

Über das Wesen hysterischer Sensibilitätsstörungen¹⁾.

(Ein Beitrag zu ihrer gutachtlichen Bewertung.)

Von

Prof. Dr. W. Vorkastner.

Wer heutzutage eine Frage aus dem Kapitel der Hysterie behandeln will, hat zunächst einmal die Verpflichtung, zu sagen, was er unter „Hysterie“ und „hysterisch“ versteht. Auch bei einhelliger Anerkennung einer Reaktionsweise im Sinne psychogener Störungen unter diesen und jenen Bedingungen schwankt die Abgrenzung. Wunsch, Angst, ideogen, thymogen, alles das kann zur Grenzführung benutzt werden. Ich erkläre, daß ich das Wort „hysterisch“ *hier* mehr im alten lehrbuchmäßigen, als im Sinne einer bestimmten fachwissenschaftlichen Abgrenzung verstanden haben möchte, das Wort „Sensibilität“ auch im weitesten Sinne, die durch die höheren Sinnesorgane vermittelten Eindrücke mit umfassend, schließlich das Wort „Störungen“ im Sinne der Ausfälle, Herabsetzungen oder Aufhebungen.

Man kann an der hysterischen Reaktion mehrerlei untersuchen.

1. Die ursächlichen bzw. auslösenden seelischen Momente (s. *Freud*).
2. Die grundlegenden Affekte (Angst oder Wunsch).
3. Den Mechanismus der eigentlichen Störungen.

Hier dreht es sich um den Mechanismus der Störungen. Um den hat man sich noch verhältnismäßig wenig gekümmert. Gut studiert ist z. B. innerhalb des Rahmens der Organneurosen der Mechanismus des hysterischen Ructus. Für die Motilitätsstörungen liegt neuerdings ein beachtenswerter, aber wohl nicht ganz richtiger Erklärungsversuch von *Kretschmer* vor, der diese Störungen zum Teil auf die Formel „Reflexverstärkung durch Willen“ bringt.

Ganz im allgemeinen haben die Kriegserfahrungen uns bestätigt, daß die hysterischen Störungen vielleicht mit gewisser Ausnahme der vagosympathischen²⁾ außerordentlich oberflächlich sind („wegblasbare

¹⁾ Nach einem im April 1922 im Pommerschen Verein für Psychiatrie und Neurologie gehaltenen Vortrag.

²⁾ Ich bin überhaupt geneigt, diese Störungen abseits von den eigentlichen hysterischen Störungen zu stellen. Sie hängen viel enger am Affekt. Bei den eigentlichen hysterischen Störungen ist die Vorstellung der Störenden immer irgendwie mit maßgeblich. Eine hysterische Armlähmung ist ohne die dazugehörige Vorstellung nicht denkbar. Ein hysterisches bzw. nervöses Erbrechen tritt unter Umständen auch als reine Affektwirkung ohne Wirksamkeit der dazugehörigen Vorstellung auf. Die körperliche Konstitution (Vagosympathicotomie) spielt hier eine nennenswerte Rolle.

Staubkörnchen“), und daß die hysterische Reaktion dem Normalen nahesteht, soweit Wunschgenese vorhanden ist, fließend in Aggravation und Simulation übergeht, mögen auch die Extreme nach der *Bleuler*-schen Formulierung „Krankheitswunsch-Täuschungswunsch“ gut geschieden sein. Gerade diese nahen Beziehungen zum Normalen rechtfertigen den Gedanken, daß sich die Störungen psychologisch (evtl. auch experimentell) erfassen, daß sie sich einführend verstehen oder daß sie sich wenigstens aus bekannten Konstitutionalismen herleiten lassen. Ich werfe nur die Frage auf: Inwieweit sind die hysterischen Sensibilitätsstörungen einer Einfühlung oder Erklärung zugänglich? Welche psychischen Faktoren kommen in Betracht?

