

(Aus der Kgl. Ung. Pázmány Péter-Universitätsklinik für Neurologie
und Psychiatrie zu Budapest [Direktor: Dr. *Ladislav Benedek*].)

Über die Dominanz bzw. das dynamische Verhalten der funktionellen Symptome.

Von

Dr. Karl Klimes.

(Eingegangen am 21. Juli 1942.)

Der buntschillernde Wechsel bzw. das periodische, einander ablösende Im-Vordergrund-Stehen der einzelnen Erscheinungen in der neurotischen Symptomatik ist phänomenologisch schon lange her bekannt. Dieser unstete, veränderliche Zug wurde als etwas charakteristisches angesehen und verlieh den sog. funktionellen Erkrankungen ein fast typisches, gewissermaßen diagnostisch verwertbares Gepräge. Die Erscheinung des Symptomenwechsels wurde aber bislang einfach auf die charakterologische Eigenart der Persönlichkeit zurückgeführt, bzw. das „Unstete“, das „Abwechselnde“ einerseits in der Haltlosigkeit, andererseits in der affektiven Beeinflußbarkeit als einfach gegeben angesehen und als Grundursache das Vorherrschen der emotionellen Führung verantwortlich gemacht.

Im folgenden soll der Versuch gemacht werden, dieser Erscheinung mit gehirnphysiologischen bzw. physiopathologischen Überlegungen und Arbeitsweisen an den Leib zu rücken, wobei außer dem Erklärungsversuch des Mechanismus obiger Erscheinung auch die biologischen, richtiger physiopathologischen Merkmale der hier in Betracht kommenden Persönlichkeit besprochen wurden.

Der engere Rahmen unserer eigentlichen Zielsetzung erwünscht es, daß wir das Symptom des „unstet Abwechselnden“ in erster Linie auf die Klagen, subjektive Beschwerden des Patienten beziehen. „Symptom“ einer funktionellen Erkrankung bedeutet zunächst etwas ganz subjektives, die Schmerzen, Mißempfinden, Störungen betreffen Erlebnisse, sind objektiv nicht abmeßbar und nur in ihren Auswirkungen feststellbar, die direkten Zeichen einer funktionellen Krankheit betreffen zumeist zusammengesetztere Leistungen (s. meine Arbeit über „Die Rolle der Situation in der Neurosenstruktur“) also wiederum Erscheinungen, auf deren sichere, objektiv bestehende und verwertbare Grundlage einwandfrei, verläßlich nicht zurückgegriffen werden kann. Wenn wir diesen „Symptomen“ auf den Grund gehen, so finden wir stets „Empfindungen“ vor und zwar keine elementaren Empfindungen, sondern bereits affektiv resonierende Empfindungen, also Gefühle. Verständlich und natürlich wird dies aus dem Umstande, daß wir z. B. den Schmerz

nicht nur empfinden, sondern zugleich fühlen. Diese Gefühle sind entweder sog. Vitalgefühle, oder Gemeingefühle, die ihrerseits mit dem Vegetativum in innigem Zusammenhang stehen und jede, in der neuropathischen Persönlichkeit anlagemäßig gegebene Schwankung des letzteren mit empfindlicher Resonanz registrieren oder aber andere Kategorien der Ich-Gefühle. Diesbezüglich stehen besonders die sog. seelischen Gefühle im Vordergrund und unter denen hauptsächlich die Eigenwertgefühle, deren Schwäche das kompensatorische Anwachsen des Gefühls einer ständigen existentiellen Bedrohung mit sich bringt. Beide Arten der Gefühle gewinnen durch die hyperästhetisch-emotionelle Arbeitsweise der neuropathischen, zu funktionellen Störungen neigenden Persönlichkeit eine irradiierend wirksame, auf fast sämtliche Funktionen erstreckende Auswirkungskraft.

Daraus ergibt sich, daß in der Entstehungsstruktur funktioneller Beschwerden das Hauptgewicht einesteils auf die entsprechende Persönlichkeit, andererseits — innerhalb dessen — auf die Rolle des Gefühlslebens, der Emotionalität fällt. Nebenbei sei es nur erwähnt, daß indem das affektive Denken, die Katathymie ein phylogenetisch primitiveres Dasein bedeutet, in den affektgetragenen funktionellen Erkrankungen dementsprechende archaische Mechanismen der Symbolisation, der Triebäußerungen zum Vorschein kommen können.

Bevor wir unser eigentliches Thema angehen, sei noch kurz das Wesentliche über die beiden, obengenannten Rollenträger, und zwar um unserer Zielsetzung treu zu bleiben, in physiologischer bzw. physiopathologischer Hinsicht zusammengefaßt.

Um die Gefühle vorwegzunehmen, ist es seit *L. R. Müller* und *Head* bekannt, daß als physiologische Zentralstelle der Vital bzw. Gemeingefühle der Thalamus anzusehen ist. Nicht nur, daß alle sensiblen und sensorischen Erregungen von der Peripherie hier einmünden, sondern sie erhalten auch hier ihre „eigenartige Gefühlsfärbung und Gefühlsbetonung“, werden demnach aus gegenständlichen Empfindungen zu zuständlichen Gefühlen. Die Verbindungen des Thalamus mit den vegetativen hypothalamischen Zentren ermöglichen die enge Zusammenarbeit zwischen Affektivität und vegetativen Erscheinungen, seine Relationen durch den vorderen Thalamusstiel zu der „interparietalen Furche“, also dem hypothetischen Körperschemazentrum erklären wiederum das körperlich-leibhaftige Erleben und Lokalisieren der Emotionalität. So können in dem Trias: Thalamus, Hypothalamus, Körperschemazentrum die Entstehungsfaktoren der Gemein- bzw. Vitalgefühle erblickt werden.

