Es schien alles umher neblig, die Gesichter waren leicht langgezogen und gekrümmt. Zwei Monate später habe er denselben Anfall in der Schule wieder erlitten, als er eine schwache Note bekam. Der Kranke sei auch diesmal bei Bewußtsein geblieben, obwohl das Sehen umnebelt gewesen sei und er wiederum nicht sprechen konnte. Etwa 15 Min. habe er in diesem Zustande verweilt. Einmal sei er vor einen nahenden Omnibus gefallen, ohne dies absichtlich tun zu wollen. In letzter Zeit häuften sich die Anfälle, so daß sie fast jede Woche erschienen seien. Manchmal biß er sich während des Anfalls in die Zunge. Allmählich steigerte sich seine Nervosität, so daß er nicht zu Hause sitzen konnte: er lief oft davon und wurde dann von der Polizei zurückgebracht. In der Schule lernte er mittelmäßig.

Am Abend seiner Aufnahme, bekam er in der Klinik einen Anfall, der wie ein hysterischer Dämmerzustand schien: er schlug sich den Kopf mit den Fäusten, führte greifende Bewegungen mit den Händen aus, ließ sich jedoch vom Arzte leicht beruhigen.

Somatisch wurde normaler Befund erhoben. Neurologisch fanden sich schwach ausgeprägte Symptome, wie horizontaler Nystagmus beim Blick nach links, leichte

Pronationstendenz im rechten Arm beim Prüfen der Arme um latente Paresen, positives *Oppenheimsches* Zeichen links, leichte Klonie der rechten Patellae, lebhaftes Sehnenreflexe ohne greifbare Differenz. Im Liquor waren Pandi und Nonne positiv.

Für die Encephalographie wurden Lumbal 80 ccm Liquor entnommen und 60 ccm Luft eingeblasen.

Der encephalographische Befund erlaubt die hystero-epileptischen Anfälle als Resultante psychogener und organischer Störungen aufzufassen. Unser Kranker — unstabiler, leicht erregbarer Psychopath, der in seiner gesamten Haltung ein infantiles Zurückbleiben der persönlichen Entwicklung aufwies — hatte also Bewußtseinsstörungen, deren psychogene Herkunft wenigstens in bestimmten Fällen (wie bei bekommenen schlechten Note, sowie bei Zornausbrüchen) unbestreitbar ist. Ob das triebhafte Davonlaufen von zu Hause als Ausdruck einer Charakterabart oder als Folge der traumatischen Hirnschädigung anzusehen ist, muß unentschieden bleiben. Ein ähnlicher Drang davonzulaufen, hat auch der Kranke S. K., dessen traumatische Meningo-encephalopathie wohl als bewiesen gelten kann, angegeben. Die hysterische Einstellung des Jungen ist zwar angeboren, jedoch erst durch das Gehirntrauma manifest geworden. Die organisch bedingten Anfälle werden zum Vorbild nicht im Sinne einer Nachahmung, sondern als mögliche Auswege der affektiven Spannung, welche eben die Triebfeder solcher Erscheinungen ist. Dabei versuchen wir ja gar nicht die pseudoneurologischen (Astasie-Abasie, Amblyopie und motorische Aphasie) und die pseudopsychotischen (Bewußtseinsdämmerung, Weinkrämpfe, dranghaftes Davonlaufen) Syndrome restlos der Meningo-encephalopathie zuzuschreiben. Sie ebnet aber den Weg hysterogener Mechanismen, die sich auf organisch geschlagenen Bahnen leichter abrollen.

Lehrreich zeigt folgender Fall die Steigerung organischer Ausfälle zu hysterischen Syndromen, deren Entstehung und Fixation auf neurologisch vorgezeichneten Bahnen erfolgt.

Der 21jährige Soldat L. G. wurde mit einem Holzsech auf den Kopf geschlagen, vorwiegend auf die linke parieto-temporale Seite des Schädels. Er fiel bewußtlos um und behielt später keine Erinnerung an den Vorfall. Als er zu sich kam, konnte er den rechten Arm und das rechte Bein nicht mehr bewegen, vermochte nicht mehr zu gehen, noch zu sprechen, ja nicht einmal zu essen, weil er den Mund nicht aufzumachen im Stande war.

Bei der Untersuchung wurde eine rechtsseitige Hemiplegie, Anarthrie (Aphasie?), Astasie-Abasie festgestellt. Die Sehnenreflexe rechts waren leicht gesteigert. Schon nach dem ersten Elektrisieren verschwand die Hemiplegie, die Sprachfähigkeit besserte sich allmählich, der Kranke konnte den Mund aufmachen und essen.

