

## XX.

# Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände.

Von

**Dr. Wolfgang Warda,**

dirigirendem Arzt der Heilanstalt für Nervenkranken „Villa Emilia“  
in Blankenburg (Thüringen).

(Schluss.)



## II. Kritischer Theil.

### 1. Zwangsvorstellungen, psychische Zwangszustände, Zwangsneurose.

Fast seit dem Beginn des letzten Jahrhunderts haben einzelne Beobachter ihre Aufmerksamkeit auf gewisse Krankheitszustände gerichtet, die bei Erhaltung des Selbstbewusstseins oder der Lucidität, wie Viele sagten, gegenüber den bis dahin einigermaassen bekannten, mit Verwirrtheit verlaufenden psychotischen Erkrankungsformen dadurch ausgezeichnet waren, dass ohne gleichzeitige Verwirrtheit der krankhafte Zwang bestand, in bestimmter Weise zu denken und zu handeln. Man kann wohl sagen, dass dies die gemeinsamen Gesichtspunkte waren, unter denen im Laufe der Zeit die aufstrebende Psychiatrie eine reiche Casuistik zusammengetragen hat. Allmählig lernte man genauer zu beobachten; der eine Autor hob dieses, der andere jenes Symptomenbild präciser hervor. Es entstanden innerhalb jenes weiteren Rahmens verschiedene Krankheitstypen. Einen erheblichen Aufschwung nahm die Forschung, nachdem v. Krafft-Ebing (1) und Westphal (1) den Begriff der „Zwangsvorstellungen“, jeder in seiner Weise, enger umgrenzt und definirt hatten. Nun wurden die Publicationen immer zahlreicher, und in Anlehnung bald an diesen, bald an jenen den Zwangsvorstellungen zugeschriebenen Charakterzug gruppirten sich um die ursprüngliche Casuistik eines Falret (1), Le Grand du Saulle, Griesinger (2, 3), Westphal (1), v. Krafft-Ebing (1, 2, 3) neue Beobachtungen,

die bekannten Typen immer mehr verwischend und die Grenzen immer weiter ziehend. Gross genug allerdings war das Gebiet, das die Begriffsformulirungen von v. Krafft-Ebing und Westphal den Zwangsvorstellungen überliessen. Friedmann hat Recht, wenn er die Definition Westphal's eine Habitusschilderung nennt. Aber er thut Unrecht, wenn er, wie es scheint, aus den Mängeln der Definition Westphal einen Vorwurf macht. Eine erschöpfende Definition der Zwangsvorstellungen oder vielmehr des wesentlich durch sie constituirten Krankheitsbildes war bei dem damaligen Stande der klinischen Einsicht durchaus unmöglich. Jedenfalls ist dadurch, dass spätere Autoren sich weniger an die eigentlich maassgebende Casuistik als an die irreführende Definition hielten, die Ueberwucherung des ursprünglich unter „Zwangsvorstellungen“ gemeinten Krankheitsbildes durch gar nicht dazu gehörige psychopathologische Symptomenreihen erleichtert worden. Es dauerte gar nicht lange, so sprach man nicht mehr von Zwangsvorstellungen, sondern von „psychischen Zwangszuständen“, weil unmöglich Zwangsempfindungen, Zwangshallucinationen, Zwangsaffecte unter den engeren Begriff der Vorstellung gezwängt werden konnten. Wie im Einzelnen diese allmälige Ummodelung vor sich ging, habe ich im historischen Theile von einigen Hauptgesichtspunkten aus erörtert.

Es wird sich nun um die Beantwortung der Frage handeln, wie weit die Lehren von den psychischen Zwangszuständen über das Ziel hinausgeschossen haben, was von ihnen abzutrennen ist, und welche Phänomene sowohl rein psychopathologisch als auch klinisch durch den psychischen Zwang so auffällig und ihr Wesen erschöpfend charakterisirt werden, dass sie verdienen, unter einer diesem Hauptmerkmal entsprechenden Benennung hervorgehoben zu werden.

Ich will vorausschicken, dass es mir immer eine Verkennung der psychologischen und psychopathologischen Grundthatsachen zu sein schien, wenn von Zwangsempfindungen, Zwangshallucinationen, Zwangsaffecten gesprochen wurde. Ich habe zwar nirgends die selbstverständliche Bemerkung gefunden, aber ich glaube, sie liegt auf der Hand und ist nicht zu bezweifeln: dass die Berechtigung des Wortes „Zwangsvorstellung“ in der Psychiatrie einzig und allein basirt auf dem in ihm enthaltenen Gegensatze zu dem scheinbaren freien Willen. Dieser Gegensatz hat den Vätern des Ausdrucks „Zwangsvorstellung“ sicher vorgeschwebt, wenn er auch nirgends von ihnen formulirt worden ist. Und nichts ist natürlicher als dies. Handelte es sich doch bei den noch wenig durchsichtigen, immerhin spärlichen Beobachtungen um Menschen, deren psychisches Verhalten von den damals bekannten Psychosen erheblich und so ziemlich in Allem abwich, die gleich den Gesunden

völlig frei schienen und es doch in bestimmten Verhältnissen trotz des eigenen Bewusstseins ihrer Abweichung von der Norm und häufig trotz beständigen Ankämpfens gegen den krankhaften Zwang nicht waren! Also die innerhalb jener krankhaften Zustände beobachtete Unfreiheit psychischer Vorgänge — wobei die psychologische Werthung des freien Willens selbstverständlich ganz irrelevant ist — wurde als prävalirende Erscheinung mit dem Worte „Zwang“ ausgezeichnet. Nun ist es aber klar, dass das Wort „Zwang“ als unterscheidendes Epitheton unmöglich Anwendung finden kann auf solche psychische Phänomene, die auch der naiven Betrachtung niemals als frei erscheinen. Es ist deshalb eine unverständliche Vernachlässigung des Ausdrucks, wenn man von Zwangsempfindungen, Zwangshallucinationen, Zwangsaffecten spricht. Von Niemand und zu keiner Zeit sind Empfindungen, Hallucinationen, Affecte in dem Sinne als frei verstanden worden, wie die Vorstellungen und Handlungen. Ich schliesse in die Betrachtung ausdrücklich auch die Affecte ein, wenngleich ich zugebe, dass sie wegen der Möglichkeit ihrer Beherrschung weniger als Empfindungen und Hallucinationen als unfrei imponiren, wenigstens so lange es sich um den normalen Ablauf der Affecte innerhalb der Breite der Gesundheit handelt. Qualitativ ungewohnte oder quantitativ veränderte Affecte aber tragen, selbst wenn sie beherrscht werden können, stets den Charakter des Spontanen, Ungewollten, Unfreien, genau so wie Empfindungen und Hallucinationen und im Gegensatze zu Vorstellungen und Handlungen.

Niemand wird, glaube ich, einwenden mögen, dass der Ausdruck „Zwang“ lediglich jenen Zwang kennzeichnen soll, den die krankhaften psychischen Phänomene — Empfindungen, Hallucinationen, Affecte — ihrerseits auf den Vorstellungsablauf und die Handlungen des Individuums ausüben. Jede lebhafte Empfindung, jede Hallucination (solange sie ungewohnt ist), jeder Affect, der mächtigste Meister des Vorstellungsablaufs, erzwingt sich die „Aufmerksamkeit“ und bestimmt mehr oder weniger souverän die Folge der Associationen. Jede krankhafte Empfindung eines Neurasthenikers oder Hypochonders übt einen je nach Umständen verschieden grossen Zwang auf sein psychisches Verhalten. Also auch hier sind alle Wege verschlossen, um die Zwangsempfindungen, Zwangshallucinationen, Zwangsaffecte mit Ehren in die Psychiatrie einzuführen. Jeder Versuch, sich unter diesen Bezeichnungen den psychologischen Grundbegriffen und den klinischen Thatsachen entsprechend etwas Bestimmtes zu denken, schlägt völlig fehl. Man müsste sich denn einigen, unter diesen Begriffen etwas noch garnicht darin Enthaltenes zu verstehen, wie es z. B. Freud (6) thut, indem er mit dem Namen Zwangs-affect in der Genese der grossen Neurosen einen substituierenden

Affect belegt. Aber auch hier ist der Ausdruck, wie aus den obigen Ausführungen erhellt, zweifellos unglücklich gewählt.

Mit diesen kurzen Worten ist die Frage noch nicht erledigt, ob das, was die Autoren der „psychischen Zwangszustände“ unter jenen principiell abgelehnten Bezeichnungen im Einzelnen verstanden haben, nicht doch klinischen Complexen angehört, die durch die Hervorhebung des Zwangs ausgezeichnet werden können. In unseren weiteren Betrachtungen wird sich die Antwort ergeben.