Auch bezüglich der Sensibilitätsstörungen hat man sich immer mehr von der Auffassung *Charcots* entfernt, der sie noch als etwas sehr Reelles, Peripherisches ansah (Metallotherapie, nicht im Sinne der Suggestion), wie überhaupt seine ganze Hysterieauffassung eine weitaus andere war. Doch sind Anklänge daran auch noch in neueren Theorien vorhanden. Es gibt deren eine Reihe. Der Kürze halber zitiere ich in Stichworten. *Binswanger*: Materielle Hirnerregungen, denen keine psychischen Parallelprozesse entsprechen. Dynamische Erregbarkeitsschwankungen der Hirnzentren. Anatomisch-physiologisch-mechanistisch. Man gewinnt sofort den peinlichen Eindruck, *Binswanger* meine, die sensiblen Hirnzentren könnten infolge der Erregbarkeitsschwankungen nicht perzipieren. *Janet*: Bewußtseinsenge, die es nicht gestattet, eine Anzahl von Bewußtseinsinhalten in sich aufzunehmen. Eine Art von Zerstretheit, ähnlich Somnambulzuständen. So, als ob die Menschen dauernd in einer Art von Somnambulismus umherliefen. Durchaus konstruktiv. Hat offenbar Versagen der Apperzeption im Auge. Demgegenüber erklärt *Willy Hellpach*, daß es im Wesen der Apperzeption liege, Empfindungen auszulöschen, und daß sie nota bene auch solche auszulöschen vermag, die sie haben will. Ich komme darauf zurück. *Wohlwill* spricht davon, daß die Empfindung irgendwie verdrängt werde. Zu allgemein gesagt und unbefriedigend. Ebenso wie die bekannte *Möbiussche* Formulierung, daß der Hysterische empfindet, ohne daß es ihm bewußt ist. Es sind aber Erklärungen für die klinische Eigenart der Störungen, für die Tatsache, daß die anästhetische Hand sich nie verletzt, daß sie unter Umständen geschickt hantiert, daß die Störungen den Simulationsproben erliegen, daß sie anscheinend überhaupt nur bei der Untersuchung vorhanden sind, und *Böttiger* hat seinerzeit noch unter allgemeiner Entrüstung der Hamburger Neurologen hinzugefügt, daß sie erst auf dem Wege der ärztlichen Untersuchung und Suggestion erzeugt werden.

Die in Frage kommenden Störungen lassen sich nicht unter einheitlichem Gesichtspunkt betrachten.

1. Zunächst sind gewisse Störungen, speziell manche generellen Analgesien und Hypalgesien somatisch-konstitutionell, bilden aber eine geeignete Basis für psychogene Störungen. Das Schmerzerlebnis hängt ab von jener individuellen somatogenen Komponente und der individuell und zeitlich schwankenden psychischen Schmerzbereitschaft nach der positiven oder negativen Seite hin. Ich komme darauf zurück.

2. Gruppe. Störungen durch einfache Unaufmerksamkeit. Dahin gehören zum Teil diffuse Berührungsauslassungen, wie jeder neurologische Untersucher weiß. Dahin gehört aber auch ein guter Teil der als hysterisch bezeichneten konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen. Und zwar scheint das Unaufmerksamkeits-Gesichtsfeld besonders durch ein Merkmal gekennzeichnet zu sein, durch das Hervortreten des sog. negativen Verschiebungstypus. Größeres Gesichtsfeld bei zentrifugaler Führung des Objekts. Mitteilung in einer schönen, zu wenig beachteten Arbeit von *Klien* aus dem Jahre 1905. Man kann auch experimentell Unaufmerksamkeits-Gesichtsfelder herstellen. Ich bediente mich zu diesem Zweck der Auszählung von Punkten im Fixierpunkt. Diese Ablenkung versagt vielfach noch. Es ist aber bemerkenswert, daß da, wo sie gelang, in meinen bisherigen Untersuchungen auch der negative Verschiebungstypus hervortrat. Diese meist doppelseitigen, manchmal aber einseitig stärkeren Unaufmerksamkeits-Gesichtsfelder eignen natürlich nicht nur den hysterisch Reagierenden, sondern allerhand Kranken. Als hysterisch werden wir das Unaufmerksamkeits-Gesichtsfeld nur dann bezeichnen können, wenn es, z.B. bei strenger Einseitigkeit, sehr deutlich unter dem Einfluß der Krankheitsvorstellung steht. Dann haben wir naheliegendst das vor uns, was *Kehrer* als „ideogene Absperrung“ bezeichnet hat, was man schlichter als ein „Sichnichtmühegeben bei subjektiver Krankheitsüberzeugung“ bezeichnen kann. Solche ideogenen Absperrungen spielten eine große Rolle bei psychogenen Hörstörungen, welche *Kehrer* aus dem Kriege beschrieben hat. Er spricht von Simulationshysterie, ein Zeichen, wie nahe er diese Dinge an die Simulation heranrückt. Und in der Tat. Wenn das „Sichnichtmühegeben“ bewußt wird — und es ist die Frage, ob es bewußt wird —, so haben wir eine *passive Aggravation*, eine Aggravation in Form einer passiven Resistenz.