Eine Nachuntersuchung (etwa 1 Monat später) zeigte jedoch, daß es eine schwache Hemiparese rechts geblieben war: der horizontal gehobene rechte Arm zeigte eine deutliche Pronations-, Flexions- und Sinktendenz, Barrè war im rechten Bein positiv, die Sehnenreflexe waren rechts noch gesteigert; schließlich merkte man noch die Zeichen einer leichten Dysarthrie.

In diesem Fall hat anscheinend die Hirnkontusion eine schwache Hemiparese bewirkt, die nun auf psychogenem Wege sich zu einer vollständigen Hemiplegie, Anarthrie und Pseudotrismus entfaltet hat. Rein organische Syndrome können also mit pseudoneurologischen Überbauten überlagert werden. Wie das Trauma einer Sängerknotenoperation hysterische Aphonie bei unserer Kranken E. G. bewirkte, so hat hier die traumatische Schädigung entsprechender Hirnpartien den Weg zu einer vollkommenen ausgeprägten Hemiplegie gebahnt und dadurch hat sich die leichte organische Störung zu dem schweren Bild einer pseudoneurologischen Hemiplegie mit Anarthrie gesteigert. Das Trauma kann folglich nicht nur die periphere Lokalisation hysterischer Erscheinungen bestimmen, sondern eben auch das zentrale Nervensystem selbst treffend, die wirklichen Ausfälle durch psychogene Überlagerung weitgehend verstärken.

V.

Hysterische Psychopathie oder *hysterischen Charakter* als eine einheitliche biopsychische Gruppe gibt es gar nicht. Pseudoneurologische und pseudopsychotische Syndrome entstehen bei verschiedenen Psychopathen, oft auch bei primitiven, jedoch charakterlich durchaus nicht unausgleichbar abnorme Persönlichkeiten. Dies, was man immer als hysterischen Charakter beschrieben hat — wie auch aus der klassischen Darstellung *Sokolowskys* zu erblicken ist — ist im Grunde genommen *die selbstsüchtige Psychopathie*, die vor keinen Mitteln scheut, um die eigene Persönlichkeit als Fokus allgemeiner Bewunderung oder Besorgtheit, beständige Schauer und Liebe der Nächsten hinzustellen. Natürlich bedienen sich manche Kranke auch mit Nachahmen eigens erlebter oder bei anderen beobachteten hysterischen Erscheinungen. *Ihr Wille* besteht jedoch nicht darin *krank zu sein* — wie man immer, besonders seit *Bonhoeffer*, *Freud*, *Gaupp* u. a. behauptet hat — sondern nur *krank zu scheinen*, um sich vor wirklichen oder eingebildeten Gefahren zu retten oder wenigstens Mitleid in der Umgebung zu erwecken.

Manchmal hat natürlich die Simulation hysterischer Syndrome dahin gezielt, die eigene Person als unzurechnungsfähig darzustellen. So wurde vor kurzem ein Soldat, dem eine fünfjährige Gefängnisstrafe drohte, in die Universitäts-Nervenklinik Sofia zur Untersuchung seiner geistigen Gesundheit überwiesen. In der Poliklinik machte er seltsame Kopfbewegungen, die an unüberwindliche Tiks erinnerten. Man erwischte ihn jedoch draußen ganz ruhig, ohne jede Spur von diesen Bewegungen und schon am selben Tage als man ihn in die geschlossene Abteilung einlieferte, hat er zugestanden, daß er sich durch diese seltsamen Tiks als unzurechnungsfähig darstellen zu können glaubte. Ähnliche Bewegungen hat er einmal bei einem Kranken gesehen und jetzt hat er sich an deren Nachahmung geklammert.

Alle hysterischen Kranken, die wir selbst beobachten konnten oder die wir von der Literatur her kennen, weisen ganz verschiedene Charaktere auf. *Es ist ja überhaupt unmöglich, Charaktertypen rein schematisch abzugrenzen*, weil es kaum zwei Charaktere gibt — inbegriffen dieser der eineiigen Zwillinge — die absolut gleichartig wären. Noch mehr: man kann nicht einmal charakterlogische Tendenzen aufstellen, welche die Eigenart einer Gruppe Persönlichkeiten ungezwungen und wirklichkeitsgetreu wiedergeben können. Zwar liegt das einzigartige der Persönlichkeit eben in der nur einmal gegebenen Vereinigung aller psychischen und körperlichen Qualitäten des Individuums, aber gerade *der Charakter — die durchschlagende Aktivität der menschlichen Natur* — gibt es am deutlichsten wieder. Wenn auch manche Charaktere gewisse allgemeine Züge aufzuweisen scheinen, so bleiben weitaus mehr verschiedene, ungleichartige, divergierende Eigenschaften, welche auch wichtiger sind, weil gerade sie den persönlichen Charakterstil ausmachen.

