Die Willenstätigkeit bei Hysterischen und die funktionellen Phänomene.

Von

Dr. med. **Ernst Sokolowski** † (Freiburg i. Br.).

Herausgegeben von Fr. Ally Sokolowski.

(Eingegangen am 22. März 1915.)

Erster Teil.

Kraftproben für die Willensaktion Hysterischer.

I. Folgende Hauptsachen der Anamnese wurden mir gelegentlich von den Angehörigen einer Patientin mitgeteilt, die sich mir wegen verschiedener nervöser Beschwerden vorgestellt hatte: Die ca. 34jährige unverheiratete Patientin, Krankenpflegerin von Beruf, ist von klein auf ein ausgesprochener Fall von Pseudologia phantastica; hysterische Äußerungen traten erst im Pubertätsalter auf. Seit mehreren Jahren ist Patientin mit Eifer und Geschick in einer chirurgischen Klinik tätig. Im vergangenen Jahre habe Patientin über unerträgliche Schmerzen in der linken Nierengegend zu klagen begonnen. Objektive Symptome jeglicher Art fehlten fortgesetzt. Dabei habe ein kräftiges Allgemeinbefinden bestanden. Keine der im Laufe der Zeit angewandten Behandlungsmethoden hatte der Patientin Linderung gebracht. Allmählich hatte die Patientin den Wunsch nach einer Operation zu äußern begonnen. Letztere war ihr wegen vollkommenen Mangels der entsprechenden Symptome verweigert worden. Schließlich seien die Klagen der Patientin immer eindringlicher, das Benehmen während der Koliken auch den Ärzten immer bedenklicher und die Pflege für die Umgebung fast unmöglich geworden. Als dann eines Tages Konkremente im Nachtgeschirr gefunden wurden, hatten auch die Ärzte sich bemüßt gesehen, dem fortgesetzten Flehen der Patientin nachzugeben. So sei es gekommen, daß die Exstirpation der linken Niere vorgenommen wurde. Nach Zutagefördern einer vollkommen intakten steinfreien Niere habe der Chirurg ausdrücklich zugegeben, daß die Operation nicht nötig gewesen war. Daß die Patientin die Steine eigenhändig ins Nachtgeschirr praktiziert hatte, sei nachträglich allen Beteiligten klar gewesen. Ob die betreffenden Corpora delicti untersucht worden sind, habe ich nicht eruieren können. Vor der Operation war es nicht

geschehen, anscheinend im allgemeinen Freudentaumel über die plötzliche Klärung der durch ihre Ungewißheit alle Beteiligten quälenden Situation. Tatsache war, daß Patientin von nun an frei war von all den Beschwerden, die sie angeblich so intensiv und lange gepeinigt hatten. Sie trat ihren Beruf an und leistete schwere Arbeit mit gutem Erfolge. Gelegentlich prahlte sie mit dem Martyrium, das Opfer medizinischer Unwissenheit gewesen zu sein.

II.¹⁾ Wegen einer von Erregungszuständen unterbrochenen schweren Depression wurde dieselbe Patientin einige Jahre später in meine Anstalt gebracht, mit der Diagnose: „Langjährige Hysteria gravis und manisch-depressives Irresein neueren Datums“. Nach mehrwöchiger Behandlung mit Bettruhe und Dauerbad kam Patientin in einen Zustand, der ihre Entlassung gestattete. Freilich sollte sie sich fürs erste noch schonen, was sie aber nicht tat. Sie hatte im Gegenteil mit einem ihrer Umgebung sehr sichtbaren Aufopferungstrieb großen Tatendrang an den Tag gelegt. Nach einigen Monaten zeigte sich verändertes Wesen: Patientin begann über Schmerzen in der rechten Hälfte des Abdomens zu klagen. Die ärztliche Untersuchung hatte große Druckempfindlichkeit ohne irgendwelche Resistenzen ergeben; keine Temperatursteigerungen, auch sonst keine charakteristischen Symptome irgendwelcher Art, weder allgemeine noch lokale. Es wurde beschlossen, Patientin aus ihrer gewohnten Umgebung zu entfernen, sie wurde nach Petersburg gebracht, geriet dort in die Hände von Chirurgen, die von den Antezedenzien der Patientin nicht genügende Kenntnis nahmen. Jedenfalls wurde sie auf eine Appendicitis behandelt; freilich sollen mittlerweile Temperatursteigerungen hinzugekommen sein. Als alle Behandlung sich als erfolglos erwies, bestand Patientin stürmisch und fordernd auf eine Operation, die man ihr aber verweigerte, weil keine Indikation vorliege. Unterdessen war auf Bitte der Schwester der Patientin ein Bericht von dem Chirurgen, der schon früher den negativen Befund bei der Patientin festzustellen Gelegenheit gehabt hatte, an die behandelnden Ärzte geschickt worden; gleichzeitig auch ein Referat von mir über die neuropathologische Vorgeschichte der Patientin. Wie man sich denken kann, war nicht unterlassen worden, in diesem Referat das Zustandekommen der ehemals stattgehabten müßigen Nierenoperation zu unterstreichen. Nach einiger Zeit hatte man sich dennoch für die Operation entschieden und ein völlig normales Appendix entfernt. Man habe es schließlich trotz aller Warnung nicht für möglich gehalten, daß der Blinddarm der Patientin intakt sein könne. Patientin galt in der Folge für gesund und heiratete einen Arzt, der offenbar an der hochgradigen Pseudologia phantastica keinen Anstoß nahm und die dauernde Nähe einer Hysterica gravis nicht scheute.

¹⁾ Aufnahmejournal-Nr. 504.

III.¹⁾ Während meiner Studienzeit wurde in der inneren Klinik der Universität Dorpat ein hysterisches Bauernmädchen demonstriert. Anamnese und Status praesens hatten eine Anzahl nervöser Symptome ergeben, Stigmata und Accidents, aber eingeliefert war Patientin, weil sie seit längerer Zeit häufig Hämoptöe hatte. Nach mehrfacher Untersuchung behauptete Professor Unverricht kategorisch, daß Patientin sich selbst verletze, obgleich die Frage nach der Art der Verletzung offenblieb. Die Blutungen zeigten sich immer wieder, und der Professor blieb bei seiner Behauptung. Sicher war zunächst nur, daß das Blut von der **Mundschleimhaut** kam. Unausgesetzte sorgfältige Beobachtung der Patientin, Körpervisitationen und wiederholtes Durchsuchen des Bettes brachten keine Klarheit in die Situation. Erst nach längerer Zeit gelang es einer Nachtdujour durch geschicktes Fingieren von Schlaf, die Kranke zu überrumpeln und ihr eine Nadel, die bereits ganz verrostet war, zu entreißen. In der Folge wurde dann auch auf diesbezügliches direktes Befragen die ganze Geschichte der Selbstverwundung zugegeben, wenngleich unter sichtlichem Verdruß. Spezielle Beweggründe wurden von der Patientin in Abrede gestellt. Nebenbei gesagt, erregte der Fall in der Klinik noch ein spezielles Interesse, weil er Gelegenheit bot festzustellen, wie schwer es ist, an Schleimhäuten vertikal angelegte Stiche von kleinem Kaliber als solche zu erkennen.