Ich kann mich auf Grund dessen, was die Casuistik und was die Entwicklungsgeschichte der von uns betrachteten nosologischen Gruppe lehrt, nicht der Ueberzeugung verschliessen, dass die Umschreibungen und Theorien eines v. Krafft-Ebing, Westphal, Meynert und vieler Anderer den heute erweisbaren klinischen That-sachen gegenüber nicht mehr genügen. So kann auch der von Friedmann unternommene Versuch, so dankenswerth er in anderer Beziehung sein mag, die Zwangsidee neben der fixen Idee und der Wahn-idee unter die überwerthigen Ideen zu subsumiren, nicht einen einzigen Krankheitsfall klinisch unserem Verständniss näher bringen; er bedeutet nur eine ganz partielle Erklärung, etwa so wie die Differentialdiagnose eines Typhusgeschwürs gegenüber einer tuberculösen Darmulceration unsere klinische Kenntniss des Typhus abdominalis nur zu einem kleinen Theile fördert. Gerade dem gescheiterten Unternehmen Friedmann's gegenüber springt die Richtigkeit unserer Behauptung sofort in die Augen, wenn wir sagen, dass die Definition der Zwangsvorstellungen nur eine klinische, aus zahlreichen analogen Krankenbeobachtungen erschlossene sein darf, eine Definition, die das einzelne Symptom ebenso-wohl wie den genetischen Zusammenhang würdigt und den trotz allen äusserlichen Verschiedenheiten allen Beobachtungen gemeinsamen und wiederkehrenden Grundzug in das rechte Licht stellt. Freud ist diese glückliche Klärung eines bis dahin unverstandenen Krankheitsbildes gelungen. Er hat als der Erste eine wirkliche und meines Erachtens wohl erschöpfende Definition der Zwangsvorstellungen und der Zwangsneurose, jener Krankheit, die einzig und allein aus Zwangsvorstellungen sich aufbaut, gegeben. Freud hat den Mechanismus der Zwangsneurose aufgedeckt. Er sagt (6): „Zwangsvorstellungen sind jedes Mal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle, mit Lust ausgeführte Action der Kinderzeit beziehen.“ Zahlreichere Analysen werden erweisen müssen, ob jene Vorwürfe wirklich jedes Mal auf einer sexuellen, mit Lust ausgeführten Action der Kinderzeit erwachsen. Unbestreitbar dürfte aber schon jetzt

sein, dass das Wesen der Zwangsneurose in der Verdrängung von Selbstvorwürfen und dem Eindringen von Ersatzsymptomen in das Bewusstsein beruht. In der That zeigt das Studium der Casuistik und zwar gerade bei den ersten Autoren, die über Zwangsvorstellungen geschrieben haben, dass in ausserordentlich zahlreichen Fällen — nicht in allen angeblich dahin gehörigen, denn es laufen diagnostische Irrthümer mit unter — die Selbstanklage und das Misstrauen in sich selbst aus den bald überaus einförmigen, bald ganz bizarren Verkleidungen wenigstens in Rudimenten und Spuren sich herauslösen lassen. Dies äussere Gewand der Zwangsneurose ist oft genug meisterhaft gezeichnet worden. Besonders zahlreich scheinen die Fälle, die als Zweifelsucht und Berührungsfurcht beschrieben worden sind, sehr selten ein reiner Erinnerungszwang, wie ihn Eyselen und Löwenfeld<sup>1)</sup> (7) gezeichnet haben.

---

1) Löwenfeld glaubt die Genese seines Falles mit Freud's Theorie der Zwangsneurose und speciell seinem Satze, dass eine Vorstellung zwangsartig werde durch die Verknüpfung mit einem disponiblen Affecte, in Einklang bringen zu können, indem er einen genetischen Zusammenhang construiert zwischen dem Zwangserinnern und einem Anfall von Pavor nocturnus in der Kindheit, an den sich das Zwangserinnern zeitlich allerdings anschloss. Meines Erachtens ist der Versuch, jenen Anfall von Pavor nocturnus, der wohl selbst als ein Krankheitssymptom zu deuten ist, zu dem von Freud geforderten disponiblen Affect zu stempeln, verfehlt. Löwenfeld's Ausführung „unter dem Einfluss dieses Zustandes (Beängstigungen und Depression) erlangte eine Reihe von Wahrnehmungen eine Fixation im Gedächtniss, durch welche deren Reproduction mit Zwangscharakter ermöglicht wurde“, macht seine Erklärung nicht plausibler. Für das genetische Verständniss des Zwangserinnerns in Löwenfeld's Fall muss man auch auf die bereits vor dem Auftreten des Zwangserinnerns vorhandenen neurotischen Symptome zurückgehen: im Alter von 7—12 Jahren Schwindelanfälle, gewöhnlich Morgens beim Aufstehen, zuweilen mit Brechreiz und Erbrechen, ohne Alteration des Bewusstseins, ferner in der Kindheit vorhandene Gehörshallucinationen, die nicht als lästig oder beängstigend, sondern nur als curios empfunden wurden, — er hörte öfters hallucinatorisch Stimmen, mitunter auch Gespräche, wusste dabei jedoch, dass das Vernommene nicht auf reellen Eindrücken beruhte. Diese Symptome machen mir entschieden den Eindruck, auf dem Wege der hysterischen Conversion entstanden zu sein, und stehe nicht an, auch bezüglich des Zwangserinnerns einer Erklärung den Vorzug zu geben, die es geradezu zu einem Paradigma für die Genese der Zwangsneurose nach Freud machen würde. Ich vermute, dass die Verdrängung peinlicher Erinnerungen — jener Mechanismus, auf den Breuer und Freud zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt haben — sowohl die kindlichen Schwindelanfälle und Akoasmen wie den etwas später auftretenden Erinnerungszwang veranlasst hat. Der Umstand,

Unterliegt es so keinem Zweifel für den, der das enorme klinische Material vorurtheilslos würdigt, dass es thatsächlich eine Zwangsneurose von bestimmten Charakteren giebt, so existiren doch für die Diagnose und Abgrenzung der Zwangsneurose gewisse Schwierigkeiten. Weitere Schwierigkeiten bietet die Frage, ob es ausserhalb der Zwangsneurose Zwangsvorstellungen giebt und wie den Zwangsvorstellungen ähnliche Denkgebilde von ihnen zu scheiden sind.

Die von Freud als Wesen der Zwangsneurose proclamirte Verdrängung und Substitution des Vorwurfsaffectes lässt sich in den einzelnen Fällen wohl nur selten ohne Schwierigkeit, oft erst nach eingehender Analyse nachweisen. Es wird aber für das erste diagnostische Bedürfniss wiederum eine Habitussschilderung nöthig sein, und ich wage, diese mit folgenden Worten zu geben, gewissermaassen als Ergänzung der schon angeführten Freud'schen Definition.

Die Zwangsneurose ist charakterisirt durch das Auftreten von Zwangsvorstellungen, d. h. solchen Vorstellungen, die in störender Weise das Denken beschäftigen, in der Gesamtheit ihres Inhalts einen selbstquälerischen Zug und eine Selbstcontrolle des Individuums wenigstens andeutungsweise erkennen lassen und damit einen mehr oder weniger versteckten Hinweis auf ein verdrängtes Schuld-bewusstsein geben. Diese Vorstellungen imponiren dem Kranken umsomehr als zwangsmässig, fremdartig und für sein logisches Denken unerklärlich, je weniger ihnen ein ursprünglicher peinlicher gegen das leidende Individuum selbst sich kehrender Affect anhaftet. Vorübergehend kann dem Kranken diese Kritik seines Zustandes verloren gehen. Gelegentlich treten Hallucinationen im Sinne der Zwangsvorstellung auf. Die Zwangsneurose combinirt sich nicht selten, wie auch Freud bemerkt, mit Hysterie und Angstneurose. Eine Weiterentwicklung zum Symptomenbilde der Melancholie scheint gelegentlich zu erfolgen. Sehr

---

dass Patient den Eindruck hat, als habe er sich zur Zeit der Erlebnisse, die den Inhalt der Zwangserinnerungen bilden, in einer deprimirten Stimmung befunden, spricht dafür. Wir hätten es also nach meiner Annahme hier mit einem Symptom zu thun, das seine genetische Verwandtschaft mit hysterischen Erscheinungen (Schwindelanfälle, Erbrechen, wohl auch die Angstanfälle) klar documentirt. Sowohl jene Symptome wie das Zwangserinnern denken wir uns entstanden durch Verdrängung; während bei jenen eine Conversion stattfindet, bleibt hier der pathologische Process auf rein intellectuellem Gebiete. Jene Symptome werden zu hysterischen, dieses wird zu einem Symptom der Zwangsneurose.

spärlich dagegen scheinen die Fälle zu sein, in denen unvermischte Zwangsneurose in irgend eine Form von Paranoia direct übergeht. Ich bin in der Literatur nur bei Kaan (S. 105) einem Falle begegnet, der sich in dieser Weise deuten lässt, und ich selbst beobachtete einen ebenfalls hierher gehörigen Fall<sup>1)</sup>. Häufiger als eine derartige Weiterentwicklung dürfte eine Complication der Zwangsneurose mit vereinzelt paranoischen Wahnideen (Grössenideen) sein. Für diese Complication erwähne ich die Fälle von v. Krafft-Ebing (3) und Näcke (l. c. S. 660). Auch kann es vorkommen, dass ein Individuum, das früher an Zwangsneurose gelitten, später an hypochondrischer Paranoia erkrankt (z. B. Wille's 1. Fall), ohne dass ein genetischer Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungsformen nachweisbar ist. Kaan macht besonders darauf aufmerksam, dass neben dem primordialen Grübelzwang masturbatorisches Irresein mit Ausgang in Demenz entsteht, wie v. Krafft-Ebing beschrieben.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, im Anschluss an Freud und im Verfolg der eben entwickelten Anschauungen ein klinisches Bild der Zwangsneurose zu entrollen. Die mir zur Verfügung stehende Casuistik habe ich mit besonderer Berücksichtigung des sexuellen Untergrundes in meiner Arbeit „Zur Pathologie der Zwangsneurose“ im Journal für Psychologie und Neurologie, Band II, 1903, Seite 4, veröffentlicht. Hier will ich nur versuchen, eine möglichst umfassende Abgrenzung der Zwangsneurose innerhalb der zu den sogenannten psychischen Zwangszuständen gerechneten pathologischen Phänomene zu geben. Ist die typische Form der Zwangsneurose diejenige Form, bei der die Verdrängung des ursprünglichen Vorwurfsaffectes bis auf geringste Spuren gelungen ist, so kommt in fließender Modification des Krankheitsbildes eine atypische Form dadurch zu Stande, dass der Affect nur theilweise verdrängt wird und, während gleichzeitig die einen oder die anderen zwangsneurotischen Erscheinungen sich ausbilden, in erheblichem Maasse als melancholischer Vorwurfsaffect bestehen bleibt. Dieser Affect erscheint dem Kranken ausser in gelegentlichen Remissionen als durchaus berechtigt. Er knüpft sich nicht an das ursprüngliche wirkliche Erlebniss, das ihn vielleicht voll begründen würde, sondern an mehr weniger irrelevante Vorgänge, die dadurch abnorme Bedeutung für den Kranken erhalten; er führt zu Selbstanklagen, religiösen und moralischen Skrupeln, Menschenflucht, Suicidgedanken. Höstermann hat zuerst diese psychopathische Erscheinung der Grübelsucht an die Seite gestellt,

---

1) Warda, Ueber Zwangsvorstellungspsychosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. XII. 1902. S. 1.

aber noch nicht die innige Verquickung beider Reihen betont. Man wird diese Varietät als melancholische Form der Zwangsneurose bezeichnen können, sie aber von der Zwangsneurose mit secundären melancholischen Zuständen, deren Entwicklung namentlich Wille gezeigt hat, trennen müssen.