Wenn wir aber annehmen wollen, es gäbe wirklich Charaktertypen, die wenigstens im großen und ganzen die persönliche Eigenart gewisser Menschengruppen wiedergeben, oder welche wenigstens aus pädagogischen Gründen zu verwerten wären, so wird man doch schwerlich die Hysterischen zu einer charakterlogischen Einheit zwingen. Die Mehrzahl unserer Kranken zeigten überhaupt keine selbstsüchtigen Bestrebungen. Sie wollten ja gar keine Rolle des Wichtigmachens spielen, suchten gar nicht sich als Brennpunkt allgemeiner Bewunderung oder Mitleids hinzustellen. *Das Allgemeine* — was jedoch nicht als hysterisch betrachtet werden darf — was sie als seelischen Schwung zeigten, war *der Wille zur Genesung*. Von einem Willen zur Krankheit war keine Spur vorhanden. Der Wille gesund zu sein ist fast allen kranken Menschen eigen und er geht auch bei den Hysterischen nicht verloren. In bestimmten Fällen konnten wir zwar den Wunsch krank zu scheinen feststellen, jedoch diesen mit einem Defekt des Gesundheitsgewissens zu verwechseln, ist unangebracht. *Simulanten* — es handelt sich nicht nur um reine Simulanten, sondern auch um manche organisch Kranke wie der Invalide S. K., dessen traumatische Meningoencephalopathie sich hinter simulierten hysterischen Erscheinungen verbarg — haben zwar einen Gewissensdefekt, der aber *kein Defekt des Gesundheitsgewissens* ist, sondern nur ein Defekt des sozialen Gewissens, nämlich das Streben Vorteile durch scheinbare Leiden zu gewinnen. Wir haben überhaupt bei keinem Kranken, nicht nur bei Hysterikern, nie irgendwelche Zeichen eines Willens krank zu sein, feststellen können. Sterben wollen nicht nur manche alte, sondern auch junge, scheinbar gesunde Menschen, aber erkranken zu wünschen — dies widerspricht den einfachen Gesetzmäßigkeiten menschlicher Natur und gibt es einfach nicht.

Die hysterische Einstellung — um mit *Bumke* zu reden — ist die Bereitschaft die normalpsychologischen Reaktionen auf affektstarken

Erschütterungen in dauernden pseudoneurologischen und pseudo-psychotischen Syndromen zu fixieren. Solche Bereitschaft ist bei verschiedensten Charakteren und bei verschiedenster persönlicher Artung aufzufinden; sie ist jedoch allen Hysterischen eigen. Je reifer, ausgeglichener und vollentwickelter eine Person ist, je vollwertiger sie also ist, desto schwerer werden ihre normalpsychologischen Reaktionen bei Gefährdung der persönlichen Lebensbestrebungen zu hysterischen Syndromen entgleisen. Es scheint, daß selbst bei schrecklichen Katastrophen doch nicht alle Menschen unbeherrscht zu affektiven Dämmerzuständen, zu Todstellreflexen und zu Störungen, sowie Ausschaltungen des sensomotorischen Bogens extroverser Aktivität neigen.

Zwei Klassen von Menschen sind besonders der Gefahr hysterischer Entgleisung der normalpsychologischen Reaktionen und deren störenden Fixationen ausgesetzt. Vor allem sind dies *primitive Persönlichkeiten mit infantilen Eigentümlichkeiten* und dann auch *differenzierte, hoch — aber unharmonisch — entwickelte Menschen*, deren Unausgeglichenheit sie leicht unter die Übermacht affektiver Spannungen in die Hysterie hineintreibt. Beide Klassen zeigen eidetische Dispositionen, leichte Umsetzbarkeit eingebildeter Zustände in pseudoreale Verwirklichungen und schließlich ungebahnte Tendenz der Organkomponenten der Affekte sich vollständig auszuwirken und sich dauernd zu fixieren.

Zwischen der konstitutionellen Bereitschaft und den auslösenden Anlässen — wie es dem Grundgesetz von dem Gegenspiel der pathogenen Wirkung und der persönlichen Reaktionsweise entspricht — besteht ein gegensätzlich proportionales Verhältnis. Bei starker Einstellung kann der hysterische Ablauf von nichtigsten Anlässen in Fluß gebracht werden und umgekehrt: bei schwacher Disposition werden ganz gewaltige Affekterschütterungen notwendig, damit pseudoneurologische und pseudo-psychotische Syndrome ausgelöst werden können. Ja, die Anlässe brauchen nicht unbedingt reale Gefahren und Vorkommnisse zu sein; es genügt schon, wenn sie nur in der Einbildung des Kranken bestehen. Ob sie also wirklich oder nur gedacht, wichtig oder bedeutungslos sind, sie werden immer als ein psychisches Trauma erlebt und hierin entfaltet sich grundsätzlich der Mechanismus hysterischer Abläufe.