Daß durch die entscheidende Rolle der Affektivität in dem Seelenleben der Thalamus als Zentrum der früheren einen integrativen Einfluß auf die psychischen Geschehnisse gewinnt, erübrigt wohl jede weitere Auseinandersetzung. In diesem Sinne sprechen auch die verschiedenen

Feststellungen, die an Hand der Anosognosie bzw. durch ihre künstliche Herstellung gewonnen werden konnten. So stellte *Ehrenwald* gewisse Beziehungen zwischen der Anosognosie und den Depersonalisationserscheinungen fest und zog daraus auch Schlüsse bezüglich des Mechanismus der hypochondrischen Wahnbildung, schließlich konnte die Erlebnisbedeutung bzw. die physiologische Wirkung des Schmerzes auf das psychische Geschehen als unzweifelhaft und erwiesen angenommen werden. v. *Stockert* beschrieb einen Fall von *Antonischem* Syndrom bei Thalamusläsion, wo der Kranke seine ganze Wahrnehmungswelt auf die gesunde Seite verlegte, so z. B. auch die von der kranken Seite kommenden Gehörsreize nach der anderen Seite lateralisierte. Aus dieser Tatsache geht die erlebnismodellierende Rolle des Thalamus, seine direktive Kraft in der Gestaltung der Empfindungen eindeutig hervor.

Unter den Symptomen des Thalamussyndroms (*Holmes, Hillebrand*) ist die sog. thalamische Hyperpathie, der „zentrale Schmerz“ eines der Bekanntesten. Die feinere Analyse dieser Erscheinung (*Head, Küppers*) konnte aber, außer der gesteigerten Empfindlichkeit ohne erniedrigte Schmerzreizschwelle und den unstillbaren spontanen Schmerzen in einer Körperhälfte bzw. auf einem größeren Gebiet (im Thalamus gibt es noch keine feinere Somatotopie!) noch feststellen, daß das überstarke Reagieren auf Schmerzempfindungen nicht so sehr die einfache dynamische Steigerung der Schmerzempfindung bedeutet, sondern eher das gefühlsmäßige Erleben des Schmerzes anbetrifft. Es kommt zu eigentümlichen halbseitigen Änderungen der Gefühlsbetonung bzw. der affektiven Einstellung auf sensible und sensorische Reize, die von der kranken Seite her als unangenehm, unerträglich empfunden werden, d. h. die Gefühlsqualität des Unlustbetonten erhalten. Nach *Head* reagiert die thalamisch erkrankte Körperhälfte stärker auf das affektive Element sowohl von Außenreizen wie auch von innenseelischen Zuständen. *Küppers* meint: „Der einseitig thalamuskranke Mensch hat links eine andere Seele als rechts, er ist auf der einen Seite trostbedürftiger, wehleidiger, künstlerischer, sensibler, sehnsüchtiger als auf der anderen.“ Als Zusammenfassung sei hier noch die Ansicht *Heads* über die Thalamusfunktion kurz erwähnt: „Wir glauben also, daß das wesentliche Organ des Thalamus das Bewußtseinszentrum für gewisse Elemente der Empfindung ist. Er antwortet auf die Reize, die imstande sind, Lust oder Unlust, oder das Bewußtsein einer Änderung im Gesamtzustand hervorzurufen. Der Gefühlston somatischer oder visceraler Empfindungen ist das Produkt thalamischer Aktivität.“

In dieser Formulierung können wir klar all diese Beziehungen auffinden, die wir eingangs über den inhaltlichen Kern der funktionellen Erkrankungen festgestellt haben. Die Vitalgefühle bzw. das vorherrschend Gefühlsmäßige der ganzen (inneren, wie äußeren) Empfindungswelt sind demnach unzweifelhaft thalamischen Ursprungs, nichtsdestoweniger

können die zentrifugalen, motorischen Projektionen der Emotionalität ebenfalls auf den Thalamus zurückgeführt werden (Zwangswainen, Zwangslachen, siehe *Benedek-Horányi*). Zuletzt, was aus unserem Standpunkt als am wichtigsten erscheint, stellt die thalamische Hyperpathie das anatomisch-physiologische Substrat der erlebnismäßig nozizeptiven Umgestaltungsmöglichkeit von Empfindungsqualitäten dar, folglich den Weg, die verschiedensten Eindrücke als unlustbetonte Beschwerden zu erleben, infolge der stimmungsgemäß, in der negativ gefärbten Vitalgefühlslage gegebenen affektiven Umstimmung der Gefühlsbetonung. Die stärkere Beeindruckung des Ichs erinnert auch nach *Kleist* an die thalamische Hyperpathie.

Eine weitere Möglichkeit zur Entstehung von überwerteten, allzu gefühlsbetonten Selbstwahrnehmungen ist in dem Bewußtwerden und Abspalten automatischer Vorgänge gegeben. Die Hinlenkung des Bewußtseins auf die subkonszenten Automatismen, eingeschliffenen Akte beraubt dieselben ihrer rhythmisch ablaufenden Selbstverständlichkeit, hebt sie aus ihrer Natürlichkeit heraus. Die Kette der automatischen Abläufe wird so in Teile gerissen, in das Bewußtsein erhoben, also wahrgenommen, es entstehen auf diese Weise Vitalwahrnehmungen, die kraft ihrer Ungewohntheit befremdend wirken, ihre ursprüngliche unbewußt eurhythmische Färbung verlieren und zu Unlustgefühlen werden. Die eingangs erwähnte Überwertung ist in dem Bewußtwerden gegeben, das „allzu Gefühlsbetonte“ reicht aber auch hier an die thalamische Funktion zurück, obzwar die Ursache diesmal in der Ungewohntheit der Bahnung liegt, daß nämlich aus unterbewußten Vitalgefühlen Vitalwahrnehmungen werden.

Wenn wir nun auf die „entsprechende Persönlichkeit“, die nämlich zu funktionellen Krankheitsverarbeitungen neigt, übergehen, seien in aller Kürze die verschiedenen Einteilungen des Charakteraufbaues aufgezählt:

Ewald stellte aus verschiedenen Standpunkten ein „dreifaches Stockwerk“ des Charakteraufbaues zusammen:

I. Die anatomische Einteilung (*Kleist*). 1. Autopsychischer Mensch (Pallidostriatum + Thalamus). 2. Thymopsychischer Mensch (Pallidostriatum + Thalamus). 3. Somatopsychischer Mensch (vegetatives Ich = Höhlengrau des III. Ventrikels).