Freud (6) spricht davon, dass bei der Entstehung der Zwangsneurose nicht nur der verdrängte Erinnerungsinhalt, sondern der gleichfalls verdrängte Vorwurf eine Vertretung im bewussten psychischen Leben erzwingen könne. Der Vorwurfsaffect kann sich, wie Freud sagt, durch einen psychischen Zusatz in einen beliebigen anderen Unlustaffect verwandeln; ist dies geschehen, so steht dem Bewusstwerden des substituierenden Affectes nichts mehr im Wege. So verwandelt sich Vorwurf (die sexuelle Action im Kindesalter vollführt zu haben) in Scham, in hypochondrische Angst, in sociale Angst, in religiöse Angst, in Beachtungswahn, in Versuchungsangst etc. Daher kann der Erinnerungsinhalt der Vorwurfshandlung im Bewusstsein mit vertreten sein oder gänzlich zurückstehen. Ich möchte diesen Sätzen Freud's, die, wie mir scheint, den Keim zukünftiger reicher Früchte darstellen, ohne ihre thatsächliche Begründung nachprüfen zu können, kurze Bemerkungen anfügen. Für die specielle Gestaltung des aus der Verdrängung wiederkehrenden psychischen Phänomens, ob aus ihm Zwangsneurose, Scham, sociale oder hypochondrische Angst oder Versuchungsangst wird, sind, wie ich vermuten möchte, vielleicht doch noch Factoren maassgebend, die Freud in seinen bisherigen kurzen Veröffentlichungen noch nicht berührt hat. Vielleicht zeigt in solchen Fällen das Auftauchen des Angst-affectes das Concurriren von Schädigungen an, die Freud in der Aetiologie der Angstneurose aufgefunden hat. Jedenfalls müsste das Angstmoment, das jenen „Zwangsaffecten“ (hypochondrische Angst, sociale Angst, Versuchungsangst etc.) Kraft und Gestalt, wenn auch nicht Färbung verleiht, genetisch weiter geklärt werden. Mir scheint es richtig, diese psychopathologischen Gruppen einstweilen von der typischen Zwangsneurose abzusondern; ich verkenne dabei nicht die unbestreitbare Thatsache, dass sie häufig mit der Zwangsneurose eine klinische Mischform eingehen.

Vollends müssen von der Zwangsneurose abgeschieden werden jene zahlreichen Fälle, bei denen andere Affecte als der Vorwurfsaffect verdrängt und substituirt werden. In seiner Arbeit von 1895 rechnet Freud (4) solche Substitutionsvorgänge noch zu den Zwangsvorstellungen, — z. B. den folgenden Fall: Ein Mädchen zeigt einen unwiderstehlichen Hass gegen die Dienstmädchen des Hauses. Sie war Zeugin einer Liebesscene ihrer Mutter gewesen, die sie anekelte; sie suchte zu ver-



gessen, aber der Zorn darüber, dass man sie um ihr schönes Bild von der Liebe gebracht hatte, lebte in ihr fort, und dieser Affect verknüpfte sich bei der nächsten Gelegenheit mit der Vorstellung einer Person, welcher sie Aehnliches zutrauen konnte wie ihrer Mutter. Freud meint, dass hier die Idee fixirt sei im Gegensatz zum Affect. Doch dürfte es sich wohl um eine Metamorphose der Affecte handeln (Ekel hat sich in Hass verwandelt) und eine Substitution der Objecte, auf welche die Affecte sich richten. Solche Metamorphose der Affecte treffen wir, wie ich glaube, besonders häufig bei der Hysterie; ich meine aber nicht, dass wir überall da, wo die psychische Analyse eine Affectmetamorphose constatirt, Hysterie annehmen können. Hier von Zwangsneurose zu sprechen, verbietet sich nach Freud's späterer Definition von selbst. Die Metamorphose der Affecte weiter zu klären und für das Verständniss der Neurosen zu verwerthen, bleibt eine Aufgabe der Zukunft.

## 2. Versuchungsangst und Phobien.

Von den specialisirten Angstformen, die Freud unter seinen Zwangs-affecten aufführt, beansprucht ein besonderes Interesse die Versuchungsangst. Ihre Geschichte reicht weit zurück. Schon Sulzer schreibt im Jahre 1782:

„Bei einer gewissen Art von Schwermüthigkeit thut man Dinge, vor welchen man in eben dem Augenblicke, da man sie thut, den grössten Abscheu hat, und dies geht soweit, dass der Aberglaube darin die Wirkung eines bösen und allmächtigen Geistes deutlich zu erkennen geglaubt hat. Ich habe einen sehr rechtschaffenen, sehr verständigen und in der Philosophie sehr erfahrenen Mann gekannt, der das Unglück hatte, von dieser Gemüthskrankheit, deren Ursache ein mannigfaltiger und anhaltender Gram war, befallen zu werden. Ob er gleich von inniger Ehrerbietung für das höchste Wesen durchdrungen war, so konnte er doch eine Zeit lang den Namen dieses Wesens, welches er von ganzem Herzen anbetete, nicht nennen hören, ohne einige gotteslästerliche Reden gegen dasselbe auszustossen. Die Haare standen ihm dabei vor Abscheu zu Berge, und er gab sich alle Mühe, seine Gotteslästerungen durch Handlungen der Anbetung zu verbergen oder dadurch zu vergüten. Ich habe ihn in diesen sonderbaren Augenblicken gesehen, und er hat mir oft gesagt, dass er fast glauben möchte, dass zwei Seelen in ihm wohnten, davon eine zu eben der Zeit Gott lobte, da ihn die andere lästerte“.

Hoffbauer schreibt im Jahre 1808 über dies Thema.

„Es giebt . . . Zustände, in welchen der Mensch einen unwiderstehlichen Trieb zu gewissen Handlungen empfindet oder doch zu empfinden glaubt; und selbst zu solchen Handlungen, die er selbst verabscheut, zu welchen er aber durch jenen Trieb hingerissen zu werden über Alles fürchtet und aus diesem Grunde, wider seinen Willen, dazu fortgerissen wird. Gemüthskranke Personen,

die man gewöhnlich den Hypochondristen beizählt, fürchten oft, so zu gewissen Handlungen, deretwegen man sie für verrückt halten würde, hingerrissen zu werden, und suchen daher sich selbst Hindernisse, die ihnen jene Handlung unmöglich machen würden, in den Weg zu legen, oder die Veranlassung, die eine solche Versuchung herbeiführt, zu entfernen. Der Magister Bernd, ein Hypochondrist, der sein Leben selbst beschrieben, erzählt z. B., es sei ihm oft gewesen, als ob er Demjenigen, mit welchem er geredet, in das Gesicht speien müsse, ob er gleich, um seinen Ausdruck beizubehalten, alle Liebe für ihn empfunden habe. Wenn er auf seinen Knien gebetet, sei es ihm gewesen, als ob er sein Gesicht zum Lachen verziehen müsse. Einem anderen Hypochondristen war es, wenn er ein Messer in der Hand hatte, als wenn er sich damit erstechen solle, und nur dadurch, dass er das Messer beseitigte, war es ihm möglich, sich von jener ängstlichen Furcht, wider seinen Willen Hand an sich legen zu müssen, zu befreien.“

Hoffbauer nennt diesen Zustand den Zustand des blinden Antriebs zu einer Handlung, obgleich dieser Antrieb in den ersten Momenten nur eingebildet, nicht wirklich erscheine. Jules Falret beschrieb 1866 ein klinisches Bild, das durch Versuchsangst auf dem Boden melancholischer Verstimmung charakterisiert war, als „*hypochondrie morale, avec conscience de son état*“ und unterschied es von der „*aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs*.“ Von den späteren Autoren ist die primäre Versuchsangst in den dazu gehörigen Fällen ganz übersehen oder nicht gewürdigt worden; man stellte sie je nach dem Standpunkt, den der Autor im Uebrigen einnahm, zu den Zwangsvorstellungen, zu den krankhaften Impulsen, zum impulsiven Irresein, zu den obsessions. Ludwig Meyer beschreibt solche Phänomene neben der Agoraphobie als Intensionspsychose. Meynert scheint gerade solche Fälle mit der Bezeichnung „Autophobie“ gemeint zu haben. Kaan nennt sie „Zwangsvorstellung durch vermindertes Selbstvertrauen.“ Bezüglich der Einzelheiten sei auf die früheren Literaturangaben verwiesen.

Ich habe bei der Durchsicht der Literatur den Eindruck gewonnen, dass die Unterscheidung, die schon Falret machte, zu Recht besteht und dass eine primäre Versuchsangst — so möchte ich seine „*hypochondrie morale, avec conscience de son état*“ entsprechend den darunter geschilderten Krankheitszuständen übersetzen — von der Zwangsneurose einerseits und vom impulsiven Irresein andererseits geschieden zu werden verdient. Wenn auch in zahlreichen Fällen der Literatur die psychologische Durchdringung viel zu wenig genau, die Krankheitsschilderung viel zu summarisch ist, als dass wir nachträglich an ihnen jene feinen Affectdifferenzen studiren könnten, die hier in Frage kommen, so bleiben immerhin einige Beobachtungen, in denen eine primäre Versuchsangst

isoliert oder mit anderen psychopathischen Gruppen vergesellschaftet sich herauschälen und darstellen lässt. Ich meine, in ihr einen psychopathischen Vorgang zu sehen, der unter bestimmten Bedingungen sich herausbildet, eine bestimmte Entwicklung durchmacht, kurz, wenn man will, einen besonderen Mechanismus hat. Versuchen wir eine kurze Charakteristik der Versuchungsangst zu geben, so könnte es die folgende sein. Bei der Versuchungsangst tritt auf dem Boden einer primären ängstlichen Verstimmung, oft im directen Anschluss an äussere erschütternde Eindrücke, die von einem plötzlich auftauchenden Selbstmisstrauen dictirte Befürchtung auf, bestimmte aussergewöhnliche Handlungen, häufig solche, die mit dem Charakter des Individuums und den gegebenen äusseren Verhältnissen geradezu contrastiren, begehen zu können. Indem die krankhafte Vorstellung gewaltsam das Denken occupirt, imponirt die vorgestellte Handlung bald nicht allein als gefürchtet, sondern gleichzeitig fühlt der Kranke, dass er die Handlung begehen muss, er wird zu ihr hingezogen. Es ist klar, dass trotzdem die Zielvorstellung, die gefürchtete That für das Gefühl des Individuums keineswegs die Bedeutung einer Affectentladung, des Abströmens einer abnormen Spannung hat. Häufig treten Sinnestäuschungen (Visionen, Sprechbewegungshallucinationen) auf. Gelegentlich führt das Individuum, von der abnormen Vorstellung überwältigt, die Handlung aus; auf diese folgt zunächst, da jetzt die qualerregende Zielvorstellung nicht mehr existirt, das Gefühl der Erleichterung.