IV.²⁾ Dr. Bollag³⁾ veröffentlichte einen Fall von Selbstverletzung sehr beharrlicher Art: Patientin Eva A. unterhielt heimlich eine Wunde am Fuß. Wie sich schließlich herausstellte, benutzte sie Jodtinktur zum fortgesetzten Aufpinseln auf dieselbe Stelle, ferner Knochensplitter vom Mittagessen, mit denen sie die gleiche Stelle an der Zehe maltratierte; schließlich riß sie sich den Nagel der Zehe aus. Es war ihr gelungen, eine dauernd eiternde Wundfläche zu unterhalten, die keiner Behandlung wich. In der Folge heischte die Kranke eine Amputation des Beines. Interessant war der Fall auch durch die sich an ihn knüpfende Polemik: wie der Titel des Artikels sagt, war Bollag der Meinung, die referierten Selbstverwundungen als „Zwangshandlungen“ auffassen zu müssen. Dabei ging aber aus dem sehr instruktiven Referat deutlich hervor, daß die im übrigen sehr gesunde Patientin gerade auf den von ihr eingeschlagenen Weg geriet in dem Verlangen, möglichst nachdrücklich einen pathologischen Zustand zu erzeugen.

¹⁾ Die Verwertung dieses Falles verdanke ich der liebenswürdigen Erlaubnis meines verehrten Lehrers, des Professors Karl Dehio, derzeitigen Direktors der Klinik für innere Krankheiten an der Universität Dorpat.

²⁾ Dieser und der folgende Fall sind in meinen Interessenkreis getreten, da ich V gelegentlich einer Diskussion zitiert, auf IV aber gelegentlich meine Einwände publiziert habe.

³⁾ Dr. Bollag, „Wiederholte Selbstverwundung infolge Zwangshandlung“. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte, 1. März 1897.

V. Das erste Augustheft des Zentralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie vom Jahre 1905 brachte ein Referat von Dr. Kölpin über eine Veröffentlichung des Dr. Weber¹⁾, das Kotbrechen bei funktionellen nervösen Erkrankungen betreffend: Verfasser und Referent meinen, daß diese Erscheinung ebenso wie hysterische Lähmungen, Spasmen usw. der Ausdruck eines abnormen Zustandes der Hirnrinde sei. Es beruhe auf einer sehr hochgradig gesteigerten Antiperistaltik; das hysterische Kotbrechen zeige sich in der Zutageförderung veritabler Faeces, während Miserere bei Volvulus usw. durch Erbrechen fäkalent riechender Massen gekennzeichnet sei. Diese vermeintliche Differentialdiagnose gibt aber gerade ein Argument, welches die Auffassung des Verfassers zunichte macht; auch durch die wütendste Gegenperistaltik läßt sich lediglich Dünndarmflüssigkeit herausbefördern, die sich wesentlich von dem unterscheidet, was man als Exkreme zu bezeichnen gewohnt ist. Eine gegenteilige Behauptung beruht auf Beobachtungsfehlern resp. Beobachtungsmangel. Gerade das ins Feld geführte differentialdiagnostische Moment hätte Herrn Weber darauf bringen sollen, alle nur erdenklichen Mittel anzuwenden, um die betreffenden Patienten in dem Moment zu beobachten, als sie den Kotballen in den Mund nahmen, um ihn unter ebenso begreiflichem wie natürlichem Würgen auszuspeien.

Solche Beobachtungen waren unterblieben. Ich aber behaupte mit absoluter Sicherheit, daß ein anderes Kotbrechen als das eben beschriebene auf hysterischer Grundlage nicht vorkommt; jedenfalls nicht, wofern Mastdarminhalt erbrochen wird. Für die Berechtigung dieser Behauptung habe ich in praxi einwandfreie Belege erlebt. Die Weber'schen Fälle sind geeignet, uns dringend davor zu warnen, daß das „funktionelle“ Gebiet zum Bergungshafen aller rätselhaften Erscheinungen gemacht werde, denn es ist, wie nachher besprochen werden soll, ein physiologisch genau bestimmbares.

VI. Als ich vor Jahren meine Stellung als Arzt in einer Irrenanstalt antrat, befand sich daselbst in der Frauenabteilung eine Oberwärterin in Dienst, welche kränklich war. Sie litt in den letzten Jahren, wie mehrfach ärztlich festgestellt worden war, an einem Spitzenkatarrh, hustelte, hatte mitunter Temperatursteigerungen bis 37,8 und gelegentlich Nachtschweiße. Da sie in ihrer Arbeit tüchtig war und im Umgang mit ihren Patienten viel Geschick bewies, nahm man die Dienstversäumnisse in Kauf, welche eintraten, wenn die Oberwärterin wegen Fiebers oder allgemeinen Übelbefindens zu Bett liegen mußte. Solche Zeiten der Verschlimmerung hatten übrigens eine sehr unterschiedliche Physiognomie: je nach Umständen vernachlässigte Patientin ihre Fieber-

¹⁾ Weber, Faecal vomiting and reversed peristalsis in functional nervous disease: a summary of cases and conclusions. Brain. Summer 1904.

erscheinungen in geradezu leichtsinniger Weise, ja ostentativ, und stürzte sich mit einer gewissen Aufopferungswut in die Arbeit. Dann wieder behandelte sie selbst ihr Kranksein mit großem Nachdrucke, versuchte die Dauer der Bettruhe tunlichst auszudehnen und beanspruchte viel Pflege und Bedienung. In solchen Fällen sprach sie in frohlockendem Ton vom baldigen Tode an ihrer „Schwindsucht“. Der Grundton der Gemütsstimmung ließ in beiden geschilderten Fällen eine gewisse Gehobenheit erkennen. In der Laienumgebung galt Patientin als „fröhliches Gemüt“. Immerhin hatte die erwähnte Ungleichheit des Benehmens schon früher Anlaß zur Untersuchung des Nervensystems der Patientin gegeben. Ich selbst hatte einmal Gelegenheit festzustellen, daß sämtliche Reflexe etwas lebhaft, die Schmerzempfindlichkeit unter der normalen Breite aber auf der ganzen Körperoberfläche gleich, die Lokalisation der Tast- und Schmerzempfindungen sehr ungenau und die Reaktion der Hautvasomotoren etwas langsam aber von normaler Intensität war. Im übrigen gab es — außer der erwähnten Lungen-erkrankung — nur negative Untersuchungsergebnisse.

Sehr auffallend war die stürmische Art und die Bedenkenlosigkeit, mit der die Oberwärterin häufig nach Morphininjektion verlangte. Solches geschah stets mit derselben Motivierung: daß es mit der Schwindsucht doch nicht zu leben wert sei und daß Morphin mehr als alles geeignet sei, die Misere des Lebens vergessen zu machen. Wie die Patientin selbst schilderte, hatte sie früher bei irgendeiner Gelegenheit an sich die Wirkung subcutaner Morphinanwendung kennengelernt.

Eines Tages rief man mich eilig in die Abteilung. Die Oberwärterin habe von ihrem Zimmer aus geschellt, und gleich darauf sei sie auf ihrem Bette in der Agonie vorgefunden worden. Als ich hinkam, ließ sich weder Atmung noch Pulsschlag mehr konstatieren. Die Pupille war verengt, die Cornea reaktionslos, der Körper noch warm. Eine Pravazsche Spritze lag im Bett neben der Patientin, und eine etikettierte Flasche mit Morphinlösung stand auf dem Bettische. Es wurden sofort Atropininjektionen gemacht, sowie auch künstliche Atembewegungen eingeleitet und etwa eine Stunde lang fortgesetzt. Dann kehrte die Patientin definitiv zum Leben zurück. Aus ihren nachträglichen Aussagen ging hervor: daß sie während der letzten ca. 6 Wochen Morphin subcutan gebraucht habe, welches sie sich auf illegalem Wege zu verschaffen verstanden, und daß sie schließlich beschlossen hatte, sich das Leben zu nehmen, und zwar nach Empfang eines Briefes, der sie darüber aufklärte, daß ihre bisherigen Verlobungsaussichten definitiv gescheitert waren. Nach allem, was sich feststellen ließ, mag Patientin sich die drei- bis vierfache Maximaldosis Morphin eingespritzt haben. Das Schellen kurz vor dem Ende könnte als eine nachträgliche Aufwallung des Bedauerns gedeutet werden, wiewohl das gerade beim Morphin-

tod (NB. unmittelbar vor dem Exitus) als etwas sehr Ungewöhnliches aufzufassen wäre. Patientin selbst gab an, sich nicht zu erinnern, daß sie geschellt habe.