II. Die physiologisch-dynamische Einteilung (*Ewald*). 1. Überwiegend gesteuerter Verstandesmensch (Hirnrindenführung); abstraktes Erfassen aller Zusammenhänge. 2. Überwiegend gefühlsmäßiger, intuitiv erlebender und handelnder Mensch (Basalganglienführung). Sinnliches (optisches) Erleben im Vordergrund. 3. Überwiegend egoistisch-triebestimmt denkender und handelnder Mensch (Medullarführung, auch III. Ventrikel).

III. Geisteswissenschaftlich-psychologische Einteilung (*Spranger*).

1. Gesteuerter Verstandesmensch. Hirnrindenführung — theoretisch-abstrakter Typ (charakterologisches Leitprinzip = Wahrheit). 2. Gefühls-mensch. Basalganglienführung — ästhetischer Typ (charakterologisches Leitprinzip = Schönheit). 3. Triebbestimmter Mensch. Medullarführung — ökonomisch-egoistischer Typ — (charakterologisches Leitprinzip = materielle Werte und animalischer Genuß).

IV. Entwicklungsgeschichtlich — psychologische Aufstellung. 1. Zu abstraktem logischem Denken befähigter erwachsener Mensch (höchstes Stadium). 2. Kindliches optisch — eidetisches Wesen (sensorisch-gefühlsmäßige Lebenseinstellung). 3. Medullär-reflektorisches Wesen (Säuglings- und Vorsäuglingsstadium).

V. Physiologischer Persönlichkeitsabbau (Bewußtseins-schichtung). 1. Wachbewußtsein (Hirnrindenfunktion). Abstraktes, logisches Denken möglich. 2. Traumerleben (Gefühl und Affekt getragen, vorwiegend optisches Erleben; halb Delir, halb Schizophrenie ähnlich, Hirnrinde funktional weitgehend ausgeschaltet). 3. Traumloser Schlaf (lediglich reflektorisch-vegetatives Sein).

VI. Krankhafter Persönlichkeitsabbau (Regression). 1. Klar bewußtes (neopsychisches) Denken. 2. „Archaisches“ (palaeopsychisches) Denken, gefühl- und affektgetragenes Unheimlichkeitserleben, ungesteuerte Gefühls- und Affektreaktionen und Einstellungen (hyponoise und hypobulische Mechanismen — *Kretschmer*). 3. Freiwerden primitiver Triebmechanismen (*Freud*), primitivster motorischer Mechanismen, Freiwerden alter Reflexmechanismen, Schaukeln, Iterieren, bis an Freß- und Saugreflexen, primitivste Triebhandlungen.

Wenn wir nun diese verschiedenen Persönlichkeitsabarten und Staffellungen durchsehen, so läßt sich mühelos die zu funktionellen Erkrankungen besonders neigende Persönlichkeit durchweg in der 2. Gruppe sämtlicher Einteilungen erkennen bzw. das entsprechende Persönlichkeits-Entwicklungsniveau ebenfalls in der 2. Art des physiologischen wie pathologischen Abbaues auffinden.

Der „entsprechende“ Charakter ist eben ein „thymopsychischer Mensch“, überwiegend gefühlsmäßig, intuitiv erlebend und handelnd, bei dem das sinnliche Erleben vorherrscht, das Erleben etwas Traumhaftes, Gefühl und Affektgetragenes besitzt, das Denken „archaische“ Züge vorweist, die Möglichkeit hyponoischer und hypobulischer Mechanismen besteht.

Seltsamerweise, mit den vorhergesagten übereinstimmend, finden wir überall als physiologisch-anatomisches Korrelat das Pallidostriatum, den Thalamus, die Basalganglien, subcorticale Strukturen und Mechanismen als verantwortlich hingestellt. Der „hysterische“ Charakter wird im allgemeinen als etwas Paläopsychisches, Unreifes, Kindliches angesehen.

Vielleicht ist es kein Zufall, wenn wir in der häufigen Betonung des optisch-sinnlichen Erlebens auch einen auf den Thalamus hinweisenden Faktor erkennen.

Die Reinkultur der zu funktionellen Verarbeitungen neigenden Persönlichkeit ist zweifellos der „hypochondrische Charakter“. Diesbezüglich möchten wir auf die ausführliche Schilderung von *Jahrreiß* hinweisen. Nach ihm bilden die Urtriebe der Sicherungs- und Selbsterhaltungstrieb auf der einen, der Sexual- und Arterhaltungstrieb auf der anderen Seite. Der Hypochonder weist die besonders starke Vertretung eines besonderen Triebanteiles, und zwar seitens des grundwirkenden Sicherungstriebes vor. Die Stärke des Sexualtriebes soll nach ihm den Maßstab für die Triebstärke jenes Selbsterhaltungstriebes abgeben, wofür der Autor zahlreiche Hypochondriefälle als Beispiele anführt, bei denen eine sexuelle Triebschwäche bestand. Er nimmt eine allgemeine „Verschattung“ des Gemütes an, jedoch leugnet das Bestehen spezifischer Gefühle, die als Zeugungskräfte verwendet werden könnten. Bezüglich der seelischen Triebkräfte weist der Autor auf die besondere Prägung ichgerichteter Tendenzen von asthenisch-sichernder Natur (ängstliche Sorge ums Dasein), sowie auf die besondere, damit verbundene introspektiv egoistische Einstellung hin, die von der Umwelt abgezogen, dauernd hinter den eigenen Körpergefühlen her sei. Insbesondere sind es spezifische Teilegoismen, die „in der hypochondrischen Reaktion ihre Auferstehung feiern“. Die körperliche Voraussetzung dieser besonderen Temperaments-, Charakter- und Persönlichkeitsschichtung glaubt der Verfasser in einer biologischen Beeinträchtigung der corticofugalen und striopallidären Schmerzhemmungsbahnen aufzufinden.