3. Nehmen wir ein anderes Paradigma.

Die hysterische Sensibilitätsstörung kat exochen. Eine handschuhförmige Anästhesie des Unterarms. Der Tatbestand ist folgender: Bei der Sensibilitätsprüfung gibt der Kranke prompt alle feineren Berührungen an, nur an dem betroffenen Unterarm von einer bestimmten Grenze ab erfolgen Auslassungen.

Eine einfache Aufmerksamkeitsstörung ist ausgeschlossen, da sie sofort generelle Störungen zeitigen würde. Nun könnte es aber sein,

daß der Kranke seinen Unterarm aus seinem Aufmerksamkeitsbezirk ausschaltet. An sich schwierig vorstellbar. Denn zur Vermeidung genereller Störungen wäre es notwendig, daß er seine Aufmerksamkeit in erhöhtem Maße anderen Körperteilen zukehrte. Ob auf solche Weise leicht oder schwer Sensibilitätsausfälle zustande kommen, kann man experimentell prüfen. Z. B., indem man Versuchspersonen auffordert, bei einer Sensibilitätsprüfung ihre ganze Aufmerksamkeit einem bestimmten Körperteil, etwa einem Arm, zuzuwenden. Es ist mir niemals gelungen — weder an Gesunden noch an hysterisch Reagierenden —, auf diese Weise Auslassungen hervorzurufen. Möglich, daß meine Versuchspersonen nicht konzentriert genug waren. Ich bemerke nur, daß auch Ärzte und intelligente Pfleger darunter waren, die sich alle Mühe gaben. Man ersieht aber schon: Das Maß der erforderlichen Konzentration erschwert den an sich schwierigen Modus noch. Der Versuch gelang auch nicht, wenn man einen von der Aufmerksamkeit weniger beleuchteten Körperteil vorher stark abkühlte, also ein vasomotorisches Hilfsmoment hinzufügte, von dem ich gleich sprechen werde. Die Abkühlung spielt nach meinen Erfahrungen bei Unterscheidung von Temperaturreizen eine erhebliche, bei taktilen Reizen eine sehr geringe Rolle. Genaue Prüfungen mit dem Hautthermometer stehen übrigens noch aus.

Willy Hellpach hat aber etwas anderes im Sinn. Er stabilisiert die *apperzeptive Empfindungsauslöschung*. Er erinnert daran, daß auch Geruchsreize dann entwinden, wenn wir sie haben wollen, und führt andere Beispiele an. Derartiges oder Nahekommendes spielt sicherlich psychologisch eine gewisse Rolle. Besonders aber dann, wenn die Aufmerksamkeit eine besondere Färbung hat, die Färbung der unruhigen Gespanntheit, wenn ein gewisser Nebenaffect beigemischt ist, und wenn es sich entweder um sehr minimale Reize oder um komplizierte Wahrnehmungen, z. B. auf dem Gebiete der höheren Sinnesorgane, handelt. Ich komme auch hierauf später zurück. Im angezogenen Beispiel möchte ich den Modus beanstanden. Denn erstens einmal fehlt es gerade auf dem Gebiete der taktilen Sensibilität an schlagenden Analoga, und dann ist es mir höchst unwahrscheinlich, daß auf diese Weise so lokalisierte Störungen zustande kommen. (Der Kranke weiß ja gar nicht, ob und wann ich ihn am Arme berühre.)