Es bleibe unentschieden, ob es solche Erlebnisse gebe, die in jedermann pseudoneurologische und pseudopsychotische Syndrome hervorrufen würden. Praktisch ist jedoch festzuhalten: ein verhältnismäßig kleiner Teil der unter gleiche Umstände gestellten Menschen reagieren hysterisch und ferner noch ein kleiner Prozentsatz davon fixiert die hysterischen Erscheinungen zu dauernden Gebilden. Im Vergleich hiermit ist die *hypochondrische Einstellung* weitaus verbreiteter und die Fixation hypochondrischer Beschwerden überragt zweifellos diese der extroversen Störungen.

Die hysterische Einstellung ist konstitutionell vorbestimmt. Sie ist also angeboren. Sie kann auch *erbgelbunden* sein. Drei unserer Kranken (*E. G.* — hysterische Aphonie, vorübergehende Amblyopien, psychogene optische Halluzinationen, affektive Dämmerzustände und Anfälle; *W. G.* — hysterisches Dyspnoe mit Streckkrämpfen, Weinkrampf, Erbrechen, Zittern; *K. R.* — hysterischer Wachsomnambulismus mit vollständiger Amnesie, akustische Pseudohalluzination) sind nahe Verwandte (Onkel und Cousinen) und entstammen einer mit abnormen Charakteren und endogenen Psychosen belastete Familie. So leidet die Mutter der *W. G.* an klassischer Zyklophrenie, wobei die depressiven Phasen mit quälenden Zwangserlebnissen erfüllt sind. Der Bruder der *E. G.* machte eine 3 Jahre sich hinziehende reaktive Depression durch mit neurasthenischen Beschwerden, schweren Verstimmungen und nachklingender sexueller Impotenz, welche von einer unglücklichen Liebe ausgelöst wurde. Das Töchterchen der *E. G.* war ein kleiner Familientyrann, dessen Selbstsüchtigkeit Fokus allgemeiner Interessen, Sorgen, ja sogar Erzürnung, zu sein verlangte. Außerdem lügt das Mädchen bei jeder Gelegenheit, prahlt manchmal mit eingebildeten Rollen und benimmt sich ab und zu ganz töricht.

Die *familiäre Belastung* unserer anderen Kranken konnte nicht nachgeforscht werden, aber wenn auch scheinbar nichts Auffälliges zu entdecken wäre, so kann die hysterische Einstellung eben in der persönlichen Erbformel zum erstenmal erscheinen. Es dürfte jedoch sicher sein, daß sorgfältiges Ausfragen bei den meisten Hysterikern, insbesondere bei denjenigen, die mehrmals pseudoneurologische und pseudopsychotische Syndrome aufgewiesen haben, familiäre psychopathische und psychotische Belastung aufdecken wird.

Die hysterische Einstellung kann also *entweder Ausdruck einer primitiv-infantiler Entwicklungsstufe sein*, oder als *Komponente einer schweren charakterlogischen Abnormität*, d. h. einer *Psychopathie* erscheinen. Das sind jedoch nur die breiten Rahmen der biopsychischen Begrenzung hysterischer Einstellung. Die funktionellen Vorbedingungen zum Entfalten pseudoneurologischer und pseudopsychotischer Abläufe erblicken wir in der den Hysterischen immanenten Tendenz — gerade die körperlichen Begleiterscheinungen der Affekte besonders stark anklingen zu lassen, ja sogar weitgehend, daß der emotionelle Strom des Erlebens manchmal selbst ganz zurücktritt. Noch mehr: nach dem Abklingen der Emotion bleiben die sensomotorischen Störungen der extroversen Aktivität als dauernde Nachwirkungen einer längst ausgeglichenen Gemüterschütterung. Oft hat also die Ursache ihre Aktualität verloren, die Folgen stehen aber noch ganz unerschütterlich da. Dies hat scheinbar den Anlaß gegeben, bei hysterischen Erscheinungen die Triebfeder in den rätselhaften Abgründen des Unbewußtseins zu suchen. Hier liegt jedoch ein Deutungsfehler vor. Die meisten unserer Kranken haben genau die