Zu dieser trefflichen Schilderung möchten wir noch hinzufügen, daß die erwähnte Betonung des Sicherungstriebes und die daraus entstehende besorgte introspektive Einstellung bzw. die krasse Egozentrität keine primär gegebenen Charaktereigenschaften bzw. Triebanomalien seien, sondern ihren eigentlichen Grund höchstwahrscheinlich in einer biologisch gesetzten existenziellen Unsicherheit der Person haben, woraus kompensatorisch die Sicherungstendenzen sich notgedrungenenerweise, um ein leidliches Gleichgewicht herzustellen, einen aus Vorkehrungsmaßregeln bestehenden Halt zu geben, entwickeln. Den Beweis dieser Auffassung sehen wir von pathologischer Seite her in den verschiedenen hypochondrischen Wahnbildungen, wo die krankhafte Nivellierung der Persönlichkeit die oben biologisch fundierte Bedingung erfüllt.

Die hysterische Persönlichkeit findet nicht nur durch ihren Geltungsdrang und Scheinen-Wollen in der Krankheit das Mittel, sich selbst zu dem sonst nicht erreichbaren Mittelpunkt zu machen, sondern neigt auch kraft ihres paläopsychisch-infantilen Wesens zu einer katathym-gefühlsmäßigen Erlebnisverarbeitung. Da die seelisch-existentielle Unsicherheit, der stete Kampf um die wenigstens scheinbare Erhöhung der Persönlich-

keit und die häufigen Niederlagen gegenüber der harmonischen Sicherheit eine ständig dysthymische, mindestens aber schwankende Vitalgefühlslage aufrechterhalten, wird dadurch die negative Färbung und Richtung der konstitutionell gefühlsmäßigen Arbeitsweisen bestimmt.

Nach dieser vielleicht etwas zu ausführlichen Besprechung der Grundbegriffe, möchten wir einige Beispiele für das dynamische Verhalten bzw. die abwechselnde Aktualität funktioneller Beschwerden mitteilen.

1. I. T., 32 Jahre alt, Damenschneiderin. Wurde mit linksseitigen ischiadicusneuralgischen Klagen in die Klinik aufgenommen. Die objektive Untersuchung ergab ein linksseitiges *Lasegue*-Phänomen, umschriebene Druckschmerzen auf einem handtellergroßen Gebiet links von den Lendenwirbeln, die erhöhte Druckempfindlichkeit der *Valleix*schen Punkte, außerdem eine leichte Hypästhesie um den linken äußeren Knöchel herum, hosennahtartig nach oben und auch auf den Fußrücken sich ausbreitend. Die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen blieben ohne Erfolg, das Betragen der Patientin legte immer mehrere hysterisch-übertriebene Züge an das Tageslicht. Stimmungs-labil, beeinflußbar, zu emotionalen Reaktionen neigend, produziert durchsichtige, ihre Person vorteilhaft einstellende Lügen, oft verblüffender, jedoch vorübergehender Erfolg mit ganz harmlosen, doch suggestiv angewendeten Mitteln. Die eine intramuskuläre Injektion infiltrierte und es entstand auf der linken Glutaealgegend ein tiefer Absceß. Seit diesem Zeitpunkt völliges Schwinden der neuralgischen Schmerzen, die objektiven Zeichen gingen zurück und nur über die Schmerzhaftigkeit des Abscesses wurde nunmehr geklagt. Während der ganzen chirurgischen Behandlungszeit blieb es dabei, die Ischiadicusneuralgie wurde überhaupt nicht mehr erwähnt. Kaum war aber die Wunde geheilt, kamen die alten Beschwerden fast über Nacht wieder zum Vorschein und blieben auch hartnäckig, unbeeinflußbar im weiteren bestehen, die vorübergehend auf ein Minimum zurückgegangene Hypästhesie steigerte und breitete sich wieder aus. Knapp vor ihrer Entlassung deckte die Kranke ihre prekäre soziale Lage auf, die sicherlich in der Genese bzw. in dem Pathologischwerden ihres Zustandes eine Rolle spielte.

Hier haben wir es mit bis zu einem gewissen Grade objektiven, jedoch funktionell zweifellos intensivisierten Beschwerden zu tun. Nicht so sehr die Symptome, als wie eher ihr Erleben bzw. ihre Prävalenz, die subjektive Stellungnahme der Person ihnen gegenüber ist für uns von Interesse. Die Möglichkeit der schmerzstillenden bzw. heilenden Einwirkung des Abscesses (in Analogie zu dem künstlich gesetzten Absceß) konnte ausgeschlossen werden, da die neuralgischen Klagen prompt aufhörten, d. h. wieder einsetzten, wo doch ein organischer Heilungsprozeß nur allmählich seine Wirkung ausüben imstande wäre. Die beiden Schmerzgefühle wirkten aufeinander ein, wobei der neue, zweifellos objektivere Schmerz das früher bestandene Schmerzgefühl einfach ausgelöscht hat. Jedoch wenn es sich nur um die gegenseitige Einwirkung der Schmerzen gehandelt hätte, wäre ein so prompter Rollentausch nicht möglich gewesen, es hätte eher eine Summation, oder aber mindestens eine gewisse Verschiebung zugunsten des frischeren und intensiveren Schmerzes, jedoch mit einer gewissen Erhaltung der älteren Schmerzen eingetreten. Wenn es sich auch in diesem Fall um einerseits sicher objektive, andererseits vielleicht objektiv begründete Beschwerden handelte, so ist trotzdem

die wechselnde Zuwendung, die Rolle der erlebenden Persönlichkeit von großer Wichtigkeit, da wir daraus einesteiis auf den Mechanismus der Kräfteverhältnisse, auf das Abspielen innenseelischer Empfindungs- bzw. Gefühlsvorgänge, anderenteils auf den entschiedenen direktiven Einfluß, d. h. auf die stimulierende Kraft, erlebnisgestaltende Rolle der Persönlichkeit schließen können. Das Schmerzgefühl scheint hier überhaupt nicht an irgendeine Ursache fest und bedingt angekoppelt zu sein, sondern nimmt eine fast selbständige Rolle ein, die die Person als ihr zur Verfügung stehendes Mittel den momentan einwirkenden Umständen entsprechend einmal hier und einmal dort verwendet. So wurde das Schmerzgefühl zur „dialektischen“ Ausdrucksweise der Seele entsprechend der gefühlsmäßigen Erlebnisart „thymopsychisch“ veranlagter Individuen.