Welcher einfühlbare Modus bleibt noch? Es bleibt ein Modus, auf den die Kranken uns manchmal selbst hinführen. Sie bezeichnen nämlich manchmal jede Berührung an dem angeblich anästhetischen Unterarm mit einem deutlichen Nein. Es wäre m. E. eine sehr grobe Psychologie, in diesen Fällen ohne weiteres bewußte Vortäuschung annehmen zu wollen. Es wäre ja auch eine recht dumme Simulation. Die Leute machen auch auf Vorhalt gar nicht den Eindruck Ertappter, sondern eher Verständnisloser. Überdies findet man gelegentlich genau

dasselbe Verhalten bei Kranken mit organischen Sensibilitätsstörungen, die gar keinen Anlaß haben, zu simulieren. Ich konnte neulich einem chirurgischen Kollegen sehr schön dieses Verhalten demonstrieren. Man kann auf diese Weise unter Umständen ganze organische Sensibilitätsstörungen umgrenzen. Was die Leute sagen wollen, ist: „Das ist keine richtige Empfindung, das gilt mir nicht als Empfindung.“ Hier tritt uns zum erstenmal etwas entgegen, was in keiner der bisherigen Theorien klar zum Ausdruck gekommen und was zum mindesten für einen größeren Teil der hysterischen Sensibilitätsstörungen gilt. Die Empfindung wird apperzipiert, sie wird aber nicht als Empfindung gewertet. Assoziationspsychologisch: an die Empfindung schließt sich nicht die Vorstellung: Empfindung. Sie wird nach dem Gesetz der Abrundung nach oben oder unten je nach Wunsch oder Gefühlslage annulliert. Das unbewußt. Man sieht aber auch hier die nahe Lagerung bei der bewußten Übertreibung. Ist der Arzt symptomensüchtig, so hat es dabei sein Bewenden. Das *Charcotsche* Stigma ist da. Dagegen gelingt es, wie ich mich überzeugt habe, in einer ganzen Reihe von Fällen auf dem Wege eines dialektischen Verfahrens, einer Aufklärung, einer Weisung, daß auch die „unordentlichen“ Berührungen markiert werden müssen, die Anästhesie sofort zu reduzieren. Gelingt das nicht, und trägt nicht Mangel an Verständnis wegen Schwachsinn Schuld, so ist hier allerdings die Grenze des Einfühlbaren erreicht.

Woher nun aber die Falschwertung? Ich möchte folgendes für wesentlich halten: Jede Empfindung nimmt neue, bisher unbemerkt gebliebene Nuancen an, wenn man ihr die Aufmerksamkeit zuwendet. Davon kann sich, glaube ich, jeder auf dem Wege eines kleinen Experimentes überzeugen.

Man stelle folgenden Versuch an:

Man lasse eine Sensibilitätsuntersuchung an sich vornehmen. Man stelle sich vor, daß die linke Hand schlecht empfinde. Man bezeichne mit dem Mindestmaß der dazu notwendigen Aufmerksamkeit alle Berührungen ohne weiteres mit „jetzt“. Nur bei den Berührungen der linken Hand wende man die Aufmerksamkeit der Qualität der Empfindung zu. Dann erscheint sie sofort ganz eigenartig. Hat für mich etwas Stumpfes, Weiches. Dann hat man ungefähr den Seelenzustand des Hysterisch-Anästhetischen rekonstruiert. Es ist eine Prüfung mit ungleichmäßiger Aufmerksamkeitsbeleuchtung.

Also nicht ein Aufmerksamkeitsminus, wie *Janet* wollte, sondern ein Aufmerksamkeitsplus, wie *Willy Hellpach* ganz richtig erkannt hat. Aber keine Empfindungsauslöschung, sondern *ideogene Wertung und Annullierung*, wie ich das nennen möchte.

Natürlich ist hier auch der ärztlichen Suggestion Tür und Tor geöffnet. *Böttiger* hat ganz recht gehabt und die Hamburger Neurologen hatten keine Veranlassung, sich zu entrüsten. Woher kommt es denn, daß wir heute nicht mehr die grotesken Sensibilitätsstörungen sehen wie

zu Zeiten *Charcots*? Daß sie in den inneren Kliniken noch relativ häufig sind im Gegensatz zu den neurologischen Kliniken?

