(Aus der Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen
[Prof. Gaupp].)

Die Willensapparate des Hysterischen.

Von
Ernst Kretschmer,
Privatdozent in Tübingen.

(Eingegangen am 8. Dezember 1919.)

1. Kapitel: Experimentelle Begründung.

Im Halbdunkel, umgeben von allerlei phantastischem Gerät, liegt ein alter Hysteriker in meinem Heilzimmer auf dem Behandlungstisch. Vorgestern abend war er angekommen, ein früherer Offiziersbursche mit guten Manieren und einem offenen, anständigen Gesicht. Das heißt: er schleppte sich auf zwei Stöcken hängend, zitternd, mit steifen, verkreuzten Beinen in unbeschreiblich grotesken Gangfiguren. Er wollte sich gerne heilen lassen, er bat darum, und es war ihm Ernst damit. Wie dieser Mann nun auf dem Behandlungstisch liegt und ich nehme die schmerzlose Elektrode zur Hand — eben hatte er noch ganz gelassen und freundlich mit mir gesprochen — da geschieht etwas Unbegreifliches. Er verwandelt sich unter meinen Augen in einen anderen — plötzlich, so wie wenn man an einer sacht laufenden Maschine den Hebel drückt und es fällt unversehens ein brausendes Räderwerk ein. Ein steifer Blick, ein verzerrtes Gesicht, die Muskeln wie Stricke angespannt, fortstrebend, dagegenstrebend und zusammengekrümmt über etwas Unsichtbarem, was man ihm entreißen will. Man spricht ihm freundlich und beruhigend zu — es ist, als ob man gegen ein zischendes Mühlenrad redete. Und mit dem blinden Sträuben und Drängen läuft gleich noch ein zweiter Gang an: ein Zittern, Keuchen und Zucken — die Zähne klappern, die Haare sträuben sich, der Schweiß tritt auf das blaßgewordene Gesicht. Was noch durch diesen Tumult hindurchdringt, das sind kurze, scharfe Zurufe, festes Anfassen, rascher, kräftiger Schmerz. Und unter diesen Reizen tritt, wieder mit einem plötzlichen Ruck, eine zweite Verwandlung ein. Man hat ein fast körperliches Gefühl davon; so als ob ein ausgedrehtes Gelenk einschnappte. Auf einmal ist der Wille glatt und gerade und die Muskeln folgen beruhigt, willig seinem Antrieb.

Die ganze Szene hat für den Kriegstherapeuten etwas so vollkommen Typisches, daß er sich noch in der Erinnerung daran zu langweilen beginnt. Wie können uns solch erstaunliche Dinge langweilen? „Suggestion“, sagt der Kriegstherapeut, „hysterisch veränderter Bewußtseinszustand.“ Und mit diesen zwei alten Stempeln bestempelt fällt's zum übrigen in die Ecke. Ist denn damit eigentlich etwas Ernstliches beobachtet oder gesagt — mit der blassen Bemerkung: „veränderter Bewußtseinszustand?“ Als ob nicht unter solch dramatischen Spannungen und Affekten sich jedes Bewußtsein veränderte, verengte, trübte. Natürlich. Aber greifen wir doch lieber einmal das heraus, was der Patient selbst uns an jedem Muskel seines Körpers, an jeder Faser seines gespannten Gesichts zu greifen gibt, laut entgegenschreit: er will nicht. „Der schlechte Kerl!“ setzt der Kriegstherapeut sogleich hinzu. Aber lassen wir auch die Moral. Wenn wir aber schon ein hergebrachtes Urteil auf ihn anwenden wollen, dann greifen wir doch gleich auf das altehrwürdigste zurück: Das Bild vom Besessenen, der seinen Teufel in sich hat, der ihn reißt und zerzt, der schlägt und schäumt und der mit einem plötzlichen Ruck ausfährt. Dieses Bild ist das allerbeste, es ist mit naiven Augen und vollkommen richtig beobachtet. Zwei Willen, in einem Körper sitzend und beide das Verfügungsrecht über ihn beanspruchend: ein natürlicher, aber ohnmächtiger Wille, der der eigentlichen Persönlichkeit des Besessenen entspricht und der den Therapeuten um Hilfe bittet gegen den anderen Willen, den „Teufel“, der aus den Untergründen seiner Seele her Gewalt über seinen Körper hat. Es ist „der Komplex“, der aus „dem Unbewußten“ den Hysterischen beherrscht, sagen wir in der modernen Sprache. So ungefähr schon. Sofern wir uns aber unter dem „Unbewußten“ nichts weiter vorstellen, als ein stygisches Nebelfeld und unter dem Komplex nichts weiter als einen personifizierten kleinen Kobold, der Unfug stiftet, sind wir über die Mythologie und den leibhaftigen Teufel der naiven Anschauungsweise nicht wesentlich hinausgekommen.

Es bleibt uns keine Wahl: lassen wir einmal Moral und Theologie, lassen wir aber auch für eine halbe Stunde einmal Freud und Janet, stellen wir uns, als ob wir noch nie eine Theorie und ein Wort über Hysterie gehört hätten und stellen wir nichts vor uns hin, als den Tatbestand selbst in seiner reinsten Empirie, nichts als das, was wir an ihm sehen, hören und greifen. Wenn wir so ganz von unten auf bauen, dann können wir über den eingangs geschilderten Offiziersburschen folgendes sagen:

In der Tat: dieser Mann hat zwei Willen. Er hat einen, der die Heilung sucht — er ist ehrlich gemeint und wirklich vorhanden, aber oberflächlich und kraftlos — und einen zweiten Willen, der der

Heilung widerstrebt — er ist äußerst spannkraftig und beherrscht souverän die Körpermotilität. Diese beiden Willensrichtungen sind bei ihm ganz messerscharf getrennt und voneinander abgesetzt. Es entstehen zeitlich umschriebene seelische Phasen, wo er in der einen Minute eben noch wollte und in der nächsten restlos nicht will. Es führt vom einen zum andern keine Brücke. Und denselben Kontrast, wie im zeitlichen Nacheinander der Behandlungsszenen können wir auch gleichzeitig nebeneinander im Symptomaufbau vor der Behandlung feststellen. Das Gesicht und der ehrliche Ton der Stimme redeten die Sprache eines Willens, den die lächerlichen Verrenkungen der Beine Lügen strafften.

Es handelt sich aber nun nicht bloß um zwei verschiedene Richtungen, sondern um zwei verschiedene Arten des Willens. Und hierin liegt der entscheidende Punkt des Problems. Die Art von Willen, mit der unser Patient seiner Heilung widerstrebt, zeigt qualitativ psychologisch eine ganz andere Struktur, als die, mit der er sie herbeiwünscht.

Betrachten wir uns den Mann, so wie er auf die Behandlungsstation kam. Er hatte sich lange und mühsam mit seiner Gangstörung herumgeschleppt und wie nun der Gestellungsbefehl zur Behandlung kam, da hatte er sich zweifellos das Für und Wider klargemacht. Er wußte, daß er durch einen therapeutischen Erfolg seine Rente verlieren werde. Andererseits mußte ihn die Aussicht locken, dann wieder nicht als Krüppel, sondern als junger, gesunder Mann in bequemer, natürlicher Körperhaltung seiner Arbeit und seinem Vergnügen nachgehen zu können. In dieser Konkurrenz der Motive hatte sein gesundes Gefühl sich stärker gezeigt und so kam er bereits — was die Oberfläche seiner Seele betraf — mit dem fertigen Entschluß angereist, sich gutwillig heilen zu lassen. Dieser Entschluß prägte sich in seinen Mienen und dem Ton seiner Sprache aus, er ließ sich auch in ärztlicher Unterredung mit vernünftigen Argumenten und Beweisgründen beeinflussen und verstärken. Mit einem Wort: er entsprach dem normalen Zweckwillen, der aus Motiven entsprungen ist.

Ganz anders die zweite Willenskomponente, wie sie während der Behandlungsszene hervortrat. Dieser Wille wirkt wie ein Fremdkörper gegenüber der Gesamtpersönlichkeit, er ist blind, ohne Erinnerung für ihre Vergangenheit und ohne Fenster für ihre Zukunft, punktförmig auf die aktuelle Sekunde zusammengezogen und seine Reaktionsweise wird durch nichts bestimmt, als durch den Eindruck dieser Sekunde, gleichgültig ob er der vorausgehenden oder nachfolgenden widerspricht. Und sie bestimmt sich nicht durch Überredung, durch Übung oder durch vernünftige Argumente — diese greifen gar nicht an, sie werden nicht gehört, sie sind Luft für sie. Sondern durch ganz andere Dinge: einen

kurzen, lauten Kommandoruf zum Beispiel, oder durch einen plötzlichen Schlag, einen Schmerz, einen Griff. Also durch seelische Elementarreize, bzw. durch halbseelische Agentien, die noch eine starke sinnliche (z. B. akustische oder schmerzhaft) Komponente haben, die also auf der Grenze stehen zwischen einem zwingenden körperlichen Sinnesreiz und einem primitiven Befehl.

Also kurz gesagt: jener erste Wille entspringt aus Motiven, dieser zweite reagiert auf Reize¹⁾.

Zweitens: Jener erste Wille ist, wie wir schon sahen, nichts von der Persönlichkeit Verschiedenes, er ist vielmehr die Persönlichkeit selbst von einer bestimmten Seite her aufgefaßt; auch in jeder seiner Einzelentscheidungen spiegelt sich das gesamte Lebensziel, jede Einzelentscheidung legt sich in die Linie der beherrschenden Tendenz des Gesamtcharakters, aus dem sie in dem ausbalancierten Spiel komplizierter Motivmischungen entspringt. Weil aber die Lebenslinie eines erwachsenen Vollmenschen einen festen, geraden Kurs hat, so bewegen sich auch seine alltäglichen Einzelentscheidungen in nur geringen Schwankungen um diese gerade Linie.

Ganz anderes die zweite Art zu wollen, die wir während der Behandlungsszene kennenlernten. Dieser Wille bewegte sich nicht in einem festen Kurs auf ein vorgestecktes Ziel zu. Im Gegenteil. Er schlägt je nach dem eintreffenden Reiz des Augenblicks bald ganz nach der einen, bald ganz nach der anderen Seite aus. Die Sitzungen bei der sogenannten aktiven Hysteriebehandlung bewegen sich bei schwierigen Fällen typischerweise in einem schroffen Zickzackkurs, in einem eigentümlich ruckartigen Hin- und Herschnellen zwischen blindem Gehorsam und zähem Widerstreben, zwischen Negativismus und Befehlsautomatie. Jede einzelne Bewegung des Hysterischen muß vom Therapeuten zunächst in einem wechselvollen Kampf zwischen plötzlichem Abschnappen und hartem stoßweisem Wiederanlaufen der Willensenergie aus dem Patienten herausgeholt werden.

Also: Ist der Zweckwille geradlinig²⁾, so ist dieser zweite Willenstypus antagonistisch angelegt. Erwächst beim Zweckwillen aus Motiven und Gegenmotiven eine mittlere Resultante, so reißt bei diesem zweiten Willenstypus Reiz und Gegenreiz die Nadel dämpfungslos bald nach dem einen, bald nach dem anderen Außenpol der Skala.