Infolge obigen Vorfalles verließ die Oberwärterin auf eigenen und ihrer Angehörigen Wunsch die bisherige Stellung, lebte fortan im Kreise der Familie und kränkelte zusehends. Der Morphingebrauch wurde für immer sistiert. Im Laufe der nächsten Zeit spann sich um ihre Person zwanglos ein gewisser Nimbus, und sie selbst lebte von Stund an in und von ihrem Martyrium; erstens als verlassene Braut, zweitens als Selbstmörderin und drittens wegen ihres nach dem stattgehabten Shock sehr erschütterten Nervensystems. Bald entwickelte sich der tuberkulöse, bis dahin stationäre Zustand der Lungen in schnellerem Tempo. Die Patientin begrüßte diese Tatsache mit unverhohlener Freude. Es hätte ihr nichts ihrer Lebensanschauung Adäquateres widerfahren können. Wie sie es häufig mit Genugtuung vorhergesagt hatte, starb sie sehr bald an flagranter Phthisis pulmonum.

Für das hysterische Herbeisehnen und begierige Aufgreifen organischer Erkrankung ist obiger Fall ein Prototyp. Auch ist er von Bedeutung, weil selbst nach Kenntnisnahme der Persönlichkeit und der einschlägigen Umstände keine definitive Entscheidung darüber getroffen werden konnte, ob ein Suicid in der Absicht gelegen hatte oder nur ein Tentamen. Es ist mehrfach vorgekommen, daß bei derartigen Tentamina die Dosierung des Giftes versehentlich oder aus Unkenntnis zu hoch gegriffen wurde und die betreffenden Patienten unbeabsichtigt eingingen. Ich glaubte, im konkreten Falle die letztere Möglichkeit ausschließen zu sollen. Die nachträglich festgestellten Tatsachen schienen die Aussage der Patientin zu bestätigen, daß sie sich, solange sie bewegungsfähig gewesen, Spritze auf Spritze (deren jede 0,015 Morphin enthielt) — in Summa angeblich acht an der Zahl — einverleibt habe. Dann seien ihr die Sinne geschwunden.

VII.¹⁾ Im Frühjahr 1905 trat eine 22jährige ledige Patientin in meine Nervenheilanstalt ein, um sich nach der Behandlung in einer chirurgischen Klinik zu erholen. Patientin verfügte über große körperliche Gesundheit und Kräfte. Man hatte ihr ein künstliches Bein angelegt, weil ihr ein Wagen der elektrischen Straßenbahn einen Oberschenkel zermalmt hatte. Die kurze Geschichte dieses Unglücksfalles wurde von der Patientin mit einer Offenheit, die ein teils vertrauensseliges, teils zynisches Gepräge trug, folgendermaßen geschildert: Sie habe sich schon lange unnütz in der Welt gefühlt; im Elternhause „verkommen“ könne sie nicht; um etwas sie Befriedigendes zu leisten fehle ihr die Ausbildung, selbständig etwas zu unternehmen, die Energie. Dann reifte in ihr der Entschluß, sich unter den Tramwagen zu werfen.

¹⁾ Journal-Nr. 1125.

Sie wurde überfahren und verlor dabei ein Bein. Das Wesen der Patientin war, wie sich während ihres Anstaltsaufenthalts feststellen ließ, im höchsten Grade zerfahren, meist aufgeregt, oft depressiv. Mit einem überraschenden Freimut explizierte Patientin, daß das eigene Interesse an der veränderten Situation und die häufig geäußerte Teilnahme der Umwelt nun ihr Lebensinhalt seien, ihr Trost gäben und sie geradezu stärkten. In der Tat sättigte sich Patientin sehr augenfällig am Nimbus ihrer bewiesenen Energie. Der Laienumgebung stellte Patientin sich mit schlecht verborgener Genugtuung als Selbstmörderin vor. Daß Patientin ihre blühende Gesundheit gegen ein Krüppeltum vertauschen mußte, erschien vielen tatsächlich höchst ergreifend, obgleich Patientin im Umgang als zänkisch, verlogen, aufdringlich, prahlerisch und nymphomanisch gemieden wurde. Auch stillte Patientin ihren Ehrgeiz an der Force majeure, die nunmehr ihr müßiges Dasein hinreichend entschuldigte. Gegenüber dieser Stellungnahme der Patientin das entsprechende persönliche wie therapeutische Verhalten zu beobachten war ebenso schwierig wie erfolglos. Füglicherweise gab Patientin (auch in der Folge) von dem neuempfundenen Lebensreiz und Lebensinhalt nichts mehr heraus.

VIII.¹⁾ Infolge gekränkten Ehrgeizes und einiger Mißerfolge während der Studien in einem pädagogischen Seminar, zum Teil auch durch die Bitternis tatsächlich erlittener Ungerechtigkeit waren bei einer 19jährigen Patientin plötzlich und gleichzeitig im Hüft-, Knie- und Fußgelenk des rechten Beines Ankylosen aufgetreten. Patientin war bis zu jenem Tage von blühender Gesundheit. Die Mutter ist „sehr nervös und aufgeregt“. Die beim Eintritt in die Anstalt vorgenommene Untersuchung ergab, abgesehen von den Ankylosen, lauter negative Befunde. Das rechte Bein befand sich in Extensionsstellung, das Fußgelenk dorsalflektiert. Bei eingehender Prüfung konnte über die Abhängigkeit dieser Stellung von willkürlicher Innervation kein Zweifel bestehen. Auf das schweigsame, im übrigen psychisch robuste Wesen der Patientin wollte ich mich noch nicht verlassen; daher wurde für alle Fälle und um eingehende Beobachtung und Beurteilung des Falles zu ermöglichen, eine systematische Kur mit Massage, Gymnastik und Bädern, später vom Arzt geleitete Steh- und Gehübungen in Angriff genommen.

Nach einigen Monaten waren die Ankylosen verschwunden, und das einsilbige Wesen hatte sich allmählich gegeben. Bedauerlicherweise mußte Patientin wegen Mittellosigkeit zu früh aus der Anstalt entlassen werden. Die langdauernde Regungslosigkeit der rechten unteren Extremität hatte immerhin zur Folge gehabt, daß die Beweglichkeit des rechten Fußgelenkes nicht ganz frei war und die Wadenmuskulatur nach der langdauernden Untätigkeit die der linksseitigen noch nicht

¹⁾ Journal-Nr. 258 und 357.

erreicht hatte. Aus diesem Grunde blieb Patientin noch unter ambulanter ärztlicher Aufsicht und ließ sich außerdem täglich in einem orthopädischen Institut behandeln. Bald war sie so weit, daß sie bereits Tennis zu spielen begann. Da, als sie sich eines Tages bei den Übungen unlustig benahm, passierte dem behandelnden Orthopäden bedauerlicherweise der Lapsus, daß er ihr sagte, sie solle sich nicht anstellen. Von Stund an waren alle drei Ankylosen wieder da, und es kostete viel Opfer an Zeit und Mühe, bis die Patientin wieder in den schon einmal erreichten Zustand gebracht war.

