

Zeitschrift: Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft = Actes de la Société Helvétique des Sciences Naturelles = Atti della Società Elvetica di Scienze Naturali

Herausgeber: Schweizerische Naturforschende Gesellschaft

Band: 103 (1922)

Artikel: Über den Begriff und das Wesen der sogenannten allgemeinen Neurosen

Autor: Sahli, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-90326>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Über den Begriff und das Wesen der sogenannten allgemeinen Neurosen

PROF. DR. H. SAHLI

Mit dem Ausdruck „allgemeine Neurosen“ pflegt man gewöhnlich die grossen Krankheitsgruppen der Nervosität, Neurasthenie und Hysterie zu bezeichnen. Es handelt sich dabei bekanntlich um sogenannte funktionelle Krankheitszustände ohne nachweisbaren anatomischen Befund. Die trotzdem anzunehmenden materiellen Veränderungen müssen also ultraanatomischer Natur sein.

Als Gegenstand meiner Besprechung habe ich die Frage des Begriffs und des Wesens der erwähnten Krankheitsbilder gewählt. Für den Fernerstehenden scheint ja hierüber wenigstens einigermaßen Klarheit zu herrschen. Aber ähnlich wie eine in der Fernsicht klar gegliederte Landschaft in der Nähe dem Wanderer unübersichtlich wird, so dass er sich verirrt, so wird die Lehre von den allgemeinen Neurosen um so unklarer, je näher man ihr an der Hand der unermesslichen Literatur zu treten versucht. Auch hier hat sich die medizinische Vielschreiberei nicht wirklich als produktiv erwiesen. Es herrscht hier das grösste begriffliche Chaos. Was der eine Nervosität nennt, das nennt der andere Neurasthenie und der dritte Hysterie, und dabei werden namentlich auch die gegenseitigen Beziehungen der psychischen und körperlichen Erscheinungen dieser Krankheiten ganz verschieden bewertet. Speziell wird die Hysterie bald unter den Psychosen, bald in der inneren Medizin abgehandelt, und der innere Mediziner kann sich hier mit dem Psychiater kaum einigen. Niemand empfindet den Wirrwarr schmerzlicher als der klinische Lehrer, welcher als seine erste Verpflichtung anerkennt, auch schwierige Gegenstände klar vorzutragen.

Die Unklarheit liegt hier nicht, wie auf andern Gebieten, an ungenügendem Beobachtungsmaterial, sondern an der *Denkmethodik*. Das scharfe Instrument der Logik wird gerade hier recht nach-

lässig gehandhabt, und ein Teil meiner Erörterungen wird denn auch logischer Natur sein.

Die Schwierigkeit der begrifflichen Definitionen der Nervosität, Neurasthenie und Hysterie liegt in erster Linie daran, dass die so bezeichneten Zustände sich nicht ausschliessen, im Gegenteil sich sehr oft kombinieren, zeitlich ineinander übergehen und grossenteils auch eine gemeinsame Ätiologie haben. Der logische Schluss, den man notwendig daraus ziehen sollte und den ich auch ziehe, ist der, dass es sich dabei weder ätiologisch noch symptomatologisch um *Krankheitseinheiten* handeln kann. Daraus ergibt sich aber der weitere Schluss, dass es in erster Linie die Aufgabe der Wissenschaft ist, die *Symptomenkategorien*, auf deren Verschiedenheit sich die praktische Differenzierung der drei Neurosen aufgebaut hat, zu präzisieren und, was dazu gehört, auch pathogenetisch zu erklären, dass es hingegen ein erfolgloses Bemühen sein muss, die drei Neurosen als Krankheitseinheiten, also etwa wie einen Typhus beschreiben und erklären zu wollen. Die Definitionen und Erklärungen haben sich also zunächst nur auf die drei Symptomenkategorien zu beziehen, nicht auf Krankheitsbilder. Man lernt das Klavierspiel auch nicht an einer Beethovenschen Sonate, und die Kenntnis eines komplizierten Apparates setzt das Verständnis für die Funktion der einzelnen Bestandteile voraus.

Gegenüber diesem von mir vorgeschlagenen analytischen Verfahren hat die nach dem Grundsatz *a potiori fit denominatio* vorgenommene populäre Synthese der Krankheitsbilder Nervosität, Neurasthenie und Hysterie bloss den Wert einer praktischen Etikettierung der Fälle.

Der analytisch symptomatologische Weg der Klärung ist der einzig mögliche, weil der ätiologische Weg bei den allgemeinen Neurosen gänzlich ungangbar ist. Denn bei allen drei Neurosen sind die nämlichen allgemeinen körperlichen und geistigen, exogenen und endogenen Vorbedingungen ätiologisch wirksam und es hängt somit von feinen Differenzen in den Eigennüancen der einzelnen Nervensysteme und des Milieus ab, was in den einzelnen Fällen für Krankheitsbilder entstehen.

* * *

Nach diesen prinzipiellen Vorbemerkungen über die Methodik unserer Diskussion gehe ich zunächst über zu einer kurzen Be-

sprechung der Eigenart und Pathogenese derjenigen Symptome, welche Anlass gegeben haben, von *Nervosität* und *Neurasthenie* zu sprechen. Seitdem BEARD 1880 das offenbar faszinierende und beifall-erregende Wort Neurasthenie in die Medizin eingeführt hat, ist das ältere, für Erregungszustände gebrauchte Wort Nervosität bei den Medizinern merkwürdiger- und bedauerlicherweise fast vollkommen ausser Gebrauch gekommen, so dass man es sogar in vielen Handbüchern der Neurologie vergeblich sucht, und zwar, obschon BEARD selbst ursprünglich das jetzt so bevorzugte Wort Neurasthenie ethymologisch richtig im Sinne von Dauerermüdung und Erschöpfung des Nervensystems gebraucht hat, wodurch es offenbar einen Gegensatz zu dem durch den Sprachgebrauch sanktionierten Wort Nervosität darstellte. Die Neurasthenie wurde dann aber bald zu einem Sammelbegriff für alles mögliche, in welchem der Begriff der Nervosität unterging. Es rührt dies wohl davon her, dass Mischungen von nervösen Erregungs- und Erschöpfungszuständen in der Tat häufig vorkommen, so dass man sich bald gewöhnte, auch diese gemischten Bilder aus Bequemlichkeit, entgegen einem richtigen Sprachgebrauch und entgegen der Logik als „Neurasthenie“ zu bezeichnen. Die Neuheit und der Wohlklang des Wortes imponierte offenbar mehr, als der Sinn. Man fand denn auch bald ein wissenschaftliches Mäntelchen, um diesen saloppen Sprachgebrauch formal zu rechtfertigen, indem man den Begriff der „reizbaren Schwäche“ des Nervensystems erfand, in welchem man sowohl Übererregbarkeitssymptome als auch Erschöpfungssymptome unterbringen konnte. Ich kann hier nicht auf eine Kritik dieses scholastischen Bastardbegriffes der reizbaren Schwäche eingehen. Man sollte glauben, dass Erregung und Erschöpfung an ein und demselben nervösen Gebilde sich ausschliessen, und sehr viel näher liegt es jedenfalls, anzunehmen, dass die häufig vorkommenden Mischungen von Erregungs- und Erschöpfungssymptomen ihre einfache Erklärung darin finden, dass die einen Elemente des Nervensystems erregt, die *andern* erschöpft sind.

Bei der unserm Arbeitsplan entsprechenden pathogenetischen Analyse der Symptome der Nervosität und Neurasthenie müssen wir von dem Vergleich der Nervenenergie mit der elektrischen Energie ausgehen, der bei aller Verschiedenheit der beiden doch einer gewissen Berechtigung nicht entbehrt. Diese erhält ihre Illustration durch die Existenz der sogenannten Aktionsströme,

obschon die einfache Identifizierung der Nervenenergie mit elektrischer Energie schon mit Rücksicht auf die verschiedenen Fortpflanzungsgeschwindigkeiten und auf die Isolation der Nervenleitung noch an einem unbekannten x scheitert. Dieses x , welches die Elektrizität zur Nervenkraft umformt, wird wahrscheinlich dereinst in besondern kolloidalen Eigenschaften der Nervensubstanz gefunden werden. Jedenfalls kann wohl kein Zweifel existieren, dass, wie bei den meisten oder allen Funktionen des Lebens, so auch bei den Nervenleistungen elektrische Erscheinungen die entscheidende Rolle spielen. Es liegt deshalb nahe, wenn auch zunächst bloss in bildlichem Sinne physiologisch und pathologisch kurz von einem *Nervenpotential* zu sprechen und die Nervositäts- und Neurasthenieerscheinungen durch Potentialveränderungen des Nervensystems zu erklären.