„Ursache“ ihres Leidens — wie sie diese dachten — gekannt, dies hat ihnen jedoch nicht zur Genesung verholfen. Mit eigenen Kräften haben sie nicht vermocht — manchmal gelingt selbst dies, sehr oft besonders bei vorübergehenden Amblyopien — die Störung der extroversen Aktivität auszugleichen, ihre lahmgelegten Funktionen wiederum herzustellen und in den normalen Ablauf organischer Leistungen einzuschalten. Die alte Frau wußte, daß ihre Dysathrie infolge der Angst, die Polizei hätte ihre Tochter umgebracht, eingetreten war, aber das Wissen verhalf ihr zu gar nichts. Eine Genesung könnte schlagartig erfolgen, wenn sie ihre Tochter sehen würde. Sonst ist die Dysarthrie eigentlich, als „Flucht in die Krankheit“ ganz unzweckmäßig, weil sie die Mutter im Krankenhaus zurückhielt und sie verhinderte, draußen um das Leben der Tochter zu kämpfen. Die Dysarthrie wird sich so lange verschleppen, solange die Kranke zwischen Angst und Hoffnung gekreuzigt ist. Auch die Aphonie der E. G. dauerte monatelang, obwohl sie die Ursache ihres Leidens — die Angst durch die Operation für immer ihre Stimme verloren zu haben — schon erkannt hatte und trotz der Untersuchungen vieler Laryngologen, die sie überzeugten, der Eingriff sei tadellos ausgeführt worden.

Im allgemeinen muß man festhalten: *Bewußte Inhalte* quälen uns weitaus stärker als die sog. *verdrängten Komplexe* und dabei nicht nur unter normalpsychologischen Verhältnissen, sondern nicht weniger als Beweggründe hypochondrischer, zwangsneurotischer, sensitiver, paranoischer und hysterischer Abläufe. Wenn irgendwelche Regungen nicht gerne zugestanden werden, sogar vor uns selbst — wir möchten hier gerne *Bumke* zustimmen — so soll das nicht heißen, sie seien „unbewußt“. Andererseits jedoch, brauchen manche Erlebnisse eine scheinbar wirkliche Auferstehung um ihrer pathogenen Kraft einfach entledigt zu werden: es genügt ja oft nicht nur, daß man sie kennt, um sich von ihrer krankmachenden Gewalt zu befreien. Dies tut eben *der Traum*, nämlich er läßt die ungelösten Konflikte unseres Wachlebens in halluzinatorischem Gewand auftreten und dadurch ihre reale Belebung ersetzend, erzielt er die besten psychotherapeutischen Erfolge.

VI.

Zur Hysterie hat man vieles gerechnet, was ihr eigentlich ganz wesensfremd ist. So hat man z. B. *die Pseudodemenz* als eine Form der Hysterie angesehen. Die Pseudodemenz ist jedoch nichts anderes als *Simulation der Dummheit*, die grundsätzlich aber von wirklich Deblen versucht wird, als eine Flucht in die scheinbare „Krankheit“ vor bestimmten Gefahren. Wenn einer behauptet, das Geld sei Eisen, die Uhr — Blech, das Blut — grün und der Schnee — blau, oder wenn er beim Addieren nur mit Eins die richtige Zahl übersteigert ($1 + 2 = 4$; $1 + 3 = 5$ usw.), so ist er meistens zu hoffnungslos dumm, um glauben zu können, daß er

die Ärzte mit solchen Tricks von seiner Zurechnungsunfähigkeit überzeugen wird. Er kann auch einmal ohne selbst dumm zu sein, so eine schlechte Meinung von der Verstandeskraft der Aeskulaps-Priester haben, die leider ab und zu doch berechtigt zu sein scheint.

Auch die *phantastische Lügnerie*, die meines Erachtens nach von dem pathologischen Prahlen unterschieden werden muß, hat eigentlich mit der Hysterie nichts gemeinsames. Sie ist Ausdruck selbstsüchtiger Psychopathie mit Neigung zu phantastischen Schwärmereien und Schwelgereien. Natürlich begegnet man auch bei solchen Psychopathen hysterische Reaktionen, die jedoch keine gesetzmäßigen Erscheinungen sind. Außerdem konnten wir bei vielen unserer Hysteriker keine Spur von Pseudologia phantastica entdecken.

Erhöhte Suggestibilität ist oft als pathognomonische Eigenschaft den Hysterischen zugeschrieben. Sie hat zwar eine große Rolle, besonders bei den hysterischen Epidemien in den mittelalterlichen Klöstern¹ und in manchen Schulen unserer Zeit, gespielt, darf aber trotzdem nicht als ein absolutes Kennzeichen der Hysterie hingestellt werden. In vereinzelten Fällen ist ihre Bedeutung viel bescheidener, ja öfters kaum vorhanden. Im Gegensatz dazu leiden Hypochonder und Zwangsneurotiker stärker unter ihrer gesteigerten Suggestibilität, man wird jedoch dies sicher nicht als einen Grund annehmen, sie als Hysteriker zu betrachten. In Wirklichkeit spielt ja die Suggestion die entscheidende Rolle nicht bei der Entstehung hysterischer Syndrome, sondern eben bei ihrer Heilung.

Die *Labilität der Affekte*, ihr schillerndes Schwanken, ihre Unbeständigkeit sind auch als Merkmale hysterischen Wesens aufgestellt worden. Sie fehlen jedoch bei vielen Hysterikern und andererseits sind sie bei anderen Psychoneurosen nicht weniger stark ausgeprägt. Es handelt sich vielmehr um psychopathische Eigentümlichkeiten. Man hat immer zu leicht psychopathische Züge mit hysterischen Reaktionsweisen verwechselt.