Mit einer gesunden Arbeitslust trat Patientin dann nach schließlich beendeter Kur eine feste Stellung an und erledigte ihr Tagewerk als Erzieherin mit Ernst und Erfolg. Etwa ein Jahr darauf schrieb sie gleichzeitig an ihre Mutter und mich und machte eingehende Mitteilung über die Art und Weise, wie sie dazu gekommen sei, Monate hindurch ihr Bein (auch in unbeobachteter Situation) steifzuhalten. Eine ausgesprochene Schaffens- und Lebensunlust habe sie moralisch so depraviert, daß sie trotz der Armut der Mutter doch von einer unüberwindlichen Krankheitssucht nicht habe freikommen können. Sie habe sich zeitweilig auch mit Selbstmordgedanken getragen, aber schließlich doch im Patiententum den Ausweg gefunden, wie sie sich allen Pflichten und Anforderungen vor sich selbst und vor der Welt entzog. Ihr Unrecht sei ihr aber schon während ihrer Krankheit immer bewußter und quälender geworden, und das zwingt sie auch jetzt zur Beichte. Zum Schlusse folgt nun die herzliche Bitte um Verzeihung wegen der Hartherzigkeit gegen die Mutter, wegen des Undankes, mit dem sie alle Mühen der Ärzte gelohnt habe und wegen des Betruges.

Patientin ist bis heute als Lehrerin tätig und erfreut sich guter Gesundheit in jeder Hinsicht.

Wie sich aus nachstehendem ergeben wird, glaubte ich dieses Falles nicht nur wegen der bewiesenen Konsequenz Erwähnung tun zu sollen; er erschien mir auch wichtig wegen des stürmischen Rezidives, wegen des freimütigen Bekenntnisses und schließlich, weil er ein Paradigma für eine akute Daseinsform der Hysterie ist, gewissermaßen einer Hysterie ad hoc, die sich aber in ihrem Wesen durch nichts von lebenslänglicher Hysterie bei Degenerierten schlimmster Observanz unterscheidet.

Zweiter Teil.

Bemerkungen zur Terminologie und Literatur.

Für die Publikation der obigen Bruchstücke, deren jedes in seiner Art seine Bedeutung und Bestimmung hat, war die Veranlassung eine mehrfache:

Erstens erschien sie geeignet, um mit den Ärzten aller Spezial-

bekenntnisse — die Neuropathologen nicht ausgenommen — die praktische Frage zu rekapitulieren: welcher Grad von Umsicht und Vorsicht für die Beurteilung der Krankheitserscheinungen Hysterischer erforderlich ist.

Zweitens sollen die zitierten Beispiele an die theoretisch bedeutungsvolle Tatsache erinnern: in welcher barocken Gestalt die Willensaktion bei vorhandener Hysterie aufzutreten vermag.

Drittens verbindet sich der Wunsch nach einer Motivierung dieser Erscheinung mit dem Bedürfnis, für alle Inhalte des anscheinend so dehnbaren Krankheitsrahmens einerseits und seine immer noch sehr mannigfaltigen Definitionen andererseits einen Generalnenner zu statuieren.

Es ist erforderlich, daß ich an dieser Stelle folgende zwei Dinge ausdrücklich betone:

Erstens sind Teil I und III dieser Arbeit vor 7 Jahren entstanden. Mit den Arbeiten Alfred Adlers¹⁾ wie auch mit den Verhandlungen des Wiener Kongresses war ich damals nicht bekannt. Da sie mir aber nachträglich zugänglich geworden sind, will ich mir Mühe geben, ihnen in diesem in meine Arbeit eingeschobenen Teile gerecht zu werden.

Da sich nun in meiner Arbeit Gesichtspunkte und Prinzipien finden, die sich mit denen Alfred Adlers decken, möchte ich die Gelegenheit nicht verabsäumen, mich des Mittels zu bedienen, welches mich von vornherein vor dem etwaigen Vorwurf bewahren muß, mich mit fremden Federn geschmückt zu haben: ich mache darauf aufmerksam, daß ich meine Behauptungen (und auch das, was Alfred Adlers Anschauung ist) bereits im Jahre 1896 publiziert habe, und zwar im Juniheft des Zentralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie (Vorgänger der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie).

Mein Aufsatz entstand unter ausdrücklicher Berücksichtigung und Namhaftmachung der Arbeiten Pierre Janet's.

Ich stellte damals die Definition auf: „**Hysterie ist Kranksein als Äquivalent des psychischen Gleichgewichtes bei subjektiv empfundener Unzulänglichkeit entarteter Individuen.**“ An einer anderen Stelle behauptete ich: „Der Simulant will krank scheinen, der Hysterische — krank sein.“ In Zukunft möchte ich, beiden Sätzen Rechnung tragend, definieren: Hysterie ist der Wille zum Kranksein.

Zweitens scheinen in Berücksichtigung der Adlerschen Arbeiten folgende terminologische Erwägungen am Platze zu sein: Ich habe im nachstehenden unter „Hysterie“ zusammengefaßt, was den Willen zum

¹⁾ Dr. Alfred Adler, Über den nervösen Charakter. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1912.

Kranksein äußert. Gewiß könnte man mit demselben Recht als Hysterie den „weiblichen Überbau“¹⁾ über den „männlichen Protest“¹⁾ bezeichnen. Oder will man die Äußerung des männlichen Protestes so nennen? oder bereits den „nervösen Charakter“²⁾

Auf dieses alles kommt es weniger an. Mir war im nachstehenden lediglich daran gelegen, mich möglichst verständlich zu machen, und ich wählte zu diesem Behuf eine Bezeichnung, von der ich voraussetzen durfte, daß sie allgemein verstanden wird. Die obigen Erwägungen legen den Gedanken nahe, daß es auf den Namen „Hysterie“, wie eben gesagt, ganz und gar nicht ankommt; um so weniger, als er geeignet ist, Mißdeutungen zu begünstigen. Der Name wie auch die seinerzeit und bis heute fatale sexuelle Fundamentierung wurden erschlichen. Nur weil die Lebensauffassung einer als „Hysterie“ bezeichneten Kategorie Entarteter dem weiblichen Wesen adäquat ist, weil füglich das numerische Überwiegen der weiblichen Hysterischen ein erdrückendes ist, schließlich aber, weil die Konflikte des weiblichen Lebens sich in der Hauptsache auf sexuellem Gebiete abspielen, hatte man sich zurechtgelegt, daß die Hysterie sexueller Provenienz sei. Tatsache bleibt aber, daß lebhaftere Nachfrage nach einem Terminus technicus und einem Sammelnamen für eine Kategorie von Kranksein besteht, dessen Träger bei aller Buntheit der Äußerungsformen sämtlich das Tertium comparationis verraten und als das Wesentliche und die Synthese erkennen lassen: den Willen zum Kranksein. Wichtig ist, daß es für das Wesen des betreffenden Prozesses gleichgültig ist, ob jener Wille sich in der Intensität und Unablässigkeit des eventuell sogar erfolglosen Suchens oder im Willkommenheißen des eventuell sogar ungesuchten Fundes ausspricht.

Ich will zugeben, daß in Berücksichtigung aller heute vorliegenden psychoanalytischen Arbeiten der Sache am besten gedient wäre, wenn man sich darauf einigen wollte, als Hysterie alle weiblichen Methoden der Sicherung¹⁾ im männlichen Protest zusammenzufassen. Unter ihnen aber würde sich theoretisch folgerichtig und praktisch notwendig die Kategorie derjenigen abheben, die die Flucht in die Krankheit bevorzugen; also gewissermaßen eine „Nosophilie“ feststellen lassen.