In der Tat sind zunächst die Erscheinungen der *Nervosität* klinisch in jeder Beziehung mit einem erhöhten Potential zu vergleichen, durch welches eine elektrische Vorrichtung gespiesen wird. Wie ein solches erhöhtes Potential für die Funktion eines elektrischen Apparates einerseits fördernd sein, anderseits ihn auch zerstören kann, so verhält es sich auch mit dem gesteigerten Potential der Nervenkraft. Eine gewisse Steigerung des Nervenpotentials „innerhalb physiologischer Grenzen“ kann fördernd auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit einwirken. Nicht ohne Grund sind die meisten Menschen, welche Bedeutendes auf geistigem Gebiet leisten, bis zu einem gewissen Grad nervös, ähnlich wie ein gutes Rennpferd edlerer Rasse nervös sein muss, wenn es seinen Preis erringen soll. Nirgends sind die geistigen Leistungen geringer als bei einem Spiessbürger und Philister, dessen Nervenkraft nie aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Für bedeutende Leistungen bedarf es eines erhöhten Nervenpotentials. Wohl dem Betreffenden, wenn sich das erhöhte Potential durch Leistungen erschöpft und ausgleicht, so dass nicht schliesslich der Nervenstrom wie ein Wildbach das normale Strombett überflutet oder wie ein kurz geschlossener Starkstrom den Mechanismus des Nervensystems schädigt oder gar zerstört.

Wir kommen also zur Definition der Erscheinungen der krankhaften Nervosität als der Erscheinungen einer *positiven Intensitätsneurose*, das heisst einer funktionellen Störung des Gesamtnervensystems, welche sich gegenüber dem normalen Zustand durch das

abnorm hohe, krankhaft gesteigerte Potential, unter dem sich die nervösen Erregungen abspielen, charakterisiert.

Sowohl die körperlichen als die geistigen Funktionen können daran teilnehmen. Die Nervositätserscheinungen sind, entsprechend meiner allgemeinen Definition, in welcher das Räumliche nicht vorkommt, von wenig lokalisiertem Charakter. Und wenn die Nervosität zuweilen doch auch lokalisiertere Erscheinungen zeitigt, so beruht dies im allgemeinen wohl darauf, dass die vorwiegend betroffenen Gebiete dann gewisse angeborene oder erworbene disponierende Eigenschaften besitzen. Infolgedessen zeigt sich in den einen Fällen die Übererregung und Übererregbarkeit mehr auf geistigem, in andern Fällen mehr auf den Gebieten der Willkürbewegungen, der Reflexe oder der Sensibilität. „Himmelhoch jauchzend zum Tode betrübt“ ist der Nervöse auf geistigem Gebiete. Seine motorischen Leistungen geschehen hastig, die Reflexe können gesteigert und dadurch deformiert werden. Sensible Gebiete können überempfindlich werden gegen physiologische Reize, so dass abnorme Sensationen, von einfachen Parästhesien bis zu den heftigsten Spontanschmerzen auftreten, die sich oft mit ausgesprochener lokaler Druckempfindlichkeit verbinden. Infolgedessen kommt es bei Nervösen oft zu falschen Organdiagnosen und kunstwidrigen Operationen, die leicht vermieden werden könnten, wenn die Kenntnis der Nervosität und ihrer differentialdiagnostischen Merkmale verbreiteter wäre. Auf Grundlage gewisser Dispositionen können bei nervösen Kranken sogar Ausstrahlungen der gesteigerten Erregung auf das vegetative Nervensystem und dessen bekanntesten Exekutor, die Schilddrüse, und damit Stoffwechselsteigerungen und unter Umständen das Symptomenbild des Morbus Basedowi, nervöse Verdauungsstörungen, Hypersekretionen und Herzstörungen aller Art und vieles andere zustandekommen. Die Bezeichnung *Organneurosen* für diese Zustände ist unrichtig, denn es handelt sich nicht um isolierte Funktionsstörungen der Binnennerven dieser Organe, sondern um blosse Ausstrahlungen der allgemeinen Erregbarkeitssteigerung und Erregung auf die disponierten Organe. Im allgemeinen ist die geringe Lokalisation der Nervositätserscheinungen ein charakteristisches Merkmal gegenüber den hysterischen Erscheinungen, die immer lokalisiert sind.

Doch es ist nun Zeit, auch auf den Begriff und das Wesen der *Neurastheniesymptome* einzugehen. Sie erscheinen gewisser-

massen als das Negativ der Nervositätssymptome. Hier Erregung, dort Depression, und wie wir die Nervosität als positive Intensitätsneurose bezeichnet haben, so müssen wir die neurasthenischen Erscheinungen als diejenigen einer *negativen Intensitätsneurose* definieren. Die Nervenenergie fließt hier mit niedrigem Potential und das Resultat ist die verminderte Leistungsfähigkeit. Die daraus entstehenden Erscheinungen sind symptomatisch identisch mit den Zeichen einer Dauerermüdung oder der nervösen Erschöpfung.

Was von den Nervositätserscheinungen in betreff der unscharfen Lokalisation auf die verschiedenen Funktionen gesagt wurde, gilt auch für die neurasthenischen Symptome. Eine gewisse Lokalisation zeigen sie bloss bei vorhandenen lokalen Dispositionen bestimmter Provinzen des Nervensystems, wie ja auch die physiologischen Erregbarkeiten gewisse lokale Verschiedenheiten darbieten.

Sowohl bei den Nervositätserscheinungen als bei den neurasthenischen Symptomen imponieren natürlich vor allem die seelischen Erscheinungen, falls solche wie gewöhnlich vorhanden sind. Denn die seelischen Symptome sind für die Kranken wie für ihre Umgebung die wichtigsten. Besonders dreht sich bei den Neurasthenikern fast alles um die verminderte geistige Leistungsfähigkeit. Diese hervorstechende Bedeutung der seelischen Symptome ist der Grund, warum man immer wieder versucht, sowohl die nervösen als die neurasthenischen Symptomenkomplexe prinzipiell zu *Psychoneurosen* zu stempeln und sie unter diesem Obertitel mit der Hysterie zu einer gemeinsamen Gruppe zu vereinigen. Dieser allgemeine Begriff der Psychoneurosen ist namentlich durch die Erfolge der Psychotherapie populär geworden, und man verbindet gerade wegen dieser Erfolge damit gewöhnlich auch die Vorstellung der psychischen Genese. Und dennoch kann ich diese Psychogenese durchaus nicht für alle Fälle von Nervosität und Neurasthenie anerkennen. Die Erfolge der Psychotherapie beweisen in dieser Hinsicht nichts, denn jeder erfahrene Arzt weiss, dass es, abgesehen von schweren chirurgischen Krankheiten, kaum ein Leiden gibt, welches der Beeinflussung von seiten der Psyche ganz unzugänglich wäre. Denn die Psyche ist die Beherrscherin des gesamten Organismus bis herab zu seinen tiefsten vegetativen Funktionen. Und so gibt es denn sowohl bei der positiven als der negativen Intensitätsneurose Fälle, wo trotz eventueller Erfolge der Psychotherapie

die Psyche pathogenetisch und symptomatisch ganz zurücktritt. Ich halte also den Ausdruck Psychoneurose als allgemeine und prinzipielle Bezeichnung für Zustände von Nervosität und Neurasthenie für ebenso unberechtigt und irreführend, wie ich es nachher für die Subsummierung der hysterischen Symptomenkomplexe unter dieser Bezeichnung nachweisen werde.