Eine primäre ängstliche Verstimmung, ein flottirendes Angstgefühl, eine Schädigung der natürlichen Affectsicherheit in angstneurotischem Sinne scheint mir eine unumgängliche Vorbedingung für das Zustandekommen der Versuchungsangst zu sein. Ist eine derartige Labilität des gemüthlichen Gleichgewichts gegeben, so werden vielleicht Contrastvorstellungen überhaupt leichter und häufiger ausgelöst als bei Gesunden; jedenfalls aber erreichen sie, während der Gesunde sie bei Seite schiebt, fast ohne sie zu bemerken, bei Vorhandensein jener neurotischen Disposition eine völlig abnorme Gewalt und Präponderanz. Neben der geschilderten Affectunsicherheit kann sehr wohl die Verdrängung irgend eines Vorwurfsaffectes wirksam sein. Zweifellos ist es auch, dass körperlich schwächende Schädigungen (Puerperium), chronische Intoxicationen (Alkoholismus) die Versuchungsangst in die Erscheinung treten lassen; ob und inwieweit sie ätiologisch, nicht nur auslösend wirksam sind, entzieht sich vorläufig dem Urtheil.

Es ist vielleicht angebracht, zur Stütze meiner Ansicht casuistisches Material zu citiren. Zunächst einen Fall von Kaan (Fall 42), den er als „Zwangsimpulse“ zu den Autophobien Meynert's rechnet:

Erblich belastete Frau, von jeher nervös, als Mädchen und auch nach der Verheirathung Masturbantin, wurde vor zwei Wochen durch den Tod der Mutter tief erschüttert. Vor 5 Wochen Alteration über zufällig acquirirte Kopfläuse. Vor 4 Wochen heftiges Uebelgefühl, Kopfdruck, Todesangst. Dabei regte sie der Gedanke, sie werde närrisch, furchtbar auf, sie bekam Schlottern in den Knien, nervöses Zittern und fürchtete, sie werde ein Verbrechen begehen, Mann und Kind im Schlafe morden, zum Fenster herausspringen etc. In den letzten Tagen stellte sich nebst einem brennenden Gefühl an den Genitalien und Cystospasmus ein unwiderstehlicher Drang zur Masturbation ein. Seit Wochen schlaflos. Ructus hystericus. Anämie. Unter Opium und Hypnose Besserung mit nachklingenden hypochondrischen Zwangsvorstellungen und Skrupeln, ob sie Alles richtig mache.

Wernicke (1) zählt folgenden Fall zu den überwerthigen Ideen:

14jährige Bauerntochter, nicht belastet, hat vor zwei Jahren eine Brustkrankheit überstanden, deren Natur nicht festzustellen ist, und hat seit dieser Zeit andauernd an Athembeklemmungen und einem ängstlichen Gefühl über der Brust zu leiden gehabt. Sie ist abgemagert, hat schlecht geschlafen (vor Athemnoth) und hat sich seit einem Jahr so schwach gefühlt, dass sie zu schwerer körperlicher Arbeit ganz untauglich war. Seit Kurzem ist sie gemüthskrank.

In ihrem Dorfe war über das Verschwinden der Pastorsköchin und dann, als dieselbe gefunden war, über den Selbstmord viel geredet worden. Das machte einen tiefen Eindruck auf die Patientin, der sich allmählig noch verstärkte und schliesslich dazu führte, dass sie den Gedanken, sie müsste das Gleiche thun, garnicht los werden konnte. Es blieb immer nur der Gedanke, wurde nie zur Stimme, aber ein lockender Gedanke, dem sie nur schwer widerstehen konnte. Sie wundert sich, dass sie sich garnicht mehr vor dem Tode fürchtet, während das früher sehr der Fall war. Befund der Brustorgane normal. In den Angstanfällen, die immer durch die Gedanken eingeleitet werden, gesteigerte Herzaction, Gefühl von Herzklopfen und augenscheinliche Athemnoth. Kein Suicidversuch.

Folgender Fall von Séglas (2) wird von ihm zu den Zwangsvorstellungen gezählt; der Autor hebt hervor, dass die Zwangsvorstellungen von sehr lebhaften entsprechenden Vorstellungen begleitet werden.

Ein 48jähriger Mann, erblich belastet, chronischer Alkoholist, syphilitisch infectirt. Am Morgen nach einer Hochzeit traten Suicidgedanken bei klarem Urtheil und zwangsmässig auf; sie wurden hervorgerufen durch den Anblick eines Fensters, und er sah sich in der Phantasie blutbedeckt herunterfallen. Niemals trieb ihn dies dazu, eine entsprechende Handlung wirklich zu beginnen. Jedesmal gingen Angstphänomene, im Magen localisirt, dem Auftreten der Ideen, die ihrerseits wieder die Angst vermehrten, vorher. Die Anfälle dauerten nur einige Minuten. Nachdem dieser Zustand einige Monate angehalten hatte, trat für einige Monate Ruhe ein. Dann allmählig wurde er von Homicidvorstellungen ergriffen. „Es kommt durch den Magen, wie die Selbstmordideen,

als ob er im Körper ein Wesen hätte, das in Gedanken zu ihm spricht und ihn auffordert, dies zu thun, ohne dass er gleichwohl versteht, was es ist. Es ist, als ob er zu sich selbst in Gedanken spräche.“ Diese Gedanken überfallen ihn namentlich Nachts, nachdem am Abend vorher Koliken und sehr heftige Hinterkopfschmerzen dagewesen sind. Der Homicidgedanke bezieht sich nur auf seine Frau: er sieht eine Scene, in der er im Begriffe ist, seine Frau zu erwürgen. Aber niemals überschreitet diese Vision das Gebiet der Phantasievorstellung. Obwohl er niemals sich handelnd fühlt, fürchtet er, dass er sich nicht beherrschen könne. Sobald er ein Messer berührt, befällt ihn ein Zittern; dabei tritt der Gedanke auf, sich selbst zu tödten.

Der Fall von Kelp (2), den er als *Melancholia agitans* classificirte und unter dem Titel „Ueber künstliches Erröthen“ beschrieb, zeigt Visionen.

Er betrifft ein vielleicht hysterisches junges Mädchen (sie litt ein Jahr vor ihrer psychischen Erkrankung an einem fixen heftigen Schmerz in der Stirn) mit überaus grosser vasomotorischer Erregbarkeit. Patientin hatte von jeher beim Anblick blanker Messer die Furcht, Jemand damit verletzen zu müssen. Beide Male, als ihre beiden Schwestern gestorben waren, befahl sie der Gedanke, dass sie den Schwestern mit einem Messer den Hals abgeschnitten habe. Diese Vorstellung wich, als sie sich durch den Augenschein von der Unmotivirtheit ihrer Angst überzeugen konnte. Später peinigte sie dieselbe Vorstellung; als in der Nachbarschaft eine Frau starb, die Patientin kurz vor ihrem Tode besucht hatte. Patientin verlangte entschieden die Ausgrabung der Leiche, damit sie sich von dem Thatbestand des Mordes überzeuge. Da diese nicht vorgenommen wurde, sah sie stets das blutige Messer in der Luft schweben, mit dem sie die That begangen. Die Erregung nahm zu, gelegentlich kam es vorübergehend zu nächtlichen Sinnestäuschungen (hysterischer Art?). Die Kranke gesteht selbst, dass es nicht vernünftig sei, sich so anzuschuldigen, — sie könne sich aber nicht von dem Wahn befreien. Nach 1½-jähriger Anstaltsbehandlung besteht die Zwangsvorstellung wie vorher, die Kranke ist frei von Hallucinationen, andere Wahnideen sind nicht aufgetreten.

Ein Fall von Devergie, den Emminghaus (1) als imitatorische Zwangsvorstellung citirt:

Ein Mann sieht eines Tages einen Vaternörder zum Richtplatz führen; dies macht einen lebhaften Eindruck auf ihn. Er selbst, mit seinem zärtlich geliebten Vater allein wohnend, wird eines Tages von dem Gedanken überrascht, er könne an seinem Vater ebenfalls in einem Anfälle von Verwirrung zum Mörder werden. Sofort verlässt er den Vater und ist nicht zu bewegen, ihn wiederzusehen.

Morton Prince:

In einer Zeit starker Gemüthsbewegungen trat bei der Patientin die Furcht auf, das neugeborene Kind ihrer Schwester zu tödten, und die Neigung, es zu thun. Dabei Gesichtshallucinationen, je nach der Art, wie das Kind ge-

tödtet werden sollte (Messer, Steinwurf etc.) Bei entsprechender Gelegenheit auch andere Triebe, z. B. von der Brücke zu springen etc. Erster Anlass: Patientin stolperte mit dem Kind, fürchtete schlimme Folgen für das Kind. Koprobalie ohne Aussprechen der Worte. Keine Heredität.

In dem Falle von H. Berger scheint eine Complication von Versuchungsangst mit Zwangsneurose vorzuliegen.