Demnach ist also die Nosophilie in jedem Fall hysterischer Provenienz, aber nicht jeder Fall von Hysterie involviert Nosophilie. Nichtsdestoweniger werden Hysterie und Nosophilie in den meisten Fällen unbeschadet promiscue gebraucht werden können. Denn der weibliche Sicherungsapparat wird meist im Rahmen des Krankseins funktionieren, jedenfalls als irgendeine Unpäßlichkeit zutage treten. Der Plan, nach welchem dieser ganze Überbau konstruiert ist, beruht

¹⁾ Dr. Alfred Adler, Über den nervösen Charakter. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1912.

ja auf dem Erstreben eigener Hilfsbedürftigkeit und Nachsicht der Umwelt. Folgende Übersicht scheint mir jedenfalls nicht unpraktisch:

1. der nervöse Charakter schließt einen hemisozialen Zustand ein und äußert sich im

2. männlichen Protest, d. h. im Erstreben gewisser Äquivalente für normale Lebenswerte und Inhalte. Hierbei werden allerlei Umwege betreten, Überbauten ausgeführt und Sicherungen angelegt, darunter:

3. die weiblichen Sicherungen (= Hysterie), die alle Methoden umfaßt, welche auf passives Zurgeltungkommen hinauslaufen. Unter ihnen spielt die Flucht ins Kranksein eine wesentliche und die häufigste Rolle, also:

4. eine Nosophilie, d. h. der Wille zum Kranksein.

Somit glaube ich mich mit der Terminologie des „Vereins für freie psychoanalytische Forschung“ nicht im Widerspruche zu befinden, wenn ich die von mir besprochenen Patienten konsequent als Hysterische bezeichne. Im übrigen wäre es wahrscheinlich praktisch, für sie künftig die Bezeichnung „Nosophilie“ einzubürgern.

Dritter Teil.

Zur Definition der Hysterie.

Die obige Anno 1896 von mir aufgestellte Definition der Hysterie, die ich hier als den „Willen zum Kranksein“ formuliere, besagt also folgendes:

1. Nicht jeder Entartete kommt dazu, seine Unzulänglichkeit als solche zu empfinden; so z. B. der Debile, auch der Imbezille.

2. Bevor auf dieses subjektive Empfinden eingegangen wird, muß Klarheit darüber herrschen, daß es an sich weder Degeneration noch Kranksein präjudiziert. Es kommt in jedem normalen Geistesleben, und zwar in allen Graden der Bewußtheit vor, und zwar um so bewußter, je vollständiger die Gehirntätigkeit, und um so weniger bewußt, je weniger entwickelt diese ist; wie z. B. beim Kinde. Welchem Gegenstande oder Gegensatze das Subjekt sich gegenüber sieht, bleibt für alle Fälle gleichgültig. Wichtig ist hier, daß besagtes Empfinden normaliter Reaktionen auslösen kann, die wir im Rahmen der Hysterie wiederfinden. Eine solche Reaktion ist der Opisthotonus; a priori nur eine Ausdrucksform gesteigerter Unlustgefühle. Sie läßt sich u. a. bei kleinen Kindern, sogar bei Säuglingen, beobachten; darunter Individuen, die keineswegs disponiert sind, jemals irgend etwas Pathologisches in ihrem Zustande oder Wesen zu äußern. Kommen wir aber zu den Entarteten zurück, so muß ins Auge gefaßt werden, daß die Bedeutung des Bewußtwerdens subjektiver Empfindung sehr zurücktritt, und zwar je ausgesprochener der Grad der Degeneration, um so

geringer ist die Aussicht, daß die Bewußtseins-elemente zu Beziehungspunkten werden für das Entstehen eines Verständnisses, und daß der Motordrang als normale Willenstätigkeit Verwendung finde. Diese Überlegung ist wichtig u. a. für die Beurteilung der Kinderhysterie.

Andererseits wird subjektiv Empfundenes um so ausdrücklicher als Verständnis, ja „Erkenntnis“ oder wenigstens „Kenntnis“ und „Wissen“ eingeschwärzt werden, je dürftiger die Tätigkeit des entarteten Gehirns ist. Wir können also schlechtweg von degenerierten Empfindungen sprechen, d. h. wir können den Grad des Verständnisses und damit die etwaige Rechenschaft vernachlässigen, die das betreffende Individuum sich über Wesen und Gegenstand des Empfundenen ablegt¹⁾.

Aber weiter: nicht jeder Degenerant, der die eigne Insuffizienz empfindet, also versteht, gelangt deshalb zu einem Verlangen nach psychischem Gleichgewicht, nach einem Ausgleich zwischen den eigenen und des Lebens Anforderungen. In gewissen Fällen ist jenes Empfinden lediglich identisch mit dem Empfinden des Gegensatzes, in welchem sich das Individuum gegenüber den Einengungen von seiten des sozialen Systems befindet. Auf der Flucht vor Einengung, zumal beim Deutlichwerden eines Scheideweges, wird schleunigst abgeschwenkt.

Als solchen Unbekümmerten haben wir den Verbrecher (i. e. uomo delinquente) aufzufassen, auch die Prostituierte und schließlich den Vagabunden. Also die Antisozialen, Leute, die sozusagen ihren Austritt aus dem sozialen System angezeigt haben.

3. Das Bedürfnis nach irgendeiner Art Gleichgewicht schließt das — wenn auch noch so unzureichende — Funktionieren eines Hemmungsapparates ein. Aber nicht alle Entarteten, die im Empfinden der eigenen Unzulänglichkeit nach einem Gleichgewicht oder Ausgleich suchen, geraten gerade auf „Äquivalente“. Ein Teil gibt das Suchen und sich selbst früher oder später auf, wie der Selbstmörder; ein anderer Teil findet tatsächlich eine Art Ausgleich: er fügt sich in den Rahmen des bürgerlichen Lebens und findet Stellung innerhalb des sozialen Systems, eventuell mit gleichzeitiger, mehr oder weniger motivierter religiöser Bekehrung resp. Erleuchtung.

4. Unter denjenigen aber — nennen wir die Hemisozialen²⁾ —, die sich schließlich mit „Äquivalenten“ behelfen, ist es wiederum nur ein gewisser Prozentsatz, der gerade dem Kranksein zutreibt. Es gibt außer diesem ja viele andere Äquivalente, wie das Klosterleben, der

¹⁾ Fall I, VII und VIII dokumentieren verschiedene Stadien des Verständnisses, also der Bewußtheit; verschiedene Grade der Klarheit dieser Rechenschaft. I bekannte die Tat. VII die Ätiologie der Tat, VIII die Ätiologie des ganzen Zustandes.

²⁾ Dieser Ausdruck wird sich mutmaßlich mit demjenigen decken, was bei Alfred Adler unter „nervöser Charakter“ verstanden wird.

Alkoholismus, Abenteuerdrang, Flagellantentum, systematischer Bettel, allerlei Perversitäten und „Originalitäten“, kurz das Parallelogramm der verlorenen Kräfte, dessen Größe und Konfiguration einerseits vom motorischen Drang und andererseits von den disponiblen Hemmungen abhängt. Es liegt in der Natur der Sache, daß die eben genannten Äquivalente und die durch sie eröffneten Perspektiven nicht allen Anwärtern zugänglich sind; so z. B. kleinen Kindern.

5. Aus der großen Zahl wesensgleicher Individuen nimmt also nur ein kleiner Teil den Kurs aufs Kranksein. Zum Überflusse sei unterstrichen, daß der ablaufende psychische Prozeß auch hier mit dem Willen zu einem Äquivalent¹⁾ — als solchen — anhebt; ob dieser die Gestalt des Alkoholismus, des Flagellantentums oder schließlich des Krankseins annimmt, ist von sekundärer Bedeutung. Es handelt sich um lauter gleichwertige Modi des Sichauseinandersetzens mit den Konflikten des Daseins, so den inneren wie den äußeren. Es ist die Wahl des Umweges angesichts der Wegscheide.

Woher aber der Wille gerade zum Kranksein im Gegensatze zu den anderen obengenannten Äquivalenten?