Ätiologisch sind die beiden Intensitätsneurosen unter gemeinsamen Gesichtspunkten aufzufassen. Wie bei fast allen Nervenkrankheiten spielen auch hier vererbte Faktoren, die Eigenschaften des Keimplasmas, die entscheidende Rolle. Gerade hier lässt sich das Walten dieser Einflüsse besonders deutlich zeigen. Gewöhnlich wirken aber, mit oder ohne solche hereditäre Disposition auch exogene Einflüsse, nämlich alle diejenigen, welche zur *Übererregung* und dadurch nach einem allgemeinen biologischen Anpassungsprinzip auch zur *Übererregbarkeit* führen. Ich brauche alle diese erregenden und Erregbarkeit züchtenden exogenen Einflüsse, durch welche der Mensch zu einem *Neurozoon*, wie ihn seinerzeit IMMERMANN nannte, geworden ist, hier nicht aufzuzählen. Sie existierten zu allen Zeiten, kommen aber im Zeitalter der „Modernität“ in verstärktem Maßstab zur Geltung. Diese Erscheinungen der positiven Intensitätsneurose führen dann durch die intensive Beanspruchung des Nervensystems leicht infolge des Überwiegens der dissimilatorischen (katabolischen) Prozesse über die assimilatorischen (anabolischen) zu der negativen, neurasthenischen Phase der verminderten Leistungsfähigkeit. Es kommt aber auch vor, dass ein Mensch das Merkmal der verminderten Leistungsfähigkeit seines Nervensystems schon auf den Lebensweg mitbekommen hat, so dass dann unter dem Einfluss der nämlichen Schädigungen schon primär mehr oder weniger rein die negative, neurasthenische Phase der Intensitätsneurose zum Vorschein kommt. Die nervös-neurasthenischen gemischten Formen der Intensitätsneurose erklären sich, wie erwähnt, am einfachsten durch die Annahme, dass die einen Provinzen des Nervensystems je nach ihrer Disposition oder der einwirkenden Schädigung sich noch im Zustand der Erregung, die andern schon im Zustand der Erschöpfung befinden. Auch der neurasthenische Wegfall von Hemmungen kann natürlich in gewissen Gebieten des Nervensystems Übererregung hervorrufen. Mit Rücksicht auf das, was ich in betreff der von mir abgelehnten generellen Auffassung von Nervosität und Neurasthenie als Psycho-

neurosen gesagt habe, möchte ich noch hervorheben, dass auch die ätiologischen erregenden und erschöpfenden Momente keineswegs immer geistiger Natur sind, wenn ich auch ohne weiteres zugebe, dass geistige Einflüsse auch ätiologisch im Vordergrund stehen. Aber sehr häufig sind es auch körperliche Übererregungen, welche ätiologisch entscheidend sind. Ich möchte hier auf die mir immer wieder entgegentretende Erfahrung hinweisen, dass Schreibmaschinenkopistinnen durch die ausserordentliche Schnelligkeit der Muskelaktion, welche von ihnen verlangt wird oder welche sie selbst von sich verlangen, trotzdem die eigentlich geistige Betätigung hier auf ein Mindestmass beschränkt ist, sehr häufig an typischen nervösen und schliesslich neurasthenischen Erscheinungen erkranken. Man kann es förmlich nachfühlen, wie durch die stundenlang dauernde fieberhafte Fingertätigkeit das Nervensystem mit einem erhöhten Potential geladen wird. Es mag dabei nur beiläufig erwähnt werden, dass diese Kranken nicht selten auch Fieber von offenbar nervöser Genese darbieten, für welches sich keine andere Ursache angeben lässt. Ähnliche Überlegungen gelten wohl auch für angehende Musikvirtuosen, besonders wenn sie ihrer Aufgabe aus konstitutionellen Gründen nicht ganz gewachsen sind.

So viel über die Intensitätsneurosen, Nervosität und Neurasthenie. Zu weit mehr Diskussionen als die Intensitätsneurosen hat das Wesen der *hysterischen* Erscheinungen Anlass gegeben, zu deren Besprechung ich mich nun wende. Ich muss dabei in Anbetracht der Kürze der Zeit auf eine Kritik der modernen Theorien der Hysterie verzichten. Meine eigene Auffassung, die ich Ihnen darlegen werde, wird erklären, warum ich keine derselben annehmen kann. Die meisten dieser sogenannten Theorien sind ja eigentlich mehr Aphorismen zur Hysterie als wirkliche Theorien derselben.

Dasjenige, was ich selbst Ihnen über das Wesen der hysterischen Störungen zu sagen habe, lässt sich zunächst ganz allgemein dadurch charakterisieren, dass es sich für mich dabei um den Versuch einer über das bisher Angenommene hinausgehenden detaillierten *anatomischen Lokalisation* der hysterischen Erscheinungen handelt, mit andern Worten, dass ich eine funktionelle anatomische Erklärung und Definition derselben geben möchte. Ich gehe dabei von der Ansicht aus, dass das erste Postulat für ein eigentliches Verständnis der ja doch stets somatischen und lokalisierten, also offenbar in ganz bestimmten anatomischen Elementen des Nerven-

systems sich abspielenden hysterischen Erscheinungen darin bestehen muss, dass man diese Erscheinungen, obschon sie nach heutigen Begriffen funktionell oder, besser gesagt, ultraanatomisch sind, dennoch nach ähnlichen Grundsätzen wie die anatomischen Erkrankungen *lokalisiert*. Ohne anatomische Lokalisation kein Verständnis. Denn auch die grob anatomischen Erkrankungen des Nervensystems verstehen wir bloss an der Hand der Lokalisationslehre, nämlich dann, wenn es uns gelingt, nach unsern physiologischen Kenntnissen die klinischen Erscheinungen mit einer zu diagnostizierenden Lokalisation zur Deckung zu bringen. Warum sollte diese Notwendigkeit anatomischer Vorstellungen zum Verständnis lokalisierter *funktioneller* Erkrankungen minder wichtig sein? Ich bin in der Tat der Ansicht, dass im Gegensatz zu den verschwommenen Vorstellungen der bisherigen Theorien der Hysterie, diese anatomische Fragestellung den springenden Punkt jeder Diskussion des Wesens der Hysterie darstellt. Die bisherigen Theorien der Hysterie haben für mein Kausalitätsbedürfnis deshalb gar keinen erklärenden Wert, weil sie die Frage der anatomischen Lokalisation nicht berücksichtigen. Man kann den gestörten Gang eines Uhrwerkes nicht verstehen, ohne zunächst den Sitz der Läsion festzustellen. Nicht ohne Grund hat MORGAGNI sein berühmtes Werk betitelt: *de sedibus et causis morborum*, wobei er das Wort *sedibus* voranstellte. Und auch die ganze Cellularpathologie beruht auf diesem Gedanken der Lokalisation.

Nun kann man allerdings zugeben, dass diejenigen, welche die hysterischen Erscheinungen rein psychisch erklären wollen, damit indirekt auch eine anatomische Lokalisation geben, da wir ja wissen, wo wir den Sitz der psychischen Funktionen zu suchen haben. Allein ich werde in dem Folgenden zeigen, dass und warum nicht alle hysterischen Erscheinungen psychisch zu erklären sind, und es liegt deshalb die Aufgabe vor, auch diejenigen hysterischen Erscheinungen zu lokalisieren, welche nicht psychischer Natur sind.