Ein Kind wird plötzlich, nachdem schon vorher gelegentlich Grimassiren bestanden, von dem Gedanken befallen, dass sie die Mutter tödten müsse, es jedoch nicht thun wolle. Später Zwangsbewegungen — resp. Handlungen, die sie damit erklärt, „dass sie dies thun müsse, sonst passire etwas“.

Emminghaus (2) citirt folgende Fälle als Zwangsvorstellungen.

Zunächst einen Fall von Vogel: 11jähriges Mädchen von zartem Körperbau und feiner Gestalt. Nach einem Schreck verstimmt. Bald darauf stirbt der Pflegevater. Jetzt setzt sich bei fortbestehender Niedergeschlagenheit die Idee in dem Kinde fest, seine Pflegemutter tödten zu müssen, welche es sehr liebte und von der es mit fast zu grosser Zärtlichkeit behandelt wurde. Oft, während der Liebkosungen der Pflegemutter, rief sie jammernd: „ach, jetzt kommt es mich schon wieder an“, und auf Befragen gab sie an, „dass etwas hinter ihr sei, was sie dazu zwingt.“ Einmal sagte sie auch, dass etwas ihr zurufe, die Mutter zu tödten. Entsprechende Behandlung. Heilung nach einiger Zeit. — Scherpf behandelt ein 16jähriges, stark chlorotisches Mädchen (Israelitin), das seit dem 10. Jahre beim Anblick einer Nadel von dem Gedanken geplagt wurde, diese verschlucken zu müssen. — Rinecker referirt die Krankengeschichte eines 15jährigen Knaben von zarter Constitution, gracilem Bau und über dem Durchschnittsmaass stehender Intelligenz. In Zusammenhang mit einer tiefen melancholisch-hypochondrischen Verstimmung, in welche er verfiel, nachdem seine Mutter an Phthise gestorben war, — er fürchtete, jetzt auch der Schwindsucht zu erliegen —, bekam er zwingende Selbstmordgedanken, die ihn in grösste Unruhe mit heftigem Schreien versetzten. Er fühlte den Anfall und sagte: „jetzt kommt der Sturm“. Die Gedanken des Selbstmords sind stets in die imperative Form: „du sollst“ gekleidet. An der Eisenbahn heisst es „du sollst dich auf die Schienen legen“, am Wasser „du sollst dich hinunterstürzen“ u. s. w. Aber trotzdem bezeichnet der Kranke jene kategorischen Aufforderungen „als einfache Gedanken, die niemals laut werden“, nie höre er eine Stimme. (Besserung durch Extract. cannab. ind.)

Boucher berichtet über Versuchungsangst bei einer Primipara im Wochenbett: sie könnte ihrem Kinde den Hals abschneiden. Später trat statt dieser Versuchungsangst Erröthungsangst auf.

Auch der erste der beiden Fälle, die Heilbronner als progressive Zwangsvorstellungspsychose publicirt hat, scheint mir hierher, nicht zur Zwangsneurose zu gehören.

In diesem Falle handelte es sich um eine 33jährige Diakonissin, die schon vor Jahren eine ähnliche, aber leichtere Erkrankung durchgemacht haben

soll. Zuerst traten Reizzustände an den Genitalien auf, Patientin masturbirte stark. Dann quälende Gedanken: sie musste immer denken, sie werde Jemanden umbringen, mit einer Axt erschlagen müssen; sie sah auch öfter eine Axt vor sich. Es kam ihr auch vor, als müsse sie fluchen, wenn sie betete; besonders wenn sie ein Christusbild sah, kamen ihr Schimpfworte in den Sinn. Zu entsprechenden Handlungen kam es nie, es blieb bei der Vorstellung. Diese Vorstellungen traten bald völlig zurück gegenüber den erotischen. An die letzteren schlossen sich Selbstanklagen; auch schwere Angst stellte sich ein, und in dieser machte Patientin ein Tentamen suicidii. Im weiteren Verlaufe führten die Selbstanklagen zu ganz phantastischen Vorstellungen. Hallucinationen (Akoasmen) z. Th. im Sinne der Selbstanklagen, z. Th. obscön-sexuellen Inhalts, die Patientin als unverdient zurückweist, stellten sich ein. Hypochondrische Sensationen gaben Anlass zu zahlreichen phantastischen Wahnideen. Auch zu Beziehungswahn kam es. Nach ganz vorübergehender geringer Besserung blieb das Krankheitsbild später fast unverändert.

Heilbronner fasst sowohl die quälenden Vorstellungen, Jemanden mit der Axt erschlagen zu müssen, wie die später persistirenden „leidenschaftlichen“, „sinnlichen“ Gedanken als Zwangsvorstellungen auf. Ich sehe dagegen in den ersteren eine Aeussderung der Versuchungsangst und meine, dass wir nach der Aetiologie dafür nicht weit zu suchen haben; die angstneurotische Grundlage ist mit der sexuellen Abstinenz und der Masturbation, der sich Patientin vielleicht mit Widerstreben und nicht bis zu völliger Befriedigung hingegeben hat, wohl als gegeben zu betrachten. In den sexuellen Regungen und Vorstellungen an sich Zwangsvorstellungen zu erkennen, wie Heilbronner es will, liegt keinerlei Grund vor. Das Krankheitsbild entspricht übrigens in seinem weiteren Verlaufe vielfach dem masturbatorischen Irresein (v. Krafft-Ebing).

Von Morselli(1) stammt ein Fall von Versuchungsangst bei einer Frau in der Zeit der Lactation.

Die Kranke wird beherrscht von der Vorstellung, sie könnte ihrem Kinde mit einer Scheere die Zunge zerschneiden. Gelegenheitsursache für diese Idee war der Umstand, dass sie eine Zeit lang täglich dem Gatten zusah, als er für seine zahmen Vögel Fleischstückchen mit einer Scheere zerschnitt. Wichtig erscheint eine folgende Bemerkung des Autors über die Pat.; er nennt sie „sensibilissima durante i rapporti conjugali quasi fino al dolore.“

Ich glaube, dass in der Mehrzahl der vorstehenden Krankengeschichten die klinische Differenz gegenüber der Zwangsneurose in die Augen springt. Bei der Zwangsneurose haben wir das sorgfältig maskirte, bei der Versuchungsangst das brüsk in die Erscheinung tretende Selbstmisstrauen, — dort ausgeprägteste Verificirungssucht, morbide Gewissenhaftigkeit und die Angstvorstellung, durch ganz inadäquate Unter-

lassungen oder Begehungen grössten Schaden zu stiften, hier die nackte, unverschleierte Furcht, bestimmte, durch den Contrast imponirende Handlungen zu begehen, — dort tausend Zwangshandlungen, die die Selbstcontrolle des Individuums gewährleisten sollen, hier den jähen Antrieb zur Gewalthandlung und die Gewalthandlung selbst.

Unsere Betrachtungen über Versuchsangst leiten zu den Phobien hinüber, die bei manchen Autoren einen wesentlichen Theil der psychischen Zwangszustände darstellen. Bald handelt es sich bei den Phobien um eine abnorme Angst vor Dingen der Aussenwelt (Mäusen, Gewitter, Schmutz), um Furcht vor Krankheiten, Tod, irgend einem anderen Unglück, — bald sind es Angstvorstellungen, die durch ihr anfallsweises Auftreten bei bestimmten Gelegenheiten und durch die Hemmungen, die sie auslösen, ein eigenartiges klinisches Gepräge erhalten. Hierher gehören die Agoraphobie, Claustrophobie etc. In einer dritten Gruppe von Phobien betrifft der Anfall lediglich solche Theile der glatten Körpermuskulatur, die auch unter mehr physiologischen Verhältnissen ein Irradiationsgebiet des Angst affectes darstellen. Hierher sind zu rechnen die Erythrophobie, das sogenannte Zwangserbrechen, soweit es nicht hysterisch ist, der Stuhl drang am ungeeigneten Ort etc. In allen Fällen bedeuten die typischen Phobien nichts als Angstvorstellungen, die auf dem Boden einer schon vorher bestehenden Angstneigung entstanden sind und nun ihrerseits je nach ihrem Inhalt in chronischer Weise das Handeln des Kranken beeinflussen oder in Anfällen Krankheitsäusserungen hervorrufen. Die ursprüngliche Angstneigung ist nach Freud psychisch nicht weiter reduzierbar. Bei längerem Bestehen einer solchen in Anfällen auftretenden Phobie ändert sich häufig die Genese des einzelnen Anfalls, insofern als primär eine affectlose Vorstellung in das Bewusstsein tritt, die den Anfall auslöst. Aber selbst dann ist im Allgemeinen an der Entwicklung des ganzen Leidens aus einer primären Angstneigung nicht zu zweifeln.

Aus diesen Gründen müssen wir die Phobien durchaus von den Zwangsvorstellungen trennen; sie gehören in der Hauptsache zur Neurasthenie resp. Angstneurose. Doch sei betont, dass Zustandsbilder, die in Allem den Phobien gleichen, gelegentlich auch auf Grund eines anderen Mechanismus vorkommen können. So z. B. meint Freud (5) an einem Falle beweisen zu können, dass durch die Verdrängung des Bewusstseins einer sexuellen Schuld hysterisches Zwangserröthen entsteht. Schwer classificirbar ist ein Fall von Séglas (3), in dem die Empfindung des Kranken, er habe drei Beine, Angst vor dem Ueber-schreiten von Strassen hervorruft und den Symptomencomplex der Agoraphobie imitirt. Andererseits giebt es auch wieder Fälle, in denen



im Verlaufe einer Angstneurose Symptome sich herausbilden, die wir sonst bei der Zwangsneurose finden, z. B. entsteht, wie Freud (3) sagt, eine Art Grübelsucht aus dem Bestreben, sich den Beweis zu liefern, dass man nicht verrückt sei. Freud scheint der Ansicht zu sein, dass in diesen Fällen die angstneurotische Phobie durch die neue Vorstellung substituiert werde. Ob wirklich eine Substitution vorliegt, ist mir fraglich. Vielleicht handelt es sich lediglich um eine Weiterentwicklung in hypochondrischem Sinne ohne Substitution. Keinesfalls sind solche Folgeerscheinungen der Angstneurose als Zwangsvorstellungen aufzufassen.

