Hysterische Erkrankung und hysterische Gewöhnung.

Von

Ernst Kretschmer (Tübingen),

d. Z. ordin. Arzt der Nervenstation Res.-Laz. Mergentheim
(Chefarzt Stabsarzt Dr. Meißner).

(Eingegangen am 19. Mai 1917.)

Es soll hier das Grenzgebiet zwischen „Hysterie“ und „Aggravation“, zwischen Nichtkönnen und Nichtwollen behandelt werden, wo es dem Arzte obliegt, den Teil eines Symptombildes, der dem freien Willen des Patienten erreichbar ist, abzuschätzen gegen den anderen, der, eigentlich krankhaft, als automatischer Nervenvorgang abläuft. Auf diesem medizinischen Gebiet leiden wir nicht sowohl unter der mangelnden Einsicht in das innige Verwobensein beider Komponenten — des Nichtwollens und Nichtkönnens — in vielen und gerade in den praktisch wichtigsten hysterischen Zustandsbildern, als vielmehr unter einer gewissen Verschwommenheit und Begrifflosigkeit, die es auch dem gewissenhaften Begutachter oft nur erlaubt, zu einem mehr gefühlsmäßigen als objektiv belegbaren Urteil zu kommen.

Die Erkenntnis von der Notwendigkeit einer grundsätzlichen Trennung zwischen all den Formen nervös minderwertiger Veranlagung, die zu hysterischen Reaktionen disponiert sind — nennen wir sie hier der Einfachheit halber „hysterisch“ — und bestimmten, auf psychische Einwirkungen entstehenden Reaktionsformen, die wir wiederum als hysterisch bezeichnen, also die Trennung zwischen „hysterischer“ Veranlagung und hysterischer Erkrankung hat sich weithin durchgesetzt. Die eine Seite dieser Erkenntnis, nämlich daß hysterische Reaktionen häufig auch außerhalb „hysterischer“ Anlage, zum Beispiel unter entsprechender Erlebnisstärke beim relativ Gesunden vorkommen, ist durch die Kriegserfahrungen neu bestätigt. Für unsere jetzige Betrachtung ist nur die andere Seite wichtig, nämlich, daß die echte hysterische Erkrankung, also eine automatisch unwillkürliche Störung des Nervensystems, nicht die einzige Reaktionsform ist, die dem hysterisch Veranlagten zur Verfügung steht. Dem Neuropathen dieser Art steht vielmehr, je nach dem Grade seiner ethischen Erziehung und den äußeren Umständen, als Schutzapparat für seine geringere Tüchtigkeit im offenen Lebenskampf die ganze Skala der Ausweichmechanismen von der bewußten Simulation über die hypochondrische Gewöhnung bis

zur „Flucht“ in die außerbewußt wirkende Krankheit offen. Ja diese ganze Skala, mit Einschluß der vollen Simulation, ist mit gewissen naheliegenden Einschränkungen eben nur dem hysterisch Veranlagten leicht zugänglich. Dem vollsinnigen Menschen ist eine langdauernde und komplizierte Simulation durch seine kräftigen natürlichen Lebensimpulse ebenso erschwert, wie er durch seine Klugheit vor plumper Augenblickssimulation geschützt ist; dem Hysteriker dagegen ist die Vortäuschung einer Krankheit durch seine die Automatisierung von Willensvorgängen begünstigende Nervenbeschaffenheit erleichtert. Wir können also praktisch (mit Ausnahme besonders zwingender äußerer Konstellationen) die Krankheitsvortäuschung, da wo sie einzeln auftritt, vorwiegend als Symptom hysterisch minderwertiger Veranlagung auffassen. Die Simulation steht als scheinbar freieste Willenshandlung in demselben nahen Abhängigkeitsverhältnis zu bestimmten psychischen Anomalien, wie auf anderem Gebiet etwa der Selbstmord. Theoretisch ist diese Ansicht wohl unwidersprochen; praktisch aber besteht immer wieder die Neigung, die Differentialdiagnose zwischen „Hysterie“ und „Simulation“ so zu behandeln, als ob auf der einen Seite eine fest begrenzte Krankheitseinheit, auf der anderen eine vollkommen normale, rein moralisch zu bewertende Willkürhandlung stünde und nicht vielmehr Simulation, hypochondrische Einbildung und neurologisch greifbare Hysterie drei Sprossen aus derselben Wurzel der „hysterisch“ minderwertigen Anlage wären. Es muß daher von vornherein klar formuliert werden:

Der Nachweis hysterischer Veranlagung und hysterischer Begleitsymptome im Befund beweist (nach Ausschluß einer organischen Erkrankung) nichts für eine echte hysterische Erkrankung. Dieser Nachweis ist vielmehr ebenso wichtig für die Diagnose „Simulation“ und „falsche Gewöhnung“.

Damit kommen wir zu unserer eigentlichen Aufgabe, nämlich der Begriffsbestimmung und diagnostischen Abgrenzung der drei Hauptgruppen, die aus unserem Stoffgebiet gebildet werden sollen: der hysterischen Erkrankung, der hysterischen Gewöhnung und der hysterischen Vortäuschung.

Der mittlere Begriff der hysterischen Gewöhnung ist hierbei das Wesentliche, weil er nach beiden Seiten hin der Abgrenzung bedarf und im klinischen Sprachgebrauch bisher nicht geläufig ist. Es gilt hier die Gruppe hysterischer Erscheinungen klar abzusondern, die nicht als Vortäuschung, ebensowenig aber als Krankheit im praktischen Sinne des Wortes aufgefaßt werden darf. Auf den Begriff der Aggravation brauchen wir nicht besonders einzugehen, weil er, sofern er nicht als unklarer Sammel Ausdruck für das ganze Grenzgebiet gebraucht wird,

einfach eine teilweise Vortäuschung bedeutet. Als hysterische Erkrankung bezeichnen wir alle diejenigen Störungen, die keinen direkten Konnex mit der Willenssphäre haben; als hysterische Gewöhnung (oder genauer als falsche Gewohnheit auf Grund hysterischer Anlage) alle Anomalien, die bei subjektiver Krankheitsüberzeugung objektiv, wenn auch vielleicht erschwert, dem direkten Willen zugänglich sind; als hysterische Vortäuschung endlich solche, bei denen die ehrliche Krankheitsüberzeugung mehr oder weniger vollständig fehlt.

Wir bestimmen also den Grad, bis zu dem eine hysterische Anomalie Krankheitswert besitzt. Von diesem Gesichtspunkt muß der andere, nämlich die Frage nach dem Grad des Gesundheitswillens klar getrennt werden. Es liegt auf der Hand, daß auch die echtste hysterische Erkrankung einem schlechten Gesundheitswillen ihre Lebenskraft verdanken, wie umgekehrt, daß eine hysterische Gewöhnung vorwiegend nur auf Ängstlichkeit und Urteilsfehler beruhen kann. Sagt doch nicht einmal der Nachweis bewußter Simulation über den Grad des Gesundheitswillens direkt etwas aus, wenn man bedenkt, daß nicht so selten eine Vortäuschung mehr aus „Liebe zur Kunst“, als mit bewußter Zweckmäßigkeit ausgeführt wird. Ein klares praktisches Urteil werden wir bekommen, wenn wir an jeden Fall beide Maßstäbe: den des Krankheitswertes und den des Gesundheitswillens gesondert anlegen und in der Diagnose beides unvermischt zum Ausdruck bringen.

Im übrigen braucht wohl kaum betont zu werden, daß die Bezeichnung „echte Krankheit“ in dieser Abhandlung nur relativ im Gegensatz zur Gewöhnung gebraucht wird, daß damit keine Stellungnahme zu mehr psychologischen oder physiologischen Theorien in der Hysterielehre beabsichtigt ist. Ebenso wenig zielt die Abstufung des Krankheitswertes zwischen Erkrankung und Gewöhnung auf einen Unterschied in der Leichtigkeit der Heilung auf suggestivem Wege; sie bezieht sich vielmehr lediglich auf die Mitbeteiligung des bewußten Willens am hysterischen Symptombild und damit auf die praktische Frage der Zurechnungsfähigkeit.

Wie unterscheiden wir nun klinisch eine hysterische Erkrankung von einer hysterischen Gewöhnung? Nehmen wir einige geläufige Entstehungs- und Entwicklungstypen einfacher psychogener Körperstörungen:

Fall I. a) Vor dem Musketier A. schlägt eine Granate ein; ein Splitter streift seine rechte Hand, von diesem Augenblick an hat er einen schnellen rhythmischen Schütteltremor des rechten Armes.

b) Der Musketier B. hat eine druckempfindliche Streifschußnarbe an der linken Schulter. Ein früherer Arzt hatte ihm gesagt, daß die Armnerven verletzt seien. Bei einem mehrtägigen großen Reisemarsch mit voller Packung spürt er unter

dem Druck des Tornisterriemens auf die Narbe, daß der linke Arm immer schwächer wird, bis nach einigen Tagen der Arm völlig gelähmt, schlaff und blaurot herunterhängt.

c) Der Dragoner C. erkrankt durch Infektion im Stalldienst an einer schweren Blutvergiftung und liegt viele Wochen bei großer Schwäche ruhig zu Bett. Wie er das erstmal wieder aufzustehen versucht, bemerkt er, daß beide Beine empfindungslos und gelähmt sind.

Fall II. a) Der Armierungssoldat D. bekommt bei der Schanzarbeit bei nasser Witterung rheumatische Schmerzen im rechten Knie mit etwas Schwellung und Fieber. Er legt das Bein im Bett ganz still in halber Beugstellung; aktive und passive Bewegung des Knies geht glatt, macht aber Schmerzen.

b) Die objektiven rheumatischen Symptome sind nach einigen Tagen verschwunden. Da Pat. subjektiv keine Besserung angibt, wird er weiter behandelt. Er liegt dauernd im Bett und hält das rechte Bein stets sorgfältig in halber Beugstellung fixiert. Als er nach einigen Wochen nachuntersucht werden soll, leistet er beim Versuch, das Knie zu strecken, mit seinen Oberschenkelbeugern zähen, aktiven Widerstand, wobei er eine mehr lebhaft ausdrucksvolle, als sehr tiefgehende Schmerzáußerung von sich gibt. Auch außerhalb des Bettes humpelt er stets mit gebogenem rechtem Knie unter flüchtigem Aufsetzen der Fußspitze und äußerster Schonung des rechten Beines umher. Auf wiederholten, sehr energischen Befehl streckt er unter sichtlicher Anstrengung das Knie und bewegt es ein paarmal richtig, um dann sofort in die alte Stellung zurückzukehren.

c) Einige Wochen später ist die Schmerzáußerung nur noch oberflächlich konventionell, die motorische Stellung aber unverändert hartnäckig.

d) Pat. wird noch längere Zeit exspektativ mit Bettruhe behandelt. Nach einem Monat ergibt der Streckversuch am rechten Knie einen gleichmäßig elastischen zähen Widerstand der Beuger, der dem Pat. keine Mühe macht und von dessen Aufmerksamkeit unabhängig ist. Auch nachts im Schlaf bleibt die Beugstellung fixiert. Pat. vermag das Bein mit aller Kraft nicht zu strecken. Nach weiteren zwei Monaten findet sich vielleicht eine absolut harte, unbewegliche Beugecontractur.