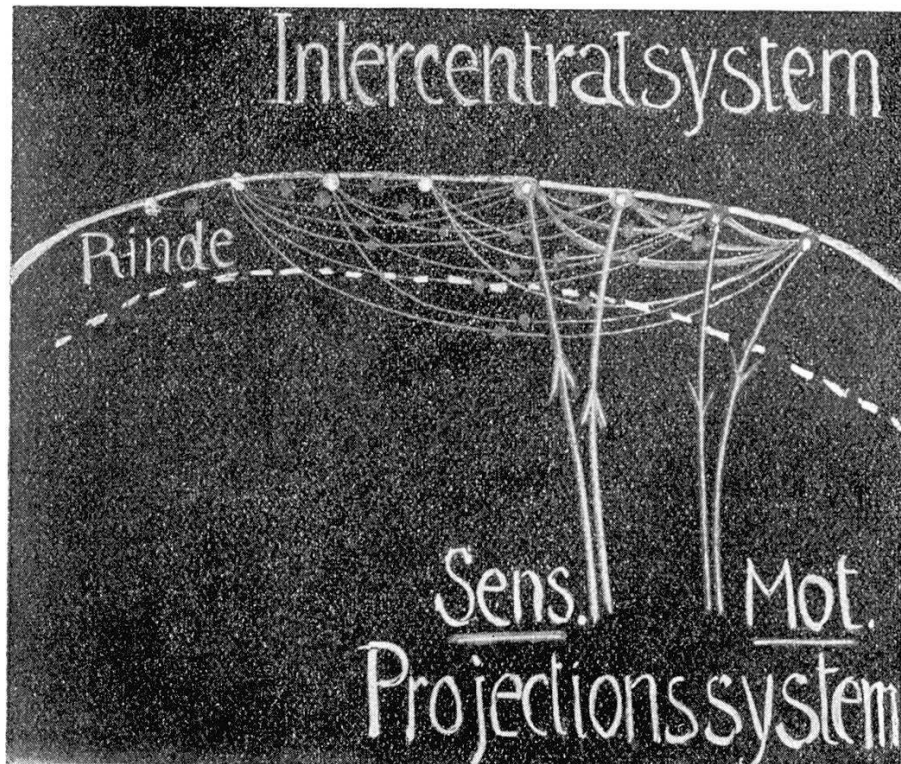
Eine solche anatomische Lokalisation auch der rein körperlichen hysterischen Erscheinungen ist nun, gestützt auf unsere anatomischen und physiologischen Kenntnisse des Grosshirns, sehr wohl möglich, und gerade im Lichte dieser Lokalisation verschwindet dann der scheinbare Gegensatz zwischen den psychischen und den somatischen Erklärungen der Hysterie, welcher so viel Verwirrung gestiftet hat.

Die Entstehung der hysterischen Erscheinungen ist nämlich in die uns wohl bekannten Regionen des Grosshirns zu verlegen, wo sich die geistigen und körperlichen Funktionen gewissermassen die Hand reichen, nämlich in diejenigen Gebiete, welche ich als *Interzentralgebiete* oder *Interzentralsysteme* bezeichne.

Wenn ich deshalb nun kurz auf diese anatomischen Verhältnisse eingehe, so stütze ich mich dabei auf den von FLECHSIG nachgewiesenen Gegensatz zwischen Projektionssystemen und Assoziationssystemen der Grosshirnrinde. Es ist dabei für meinen Zweck bedeutungslos, dass im Gegensatz zu der ursprünglichen FLECHSIGschen Darstellung durch neuere hirnachitektonische Forschungen nachgewiesen wurde, dass Projektionssysteme und Assoziationssysteme im Grosshirn überall mehr oder weniger miteinander gemischt vorkommen, also räumlich nicht so scharf getrennt sind, wie FLECHSIG annahm. Das ist nebensächlich. Ich ersetze dabei die FLECHSIGsche Bezeichnung Assoziationssysteme durch die Bezeichnung *Interzentralsysteme*, weil man unter Assoziationen bisher — wie ich zeigen werde mit Unrecht — meist bloss etwas Geistiges versteht, während ich den Interzentralsystemen nicht bloss geistige, sondern ausdrücklich auch *körperliche* Funktionen zuschreibe. Ich unterscheide also in der Architektonik des Grosshirns Projektionssysteme und Interzentralsysteme. Unter Projektionssystemen verstehe ich im Einklang mit dem allgemeinen Sprachgebrauch und mit FLECHSIG die sogenannten motorischen und sensiblen Zentren der Grosshirnrinde samt den sie mit der Peripherie verbindenden motorischen und sensiblen Neuronen und Neuronenketten. Demgegenüber bezeichne ich als Interzentralsysteme die den übrigen Teil der Hirnrinde einnehmenden, im ganzen der Hirnoberfläche parallel verlaufenden, zum Teil auch in Form der v. MONAKOWSchen Assoziationsbündel einen Umweg durch die weisse Substanz zurücklegenden Faserzellnetze, welche nicht direkt, sondern bloss vermittelt der Projektionssysteme mit der Peripherie verbunden sind. Ich wähle dabei die Bezeichnung interzentral statt des ebenfalls sinngemässen Wortes transzentral (trans nicht im Sinne von jenseits, sondern von quer, hindurch), weil dieses letztere Wort in der Aphasielehre schon in einem andern Sinne vergeben ist, welcher von der unrichtigen Bezeichnung der Sprachregionen als Sprachzentren ausgeht.

Die beistehende Figur gibt eine auf das einfachste reduzierte

schematische Abbildung dieser Verhältnisse. Man muss sich dabei nach SHERRINGTON vorstellen, dass durch die hier in schematischer Vereinfachung dargestellten, in Wirklichkeit aber ungeheuer kompliziert gebauten Interzentralsysteme prinzipiell jeder Punkt der Hirnrinde mit jedem andern Punkt derselben in leitender und funktionsbeeinflussender Verbindung steht. Die Ganglienzellen der Interzentralsysteme (es handelt sich bei diesen nicht etwa um einfache Faserzüge) sind als Umschaltstationen zu betrachten. Ein Blick auf



die wunderbaren Abbildungen RAMON Y CAJALS zeigt, in welcher ungeheuren Kompliziertheit in Wirklichkeit dieses einfache Schema der Projektions- und Interzentralsysteme sich darstellt. Diese Kompliziertheit hat ihr Analogon bloss in der Kompliziertheit der Menschenseele, deren Domäne ja die Interzentralgebiete sind.

Wie ich schon angeführt habe, nehme ich an, dass die Interzentralsysteme sowohl körperliche als geistige Funktionen haben, indem ein Teil ihrer Funktionen mit, ein anderer ohne geistige Parallelprozesse, bzw. Bewusstseinsvorgänge verläuft. Gewöhnlich werden bloss die mit Bewusstseinsvorgängen verbundenen Erregungen als Assoziationen bezeichnet. Es liegt aber kein Hindernis vor, auch von *körperlichen Assoziationen* zu sprechen. Solche

körperliche Assoziationen besorgen die eupraktische und koordinierte Ausführung ideatorischer Willensimpulse, die kortikalen Reflexe und die koordinierte Sammlung sensibler Impulse zuhanden der Wahrnehmungen. Es ist dabei sehr wahrscheinlich, dass durch den Prozess der Umschaltung der sogenannten Aufmerksamkeit, die selbst eine Interzentrafunktion ist, körperliche zunächst bewusst verlaufende Assoziationen unbewusst werden können und umgekehrt. Die Aufgabe der Interzentralsysteme ist hiernach, abgesehen von den geistigen Vorgängen des Denkens, Fühlens, Wollens und der Wahrnehmung, der anatomische Anschluss der Sensibilität und Motilität der Projektionssysteme an den Bewusstseinsinhalt. Hierfür sind die Interzentralsysteme gewissermassen der *Rangierbahnhof*.

Es handelt sich nun bei den hysterischen Erscheinungen um diejenigen funktionellen, das heisst wohl kolloidal bedingten lokalisierten Erregbarkeitsveränderungen der Interzentralsysteme, welche sich körperlich auswirken und je nach ihrer Natur entweder Lähmungs- oder Reizerscheinungen hervorrufen. Diese Veränderungen sind genau nach den Grundsätzen der anatomischen Lokaldiagnosen in den Interzentralsystemen gewissermassen als funktionelle Herdläsionen zu lokalisieren. Auf dieser Lokalisation beruht die Eigenart der hysterischen Symptome, selbst lokalisiert zu sein. Hiernach lassen sich also die hysterischen Symptome ganz scharf als *körperliche Symptome von funktioneller interzentraler Genese* definieren. Nur Symptome, welche dieser Definition entsprechen, oder ihr wenigstens nicht widersprechen, dürfen als hysterische bezeichnet werden.

Wenn in dieser Definition nur von körperlichen Symptomen die Rede ist, so darf dies nicht so verstanden werden, als ob ich das Vorkommen geistiger Symptome bei hysterischen Zuständen leugnen wollte. Dass dies nicht zutrifft, geht schon daraus hervor, dass ich den Interzentralsystemen sowohl körperliche als natürlich auch nahe damit verknüpfte geistige Funktionen zuschreibe. Die Mitbeteiligung der Psyche zeigt sich denn auch z. B. darin, dass sich die hysterischen Anfälle oft mit ausgesprochenen psychischen Erscheinungen verbinden, deren Erklärung bei der interzentralen Lokalisation keine Schwierigkeiten macht. Allein es handelt sich hier nicht darum, sondern um die Definition dessen, was für den Begriff „hysterisch“ wesentlich ist, und da können nur die körperlichen Symptome in Betracht kommen, weil nur sie Anlass gegeben

haben zur Aufstellung des Begriffes „Hysterie“ und weil die geistigen Symptome fakultativ und deshalb für die Definition nicht charakteristisch sind und auch bei Zuständen vorkommen, bei welchen niemand von Hysterie spricht. Ich werde auf diese so viel missverstandene Frage in der folgenden Darstellung noch wiederholt zurückkommen müssen.