Setzen wir die Versuchungsangst in Vergleich zu den Phobien vom Typus der Agoraphobie, so zeigt sich eine gewisse Gegensätzlichkeit beider Krankheitsvorgänge. Wie bei der Agoraphobie die Vorstellung von der Unmöglichkeit der Handlung zum vollständigen Versagen der in Frage kommenden Leistung führt, so ruft bei der Versuchungsangst die an die Vorstellung einer Handlung gekettete Angst einen mehr oder weniger unwiderstehlichen Impuls zur Begehung jenes Aktes hervor. Dies Verhalten der beiden betrachteten Gruppen neben den auffälligen Berührungspunkten, die ihre Genese bietet, berechtigt uns, sie klinisch eng aneinanderzulehnen.

In interessanter Weise zeigen sich Agoraphobie und Versuchungsangst in folgendem Fall eigener Beobachtung combinirt:

Junge Frau von 23 Jahren. Keine Skrophulose, keine Krämpfe und Gehirnentzündung. Als Kind sehr blutarm. Mit 14 Jahren Tonsillotomie. Damals auch nervös, sodass sie keine Kindergesellschaften mitmachen durfte. Menses mit 15 $\frac{1}{2}$  Jahren, meist postponirend oder aussetzend, meist ohne wesentliche Beschwerden. In den Entwicklungsjahren viel Augenzucken. Als Kind schlief sie nicht gern allein, fürchtete sich vor Einbrechern, träumte von Dieben und Mördern und litt an Alpdrücken. Keine somnambulen Zustände. Sie wurde durch Dienstboten grausig gemacht und wurde Jahre lang durch Erinnerungen aus der Lectüre der „Waise von Lowood“ geängstigt. Nach dem Schulbesuch hatte sie noch viel Privatstunden zu besuchen und überanstrengte sich dabei. In der Zeit etwa vom 15. bis 17. Jahre etwa hat Patientin, verführt durch Gespräche mit anderen jungen Mädchen und durch Lectüre, masturbirt. Sie war schon damals sehr matt, hatte Angstgefühle, in der Angst Blasendrang, las medicinische Artikel im Conversationslexikon und meinte dann, jene Krankheiten selbst zu haben, verrückt zu werden etc. Auch pflegte sie in dieser Zeit die kranke Mutter, die dann starb, und wurde hierdurch nur noch elender. Mit 18 Jahren Verlobung, mit 20 Jahren Heirath. Auf der lange ausgedehnten Hochzeitsreise körperliche Ueberanstrengungen; in der bald beginnenden Gravidität viel Erbrechen, Verstimmung, Müdigkeit. Bis zum ersten Partus spärlicher sexueller Verkehr, da das Hymen persistirte und jeder Coitus der Gattin

Schmerzen machte. Während der Gravidität keine Angstzustände. Partus unter Chloroform. Patientin bekam Mastitis, stillte nicht selbst. Nach dem Wochenbett nahm Pat. zu früh wieder den geselligen Verkehr auf und schlief mangelhaft. Etwa 3 Monate nach dem Partus stellte sich in einem Ladengeschäft plötzlich ein eigenartiger Anfall ein: es war ihr, als kämen die Stimmen der Leute aus weiter Ferne— „es war gerade, als ob ich von mir losgelöst wurde“, ihr Thun kam ihr mechanisch vor, es war, als stände in ihrem Kopf etwas still. In der Folgezeit vermied sie es, allein auszugehen, aus Angst, solche Zustände könnten sich wiederholen. Sie hielt mit der Aeussierung über ihre Angstgefühle zurück, bis sie schliesslich einmal mit furchtbarem Schreien sich Luft machte. Die Angst nahm immer mehr zu, und zwar beherrschte sie die Vorstellung, verrückt zu werden und „irgend etwas Verdrehtes thun zu müssen“, z. B. Jemandem eine Ohrfeige zu geben, aufzuschreien, von einem Thurm herunterzuspringen. Oft stellte sich auch eine eigenartige affectlose Selbstempfindung ein, als ob sie aus zwei Menschen bestände oder wie eine Maschine arbeitete; diese Vorgänge hätten Aehnlichkeit mit der Selbstbeobachtung in der Chloroformnarkose, in der Patientin auch Alles wie von weitem hörte. Gelegentlich kommt auch die Idee, ihren Kindern etwas anthun zu können oder zu müssen. „Ich bin garnicht harmlos, ich stehe immer unter dieser Selbstbeobachtung.“ Der sexuelle Verkehr war nach dem ersten Wochenbett ein mässiger, ziemlich regelmässiger. Zeitweise sei der Gatte bei Coitusversuchen ohne Erfolg gewesen, darüber habe sie sich aufgeregt, weil sie meinte, er könne krank sein. In der letzten Zeit werde sie durch den Beischlaf ganz befriedigt, doch habe sie häufiger Bedürfniss danach als der Gatte.

Nachdem inzwischen eine Mastkur gemacht worden, kam Patientin bald wieder in andere Umstände, — jetzt schwand die Angst fast vollständig. Bis auf Schwangerschaftserbrechen bestand Wohlbefinden. Im 8. Schwangerschaftsmonat Maserninfection und Frühgeburt. Auch in den darauf folgenden Monaten Wohlbefinden; der Gatte war viel verreist. Erst ein Halbjahr nach dem zweiten Partus kam es zu einem neuen Angstanfall auf offener Strasse. Seitdem fürchtete Patientin in steigendem Maasse, allein auszugehen. Grosse Müdigkeit, Blasendrang bei Angstzuständen, der durch sein häufiges Auftreten quälend wird. Auch bei Alleinsein im Zimmer tritt Angst auf.

Patientin ist hereditär belastet. Ihr Vater ist nervös, Mutter an Carcinom gestorben. Vater der Mutter war nervös, ein Bruder der Mutter Hypochonder und Sonderling.

Somatisch finden sich keine Besonderheiten ausser mässiger Anämie und Adipositas.

Anstaltsbehandlung brachte fast völlige Genesung.

Der folgende Fall ist zur Zeit in meiner Beobachtung:

Der Patient, ein jetzt 32jähriger Kaufmann litt in der Kindheit etwas an Skrophulose, besuchte das Gymnasium bis Obersecunda und war wegen Schwächlichkeit nicht Soldat. Eine Schwester seines Vaters ist an einer Psychose gestorben, seine Mutter ist etwas nervös, ebenso eine Schwester. Patient

hat Jahre lang ziemlich viel Alkohol zu sich genommen, auch mit Vorliebe schwerere Getränke, und viel gute Cigarren geraucht. Mit etwa 18 Jahren begann er zu masturbiren. Er war sexuell stark erregbar und ging häufig zu Prostituirten, — er übte aber nicht den Coitus aus, hat überhaupt bisher noch niemals normalen sexuellen Verkehr gehabt, sondern liess sich von ihnen masturbiren. Gelegentlich nachts Pollutionen. Bei schwerem Stuhlgang wolüstiges Gefühl und Erectionen. Keine active Masturbation an Anderen. Patient ist von jeher ängstlich und hat auch, wie er angiebt, aus Furcht, sich sexuell zu inficiren, keinen normalen Geschlechtsverkehr gehabt. Er selbst schreibt autoanamnestisch:

„Von Natur bin ich ruhig, scheu und zurückhaltend, aber von zufriedenenem Gemüth. Nichtsdestoweniger konnte ich in der Gesellschaft der Meinigen, sowie von Bekannten sehr lustig und geradezu ausgelassen sein und habe früher häufig und leicht Lachkrämpfe bekommen. Von jeher war ich nervös, d. h. leicht schreckhaft, ängstlich und beklommen. Seit etwa zwei Jahren steigerte sich diese Nervosität bedeutend; so schreckte mich beispielsweise das Klingeln des Telephons. Beim Oeffnen von Briefen gerieth ich sehr häufig in Aufregung, wurde blass und roth und für Augenblicke matt. Noch im vergangenen Jahre habe ich mich indess auf einer Nordlandreise vorzüglich erholt und auch amüsirt. Zum Ausbruch gelangte meine Krankheit Ende Februar dieses Jahres an einem Sonntag im Theater. Ich hatte an diesem Tage ziemlich geschwelgt. Im zweiten Act der „Weissen Dame“ war es, als ich mich selbst darüber zu wundern begann, dass ich beim Blitzen auf der Bühne jedesmal zusammenfuhr und dass es mir beim Erscheinen der weissen Dame eisig kalt über den Rücken hinabliief. Meinem Begleiter, einem jungen Arzte, fiel meine Blässe und Unruhe auf. Gleich danach bekam ich heftiges Herzklopfen, Angstschweiss und Schwindel; dann wurde mir wieder besser, doch wiederholten sich die Anfälle an diesem Abend noch 2—3 mal, aber schwächer und ohne Herzklopfen. Ich selbst vermuthete eine Nicotinvergiftung, mein Begleiter nannte es nervöse Dyspepsie. In wenigen Tagen war ich gänzlich wiederhergestellt und glaubte, nachdem ich acht Tage strenge Diät gehalten hatte, wieder rauchen zu dürfen. Am nächsten Sonntag jedoch, als ich gut gespeist und eine halbe Flasche Wein und zwei Cognac getrunken hatte, wiederholten sich die Anfälle in erschreckender Weise. Der Arzt stellte einen acuten Magenkatarrh fest, auch der Dickdarm war stark aufgetrieben. Ich hielt vier Wochen strenge Diät und wurde anscheinend gänzlich wiederhergestellt, nur hatte ich trotz der gegen-theiligen Versicherung des Arztes eine merkwürdige Angst vor Herzschlag, besonders wenn ich allein war. Zu Ostern reiste ich zu meinen Angehörigen nach D., wo meine Mutter gerade eine schwere Krankheit durchgemacht hatte, die natürlich auch für mich eine Quelle von Aufregungen geworden war. Der nach mehreren Wochen unternommene Versuch, wieder zu rauchen, hatte wieder neue nervöse Störungen zur Folge. In dieser Zeit stellte ich fest, dass ich 20 Pfund an Gewicht eingebüsst hatte. Einige weitere Wochen brachte ich dann auf dem Lande zu und begann in dieser Zeit, mich körperlich zu erholen. Gegen Ende meines dortigen Aufenthaltes las ich unter Anderem den