An diesen Beispielen können wir die beiden Hauptentstehungstypen und auch die Eigenart der daraus hervorgegangenen verschiedenen klinischen Gruppen anschaulich entwickeln. Die drei Fälle der Gruppe I sind vielfach voneinander verschieden: Der Schütteltremor des ersten ist apoplektiform unter akutester Schreckwirkung entstanden, die Monoplegie des zweiten subakut im Verlauf einiger Tage unter einem leichten, anhaltenden Unlustreiz, die Paraplegie des dritten mit unbestimmbarem Beginn während eines chronischen, erschöpfenden Krankheitslagers. Wesentlich gemeinsam ist aber allen drei Fällen, daß schon ihr erster Beginn außerhalb der Sphäre des bewußten Willens liegt. Der Patient verhält sich rein passiv gegenüber einer Störung, die von seinem Körper Besitz ergreift, er ist Zuschauer bei einem Naturvorgang, von dessen Wurzeln in seinem Seelenleben er keinen Begriff hat. Der klinischen Form selbst, unter der die Störung auftritt, wohnt keine direkte Zweckmäßigkeit gegenüber der auslösenden Schädigung inne, und endlich ist diese Ausdrucksform so, daß sie weder von dem Gegenwillen des Erkrankten ohne weiteres bezwungen, noch von dem

Willen eines Gesunden völlig nachgeahmt werden kann, also eine Funktion des Nervenapparates darstellt, die von seinen physiologischen Funktionsmöglichkeiten wesentlich verschieden und deshalb diesen gegenüber neurologisch präzise abgrenzbar, etwas spezifisch Krankhaftes ist. Alle hysterischen Störungen, die diese beiden Hauptmerkmale der unwillkürlichen Entstehung und der neurologischen Begrenzbarkeit aufweisen, bezeichnen wir als primäre hysterische Erkrankung.

Ein anderes Bild geben die verschiedenen Entwicklungsphasen des Falles II. Das Stadium a) stellt eine leichte körperliche Erkrankung dar, die eine zweckmäßige Schutzstellung eines bestimmten Körperteils zur Folge hat. Diese Stellung ist ebenso absichtlich wie objektiv berechtigt und bietet noch kein neurologisches Interesse. Desto wichtiger ist dagegen das Stadium b) und c). Wir sehen hier auf zwei verschiedenen Stufen, wie unter der scheinbar gleichbleibenden äußeren Ausdrucksform einer einfachen physiologischen Zweckhandlung sich deren beide Komponenten: die sensible Ursache (der Gelenkschmerz) und deren motorischer Effekt (die Beugstellung) allmählich dissoziieren. Die Tatsache, daß im Stadium b) der echte organische Gelenkschmerz psychogen fixiert in ein leeres hysterisches Schmerzschatenbild übergegangen ist, ist für unsere Betrachtung zunächst nicht wesentlich. Dagegen ist folgendes von Bedeutung: in der Zeit, wo der Schmerz an Echtheit, vielleicht auch an subjektiver Wichtigkeit, abgenommen hat, wo er aus etwas wirklich Empfundenern zur formelhaften Geste geworden ist, bis er zuletzt vielleicht abblähte und ganz verschwand, hat die motorische Fixation, ursprünglich nur die beherrschte Dienerin des Schmerzes, eine eigene, wesenhafte Selbständigkeit gewonnen. Hier braucht es als Zwischenglied keinerlei absichtlicher Vortäuschung oder Übertreibung; die Emanzipation untergeordneter psychophysischer Mechanismen von dem bewußten Zweck oder Affekt, dessen Ausdruck sie ursprünglich gewesen waren, ist etwas echt Hysterisches. Und doch handelt es sich auf der anderen Seite auch noch nicht um eine Krankheit. Wenn ein Schulkind in dem falschen, aber subjektiv unmittelbar empfundenen Gefühl, so besser schreiben zu können, zu einer schiefen Körperhaltung kommt und nachher Mühe hat, diese eingeschliffene Innervation seiner Körpermuskulatur mit seinem Willen wieder zu beseitigen, so wird es niemand einfallen, dieses Kind als krank zu bezeichnen. Genau dieselbe psychische Konstellation haben wir bei unserem Armierungssoldaten im Stadium b) und c): Ein falsches, aber subjektiv reales Gefühl, daraus entsprungen eine ursprünglich zweckvolle Haltungsanomalie, die durch Einschleifung ihrer motorischen Bahn allmählich sich vom Willen zu emanzipieren beginnt. Der Unterschied liegt nur in der psychischen Konstitution, die in beiden Fällen der Ab-

weichung zugrunde liegt: Dort kindliche Unreife, hier hysterische Veranlagung; auch die letztere aber bedeutet so wenig eine Krankheit, wie ein enger Brustkorb eine Tuberkulose bedeutet.

Damit ist nach beiden Seiten hin der Begriff der hysterischen Gewöhnung deutlich umschrieben. Eine Gewöhnung, wie die vorliegende, die unmittelbar aus dem Physiologischen entspringt, bezeichnen wir als primäre hysterische Gewöhnung, die der primären hysterischen Erkrankung sowohl durch ihre Entstehung in der Willenssphäre, wie durch ihre, im Formkreis des physiologisch Möglichen liegende Symptomatik entgegengesetzt ist. Ihr Gebiet erstreckt sich von dem Beginn der Loslösung eines Nervenvorgangs von seiner natürlichen Ursache bis zu seinem völligen Ausscheiden aus dem Willensbereich, wobei zwischen der Phase b), wo das Abbild der Ursache noch ins Zustandsbild hineinragt, und der Phase c), wo die Ursache in der Hauptsache geschwunden ist, nur ein Gradunterschied besteht. Häufig bleibt es auch bei der Phase b). Die Differentialdiagnose des Zustandsbildes der primären hysterischen Gewöhnung stützt sich gegenüber der hysterischen Erkrankung darauf, daß sie auch vom Gesunden wohl einige Zeit lang nachahmbar ist, daß sie auf energischen Befehl oft vorübergehend korrigiert werden kann, daß also neurologische Abnormitäten (das heißt Nervenmechanismen, die außerhalb des physiologisch Möglichen liegen) fehlen. — Das Stadium d), wo aus der Gewöhnung ein hysterischer Spasmus, das heißt eine echte Erkrankung entstanden ist, bedarf keiner gesonderten Besprechung. Diese sekundären hysterischen Erkrankungen auf Grund hysterischer Gewöhnung unterscheiden sich nur durch ihre Entstehungsweise, aber nicht mehr durch ihre Symptomatik von der primären hysterischen Erkrankung, und sind praktisch dieser gleichzuachten. —

Mit unserem Fall II haben wir nur die wichtigste Entwicklungsform der hysterischen Gewöhnung, nämlich die Entstehung aus einer Zweckhandlung betrachtet; es genügt, darauf hinzuweisen, daß auch die Affektausdrucksbewegungen Ausgangspunkt für hysterische Gewöhnungen werden können; denken wir nur an das Blinzeln, Zusammenschrecken, Taumeln, Keuchen, Zittern, wie es alte Kriegsneurotiker so oft bei entsprechendem Anlaß gewohnheitsmäßig hervorbringen, bei Willensanspannung aber unterdrücken können. Außer solchen Affektreflexen geben auch rein biologische Reflexe manchmal Gewöhnungen ab, sofern sie in der Willenssphäre gelegen sind: gewohnheitsmäßiges Husten, Räuspern u. dgl. — „Lazarethhysteriker“ wie in dem Beispiel II, das heißt Soldaten, die ihre Hysterie erst im Lazarett ausgebildet haben, liefern zwar einen besonders großen Teil der hysterischen Gewöhnungen, doch entstehen solche häufig genug auch direkt im Frontdienst, so etwa ein gewohnheitsmäßiges Hinken aus Fußschonung bei überanstrengen-

dem Reisemarsch, eine merkwürdige Rumpfhaltung nach Prellung im Kreuz.

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich der verschiedene Krankheitswert, den wir den einzelnen klinischen Ausdrucksformen der Hysterie beimessen können. Als hysterische Krankheiten werden wir insbesondere anerkennen den echten hysterischen Schütteltremor, den echten hysterischen Spasmus und die echte schlaffe Lähmung. Dabei werden wir einen Schütteltremor als echt krankhaft nur dann mit Sicherheit ansprechen, wenn er rhythmisch und beständig ist; auf die viel häufigeren inkonstanten und atypischen Schüttelformen werden wir später zu sprechen kommen. Ob es sich um echten Spasmus oder (dies ist wiederum das Häufigere) um gewohnheitsmäßige, willkürliche Muskelspannung handelt, ist schon nach Gesichtsausdruck und Mitarbeit anderer Körpermuskeln beim passiven Bewegungsversuch meist leicht zu entscheiden; der echte Spastiker, sofern er nicht starken Schmerz empfindet, sieht diesem meist so gelassen zu, als ob ein fremder Gegenstand vor seinen Augen bewegt würde. Von einer echten schlaffen Lähmung, wie sie besonders als Mono-, Hemi- und Paraplegie auftritt, werden wir nur sprechen dürfen, wenn wir eine einigermaßen beständige und deutlich palpable Muskelatonie feststellen können; Analgesie und Cyanose werden als Begleitsymptome selten vermißt werden. Von diesen echten Lähmungen sind die „abulischen“ Schwächezustände bestimmter Gliedmaßen grundsätzlich zu unterscheiden; sie haben keinen Krankheitswert im Sinne unserer Definition; sie sind unvollständig, durch Stimmung und äußeren Befehl meist stark variabel und entbehren objektiver neurologischer Symptome. Aus der großen Zahl der gewohnheitsmäßigen, zum Teil auch direkt gemachten Ungeschicklichkeiten der Bewegung sind die viel selteneren echten Innervationsentgleisungen auszusondern, die unter den Begriff „Krankheit“ fallen. Die Grenze der Krankheit reicht hier so weit, als das gleichmäßige Ansprechen der Muskeln innerhalb des physiologischen Verbandes der Muskelgruppe oder die Zusammenarbeit der engsten Antagonisten gestört ist. Wo, wie bei den gewöhnlichen pseudoataktischen Gang- und Haltungsstörungen nur die grobe Zusammenarbeit der in sich richtig funktionierenden großen Muskelverbände mangelt, da ist ein Vergleich mit echten Koordinationsstörungen nicht am Platz; es handelt sich dann nicht um neurologische Abnormitäten, sondern um gewohnheitsmäßig fixierte falsche Willensrichtung. Der Übungsversuch zeigt in diesen letzteren Fällen, daß die falschen Bewegungen und Stellungen bei detaillierter Anleitung schon in der ersten Sitzung vom Patienten auf dem direkten Willenswege korrigiert werden können. Eine besonders schwierige Gruppe bilden die Tics; auch diese sind in dem Grad der Krankhaftigkeit sehr ungleichwertig. Auf der einen