Meine *Beweisführung* für die interzentrale Lokalisation der somatischen hysterischen Symptomen zugrunde liegenden funktionellen Veränderungen ist folgende:

Zunächst gibt es einige bekannte Beispiele, wo notorische isolierte Interzentralveränderungen auf grob anatomischem Wege zustande kommen, welche zeigen, dass der Versuch der interzentralen Lokaldiagnose auf keiner blossen Konstruktion beruht, sondern auf durchaus reeller Basis steht. Solche interzentrale, anatomisch bedingte Symptomenkomplexe, welche also den besten Begriff von der symptomatischen Eigenart der interzentralen Lokalisation und somit auch von der Natur der hysterischen Symptome geben, sind die gewöhnlichen anatomischen *Aphasien* und *Apraxien* und echten *Agnosien*. Denn die dabei anatomisch lädierten, irrtümlicherweise als Sprach-, Praxie- und Gnosiezentren bezeichneten Regionen des linken Gehirns sind nichts anderes als die fokalen Interzentralgebiete der Sprache, des Handelns und des Erkennens. Die Projektionssysteme der Motilität und der Sinne bleiben bei diesen Läsionen, gerade wie es auch für die hysterischen Erscheinungen charakteristisch ist, vollkommen frei. Der motorisch Aphasische z. B., der nicht sprechen kann, hat keine Lähmung seiner Sprachmuskeln, der sensorisch Aphasische, der kein gesprochenes Wort versteht, hat keine Gehörstörung. Interessanterweise haben nun diese anatomischen Aphasien, Apraxien und Agnosien ihre funktionellen hysterischen Doppelgänger. Am bekanntesten ist von diesen die als Teilerscheinung des hysterischen Mutismus, aber auch isoliert auftretende hysterische Aphasie. Sie ist offenbar, je nach ihrer besondern Eigenart, genau gleich zu lokalisieren wie das entsprechende anatomische Aphasiebild. Weniger bekannt, aber zweifellos ebenfalls vorkommend, sind hysterische Agnosien. Die interzentrale Lokalisation erscheint auch für sie nach ihren anatomischen Vorbildern gegeben. Sehr bekannt dagegen sind wieder die hysterischen Schattenbilder der anatomischen Apraxie. Als solche möchte ich nämlich die von mir so genannten *funktionalisierten hysterischen motorischen*

Lähmungen bezeichnen, wie die hysterische Aphonie und Abasie-Astasie, wo keine vollkommenen motorischen Lähmungen, sondern bloss der Ausfall besonderer Funktionen, in diesen Fällen derjenigen des Lautsprechens oder des Gehens und Stehens bei Erhaltensein aller übrigen motorischen Funktionen der betreffenden Muskelgebiete, also bei intaktem Projektionssystem, vorliegt. Im Lichte meiner Auffassung der hysterischen Erscheinungen als funktioneller körperlicher, interzentraler Läsionen lässt sich direkt der Satz prägen: Die anatomisch bedingten Aphasien, Apraxien und Agnosien sind nichts anderes als anatomisch bedingte und dadurch stabilisierte hysterische Symptomenkomplexe. Ihre anatomische Lokalisation beweist also für ihre hysterischen Doppelgänger mit voller Sicherheit die nämliche Lokalisation und dadurch mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auch die interzentrale Lokalisation für diejenigen hysterischen Symptome, zu denen man bisher noch keine anatomischen Parallelbilder gefunden hat. Ich bezweifle übrigens nicht, dass, sobald man sich erst einmal mit meiner Auffassung vertraut gemacht haben wird, man weitere anatomische Parallelbilder zu hysterischen Symptomenkomplexen auffinden wird und dass daraus eine detaillierte Lokaldiagnose der Hysterie erwachsen wird.

Wenn hiernach für diese funktionalisierten hysterischen Lähmungen die Frage der Lokalisation völlig klar erscheint, indem dieselben gewissermassen als funktionelle Apraxien aufzufassen sind, so fügen sich auch die totalen hysterischen Lähmungen sehr gut der interzentralen Lokalisation, obgleich sich diese Lokalisation dann nicht direkt, sondern bloss aus der hysterischen Konstellation mit Wahrscheinlichkeit beweisen lässt. Man braucht ja bei einer totalen hysterischen Armlähmung, wie man sie so häufig nach Traumen sieht, bloss anzunehmen, dass es sich hier um sehr ausgedehnte, die sämtlichen Verbindungen zwischen den Interzentralgebieten und den motorischen Projektionsgebieten lähmende funktionelle Lokalisationen handelt.

Nicht minder als viele hysterische motorische Lähmungen zeigen auch die typischen *motorischen hysterischen Reiz- oder Krampferscheinungen*, besonders die eigentlichen hysterischen Anfälle und manche Kontrakturen, hysterische rhythmische Krämpfe und Ticformen usw. in ihrer hochkoordinierten Symptomatologie, welche oft in so auffälliger Weise psychische

Vorgänge mimit, die unzweideutigen Merkmale der funktionalisierten, d. h. interzentralen Lokalisation. Auch die hysterische Chorea, wie sie bei Kindern so häufig durch Nachahmung entsteht, ist als funktionelle interzentrale Reizerscheinung zu deuten. Es ergibt sich dies ohne weiteres, wenn man die von mir vertretene Lehre von einer physiologischen Choreafunktion in der Grosshirnrinde (bei Verlegenheit und lang erzwungener Körperruhe) und von dem Auftreten der gewöhnlichen pathologischen Choreaformen durch Wegfall von Hemmungen dieser physiologischen Funktion akzeptiert (vgl. mein Lehrbuch der klinischen Unterrichtsmethoden, VI. Aufl., 1920, Bd. II, 2 S. 661 und 1391).

Bei alledem darf aber nicht verschwiegen werden, dass das Gebiet der als hysterisch aufgefassten Krampferscheinungen noch einer weit gehenden Sichtung bedarf. Denn wahrscheinlich müssen manche dieser bisher zur Hysterie gerechneten Krampferscheinungen, nämlich viele ticartige Bilder und namentlich wohl ein grösserer Teil der bisher sogenannten hysterischen Kontrakturen im Lichte unserer neuern Kenntnisse der Striatumerkrankungen zu diesen letztern gerechnet werden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass es dabei auch funktionelle Striatumerkrankungen gibt und diese sind dann, wenn man nicht aufs neue den Begriff der hysterischen Erscheinungen verwischen will, von den letztern auszuschliessen als besondere Art funktioneller Erkrankungen, welche ich als *Striatumneurosen* oder abgekürzt als *Striatosen* zu bezeichnen vorschlage. Möglicherweise ist die Zweiteilung, welche BABINSKI bei den Kriegsneurosen vorgenommen hat, indem er die eigentlichen hysterischen, nach seiner Ansicht „pithiatischen“, d. h. durch Suggestion zustande kommenden Erscheinungen von sogenannten Reflexneurosen trennt, zu welchen er namentlich schwere Kontrakturen rechnet, die er der suggestiven und auch andern Behandlungen wenig zugänglich fand, darin begründet, dass es sich bei dieser zweiten BABINSKISCHEN Gruppe um solche Striatumneurosen, wenn nicht gar um anatomische Striatumerkrankungen handelt.

Das Epileptoidwerden gewisser hysterischer Anfälle (sogenannte Hysteroepilepsie) erklärt sich durch das Übergreifen der krampfhaften Erregung von den Interzentralsystemen auf die Projektionssysteme der sogenannten motorischen Zentren, als deren charakteristisches Herdsymptom wir ja die epileptoiden Entladungen längst kennen.