Roman „Jörn Uhl“ von Frenssen und bekam an einer entsprechenden Stelle plötzlich einen nervösen Anfall in Folge auftauchender Angst vor geistiger Umnachtung. Ich war ziemlich gedrückt. Mein herbeigerufener Vetter (Arzt) versicherte mir aber die Grundlosigkeit meiner Angst. Gleichwohl liess ich mich von einem Nervenarzt nochmals gründlich untersuchen. Auch er beruhigte mich. Aber am nächsten Tage schon kehrte die Angst in verstärktem Maasse wieder; ich fürchtete, tobsüchtig zu werden, und hatte die Angst, meinen Angehörigen etwas anzuthun, namentlich bei Tisch, wenn ich ein Messer in der Hand hatte. Nach einigen Tagen reiste ich nach meinem Wohnort L. zurück. Die Fahrt war schrecklich, ich war in beständiger Angst und Aufregung. Vollständige Schlaflosigkeit stellte sich ein. Ein oder zwei Tage später war ich vorübergehend in leidlich guter Gemüthsstimmung, als mir plötzlich mehrere Stellen aus Häckels „Welträthsels“, die ich kurz zuvor gelesen hatte, einfielen; ich erlebte einen furchtbaren Schreck, und blitzschnell zog eine Reihe düsterer Bilder, endigend mit Selbstmord, an meiner Seele vorüber, — mehrere Minuten war ich wie gelähmt. Das menschliche Leben erschien mir traurig, ekelerregend, zwecklos, die Welt unfassbar, grauenhaft, lächerlich, kurz das Gefühl für alles Schöne war wie im Nu erstickt, die Liebe zum Leben, zu den Meinigen, zum Beruf, kurz zu Allem erloschen. Mich beschäftigten nur noch die „Probleme“ ohne Unterbrechung und dabei die feste Ueberzeugung, hierüber irrsinnig zu werden.

Einige Tage später holten mich meine Angehörigen ab, um mit mir in die Sommerfrische zu reisen. Ihnen fiel natürlich sofort die in mir vorgegangene Veränderung auf. Auf der Bahnfahrt erlitt ich Folterqualen. In F. gab mir die Untersuchung durch den Arzt wieder einige Beruhigung; namentlich gegen Abend trat häufig eine etwas bessere Laune ein; ich hoffte, die Depression zu überwinden. Die Schlaflosigkeit war indess schon vollkommen, auch zeigten sich heftige Kopfschmerzen, und die körperliche Mattigkeit war ziemlich erheblich. In einer der schlaflosen Nächte stieg mir plötzlich der Gedanke auf, dass es doch ganz seltsam und unnatürlich sei, ein lebendes, denkendes Wesen zu sein; im ersten Augenblick erschrak ich wieder heftig, dann musste ich über den sonderbaren Einfall lachen, und das Gespenst verschwand. Aber nach wenigen Tagen schon kehrte es wieder. Mir ward unheimlich zu Muth, und ich begann, mich vor mir selbst zu fürchten. Die Schönheit der Natur liess mich unberührt, ich erblickte darin etwas Grausiges, düstere Ahnungen stiegen in mir auf. Vollständig entmuthigt kehrte ich Mitte Juli nach L. zurück und begab mich sofort in nervenärztliche Behandlung. Ich begann auch wieder Muth zu schöpfen und meine Angst für übertrieben zu halten, und traf Anstalten, in guter Begleitung eine Mittelmeerreise zu unternehmen. Da trat ein gewaltiger Rückschlag ein, eine unglaublich düstere Stimmung bemächtigte sich meiner, alle Schreckensbilder traten wieder mit aller Kraft vor meine Seele, Verzweiflung und Selbstmordgedanken stellten sich ein, und ich hatte fortwährend das unwillkürliche Bestreben, vor mir selbst und meinen Gedanken zu entfliehen. Ich schwor mir trotzdem, nicht Hand an mich zu legen, sondern mein Schicksal abzuwarten. So kam ich hier-

her. Jetzt quält mich eine unaufhörliche Grübelsucht; ich zermartere mich beständig mit Gedanken über Leben und Tod, Unendlichkeit und Ewigkeit und fühle, dass ich über der Unlöslichkeit dieser Räthsel verrückt werde. Ich fürchte mich vor Herzschlag und Geisteskrankheit, bin gänzlich lebensüberdrüssig und verzweifelt. Eigenthümlich ist die mitunter noch vorübergehend auftauchende Sehnsucht nach Liebesglück. Zeitweise bestehen wollüstige Phantasien und starke Erektionen. Ich habe ein schreckliches Gefühl im Kopfe, grosse körperliche Schwäche und Müdigkeit, nervöses Zucken der Glieder und Augenlider. In diesem ganzen Zustande von Verzweiflung stellt sich zuweilen eine blitzartig auftretende und ebenso rasch verschwindende Heiterkeit ein, auch meine Lachlust ist merkwürdig leicht erregbar, und mitunter befällt mich schon bei Nichtigkeiten ein krampfhaftes Lachen. — Zu erwähnen ist, dass sowohl in meiner väterlichen wie in meiner mütterlichen Familie ein gewisser Hang zum Grübeln und Philosophiren besteht, den ich ebenfalls von jeher besass, ohne dass vor meiner Erkrankung mein stets sehr zufriedenes Gemüth im mindesten darunter gelitten hätte.“

Aus dem somatischen Befunde ist nur eine leichte Vergrösserung des Herzens nach links und eine *Fistula auris congenita dextra* zu erwähnen.

Dieser Fall zeigt die Versuchungsangst mehr als intercurrentes Symptom, als beherrschende Erscheinung dagegen eine ausgeprägte Grübelsucht. Trotzdem besteht für mich kein Zweifel, dass dieser Fall nicht der Zwangsneurose zugehört. Der prävalirende Affect der Angst stellt ihn zur Angstneurose, — und zwar handelt es sich hier um die Vermischung des gewöhnlichen neurasthenischen Angst affectes mit dem interessanteren Affecte des innerlichen Erschröckens, des Erschauderns und Grausens gegenüber unlösbaren Problemen.

### 3. Das impulsive Irresein.

Die Grenze zwischen der Versuchungsangst und dem impulsiven Irresein, einer weiteren Hauptgruppe der sogenannten psychischen Zwangszustände, ist schwieriger zu ziehen. Bei vielen in der Literatur niedergelegten Fällen scheint es mir unmöglich zu sagen, in welche von beiden Gruppen sie gehören. Nur die sorgfältige Sondirung der primären Affectstörungen bestimmt im einzelnen Falle die Diagnose. Griesinger (1) macht einen Unterschied zwischen denjenigen Fällen, wo ein Trieb zur Gewaltthat in bisher heiteren, frohen und liebenden Gemüthern plötzlich, ohne allen Anlass aufsteigt, und solchen Fällen, wo derartige Impulse in schon längst verdüsterten, innerlich vereinsamten, menschenfeindlichen Seelen entstehen und die Widerwärtigkeit aller Eindrücke der Aussenwelt dieser nun in einer eclatanten Unthat heimgezahlt wird. Auch bei Dagonet (1870) finde ich eine eingehendere Differenzirung der primären Affectanomalien bei der Folie impulsive. Er erwähnt be-

sonders schwere Angstaffecte, enorm gesteigerte Reizbarkeit und mannigfache leichtere Verstimmungszustände. Schüle analysirt die Genese der organischen Motive, welche in der Hervorrufung der krankhaften Acte an die Stelle der geistigen Motive treten. Das treibende Gefühl ist ein krankhaft abnormes, und zwar entweder inhaltlich abnorm oder aber quantitativ so übermässig, dass es stürmisch zum Reflex drängt, ohne die intellectuelle Zwischenstufe aufzurufen. Nach v. Krafft-Ebing (4) sind die zur Handlung treibenden Kräfte lebhafte organische Gefühle, namentlich geschlechtliche, oft in perverser Form auftretend und zu Nothzucht mit Tödtung und Verstümmelung des Opfers, ja selbst Anthropophagie führend, oder es sind affectvolle Stimmungen (Verstimmungen, Langeweile, Heimweh, Welt- und Selbstschmerz), nicht selten getragen und verstärkt durch gestörte Gemeingefühle, Neuralgie etc., die vernichtende Impulse gegen das eigene oder fremde Leben oder Objecte hervorrufen.

Wir sehen in der That bei einem Blick auf die Literatur verschiedenartige Unlustaffecte wirksam werden von der einfachen Verdrüsslichkeit und Langeweile bis zur heftigsten Angst und bis zu jenem namenlosen furchtbaren Drängen, das mit Vehemenz auf grosse Körpergebiete irradiirt und gewaltsam einen Ausweg sich schafft. Von der Heftigkeit und dem plötzlichen Einsetzen des Affectes hängt die Wirkung ab. Leichtere Impulse zur Gewalthandlung hat nicht so sehr selten schon der Neurastheniker, wenn er, Verdrüsslichkeit und Wuth mühsam niederkämpfend, in die Worte ausbricht: „ich möchte mal etwas Grässliches thun“.

Das Charakteristische für alle unter das impulsive Irresein fallenden Acte liegt darin, dass sie qualitativ oder quantitativ abnorme Entladungen von Unlustaffecten darstellen. Es spielt dabei keine Rolle, ob die impulsive Handlung ein Suicid, ein Todtschlag, Diebstahl, Alkoholexcess oder eine Brandstiftung ist, ob keinerlei Ueberlegung oder ob viele Vorstellungen der That noch vorausgehen. Es hat auch keine Bedeutung, ob das Individuum nur eine einzige impulsive That im Verlauf seines Lebens vollführt oder ob, wie bei gewissen Formen der Dipsomanie, bei periodisch anschwellenden Affectstörungen periodische Entladungen erfolgen. Solchen Entladungshandlungen schwerer Unlustaffecte begegnen wir naturgemäss auch gelegentlich bei ausgeprägter Melancholie, und zwar in Gestalt von gewaltsamen Acten, Masturbation, Sand- und Lehmessen etc. Die sogenannten Toxomanien, speciell die Dipsomanie, gehören nur soweit hierher, als der einzelne Excess die Entladung eines Unlustaffectes darstellt, — nicht, sobald von vornherein die euphorisirende Wirkung des Giftes

erstrebt wird. Der zur Entladung drängende Affect kann auch ein lebhaftes körperliches Unlust- oder Schmerzgefühl sein.