Seite stehen die blitzartigen, brettharten Kontraktionen von sonst nur in größerem Verband gebrauchten Einzelmuskeln, zum Beispiel beider Sternocleidomastoidei, sodann Bewegungsformen, die durch ihre Heftigkeit, Ausgiebigkeit, große Ausbreitung oder durch ihre bizarre Kombination aus dem Rahmen des willkürlich Erzeugbaren oder auch nur Angewöhnbaren (wohl zu unterscheiden von der psychischen Ansteckung auf reflektorischem Weg) entschieden herausfallen, und die wir unbedenklich zu den echten Krankheiten zählen dürfen. Ihre Nachahmung ist höchstens vorübergehend möglich, mühsam und geradezu erschöpfend. Ganz ähnlich wie der hysterische Spasmus dokumentieren sie ihre Echtheit durch die oft erstaunliche Objektivität und Seelenruhe, mit der die Patienten unter scheinbaren Gesten höchster Erregung das Gespräch mit dem Arzt fortsetzen, so sehr es ihnen durch heftige Muskelzuckungen erschwert ist; sie unterscheiden sich dadurch in sehr prägnanter Weise von den Schauspielhysterikern, die ohne die monotone Gesetzmäßigkeit der Ticbewegungen einzuhalten, vor dem Arzt in den wildesten Bewegungsaufbruch: Zittern, Schlottern, Tanzen, Schnattern, Hüpfen und Keuchen, ausbrechen, die ihre gewaltsamen Muskelproduktionen gerade oft psychisch durch ein recht aufgeregtes Gehaben zu unterstreichen suchen und deren Leiden in seinem Krankheitswert nicht niedrig genug veranschlagt werden kann. Ebensowenig wird man die leicht nachahmbaren kleinen Facialis- und Schultertics usw. der Kriegsneurotiker den Krankheiten zurechnen wollen; sie entstehen sehr leicht durch Gewöhnung, gehen fließend in die schon besprochene Gruppe gewohnheitsmäßiger Affektreflexe über und sind zudem praktisch meist belanglos. Wenn man beide diagnostischen Kriterien: den Nachahmungsversuch und den Vergleich zwischen rein somatischer Muskeleirregung und begleitendem psychischem Ausdruck zu Hilfe nimmt, so wird es meist schon ohne längere psychiatrische Beobachtung der Gesamtpersönlichkeit gelingen, die echt krankhaften Tics aus der Menge fahrlässiger Angewohnheiten und gewohnheitsmäßiger hysterisch posierender Aufmachungen auszusondern.

Soweit die wichtigsten hysterischen Erkrankungen. Viele hysterische Gewöhnungen haben wir bei ihrer Differentialdiagnose schon gestreift, so besonders die abulischen Schwächezustände und die hypochondrischen Schutzstellungen. Der wichtigste konkrete Repräsentant der hysterischen Gewöhnung ist die Dysbasie in ihren unendlich vielen Formen (hysterische Gangstörungen, die durch wirkliche Lähmung, wirklichen Spasmus oder echte motorische Reizerscheinungen bedingt sind, scheiden aus dem so umgrenzten Begriff der Dysbasie aus). Wir unterscheiden Dysbasien, die sich auf die Einbildung oder den realen Rest eines bestimmten Einzelleidens stützen; eine der häufigsten, die pseudo-arthritische, haben wir oben als Paradigma besprochen;

sie kann äußerst groteske Formen annehmen. Ebenso bekannt ist die pseudo-ischiadische, die die Schutzstellungen der echten Ischias karikiert und die pseudotraumatische, die Wunden, Narben und schmerzhaftige Quetschungen zum Ausgangspunkt hat. Die allgemeinen, doppelseitigen Dysbasien, die eine solche spezielle Grundlage nicht erkennen lassen, haben zum Teil ebenfalls in gewissen hypochondrischen Vorstellungen ihren willensmäßigen Ursprung: die mehr pseudoparetischen in der Vorstellung hilfloser Schwäche, die mehr pseudospastischen in der Einbildung schmerzhafter Schonungsbedürftigkeit u. dgl., zum Teil sind sie als hysterische Gewohnheitsreste (s. u.) aufzufassen. Das Zustandsbild der vollen Astasie - Abasie ist von unserem Standpunkt aus betrachtet nichts Einheitliches. Ein beträchtlicher Teil der Fälle gehört rein ins psychiatrische Gebiet; in der Art, wie sie zum Beispiel bei schweren Entartungshysterien auftritt, ist sie ein psychotisches Symptom, das sich viel mehr nach Analogie der schizophrenen Bewegungsstörungen, als in neurologischem Zusammenhang behandeln läßt. In dieser Arbeit ist aber nur von den hysterischen Alltagserkrankungen die Rede, wie sie auf Grund bestimmter äußerer Erlebnisse bei leichteren Psychopathen entstehen. Wo Astasien bei solchen Gelegenheitshysterikern sich finden, da sind sie, meist auf Grund von Diagnosen- und Behandlungsfehlern, als hypochondrische Gewöhnungen entstanden. Auch nach ihrer therapeutischen Reaktionsweise zählt diese Gruppe zu den Gewöhnungen. Wer den Versuch macht, Hysteriker vorzugsweise mit einfacher Übung zu behandeln, der kann beobachten, wieviel näher auch die schwere Abasie des Gelegenheitshysterikers der Willenssphäre liegt, als etwa ein Spasmus oder Schütteltremor. Wo der Gesundheitswille leidlich ist, da erstaunen wir immer wieder darüber, wie verhältnismäßig rasch und mühelos die Abasie durch sachgemäße Belehrung und Anleitung sich beseitigen läßt, während wir bei den hysterischen Krankheiten mit dem Appell an den Willen nur unter stärkster Anspannung desselben oft auf indirektem Weg zum Ziel kommen oder zu unbewußt wirkenden Suggestivmaßnahmen greifen müssen. — Die hysterischen Gewöhnungen im Bereich der oberen Gliedmaßen bedürfen keiner gesonderten Besprechung; sie sind den Gehstörungen analog. Es soll besonders an die häufigen Gewohnheitslähmungen nach Trauma oder fixierendem Verband, an die zahllosen hysterischen Überlagerungen organischer Hand- und Armparesen erinnert werden.

Dagegen ist über hysterische Rumpfhaltungen, speziell das Gehen mit wagrechtem oder vorgebeugtem Rumpf noch ein Wort zu sagen. Sie pflegen in bewußter Weise aus einem Lumbago, einer Rückenverletzung, der Einbildung einer Rückenmarksschädigung als hypochondrische Schutzstellungen zu entspringen, und zeigen auch im klinischen Zustandsbild die Züge der hysterischen Gewöhnung. Der großen

Mehrzahl nach sind sie auch in ihren grotesken Formen nichts anderes als einfache Gewöhnungen. Eine kleine Gruppe der Haltungsstörungen zeigt jedoch eine Übergangsform in sekundäre Erkrankung, die bisher noch nicht berührt wurde. Sie kommt natürlich auch bei anderen hysterischen Gewöhnungen einmal vor, doch scheint sie mir bei den Haltungsstörungen verhältnismäßig häufig. Bekommen wir einen solchen Patienten in späterem Stadium in Behandlung und versuchen in gewöhnlicher Weise mit Übung zu beginnen, so stoßen wir manchmal auf eine sehr tiefgehende und starre psychische Fixierung des motorischen Komplexes. Wir versuchen vorsichtig den Rumpf passiv aufzurichten. Meist schon ehe wir dabei überhaupt eine Bewegung ausgeführt haben, kommen (und zwar auch bei sonst ganz ruhigen und verständigen Patienten) Zeichen echter psychischer Erregung zum Vorschein: der Patient zittert und keucht nicht nur unter heftiger Schmerzäußerung, er wird auch blaß und schwitzt, seine Gesichtszüge werden starr, er antwortet nicht mehr recht, er gleitet zu Boden, verfällt in einen echten hysterischen Anfall oder in einen Dämmerzustand. Dieser Reaktionstypus ist selten im Verhältnis zu den theatralischen Abwehr- und Schmerzausdrücken der reinen Gewohnheitshysteriker, die den energischen Befehlen des Arztes rasch zu weichen pflegen. Wo dagegen die psychische Verankerung so stark ist, wie wir sie eben geschildert haben, da stehen wir wieder einem automatisierten psychischen Mechanismus gegenüber, den wir direkt von der Willensseite aus höchstens ganz allmählich und behutsam angreifen können. Diese kleine Gruppe der sensiblen Fixationen, wie wir sie kurz nennen wollen, muß demnach den sekundären hysterischen Erkrankungen zugerechnet werden.

Damit ist das Wesentliche über den Krankheitswert sensibler hysterischer Störungen (wir sprachen bisher absichtlich nur von den motorischen) schon vorweggenommen. Die therapeutische Erfahrung zeigt, daß hysterischen Schmerzen ein selbständiger Krankheitswert in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht zukommt. Oft genug finden wir hinter den Klagen gar keinen subjektiv realen Schmerz, sondern bewußte Vortäuschung, gewohnheitsmäßiges Jammern, im besten Fall Schmerzerinnerungsbilder, die den Patienten aus seinen hypochondrischen Schutzgewöhnungen nicht herauskommen lassen. Aber auch dort, wo wir die subjektive Schmerzrealität zu bezweifeln keinen Anlaß haben, zeigt uns der Übungsversuch, der immer unser bester Führer in der psychischen Beurteilung des Hysterikers ist, daß der Schmerz immer mehr abblaßt, je mehr es uns gelingt, die motorischen Schutzmaßnahmen zu überwinden. Durch die einfache Willenserziehung, wie sie mit der motorischen Übung verbunden ist, wird auch der Schmerz mit beseitigt: er wird vergessen oder nur noch gewohnheitsmäßig ohne subjektive Wichtigkeit vorgebracht. Dies

beweist, daß der gewöhnliche hysterische Schmerz nicht eine neurologisch verselbständigte Funktionsstörung des psychophysischen Apparats darstellt, wie etwa ein echter hysterischer Tremor oder Spasmus, sondern daß er als eine oberflächliche psychische Einstellung nach Analogie der motorischen Gewöhnungen aufzufassen ist. Er ist eine Gewöhnung der Aufmerksamkeit, wie jene Gewöhnungen des Willens sind. Wir können daher kurz sagen: Hysterischer Schmerz ist an und für sich niemals eine Krankheit; er kann Krankheitswert nur gewinnen durch hysterisch-motorische oder hysterisch-psychotische Störungen, die sich an ihn anheften. Letztere haben wir unter dem Namen „sensible Fixationen“ schon besprochen. Die Differentialdiagnose ist auch in dieser Richtung leicht zu formulieren: Wo nicht durch ärztliche Inangriffnahme der Schmerzstelle ernstliche Bewußtseinsveränderungen, sei es in Form eines hysterischen Erregungs- oder Dämmerzustandes, sei es in Form eines echten (nicht nur spielerischen) hysterischen Anfalls ausgelöst werden, da liegt keine sensible Fixation, sondern gewöhnlicher hysterischer Schmerz oder hysterische Schmerzeinbildung vor, die beide den Wert einer Krankheit nicht besitzen.

Schwere Anästhesien, die auch einem kräftigen elektrischen Strom standhalten, sind kaum isoliert, sondern wohl nur in Gesellschaft anderer ernsthafter Störungen, besonders der schlaffen Lähmung, zu beobachten; sie gehören durch ihre unbewußte Entstehung und ihre neurologische Greifbarkeit mit den hysterischen Erkrankungen zusammen. Alle übrigen sind entweder habituelles Stigma degenerativer Veranlagung oder flüchtige und leicht beeinflussbare Störungen, die keinen Krankheitswert besitzen.