2. E. S., 32 Jahre alt, Privatbeamter. Beide Eltern nervös, übertrieben. Der Patient seit der Kindheit überempfindlich, verwöhnt. 3 Jahre die verschiedensten funktionellen Klagen: Schlafstörungen, sexuelle Beschwerden, hypochondrisch gesteigerte Selbstbeobachtungen, dadurch Bewußtwerden zahlreicher automatischer Vorgänge (Atmungs-, Schluck-, Gang-, Lidschlußstörungen). Haltlos, unsicher, stetes Versagen in existentiellen Persönlichkeitsbehauptungen, kompensatorische, zu Zwangsmechanismen gewordene Systematisierungs- und Formalisierungstendenzen zwecks Erreichung eines selbstkonstruierten Haltungsgerüsts.

Im Laufe der Monate lang durchgeführten Beobachtung wiederholte sich charakteristischerweise die Erscheinung, daß das Auftauchen eines neuen Symptomes das sofortige Auslöschen des knapp vorher noch äußerst wirksamen alten Symptoms bewirkt hat. Wie abgeschnitten waren z. B. die Schlafstörungen bzw. die Furcht vor dem Nicht-Einschlafen bei dem Auftauchen sexueller Befürchtungen. Die „kleineren“ neurotischen Störungen, wie z. B. die peinliche Beobachtung der Schluckhäufigkeit, der Atmungsfrequenz, das Gefühl einer in die Stirne hineinhängenden Haarsträhne, dadurch das quälende Empfinden der in Unordnung geratenen Frisur, das Fühlen von Bröseln in den Mundwinkeln nach dem Essen, von Speiseresten zwischen den Zähnen, das Gefühl, die Krawatte unordentlich gebunden zu haben usw. und die, um der peinigenden Ungewißheit abzuhelfen, unternommenen, systematisierten Vorkehrungen und Hilfsmaßregeln (dreimaliges Kämmen mit genau angesetzter Ausgangslinie, dreimaliges Mundabwischen usw.) lösten sich in endloser Kette ab. Der Patient kam mit der Zeit selbst darauf, daß die Zuwendung seiner narzistisch-hypochondrischen Selbstbeobachtung auf ein neues Feld die alte Klage sofort zum Schwinden bringt und tröstete sich damit in seiner aktuellen schweren Not, daß jedes Symptom schließlich und endlich nur vorübergehend sei, allerdings durch eine neue „Qual“ abgelöst wird.

Auch in diesem Fall, das die „Reinkultur“ eines narzistisch-hypochondrischen Neurotikers verkörpern könnte, zeigt der Verlauf den typischen Symptomenwechsel, der auch hier vollkommen jäh, ohne Übergänge eintritt; das neue Symptom fesselt sofort mit seiner ganzen Wucht die erlebende Persönlichkeit, das alte ist gänzlich und spurlos aus dem seelischen Blickfeld verschwunden. Als wichtiges Moment möchten wir erwähnen, daß die Stimmung, das Allgemeingefühl nicht von den Symptomen abhängig sich gestaltete, sondern ständig ein gewisses Mißempfinden, also eine zentrale, primäre Einstellung der Persönlichkeit

vorlag und die Symptome nur durch diese Stellungnahme ihre Bewertung erlangten. Ganz besonders wird dieser Umstand dadurch erwiesen, daß die meisten Beschwerden durch das Bewußtwerden bzw. die bewußte Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf sonst automatische Geschehnisse entstanden sind.

3. P. K., 36 Jahre alt, Apotheker. Von nervösen Eltern abstammend, seit der Kindheit empfindlich, nervös. Charakterologisch bezeichnend ist die starke Labilität der Eigenwertgefühle, dadurch auf der einen Seite selbstunsicher, übertrieben konventionell, nachkommend, auf der anderen Seite übertrieben empfindlich, Affektverhaltungen, Ressentiments, oft jähe Affektausbrüche. Motorischer Typus, guter Sportsmann, besonders in jenen sportlichen Zweigen, wo Bewegungen, Geschicklichkeit, motorische Entladungen notwendig seien. Seit einigen Jahren eine konfliktuöse Dauersituation, seit der Zeit Kopf- und Gesichttics, die er selbst auf den störend-erregenden Einfluß seiner früher mit Vorliebe getragenen, zu engen Krägen zurückführt. Die Zuckungen standen in direktem Verhältnis zu seiner momentanen Emotionslage, der kleinste Ärger, Affekt löste einen wahrhaften Sturm der Zuckungen und Spontanbewegungen aus. Seit einem Monat wird mit der rechten Ohrmuschel gespielt, hauptsächlich in Versunkenheit, oder während nervösen Spannungen knetet und drückt er sein Ohr, steckt die Muschel stereotyp in den äußeren Gehörgang hinein usw. jedoch seit dem diese neue Bewegungsstereotypie auftauchte, hörten die Tics und die alten Spontanbewegungen vollends auf und treten nicht einmal bei stärkster Erregung auf.

Dieser Fall zeigt die Erscheinung des Symptomenwechsels von einer anderen Seite; solange bisher von zentripetalen Zuständen, Schmerzgefühlen bzw. Mißempfindungen die Rede war, sehen wir hier zentrifugale, motorische Äußerungen im Vordergrund stehen. Die Symptome können als triebhafte motorische Einzelentladungen bzw. als deliberierte, also rhythmische Bewegungsmanifestationen eines zentral veränderten Gemütszustandes angesehen werden, auf die aber scheinbar dieselben Regeln der Dominanz bzw. des aktuellen Wirksamwerdens gültig sind. Das neue Symptom löscht sofort und gänzlich das alte aus. Der Weg der Energieentladung wird zentral gewechselt, die Geleise anders eingestellt und die neue Entladung vertritt die alte vollends.