Und ferner: es handelt sich nicht einfach um glatte Ausschläge nach antagonistischen Polen, etwa in der weichen abgerundeten Linie, in der beim Zweckwillen notfalls ein Entschluß in den Gegenentschluß über-

¹⁾ Über den „Zweck als Reiz“ s. im 3. Kapitel.

²⁾ Geradlinig, was die Resultante der Willensentscheidungen betrifft. Die motivische Anlage ist auch hier antagonistisch.

geführt wird. Vielmehr gibt dieser Willenstypus eine eigentümlich bizarre Kurve, die ihn überall, wo er auftritt, gleich erkennen läßt. Ein Reiz gibt nämlich hier nicht bloß eine extrem einseitige, sondern zugleich eine Reaktion von ganz unzweckmäßigem Kraftaufwand und eine Reaktion, die den Reiz selbst lange überdauern kann. Rufe ich z. B. während der Behandlung dem Patienten einen kleinen Befehl zu, so kann dieser bei ihm einen ungeheuren Widerstand, ein wildes, minutenlanges Sträuben unter Anspannung der ganzen Körpermuskulatur auslösen, das weder in seiner Heftigkeit, noch in seiner langen Dauer zu dem Grad des eingetroffenen Reizes in irgendeinem Verhältnis steht. Diese Willenskrämpfe machen uns bei der Behandlung die größte Schwierigkeit. Wir kommen häufig in die Lage, daß ein dem Patienten gegebener Befehl gar nicht oder ganz schwach anspricht, weil sein Wille sich noch von dem letztgegebenen Reiz her im Tetanus befindet. Es sind dies alles Dinge, die sich direkt empirisch auf dem Behandlungstisch sehen und feststellen lassen. Der ungeheure Verbrauch an Willensenergie und Muskelkraft gibt am Schluß der Sitzung in Schweißausbruch und schwerer Ermattung die Quittung über diese ganz unökonomische und steuerlose Art der Willensfunktion.

Dieselben Krampferscheinungen am Willen, wie bei den geschilderten negativistischen Reaktionen können wir übrigens in schwächerem Grad auch umgekehrt bei den Befehlsautomatismen des Hysterikers beobachten. Er macht z. B. beim Exerzieren die befohlene Beinhaltung gern karikiert und mit übermäßiger Muskelspannung oder er stößt bei Behandlung der Stummheit den ersten befohlenen Laut gleich krampfhaft verbigeratorisch ein dutzendmal hervor.

Vergessen wir zuletzt nicht das ruckartige vollkommene Abschnappen des Willens, das in seiner brüskten, unberechenbaren Art das Gegenstück zum Willenskrampf bildet. Mitten im Zug der fortschreitenden Aktivbehandlung fällt der Hysterische plötzlich in sich zusammen, er kann nicht mehr, er rührt keinen Muskel, alles bisher Erreichte ist vergessen, auf Augenblicke greift kein Befehl und kein Schmerz mehr an. Er gleicht einer Maschine, die momentan mit versagendem Dampf auf freier Strecke stehenblieb.

Also ergeben sich bei diesem Willenstyp, in Aktion betrachtet, drei Hauptphasen: Krampfstadium, Kollapsstadium und freies Intervall, welch letzteres einen äußerst empfindlichen, auf der Kante stehenden Zustand labilen Willensgleichgewichts bietet, bereit, jeden Augenblick zu einem sklavischen Ja oder zu einem blinden Nein auszuschlagen.

Bedenken wir nun, daß während der Behandlungsszene in jedem dieser drei Stadien Willensreize auf den Patient einwirken, so verstehen wir, weshalb diese gesetzmäßigen Abläufe für den äußeren Beschauer

einen so verwirrend komplizierten und bizarren Eindruck machen, indem in ganz unberechenbaren Zeitabständen auf denselben Willensreiz das eine Mal (im freien Intervall) eine übermäßige Reaktion, das andere Mal (auf der Höhe des Krampf- und Kollapsstadiums) ein Versager auftritt.

Damit haben wir in großen Strichen den Willenstypus charakterisiert, den wir bei unserem Patienten während der aktiven Behandlungsszene beobachteten. Seine Kardinalsymptome gegenüber dem Zweckwillen sind: 1. Seine vorwiegende Ansprechbarkeit durch seelische Primitivreize (Schmerz, Kommando). 2. Seine grob antagonistische Anordnung (Negativismus — Befehlsautomatie) und 3. das Mißverhältnis zwischen Reiz und Reaktion, sowohl in dynamischer, als in zeitlicher Hinsicht (Krampf-Kollaps).

Diesen Willenstypus nennen wir hypobulisch, indem wir uns die Begründung für diesen Namen für nachher vorbehalten.

Er ist nun keineswegs an die Aktivbehandlungsszene gebunden, wenn er auch hier besonders rein und scharf abgesetzt vom übrigen Seelenleben hervortritt, er bindet sich auch nicht an irgendeinen Bewußtseinsgrad. In den Katalepsien der Hypnose hat er ebenso seine Hand im Spiel, wie in den plötzlichen brüskten Widersetzlichkeiten am hellen Tag auf dem Arbeitsplatz. Wir erkennen sein verdecktes Wirken eingehüllt in die Alltagshandlungen bestimmter schwerer Hysteriker, in den Unausgeglichheiten ihrer seelischen Reaktionsweise und wir können ihn in plötzlicher Umstellung scharf hervortreten lassen, sobald wir das Körpergebiet angreifen, an dem er sich verankert hat. Ein Druck auf die empfindliche Stelle, ein Zug an dem spastischen Muskel — und sofort ist der Hebel an der Maschine von „Zweck“ auf „Hypobulik“ umgestellt und der vorher scheinbar ruhig fließende Wille wird mit plötzlicher Verwandlung des Gesichtsausdrucks zäh, eckig, maßlos und unlenksam. Oder ist es der Affekt, der sich so verändert? Der schreit und winselt und sich vor Schmerz wie toll gebärdet? Stellen wir doch nicht solch gegenstandslose Fragen aus den ersten Kinderjahren der Vermögenspsychologie! Natürlich kann man den ganzen Vorgang auch von der Affektseite her betrachten, man kann ihn, wie das oft geschah, als gemüthliche Übererregbarkeit in allgemeinen Ausdrücken umschreiben, ohne daß dabei viel für die Erkenntnis herauskommt. Aber dieser Affekt des Hysterikers — das ist ja eben sein Wille. Dieser Affekt enthält ein Streben, ein Widerstreben, eine Abwehr, eine Tendenz. Diese übertriebenen Gesten und Gefühlsausbrüche, das sind ja nur die Funken, die aufsprühen, wenn wir an die stählerne Klammer anschlagen, die in den Tiefen seiner Seele etwas gepackt und gefesselt hält.

In was hat sich nun die Hypobulik so zäh verhakt und verklammert? Beschränken wir uns zunächst wieder klarheitshalber auf die groben motorischen Hysterien. Wir sagten soeben: sobald wir den speziellen motorischen Komplex, z. B. das spastisch contracturierte Glied ernsthaft anpacken, tritt bei bestimmten Typen sofort das Umschnappen des Willens ins Hypobulische ein. Nicht psychologisch einfühlbar vermittelt, sondern elementar, ruckweise, mit der exakten mechanischen Sicherheit eines physikalischen Experiments. Also der in diesen schweren Fällen reflektorisch oder halbreflektorisch gewordene Muskelvorgang hat eine ganz feste und gesetzmäßige Bindung mit der hypobulischen Willenssphäre. Aber nicht nur die speziell am Aufbau des hysterischen Symptombilds beteiligten motorischen Automatismen haben teil an dieser hypobulischen Verankerung, sondern mehr oder weniger der ganze Reflexapparat bis in seine entferntesten Ausläufer hinein.

Wir schilderten in dem Eingangsfall, wie sogleich mit der hypobulischen Umstellung ein wahrer Wirbelsturm von körperlichen Automatismen losbricht. Auch ganz symptomarme, sterile Hysteriker, mit einer kleinen Gangstörung z. B. beginnen nun auf einmal heftig zu zittern, zu schnattern, zu schwitzen und zu erblassen und sich im Krampf zusammenzukrümmen. Es ist jedesmal wieder derselbe Vorgang: sobald wir mit dem ersten Kommandoruf den hypobulischen Willen energisch angreifen, entfesselt er sofort einen elementaren Aufruhr in der Körpersphäre, die ihm auf einen Ruck bis in ihre dunkelsten Untergründe hinein gehorcht. Jeder Therapeut hat an großen Gruppen der Kriegshysterie diesen Vorgang so hundertmal stereotyp wiedererlebt, daß er für diesen Fall den empirischen Wert eines festen naturwissenschaftlichen Gesetzes beanspruchen darf:

Sobald man gewisse hysterische Körpermechanismen angreift, schnappt der Wille ins Hypobulische um und umgekehrt: bei dem ersten Druck gegen die hypobulische Willensverkrampfung springt der ganze Reflexmotor an.

Diese enge Verzahnung der Hypobulik mit dem Reflexapparat bzw. mit der Gesamtheit der niederen sensomotorischen und psychischen Automatismen bildet den einen Drehpunkt des Hysterieproblems nach der dynamischen Seite hin. Denn die Gesetze, die wir soeben an motorischen Beispielen erläuterten, lassen sich in entsprechender Form vielfach auch im Gebiet der sensiblen und der psychischen Mechanismen der Hysterischen wieder erkennen. Denn ob wir einen hysterischen Beugespasmus strecken, oder ob wir auf einen Ovarialdruckpunkt oder eine pseudoschmerzhafte Gelenkstelle drücken, immer springen uns dieselben hypobulischen Abwehr affekte entgegen und umgekehrt ist es dem gereizten hypobulischen Dämon ganz gleichgültig, ob uns das eine Mal einen Zitter- oder Krampf-

paroxysmus, das andere Mal einen niederen reflektorischen Seelenvorgang, einen Dämmerzustand oder eine triebhafte Affektexplosion entgegenwirbelt.