Eines wäre noch zu erwägen: daß die Empfindungsstörungen recht häufig mit vasomotorischen Störungen verbunden sind. Vor allem bei Ruhigstellung eines pseudogelähmten Gliedes. Diese vasomotorischen Störungen sind wahrscheinlich niemals so stark, daß sie reelle Sensibilitätsausfälle zeitigen; aber, wie ich mit *Forster* annehmen möchte, ist es doch möglich, daß Sensibilitätsverschiebungen und -differenzen entstehen, die wahrgenommen werden. Inwieweit das in einzelnen Fällen mitspricht, steht dahin.

Ganz die gleichen Überlegungen lassen sich für den Schmerz anstellen. Das schwankend Begriffliche tritt hier noch mehr zutage. Schmerz ist zunächst einmal eine Empfindung besonderer Art, die gewisse motorische Reaktionen im Sinne von Flucht- und Ausweichbewegungen nach sich zieht. Es ist schon oben gesagt, daß die rein somatischen Bedingungen des Schmerzes bei den einzelnen Individuen verschiedenartig sind. Den Begriff des Schmerzes, der die Vorstellungen des Peinlichen, Schlecht- oder Nichterträglichen mit umschließt, tragen wir erst an diesen Vorgang heran, und er ist individuell und zeitlich bei demselben Individuum schwankend. Ist man guten Mutes, so erklärt man wohl lachend, das sei noch kein Schmerz, während man in umgekehrter Stimmungslage einen weit geringeren Schmerz als solchen proklamiert. Sicherlich steckt in unseren Schmerzäußerungen viel Algophobie. Und diese Algophobie wird ja in unserer Zeit durch die Vervollkommnung der Betäubungs- und Anästhesieverfahren in der Chirurgie geradezu gezüchtet. Es ist sicher, daß wir weit mehr Schmerz ertragen könnten, wenn wir nicht algophobisch wären. Auf der Beseitigung dieser algophobischen Komponente beruht das Analgetischmachen in der Hypnose, das bekanntlich auch für kleine operative Eingriffe ausgenützt werden kann. Es wird am besten gelingen, wenn die somatische Algesie nur gering, die algophobische Komponente stark ist. Von vornherein ist es klar, daß die Hypnose nur für kleine, kurzdauernde, an sich nicht sehr schmerzhaft Operationen in Betracht kommt. Bei größeren Operationen wird natürlich die Stärke des Schmerzes die Erhöhung der psychischen Schmerztoleranz durchbrechen. Dieselben Verhältnisse haben wir bei der hysterischen Analgesie. Was dort allosuggestiv geschieht, geschieht hier autosuggestiv. Unter der Vorstellung, es wird nicht wehtun, läßt sich das Individuum die Nadel durch die Haut stechen und offenbart damit das wirkliche Maß seiner Algesie oder Schmerzertragungsfähigkeit. Es ist mir immer aufgefallen, daß bei lokalisierter Analgesie die Schmerzäußerungen auf der „gesunden“ Seite besonders lebhaft sind (sofortiges Zusammenzucken). Der Unkundige kann sich dadurch zu trügerischen

Annahmen über die Realität der Analgesie auf der kranken Seite verleiten lassen. Es ist aber nur ein — unbewußtes — Dokumentieren des Gegensatzes. Eine erhöhte Schmerzerwartung, eine Vorstellungshyperalgesie auf der gesunden Seite. Die wirkliche Algesie liegt nicht auf der gesunden, sondern auf der kranken Seite.

Die ideogene Wertung und Anullierung kommt auch in Betracht für gewisse Gesichtsfeldeinschränkungen. Hier stellen sich die Patienten auf Intensitätsschätzung ein. Signalisierung nicht des eben Merklichwerdens, sondern des Deutlichwerdens oder ganz Deutlichwerdens. Es ist dasselbe Prinzip, das auch teilweise von den experimentellen Simulanten *Kliens* befolgt wurde, nur daß hier an die Stelle der bewußten Schätzung die nosoideogene Wertung tritt. Diese Fälle haben nach *Klien* keinen negativen Verschiebungstypus sondern eine Neigung zu positivem Verschiebungstypus, aus optisch-physiologischen Gründen, auf die ich hier nicht eingehe.