Was oben über den hysterischen Schmerz gesagt wurde, gilt in erhöhtem Maß von den diffuseren Mißempfindungen, wie sie fast jeder Hysteriker reichlich anzugeben hat. Wo wir außerhysterische ernsthafte Funktionstörungen: Migräne, Neuralgie, basedowartige Herzneurosen, greifbare Dyspepsien usw., andererseits psychiatrisch manifeste tiefgehende Erregungs- und Verstimmungszustände vermissen, da handelt es sich bei den Kopfschmerzen, den Schwindel- und Beklemmungsgefühlen, den Magensensationen, den Schlafstörungen, der Verdrießlichkeit, Mattigkeit und allgemeinen Schwäche nicht um Krankheiten, sondern um gewohnheitsmäßige Beobachtung belangloser habitueller Unlustgefühle, die dadurch große subjektive Wichtigkeit und großen Einfluß auf die Lebensführung erlangen, aber bei gutgesinnten Patienten durch Willensziehung auf ihre wahre Stellung als kleine neuropathische Minderwertigkeiten zurückgedrängt werden können. Anderenfalls können hypochondrische Willensentspannung oder querulatorische Einstellung auf die Rente, die zuerst freiwillig angenommene Gewöhnungen sind, im Lauf

der Jahre genau wie eine hysterische Schutzstellung sich so automatisieren, daß ihr Träger nicht mehr Herr über sie ist, sondern als eine Art Geisteskranker mit psychiatrisch greifbaren Affektstörungen und Wahnvorstellungen vor uns steht; es ist derselbe Vorgang, der aus der Simulation eines hysterischen Häftlings eine Haftpsychose machen kann.

So verlockend es wäre, den Unterschied zwischen Gewöhnung und Erkrankung in den psychiatrischen Teil der Hysterie hinein zu verfolgen, so müssen doch in diesem neurologischen Zusammenhang einige Andeutungen genügen. Auf dem Grenzgebiet der hysterischen Anfälle können wir vier Gruppen bilden, die in ihrem Krankheitswert stark voneinander abweichen: Die Anfälle der gemütschwachen Debilen, der Erschöpften und affektiv Erschütterten, der Infantilen und endlich der Degenerierten. Die Anfälle der gemütschwachen Debilen, körperlich und geistig Verkümmerten, sind oft symptomarm mit wenig Aufmachung und ziemlich tiefer Bewußtseinstrübung verbunden, bestehen meist in stereotyper Weise von einem Jugenderlebnis an durch viele Jahre hindurch und können sich von äußeren Anlässen weithin emanzipieren. Sie sind echt krankhaft. Dasselbe gilt von den Anfällen der Erschöpften und affektiv schwer Erschütterten. Wir finden jetzt im Krieg bei dieser Gruppe vielfach besonders tüchtige Menschen von nicht ganz robustem Nervensystem, die oft mit Auszeichnung unter starker Willensanspannung lange Zeit an der Front gestanden sind, bis allmähliche Aufreibung oder plötzlicher Affektstoß sie seelisch, und dann meist in nachhaltiger Weise zum Versagen brachte. Ihre Anfälle sind oft heftig und langdauernd, von psychischen Symptomen, szenisch traumhaftem Erleben, dämmerhaftem Handeln, jähen Affektstößen begleitet, eingeleitet oder gefolgt; auch in der Zwischenzeit sind diese Patienten psychisch nicht frei, vielmehr hastig, gespannt, ängstlich oder explosiv. Ihre Anfälle sind wie ihr ganzer psychischer Zustand dem Einfluß des Willens wenig zugänglich; sie sind der Ausdruck einer echten, ernsthaften Schädigung des Nervensystems. Viel skeptischer sind die Anfälle der Infantilen zu betrachten; ihr typischer Verlauf ist meist etwa so: eigensinnige, schlecht erzogene, temperamentvolle junge Leute reagieren nach ihrer militärischen Einziehung oft auf ganz einfache Anlässe: Tadel des Feldwebels, Neckerei der Kameraden, bestenfalls auf eine einschlagende Granate mit ihrem ersten hysterischen Anfall: Bewußtseinstrübung gering, heftiges Sträuben und Hinausschlagen schon bei leichtem Anfassen, lebhaftes, doch harmloses unregelmäßiges Bewegungsfolgen, Weinen oder Zornausdruck ohne schwere Explosionen. In der freien Zwischenzeit sind die Patienten launisch und kitschig, wie ein junges Pferd, von lenkbarer Stimmung, bei unmerkter Beobachtung harmlos und vergnügt, häufig lebhaftes Vaso-

motoriker. Die Anfälle sind durch jede Kleinigkeit beliebig oft auszulösen und einer energischen Disziplinierung zugänglich. Sie verdienen so wenig den Namen einer Krankheit, wie die motorischen Affektentladungen unerzogener psychopathischer Kinder oder die Ohnmachten nervöser Damen. Sie entwickeln sich auf der Grundlage der hysterischen Veranlagung rasch zu schlechten Gewohnheiten, zu einem willkommenen Mittel, sich jeder unangenehmen Situation eindrucksvoll zu entziehen, nicht selten auch bis zur bewußten Vortäuschung. — Bei den Degenerativen sind zwei Typen gut zu unterscheiden; die einen sind schwer belastete, ans Psychotische streifende Naturen von düsterem Gemüt, dauernd erhöhtem affektivem Tonus und starker Explosivität. Sie leiden unter ihrem Zustand, suchen ihn zu verbergen, sich zu beherrschen; sie bemühen sich, gegen den Arzt korrekt zu sein, und sind in guten Stunden dankbar und zugänglich. Ihre Anfälle stehen meist im Zusammenhang mit schweren, unter Bewußtseinstörung einhergehenden Affektentladungen. Sie sind selbstverständlich krankhaft und verdienen, wo der Krieg eine Mitschuld hat, ausgiebige Rente. Ganz anders die moralisch Minderwertigen, die Degenerativen im engeren Sinn. Ihr Auftreten ist bekannt: sie warnen gleich Arzt und Personal vor ihrer Reizbarkeit, sie sind „die besten Menschen, wenn man sie in Ruhe läßt“, sie suchen durch herausfordernden, mürrischen, ungezogenen Ton zu imponieren, sie händeln und hetzen. Anfälle und nervöse Reizbarkeit sind vielfach schon vor dem Krieg nachzuweisen. Ihre hysterischen Anfälle, wie ihre Verstimmungen und reaktiven Wutzustände müssen bekanntlich sehr vorsichtig beurteilt werden. Auch wo bei den Anfällen eine nachweisbare tiefere Bewußtseinstörung eintritt, sind sie doch vielfach willkürlich bedingt, sofern die Patienten Alkoholgenuß oder Streit und Erregung aufsuchen, sich dann gewohnheitsmäßig so in den Affekt hineinsteigern, bis, wie sie wissen, der Anfall eintritt. Ihr psychischer Gesamtzustand und damit auch die Anfälle sind willensmäßig wohl zu beeinflussen. Hier ist der Disziplinierungsversuch von großem diagnostischem Wert. Die Anordnung, den Patienten, sobald Zeichen von Erregung auftreten, sofort bis zur völligen Beruhigung in die Einzelzelle zu verbringen, oder eine längere Verlegung in Einzelzimmer unter völliger Bettruhe und ärztlicher Ignorierung vermag scheinbar psychotisch schwer Explosive dieser Art in wenigen Tagen so völlig zu verwandeln, daß außer der habituellen Reizbarkeit und moralischen Minderwertigkeit nichts zurückbleibt; auch die Anfälle schwinden mit. Solche Erfahrungen zeigen am besten, wie wenig bei den motorischen und psychischen Anfällen dieser Gruppe Krankheit, wieviel teils bewußte Berechnung, teils hysterische Gewöhnung, jedenfalls aber Willensvorgang ist.

Zusammenfassend läßt sich also sagen: Der Krankheitswert

hysterischer Anfälle wird bestimmt einmal nach dem zugrunde liegenden Geisteszustand und sodann nach der Tiefe der Bewußtseinstörung. Von einer hysterischen Krankheit dürfen wir mit Bestimmtheit nur sprechen, wo die Anfälle in einer ernsthaft geschädigten seelischen Verfassung wurzeln oder wo die Bewußtseinstörung im Anfall so stark ist, daß sie auch kräftigen sensiblen Unlustreizen standhält. Auch im letzteren Falle kann es sich noch um eine artifizielle Krankheit handeln, wie in Gruppe 4, die nicht anders zu bewerten ist, als das absichtliche Aufreißen einer empfindlichen Wunde. Die Beurteilung der vielen Fälle, die nicht unter die besonders markanten Typen fallen, die wir hier herausgegriffen haben, erfolgt nach denselben Gesichtspunkten.

Es bleibt noch eine wichtige Gruppe hysterischer Gewöhnungen nachzuholen. Wir sprachen bisher von den primären hysterischen Gewöhnungen, die schon mit ihrem Ursprung in die Willenssphäre hineinreichen. Ebenso nun, wie aus einer hysterischen Gewöhnung eine sekundäre hysterische Erkrankung entstehen kann, ebenso kann eine ursprünglich echte Erkrankung sekundär zur Gewöhnung werden. Zum Beleg dieser Ansicht dient folgende auffällige klinische Tatsache: Es ist unserer therapeutischen Bemühung gelungen, ein schwer krankhaftes hysterisches Symptombild aus der Erstarrung zu lösen, in der es sich vielleicht seit Monaten befunden hat. Der Patient ist darüber aufrichtig froh, übt willig weiter und macht rasche Fortschritte. Die Störung ist bis auf einen geringen Rest zurückgegangen, der nach dem bisherigen Tempo in wenigen Tagen geheilt sein mußte. Da stockt plötzlich die Heilung; der Patient übt nur noch mechanisch und ohne Fortschritt, er wird mürrisch und unbequem und ist durch keinen Arzt und auf keine Weise mehr vorwärtszubringen. Den Rest der Störung, und wenn es nur betonte subjektive Klagen sind, nimmt er mit zum Ersatztruppenteil, vor die Kommission und in die Heimat. Dieser Vorgang ist außerordentlich typisch, er läßt sich zwar durchaus nicht bei allen Patienten, aber doch hundertfach beobachten, besonders wenn wir mit erziehenden Übungsmethoden behandeln, aber auch in Form leichter Rezidive bei Patienten, die durch starke einmalige Suggestion zunächst scheinbar völlig geheilt sind. Derselbe Patient, der vielleicht in mehrstündiger Sitzung seine Willenskraft so aufs äußerste anzuspannen vermochte, daß er dadurch einen veralteten Muskelpasmus seines Beines überwand, derselbe Patient ist nun nicht mehr imstande, ein leichtes Hinken, das zurückblieb, zu unterdrücken; ein Mann, der den heftigsten Schütteltremor durch gewaltsame Übung seiner Muskeln erfolgreich bekämpfte, versagt gegenüber einem geringen Wackeln seiner Beine, das ihn nun jedesmal befällt, wenn er ärztlich betrachtet wird. Es liegt auf der Hand, daß nicht die Kraft des Krankheitsprozesses es sein kann, die die