4. Dr. E. K., 55 Jahre alt, Notar. Anamnestisch nichts von Belang. Patient seit den Reifejahren nervös: hatte mit 15 Jahren eine Zwangsbewegung, griff sich unbewußt stets an den Bauch. Nach 2—3 Jahren mühevoller Erziehungsmaßregeln verschwand dieses Symptom, es tritt aber an dessen Stelle ein exzessives Nasenbohren. Diese Eigenschaft machte ihn in Mädchengesellschaft auffällig und lächerlich, so daß er es in 3 Jahren ungefähr langsam aufgab. Seit dem 20. Lebensjahre zeitweise stärkere Tics in den Halsmuskeln später auch in den Gesichtsmuskeln. Mit 26 Jahren nervenärztliche Behandlung, die die Spontanbewegungen zum Schwinden brachte. Seit 10 Jahren linksseitiger Schiefhals und Tic in dem rechten Sternocleidomastoideus. Periodische Behandlungen bringen zeitweise eine vorübergehende Besserung. Seit 2 Jahren Phonationstic, der Kranke stößt rhythmisch einen hohen halblauten Ton aus, in erregtem Zustand natürlicherweise häufiger. Ist seine Aufmerksamkeit genügend intensiv abgelenkt, so verschwinden die Tics.

Hier sehen wir auch den periodischen Wechsel gewisser funktioneller Symptome, allerdings eher in die Länge gezogen, nicht in diesem unmittelbaren Zusammenhang miteinander, wie früher. Charakteristisch ist es

aber auch hier, daß das Auftreten einer neuen Manifestation die alte verdrängt bzw. vollauf vertritt und daß im Laufe der Zeit immer neuere Äußerungen, jedoch derselben Art auftreten.

Die Symptome, die verschiedenen Tics waren zweifellos funktioneller Natur, nicht nur, daß eine entsprechende organische Anamnese und übrige organische Symptome fehlten, auch der Wechsel der Symptome, ihre gegenseitige Vertretbarkeit sprach in diesem Sinne. Strukturell ist dieser Fall dem vorangehenden ähnlich, die Symptome können ebenfalls als verschiedene, jedoch in derselben Schichte (Motorik) ablaufende Äußerungen eines dysharmonischen, zentralen Emotionsspannungsverhältnisses angesehen werden.

5. Frau L. K., 28 Jahre alt, Ingenieursgattin. Schon als Kind „nervös“, eigenwillig, produzierte typische hysterische Trotzreaktionen warf sich zu Boden usw. Mit 17 Jahren typische Herzneurose, die auf Brom + Baldrian Behandlung verschwand, jedoch bald von einer Colitis befolgt wurde. Inzwischen unmotiviert bzw. ungenügend motivierte Verstimmungszustände, „Weltschmerzen“, theatrales Gebärden, oft lange Perioden von Schlaflosigkeit. Mit 22 Jahren intensiver Fluor albus, sodann Magenbeschwerden, der Säuregehalt war einmal zu viel, einmal zu wenig. Seit dem 25. Lebensjahr typische Migräneanfälle, linksseitig, bei der kleinsten Gemütschwankung, besonders aber vor und nach der Menstruation; meldete sich wegen nervösem Erröten und Schwitzen der Hände und Füße zur Behandlung. Während der klinischen Beobachtung ein fast 2—3mal täglich sich änderndes Bild: Herzklopfen bzw. Tachyrhythmien mit Angstzuständen wechselten sich mit Schweißausbrüchen, Durchfällen, Migräneanfällen, Brechreiz und Aufstoßen, Schwindelattacken, Leibschmerzen usw. ab in buntem Nacheinander. Objektiv konnte nichts festgestellt werden, Grundumsatz: +14%. Typisch war in dem raschen Symptomenwechsel, daß das neue Symptom die Kranke vollkommen ausfüllte, sie vollständig in Beschlag nahm, das alte Symptom seine Wirksamkeit gänzlich verlor, die Stellungnahme der Patientin ausschließlich auf das neue Ereignis eingestellt war.

Diesmal bestanden die Krankheitserscheinungen vorwiegend aus vegetativen Symptomen. Auch hier war der Wechsel der Symptome auffallend, wobei die gleiche Regel, wie bisher festgestellt werden konnte. Ein Symptom löschte das andere aus, der seelische Gesamtzustand schien primär zu sein, da die Symptome eher als stets wechselnde Manifestationen dieser zentralen Ursache imponierten. Wie in den motorischen Äußerungen, wurden auch hier die Wege der Entladungen stets gewechselt. Von einer Interferenz bzw. von einem Zusammenwirken der verschiedenen Symptome konnte nichts beobachtet werden, da das einzelne Symptom gänzlich und gar die Person beherrschte, das Gewesene vollkommen, sogar in der erinnerungsmäßigen Verwertung entschwunden ist, jedes neue Symptom als das wichtigste und schwerste erlebt wurde.

Die mitgeteilten Fälle zusammenfassend können aus ihnen folgende übereinstimmende Gesetzmäßigkeiten abgeleitet werden:

I. Bei verschiedenen (motorischen, sensitiven, vegetativen) funktionellen Krankheitsbildern war eine auffallende Labilität der Symptome — entgegen der organischen „Symptomenstarre“ festzustellen.

II. Der Wechsel der Symptome erfolgte zumeist jäh, d. h. nicht in Übergängen und stufenweise, wobei das neue Symptom das alte gänzlich auslöschte und auf die Dauer seiner Aktualität die Persönlichkeit vollkommen ausfüllte.

III. Das Erlebnis bzw. der Erlebnisgrad der Symptome stand in keinem entsprechenden Verhältnis zu dem Schweregrad des objektiven Symptomwertes.

Um die Eigenart dieser Feststellungen richtig erkennen zu können wollen wir in kurzem die normale Dynamik des Symptomauftretens bzw. -wechsels besprechen.