Mir will es scheinen, als ließe sich das gemeinsame Moment in den seinerzeit eingehend von mir besprochenen²⁾ und hier (VII) kurz repetierten Anlässen leicht erkennen. Sei es, daß die Methode mehr den Charakter des Bergungshafens oder den eines Umweges resp. „Abweges“ trägt, sei es, daß sie, um mit Adler zu reden, einen Überbau oder eine Sicherung vorstellt — es handelt sich allemal um die Benötigung eines Generalkompromisses mit des Lebens Mächten, gültig für die Lebensdauer oder ad hoc. Diese Mächte können sehr primitiver Art sein und lediglich in stark gesteigerten Unlustgefühlen bestehen, wie bei der Hysterie kleiner Kinder. Oder sie treten in Gestalt eines Unfalles auf, wie bei Gelegenheit der sogenannten traumatischen Neurosen. Der direkt durch den Shock ausgelöste Symptomenkomplex kann mit und ohne Hysterie der nämliche sein. Das Entstehen des besagten Kompromisses³⁾ präjudiziert natürlich ganz bestimmte persönliche Anlagen und vor allem ein dem insuffizienten Gehirn entsprossendes Verlangen, sich vom Leben streicheln zu lassen. Das oft ganz unklare aber lebhafte Bedürfnis, geschont und von allerlei Zumutungen und Erwartungen — in erster Linie den eigenen — verschont zu werden, gestaltet sich ganz spontan zu einem Anspruche und schließt zu einer Forderung ausdrücklicher Pflege. Am reinsten ist diese psychische Signatur an der Kinderhysterie zu erkennen.

¹⁾ In der Hauptsache wohl ein psychischer Hergang, der bei Alfred Adler „männlicher Protest“ heißt.

²⁾ l. c.

³⁾ Bei Adler: weibliche Sicherungen.

Bei der Hysterie Erwachsener zeigt sich — der Natur der Sache und der größeren Zahl psychischer Möglichkeiten entsprechend — zwar dasselbe Element, aber in viel muntereren Farben und grelleren Lichtern und in Varianten, die verhängnisvollerweise zu unzureichender Beurteilung und zu ungerechter Behandlung der betreffenden Individuen verleiten.

Die hysterische Lebensauffassung markiert sich also in dem folgerichtigen Doppelverlangen: erstens nach Sanktion¹⁾ der Flucht vor des Lebens Anforderungen und Rauigkeiten, zweitens nach Beachtung, Nachsicht, Mitleid und Trost²⁾. Je nach den individuellen Qualitäten wird das eine oder das andere dominieren resp. zurücktreten. Worauf es ankommt, ist, daß die Hysterie beiden psychischen Regungen Spielraum bietet, vor allem aber, daß es nur einen Modus gibt, dem besagten Doppelverlangen a tempo Genüge zu schaffen, nämlich: das Kranksein. Angesichts der winkenden Preise läßt sich die Dornenkrone selbst schwerer Leiden ertragen, noch lieber freilich die Gloriole eines größeren oder wenigstens eines kleineren Martyriums. Der Verzicht auf alles von Krankheits wegen Versäumte und Geopferte ist natürlich unabsehbar und entzieht sich von vornherein aller Kontrolle. Hier liegt eine Fundgrube stets unerfüllter Ansprüche des Patienten und damit ein nicht versiegender Brunnen der Leiden wie des Martyriums.

Es ist leicht zu verstehen, wenn hysterische Individuen unbeliebte Genossen sind. In erster Linie ist solches naheliegend, d. h. am schnellsten klargestellt, im bürgerlichen Leben: wer nicht in der Lage ist, der degenerativen Grundlage hinreichend Rechnung zu tragen, der kann einer Lebensaufgabe nicht gerecht werden, die es vereinigen will, die Segel zu streichen, aber gleichzeitig den Wind darin zu behalten. Das gesellschaftliche Leben ferner wird durch das Heischen von Rücksicht gestört und schließlich das Familienleben verwüstet durch das Durchsetzen des Willens zum Kranksein und die eo ipso gestellten Anforderungen an Pflege. Und das potenziert sich, wie nicht anders zu erwarten, in den Fällen, die durch den Mangel an Symptomen gekennzeichnet sind, welche der Laienwelt einleuchten könnten. Ich denke hierbei an die vielen Patienten, welche ebenso erfolglos wie beharrlich mit der Mahnung „sich zusammenzunehmen“ und mit dem Tadel, daß sie „sich gehen lassen“, traktiert werden. Am schwierigsten gestaltet sich natürlich die Lage, wenn das hemisoziale Wesen der Hysterie sich bereits nach der asozialen Seite neigt, wie in den Fällen I und VII (*Pseudologia phantastica*).

Trotz alledem ist die eben besprochene, viel gefürchtete und gemiedene Lästigkeit — also das anti- resp. asoziale Element — nichts für die Hysterie Pathognomisches, wie solches von der Laienwelt oft

¹⁾ Bei Adler: männlicher Protest.

²⁾ Bei Adler: weibliche Sicherung.

angenommen wird. Eine solche Auffassung käme schon durch die Fälle in Fortfall, die sich an der Satisfaktion des eigenen Leidens zu erwärmen vermögen, geliebt und gehegt von ihrer Umgebung. Es handelt sich allenfalls um jenes oft glänzend akuierte hemisoziale Moment, von dem Seite 163 schon die Rede war.

Verständlich und vollkommen logisch ist aber, daß die vielen zu Hause nicht verstandenen Hysterischen wo anders, vor allem beim Arzte, Rettung suchen und den Wunsch erkennen lassen, sich mit ihm solidarisch zu wissen. In der Natur der Sache liegt es freilich, daß der Hysterische den Arzt a priori nicht brauchen kann, denn dieser ist sein berufener Gegner, der Bekämpfer dessen, was des Patienten Lebensinhalt ist und sein soll. Andererseits ist alles und jeder hochwillkommen, wofern er oder es zur Unterstreichung der Situation beitragen und eine Staffage und Folie des Krankseins liefern kann. Das Ideal also würde sein und ist in der Tat: erstens möglichst viel ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, und zweitens: sie vergeblich in Anspruch zu nehmen. Hierzu gehört dann folgerichtig auch das Bestreben, etwaige objektiv nachweisbare therapeutische Erfolge zu leugnen, ja zu hintertreiben, wenigstens in Frage zu ziehen. Am willkommensten freilich ist es, wenn beide Möglichkeiten vereinbar sind, d. h. wenn alle vergeblichen therapeutischen Mühen von jemandem ins Werk gesetzt sind, der für die Stellung eines Vertrauensmannes geeignet ist und jenen Erwartungen genügen kann, indem er der verständnisinnige Sekundant und Dolmetsch des Patienten in seinem rastlosen Ankämpfen gegen die „verständnislose“ Umgebung wird.

Aus dem Durcheinander der aus solcher Lage sich ergebenden, teils persönlichen, teils sachlichen an den Arzt gestellten Anforderungen und dem Bestreben ihnen zu genügen, ergeben und ergaben sich die Umwege, die von der psychoanalytischen Schule für Diagnose und Therapie in Vorschlag gebracht wurden. Die Notwendigkeit des Umweges als solchem ist von vornherein einleuchtend, denn der Arzt, der lediglich dasjenige, was sich in der Anamnese und im Status eines hysterischen Patienten ergibt, schulgerecht in Behandlung nehmen wollte, wäre einem Zuschauer zu vergleichen, der die Güte der Theatervorstellung nach der Malerei des Vorhanges und der Kulissen beurteilen will.