Ich möchte nun speziell betonen, dass die von mir behauptete interzentrale Genese der echt hysterischen motorischen Symptome keineswegs ohne weiteres involviert, dass dieselben, entsprechend den landläufigen Theorien von den „hysterischen Willenslähmungen“ und „Willenskrämpfen“ mit geistigen Parallelprozessen verbunden, bzw. im eigentlichen Sinn des Wortes psychogen sein müssen. Denn meine interzentrale Lokalisation ist keineswegs, weder allgemein, noch in betreff der motorischen Erscheinungen, zu verwechseln mit einer psychischen Theorie der Hysterie. Denn entsprechend dem von mir aufgestellten Begriff der körperlichen Assoziationen stelle ich auch den Begriff der *körperlichen Engramme* demjenigen der geistigen Engramme gegenüber. Dieser in betreff des Wesens der sogenannten Engramme nichts präjudizierende, nur zur leichtern Verständigung geschaffene Ausdruck soll hier, wie überhaupt, nichts anderes bezeichnen, als diejenigen, z.B. auch dem Gedächtnis zugrunde liegenden Veränderungen, welche potentiell in den Hirnelementen, speziell in den Interzentralsystemen, von jeder Erregung, welche in ihnen stattgefunden hat, zurückbleiben. Die körperlichen Engramme entstehen also aus den körperlichen Assoziationen durch den Prozess, den man gewöhnlich bildlich als Einschleifung der Bahnen bezeichnet, und sind in den Interzentralsystemen jederzeit zur körperlichen Ekphorierung, d. h. zum Wiederaufleben im Sinne der Wiederbetätigung der betreffenden körperlichen Assoziation disponibel.

Die prinzipiell wichtige Annahme selbständig gewordener körperlicher Engramme, die ja in Wirklichkeit, wenn es auch nie in dieser Form ausgesprochen wurde, auch der modernen Aphasie- und Apraxielehre zugrunde liegt, ergibt sich aus der Tatsache, dass man eingeübte komplizierte Bewegungen und Handlungen oft ohne jede Beteiligung des Bewusstseins (denn ich negiere ein sogenanntes Unterbewusstsein) ausführt. Man denke an die Leistungen eines Violinvirtuosen bei der Ekphorierung schwieriger Passagen, an welche er bei der Ausführung gar nicht denkt. Es weist dies darauf hin, dass die körperlichen Engramme eine von den geistigen, aus welchen sie hervorgegangen sind, unabhängige Existenz annehmen und dann ohne Bewusstseinsvorgänge ekphoriert und somit auch unabhängig von solchen gestört werden können.

Mit dieser Annahme der Selbständigkeit körperlicher Engramme steht die klinische Analyse anatomischer Fälle von Aphasie, Apraxie

und Agnosie in bestem Einklang: Bei der BROCA'schen und WERNICKE'schen Aphasie (den irrtümlich sogenannten zentralen Aphasien) und bei den sogenannten ideatorischen Apraxien LIEPMANN'S sind wahrscheinlich sowohl die geistigen als die körperlichen Engramme der betreffenden Funktionen zerstört, ebenso wie bei manchen Agnosien. Dagegen scheint es sich bei den (ebenfalls irrtümlich sogenannten) subzentralen Formen der motorischen und sensorischen Aphasie und bei den von LIEPMANN als „motorisch“ bezeichneten Apraxieformen bloss um das Verschwinden oder Inaktivwerden der körperlichen Engramme bei Erhaltenbleiben der geistigen zu handeln und das nämliche gilt für diejenigen Agnosien, bei welchen zwar die Objekte nicht mehr sinnlich erkannt, aber doch noch vorgestellt werden können.¹

Daraus ergibt sich also, dass hysterische Lähmungen und Krämpfe nicht eo ipso als „Willenslähmungen“ und „Willenskrämpfe“ aufzufassen sind, und in der Tat widerspricht dem die Selbstbeobachtung intelligenter Hysterischer, trotz der durch die interzentrale Lokalisation bedingten psychoiden Beschaffenheit der Erscheinungen. Denn der Hysterische kann offenbar doch am besten, und überhaupt nur er ganz allein, über den Zustand seines Willens Aufschluss geben, und er negiert regelmässig die Beteiligung seines Willens, als Willenszwang und Willenslähmung, an den in Frage stehenden Erscheinungen und charakterisiert diese als rein körperlich.

Übrigens verliert die Unterscheidung psychogener und nicht psychogener Entstehung der hysterischen Erscheinungen bei der

¹ Die Annahme, dass komplizierte körperliche Engramme nicht den Interzentralgebieten der Hirnrinde sondern niedrigeren Zentren, vielleicht sogar, soweit sie spinale Gebiete betreffen, dem Rückenmark angehören, ist aus den verschiedensten Gründen abzulehnen. Schon der „psychoide“ Charakter komplizierterer, ohne begleitende Bewusstseinsvorgänge reekphorierter Bewegungen und die mühevollen psychischen Erlernung derselben spricht gegen diese Möglichkeit und vielmehr für die interzentrale, zerebrale Lokalisation. Wenn dies für die motorischen Engramme gilt, so involviert es auch mit grosser Wahrscheinlichkeit eine gleiche Lokalisation der zugehörigen sensiblen Engramme, da man sich die erwähnten virtuos und ohne Bewusstseinscorrelat sich vollziehenden Leistungen ja doch nur durch das Zusammenwirken motorischer und sensibler Engramme, durch eine Art höherer interzentraler enggeschlossener Reflexe vorstellen kann. Die anatomischen Aphasien, Apraxien und Agnosien sind ausserdem, wie aus dem oben Angeführten hervorgeht, direkte Beweisstücke für die interzentrale Lokalisation nicht bloss der psychischen sondern auch der körperlichen Engramme der betreffenden Funktionen.

interzentralen Lokalisation einen grossen Teil ihrer Bedeutung, weil die Interzentralgebiete die gemeinsame Berührungsfläche der körperlichen und geistigen Funktionen, gewissermassen die Wasserscheide derselben sind. Für die symptomatische Definition der hysterischen Erscheinungen muss aber an der körperlichen Natur der Symptome festgehalten werden, weil nur die körperlichen Symptome begrifflich charakteristisch sind.

Auch die *hysterischen Sensibilitätsstörungen* (Anästhesien und Hypästhesien), welche oft als hysterische Stigmata bezeichnet werden und welche in den alten Hexenprozessen eine so verhängnisvolle Rolle als „Stigmata diaboli“ gespielt haben, müssen interzentral lokalisiert werden. Der Beweis liegt darin, dass auch die Sensibilitätsstörungen oft funktionalisiert, d. h. bloss für bestimmte Funktionskombinationen, vorhanden sind. Ich will bloss einige der bekannteren Tatsachen anführen, aus welchen dies hervorgeht. Vor allem die Tatsache, dass die Kranken durch ihre Sensibilitätsstörungen oft gar nicht belästigt werden, so dass man sie zufällig bei der Untersuchung, zur Verwunderung der Kranken, entdeckt. Es deutet dies darauf hin, dass die psychischen höhern Reflexfunktionen der Sensibilität, die sensibel bedingten Regulationen des Ichs nach der Umwelt, erhalten sind, ähnlich wie die ebenfalls corticalen einfachen Hautreflexe. Die Störung ist also funktionalisiert und betrifft bloss die bewusste Wahrnehmung. Bekannt ist auch die Tatsache, dass der hysterisch einseitig Amaurotische binoculär oft mit dem monoculär blinden Auge sieht, wie es die Stereoskopversuche beweisen. Die Störung ist in diesem Fall funktionalisiert für das monoculäre Sehen. Die Literatur enthält eine grosse Anzahl ähnlicher Beobachtungen auch auf andern Sinnesgebieten (vgl. z. B. JANET, „L'état mental des hystériques“, 1911). Man kann also auch vielen sensiblen hysterischen Störungen den funktionalisierten Charakter beilegen, der für die interzentralen Störungen so charakteristisch ist. Hierdurch wird auch für die nicht funktionalisiert sich äussernden hysterischen Sensibilitätsstörungen die interzentrale Genese wahrscheinlich. Psychisch brauchen aber die hysterischen Sensibilitätsstörungen darum, aus den bei den motorischen Störungen angeführten Gründen, ebenso wenig zu sein, wie diese, sondern sie können auch bloss die körperlichen sensiblen Assoziationsvorgänge und Engramme, bzw. den Anschluss der Sensibilität an die Psyche oder den Bewusstseinsinhalt betreffen.