Bei organischen Erkrankungen steht das Symptom — soweit es nicht infolge von sensitivosensoriellen, agnostischen, anosognostischen Gründen in seiner Perzeption bzw. Apperzeption verhindert und verdeckt wird — in direktem und quantitativem Verhältnis zu der auslösenden Ursache. Das Symptom besteht meistens so lange, bis die auslösende Ursache wirksam ist. Das Erleben der Symptome ist bereits ein persönlich-individuelles Geschehen, die Objektivität ist ein fließender Begriff zwischen der Un- und Überempfindlichkeit und kann als, den Umständen am meisten angemessener Subjektivitätsgrad betrachtet werden. Im Falle eines Zusammentreffens mehrerer Beschwerden subjektiven Charakters gestaltet sich das Kräfteverhältnis bzw. das resultierende Erlebnis als eine Art von Interferenzwirkung (Interferenz der Gefühle s. *Wundt, Fechner*). Der stärkere und aktuellere Eindruck prävaliert naturgemäß (Dominantenwirkung nach *Uchtomsky*) und tritt in Interferenzbeziehungen mit den übrigen, wobei auf die hemmende Einflüsse ausgeübt werden (*Verworn, F. W. Fröhlich, Lucas, Adrien*). Diese Interferenzwirkungen sollen sich natürlich in dem sensitivo-sensoriellen Reservoir, in dem Thalamus abspielen (*Holmes, Head, Küppers*). Die Folge der Interferenz kann zwar das Hervortreten des stärksten und aktuellsten Symptomes bewirken, jedoch ist dies nur ein „*primus inter pares*“ Rolle, wobei die übrigen Symptome im Hintergrunde *ebenfalls* zur Geltung kommen. Je mehr Symptome zusammenwirken, desto nachteiliger gestaltet sich das Allgemeinbefinden, die Coenästhesie, das ja aus den verschiedenen Körperteilen und Organen entstammenden zentripetalen Eindrücken zu einem Gesamteindruck integrierten Zustand bedeutet.

Bei den funktionellen Krankheitssymptomen sehen wir dagegen, daß das Symptom erstens in keinem reellen, quantitativ entsprechenden Verhältnis zu der auslösenden Ursache steht, sogar häufig jedwelche objektive Grundlage entbehrt. An die Stelle der peripheren Noxe (peripher im Verhältnis zu dem Erleben) tritt ein zentralerer Vorgang, der entweder die Bewertung der Noxe quantitativ verschiebt, vergrößert, oder aber, ähnlich wie in dem Verhältnis Wahrnehmung—Vorstellung, sie gänzlich vertritt, ersetzt. Diese modulative bzw. ersetzende Instanz ist in dem Erleben selbst, richtiger in den, das Erleben unmittelbar beeinflussenden

Faktoren zu suchen, als deren Hauptrepräsentant die Emotionalität, bzw. das Allgemeinbefinden angesehen wird. Die Macht einer herrschenden Idee kann die Gefühlsbindungen der Wahrnehmungen lösen, wie wir das bei den Fanatikern, oder am augenfälligsten bei den Fakiren sehen.

Auf diese Weise kann letzten Endes als Ursache der funktionellen Krankheitsbilder die Emotionalität, die Gefühlswelt dahingestellt werden, die ihre körperliche Quelle und Färbung aus der Coenästhesie erhält. Mit dieser Feststellung ist zugleich die Frage der subjektiven Verlässlichkeit, d. h. des Objektivitätsgrades genügend geklärt.

Die Dauer des Symptoms hängt hier auch nicht mit der Wirksamkeitsdauer der Ursache zusammen. Liegt eine reelle Ursache vor, so wird sie — wie wir gesehen haben — erlebnismäßig verschoben, gesteigert aufgearbeitet, die Vorstellung des Krankheitsgeschehens vertritt die Krankheitswahrnehmung, folglich wird auch die Dauer des Symptoms von dem Erleben desselben bestimmt und so lange aufrechterhalten, bis dafür die subjektiven Umstände vorliegen (Überdauern der Symptome).

Statt der Interferenzwirkung haben wir die Neigung zur Alleinherrschaft des neuen Symptoms erkannt. Die energetische Geltung des Symptoms weist also keine harmonischen, reell-physikalischen Züge auf, sondern erfolgt eruptiv, dysharmonisch, dort, wo der affektive Zug dazutritt, kommt die überwiegende Kraft der Emotionalität in ihrem ganzen Ausmaße zur Geltung und die affektive Füllung des neuen Symptoms breitet sich in der ganzen Affektivität aus, konkurriert sämtliche früheren Eindrücke nieder und gewinnt eine alles beherrschende Macht, wird nicht nur zu einem „führenden“, sondern zugleich zu einem „einzigen“ Gefühl. Nicht die sensiblen, sensorischen, visceralen Empfindungen lösen sich brüsk in einander gänzlich auslöschenden Weise ab, sondern die durch sie oder auch ohne sie entstandenen gefühlsmäßigen Zustände alternieren in der, unter vorwiegend thalamischer Führung stehenden Persönlichkeit.

Das physiologische Korrelat dafür ist wiederum in der führenden und eigenständigen Rolle des Thalamus zu erblicken, solange unter normalen Verhältnissen das Schmerzempfinden vom Thalamus weiter cortical geleitet und im Cortex lokalisiert und bewußt bewertet wird, prävaleiert hier das gefühlsmäßige Erleben des Schmerzes, demgegenüber die Rolle des Cortex gänzlich in den Hintergrund tritt. Wie die thalamische „Hyperpathie“ auf die ganze Halbseite diffus sich ausbreitet infolge der fehlenden Somatotopik, überspringt das Schmerzempfinden ob derselben undifferenzierten Funktionsstrukturierung ebenfalls von ihrer umschriebenen Bedeutung auf eine, die ganze Affektivität beherrschende Wirksamkeit.