4. Einige psychogene Ausfälle scheinen eine affektive Wurzel zu haben. Ich knüpfe an Früheres an. Hier ist Aufmerksamkeit vorhanden, aber daneben ein lebhafter Affekt. Besonders auf dem Gebiete des Gehörs kann sich das geltend machen. *Kehrer* hat wieder aus dem Kriege eine ganze Gruppe von seit altersher schwerhörigen Angehörigen des Bauernstandes beschrieben, die durch die Momente der Einziehung in eine Art von *situativem Stupor* gerieten, der sich gelegentlich der Hörprüfung zu einem *Examensstupor* steigerte. Gerade die Befürchtung, für Simulanten gehalten zu werden, schien hier verhängnisvoll zu wirken. Alle somatischen Zeichen der Erregung waren vorhanden. *Kehrer* bezeichnet diesen Modus als *affektive Absperrung*. Ob man ihn noch hysterisch nennen kann, ist eine Frage für sich. Die Beeinträchtigung betrifft wohl besonders das Verständnis des Gesprochenen. Das tritt schon beim Normalen hervor, wie Selbstbeobachtung lehrt.

Ich stehe z. B. am Krankenbett. Ich habe es eilig und bin ungeduldig. Ich will noch rasch eine Diagnose stellen. Die Patientin spricht platt. Ich spanne meine Aufmerksamkeit an; aber gerade jetzt verstehe ich die Patientin nicht, während meine Umgebung sie ganz gut versteht, und ich das am nächsten Tage auch tue.

Demgemäß wird von otologischer Seite her ein besonders klares Mißverhältnis zwischen Hörprüfung und Stimmgabelprüfung zu gewärtigen sein.

5. Damit sind wir schließlich zu den Komplikationen mit organischen Leiden vorgedrungen. Die Kriegserfahrungen haben gelehrt, daß sie besonders bei psychogenen Hör- und Sehstörungen häufig waren. Und einige der Störungen werden auf diese Weise erst verständlich. Dahin gehört das Monstrum der hysterischen Ausfälle: die hysterische Amaurose. Die hysterische Amaurose ist zunächst einmal ganz und gar nicht

einfühlbar. Wie es ein Mensch möglich macht, alle Gesichtsempfindungen auszuschalten, ist zunächst unerfindlich.

Hier ist aber folgendes zu beachten:

1. Sind diese Fälle sehr selten.
2. Knüpfen sie in der Regel an organische Augenleiden an, und subjektive Störungen sind auch außerhalb der Untersuchungen vorhanden.
3. Ist der Augenarzt — und das gilt auch in gleichgelagerten Fällen vom Ohrenarzt — bei psychogenen Massendefekten vielfach gar nicht in der Lage, organische Veränderungen auszuschließen oder auch die Quantität sicher vorliegender organischer Störungen zu bestimmen, und
4. konnten *Wilbrandt* und *Saenger* aus dem kleinen Material von hysterischen Amaurosen nicht weniger als 12 Fälle zusammenstellen, in denen sich bei der Sektion ausgedehnte Erweichungen in beiden Hinterhauptlappen fanden.

Die Sachlage scheint hier so zu sein, daß stets organische Sehstörungen eine psychogene Abrundung nach oben erfahren. Die psychologische Plattform des sehschwach Gewordenen ist eine ganz andere wie die des Normalsichtigen, wovon sich jeder mit Leichtigkeit überzeugen kann, der sich einmal ein nur mäßig starkes Konkav- oder Konkavglas vors Auge legen läßt. Wer die Psychologie der hysterischen Amaurose begreifen will, muß sich selbst erst experimentell sehschwach machen lassen. Und dann ist zu berücksichtigen, daß gerade beim Auge eine feine Skala begrifflicher Abstufungen besteht: Gesichtsfeldempfindung, haben, Gegenstandsehen, Klarsehen, Deutlichsehen. Dazu kommt, daß motorische Störungen, wie mangelhaftes Fixieren hineinspielen können. All das scheint noch wenig berücksichtigt.