völlige Ausheilung verhindert — denn ein Defektzustand liegt nicht vor und wo die Überwindung einer schweren Funktionsstörung gelingt, da müßte die übungsmäßige Beseitigung des kleinen funktionellen Überbleibels ein Kinderspiel sein. Hier gibt es nur eine Erklärung: In die glatte Ausheilung eines zunächst echt krankhaften, automatisch nervösen Zustandes hat eine Willenskomponente störend eingegriffen. Dieselbe Verschwisterung von bewußtem Willen und nervöser Selbsttätigkeit, wie wir sie zu Beginn als das Wesen der hysterischen Gewöhnung ausführlich besprochen haben, nur in umgekehrter Anordnung. Die automatische nervöse Bahnung ist nicht mehr selbstherrlich, aber noch gut eingeschliffen und kann nun nach Maßgabe des Willens in Betrieb erhalten werden. Mit anderen Worten: die ursprüngliche Krankheit wird nun sekundär als Gewöhnung weitergeführt. Auch hier ist vielfach von Vortäuschung, das heißt von absichtlicher Hervorbringung von Symptomen nicht die Rede; sondern ein Rest der ursprünglich krankhaften Symptome läuft weiter, weil der Wille des Kranken, der ihn mühelos ausschalten könnte, an dieser Ausschaltung nicht mehr interessiert ist, ihn vielmehr als eine fahrlässige Gewohnheit bestehen läßt. Gerade so, wie beim Vollsinnigen nach Gipsverband eine motorische Schwäche so lange zurückbleiben kann, als er sie nicht mit seinem Willen beseitigt.

Wir können diese sekundären Gewöhnungen am besten als hysterischen Gewohnheitsrest bezeichnen. Hierher gehören insbesondere die vielen atypischen und inkonstanten veralteten Zitterformen, das unregelmäßige Wackeln und Zucken sonst leidlich geheilter alter Kriegsneurotiker, wie auch das schnelle rhythmische Schütteln, das nur bei gegebenem Anlaß, besonders bei ärztlicher Untersuchung, durch die Aufregung erleichtert, hervortritt. Auf diesem Wege kann eine krankhaft automatische hysterische Motilitätsstörung wieder in die Sphäre des willkürlich Nachahmbaren, also in den klinischen Formkreis der primären hysterischen Gewöhnung übergehen, eine spastische Contractur kann zum einfachen schonenden Hinken, eine schlaffe Lähmung zum abulischen Schwächezustand, ein Tic zur fahrlässigen Schreck- und Verlegenheitsbewegung werden. Notwendig ist diese klinische Umformung aber nicht. Es liegt in der Sache, daß der hysterische Gewohnheitsrest auch die Formen der hysterischen Krankheit in modifizierter, abgeschwächter Art beibehalten kann, weil eben eine sonst dem Willen unzugängliche Bewegungsform durch die vorherige Krankheit noch so gut gebahnt ist, daß sie nun auch durch aktive oder fahrlässige Mitbeteiligung des Willens weiter in Gang gesetzt werden kann. Für die Diagnose: „hysterischer Gewohnheitsrest“ ist also nicht in erster Linie das klinische Symptombild, sondern vielmehr die Entstehungsweise maßgebend. Wir können so formulieren: Hysterischer Gewohn-

heitsrest ist überall dort anzunehmen, wo von einer hysterischen Erkrankung ein kleinerer Teilzustand zurückbleibt, der in seiner Hartnäckigkeit zu dem größeren, willensmäßig überwundenen Krankheitsteil in keinem Verhältnis steht. Bei vorwiegender Übungsbehandlung (auch viele wertvolle Suggestivmethoden haben eine starke Übungskomponente) kann die Diagnose des Gewohnheitsrestes fast immer exakt gestellt werden, weil wir hier das zur Überwindung der Krankheit gebrauchte Maß von Willenskraft gut beurteilen können. Bei vorausgegangener reiner Suggestivtherapie werden wir durch nachträglichen Übungsversuch meist zu einem Urteil kommen; dasselbe gilt von Fällen, die wir später zur Begutachtung bekommen, ohne sie behandelt zu haben. Ein solcher freundlich und energisch einige Zeit fortgesetzter Übungsversuch gibt uns auf alle Fälle guten Einblick in die Einstellung der Gesamtpersönlichkeit und damit auch die Möglichkeit sicherer klinischer Bewertung.

Die Frage, ob es sich beim Zurückbleiben dieser hysterischen Restzustände nicht um unterbewußte Hemmungsmechanismen handeln könne, möchte ich bestimmt verneinen. Erstens halte ich die Annahme unterbewußter Vorgänge, soweit es sich nicht um klare hysterische Krankheiten, das heißt um willensmäßig unerklärbare Dinge handelt, für eine überflüssige Hilfsvorstellung, nur geeignet, das feste Urteil, das wir zur Behandlung und Begutachtung des Hysterikers so notwendig brauchen, zu verwirren. Vor allem aber widerspricht eine solche Annahme in unserer Frage der Erfahrung, die wir uns jetzt an den großen Serien der Kriegshysteriker in schlüssiger Weise bilden können. Zeigen die Hysteriker, die im letzten Stadium ihrer Behandlung steckenbleiben, etwa das Bild von Leuten, die ohne ihr bewußtes Zutun gehemmt sind, die um ihre völlige Genesung sich bemühen und doch nicht mehr vorwärtskommen können? Durchaus nicht. Vielmehr beobachten wir, wie sie gleichzeitig mit dem Stillstand des Heilungsvorgangs sich in ihrer psychischen Stellung zum Arzt verändern, wie sie uns allmählich mißmutig und verdrossen ansehen, uns ausweichen und eine große Empfindlichkeit gegen dieselben freundlichen Anleitungen zeigen, die sie bisher selbstverständlich aufnahmen; dieses Stadium ist öfters durch gereizte und gekränkte Beteuerungen des ehrlichsten Gesundheitswillens gekennzeichnet, die ganz spontan und unmotiviert abgegeben werden — ein besonders verdächtiges Symptom. Kurz, das Bild des genesenden Hysterikers, der zuletzt im Gewohnheitsrest steckenbleibt, ist nicht das eines Menschen, der nicht kann, sondern ganz klar und einfach eines solchen, der nicht mehr mit ganzem Herzen will.

Damit können wir uns von der Bestimmung des Krankheitswertes, die uns bisher beschäftigte, der anderen Hälfte unseres Problems, der

Diagnostik des Gesundheitswillens zuwenden, die wir im letzten Abschnitt schon berührt haben. Der Gesundheitswillen wird teils auf direktem Weg aus der Betrachtung des Symptombilds, teils indirekt aus den Behandlungsergebnissen erschlossen. Wir verstehen unter dem Gesundheitswillen die innerliche persönliche Stellung des Hysterikers zu seiner Krankheit. Wir können, ohne auf die bekannten Triebfedern einzugehen, die den hysterischen Gesundheitswillen beeinflussen, vier Grade desselben unterscheiden. Sicherlich gibt es eine kleine Gruppe von Hysterikern mit zugleich gutem und aktivem Gesundheitswillen, das heißt von solchen, die die Genesung nicht nur wünschen, sondern ihr auch von selbst willenskräftig zustreben; ich sah erst neuerlich einen solchen, der eine zum zweitenmal im Frontdienst eingetretene schwere Armlähmung durch rücksichtslose selbständige Übung in drei Wochen zur Heilung brachte, um sich sofort wieder zur Front zu melden. Viel häufiger ist der gute aber fahrlässige Gesundheitswille, der die Genesung zwar für wünschenswert hält, ihr aber nicht mit dem lebhaften Instinkt des Vollsinnigen aktiv zustrebt, sondern sich treiben läßt und vor kleinen Hindernissen unlustig wird. Der Typus, der uns diagnostisch besonders beschäftigt, ist der fahrlässig schlechte Gesundheitswille; hier wird die Krankheit nicht mehr als Fremdkörper, sondern als ein Bestandteil der Persönlichkeit empfunden; der Kranke fühlt sich in seiner Krankheit zu Hause und will darin nicht gestört werden; die hysterischen Symptome werden vielleicht willensmäßig unterstrichen, doch noch nicht gerade mit klarer Absicht übertrieben und vermehrt. Wo eine energische ärztliche Behandlung einsetzt, kann das einfache Gewährenlassen der Krankheit in bewußten Widerstand gegen die Genesung, je nachdem in Verbindung mit Vortäuschungsversuchen, also in den aktiv schlechten Gesundheitswillen übergehen; viel seltener ist die von vornherein planmäßige Vortäuschung.

Die direkte Diagnose des Gesundheitswillens ist gewöhnlich nicht schwer. Allerdings unter einer Voraussetzung: nämlich daß wir vom ersten Augenblick an die Seele des diagnostisch zweifelhaften Hysterikers als ein subtiles psychiatrisches Objekt betrachten, das um keinen Preis in Unordnung gebracht werden darf. Nichts ist vielfach vom Standpunkt des exakten Diagnostikers aus verfehlter, als einem zweifelhaften Hysteriker zum Zweck seiner Überrumpelung ohne sichere Beweise gleich zu Anfang ein ärztliches Mißtrauensvotum ins Gesicht zu schleudern; dieser beliebte Überrumpelungsversuch gelingt meist nicht, wohl aber bringt er in dem Patienten einen kräftigen Daueraffekt hervor, der uns weiterhin seine psychischen Innenvorgänge gründlich verdeckt. Ebenso wirkt der kalte inquisitorische Ton, der dem Patienten schon bei der ersten Untersuchung sagen soll, daß er dem Arzt nichts vormachen kann und die allzu straffe Betonung militärischer Formen. Wo wir

uns dagegen grundsätzlich bei jedem zweifelhaften Patienten durch freundliche Objektivität zunächst einen unvoreingenommenen und ungetrübten Seelenzustand herstellen, da können wir ihm mit der experimentellen Ruhe des Chemikers unser Reagens, einen sachkundigen, freundlichen und nachdrücklichen Übungsversuch zusetzen. Dabei fallen aus der großen Masse der Hysteriker, die einigermaßen willig mitgeht, zwei immer wiederkehrende Typen aus. Der eine ist der schwatzhaft-uneinsichtige, der ohne unfreundlich zu werden, bald die einleuchtendsten und populärsten ärztlichen Argumente geläufig überhört und jeden ernsthaften Appell an seinen Willen mit einer Flut geschwätziger Klagen und Einwände pariert; der Gesprächston dieser Art ist eine betonte treuherzige Biederkeit; öfters ist echte geistige Beschränktheit bei diesem Typus zu finden. Viel häufiger ist es der Ausdruck mürrischer Unehrllichkeit, der auf die Diagnose des schlechten Gesundheitswillens führt. Die Unfähigkeit des Durchschnittsmenschen, geheimgehaltene Affekte wirklich gut zu verbergen, kommt hier besonders zum Vorschein. Die Patienten dieser Art drücken in ihrem äußeren Auftreten wider Willen aus, daß sie in dem Arzt ihren natürlichen Feind sehen, gegen den sie sich zu wehren und zu verbergen haben. Sie zeigen in Gegenwart des Arztes wenig Mienen- und Gebärdenspiel, bringen mürrische, zwar viele, aber karge, trotz ihrer Betonung unlebendige Klagen; sie drücken sich gern weg, wenn sich der Arzt auf der Station zeigt, vor allem aber haben sie einen unfreien Blick; dieses bekannte Symptom ist so charakteristisch, daß wir, wenn wir uns bei der Besprechung dem Patienten gegenüber etwas erhöht setzen, bei exakter Beobachtung öfters 10 Minuten und länger nichts von seinen Augen zu sehen bekommen. Dieser Habitus ist, sobald wir eine tiefergehende psychopathische Verstimmung durch Vorgeschichte und unbemerkte Beobachtung auf der Station ausgeschlossen haben, für schlechten Gesundheitswillen fast pathognomonisch. Er ist oft gleich bei der ersten Untersuchung vorhanden und kann später durch erfolgreiche ärztliche Erziehung verschwinden. Oder er kann auch erst nach einem kurzen Anlauf scheinbarer Willigkeit hervortreten. Im übrigen ist es, wie wir schon beim hysterischen Gewohnheitsrest hervorhoben, überhaupt für das Versagen des Gesundheitswillens beweisend, wenn während des ruhigen Fortschreitens der Behandlung beim nicht psychotischen Hysteriker unmotiviert Symptome von Empfindlichkeit und Verstimmung dem Arzt gegenüber zum Vorschein kommen. In Zweifelsfällen wird zur Klärung der Diagnose, um zufällige falsche Einstellungen auszuschließen, die Verlegung zu einem andern Arzt erforderlich.