All diese Überlegungen zeigen uns in überzeugender Weise die eminente, gestaltende und erzeugende Rolle der Emotionalität bei den funktionellen Krankheitssymptomen. Sie steigert bzw. vertritt die Krank-

heitsursache, sie bewirkt den raschen Symptomenwechsel und die ausschließliche Wirksamkeit des aktuellen Symptoms, durch sie geht die ausschließlich subjektive Bewertung der Symptome in Erfüllung. Diese Wirkungen können aber nur dann zustande kommen, wenn die Emotionalität in der Persönlichkeit eine führende Rolle innehat bzw. wenn sie zu einer weitgehenden funktionellen Selbständigkeit gelangt.

Die hier beschriebene Auffassung über die Rolle der Affektivität bzw. der Coenästhesie in der Symptomerzeugung, zugleich über die, die Wahrnehmung ersetzende Vorstellung von Krankheitserscheinungen findet ihre Bestätigung auch in den neuvitalistisch bezeichneten Anschauungen von *Palágyi*. Nach ihm sind die Phantasievorgänge (eine Gruppe der animalen, also höheren Lebensvorgänge, zu denen noch die Gefühle und die Empfindungen dazugehören) vitale Prozesse, mit Hilfe derer sich unser Bewußtsein auf unsere eigenen, nicht gegenwärtigen, in Vergangenheit und Zukunft liegenden Lebensvorgänge bezieht. Eine Art der Phantasmen wird innerlich oder vital angeregt, es gibt ferner willkürlich und unwillkürlich aufsteigende Phantasmen. Die unwillkürlich aufsteigenden Phantasmen (vgl. schlechthin Vorstellungen) „wetteifern an Intensität und Lebhaftigkeit mit den Wirklichkeitsphantasmen“ (vgl. Wahrnehmungen), angeregt werden sie durch „die Bewegungen des menschlichen Gemüts, die Gefühle und Affekte“. Die Phantasmen sind „die vitalen Bedingungen einer jeden geistigen Tätigkeit“ und „sind ebenso reale vitale Prozesse, wie z. B. ein Zahnschmerz oder ein beliebiges Wohllustgefühl“. „Die ganze wirkliche und anschauliche Welt, so wie sie sich uns ausbreitet, ist dem Bewußtsein als ein vitales Phantasma gegeben, das durch Empfindungen und Gefühle angeregt wird.“ Die verbindende innere Macht zwischen äußerlich und innerlich angeregten Phantasmen ist die Gemütsregung oder das Gefühl. Sie liegt letztlich also auch der Verbindung unserer Vorstellungen, d. h. den Assoziationsvorgängen zugrunde. „Es gibt nur einen einzigen wirklichen Assoziationsfaktor und dieser ist das Gemüt.“ Die Phantasievorgänge zeigen 3 Arten: 1. die durch die Empfindungen angeregten, zur „Wahrnehmung der Wirklichkeit dienenden“ „direkten“ Phantasmen; 2. „die unwillkürlich auftauchenden“ ihren Ursprung im Gemütsleben habenden, unsere Aufmerksamkeit unwillkürlich ablenkenden „indirekten“ oder „inversen“ Phantasmen und 3. eine Untergruppe der letzteren, die „schematischen“ oder „symbolischen“ Phantasmen, die eine willkürlich und absichtlich lenkbare Denktätigkeit mit Zurücktreten der „sinnlichen oder vitalen Unterlage“ ermöglichen, also die Grundlage unserer geistigen Tätigkeit bilden.

Die „vorstellungsmäßige“ Genese der funktionellen Symptome findet bei *Palágyi* demnach ihren Ausdruck in den „unwillkürlich“ auftauchenden, indirekten bzw. inversen Phantasmen.

In unseren Fällen sehen wir entsprechende Beispiele für die emotionelle Strukturierung der funktionellen Symptome. Die ersten zwei Fälle zeigen klar die Rolle und den Weg der Affektivität in der Symptombildung, besonders im zweiten Fall war die weitgehende Eigenständigkeit der Gefühlswelt, der Signalcharakter der Symptome, ihre Unabhängigkeit von äußeren Ursachen und ausschließliche Begründung durch emotionelle Faktoren zu sehen. Im dritten Fall sehen wir den Grund des Symptomwechsels darin, daß die neue Entladungsart zentripetal geleitet ein vollkommenes Äquivalent der entladungsbedürftigen Spannung bietet und als solches weiterhin stereotypisiert wird. Warum dieses neue Symptom aber auftrat, wie der Schritt vom alten zum neuen erfolgte, kann nicht beantwortet werden. Das Wesentliche liegt auch hier in dem zentralen Zustand der Emotionalität. Der Symptomenwechsel zeigt ebenfalls das Gesetz von früher, das neue Symptom bzw. hier der durch das Gefühl der Bewegung gesetzte zentripetale Eindruck löscht das alte aus, tritt an dessen Stelle. Der Vorgang ist also das Spiegelbild des früheren, solange dort das neue Schmerzgefühl das alte verdrängt, gänzlich vertreten, den Thalamus vollständig durchgesetzt hat, löscht hier das zentrale Bewegungsgefühl das alte aus und leitet nunmehr die Entladungsnotwendigkeit vollkommen ab.

Fall 4 und 5 zeigen den ersten zwei ähnliche Verhältnisse vor.

Zusammenfassend sehen wir also bei den funktionellen Symptomen, daß

1. Statt des normalen Abhängigkeitsverhältnisses ein Vorherrschen und eine weitgehende Verselbständigung der thalamischen Funktion in Erscheinung tritt;

2. innerhalb dessen statt der normalen Interferenz ein gänzlich „Absaugen“ (*Pötzl*) der alten Symptome durch die neuen, bzw. eine „Dominantenwirkung“ (*Uchtomsky*) der neuen Symptome erfolgt;

3. oft statt der Wahrnehmung ein ledigliches Vorstellen der Krankheitserscheinungen, als Ausdruck der „unwillkürlichen“ Phantasmen im Sinne *Palágyis* und als Zeichen des erhöhten „Krankheitsgewissens“ vorliegt;

4. als letzte Ursache der Symptome die konstitutionelle Gegebenheit der Persönlichkeit, in charakterologischem Sinne das „thymopsychische Wesen“ verantwortlich gemacht werden muß.