Auch *Egoismus* ist kein ausschließliches Privilegium der Hysterischen. Außerhalb ihrer Psychoneurose stellen sie in dieser Beziehung, sowie auch überhaupt in charakterlogischer Hinsicht keine einheitliche Gruppe dar. Manche von den Hysterischen weisen durchaus nicht kleinere Opferwilligkeit auf als der Durchschnittsmensch.

Man hat besonders gern den Hysterischen *Unaufrichtigkeit* zugeschrieben. Einerseits sind aber wohl nicht alle Hysterischen unaufrichtig, und andererseits wird man Unaufrichtigkeit und Verlogenheit nicht

¹ Waleri Brüssow hat in seinem Roman „Der Feuerengel“ die hysterische Epidemie des halluzinierten Beischlafs mit dem Satan im Rahmen einer vollentwickelten Pseudopsychose mit reichen psychogenen Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, wie sie in einem Nonnenkloster ausgebrochen ist, meisterhaft dargestellt.

seltener bei den übrigen Menschen, seien es Psychopathen oder selbst Gesunde, feststellen können.

Irgendwelche außergewöhnliche *Begabung und Befähigung* sind bei Hysterischen nichts gesetzmäßiges und wir kennen keinen einzigen Fall in der entsprechenden Literatur, wo nachgewiesen wurde, die Hysterie habe jemanden zum genialen Schaffen getrieben. Die Schwachsinnigen selbst sind von hysterischen Störungen nicht verschont.

Gesteigerte Suggestibilität, Verlogenheit, Unaufrichtigkeit, Egoismus, Labilität der Affekte, Begabung und Schaffenstrieb sind als permanente Eigentümlichkeiten einer Persönlichkeit vollkommen von der Hysterie unabhängig. *Die Hysterie* ist ja, wie jede Psychoneurose, ein *psychogen entstandener krankhafter Prozeß*, der Anfang, Dauer (meistens eine kurze) und Ausgang hat und der auf keinen Fall an eine bestimmte Art des Charakters gebunden ist. Wir haben alle diese Fragen auseinander-gesetzt, um die Hysterie von allen wesensfremden Beimischungen zu säubern.

Die Behandlung hysterischer Abläufe ist *psychotherapeutisch* im weitesten Sinne des Wortes. Wir ziehen die *Suggestion im wachen Zustande* vor und verbinden sie dann mit einfacher Aufklärung des Kranken über das Wesen seines Leidens. Manchmal müssen die verloren-gegangenen oder gestörten Funktionen geübt werden. Ein anderes Mal ist es wieder notwendig eine „psychotherapeutische Spritze“ (Aether sulfuricum, Campher, Calcium und was es auch sonst sein mag) zu verabreichen. Zum Elektrisieren greifen wir selten. Von einer spezifischen Psychotherapie, wie der Psychoanalyse z. B., haben wir nie Gebrauch gemacht, weil wir auch sonst mit einfachsten Mitteln immer ausgekommen sind. Ja, die Hysterie bleibt uns Psychiatern noch als die einzige Möglichkeit *Wunderheilungen* zu „beschwören“, die grundsätzlich in ein paar Minuten, höchstens Stunden erfolgen. Der Prozentsatz hart-näckiger Fälle ist verhältnismäßig ganz niedrig.

Gerade bei der Wunderheilung der Hysterie hat die Sicherheit des Arztes für den erzielten Erfolg die allergrößte Bedeutung. Diese Sicherheit wird durch die Erfahrung erworben. Jedoch muß der Arzt vor allem die Hysterie richtig erkennen und erst dann seine Behandlung zielsicher durchführen. Sonst bliebe unerklärlich, wieso die Einspritzung eines unerfahrenen Arztes, der Anfälle ihm unbekannter Natur heilen will, den Zustand des Kranken noch mehr verschlimmert, wo nur eine zielbewußte Einspritzung, die der Psychiater macht, die pseudo-neurologischen und pseudopsychotischen Syndrome in kürzester Zeit beseitigt.

Zusammenfassung.