Aber kehren wir unser Gesicht noch einmal nach der anderen Seite. Der engen Verzahnung des hypobulischen Willens mit dem Reflexapparat entspricht bei solchen Hysterischen eine oft schroffe Trennung vom Zweckwillen. Der hypobulische Wille gleicht hier in seinem Verhältnis zum Zweckwillen einem dunklen Doppelgänger, der seinen schwächtigen, blassen Bruder vor sich herschiebt. In allen Kleinigkeiten läßt er ihm scheinbar Vortritt und freie Hand. Bei jeder entscheidenden Szene aber drückt er ihn wie ein dünnes Schemen auf die Seite und ist mit einem Sprung selbst auf dem Platz. Wie oft hat uns dieses Spiel Kopfschütteln gemacht. Es ist gar nicht immer Heuchelei, wenn ein schwerer Hysteriker sagt: ich will gesund werden. Es wirkt aber als Heuchelei, weil dieser Wille so dünn und oberflächlich ist, weil immer der Umriss des dunklen Doppelgängers hinter ihm dämmert, der alle Kraft zur Tat in sich hinübergezogen hat. Wenn wir eben diesem Zweckwillen vertraut haben, weil er uns ehrlich anblickt und wir fangen an zu überreden, zu überzeugen und zu erziehen, so steht plötzlich statt seiner der Doppelgänger vor uns, der blind und taub und triebhaft stark ist und wirft mit einer Grimasse alles um, was wir mit dem Zweckwillen aufgebaut haben. Diesen Zickzack, dieses plötzliche Umschnappen eines tage- und wochenlang ganz vernünftigen und willigen Hysterischen in triebhaften Widerstand und eine ganz neue motorische Phase haben wir Therapeuten schmerzlich oft erfahren. Und wenn der Zweckwille in der einen Sekunde herrscht, so herrscht vielleicht die Hypobulik schrankenlos in der nächsten und wenn der Zweckwille sich im Gesicht spiegelt, so beherrscht der hypobulische die Beine. Sie laufen nebeneinander her oder lösen sich ab, aber sie finden sich nicht zusammen. Dem einen fehlt die Kraft und dem anderen das Ziel, bis wir endlich in der Behandlungsszene unter einem elementaren Gefühls- und Bewegungsaufruhr beide mit starken Reizen wieder zusammenzwingen.

Auch hier ist wieder keine höhere seelische Vermittlung, kein einfühlbarer psychologischer Übergang. Sondern während wir noch zerren und drängen und schieben und nicht wissen, wie lange wir noch im Schweiß des Angesichts so fortfahren müssen — plötzlich erfolgt ein Ruck, etwas beinahe Körperliches, und auf einmal will der Patient, er will und kann wollen und jeder Muskel gehorcht seinem Wollen. Aus zwei Willen ist einer geworden, ein guter Einheitswille, der das Ziel und die Kraft hat und das ruhige Abvibrieren der zitternden Muskeln ist wie das letzte Summen eines erhitzten Schwungrades, von dem man den Treibriemen gelöst hat.

Man muß das erlebt und immer wieder erlebt haben, um das Gefühl zu bekommen: Hier ist etwas ganz Elementares, Massives in dem psychophysischen Apparat des Patienten vorgegangen, eine dynamische Umschaltung zwischen den Hauptelementen seiner Ausdruckssphäre. Wo die Hypobulie sich vom Zweckwillen dissoziiert und mit einem leicht erregbaren Reflexapparat krampfhaft verzahnt hat, da entstand ein hysterisches Zustandsbild. Und wo unter Lösung dieses falschen Kontakts die Hypobulie sich wieder mit der Zweckfunktion zum einheitlichen Gesamtwillen vereinigt, da wurde eine Hysterie geheilt.

Soweit können wir den Tatbestand streng empirisch feststellen, indem wir uns unter Verzicht auf jede theoretische Hilfskonstruktion darauf beschränken, das, was wir an großen Serien unseres Kriegsmaterials täglich gesetzmäßig beobachtet haben, in seinen Umrißlinien herauszuheben und zu bezeichnen. Das Wesentliche dabei ist, daß man die Hypobulie als einen qualitativ charakteristischen Willens-typus erkennt, der als unter Umständen selbständige, für sich funktionsfähige Instanz innerhalb der gesamten Ausdruckssphäre zwischen dem Zweckwillen und dem Reflexapparat eingeordnet ist und der sich in seinen Bindungen zwischen beiden verschieben kann.

2. Kapitel:

Die Naturgeschichte des hypobulischen Apparates.

Ist nun die Hypobulie eine pathologische Neuschöpfung der Hysterie, ist sie überhaupt etwas für die Hysterie allein Spezifisches? Zur Entscheidung dieser Frage werden wir einen etwas weiteren naturwissenschaftlichen Horizont nehmen müssen. Der Ausdruck „kindisch“ hat sich Ärzten und beobachtenden Laien von jeher auf die Lippen gelegt, wenn sie die Willensreaktion der Hysterischen zu beschreiben versuchten. „Wer hat nicht hundertmal bei der Untersuchung einer Hysterischen ausgerufen, daß er ein großes Kind vor sich habe!“ sagt Janet¹⁾. Im Krieg, bei den entsprechenden Produktionen muskelstarker erwachsener Männer fühlte man manchmal die Versuchung, zu sagen: „Tierisch“. Kehr²⁾, einer der erfahrensten Therapeuten und berufensten Beurteiler der Kriegshysterie, hat die Aktivbehandlungsszene mit dem Zureiten eines Pferdes verglichen. Der Vergleich ist vollkommen scharf — es gibt gar keinen besseren. Der Hysteriker vor der Heilung ist wie das Pferd vor der Hürde. Man überredet ihn nicht, man kann ihn auch nicht einfach zwingen, sondern man „gibt ihm

¹⁾ Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen. F. Deuticke, Leipzig und Wien 1894.

²⁾ Kehr, Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen. Diese Zeitschr. 36, 1. 1917.

Hilfen“. Das was man beim Pferd „Hilfen“ heißt, ist genau dasselbe, was wir oben beim Hysteriker als die halbkörperlichen seelischen Elementarreize bezeichnet haben, die seine Hypobuliek allein ansprechen: Das Wechselspiel von Peitsche und kleinen motorischen Tricks, von hellem Kommandoruf und dunklen, leisen Beruhigungstönen. Und auch die anderen Kennzeichen der hysterischen Verhaltensweise unter dem Zwang der Behandlung finden wir beim Zureiten des Pferdes wieder: die unberechenbare Antagonistik von blindem Dagegensperren und automatischem Gehorsam, die Unverhältnismäßigkeit dieser Reaktion zum Reiz und die stiere, punktförmige Einengung des Bewußtseins auf das aktuelle szenische Bruchstück. Kurz: Die Art, wie wir auf den Willen schwerer Hysteriker einwirken, fällt unter den Begriff „Dressur“. Und was durch Schmerzreize, Gesten und akustische Signale bei Kindern in den ersten Lebensjahren an Willensresultaten erzielt wird, das ist eben auch Dressur und erst allmählich, wenn über der Hypobuliek der Zweckwille sich zu entwickeln beginnt, leitet diese Dressur durch sinnliche Signale über zu der Willenslenkung durch Motive, die wir als Erziehung bezeichnen.

Geradezu klassisch beschreibt A. Strindberg in seiner Lebensgeschichte¹⁾ das hypobulische Willensphänomen beim Kinde: „Wenn (dem Knaben) ein Vergnügen winkte, ein Ausflug zum Beispiel, um Beeren zu pflücken, bat er, zu Hause bleiben zu dürfen. Er wußte, er werde sich zu Hause sehr langweilen. Er wollte so gern mitgehen, aber er wollte vor allem zu Hause bleiben. Ein anderer Wille, stärker als seiner, befahl ihm, zu Hause zu bleiben. Je mehr man auf ihn einredete, desto fester wurde der Widerstand. Kam dann aber jemand, packte ihn scherzhaft beim Kragen und warf ihn auf den Leiterwagen, dann gehorchte er und war froh, daß er von dem unerklärlichen Willen befreit worden“. In dieser Schilderung wird nicht nur die Hypobuliek, sondern auch schon ihre dissoziative Querstellung gegen den in Entwicklung begriffenen Zweckwillen deutlich.

Das also, was wir beim Hysteriker wie eine Art von krankhaftem Fremdkörper gefunden haben, dieser Dämon und Doppelgänger des Zweckwillens, das finden wir in der höheren Tierreihe und beim Kind als den Willen überhaupt, als die für diese Entwicklungsstufe normale und allein vorhandene Art zu wollen vor. Der hypobulische Willenstypus ist die ontogenetische und phylogenetische Unterstufe des Zweckwillens. Und als Unterstufe nennen wir ihn eben hypobulisch.

Der katatonische Symptomkomplex enthält den hypobulischen Typ auf seine schärfste Spitze getrieben. Ich möchte damit natürlich nicht

¹⁾ August Strindberg, Der Sohn einer Magd. Georg Müller, München 1912, S. 56.

sagen: der katatonische Negativismus ist identisch mit dem hysterischen oder dem kindlichen oder dem tierischen Negativismus. Ich sage nur: auch das katatonische Syndrom ist keine produktive Neuschöpfung der Krankheit Schizophrenie, so wie etwa ein sonderbar geformtes Tumorgewächs an einer Stelle des Körpers entsteht, wo vorher nichts gewesen war und wo auch organisch nichts hingehört. Die Katatonie schafft nicht den hypobulischen Symptomkomplex, sondern sie holt ihn nur heraus. Sie nimmt etwas, was ein wichtiger normaler Aufbaubestandteil des psychophysischen Ausdrucksapparats bei höheren Lebewesen ist, sie zerrt es aus seinem normalen Zusammenhang, sie isoliert es, sie verschiebt es in seinen normalen maschinellen Bindungen und läßt es dadurch übermächtig und unzweckmäßig tyrannisch funktionieren. Sie macht damit auf ihre Art etwas Ähnliches, wie es die geschilderten Hysterieformen machen. Und daß so verschiedenartige Krankheitstypen wie eine Kriegsneurose und eine endogene Katatonie auf demselben hypobulischen Radikal sich aufbauen, das zeigt eben, daß die Hypobulik nicht nur eine wichtige Durchgangsstufe in der Entwicklungsgeschichte höherer Lebewesen darstellt, die später verschwände und durch den Zweckwillen einfach ersetzt würde. Es zeigt, daß die Hypobulik vielmehr ein persistierendes Organ ist, das auch im Seelenleben des Erwachsenen in mehr oder weniger starker Ausprägung noch erhalten bleibt.

Und nicht nur als rudimentärer Atavismus, als totes Anhängsel. Vielmehr sehen wir die Hypobulik als wesentlichen Hauptbestandteil auch beim gesunden Erwachsenen sich mit der Zweckfunktion zum Gesamtwillen ergänzen. Sie ist aber hier nicht, wie bei Hysterie und Katatonie, dissoziiert, nicht als umgreifbarer selbständiger Betriebsteil erkenntlich, sondern sie ist mit dem Zweckwillen zu einer festen Funktionseinheit zusammengeballt. Gerade die Menschen, die wir als willenskräftig bezeichnen, begründen diese Eigenschaft auf ihre gut erhaltene Hypobulik. Ein führender Staatsmann oder Feldherr muß manchmal die Fähigkeit haben, seinen Willen zu tetanisieren, auf ein Ziel, das ihn reizt, so fest und unverrückbar einzuschnappen, daß er nun nicht mehr rechts und links sieht, er muß so darin verkrampft sein, daß er nun keine Motivwirkungen mehr spürt. Wo der Wille tetanisiert ist, da versagt das Urteil, da wird das Gesichtsfeld eng und auch naheliegendste Zwecke können nicht mehr angreifen. Und auch das Umstecken von einem auf das andere Ziel erfolgt bei starken Willensnaturen, wo der Druck der Lage es erzwingt, oft nicht durch motivisch abgerundete allmähliche Übergänge, sondern durch jenes ruckartige plötzliche Herumwerfen der ganzen Maschine, wie wir es auch bei der hysterischen Hypobulik kennen gelernt haben.