Die interzentrale, d. h. hysterische Genese von *Schmerzen* bleibt dagegen, obschon sie möglich ist, meist zweifelhaft, da sich Schmerzen sehr leicht auch von den Projektionssystemen aus erklären lassen. Jedenfalls muss deshalb die Diagnose auf hysterische Schmerzen mit grösserer Vorsicht gehandhabt werden, als es bei dem in der Neurosenlehre herrschenden begrifflichen Chaos gewöhnlich geschieht, um so mehr als das Symptom Schmerz eine Hauptdomäne der positiven Intensitätsneurose, der Nervosität, und nicht der Hysterie ist. Vielleicht kann die Feststellung funktionalisierter, d. h. bloss an bestimmte zentrale Funktionen gebundener Schmerzen bei Hysterie uns in der Diagnose interzentraler, d. h. echt hysterischer Schmerzgenese weiter bringen.

Aus der interzentralen Lokalisation der hysterischen Symptome erklärt sich die grosse Mannigfaltigkeit ihrer Auslösung bei bestehender Disposition, d. h. der *Ätiologie*. Denn man darf nicht vergessen, dass das Interzentralgebiet gewissermassen die Brennfäche ist, in welcher alle zentripetalen körperlichen und geistigen Einflüsse zum körperlichen und geistigen Ich zusammenstrahlen. Neben psychischen, meist affektbetonten Einwirkungen und Traumata spielen bekanntlich auch Gifte, wie Alkohol und Blei, eine bedeutende Rolle als *agents provocateurs* der Hysterie, und die grosse Labilität des Interzentralgebietes unter dem Einfluss körperlicher und geistiger Einwirkungen, welche ja die Bedingung des normalen körperlichen und geistigen Lebens mit allen seinen Anpassungsmöglichkeiten ist, erklärt, dass bei bestimmten Erregungskonstellationen auch der sonst Gesunde vorübergehend hysterische Erscheinungen darbieten kann, ohne dass er deshalb von den Anhängern der „degenerativen“ Natur der Hysterie als „degeneriert“ taxiert werden darf.

Diese mannigfaltigen interzentralen Einwirkungen schliessen nun natürlich auch die hysterogenen Einflüsse der *Nachahmung* und *Suggestion* ein. Aber darin liegt kein Grund, mit BERNHEIM und BABINSKI die hysterischen Erscheinungen nur auf Suggestion zurückzuführen. Suggestion ist bloss eine der vielen Einwirkungsmöglichkeiten auf die Interzentralerregbarkeit. Die Hypnose ist nichts anderes, als eine durch Suggestion hervorgerufene lokalisierte interzentrale Erregbarkeitsveränderung von echt hysterischem Charakter, welche WUNDT, ohne eine eigentliche Erklärung zu geben, symptomatologisch als Einengung des Bewusstseins charakterisiert

hat. In der höchst bedenklichen Tatsache der fast allgemeinen Hypnotisierbarkeit gesunder und intelligenter Menschen, in der Entstehung hysterischer Erscheinungen durch Nachahmung, in den Massensuggestionen, Volkspsychosen und Massenhysterien zeigt die für das gewöhnliche Leben, für Erziehung, Anpassung usw. so nützliche Labilität und Plastizität der interzentralen Erregbarkeiten ihren Pferdefuss.

Nach meiner Auffassung von der körperlich geistigen Doppelnatur der Interzentralfunktionen erweist sich die Beteiligung der Psyche an den hysterischen Erscheinungen, wie schon angedeutet, als fakultativ, und da wo sie vorhanden ist, als leicht verständlich. Ich leugne also das Vorkommen psychischer Symptome und sogar die Psychogenese einzelner körperlicher Symptome bei Hysterischen keineswegs. Die obligatpsychische Natur der Hysterie und ihre Bezeichnung als Psychoneurose oder gar als Psychose ist dagegen aufs schärfste abzulehnen. Man vergleiche in dieser Beziehung auch, was ich später über den angeblichen hysterischen Charakter sagen werde. Die gegenteilige, meist von Psychiatern stammende Auffassung der Hysterie als Psychose steht in Widerspruch zu den häufigen rein somatischen Formen von Hysterie, welche wir auf den internen Kliniken sehen, und ist auf die häufige Kombination von Hysterie mit Geisteskrankheiten, besonders Schizophrenie, zurückzuführen, eine Kombination, welche bei der Lokalisation auch der Psychosen in den Interzentralssystemen leicht verständlich ist. Diese Kombinationen sind aber bei dem Fundamentalbedürfnis des menschlichen Geistes, die Naturerscheinungen zu ordnen, und bei der Notwendigkeit, die einzig pathognomonischen körperlichen hysterischen Symptome entsprechend unserem Untersuchungsplan endlich einmal scharf zu definieren, kein Grund, alles in einen Topf zu werfen. Wenn ein Typhus sich sehr oft mit Pneumonie kombiniert, so ist dennoch der Typhus keine Pneumonie. Bei der Hervorhebung der häufigen Kombinationen von Schizophrenie mit hysterischen Erscheinungen will ich es vorläufig dahingestellt lassen, ob auch die *katonischen Muskelspannungen* hysterischer Natur sind und nicht vielmehr mit Rücksicht auf das bei den hysterischen Kontrakturen Gesagte auf Striatumneurosen beruhen.

Auf die Beziehungen des *Stotterns* und des *Strabismus* zu den hysterischen Erscheinungen, sowie auf das Vorkommen von hysterieähnlichen Erscheinungen bei *anatomischen Herdläsionen*

des Gehirns, Hirntumoren, Hydrocephalus, Meningitis, bei multipler Sklerose und Infektionskrankheiten, wie Typhus, ferner auf die Tatsache, dass choreatische Symptomenbilder sowohl als hysterische Erscheinungen, wie auch auf infektiöser und selbst anatomischer Basis vorkommen, kann ich hier in Anbetracht der beschränkten Zeit nicht eingehen, und ich verweise in dieser Beziehung auf meine an anderer Stelle erfolgende ausführlichere Darstellung des Gegenstandes und auf meine klinischen Vorlesungen: Wenn sich das Sprachgefühl dagegen sträubt, in allen diesen Fällen von hysterischen Erscheinungen zu sprechen, was sachlich nach meiner Definition in den Fällen von anatomischen Hirnerkrankungen in der Tat nicht berechtigt erscheint, so kann man doch von hysteroiden Erscheinungen sprechen, wenn man nicht vorzieht, was ich für viel zweckmässiger halte, die alte Hysteria überhaupt aus dem Spiele zu lassen und nach der von mir in dem folgenden vorgeschlagenen Nomenklatur einfach von Interzentralsymptomen zu sprechen.

Man wird nach diesen wegen der Beschränktheit der Zeit summarischen Auseinandersetzungen, welche in meiner klinischen Vorlesung über die Neurosen ihre detailliertere Begründung gefunden haben, meinen Standpunkt verstehen, wenn ich das ceterum censeo ausspreche, *hysteriam esse delendam*. Die Hysterie muss „abgeschafft“ werden. Ich meine dies in doppeltem Sinne. Nicht nur sehe ich, wie aus meiner ganzen Darstellung hervorgeht, in der Hysterie keine selbständige Krankheit, sondern einen die ganze Pathologie und, in Form ungewöhnlicher Suggestionenwirkung, auch das physiologische Leben durchsetzenden Symptomenmechanismus, sondern ich bin auch der Ansicht, dass es die höchste Zeit ist, endlich einmal auch die Worte Hysterie und hysterisch aufzugeben. Denn diese Bezeichnung ist trotz ihres Alters eine nicht besonders ehrwürdige Reliquie der alten Uterustheorie der Hysterie, und es hat wirklich keinen Zweck, diese Mumie noch weiter zu konservieren, ausser etwa in der Geschichte der Medizin und der menschlichen Irrungen.