Die allgemein verbreitete und angenommene Ansicht, *die Hysterie sei als Flucht in die Krankheit durch den Willen zum Kranksein bedingt und infolge eines Defektes des Gesundheitsgewissens fixiert*, wird dem

Wesen hysterischer Syndrome durchaus nicht gerecht. Man hat übersehen, daß es einen Willen krank zu sein — ausgenommen ganz einzelner pathologischer Fälle — grundsätzlich nicht geben kann. *Der Wille zum Krankscheinen* dagegen ist verhältnismäßig viel verbreiteter, er bedient sich jedoch nicht nur mit Nachahmen hysterischer Erscheinungen, sondern auch mit Darstellung verschiedenster Leiden, deren weitaus größere Zahl organisches Aussehen haben soll. Der Wille zum Krankscheinen ist also gar nicht etwas spezifisch Hysterisches, er kann nicht ein einziges Mal pseudoneurologische und pseudopsychotische Krankheitsbilder in ihrer natürlichen Echtheit gestalten, sondern sie eben nur nachmachen oder im besten Fall dauernd zu fixieren verhelfen. Natürlich wenn jemand, der einmal bei schwerer affektiver Erschütterung hysterische Erscheinungen erlitten hat, sich entschließt daraus manche Vorteile zu gewinnen und sie deswegen festzuhalten versucht, so ist dies keine Hysterie mehr, sondern eben lediglich eine *simulierte Hysterie*. Dann will man auf keinen Fall seine scheinbaren Störungen aufgeben, solange sie einem vorteilhaft erscheinen. Dieser Überbau, der vom Willen Krankzuseinen errichtet wird, hat mit der eigentlichen Hysterie im Grunde genommen nichts Gemeinsames. Ja der Wille zum Krankscheinen, der Urheber jeder Simulation, bedient sich weitaus öfters neurasthenischer Klagen, hypochondrischer Befürchtungen und Darstellung organischer Erkrankungen, wie Herzleiden, Dyspepsien, Lungentuberkulose, ja sogar der Erzeugung von Wunden und ihrer Reizung, bis das Ziel erreicht oder aufgegeben werden muß. Ferner ist es ja überhaupt viel zu menschlich aus gewissen Umständen, selbst aus eigenen wirklichen Krankheiten — wären sie sogar organischer Herkunft — Gewinne zu erzielen.

Bei allen simulierten Leiden flüchtet man sich nicht in die Krankheit, sondern ins Krankenhaus und dies ist natürlich grundsätzlich verschieden. Seltener versucht man auch draußen im Leben den Schein einer Krankheit zu bewahren, solange sie die Vorteile einer Unfallsrente, oder die Arbeits- und Kriegsuntauglichkeit mit sich bringt. Daß der Prozentsatz hysterischer Simulation unter solchen scheinbaren Kranken bedeutend höher als die Simulation neurasthenischer und organischer Leiden sei, ist bis jetzt nicht bewiesen worden und ist auch höchst unwahrscheinlich. Wenn aber auch dies so wäre, so würde man doch nicht behaupten dürfen, darin entfalte sich das Wesen der Hysterie selbst, sondern eben nur das Wesen einer simulierten Hysterie.

Die *pseudoneurologischen und pseudopsychotischen Syndrome* der Hysterie — man hat eben seit jeher nur solche Krankheitsbilder hysterisch genannt — stellen lediglich *eine psychogen entstandene und psychogen fixierte Ausschaltung oder Funktionsstörung der extroversen, Aktivität* und viel seltener eine *extrovertierte Inversion an sich introverser Organleistungen* dar. In Wirklichkeit sind diese Erscheinungen nichts anderes

als extreme — nach ihrer Art und Dauer — Verkörperungen normal-psychologischer Reaktionen auf lebenswichtige affektbeladene Erlebnisse. Erst sekundär versuchen manche — durchaus nicht alle! — Hysteriker ihre pseudoneurologischen oder pseudopsychotischen Syndrome scheinbar aufzubewahren um eingebildete oder auch wirkliche Vorteile zu erzielen.

Hysterisch darf man nicht einfach dem „Psychogenen“ gleichsetzen. Zwar ist die Hysterie ein Leiden psychogener Herkunft, Struktur und Dynamik, aber sie ist eben nur eine Psychoneurose der extroversen Aktivität. Es gibt jedoch, dabei weitaus zahlreicher, auch psychogen entstandene krankhafte Störungen pseudosomatischer und pseudo-psychotischer Art, die sich primär auf die introverse, d.h. nach der inneren Welt des Individuums selbst gerichteten Aktivität fixieren. Sie entfalten sich in neurasthenischen, hypochondrischen, zwangs-neurotischen, phobischen und sensitiven Entwicklungen. Natürlich kann und wird meistens bei diesen Psychoneurosen auch die Extroaktivität im Sinne einer Einschränkung gestört werden, jedoch erst sekundär¹.

Psychogenie ist also ein weiter umfassender Rahmen psychoneurotischen Geschehens als Hysterie.

Bei Kranken, die ein Kopftrauma erlitten haben, darf man nicht, wie zwei eigene encephalographisch aufgeklärte Fälle erschließen lassen, schlechthin eine traumatische Neurose oder Hysterie, bzw. auch Simulation annehmen, selbst wenn die Krankheitsbilder eindeutig dafür sprechen würden. Eine gründliche neurologische Untersuchung, bei welcher der Encephalographie eine große Bedeutung zukommt, wird manchen ähnlichen Fall als eine *traumatische Meningoencephalopathie* aufdecken.