Umgekehrt sind die ganz objektiven, ausgeglichenen Zwecknaturen, die in jeder Minute für jede verständige und billige Erwägung zugänglich sind, solche Menschen sind oft nicht willensstark, sie sind keine Herrscher. Sie verlieren sich wie Hamlet leicht in dem sorgfältig beobachteten Gegen-einanderspiel ihrer Zweckmotive und zerstören so beständig die Ansätze zur Tat. Während umgekehrt jene starken Hypobuliker, wenn ihr Wille einmal tetanisiert ist, immer die Gefahr laufen, im blinden, zähen Darauflosstreben nicht mehr zu sehen, wenn ihr Ziel sinnlos geworden ist. Sie können so nach demselben Mechanismus Staat und Volk ins Unglück stürzen, wie etwa ein Hysteriker, der, auf seine Rente verkrampft, nicht mehr bemerkt, wie ihm die Herrschaft über den eigenen Körper und zuletzt seine soziale und moralische Existenz davonschwimmt.

Den Übergang zum abnormen Gebiet aber bilden jene hypobulischen Zustände, wo nicht sehr willensstarke Naturen in verantwortungsvollen Situationen, die Zwecksteuerung verlierend, zwischen verbohrtem Eigensinn und verzweifelter Haltlosigkeit hin und her fallen. Oder jene Panikszenen, wo durch einen einzigen Erdbebenstoß¹⁾ hunderttausend Bewohner einer Großstadt plötzlich auf die tierische Willensstufe versetzt triebhaft wegdrängen, blind gehorchen oder zu Stein erstarren.

Also haben wir erkannt: Die Hypobulik ist beim erwachsenen Menschen an sich weder etwas Gutes noch etwas Schlechtes, weder etwas Rudimentäres, noch etwas Krankhaftes, sondern sie ist ein wesentlicher normaler Willensbestandteil, an sich in unlöslicher Funktionseinheit an den Zweckwillen gebunden und nur implizite, ohne selbständige Konturen im Gesamtwillen enthalten. Sie ist nicht aufgelöst, sie ist nur gebunden — das ist das Wesentliche an der Situation beim Erwachsenen. Nur so ist es möglich, daß die Hypobulik auf einen schweren Erlebnisstoß sofort auf die Sekunde wieder als selbständiges Syndrom, in ihrer reinen phylogenetischen Atavistik vor uns steht, ja daß sie bei der Hysterie und bei der Katatonie als Doppelgänger neben dem Zweckwillen, als eine fast völlig emanzipierte autonome Instanz aus der festen Gliederung der psychomotorischen Ausdruckssphäre hervorspringt. Die Hypobulik ist also beim Erwachsenen eingebundener, aber selbständig dissoziabler Bestandteil der Ausdruckssphäre. Und sie kann ebenso durch endogene Prozesse, wie durch Erlebnisstöße dissoziiert werden.

Bei der Katatonie, wo öfters weder Affektstürme, noch katathyme Verdrängungen die klare Selbstbeobachtung trüben, tritt dieses Doppelgängertum am schärfsten hervor. Das Ich, der Zweckwille, sieht staunend

¹⁾ E. Stierlin, Über die medizinischen Folgezustände der Katastrophe von Courrières. Karger, Berlin 1909.

und ohnmächtig zu, was seine untergeordneten Ausdrucksinstanzen mit seinem Körper treiben. Wenn man den Patienten später fragt: Weshalb haben Sie damals stundenlang den einen Ton gebrüllt, oder aus der Tür gedrängt, oder wie ein Steinbild dagesessen? — so sagt er vielleicht: ich habe das gewollt, oder ich habe es wollen müssen, oder auch: ich habe es gemußt. Aber dies ist dann oft für ihn ein letztes, darüber hinaus es keine Erklärung mehr gibt¹). Nicht die leiseste Spur von einem Zweck oder Grund oder Motiv. Es ist, als ob man eine Schnecke fragte, weshalb sie die Hörner streckte und wieder einzog. Nur das eine: das Befremden, das aufmerksame Zusehen des Menschen, wie seine Atavismen in ihm spielen.

Wenn wir einem Katatoniker an seinem krampfhaft gebeugten Arm ziehen, so kommt uns bei seinem Widerstand die oft wiederholte Frage auf die Lippen: ist das etwas Psychiatrisches, oder etwas Neurologisches, ist das eine Art von körperlichem Spasmus oder ist es der Ausdruck eines blinden, triebhaften Willens? Die Organiker unter den Ärzten verfechten ebenso energisch die eine, wie die Psychologen die andere Auffassung. Das zeigt uns, wie genau dieser Teil der katatonischen Zustände eben auf der Grenze zwischen beiden steht. Sicherlich ist bei der ausgeglichenen Elastik der *Flexibilitas cerea* oder bei der ermüdungslosen stundenlangen Muskelcontractur des katatonisch Erstarrten in der Nervenmuskelpathologie etwas gegenüber dem Gesunden anders; denn der Nerv und Muskel des Gesunden bringt so etwas nicht fertig, auch wenn ein irgendwie gearteter Wille ihn noch so sehr dazu antriebe. Ebenso sicher aber spricht uns aus denselben Muskelvorgängen auch etwas Psychisches an: ein Gereiztsein durch den Eingriff in die eigene Persönlichkeitssphäre, ein triebhaftes Sträuben oder ein blindes Gehorchen²).

Wir sehen also: der katatonische Symptomkomplex enthält einerseits das hypobulische Radikal, er enthält aber zugleich noch etwas darunter, etwas, was in der Skala des psychophysischen Ausdrucksapparats die nächstniedere Stufe darstellt, etwas Fastkörperliches. Und er enthält beides in derselben unzertrennlichen

¹) Es ist eine alte Streitfrage: sind die katatonischen Dinge etwas Primäres, Elementares, oder sind sie durch Wahnvorstellungen u. dgl. hervorgerufen. Meines Erachtens kann sehr gut beides der Fall sein. Ein elementarer katatonischer Reizvorgang kann Wahnvorstellungen hervorrufen und solche können ihrerseits wieder als Reiz (nicht als Motiv) auf die katatonischen Mechanismen wirken, die schon vorher — primär, elementar — vom Krankheitsprozeß präpariert waren. Vgl. die analogen Verhältnisse bei der hysterischen Zweckschwäche im 3. Kapitel.

²) Alles Wesentliche hierüber bei Bleuler, Zur Theorie des schizophränen Negativismus. Psych.-Neurol. Wochenschr. 12. 1910. Nur die körperliche Seite der katatonen Vorgänge wird dort zwar nicht ignoriert, aber doch für mein Gefühl etwas zu wenig gewürdigt.

Einheit, in derselben fugenlosen Bindung, wie beim Normalen Zweckwille und Hypobulie gebunden sind. Nirgends können wir beim katatonischen Syndrom sagen: hier fängt das Psychische an, hier hört das Körperliche auf. Klingt nicht in den körperlichsten Muskelspasmen des Katatonikers oft noch ein Hauch von triebhaftem Widerstreben, in seinen automatisiertesten Stereotypen noch ein wenig Eigensinn, in seinen wächsernsten Katalepsien noch etwas von der Gehorchmanier eines Willenskranken mit? Und ist nicht umgekehrt in den deutlichsten psychischen Negativismen und Sperrungen noch ein kleines Stück primitiver Muskelphysiologie enthalten, etwas von dem reflektorischen Sichzusammenziehen auf Berührungs- und Schallreize? Denn in jedem hypobulischen Willensvorgang, wie wir oben sahen, im katatonischen ebenso, wie im hysterischen, im kindlichen oder im tierischen, ist das elementarpsychische „Reagieren auf Reize“ schon gebunden an das körperliche „Reagieren auf Reize“, nein sie sind, wie wir beim Dressurvorgang sahen, geradezu ineinander verlagert und verschlungen, sie sind nicht zwei, sondern sie sind einfach eins. Sie stehen genau auf der Grenze, wo das Körperliche ins Seelische übergeht, das heißt dort, wo in Wirklichkeit, nicht der Hauch einer Grenzscheide ist, sondern wo wir nur immer mit unserer unbeholfenen Erkenntnistheorie Dinge spalten und zerteilen, die physiologisch eins sind. Und deshalb sagten wir: wenn ein Katatoniker auf unser Anfassen seine Muskel zusammenzog und wir fragen ihn, ob er diese Bewegung gewollt oder gemußt hat, so ist das etwa so sinnvoll, wie wenn wir eine Schnecke an die Hörner tupfen und sie fragen war das Wille oder Reflex, als du deine Hörner einzogst? Die Schnecke weiß darauf keine Antwort. Der Katatoniker auch nicht.

Fragen wir nun weiter, wo der katatonische Symptomkomplex, von seiner körperlich-neurologischen Seite her betrachtet, im Ausdrucksapparat seinen Anschluß nach unten hat. Besehen wir, unter Vernachlässigung des Psychischen, rein nur die Morphologie der Bewegungsakte, so spricht die Ähnlichkeit mit den striären Syndromen¹⁾ sofort in die Augen. Die elastischen und die starren Muskelspannungen, die Pseudowillkürbewegungen und die Pseudoausdrucksbewegungen mit ihrer Dissoziation komplexer motorischer Ausdrucksakte von der zweckvoll wollenden Persönlichkeit, die Stereotypen und die Manieren — alle diese katatonischen Stigmen finden wir eine Stufe tiefer wieder in den Wilsonschen, den choreatischen und athetotischen Syndromen. Eine Stufe tiefer, das heißt entkleidet von den letzten Resten hypobulischen Triebwillens, die auch am untersten neurologischen Pol der katatonischen Skala noch mit anklingen.

¹⁾ Vgl. C. und O. Vogt, Erster Versuch einer path.-anatom. Einteilung striärer Motilitätsstörungen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 24, 1. 1919.

Ich überlasse dem Leser die geringe Mühe, von den striären Syndromen bis zu den niedrigsten spinal- und visceralreflektorischen Vorgängen sich die Reihe vollends abwärts zu ergänzen.

Alles zusammengefaßt, so können wir die gesamte Ausdruckssphäre vom niedern Reflex bis hinauf zum Zweckwillen in einer dreifachen Reihe gegliedert sehen, einer ontogenetischen, einer phylogenetischen und zum Teil auch einer anatomischen. Wir sehen dann nicht mehr hier Wille, dort Reflex, hier Körperliches, dort Seelisches, sondern wir sehen die ganze zentrifugale Hälfte animaler Lebensäußerung als die Ausdruckssphäre in einer enggefügteten Kontinuität von oben bis unten durchgreifen und wir sehen die Hypobulik als ein für das Verständnis des Ganzen entscheidendes Bindeglied vom Zweckwillen über die katatonischen und striären Syndrome bis zum niedern Reflex hinunter leiten¹⁾. Die einzelnen Glieder der Kette arbeiten beim gesunden Erwachsenen so ineinander, daß es nicht möglich ist, sie einzeln herauszusehen und erst Krankheitsvorgänge lassen uns den entwicklungsgeschichtlichen Aufbau wieder erkennen.