Dann muss man freilich etwas Besseres an die Stelle setzen, und da schlage ich vor, die hysterischen Symptome als *funktionelle somatische Interzentralsymptome* oder in Anlehnung an den BLEULERSchen Begriff der Schizophrenie als *somatische schizoneurotische Symptome*, die Hysterie, da man doch nicht so bald darauf verzichten wird, auch für hysterische Symptomen-

komplexe als Ganzes einen Namen zu gebrauchen, als *somatische Interzentralneurose* oder *somatische Schizoneurose* zu bezeichnen und damit auch zu definieren. Denn die Hysterie ist gewissermassen das körperliche Analogon der Schizophrenie, was der Wortbestandteil „Neurose“ gegenüber „Phrenie“ markieren soll. Hier die von BLEULER betonte Spaltung und Disharmonie der geistigen Persönlichkeit, dort, bei den hysterischen Erscheinungen, die Spaltung, Disharmonie, Unordnung und Unbotmässigkeit der körperlichen Interzentralfunktionen, gewissermassen der körperlichen Persönlichkeit. Denn was ist es z. B. anderes als eine funktionelle *Spaltung*, wenn die hysterische einseitige Blindheit nur darauf beruht, dass der Kranke seine optischen Eindrücke beim monokulären Sehen nicht mehr dem Bewusstseinsinhalt anzufragen vermag, wie dies die bekannten Stereoskopversuche beweisen. Durch die Ähnlichkeit der Namen Schizoneurose und Schizophrenie soll auch das häufige Zusammenvorkommen von hysterischen und schizophrenen Symptombildern signalisiert werden, welches Anlass gegeben hat zu der meiner Ansicht nach unberechtigten Aufstellung eines schwarz gemalten besondern „*hysterischen Charakters*“, der sich in Wirklichkeit aus schizophrenen, den hysterischen Symptomenkomplexen als solchen nicht notwendig angehörenden Zügen zusammensetzt. Ich negiere das gelegentliche Vorkommen dieses abnormen, übrigens in den Einzelfällen stark abweichenden Charakters bei Hysterischen nicht; aber er ist fakultativ und lässt sich nicht in dem Begriff der Hysterie unterbringen. Nur die Verwechslung mit „schizoiden“ Beimengungen hat JANET zu seiner verblüffend an die BLEULERSche Definition der Schizophrenie erinnernden Definition der Hysterie als „*Désaggrégation mentale*“ Anlass gegeben. BERNHEIM sagt mit Recht von diesem angeblich hysterischen Charakter: „Il n'y a pas de vice qu'on n'ait pas endossé au pauvre hystérique, c'est toujours l'ancienne possession diabolique adaptée à la psychologie moderne.“

Es ist, wie gesagt, selbstverständlich, dass auch abgesehen von solchen Kombinationen mit eigentlichen Psychosen sich hysterische, also körperliche funktionelle Interzentralsymptome mit geistigen Anomalien verbinden können. Denn wenn jemand in seinen Interzentralsystemen sich körperlich auswirkende „Sparren“ hat, so ist es klar, dass häufig auch die in denselben oder wenigstens eng benachbarten Gebieten sich abspielenden geistigen Funktionen

nicht immer ihren normalen Verlauf nehmen, und dass der Betreffende dann oft auch an geistigen „Sparren“ leiden wird. Ich muss aber nochmals besonders mit Rücksicht auf monosymptomatische hysterische Erscheinungen, wie die hysterische Aphonie und Abasie betonen, dass dies fakultativ ist. Und wie mancher hat auf der andern Seite geistige Sparren, ohne deshalb hysterisch zu sein! Denn sonst würde ja die Verbreitung der Hysterie keine Grenzen mehr kennen. Wenn geistige Verschrobenheiten und Absonderlichkeiten bei Hysterischen aus naheliegenden Gründen, nämlich wegen der Lokalisation der hysterischen Erscheinungen in den Interzentralgebieten, häufiger vorkommen mögen als bei sonst Gesunden, so ist es doch wünschenswert, endlich einmal zu einem scharfen Begriff dessen, was hysterisch ist, zu kommen, und dies ist nur möglich, wenn man von allen diesen zufälligen Beimischungen absieht, Tabula rasa macht, und in der Begriffsfassung nur von den eindeutigen körperlichen Symptomen ausgeht, ohne welche der Hysteriebegriff überhaupt nie entstanden wäre. Dass gegebenenfalls auch die psychischen Symptome in der klinischen Beschreibung der synthetischen Hysteriebilder erwähnt werden, ist ja ganz in der Ordnung, sie würden aber nur dann in den Hysteriebegriff einbezogen werden können, wenn sie erstens konstant wären, und wenn die Hysterie als selbständige Krankheit und nicht bloss als Symptomenmechanismus anerkannt werden könnte.

Es ergibt sich aus meiner ganzen Darstellung von selbst, dass ich der zuweilen die Hysterie begleitenden Nosophilie (dem „Krankseinwollen“) und der REICHARDTSchen „Wunschrichtung“,¹ der Neigung zu Simulation und Übertreibung usw., ebenso wenig wie dem angeblich hysterischen Charakter in der Definition hysterischer Erscheinungen Bedeutung einräumen kann, sondern annehme, dass es sich dabei um heterogene Beimischungen handelt, die leider auch ohne Hysterie nur zu häufig vorkommen.

Auch in der *Therapie* bewährt sich die Auffassung der hysterischen Erscheinungen als funktionelle Interzentralsymptome. Vor allem erklärt diese Auffassung die gegen hysterische Krankheitsbilder gerichtete Wirkung so zahlloser funktionstherapeutischer Beeinflussungen, deren gemeinsames Merkmal ist, dass sie die Erregbarkeiten und die Erregbarkeitskonstellationen der Interzentral-

¹ Vgl. z. B. REICHARDT, Deutsche med. W.-Schr. 1921, Nr. 3.

systeme beeinflussen. Die Zahl dieser Mittel ist ebenso gross wie die Zahl der Einflüsse, welche hysterische Erscheinungen hervorzurufen können. Ihre Wirkung ist im Lichte der funktionellen interzentralen Erklärung leicht verständlich, mag es sich dabei um Wachsuggestion oder hypnotische Suggestion, um Heilungen in Lourdes oder um solche durch das faradische Schreck- und Überumpelungsverfahren handeln. Denn alle diese Einwirkungen verändern das Zustandsbild sowohl der körperlichen als der geistigen interzentralen Erregbarkeiten. Dass die Suggestion oft so bedeutende Wirkungen hat, erklärt sich daraus, dass sie einen bequemen Zugang zu den Interzentralsystemen vermittelt. Aber nicht bloss erklärt meine Theorie die Wirksamkeit aller dieser bewährten Verfahren, sondern sie gibt auch Anregung zu immer neuen individuell ausgewählten, dem Einzelfall angepassten Behandlungsmethoden. In erster Linie kommen dafür psychotherapeutische, für jeden Fall neu zu erfindende Verfahren in Betracht; denn der nächste, wenn auch nicht der einzige Weg zu den Interzentralfunktionen, auch zu den körperlichen, führt über die Psyche.

* * *

Hochgeehrte Anwesende! Die Geschichte der Hysterie zeigt in typischer Weise, in welches undurchdringliche Dunkel uns die in neuerer Zeit so viel gerühmte sogenannte „funktionelle“ Medizin führt und zu welcher Klarheit wir überall da gelangen, wo uns das Licht der *Morphologie* und *Anatomie* voranleuchtet. Der Hysteriebegriff war bisher mit keinerlei morphologischen Vorstellungen verbunden und deshalb unklar. Ich habe versucht, ihn durch anatomische Vorstellungen zu klären. Möge durch diese sichtenden und ordnenden Untersuchungen überhaupt nun endlich etwas mehr Klarheit und Logik in das Kapitel der sog. allgemeinen Neurosen hineinkommen und eine *energetische* Auffassung der *Intensitätsneurosen* und eine *funktionell anatomische Lokaldiagnostik der hysterischen Erscheinungen* dadurch begründet werden. Wenn vielleicht von dem, was ich Ihnen heute vorgebracht habe, manches noch nicht ganz klar geworden sein sollte, was ja bei einer so summarischen Darstellung sehr verständlich ist, so verweise ich Sie auf meine ausführlichere Darstellung des Gegenstandes, die an anderer Stelle erfolgen soll. Ich danke Ihnen für Ihre schwer geprüfte Aufmerksamkeit.