Zwischen *Hysterie* und *Simulation* zu unterscheiden, wird keinem Erfahrenen schwer fallen, eher werden sich Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose zwischen Simulation und organischem Leiden entgegenstellen.

Die Hysterie ist eine krankhaft gesteigerte und dauernd fixierte an sich normalpsychologische Reaktion der extroversen Aktivität auf affektive Erschütterungen der Grundtriebe menschlicher Natur und auf scheinbare und wirkliche Gefährdung der höchsten Lebenswerte.

Sofia, den 7. Juli 1941.

¹ Eine Frau, die an eingebildetem Herzleiden litt, wagte 2 Jahre kaum die Hausschwelle zu betreten, jedoch nur aus Ausdruck ihrer hypochondrischen Angst, auf der Straße sterben zu müssen. Viele, die von Claustrophobie — eine symbolische Metamorphose der Mortophobie (Angst vor dem Tode) — geplagt werden, bekommen keine hysterischen Anfälle, sogar nicht einmal Astasie-Abasie, wie sie z. B. bei Agoraphobie vorkommt.

Schriftennachweis.

- Bleuler, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. Berlin 1937. — *Bruns, Cramer* u. *Ziehen*: Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter. Berlin 1912. — *Bumke, O.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 4. Aufl. München 1936. — Psychologische Vorlesungen. München 1923. — Die Psychoanalyse und ihre Kinder. Berlin 1938. — Gedanken über die Seele. Berlin 1941. — *Danzel, T. W.*: Kultur und Religion des primitiven Menschen. Stuttgart 1924. — Der magische Mensch. Potsdam 1928. — *Freud, S.*: Gesammelte Werke. Leipzig-Wien-Zürich 1924/25. — *Gaupp, R.*: Mschr. Neur. 99. — *Hamburger, Fr.*: Die Neurosen des Kindesalters. Stuttgart 1939. — *Jaensch, E. R.*: Die Eidetik, 3. Aufl. Leipzig 1933. — Eidetische Anlage und kindliches Seelenleben. Leipzig 1934. — *Janet, P.*: Les Névroses. Paris 1919. — *Janischewsky, A.*: La conception biologique du sommeil, Encephal 28 (1928). — *Jaspers, K.*: Allgemeine Psychopathologie, 3. Aufl. Berlin 1939. — *Jung, C. G.*: Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. Zürich 1933. — *Krestnikoff, N.*: Arch. f. Psychiatr. 88 (1925). — *Kretschmer, E.*: Über Hysterie. Leipzig 1927. — Medizinische Psychologie, 3. Aufl. 1930. — Geniale Menschen. Berlin 1931. — *Levy-Bruhl, L.*: Die geistige Welt der Primitiven. München 1927. — Die Seele der Primitiven. Leipzig 1931. — *Löwenstimm, A.*: Aberglaube und Strafrecht. Berlin 1897. — *Pawlow, I.*: Vorlesungen über die Funktionen der Großhirnhemisphären (russ.). Moskau und Leningrad 1927. — *Pözl, O.*: Der Schlaf als psychisches Problem: In „Der Schlaf“ von Sarason. München 1929. — *Sander-Rindtorff, E.*: Z. pädag. Psychol. 32 (1931). — *Schilder, P.*: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Leipzig 1925. — *Schipkowensky, N.*: Schizophrenie und Mord. Berlin 1938. — Das Problem des Schlafes (bulg.). Sofia 1934. — Einleitung in die Biopsychologie des Mordes (bulg. mit dtsh. Zusammenfassung). Sofia 1940. — Probleme der Kinderpsychopathologie. Jb. Univ. Sweti Kliment Ochridski in Sofia (bulg. mit dtsh. Zusammenfassung) 20 (1940/41). — *Pediatr. Pregl.* (bulg. mit dtsh. Zusammenfassung) 1940. — *Med. Pregl.* (bulg.) 3 (1940); 7 (1941). — *Philos. Pregl.* (bulg.) 1936. — 1938. — 1940; 1941. — *Talent und Genie, Prosweta* (bulg.) 1940. — *Schmeing, K.*: Das „zweite Gesicht“ in Niederdeutschland. Leipzig 1937. — *Schneider, K.*: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig 1934. — Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte. Leipzig 1936. — *Scholz, Gregor*: Anormale Kinder. Berlin 1922. — *Schopenhauer, A.*: Versuch über Geistersehen, „Parerga und Paralipomena“. Leipzig, Reclam. — *Schröder, P.*: Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten. Breslau 1931. — Mschr. Neur. 99. — *Strohmayer, W.*: Psychopathologie des Kindesalters. München 1923.