Im übrigen werden wir für unser Problem gut tun, uns nicht zu tief in das Gewirr interessanter, aber noch nicht spruchreifer anatomischer Fragen einzulassen. Ob irgendwo im Gehirn ein lokalisierbarer Kontakt ist, dessen Verletzung die katatonischen Symptome hervortreten läßt und ob ein solcher gedachter anatomischer Zusammenhang nur die neurologische Seite des katatonischen Syndroms betreffe, oder ob dadurch auch die in ihm steckende hypobulische Willensfunktion irgendwie tangiert würde — das alles sind Fragen, die wir ruhig und unvoreingenommen der anatomischen Empirie zur Lösung überlassen wollen. Solche Dinge sind viel zu kompliziert, als daß man sich erkönnen dürfte, mit deduktiven Schlüssen sie erkenntnistheoretisch a priori bejahen oder verneinen zu wollen.

Wichtig ist nur dies zu sehen: daß immer, wenn innerhalb der Ausdruckssphäre die höhere Instanz versagt, nicht der ganze Apparat stillsteht, sondern daß dann die nachgeordnete Instanz nach den ihr innewohnenden primitiven Eigengesetzen die Führung übernimmt. So beginnen, wenn die Pyramidenbahn gelitten hat, in dem nachgeordneten spinalen Reflexbogen frühkindliche Reflexe (Babinski) wieder zum Vorschein zu kommen und der ganze untere Motilitätsapparat richtet sich nach sehr vereinfachten, mechanisierten Bewegungs-

¹⁾ Dies ist eine ganz schematische Darstellung. In Wirklichkeit besteht ja keine kontinuierliche Kette, sondern ein kompliziertes System von Hauptschaltung (Großhirnrinde—Pyramidendahn—Rückenmark) und Nebenschaltungen (z. B. Stammganglien).

gesetzen zu einem abgetrennten Eigenleben ein. Er kennt dann nicht mehr zusammengeordnete, komplexe Bewegungsakte, sondern nur noch die beiden einfachsten Muskelfunktionen: Zusammenziehung (Spasmus) und den mechanisch rhythmisierten Wechsel zwischen Kontraktion und Erschlaffung (Klonus).

Und was geschieht, wenn bei einem Menschen durch plötzliche seelische Erschütterung oder durch chronischen Affektzwiespalt die Zweck-sphäre insuffizient wird? Dann übernimmt die Hypobulik die Führung, dann kommen frühkindliche Reaktionsformen zum Vorschein, dann stellt sich der psychomotorische Ausdrucksapparat auf den nächsttieferen Wirkungsbogen ein: auf elementare Reize erfolgen elementare Willensreaktionen nach sehr vereinfachten, schematisierten psychomotorischen Gesetzen. Die Hypobulik beginnt ihr abgetrenntes Eigenleben: nicht mehr in komplexen motivischen Zusammenordnungen, sondern nur noch nach den einfachsten Primitivformeln: Willenskrampf einerseits, andererseits das fast klonisch rhythmisierte antagonistische Wechselspiel zwischen Krampf und Erschlaffung, zwischen Negativismus und Befehlsautomatie. Und hier oben, wie dort unten am abgetrennten Spinalreflexbogen das Ruckartige, das Zähne, das Unberechenbare im zeitlich-dynamischen Ablauf und das fehlende Verhältnis zwischen Reiz und Reaktion.

Wo ist nun die unüberbrückbare Kluft zwischen organischen und funktionellen Nervenkrankheiten geblieben? Bei dieser Betrachtungsweise ist das Gegenspannen des sträubenden Hysterikers nichts anderes als der jüngere Bruder des spinalen organischen Muskelspasmus, er wiederholt das Spiel der emanzipierten Subalterninstanz wörtlich aus der Funktionsweise des verselbständigten Spinalreflexbogens auf einen höheren Wirkungsbogen der Ausdruckssphäre übertragen. Darin liegt nicht eine beiläufige Parallele, sondern ein wichtiges neurobiologisches Grundgesetz, das, im Gebiet der niederen Motilität schon längst bekannt, nur seiner Anwendung auf die Psychiatrie der Neurosen harret. Wird innerhalb der psychomotorischen Ausdruckssphäre eine Oberinstanz leistungsschwach, so verselbstündigt sich die nächste Unterinstanz nach ihren primitiven Eigengesetzen.

3. Kapitel: Die Zweckschwäche.

Zum Verständnis der Dynamik hysterischer Erscheinungen genügt es, wenn wir die Instanzen der Ausdruckssphäre in etwas vereinfachter Weise in drei Hauptgruppen zusammenfassen: Zweckinstanz, Hypobulik und Reflexapparat, wovon jede, mit ihren zuführenden Bahnen im Zusammenhang betrachtet, einen Wirkungsbogen nach Analogie des Spinalreflexbogens darstellt.

Kürze halber bezeichnen wir die drei Bogen mit den Anfangsbuchstaben Z, H und R.

Dabei dienen uns unter R die spinalreflektorischen Vorgänge nur als Paradigma. Was die Dynamik der Hysterie betrifft, können danach eine große Menge von vegetativ-nervösen, wie von psychischen Automatismen betrachtet werden, immer, sofern sie eben automatisch, das heißt so ablaufen, daß nirgends ein Willensvorgang in den Wirkungsbogen eingeschoben ist. Wenn wir z. B. das Verhältnis einer akuten Schreckneurose zu der später daraus entstehenden chronischen Rentenhysterie uns klarmachen wollen, lassen sich direkte Shockmechanismen, wie Ohnmacht, dämmerhafte Bewußtseinstäubung, explosiver Affektausbruch, traumhaft halluzinatorische Reproduktion der Schreckszene — alle solche elementaren Gehirnreaktionen lassen sich unter dem Begriff R betrachten, als willensfreie Automatismen, die, zunächst autonom, später zu einem Spielball und Werkzeug der beiden Willensinstanzen Z und H werden können, indem nun der assoziierte oder hypobulisch dissoziierte Wille aus dem ursprünglich reinen Schreckreflexbilde das komplexe Reflex-Willenssyndrom macht, das wir als Hysterie bezeichnen.

Dasselbe wie von den vorwiegend erworbenen gilt natürlich auch von den vorwiegend endogenen, den Entartungshysterien. Werden dort die niederen Gehirnautomatismen erst durch einen schweren Affektstoß aus der Tiefe heraufgeholt, so liegen dieselben Mechanismen (Synkope, Dämmerzustand, Krampf, Affektexplosion usw.) beim Entartungshysteriker dicht unter der Oberfläche bereit, um jederzeit von den beiden Willensinstanzen auch bei kleinen Gelegenheitsanlässen, selbst tändelnd mit spielerischer Leichtigkeit ergriffen und verwendet werden zu können. Wir müssen diese Automatismen, auch die psychischen, für unsere Darstellung unter dem Begriff R sehen, auch wenn wir uns darüber klar sind, daß sie an vielen Punkten ohne irgend eine scharfe Grenze ins Hypobulische übergehen — entsprechend den engen gegenseitigen Bindungen aller psychophysischen Instanzen. Denn das ist ja eben das Charakteristische an den hypobulischen Syndromen, daß sie immer ein Gesicht nach R und eins nach Z hin haben, daß sie Reflex

und Absicht in einer undifferenzierten Einheit umschließen. Das Stück Wille, was in den mittleren, den hypobulischen Wirkungsbogen eingeschaltet ist, ist kurz, einfach und triebhaft stark aber dumpf im Seelischen anklingend, während auf dem oberen, dem Z-Wirkungsbogen, die psychischen Interpolationen so lang und vielgestaltet sind, daß daneben das sensorisch-motorische Ansatz- und Endstück des Bogens kaum mehr selbständig gewertet wird.

Die Gesetze, nach denen der Wille sich in Reflexabläufe einzuschleichen vermag, haben wir früherenorts genau untersucht und brauchen hier nicht darauf zurückzukommen¹⁾. Diese Gesetze gelten natürlich ganz ebenso, ob der normale Gesamtwille, oder ob nur seine abgespaltene untere Hälfte, die Hypobulik sich am Reflexablauf beteiligt. Allerdings hat man den Eindruck, daß gerade die Fälle mit stark emanzipiertem Triebwillen die besonders engen Bindungen zwischen Reflex- und Willenssphäre zustande bringen, wie wir sie in dem Eingangsfall schilderten, während dies einem stets zielbewußt zweckvollen normalen Einheitswillen nicht so vollkommen gelingt. Auch diese Beobachtung läßt sich aus den Gesetzen der willkürlichen Reflexverstärkung mit innerer Folgerichtigkeit ableiten.

Nun gibt es vielleicht einzelne Fälle, wo die abnorme Verzahnung zwischen H und R so fest und eng geworden ist, daß sie eines Zweckanreizes nicht mehr bedarf, daß sie also z. B. fortdauert, wenn das Zweckmotiv, dem die hysterische Entgleisung entsprang, hinfällig wurde. Wir sehen z. B. manche Hysterien aus eigener Kraft, mindestens eine Zeitlang fortbestehen, wenn der erotische, pekuniäre oder forensische Zweck, dem sie nachgestrebt hatten, nicht mehr gültig ist. In diesen Fällen ist die Emanzipation des H-R-Komplexes von Z (in andern Fällen kann es auch nur R allein sein) eine recht vollständige geworden.

Viel häufiger ist eine andere Form der Bindung zwischen den drei Ausdrucksinstanzen. Sie ist so typisch für zahllose Spätstadien chronischer Hysterien, daß wir sie etwas näher betrachten müssen. Wenn durch unvollständige Abschnürung eine Leitungsschwäche in der Pyramidenbahn entstand, so treffen wir im Erfolgsorgan, z. B. in der Beinmotilität folgendes Bild: Wir sehen, daß einzelne von den oberen Hirnzentren kommende koordinierte Zweckbewegungsimpulse sich durchsetzen — mehr oder weniger vollständig. Es kommen zum Teil koordinierte Gang- und Zielbewegungen zustande, aber nicht rein, sondern gemischt und gefärbt mit spastischen und klonischen Elementen. Eine spastische Gangstörung entspricht also der Interferenz zwischen

¹⁾ Kretschmer, Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem. Diese Zeitschr. 41, 354. 1918.

den Koordinationsimpulsen der höheren Zentren und der spezifischen Eigenmotilität des emanzierten Spinalreflexbogens. Es gibt aber noch ein anderes Bild. Hat solch ein Spastiker länger geruht und will sich nun erheben, so ruft sein koordinatorischer Impuls oft überhaupt keine Koordinationsbewegung, sondern nur einen reinen Spasmus oder Klonus hervor. Hier wirkt also der höhere Impuls auf das emanzierte Spinalzentrum gar nicht mehr als komplexer, feindifferenzierter Bewegungsbefehl, sondern nur noch als Reiz überhaupt, als primitiver Anstoß, der vom Spinalreflexbogen nach dessen Eigengesetzen mit denselben einfachen klonischen und tonischen Bewegungsphänomenen beantwortet wird, wie etwa ein plumper äußerer Stoß gegen die Achillessehne. Wir können also formulieren:

Innerhalb der Ausdruckssphäre antwortet bei teilweise insuffizienter Oberinstanz die Unterinstanz auf deren Impulse entweder mit Interferenzerscheinungen oder rein nach ihren primitiven Eigengesetzen.