Die angeführten psychischen Symptomgruppen des schwatzhaften Vorbeihörens, der mürrischen Unfreiheit und der motivlosen

Empfindlichkeit (sie ließen sich wohl noch vermehren) sind für die Diagnose „schlechter Gesundheitswille“ um so beweisender, als sie sich oft schon bald mit Symptomen des aktiv schlechten Gesundheitswillens: heimlichen groben Unterlassungen in der anbefohlenen Therapie, Unbotmäßigkeiten bei der Übung, Beschwerden über Mißhandlung, Aufhetzung der Kameraden kombinieren. Man wird nicht einwenden wollen, daß das Dinge seien, die in der „hysterischen Psyche“ liegen und die der Arzt als krankhaft mit hinnehmen müsse. Dieses Vorurteil, noch mehr die bloße Ängstlichkeit, am Ende doch einem wirklich Kranken unrecht zu tun, hat mit die Hauptschuld daran, daß wir so selten in Krankenblättern und auch in Gutachten ein präzises, mit Gründen gestütztes Urteil über den Grad des Gesundheitswillens finden. Dieser wundete Punkt, die allzu lange fortgeführte Unschlüssigkeit der Ärztwelt darüber, was wir beim Durchschnittshysteriker nach allgemeiner Übereinkunft noch als krankhaft, was als verantwortlichen Willensvorgang gelten lassen wollen, kommt in der Frage des Gesundheitswillens geradeso störend, wie in der Frage des Krankheitswertes zum Vorschein. Je mehr wir durch den Krieg Überblick über große Serien von Hysterikern und Übung in ihrer Behandlung bekommen, desto sicherer können wir sagen, daß die Gelegenheitshysteriker (im Gegensatz zu dem psychisch schwer mißbildeten Entartungshysteriker), die uns in der Militär- und Unfalltätigkeit fast ausschließlich beschäftigen, zwar vielfach Leute sind, denen der aktiv gute Gesundheitswille fehlt, die oft versteckte Charakterschwäche und vielerlei kleinere persönliche Unzulänglichkeiten bieten; aber doch andererseits wieder Leute, die sich der Mehrzahl nach vom Arzt, bald zögernd, bald willig auf den Weg zur Heilung schließlich mitnehmen lassen. Nur der kleinere Teil zeigt die oben besprochenen groben Abweichungen des Affektausdrucks und der Handlungsweise. Und wenn wir nun die psychischen Eigentümlichkeiten dieser kleineren Gruppe, der Schwatzhaften, der Unfreien, der Empfindlichen usw., die wir mit einer sorgfältigen psychiatrischen Analyse aus reinem Hysterikermaterial gewinnen können, kritisch betrachten, so entdecken wir, daß sie nun eben gar nichts Psychiatrisches an sich haben. Sind das nicht ganz dieselben seelischen Bilder, die nach dem Volksmund ein schlechtes Gewissen verraten, von denen jeder erfahrene Richter oder Schulvorstand weiß, daß sie die äußeren Spuren sind, wo der bewußte Wille keine geraden Wege geht? Wo wir aber die physiologischen äußeren Symptome haben, da müssen wir auch annehmen, daß ihnen die physiologischen Affekt- und Willensvorgänge im Innern entsprechen. Wer behaupten wollte, daß bei psychischen Bildern dieser Art noch unterbewußte Vorgänge, Hemmungen und Sperrungen, kurz etwas hysterisch Krankhaftes vorläge, der würde seine Ansicht erst zu beweisen haben.

Die indirekte Diagnostik des Gesundheitswillens aus dem Behandlungsergebnis, wie sie aus der direkten Diagnostik sich ableitet, kann der Natur der Sache nach nur auf die hysterischen Gewöhnungen Anwendung finden. Es liegt auf der Hand, daß es Fälle hysterischer Krankheit, z. B. schwere Lähmungen geben wird, die auch bei ehrlicher Willensanstrengung des Patienten einmal nicht heilen, eben weil der direkte Konnex mit der Willenssphäre fehlt, und der Suggestiverfolg nicht in der Hand des Patienten liegt; dies wird auch durch die Erfahrung bestätigt, wenn auch die Mehrzahl der Heilungsmißfolge bei kranken Hysterikern (nach sachkundiger Behandlung eventuell durch verschiedene Ärzte) auf Rechnung des schlechten Gesundheitswillens zu setzen ist; die schweren, rein psychiatrisch zu wertenden Entartungshysterien schließen wir immer aus unserer Betrachtung aus. Man wird also die Tatsache, daß eine hysterische Erkrankung nicht heilt, niemals für sich als Beweis schlechten Gesundheitswillens betrachten dürfen. Überhaupt hat die Diagnose des Gesundheitswillens gegenüber hysterischen Erkrankungen, mit Ausnahme vielleicht des groben aktiven Widerstands gegen die Behandlung, praktisch ein geringeres Interesse, weil hysterische Erkrankungen eben nun echte, zweifelsfreie Krankheiten und damit *eo ipso* rentenbedürftig sind.

Ganz anders die hysterischen Gewöhnungen. Hier lassen sich allerdings nur die Resultate der Übungstherapie mit voller Sicherheit verwerten, weil kräftige Suggestivmaßnahmen auch einmal einen Schlechtwilligen mitreißen, andererseits einen Willigen kalt lassen können. Durch den als wissenschaftliches Experiment im großen an Hunderten von Gewohnheitshysterikern durchgeführten Übungsversuch bekommen wir unter diesen folgende Gruppen, für deren erste ich ein charakteristisches Beispiel aus meinem Krankenmaterial gebe.

Unteroffizier S., nervös erregbar, sehr freundlicher, offener Charakter, lag seit 12 Monaten ganz ungebessert in verschiedenen Lazaretten. Er hatte im Februar 1916 sich eine akute Ischias des rechten Beines zugezogen, die nach den Krankenblättern schon seit Monaten der Hysterie Platz gemacht hatte, und konnte seither nur wenige Schritte mehr am Stock gehen. Er schleppte das rechte Bein, das er in allen Gelenken steif hielt, in Streckstellung nach und trat nur mit der Ferse auf, weil ihm Berührung des Vorfußes Schmerzen machte. Kribbeln im ganzen Körper, Erregbarkeit, Zittern, Schlafstörung, Schwindelanfälle, völlige Arbeitsunfähigkeit. — Befund: Keine Ischiassymptome mehr, Hypalgesie des ganzen rechten Beins mit Ausschluß der vorderen Fußsohle. — Behandlung: Pat. wird aufgeklärt, daß es sich nur um eine zurückgebliebene Gewöhnung handle, und in einer Sitzung von etwa 10 Minuten über jede Einzelheit der Fuß- und Beinbewegung beim normalen Gehakt unter Demonstration und Mitübung genau belehrt. Er übt selbständig weiter. Am übernächsten Tag war der Gang im Zimmer normal; nach 8—10 Tagen waren die Schmerzen in der Fußsohle verschwunden. Nach wenigen Wochen machte er mehrstündige Fußmärsche; die nervösen Allgemeinbeschwerden waren bis auf einen Rest von Schlafstörung verschwunden. Pat. war sehr vergnügt und dankbar. So ist es auch geblieben.

Eine Suggestivheilung kommt hier nicht in Frage. Der Patient war bei seiner Ankunft psychisch herabgestimmt und setzte auf den neuen Behandlungsversuch begreiflicherweise keine Hoffnung auf Heilung mehr. Er war mit zwei ähnlichen Zimmerkameraden zusammen. Bei der Behandlung wurde jede suggestive Aufmachung vermieden und nach der ersten Sitzung die Einübung im wesentlichen dem Patienten selbst überlassen.

Die Gruppe, die durch diesen Fall repräsentiert ist, können wir als hysterische Gewöhnung infolge Urteilsfehlers bezeichnen. Der Gesundheitswille ist gut. Ein etwas hypochondrisch veranlagter Neuropath kommt lediglich durch die Selbsttäuschung, immer noch an Ischias zu leiden, zu einer schweren Dysbasie mit groben, hysterischen Sensibilitätsstörungen, einer Dysbasie, die sich durch viele Monate unverändert hält, sein psychisches Wohlbefinden aufs schwerste beeinträchtigt und seine Arbeitsfähigkeit aufhebt. Im 12. Monat nach der Erkrankung heilen die motorischen und sensiblen Störungen mühelos nach einmaliger gründlichster Aufklärung und Anleitung in wenigen Tagen. Die Äußerung des Patienten nach der Heilung: „Wenn man mir das vorher gesagt hätte, hätte ich schon lange gesund sein können“, trifft den wirklichen Sachverhalt. Fälle dieser Art (sie sind nicht isoliert) sind für die wissenschaftliche und praktische Beurteilung der hysterischen Gewöhnungen von grundsätzlicher Bedeutung. Einmal beweisen sie den tiefen nosologischen Unterschied zwischen Gewöhnung und Erkrankung; bei einem Schütteltremor, bei einer schlaffen Lähmung werden wir niemals durch einfache Belehrung, sondern immer nur durch kräftige Suggestion oder durch intensivste Willensanspannung therapeutisch zum Ziel kommen. Sie beweisen bündig, daß bei der hysterischen Gewöhnung an und für sich weder tiefere neurologische Betriebsstörungen noch rätselhafte Seelenvorgänge im Spiel sind. Die reine, von seiten des Gesundheitswillens ungetrübte hysterische Gewöhnung stellt sich dar als eine durch Urteilsfehler hervorgerufene und durch Einübung gefestigte falsche Einstellung des Willens (Motilitätsstörung) und der Aufmerksamkeit (Sensibilitätsstörung) bewußter Art, also als ein psychophysischer Vorgang, der mit entsprechenden physiologischen Gewöhnungen (ich erinnere an unser Beispiel von der Schiefhaltung des Schulkindes) alle wesentlichen Merkmale gemeinsam hat. Wäre dem nicht so, dann wäre die Beseitigung auf dem einfachsten physiologischen Wege undenkbar. — Der kleine Rest, der aus dem Rahmen der physiologischen Gewöhnung herausfällt, sind die leichten konstitutionellen Minderwertigkeiten des Neuropathen: der Mangel an dem robusten Instinkt, der beim Gesunden nachhaltige Täuschungen über das eigene körperliche Befinden verhindert, und die bekannten Labili-

täten der sensiblen und motorischen Innervation, vermöge deren die eigentliche Gewöhnung mit Hypalgesien, affektiv ausgelöstem Muskelzittern u. dgl. überlagert werden kann, also mit Dingen, die wir auch sonst beim Neuropathen unter Alltagsreizen hundertfach beobachten, ohne ihn deshalb „krank“ zu heißen.