Ich habe einfühlbare hysterische Sensibilitätsstörungen zu schildern versucht und habe mich bemüht, die in Betracht kommenden psychischen Faktoren herauszustellen. *Ideogene Absperrung, affektive Absperrung, ideogene Wertung und Anullierung*. Wir müssen uns bemühen, den Kreis der einfühlbaren Störungen zu erweitern, müssen uns aber andererseits klar sein, daß sich vieles Uneinfühlbare, soweit es sich nicht organisch erklärt, bei der Natur des Krankenmaterials am naheliegendsten durch den Übergang in bewußte Übertreibung erklären läßt. Wenn jemand sagt, das absolut uneinfühlbare röhrenförmige Gesichtsfeld sei hysterisch, weil es bei hysterisch Reagierenden vorkomme, so ist dies natürlich gar kein Beweis, da hysterisch Reagierende eben auch simulieren. Der heutzutage noch in der gutachtlichen Praxis zu respektierende Standpunkt, daß Hysterisches und Simuliertes sich nicht scharf voneinander trennen lassen, ist ein Bequemlichkeitsstandpunkt, der auch einmal überwunden werden muß. Das wird vielleicht

am besten gelingen auf dem Wege der Einfühlung unter Zuhilfenahme der introspektiven und experimentierenden Psychologie und natürlich auch unter Zuhilfenahme der körperlichen konstellativen und konstitutionellen Faktoren. Erst dann wird eine vollwertige Psychologie der hysterischen Störungen geschaffen sein.

Was die gutachtliche Seite betrifft, so ergibt sich aus dem Vorstehenden folgendes:

Von den uns bekannten hysterischen Sensibilitätsstörungen haben einen realen Wert nur die konstitutionell körperlich bedingten Analgesien. Sie machen jedoch für die Erwerbsfähigkeit nichts aus.

Die übrigen Störungen sind unreal. Soweit es sich um ideogene Störungen (Absperrungen, Anullierungen) handelt, sind sie eigentlich nur bei der Untersuchung da. Auch sie scheiden daher für die Frage einer Erwerbsbeschränkung aus. Bei Komplikationen mit organischen Störungen sind nur diese zu veranschlagen. Da aber ihre Stärke erfahrungsgemäß auch von spezialistischer Seite bei psychogenen Überlagerungen schwer abgemessen werden kann, so wird vielfach zunächst die Beseitigung letzterer Störungen anzustreben sein.

Schwieriger liegen die Dinge da, wo eine affektive Genese in Betracht kommt, wie bei gewissen Störungen auf dem Gebiete des Gehörsinns. Hier wird ein größerer oder geringerer Einfluß auch außerhalb der Untersuchung im Sinne einer Erwartungsneurose (*Kraepelin*) unter Umständen nicht abzulehnen sein. Die Sachlage ist weiter dadurch kompliziert, daß in der Regel zugleich organische Störungen vorhanden sind. Bestimmte Normen lassen sich nicht aufstellen. Man wird versuchen müssen, über den Grad der realen Störungen und die Stärke der darüber hinausgehenden Behinderung außerhalb der Untersuchung auf dem Wege unauffälliger Beobachtung durch Dritte ein Urteil zu gewinnen. Der Versuch einer psychotherapeutischen Beeinflussung empfiehlt sich natürlich auch hier.

Die oben dargelegte Genese ideogener Anullierungen weist den Untersucher darauf hin, sich bei der Untersuchung von ungewollten und nicht ins Bewußtsein tretenden Suggestionen freizuhalten.

Ist eine lokalisierte (ideogene) Störung vorhanden, so spricht es — evtl. rascher und einfacher als andersartige psychotherapeutische Beseitigung — für Glaubwürdigkeit und kann gutachtlich in diesem Sinne verwandt werden, wenn es gelingt, die Störung auf dem Wege eines einfachen aufklärenden (dialektischen) Verfahrens zu reduzieren.