In Hysteriegebiet nämlich finden wir dieses Gesetz im Bereich der höheren Wirkungsbögen vollkommen wieder in dem Verhältnis zwischen Hypobulik und Zweckfunktion. Ein Kriegshysteriker, den ich durch und durch kenne, kommt neulich wieder einmal zu mir, daß ich ihn begutachte. Er hält das linke Bein steif und hat den Zweck, dadurch eine Rente zu erzwingen. Dieser Zweck ist unverblümt und wirkt als Hauptursache auf die Motilität des linken Beins. Wie aber wirkt er auf diese? Gar nicht so, wie man es erwarten müßte und wie wir es tatsächlich bei einer zweckvollen, klugen Simulation wahrnehmen: daß nämlich jede Muskelbewegung, jede Körperhaltung, jeder Schritt, jedes Wort, jeder Blick sinnvoll gefügt, abgewogen und nach ihrer Wirkung auf den Arzt zweckmäßig zusammengefaßt wären. Sondern sobald im Untersuchungszimmer eine ausgesprochene Zwecksituation geschaffen ist, sobald der Arzt das linke Bein berührt, beginnt jenes Heulen, Schnattern, Sträuben und Keuchen, wie wir es nun schon so oft geschildert haben. Der ganze Mensch, körperlich und psychisch auf einen Punkt in sich selbst zusammengekrampft, geht in Verteidigungsstellung, er läßt alle seine primitiven Abwehrmechanismen spielen, er stellt fauchend seine Stacheln, wie ein gereiztes kleines Tier, dem man seine Beute entreißen will. Ein Zweck hat diese Szene ausgelöst, sobald aber die Räder zu schnurren beginnen, versagt die Steuerung. Also genau wie am Spinalreflexbogen: Der Zweckwille wirkt nur noch als unspezifischer Reiz auf die hypobulische Unterinstanz, die ihn nach ihren primitiven Eigengesetzen in einem reinen HR-Syndrom weiterverarbeitet.

Der Zweck reizt die Hypobulik, ohne sie zu beherrschen.

Viel häufiger noch, als diese reinen Bilder treffen wir bei den chronischen Hysterien jenen zweiten, am Spinalreflexbogen studierten Modus, den der Interferenz zwischen den Ausdrucksmechanismen der Ober- und Unterinstanz. Das psychophysische Verhalten solcher Patienten verläuft in einem verwaschenen und unübersichtlichen, widerspruchsvollen Durcheinanderspiel von Zweckmotiven und hypobulischen Mechanismen. Ein Stück weit zweckvoll eine bestimmte Tendenz, z. B. auf eine Rente durchführend, dann wieder aus der Rolle fallend, unsinnig zäh sich verbeißend oder launenhaft abspringend, bald in halbreflektorischen, bald in durchdachten Ausdrucksformen sich bewegend: diese Mischung von Eigensinn, Laune und Zielstrebigkeit ist das außerordentlich charakteristische und wohlbekannte hysterische Zustandsbild, das aus der Interferenz der Impulse eines halb insuffizienten Zweckapparats mit den hypobulischen Eigenbewegungen entspringt. Ganz zakige, unberechenbare Willenskurven kommen so zustande. Um eine Rente zu erzwingen, legt man sich jahrelang zu Bett, man strebt nach einem Zweck und indem man danach strebt, handelt man doch unzweckmäßig; man verkümmert sich um einer kleinen Rente willen jahrelang den Lebensgenuß, zu dessen Erhöhung man ihn doch nur anstrebte. Man kann die Lebensinstinkte weder genießen noch verleugnen. Heute todkrank und in Krämpfen, um den Ehemann teuflisch planvoll zu schikanieren, morgen tanzend ausgelassen auf dem Ball und das nächste Vierteljahr zu seiner Strafe sich wieder am Stock ins Sanatorium schleppend — so schnellt die Kurve zwischen zweckvollster, intrigantester Diplomatie und hypobulischen Augenblicksimpulsen hin und her.

Man hat oft die Frage aufgeworfen: sind diese Hysteriker willensschwach? Bei dieser Fragestellung wird man nie auf eine Antwort kommen. „Das ist Willensschwäche“, sagt der Arzt wohl zu seinem abatischen Patienten, der nicht auf den Beinen stehen will. Willensschwäche, jawohl — denn wenn er sich anstrengte, würde er schon auf die Füße kommen. Aber steckt denn nicht gerade in diesem Nichtwollen — Willenskraft, eine Kraft, so zäh und verbohrt, wie sie mancher gesunde, „willenskräftige“ Mensch in seinem Leben nie aufgebracht hat? Darum mit einem Wort: solche Hysteriker sind nicht willensschwach, sondern zweckschwach. Dieser Begriff der Zweckschwäche klärt uns mit einem einzigen Ausdruck den psychischen Tatbestand, wie wir ihn bei einer großen Zahl chronischer Hysteriker vor uns haben. Nur mit der Trennung der beiden Willensinstanzen verstehen wir dieses rätselvolle Spiel: wie ein Mensch steuerlos, aber gar nicht zwecklos höchste Willenskraft auf ein Bild erbärmlichster Lebensschwäche vergeuden kann.

Zweckschwäche ist nicht Willensschwäche. Zweckschwach werden auch willenskräftige Naturen, wenn sie, wie etwa in der Panik, in Situationen geworfen werden, denen sie psychisch nicht mehr gewachsen sind. Es gibt Erlebnisstöße, z. B. große Erdbebenkatastrophen, wo erfahrungsgemäß die höheren seelischen Instanzen auch des gesündesten Menschen versagen, wo der Erlebnisreiz direkt durch die insuffiziente Zwecksphäre durchschlägt und die Hypobulie tetanisiert. „Kopflösigkeit“ nennt man sehr treffend diesen Zustand, wo zwischen Resten von Zweckimpulsen hindurch die niederen atavistischen Willensorgane in ihrem Wechselspiel von Stupor und blindem Wegdrängen die Führung übernommen haben.

Der Zustand der Zweckschwäche entspringt also einfach einer gesetzmäßigen Proportion zwischen Reizstärke und seelischer Anlage: je stärker der Reizstoß, desto weniger braucht es eine Schwäche des nervösen Apparats, um die Zwecksphäre matt zu setzen. Wir verstehen aus dieser Reaktionsweise des Normalen gut die innige Affinität, die die hysterischen Mechanismen klinisch gerade zu den akuten Schreck- und Paniksyndromen zeigen. Nichts hat die Hysterie so im größten Stil als Massenerscheinung gezeigt, wie die schreckhaften Betriebsunfälle und die psychischen Kriegstraumen. Das ist nach unsern Untersuchungen selbstverständlich. Denn der Schreck macht ein Doppeltes: einmal reizt er heftig den ganzen Reflexapparat und sodann schaltet er akut die Zwecksphäre aus. Somit kann die sofort autonom werdende Hypobulie ungestört sich mit dem Reflexapparat verankern und nach den Gesetzen der willkürlichen Reflexverstärkung mit ihm vereint etwa ein Schüttelsyndrom hervorbringen. Der allmählich aus seiner Betäubung wieder erwachende Zweckwille findet dann schon ziemlich gefestigte HR-Gruppen vor, zu deren Lösung eine gewisse Initiative erforderlich ist, die das Individuum nicht aufbringen wird, wenn es, z. B. infolge einer Rentensituation nicht daran interessiert ist. Es tritt dann vielmehr jener früher skizzierte typische Dauerzustand ein, wo die einmal insuffiziente Zwecksphäre nur noch unspezifisch reizend und nicht mehr beherrschend an dem hypobulischen Wirkungsbogen angreift. So entstehen jene immer mehr erstarrten und vom Zweckapparat dissoziierten HR-Syndrome, die manchmal nichts anderes als Petrefakte des einstigen akuten Schrecksyndroms darstellen.

Nach Analogie dieser rein akuten Entstehungsweise der Hysterie läßt sich sehr leicht der chronische Modus erklären, wo in unerträglichen Dauersituationen allmählich die Zweckfunktionen so lange zermürbt werden, bis zuletzt die hypobulische Instanz vikariierend einspringt. In der Kriegshysterie, wie in den Ehe- und Familienhysterien der Frauen läßt sich diese Form häufig beobachten.

Auch dann aber findet ganz gewöhnlich die Hysterie erst durch einen letzten akuten Affektstoß ihre endgültige Auslösung; oder sie tritt, auf dem Boden einer latenten chronischen Zweckinsuffizienz nur episodisch bei äußeren Reizstößen auf in der Form des hysterischen Anfalls, der ja häufig ein ganz reines umschriebenes HR-Syndrom darstellt: triebhaft infantile Willens- und Affektentladungsmechanismen, eng mit Reflexabläufen gekoppelt.

4. Kapitel: Der hysterische Charakter.

Zwischen diesen ausgesprochenen Erlebnisneurosen und dem andern Endpol der Reihe, den — fast möchte man sagen endogenen — schweren Entartungshysterien liegt nun ein weites Gebiet. Es sind die nicht unbedingt, aber doch relativ zur Hysterie Disponierten, Menschen von ganz verschiedenem Aufbau ihrer psychophysischen Konstitution. Man könnte für sie den Ausdruck der bedingten Zweckschwäche gebrauchen, so wie der Internist von bedingten Dyspeptikern spricht. Hierher gehört zunächst ein ganzes Heer von einfach Nervösen, von seelisch und nervös generell Unterwertigen, von Willensschwachen, Ängstlichen, Haltlosen und Debilen. Im Gegensatz zum Vollhysteriker mit seiner Freude an der Hysterie, am Betrieb seines überentwickelten hypobulbischen Apparats denken diese bedingt Zweckschwachen im ruhigen Lebensgleise nicht an Hysterie. Dagegen versagt ihr Zweckwille abnorm leicht unter schwierigen Lebenslagen. Charakterologisch bieten diese bedingt Zweckschwachen natürlich gar nichts Einheitliches; neben dem harmlos Schwachsinnigen, dem kriminell Defekten, dem weichen Hypochonder stehen hier, zwar in geringer Zahl, auch manche hochwertige und kompliziertere Persönlichkeiten, Menschen, denen in gewissen Situationen die große Labilität und Erschöpfbarkeit ihres Gehirns die Benutzung ihrer feinentwickelten Oberseele vereitelt.