Die auffallenden therapeutischen Erfahrungen, die wir an dieser Gruppe der reinen, durch Urteilsfehler bedingten hysterischen Gewöhnungen machen, führen nun alsbald zu der Frage: weshalb heilen nicht alle hysterischen Gewöhnungen bei derselben Behandlung so glatt wie jene aus? Allerdings heilen die meisten Fälle bei einfacher Übungstherapie, nur gerade nicht immer so rasch und so vollständig. Wir brauchen längere geduldige Anleitung, öfters ein energisches Antreiben, es mischen sich kleine Stockungen und Verstimmungen ein, wir sehen kein lebendiges, freudiges Interesse, kein selbständiges Voranarbeiten, kurz wir finden diejenigen Symptome, die für den fahrlässig guten oder auch für den fahrlässig schlechten, aber noch erziehbaren Gesundheitswillen charakteristisch sind. Diese Gruppe umfaßt den großen Hauptteil aller hysterischen Gewöhnungen. Wir bringen sie endlich zu einer vollständigen, oder doch zu einer praktisch genügenden Heilung; gerade von diesen Patienten werden am Schluß gern kleine Gewohnheitsreste: leichtes Hinken bei quantitativ tadelloser Gehfähigkeit oder auch nur eigensinnige subjektive Klagen bei objektiv feststellbarem Wohlbefinden hartnäckig festgehalten, durch die sie aber in Berufsarbeit und Lebensgenuß objektiv nicht ernstlich behindert sind.

Halten wir fest: der überwiegende Teil der Gewohnheitshysteriker heilt nach unsern Erfahrungen ohne speziellen therapeutischen Apparat einfach durch Erziehung und Übung, genau entsprechend der Erlernung einer körperlichen Kunst im gewöhnlichen Leben, auf dem physiologischen Willenswege. Wir beschränken uns auch bei dieser Frage auf die Gelegenheitshysterien, die auf der Grundlage leichter psychopathischer Minderwertigkeit erwachsen, also unter Ausschluß der erheblich Schwachsinnigen, der schweren Entartungshysteriker und Psychotischen, deren Gewöhnungen nicht als solche, sondern als psychiatrische Teilsymptome zu werten sind. Wie aber stellen wir uns zu dem therapeutischen Rest von Gewohnheitshysterikern, der nach Heilung der großen Masse und nach Abzug der psychisch Geschädigten ungeheilt auf unserer Abteilung zurückbleibt? Sie zeigen psychiatrisch dieselbe Konstitution, sie zeigen genau denselben neurologischen Befund wie jene Geheilten, sie wurden genau mit derselben freundlichen Geduld und nachdrücklichen Energie angeleitet. Weshalb also heilen sie nicht? Hier ist es an uns, ohne Umschweife den einzig möglichen Schluß zu ziehen: hier kann nicht bloß ein hypochondrisch ängstlicher,

hier kann nicht bloß ein fahrlässiger, hier muß vielmehr ein direkt und bewußt schlechter Gesundheitswille vorliegen (schlechter Gesundheitswille ist übrigens nicht mit schlechten Motiven identisch). Wenn wir wirklich gewissenhaft alle therapeutischen Möglichkeiten, eventuell unter Arztwechsel und Wechsel der Behandlungsmethode, erschöpft haben, dann trägt uns dieser Schluß nicht. Denn die Leute, die auf diese Weise übrigbleiben, sind dieselben, die auch die direkten Symptome des schlechten Gesundheitswillens darbieten. Es darf nicht irremachen, daß auch von dieser Gruppe noch ein einzelner einmal unter kräftiger Massensuggestion und daß natürlich mancher durch Hinfall der Ursachen seines schlechten Willens nachträglich doch noch heilt. Es genügt die Feststellung, daß der Patient zu der Zeit, als er in unserer Behandlung stand, einen nachweisbar schlechten Gesundheitswillen hatte. Denn dies ist klar: es gibt eine Grenze, wo das Recht des Hysterikers, speziell des Gewohnheitshysterikers, auf Behandlung ein Ende findet. Nicht jeder Dysbatiker, dem der schlechte Wille auf der Stirn geschrieben steht, kann verlangen, daß sich die ersten fachärztlichen Autoritäten um ihn bemühen, oder daß der Arzt, dem er zwei Monate lang die dargebotene Hand ausschlug, ihn unter Aufbietung eines beträchtlichen Bruchteils seiner Zeit in vier Monaten doch noch zur Heilung bringt.

Wir formulieren also unsere Diagnose so: wo sich bei einer hysterischen Gewöhnung in geübter fachärztlicher Behandlung mit den direkten psychologischen Ausdrucksformen mangelhafter Willens- und Gewissensechtheit die Unheilbarkeit verbindet, da ist das präzise Urteil: „hysterische Gewöhnung mit schlechtem Gesundheitswillen“ auszusprechen. Diesen Begriff der hysterischen Gewöhnung mit schlechtem Gesundheitswillen brauchen wir, um das zu Beginn gestellte Problem einer brauchbaren Differentialdiagnostik zwischen Hysterie und Simulation und die daran hängenden wichtigen sozialmedizinischen Fragen befriedigend lösen zu können.

Die praktische Frage, auf die sich unsere Untersuchung zuspitzt, ist die: sollen wir nach altem Herkommen fortfahren, die Gruppe hysterischer Störungen, die wir soeben als hysterische Gewöhnungen abgegrenzt haben, in der Rentenbegutachtung als Krankheiten zu diskutieren? Sollen wir den leicht psychopathisch veranlagten Menschen, die ihre Träger sind, diese Dinge, die aus ihrem bewußten Willen entspringen, die sich in den Ausdrucksformen des Willensbereichs bewegen und vor allem deren Beseitigung nur eine Willensfrage ist, sollen wir ihnen diese Dinge als Krankheit anrechnen? Allerdings werden auch heute schon die hysterischen Gewöhnungen nicht einheitlich gewertet,

sie werden nicht alle und nicht von allen Ärzten als volle Krankheit behandelt. Aber eben in dieser mangelnden Einheitlichkeit liegt die Unmöglichkeit des jetzigen Zustandes. Bei gleichem Untersuchungsbefund erklärt der eine Arzt: Hysterie ist eine Krankheit, sie hat als Krankheit dieselben Rentenansprüche wie jede andere, der zweite Arzt macht an dieser Rente einen Abstrich, den er pädagogisch begründet und gefühlsmäßig abschätzt, während der dritte sich auf den Standpunkt stellt: ich finde nicht genügend objektive Symptome, der Mann aggraviert, er ist strafbar und nicht rentenberechtigt. Dieser Zustand der Desorganisation hat sich dadurch sehr entschieden gebessert, daß die Mehrzahl der Nervenärzte übereingekommen ist, Hysterikern grundsätzlich niedrigere Renten zu geben und diese, wenn das Gesetz es zuläßt, womöglich in Kapitalabfindung zu verwandeln. Ist aber durch diesen Kompromiß, wenn er sich durchsetzt, eine Lage geschaffen, bei der wir uns vollständig beruhigen können? Ist dadurch der Hysterisierung weiter Volksteile, der Massenerziehung zur Begehrlichkeit, Willensschwäche und Vortäuschung sicher vorgebeugt? Diese Sicherheit fehlt so lange, als es überhaupt der Willensschwäche und der Vortäuschung noch in größerem Umfang möglich ist, unter der Flagge der Krankheit zu segeln. Solange es auch Hysterikern notorisch zweifelhaftester Echtheit immer wieder gelingt, nach dem Grundsatz „in dubio pro reo“ zuletzt eine Rente von 10—20% zu erhalten, da wird diese kleine Rente erfahrungsgemäß gerade genügen, um ihrer Willensschwäche den Kristallisationspunkt zu geben, sie wird auch in Kapital umgewandelt gerade genügen, um hundert ähnliche Psychopathen anzulocken und das Gemeinwohl um große Summen an Geld und Arbeitskraft zu schädigen. Und nach dieser Seite hin ist das „dubium“ bei unserer jetzigen Diagnostik allzu häufig vorhanden.

Unsere Differentialdiagnostik zwischen Hysterie und Simulation ist unzureichend, weil schon die Fragestellung: Hysterie oder Simulation (bzw. Aggravation) verfehlt ist. Die Frage: ist dieser Mann hysterisch oder täuscht er vor, kann in dieser Form an sich schlecht gestellt werden, weil Vortäuschung ohne Hysterie eben selten ist. Wir sollten aber auch überhaupt nicht mehr fragen: wie weit täuscht dieser Hysteriker seine Symptome vor? sondern: wie weit ist dieser Hysteriker für seine Symptome mit seinem Willen haftbar? Und zwar aus folgenden Gründen.

Auch wo wir gefühlsmäßig auf Grund ärztlicher Menschenkenntnis den gegründetsten Anlaß zu der Annahme haben, daß ein Hysteriker aggraviere oder simuliere, da können wir nur dann unser Urteil praktisch wirklich nutzbar machen, wenn wir aus bestimmten Handlungen desselben den exakten Beweis für unsere Diagnose führen können, das heißt nur dann, wenn er sich in seiner Vortäuschung grobe Blößen

gibt. Das tut er aber häufig nicht, ganz abgesehen davon, daß das planmäßige Spüren nach Vortäuschungsversuchen mit einer vornehmeren Auffassung ärztlicher Tätigkeit unvereinbar ist und das notwendige Vertrauen zwischen dem Arzt und der Gesamtheit seiner Patienten zerstört. Selbst wenn es uns einmal gelingt, einen Mann der Temperaturfälschung, einer artifiziellen Verletzung, einer vorgetäuschten Seh- oder Hörstörung zu überführen, so haben wir damit nur bewiesen, daß er eben diese Einzelheit vorgetäuscht hat, nicht daß er genereller Simulant ist; dieser Schluß wäre um so unvorsichtiger, als es sich eben meist um deutliche Hysteriker handelt, die neben den vorgetäuschten auch wirkliche Beschwerden haben können. Dabei sind aber diese groben Vortäuschungen nicht einmal die sozial gefährlichen; sie verlocken unter gewöhnlichen Verhältnissen meist nur Individuen von stark minderwertiger geistiger Struktur zur Nachahmung und sind durch ärztliche Wachsamkeit und Schulung des Personals auf enge Grenzen beschränkt.