Mit wieviel Berechtigung die Psychoanalyse gerade ihre Wege wandelt und empfiehlt, kann und soll hier nicht erörtert werden. Es sei nur der Meinung Ausdruck zu geben gestattet, daß die Psychoanalyse durchaus keinen Anspruch auf eine alleinseligmachende Rolle erheben kann.

Der Schwerpunkt liegt auf der Notlage, die direkten Wege meiden zu müssen. Das indirekte Moment als solches ist's, worauf es ankommt, indirekte Wege aber gibt es viele und verschiedene.

So für jede Therapie der Hysterie, wie überhaupt, möchte ich an dieser Stelle von neuem¹⁾ auf den Unterschied hinweisen: der Simulant will krank scheinen, der Hysterische krank sein. Der zweite dieser psychischen Hergänge präjudiziert Entartung, der erste keineswegs eo ipso. Die ärztliche wie die persönliche Behandlung dieses Invalidentums muß aus der gründlichen Kenntnisnahme des Wesens dieses pathologischen Bildes aufgebaut sein; mit dem Klebenbleiben an einzelnen Symptomen läßt sich nichts erreichen.

Die Fälle, in denen — NB. unter der Voraussetzung des inneren Verständnisses für Ursache und Wesen der Hysterie — die Niederkämpfung des Willens zum Kranksein kurzerhand erledigt werden kann und auch erledigt wird, sind freilich für jeden Psychiater und Neuropathologen erkennbar, ebenso aber auch die Gefahren, die mit den Methoden einer abortiven Therapie verknüpft sein können. Wie beim Abdämmen eines Stromes dessen Andrang, so wächst beim Fehlschlagen abgekürzten, zumal brüskten Verfahrens die Gewalt, mit welcher der Wille zum Kranksein sich durchzusetzen bestrebt ist (VIII).

Nicht nur solche Fälle, sondern überhaupt die von uns als Hysterie bezeichnete Anomalie ist als solche in gewissem Sinne medizinischer Artefakt; nicht insofern, als sie von der Medizin und deren Fortschritten erzeugt, wohl aber insofern, als die Hysterie durch diese gehegt und sozusagen auf den Markt gebracht wird. Ohne die Medizin und die Ärzte des letzten Jahrhunderts würde ebendasselbe Invalidentum in ebendenselben Daseinsformen existieren, wie es immer existiert hat, aber eine seiner hauptsächlichen Lebensadern würde nicht pulsieren. Denn die Nachfrage wäre geringer.

Diese Überlegung sollte alle Therapie der Hysterie auf einer Feststellung der (nicht nur psychischen) persönlichen Qualitäten des Patienten aufbauen. Die Behandlung muß vom stetigen Versuch begleitet sein, dem Patienten seiner Qualifikation entsprechende Werte zugänglich zu machen; Werte, die dem Willen zum Kranksein das Wasser abgraben, wenigstens aber neben ihm bestehen können. Die eventuell aufgesuchte Anstalt soll den hysterischen Individuen als Vorbereitungs-klasse für das bürgerliche, soziale und familiäre Leben dienen. Mit dieser Möglichkeit müßte der gesamte Zuschnitt des ärztlichen und sonstigen Betriebes jeder Nervenheilanstalt rechnen können.

Der Schlußstein aller mühevollen Detailarbeit an hysterischen Individuen beruht natürlich auf einer möglichst eingehenden Beratung und Assistenz bei dem Übergange resp. der Rückkehr des Patienten aus dem Anstaltsgehege ins bürgerliche Leben. Mit einigem Scharfsinn und etwas Übung werden sich die Fälle heraus erkennen lassen, in denen

¹⁾ Vgl. I. c

alle solche Mühe vergeblich wäre; es handelt sich dann meist um Patienten, die bereits von Hand zu Hand gegangen sind und ihren Willen zum Kranksein in den verschiedensten Lebenslagen durchzusetzen die Möglichkeit hatten. Also Artefakte in des Wortes schlimmster Bedeutung.

Nach allem Gesagten scheint es mir auf die Form und den Rahmen nicht mehr anzukommen, in denen sich das Kranksein abspielt. Diese werden samt der Intensität der Willensäußerung, wie gesagt, vom Grade des verfügbaren motorischen Dranges resp. Hemmungsmangels abhängig sein, aber auch von dem Umstande, ob im gegebenen Falle lediglich die entsprechende degenerative Lebensanschauung als das ursächliche Moment anzusprechen ist, oder ob außerdem ein direkter akuter Anlaß als Agent provocateur mit beteiligt war. Demnach gäbe es verschiedene Erscheinungsformen der Hysterie, auf deren Unterschiede es aber in Ansehung der gemeinsamen Hauptsache nicht ankommt: eine chronische (VI und VII), eine akute oder Hysterie ad hoc (VIII), eine exacerbierende oder Gelegenheitshysterie (I und II), ferner eine kongenitale, d. h. von Kindheit an geäußerte (VI), und eine entstandene (III). Schließlich wird die jedesmalige individuelle Bewertung des Zieles dem ganzen psychischen Gebilde seinen Stempel aufdrücken. So viel ist klar: für die größere Opferfreudigkeit und Leidenschaft springt mehr heraus; eine überstandene Operation oder gar ein freiwilliges Krüppeltum in blühendem Lebensalter gibt die Anwartschaft auf andere Preise des Martyriums als etwaige Ankylosen oder mißlungene Selbstmorde. Diese stellen ihrerseits wieder vieles andere in Schatten, wie Harnverhaltungen (auf funktioneller Grundlage, aber auch ohne solche)¹⁾, Nahrungsverweigerung (mit funktioneller Behinderung des Schlingaktes, aber auch ohne eine solche), Vomitus (mit funktionell entleertem Magen- oder gar Dickdarminhalt) und ähnliche Phänomene. Freilich machen es ja viele, je nach den subjektiven und objektiven Beweggründen mit geringerem Aufwande: Temperatursteigerungen durch Reiben oder Erhitzen des Thermometers, Erzeugungen von Blut im Nachtgeschirr durch Hineinpraktizieren von rotem Fruchtsaft, Unterstützen von elender Gesichtsfarbe durch Nachhelfen äußerlicher oder innerlicher Anwendungen. Von psychologischer Wichtigkeit ist bei allen diesen Methoden des *corriger la fortune* einzig und allein der elementare Drang, sich in die Rolle i. e. in die Lage des Patienten hineinzu fühlen, zu denken und zu leben; der Eindruck auf die Umwelt ist von sekundärer Bedeutung und nur ein willkommenes resp. unumgängliches Mittel beim Erstreben und Durchsetzen der ersehnten Pflege.

Schließlich verwerten viele Hysterische vorhandene Krankheiten

¹⁾ Bei längerer Andauer des Füllungs- und Spannungszustandes der Blase entsteht sekundär eine akute Parese des M. detrusor, die dann ihrerseits eine *Retentio urinae* organischer Provenienz zur Folge hat.

zur Sättigung ihres Willens (VI) oder sind mit allerlei funktionellen Störungen hinreichend beschäftigt. Wo aber gar nichts Pathologisches oder Anormales zu heben ist, wofern sich dem Individuum für sein Kranksein keine Krankheit bietet, da ist eben — NB. bei geringerem motorischen Drang — ein Sichhineinfinden und schließlich in der Not das Fingieren von allerlei Beschwerden der Lückenbüßer. Aber gerade die letztgenannten Patienten begrüßen begreiflicherweise jede interkurrente organische Erkrankung als eine Erlösung von aller Qual und als die Errettung vor den beleidigenden Zweifeln der Umwelt, ja, als eine Erquickung (VI).

Allen oben zitierten Erscheinungen ist bei ihrer sonstigen Unterschiedlichkeit der Wille zum Kranksein gemeinsam und wesentlich entscheidend, auch für die Patienten (und darauf kommt es hier an), die in Ermangelung des Tatsächlichen phantasieren oder erfinden.