Zu den bedingt zur hysterischen Reaktion Disponierten gehören nun natürlich nicht nur die relativ Zweckschwachen, sondern ebenso auch die relativ Reflexstarken, Menschen von starker Reizbarkeit ihrer affektiv-vasculären, psychomotorischen und vegetativen Apparate. Daß ceteris paribus in verfänglichen Situationen der Reflexstarke verhältnismäßig leichter in hysterische Entgleisungen verfallen wird, ist selbstverständlich, weil ihm die groben Ausschläge seines Reflexapparats schon bei geringen Reizstößen spielend leicht die Einkleidung für seine Willensendenzen in die Hand geben. Es liegt auf der Hand, daß besonders für manche prägnante Symptombilder, wie die schlaff-cyanotische Monoplegie, für das hysterische Erbrechen, für gewisse Formen von Anfällen und Dämmerzuständen abnorm leicht ansprechbare endogene Bahnungen vorliegen müssen, die gerade dieser bestimmten Person das Talent zu dieser bestimmten

Störung geben. Die logische, wie die klinisch-empirische Verfolgung dieses Gedankenganges führt zu einer Niederlegung der jetzigen strengen Grenzscheide zwischen organisch und funktionell; doch würde uns dieser interessante Gedankenfaden hier zu weit vom Thema abbringen. Es sei nur daran erinnert, daß die relativ Reflexstarken und die relativ Zweckschwachen klinisch vielfach dieselben Menschen sind, was nach unseren biogenetischen Ausführungen unschwer zu begreifen ist.

Nun hat man aber von alters her aus dieser Masse von Gelegenheits-hysterikern eine gewisse Gruppe herausgehoben, Vollhysteriker sozusagen, Menschen, die nicht nur einmal bei besonders schwierigen Anlässen die hysterische Reaktionsweise zeigen, sondern die auf größeren Lebensstrecken an der „Krankheit Hysterie“ leiden, oder die, was dasselbe in anderer Formulierung ausdrückt einen „hysterischen Charakter“ haben. Dies ist ein besonders heikler und heiß umstrittener Punkt¹⁾. Was die Verfechter eines besonderen hysterischen Charakters in der Sache meinen, das ist nach unseren Untersuchungen nunmehr ganz klar: sie meinen mit einem Wort die schweren habituellen Hypobuliker, das heißt Menschen, bei denen infolge einer schweren psychischen Hemmungsmißbildung die Zweckfunktion nur ganz mangelhaft und unvollständig auch im erwachsenen Leben sich entwickelt hat und die nun vielfach — man möchte fast sagen an einer kompensatorischen Hypertrophie ihrer Hypobulie leiden.

Bei ihnen genügen schon die gewöhnlichsten Erlebnisreize des Alltags, um jeden Augenblick hypobulische Reaktionsformen und jeden Augenblick falsche Verzahnungen derselben mit dem Reflexapparat auszulösen. Bei ihnen liegen die HR-Syndrome jederzeit fast fertig dicht unter der Oberfläche bereit und in Ermangelung eigentlicher Lebenszwecke — denn ein Zweckwille ist ja kaum vorhanden — machen sich solche Individuen sozusagen ihren Lebenszweck daraus, ein farbiges Spiel von hypobulischen und reflektorischen Mechanismen beständig in sich ablaufen zu lassen, ihre Umgebung heute mit einem Krampfanfall, morgen mit einem Stupor, übermorgen mit einer Zitterneurose zu überraschen. Es ist dies diejenige Form von psychophysischer Betätigung, die ihrer nun einmal gegebenen Konstitution adäquat ist. Der Schnecke ist das einfache Sichzusammenziehen und Wiederausrecken eine genügende und adäquate Beschäftigung, während es einem höheren Tier sinnlos und unerträglich wäre. Dieselbe innere Befriedigung, die dem Zweckmenschen etwa die Ausübung seiner Berufsarbeit gewährt, bietet dem hypobulischen Menschen das Spielenlassen seiner antago-

¹⁾ Die wesentlichen Fragestellungen hierzu bei Gaupp, Über den Begriff Hysterie. Diese Zeitschr. 5, 457. 1911.

nistischen Triebmechanismen. Daher die Freude des Vollhysterikers an seiner „Krankheit“; daher die erstaunliche Tatsache, daß er, allen unseren Bemühungen zum Trotz, immer wieder mit elementarem Instinkt wie die Ente ins Wasser in das zurückkehrt und zurückstrebt, was wir anderen „Krankheit“ nennen. Denn was wir „Krankheit“ nennen, das ist für seine biologische Anlage die adäquate Betätigungsform. Und die dem Individuum adäquateste Betätigungsform ist stets mit dem Gefühl innerer Befriedigung, mit der maximalen Lustbetonung verknüpft.

Ich gebe das, was man von jeher an diesen Vollhysterikern als „hysterischen Charakter“ bezeichnet hat, mit den Worten Janets¹⁾ wieder: „Die Charakterzüge, die sich nicht ganz genau so bei den im weiteren Sinne Geistesschwachen vorfinden, sondern die nahezu ausschließlich den Hysterischen eigentümlich sind, sind vor allem zwei: der Charakter ist schwankend und widerspruchsvoll. Die Hysterischen erscheinen stumpfsinnig und lebhaft, teilnahmslos und erregbar, schwankend und starrköpfig zugleich.“ Daß die Vollhysteriker bis heute genau so auf den Beobachter wirken, dafür zitiere ich noch kurz Kraepelins Lehrbuchschilderung. Kraepelin hebt besonders hervor den unvermittelten Wechsel der Stimmung, das unausgeglichene Benehmen, die Eigenwilligkeit auf der einen, die große Beeinflußbarkeit auf der andern Seite.

Wir brauchen all diesen Schilderungen kein Wort der Erklärung mehr hinzuzufügen. Sie alle heben als das Spezifische am hysterischen Charakter nichts anderes hervor als eben — das hypobulische Syndrom bzw. seine Interferenzerscheinungen, das widerspruchsvolle Oszillieren zwischen Zweck und Trieb. In der Schilderung von Janet kommt auch die Anordnung der Hypobulik in Antagonistenpaaren schon deutlich heraus. Unter hysterischem Charakter versteht man also im herkömmlichen Sprachgebrauch nichts anderes, als das hypobulische Syndrom in Form eines Dauermerkmals der Persönlichkeit betrachtet.

Damit löst sich die alte Streitfrage, ob die Hysterie nur eine Reaktionsweise oder ob sie eine Krankheit auf Grund einer spezifischen Charakteranlage sei, in sich selbst auf. Sobald wir die Hypobulik als konstantes Radikal des normalen seelischen Aufbaus erkannt haben, sobald wird es zu einem bloßen Verhältnisunterschied in der Stärke der exogenen und der endogenen Kausalfaktoren, ob diese Hypobulik in Form einer unspezifischen Reaktionsweise einmal gelegentlich beim Normalen durch einen überstarken Erlebnisreiz heraufgeholt wird, ob sie durch einen organischen Hirntumor gelockert und bereitgelegt, durch einen schizo-

¹⁾ l. c.

phrenen Schub oder eine Alkoholttoxikose gebahnt, durch Lebensalter oder Geschlecht dispositionell variiert wird oder ob sie bei bestimmten Hemmungsmißbildungen als „hysterischer Charakter“ oder als eine Art konstitutioneller „Krankheit“ beständig an der Oberfläche schwimmt¹⁾).

Man wird also den Vertretern der „Hysterie als Reaktionsweise“ grundsätzlich recht geben müssen, wenn sie darauf hinweisen, daß die spezifischen Vollhysteriker nur eine kleine Gruppe innerhalb der hysterischen Erscheinungsformen überhaupt bilden. Man wird aber andererseits auch nichts dagegen einwenden können, wenn andere auf diesen engen Ausschnitt der konstitutionellen Hypobuliker noch in einem besonderen Sinne den Ausdruck Hysterie im Sinne einer Krankheit oder Charaktereigentümlichkeit angewendet wissen wollen. Gerade so, wie man von Epilepsie einerseits als von einem unspezifischen cerebralen Symptomenkomplex, andererseits aber auch in einem besonderen Sinne von genuiner Epilepsie dort spricht, wo dieses Syndrom speziell in der konstitutionellen Anlage begründet ist.

Wir haben noch einen Charakterzug bisher beiseite gelassen, der lange Zeit als Wesensbestandteil des Hysterischen galt und zum Teil auch heute noch gilt: Das ist das „Unechte“, wenn man vom Symptom, die „Lügenhaftigkeit“ oder das Schwindlertum, wenn man von der Persönlichkeit des Hysterischen spricht. Das „Unechte“ ist nun natürlich ein Sekundärmerkmal; es bezeichnet viel weniger das, was der Hysteriker rein sachlich biologisch betrachtet ist, als die Art, wie er auf den Beschauer wirkt und von ihm gewertet wird. An sich braucht der Hysteriker, wenn er hypobulisch auf eine Situation zu reagieren beginnt, damit noch gar nicht die Absicht zu verbinden, damit der Umgebung etwas Unechtes, z. B. eine fingierte Krankheit, vorzumachen. Oft verfällt er das erstemal einfach darein, kausal gesetzmäßig, ohne sich viel dabei zu denken.

Diese hypobulischen Triebentladungen wirken aber beim Erwachsenen auf den naiven Beschauer stets als etwas Krankhaftes, besonders wenn sie als HR-Syndrom mit eindrucksvollen Reflexmechanismen gekoppelt sind. Die Vorstellung einer Krankheit wird also dem Befallenen vom Publikum sozusagen zwangsläufig zurücksuggeriert und kann nun bei ihm als chronischer Zweckreiz die Hypobulie im Tetanus erhalten. Auf diese Weise kann er dazu kommen, indem er zunächst nur seine hypobulischen Gesetzmäßigkeiten auslebt, unter den nicht hypobulischen Normalmenschen als „unechter Kranker“ zu wirken. Natürlich ist häufig auch der umgekehrte Mechanismus zu finden, daß eine absichtliche Krankheitsvortäuschung allmählich zwangsläufig zur

¹⁾ Vgl. Gaupp, l. c.

hypobulischen Dissoziation und zu ihrer Einschleifung mit Reflexmechanismen führt, wie ich das früher beschrieben habe. Jedenfalls aber sehen wir aus diesen Gedankengängen, daß „das Unechte“ am Hysteriker zwar etwas Typisches, aber doch nicht eigentlich Wesen, sondern Werturteil bedeutet.

Was nun die „Lügenhaftigkeit“ oder „Schwindelhaftigkeit“ als Charakterzug des konstitutionell Hysterischen betrifft, so liegt hier auch wieder eine roh empirisch richtig gesehene Teilbeobachtung zugrunde, die aber einer näheren Analyse und Einschränkung bedarf. Bei manchen Vollhysterikern sehen wir in der Tat, daß das Realitätsurteil bei ihnen mangelhaft funktioniert, daß sie in bekannter Weise die Neigung haben, Erlebtes und Phantasiertes, Wahres und Erfundenes in einer unglaublich täuschenden und undurchdringlichen Amalgamierung beständig durcheinanderzumischen. Ihr Assoziationsmechanismus folgt also auch auf diesem Gebiet dem kindlichen Typ, indem er die Neigung hat, nicht das Bestzusammenklingende, sondern das Stärksterlebte mit dem positiven Realitätsurteil zu versehen. Nicht was sich nach einer langen assoziativen Interpolationsreihe zuletzt am besten in den gesicherten Engrammschatz der Gesamtpersönlichkeit einfügt, wirkt als real, wie das beim normalen Erwachsenen der Fall ist, sondern das was in der jetzigen Sekunde am lebhaftesten im psychischen Blickfeld aufschießt.