Wie wollen wir aber einem Dysbatiker, solange er nicht plump aus der Rolle fällt, nachweisen, ob er sich sein Hinken bona fide angewöhnt hat, oder ob er es aus Berechnung übt, beziehungsweise ob ihm aus der anfangs mit absichtlicher Willensanspannung produzierten Vortäuschung eine leicht geübte Gewohnheit geworden ist, wie es bei dem zur Automatisierung veranlagten Nervensystem des Hysterikers wohl häufig vorkommt? Wie wollen wir aus dem Jammern, das ein mißgelaunter alter Rentenhysteriker über seine Vergeßlichkeit, seine Kopfschmerzen, seine Schwindelanfälle anhebt, herausfinden, was davon auf absichtliche Übertreibung, was auf physiologische Faulheit und Willensschwäche, was etwa auf subjektiv ehrliche Hypochondrie zurückgeht? Man wird mir einwenden, daß wir hier auf die psychische Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit zurückgreifen werden, in der Art, wie wir es oben bei der Diagnose des Gesundheitswillens ausgeführt haben. Aber auch dieses Hilfsmittel versagt, wenn wir es dazu verwenden wollen, die Aggravation und Simulation, das heißt die absichtliche Vortäuschung von dem zu sondern, was wir oben als hysterische Gewöhnung mit schlechtem Gesundheitswillen bezeichnet haben. Der Gewohnheitshysteriker, der, sei es aus eigensinniger Willensschwäche, sei es aus unlauteren Motiven nicht gesund werden will und der Simulant, dem die Vortäuschung zu einer hysterischen Gewöhnung geworden ist, gehen so fließend ineinander über und sind in ihren psychologischen Ausdrucksformen so eng verwandt, daß der Versuch, eine brauchbare klinische Grenze zwischen ihnen zu ziehen, dauernd hoffnungslos ist. Und hierin, das heißt in der absoluten Unmöglichkeit, zwischen der Aggravation und der hysterischen Gewöhnung mit schlechtem Gesundheitswillen eine Grenze zu

ziehen, liegt die grundsätzliche Unhaltbarkeit der Fragestellung: Hysterie oder Simulation beschlossen. Der schwere moralische Vorwurf, der in der Diagnose der Aggravation, das heißt der teilweise bewußten Vortäuschung liegt, kann jedesmal, wo wir ihn auszusprechen versucht sind, auch einen Gewohnheitshysteriker treffen, der möglicherweise ohne geradezu unlautere Motive handelt. Wir können zwar den schlechten Gesundheitswillen diagnostisch fassen, aber meist nicht mit Sicherheit die Motive, die sich hinter ihm verbergen. Der gewissenhafte Arzt kann zwar öfters einen Aggravationsverdacht, aber selten die präzise Diagnose „Aggravation“ aussprechen, die praktisch allein von durchgreifendem Nutzen wäre. So ist er immer wieder zur Kapitulation gegenüber Rentensuchern verdammt, deren zweifelhafte moralische Echtheit er zwar herausfühlt, gegen die ihm aber die exakten diagnostischen Waffen fehlen. Das ist die Lage, aus der wir mit der Fragestellung: Hysterie oder Vortäuschung nie herauskommen. Sie ist unserem wissenschaftlichen Bedürfnis wie unserem sozialen Pflichtgefühl gleich unerträglich.

Stellen wir nun die Frage: Wie weit ist der Hysteriker für seine Symptome mit seinem Willen haftbar? so wird uns zunächst die Tatsache in Erstaunen setzen, daß diese Form der Fragestellung für alle andern Ausdrucksformen der psychopathischen Minderwertigkeit, soweit sie ein soziales Interesse haben, schon längst als selbstverständlich gilt. Wir messen in der gerichtlichen Psychiatrie und in der Rentenbegutachtung mit zwei verschiedenen Maßen. Weshalb setzen wir einen leichten Psychopathen, der einen perversen Trieb oder eine Affektaufwallung nicht mit seinem Willen unterdrückt, ins Gefängnis, während wir den leichten Psychopathen, der seine hysterischen Gewöhnungen nicht unterdrückt, mit einer Rente belohnen? Auf beiden Seiten stehen dieselben Entschuldigungsgründe, die sich aus der Schwäche des psychopathischen Willens und aus der Stärke der abnormen psychopathischen Instinkte ergeben; auf beiden Seiten steht gebieterisch die Forderung des Selbstschutzes der Gesellschaft gegen überwuchernde Schädigungen durch den psychopathischen Einzelwillen. Dieser Forderung sind wir als forensische Gutachter gegenüber dem kriminell reagierenden Psychopathen willig gefolgt. Soll der hysterisch reagierende Psychopath allein das volle Privileg für seine unsocialen Instinkte genießen?

Dabei ist das Problem auf dem Gebiet der Rentenhysterie viel einfacher. Wir sind nicht zu einer unserem wissenschaftlichen Denken widerstrebenden Bestrafung des Psychopathen gezwungen, es handelt sich nur darum, daß wir ihn für verantwortliche Willensmängel nicht geradezu belohnen. Und die Entscheidung der Verantwortlichkeit, das heißt der Grenze, bis zu der der Psychopath für seine Störungen mit seinem Willen haftet, ist hier leichter, weil wir den fließenden

Grenzen, die die psychiatrische Abschätzung psychopathischer Seelenmängel in quantitativer Beziehung notgedrungen hat, in der Mehrzahl der Fälle die exakten Maßstäbe der neurologischen Untersuchung hinzufügen können. Die psychologische Analyse, vor allem aber der Übungsversuch zeigt, wo wir die Verantwortlichkeitsgrenze zu ziehen haben. Für alle die Störungen, die erfahrungsgemäß stets bei gutem Willen des Patienten auf dem Wege physiologischer Willensübung heilbar sind, also für alle hysterischen Gewöhnungen, können und müssen wir den Hysteriker selbst verantwortlich machen. Wenn er aus psychopathischem Eigensinn oder aus unlautern Motiven trotz bester Anleitung nicht diese Störungen beseitigen will, so wird billigerweise er und nicht die Gesellschaft die Folgen zu tragen haben. Die Allgemeinheit hat ein Interesse daran, daß auch die Arbeitskraft des Gewohnheitshysterikers mit allen ärztlichen Mitteln wieder geweckt und nutzbar gemacht wird, sie hat aber kein Interesse daran, wenn dieser Versuch fehlschlägt, den schlechten Gesundheitswillen durch Geldgaben noch weiter zur Blüte zu bringen. Hier ist der Punkt, wo die Humanität inhuman wird, wo die scheinbare Wohltätigkeit dem schwachen psychopathischen Willen seine beste Prothese raubt, nämlich den harten Zwang des Lebenskampfes. Aus diesen Erwägungen ergibt sich die praktische Folgerung: Die hysterische Gewöhnung ist behandlungs-, aber nicht rentenbedürftig.

Sobald wir diesen Grundsatz annehmen, haben wir die Grenze zwischen Krankheit und Nichtkrankheit dort festgelegt, wo sie wirklich ist, nämlich nicht zwischen Hysterie und Vortäuschung, sondern zwischen hysterischer Erkrankung und hysterischer Gewöhnung. Wenn wir den Begriff der hysterischen Gewöhnung in unsere Diagnostik einführen, so haben wir nicht mehr nötig, verfängliche moralische Werturteile auszusprechen, wo wir eine Rente für unberechtigt halten, sondern wir können mit ruhiger Objektivität jedem Hysteriker das geben, was ihm gebührt: dem hysterisch Kranken Behandlung und nötigenfalls Rente, und dem Gewohnheitshysteriker mit erziehbarem Gesundheitswillen Behandlung, während wir die ganze Gruppe, die die Gewohnheitshysterie mit schlechtem Gesundheitswillen, die Aggravation und die Simulation umfaßt, nach erfolglosem Behandlungsversuch der Erziehung durch den Lebenskampf überlassen können. Die Differentialdiagnose zwischen Gewöhnung mit schlechtem Gesundheitswillen und Simulation ist damit ausgeschaltet, weil sie uns unter dem Gesichtspunkt der Rentengewährung nicht mehr interessiert und sonst, da Bestrafung des hysterischen Simulanten im allgemeinen nicht in Frage kommt, kein ernsthaftes praktisches Interesse mehr hat. Wir haben an die Stelle eines grundsätzlich unlösbaren diagnostischen Problems eine diagnostische Grenzführung gesetzt, die der einzigen

erkennbaren und einigermaßen scharfen Trennungslinie im Hysteriegebiet entspricht, die Grenze zwischen den willkürlich erzeugbaren Ausdrucksformen und denjenigen, die nachweisbar den Bereich willkürlicher Innervationsmöglichkeiten überschreiten, also zwischen hysterischer Gewöhnung und hysterischer Erkrankung. Die Grenzlinie wäre damit so weit nach innen gerückt, daß der Versuchung zur Vortäuschung die wesentlichen praktischen Möglichkeiten entzogen wären.

Damit wären natürlich nicht alle Schwierigkeiten beseitigt; diese liegen vorwiegend auf der psychiatrischen Seite, in der Unmöglichkeit, die quantitative Abschätzung seelischer Mängel nach einer exakten Skala vorzunehmen. Wir würden in manchem Grenzfall, wo eine hysterische Gewöhnung in Schwachsinn oder in starker nervöser Erregbarkeit allzusehr verankert ist, in dubio pro reo zu entscheiden haben. Dies gilt insbesondere von den schweren Abasien und den schweren Störungen der Rumpfhaltung, die zwar grundsätzlich zu den Gewöhnungen gehören, die aber doch dem psychisch vollwertigeren Hysteriker erfahrungsgemäß auf die Dauer nicht liegen und in ihrer grotesken Beschwerlichkeit deshalb zum großen Teil ein Reservat der Schwachsinnigen, Entarteten und psychisch Geschädigten sind, wo sie dann mehr als psychiatrisches, denn als neurologisches Symptom zu werten sind. Die große Masse der Gewohnheitshysteriker aber, wie sie einen beträchtlichen Teil der neurologischen Rentenbegutachtungsfälle ausmachen, sind leichte Psychopathen mit geringem objektivem Körperbefund. Für diese alle, für das Heer der Dysbatiker, der abulisch Muskelschwachen, der verstimmten Hypochonder mit ihren objektiv mangelhaft begründeten körperlichen Allgemeinbeschwerden, gewisser infantiler und degenerativer Anfallhysteriker und besonders für die vielen Hysteriker, wo sich die Arbeitsscheu und Willensschwäche an den hysterischen Gewohnheitsrest, an alte Zitter- und Ticspuren anheftet, für diese alle könnte ohne Bedenken eine Einigung dahin angestrebt werden, daß wir sie unter dem Namen „hysterische Gewöhnungen“ aus dem Kreis rentenbedürftiger Krankheiten nicht nur subjektiv gefühlsmäßig in vielen Einzelfällen, sondern grundsätzlich ausscheiden. Dies würde ebenso einer vertieften wissenschaftlichen Erkenntnis, wie einem dringenden praktischen Bedürfnis entsprechen.