Die übrigen bisher geläufigen Definitionen der Hysterie werden nie befriedigen, weil sie vor dem disjunktiven Urteil nicht standhalten können. Ich lasse sie geflissentlich beiseite und möchte nur auf den Gesichtspunkt eingehen, der uns veranlaßt, die Hysterie den „funktionellen Neurosen“ zuzuzählen. Und hier bin ich bei dem vierten und letzten Beweggrunde für diese Publikation angelangt.

Es wäre an der Zeit, daß die Wissenschaft dem Wesen der „funktionellen“ Alterationen — an sich und im allgemeinen — nun endlich gerecht werde und deren Grenzen nach ihren physiologischen Gesetzen präziser umstecke. Dann würde das „Funktionelle“ von dem ungehörlichen Charakter der Sphinx und die praktische Medizin von einem entwürdigenden Ruhekissen befreit werden. Wie mir bekannt, befindet sich ein wesentlicher Beitrag zur Klärung dieser Frage in einer anderen Werkstatt bereits in Arbeit¹⁾.

¹⁾ Nach einigen, mir von seiten des auf seinen Wunsch noch ungenannten Autors zur Verfügung gestellten Daten läßt sich der Nachweis erbringen, daß die als „funktionelle Störungen“ bezeichneten Krankheitserscheinungen genau demselben Entstehungsmechanismus unterlagen, wie die entsprechenden, bei grobanatomischen Erkrankungen zutage tretenden Erscheinungen, nur mit dem Unterschiede, daß während dort die zur Funktionsstörung führenden Reize grobphysikalischer oder grobchemischer Natur sind, und daher auf den in Frage kommenden funktionellen Apparat einen unmittelbaren Einfluß ausüben können, es sich hier um die primäre Wirkung vom Nervensystem ausgehender und durch nervöse Leitungsbahnen auf das nämliche Angriffsobjekt übertragener Reize handelt.

Die klinisch oft völlige Übereinstimmung rein funktioneller Störungen mit solchen grobanatomischen Ursprungs findet demnach in der Tatsache, daß beide in letzter Instanz identisch sind, ihre Erklärung. Ohne auf die diese Auffassung begründenden Spekulationen obigen Autors irgendwie eingehen zu können, glaube ich doch betonen zu müssen, daß bei Anerkennung dieser Sachlage das Wesen der funktionellen Störungen auf eine ebenso reale Grundlage gestellt würde, wie das aller durch grobanatomische Ursachen bedingten Funktionsanomalien.

Bisher muß immerzu mit dem Unfug gerechnet werden, daß erstens alles Rätselhafte als „funktionell“ (V) bezeichnet wird, und zweitens, daß alles Funktionelle „hysterisch“ genannt wird, sobald es im Gesichtskreise eines Arztes auftaucht. Auch physiologisch wohl begründete Phänomene tragen daher ihren Namen nur, wofern sie keinen anderen haben; mit anderen Worten: wofern sie keine anatomisch herbuchstabierbaren Erscheinungen sind.

Es müßte doch der Tatsache mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, daß einerseits diese Funktionsstörungen (resp. Hemmungen) im menschlichen Organismus auch unter solchen Bedingungen existieren, welche sie nicht zu der Deutlichkeit der Äußerung und nicht zu der Ausdrücklichkeit der Bedeutung gelangen lassen, wie solches bei hysterischen Individuen tatsächlich der Fall ist. Ihr Dasein äußern die funktionellen Phänomene auch im Rahmen anderer Krankheiten, speziell Neurosen, hervorgerufen durch Shock, Berufsermüdung oder Zwangsvorstellungen, wie ferner unter ganz unpathologischen Verhältnissen, provoziert durch Ursachen, die teils bekannt, teils unbekannt sind. Wir dürfen schließlich nicht übersehen, daß es Menschen gibt, die allerlei Funktionen ihrer Organe zu wecken verstehen oder ihre diesbezüglichen Anlagen und Fähigkeiten systematisch ausbilden, ja berufsmäßig und als Erwerbsquelle verwenden, wie die indischen Fakire. Andererseits aber ist es ja bekannt, daß ein nicht unbedeutender Prozentsatz aller Hysterischen überhaupt keine „funktionellen Störungen“ aufweist.

Auch in der Mehrzahl der oben herangezogenen Fälle waren funktionelle Anomalien nicht vorhanden, oder so geringfügig, daß sie gegenüber anderen vernachlässigt werden können, ja müssen.

Vorausgesetzt, daß wir an dieser Stelle den strengen Ausschluß aller oben besprochenen autosuggestiven, erträumten, erdichteten und fiktiven Symptome im Auge behalten, müssen folgende zwei Tatsachen als festgestellt betrachtet werden:

Erstens die Häufigkeit der funktionellen Phänomene bei Hysterischen; denn sie sind nicht nur ein Rüstzeug, welches, von vielen Menschen unbenutzt, sich den Willen zum Kranksein sehr zwanglos an die Hand gibt, sondern sie können auch direkt durch diesen Willen nach Maßgabe seiner vorhandenen Energie hervorgerufen werden. (I und II Schmerzen und Koliken.)

Nachdem der schon längst bekannte Einfluß, den psychische Vorstellungen sowohl auf die Tätigkeit innerer Organe, wie auf periphere, ebenfalls dem vegetativen Nervensystem unterworfenen Vorgänge ausüben, durch in neuerer Zeit angestellte exakte Forschungen über die Beziehungen des autonomen und sympathischen Nervensystems zum Zentralnervensystem auch eine physiologische Grundlage erhalten hat,

dürfte die Bedeutung des Willens als eines auch die sonst unwillkürlichen somatischen Funktionen beeinflussenden, sie sogar bestimmenden Faktors kaum mehr von der Hand zu weisen sein. Wir werden daher im gleichzeitigen Hinblick auf die in der Anmerkung Seite 269 wiedergegebenen Gesichtspunkte auch die von der Psyche ausgehenden, gegen ein bestimmtes Organ oder bestimmte Körperteile gerichteten Willensimpulse als ein Agens ansehen dürfen, durch dessen Wirkung innerhalb der die Funktionen jener Teile regulierenden, nervösen Apparate irritative oder depressive Zustände und damit funktionelle Störungen hervorgerufen werden können.

Zweitens die Intensität der funktionellen Phänomene gerade bei Hysterischen, zuwege gebracht durch die stetige Steigerung, man kann sagen Ausbildung, die ihnen zuteil wird. Denn sie treten in den Dienst des ausschließlich und unausgesetzt auf ein und dasselbe dominierende Ziel gerichteten und sich in seiner Energie akkumulierenden Willens, des Willens zum Kranksein. Auf einer Abwägung von Hemmungen und Bahnungen der vorhandenen Kräfte beruht ja alle Vervollkommnung, alle „Übung“. Ein Maximum der Kräfte ist ein von vornherein fixiertes und beschränktes. Aber es finden nicht nur Bahnungen und Hemmungen statt, sondern die Bahnungen und Hemmungen können auch nach Bedarf ausgeschaltet werden. Es ist also nicht nur das Maß der „Übung“ zu berücksichtigen, das den Meister macht, sondern auch der Sparbetrieb, der sich für die disponiblen Kräfte ergibt, dieselben vor Zersplitterung und Verzettelung bewahrt und daher für den Hauptzweck immer wieder in Bereitschaft hat. Und an der Hand intensivsten Gebrauches kommen „Bahnungen“ resp. Hemmungen zustande, welche so häufig dem Alltagsleben völlig unbekannte Erscheinungen zutage fördern, Phänomene, die begreiflicherweise nicht anatomisch quitiert werden können.