Es leuchtet ein, wie vollkommen hier der ontogenetische Aufbau auf dem Gebiet der intellektuellen Funktionen dem entspricht, was wir bezüglich der Willensvorgänge bisher klargestellt haben. Kürze halber werden wir uns diesen Exkurs hier im einzelnen versagen müssen. Der Zweckfunktion dort entspricht hier die Realfunktion und das pseudologische Syndrom bildet, parallel dem hypobulischen Syndrom, den ontogenetischen Unterbau dazu. Hier nur die wichtigsten Parallelen: wie der Hypobuliker nicht motiviert, so urteilt der Schwindler nicht, das heißt beide nehmen keine langen und komplexen intrapsychischen Interpolationen; der Schwindler urteilt nicht nach Gründen, sondern er „reagiert auf Reize“, das heißt seine seelische Einstellung bildet sich nach sehr vereinfachten primitiven Gesetzen quantitativ dynamischer Art. Und sie bildet sich, so wie der Willensauschlag des Hypobulischen, oft rein unter der Einwirkung der aktuellen Sekunde, als punktförmiger Akt, ohne Zusammenhang mit Vergangenen und Künftigem oder mit der Gesamtpersönlichkeit; was ihm jetzt, in dieser Sekunde, durch seine Reizstärke aufschießt, einleuchtet, das erzählt der Schwindler auch schon und indem er es erzählt, hält er es für wahr. Und das so gewonnene Realitätsurteil bewegt sich in denselben elementaren Antagonismen, heute derselbe Gegenstand ganz wahr, morgen gar nicht wahr, ohne die prüfenden,

sichtenden Abstufungen und Übergänge wie beim vollsinnigen Real-menschen.

Es ist gut zu verstehen, wenn der konstitutionelle Hypobuliker und der geborene Schwindler parallele Hemmungs-mißbildungen auf ungefähr derselben Stufe sind, daß diese beiden Syndrome öfters kombiniert vorkommen. Jedenfalls ist es eine gesicherte empirische Beobachtung, daß die geborenen Schwindler in kritischen Situationen sehr häufig und oft mit spielender Leichtigkeit HR-Syndrome produzieren; und es ist auch einleuchtend, wie andererseits eine gewisse quecksilberne Labilität in der Urteilsbildung bei vielen Hysterikern dem wichtigen psychologischen Komplementvorgang der Verdrängung¹⁾ wesentlichen Vorschub gibt. Trotz dieser entschiedenen verwandtschaftlichen Beziehung zwischen beiden Komplexen werden wir doch lieber beistimmen, wenn er es unterstreicht, wie oft Pseudologie ohne Hysterie und noch viel häufiger Hysterie ohne Pseudologie vorkommt. Und es ist im Interesse der allmählichen Verdichtung und Klärung des verschwommenen Hysteriebegriffs zu begrüßen, wenn man jetzt fast durchweg den geborenen Schwindler und den geborenen Hysteriker klinisch getrennt behandelt.

5. Kapitel: Hypobulik und moderne Hysterielehren.

Mit der Darstellung des hypobulischen Apparates als solchen und all seiner Wechselbeziehungen innerhalb der Ausdruckssphäre haben wir etwas unternommen, was zu den hauptsächlichsten modernen Hysterieauffassungen nicht irgendwie im Gegensatz steht. Vielmehr werden die scheinbar auseinanderliegendsten Theorien und Beobachtungen zur Hysterie durch die Aufzeigung des hypobulischen Apparats auf einen gemeinsamen Nenner gebracht; und das ist der beste Beweis für seine empirische Wichtigkeit. Man wird vor allem bemerkt haben, wie sehr durch unsere speziellen Untersuchungen das bestätigt wird, was Kraepelin im allgemeinen mit seiner Theorie von den „stammesgeschichtlich uralten Schutzeinrichtungen“ im Auge hat²⁾, die er in

¹⁾ Ich betone hier nochmals ausdrücklich, daß ich mit meinen dynamischen Untersuchungen keinesfalls beabsichtige, die grundlegenden Ergebnisse der Forschung über Komplexwirkungen, Verdrängung u. dgl. beiseite zu schieben. Ich lasse vielmehr diese ganze Hälfte des Hysterie- bzw. Neurosenproblems hier absichtlich fort, weil die wesentlichen Tatsachen (wenn auch nicht immer die theoretischen Interpretationen) heute anerkannt sind und der Erörterung in diesem Rahmen nicht mehr bedürfen.

²⁾ Vgl. auch Jung: „Das Mitschleppen der infantilen Gefühlseinstellung“ oder „das anachronistische Festhalten der Infantilattitude“, Ausdrücke, die er im „Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie“ (Deuticke, Leipzig und Wien 1913) über die seelische Gesamthaltung von Neurotikern, speziell auch ihr Phantasieleben gebraucht.

hysterischen Symptombildern sich widerspiegeln sieht. Auch die Kraepelinschen Kennzeichen der Hysterie: „Die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der Gemütsbewegungen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfaltige körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen — werden aus der empirischen Analyse der gekoppelten HR-Gruppen recht in ihrer Eigenart verständlich. Das Entspringen der Symptome aus Vorstellungen (Möbius) findet erst in dem eigentümlichen Reizverhältnis zwischen den oberen seelischen Sphären und dem dissoziierten niederen Ausdrucksapparat seine dynamische Erklärung.

Die „erhöhte Suggestibilität“ der Hysterischen ist nur ein Teilbegriff der Hypobulik und was man als Hypnoseähnlichkeit an den hysterischen Bewußtseinsveränderungen besonders unterstrichen hat, das beruht auf der engen inneren Beziehung, die alle tiefen Seelenmechanismen unter sich haben. Die hypnotischen und autohypnotischen Mechanismen müssen wohl als ein Brudersyndrom der Hypobulik gewertet werden, sofern in den hypnoiden Zuständen gern hypobulische Zeichen (Katalepsie) hervortreten und umgekehrt die stärkeren hypobulischen Willensspannungen die geschilderte punktförmige Einengung des Bewußtseinsfeldes als solche in sich schließen und zumeist auch mit einer gewissen triebhaften Dumpfheit der Bewußtseinsinhalte einhergehen. Im hysterischen Anfall finden wir beide Syndrome, das hypobulische und das hypnoide aufs engste verschwistert und beide finden wir auch in den Paniksyndromen, wie in der atavistischen Gruppe der Reaktionen niederer Menschenrassen wieder. So legen sich auch die hypnoiden, wie die pseudologischen Mechanismen zwangslos und mit innerer Verwandtschaft an die hypobulische Kerngruppe des hysterischen Erscheinungskreises an. Auch das, was man beim Hysterischen als „Spaltung der Persönlichkeit“ (Bleuler) bezeichnet hat, findet in dem Doppelgängertum zwischen Hypobulik und Zweckapparat seine präzise Umschreibung.

Endlich haben wir nun auch von dem, was man als „das Unbewußte“ im Hysteriker bisher mit einem allgemeinen und unscharfen Ausdruck bezeichnete, ein weiteres Stück genauer präzisiert und umschrieben. Denn dieses „Unbewußte“ umfaßt einerseits den Verdrängungsmechanismus, den wir neulich etwas näher analysierten, andererseits aber alles das, was am hypobulischen im Verhältnis zum vollsinnigen Erleben minder scharf und differenziert ist. Wir verstehen nach unserer Analyse genau die Bahnen, auf denen „Komplexe“, gefühlsstarke Vorstellungsgruppen, auf die niederen Körper- und Seeleninstanzen einzuwirken vermögen und wir haben in dem

dynamisch durchschauten Triebwerk dieser abgespaltenen Unterinstanzen einen naturwissenschaftlich greifbaren Ersatz für die mehr mythologisierende Vorstellung von einem „Unterbewußtsein“.

Wenn man, wie Bleuler, das Wesentliche an der hysterischen Disposition in einer „starken, sehr schaltungskräftigen, aber labilen Affektivität“ sieht, so streckt in dieser Definition implizite ebenfalls die reflektorische, wie die hypobulische Komponente des hysterischen Symptomenaufbaus, wie wir sie hier getrennt und im einzelnen analysiert haben. Es ist nur wichtig, daß wir von der Gesamtaffektivität gerade den Teil, der zum Streben wird, die willensmäßige Zuspitzung derselben beim Hysteriker besonders ins Auge fassen. Denn erst von der Willensseite her betrachtet, wird die empirische Beobachtung der affektiven Eigentümlichkeiten des Hysterischen für das dynamische Verständnis der speziell hysterischen Mechanismen nutzbar. Eine sehr kräftige, aber labile Affektivität könnten wir, in ganz allgemeiner Fassung einer großen Anzahl von neuropathischen Individuen überhaupt nachsagen. Die affektiv-reflektorische Übererregbarkeit hat der Hysteriker mit ihnen allen gemein. Das spezifisch Hysterische aber ist die Art, wie diese kräftiglabilen Reflexmechanismen benutzt und weiter entwickelt werden von den Willenskomponenten, die in sie eingreifen.

Deshalb sagt auch Bleuler: „Die Hysterie hat als Krankheit einen Zweck.“ Und dieses Zweckvolle in der Hysterie, diese „Flucht in die Krankheit“, dieser „Wille zur Krankheit“, diese „Begehungsvorstellungen“, dieser „Defekt des Gesundheitsgewissens“, das ist es, was als Leitmotiv durch die verschiedensten modernen Hysteriedefinitionen immer klarer hindurchklingt und was die älteren Definitionen, die mehr in der Linie: Suggestibilität, Hypnose liegen, allmählich in den Hintergrund gedrängt hat. Das Charakteristische am hysterischen Typus sehen wir mit Bonhoeffer¹⁾ in dem Durchscheinen einer bestimmt gearteten Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung. Wenn wir diese moderne Entwicklungslinie des Hysteriebegriffs mit den Resultaten unserer Untersuchungen zusammenfassen, so dürfen wir vielleicht sagen:

Hysterisch nennen wir heute vorwiegend solche Neurosen, die ein Zweckmotiv enthalten und die sich aus den Gesetzen der Hypobulik und der willkürlichen Reflexverstärkung aufbauen.

Damit soll an dem immer noch in starker Entwicklung befindlichen Hysteriebegriff nichts dogmatisiert, sondern nur ungefähr der Krystalli-

¹⁾ Bonhoeffer, K., Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände..., Allg. Zeitschr. f. Psychol. 1911.

sationspunkt gezeigt werden, um den sich die meisten von den empirischen Erscheinungskreisen gruppieren, die wir im heutigen Sprachgebrauch klinisch gefühlsmäßig als Hysterie bezeichnen. Denn was wir Hysterie nennen wollen, das untersteht unserem freien Ermessen und niemand soll uns hindern, morgen den Schwerpunkt unserer Betrachtung nach einer andern Stelle zu verlegen, wenn dies unsere Erkenntnis fördert. Und erst wenn wir den ganzen Erscheinungskreis rundum erkannt haben, dann wollen wir nicht mehr sagen: dies oder jenes wollen wir heute Hysterie nennen — sondern: das ist Hysterie.