Emminghaus (1) citirt: Reil erwähnt einen Landmann, der psychisch ganz normal erschien, aber allemal dann, wenn er einen brennenden Schmerz im Unterleib hatte, den Drang verspürte, alle Menschen mit Steinen zu werfen. Ein Kranker Amelung's bekam allemal die Zwangsidee von Selbstmord, wenn Intercostalschmerz bei ihm auftrat. Schüle berichtet von einem Manne, dem sich mit dem Eintritt einer heftigen Occipitalneuralgie die Vorstellung, ein Kind umzubringen, aufdrängte. Einem Knaben, den v. Krafft-Ebing erwähnt, kamen mit jeder Exacerbation einer Intercostalneuralgie abscheuliche Schimpfnamen und gemeine Gedanken in den Sinn, deren Aussprechen er kaum unterlassen konnte. Es handelt sich hier um die von Griesinger sogenannten Mitvorstellungen, über die sich namentlich v. Krafft-Ebing (2) ausführlich verbreitet.

Mannigfache Analogien finden sich für die pathologische Entäusserung von Unlustaffecten noch in der Breite des Gesunden. So zertrümmert das Kind in körperlichem Schmerz sein Spielzeug, der Erwachsene lässt gelegentlich seinen heftigen Aerger an dem ersten besten aus, der ihm begegnet, der weltschmerzlich Verstimmte betrinkt sich und begeht Excesse, — ein nervös erschöpfter junger Candidat der Theologie, durch Enttäuschungen seelisch afficirt, geht zu einer Prostituirten und wird zum ersten Male sexuell activ (eigene Beobachtung).

Wenn auch die zeitliche Coincidenz der Impulsivhandlung mit einem Affect nicht immer nachweisbar ist, so entbehrt die Impulsivhandlung doch häufig nicht einer affectiven Grundlage, wie v. Krafft-Ebing sagt. In diesen Fällen wird man mit Recht annehmen können, dass der Affect nicht die für das gesunde Gemüthsleben unentbehrliche Erledigung gefunden hat, dass er vielmehr, ohne bewusst zu werden und ohne Reactionen nach aussen zu erzwingen, latent geblieben ist. Es giebt aber Beobachtungen, namentlich auf dem Boden acuter Erschöpfung, in denen der Affect gänzlich zurücktritt. Hier sind das Zwingende und Treibende ganz besonders häufig hallucinatorische Bewegungsempfindungen. Da fließende Uebergänge existiren zwischen den affectiv bedingten Impulsionen und jenen, bei denen der Affect nicht zu Tage tritt, hat vielleicht die Hypothese Einiges für sich, eine derartige Labilität der Affecte anzunehmen, dass schon kleinste Affectspannungen abnorme Impulse hervorrufen. Und zwar werden die Impulse gerade deshalb in diesen Fällen so unwiderstehlich, die Acte so gewaltsam und maasslos, weil — wenigstens häufig — von vornherein die Zielvorstellung den Charakter einer Bewegungshallucination trägt oder durch Hallucinationen auf anderen Gebieten weit über die Norm

verstärkt wird. Ein Fall von Séglas (3) möge diese Vorgänge illustriren:

Mädchen von 23 Jahren, mässig belastet, von jeher empfindlichen, etwas wilden Charakters, aber sonst geistig gesund, erkrankte an einer fieberhaften Influenza, nach der grosse körperliche Schwäche und enorme psychische Erschöpfung zurückblieben. Als dieser Zustand etwa 3 Wochen gedauert hatte, traten eines Tages Zwangsvorstellungen impulsiven Charakters auf, und zwar fast ausschliesslich der Zwangstrieb zu Suicid und Homicid. Als sie Gemüse reinigte, musste sie das Messer hinlegen und fortgehen, weil sie fühlte, wie ihre Hand das Messer gegen sie selbst bewegte. Als sie Teppiche zum Fenster hinaus schüttelte, hatte sie das Gefühl, sich selbst hinunter zu stürzen. Auf einer Brücke hatte sie die Empfindung, als ob etwas sie zum Wasser triebe, und sie konnte nur auf der Mitte des Weges gehen. Der Anblick von Messer und Scheere trieb sie, ihre Mutter oder das kleine Kind ihrer Dienstherrn zu tödten, die sie beide sehr liebte; es war, als ob man sie gegen ihren Willen zog. Auf der Strasse fühlte sie sich getrieben, Vorübergehende zu schlagen, das Pflaster zu zerbrechen. Diese Ideen machten sie derartig unglücklich, dass sie einen Selbstmordversuch machte, — wie sie ausdrücklich angab, nicht unter dem Einfluss eines ihrer krankhaften Antriebe. Nach dem Suicidversuch bestanden die Zwangstriebe fort. Die Kranke fühlt das Nahen des Triebes. In den ruhigen Zwischenzeiten fühlt sie sich wohl bis auf einige neurasthenische Symptome, wie Zerschlagenheit am Morgen, Kopfschwere, träge Verdauung, Mangel an geistiger Concentration. Zu gewissen Zeiten nehmen diese Symptome zu, der Kopf wird schmerzhaft, die Ideen verwirren sich; die Kranke findet Alles verändert, verliert den Faden ihrer Gedanken, leidet am Magen. Zwei oder drei Stunden vor dem Anfall nimmt die Müdigkeit zu; eine unbestimmte Unruhe tritt ein, ein Erstickungsgefühl, Zusammenschnüren der Kehle; dann hat die Kranke plötzlich das Gefühl von „Etwas auf dem Gehirn“, und die Zwangsvorstellung bricht von selbst aus oder hervorgerufen durch den zufälligen Aublick eines Gegenstandes, der zu ihren Vorstellungen in Beziehung steht. In den interparoxystischen Zeiten ruft der Anblick dieser Gegenstände, wenn er auch die Kranke erregt, nicht dieselben Phänomene hervor, wenigstens wenn der Anblick nicht wiederholt wird oder lange dauert. Die obsidirenden Vorstellungen sind rein impulsiv, geknüpft an sehr deutliche Bewegungsvorstellungen: „ich fühle etwas wie eine Bewegung, ich bin bereit, sie auszuführen“, sagt die Kranke. Das Auftreten dieser Impulsionen ist begleitet von verdoppeltem Kopfschmerz namentlich in den oberen und hinteren Theilen, von Erstickungsgefühl, Magendruck, Drang zum Weinen, Nebel- oder Lichterscheinungen. Die Angstphänomene nehmen um so mehr zu, je mehr die Kranke mit der Idee kämpft. Nur schwer und selten gelingt es ihr, sich abzulenken und die Vorstellung zum Schweigen zu bringen.

Wenn die zum impulsiven Irresein gehörigen Impulsionen in intermittirender Weise durch längere Zeiträume sich hinziehen, wenn der Kranke an schon bekannten Vorboten das Nahen der Erregung und



der Impulsion fühlt, so können Zustandsbilder sich ergeben, die in einigen Punkten der Versuchungsangst ähnlich sind, z. B. bei dem sogenannten Stehltrieb (der mir noch am Wenigsten psychologisch zergliedert zu sein scheint) und bei der Dipsomanie.

Einer sehr eigenartigen Form pathologischer Entladung von Unlustaffecten begegnen wir in einer Gruppe der sogenannten sacrilegischen Zwangsvorstellungen. Man hat die obsedirenden Vorstellungen sacrilegischen Inhalts bisher nie zu zergliedern gesucht. Ich will versuchen zu zeigen, dass dies möglich ist.

Zunächst zwei Beobachtungen:

Höstermann beschreibt den Fall eines 53jährigen periodischen Trinkers, der zwei Jahre zuvor ein Delirium durchgemacht und nun auf Grund von Verdriesslichkeiten und Besorgnissen in der Weise erkrankte, dass sich ihm eine Menge sonst fremder Vorstellungen aufdrängte; ins Gebet mischte sich der Gedanke, das Crucifix zu zerschlagen, welches ihm statt der gewohnten religiösen Vorstellungen nur obscene, lästernde erregte, gegen die er vergeblich ankämpfte; statt der Gebete kamen ihm Verhöhnungen in den Sinn, Gedanken wie: es nützt dir Alles nichts, du glaubst ja doch nichts, bringe dich doch um. Dabei sagte er sich selbst, dass er ja die profanirenden Gedanken nach wie vor verabscheue, dass er ja nicht ohne Glauben sei etc. Ein Mal konnte er der Selbstmordgedanken nicht Herr werden und verschluckte eine Menge Schwefelholzköpfchen.

Heilbronner theilt folgenden Fall mit: Bei einer 35jährigen zum 7. Male graviden Frau entwickelt sich durch mehrere Monate hindurch eine prodromale Verstimmung mit hypochondrischen Wahnvorstellungen, wahnhafter Deutung indifferenter Geschehnisse, ängstlichen Besorgnissen und ausgesprochenem Schuldgefühl. Dann treten in den eigenen Leib verlegte sacrilegische Stimmen auf; im Anschluss daran heftige Angst, schwere Selbstanklagen und die Erklärungsvorstellung, der Teufel sei in sie gefahren. Später schwinden die gotteslästerlichen Stimmen mehr und mehr, statt deren werden beschimpfende Stimmen nach aussen projicirt und diese den früheren Selbstanklagen entsprechenden Hallucinationen nicht als berechtigt anerkannt, sondern als unverdient zurückgewiesen. Endlich folgt ein Stadium, wo die Stimmen wieder aus dem Innern kommen und ihr Inhalt wieder für berechtigt gehalten wird; die initialen hypochondrischen Vorstellungen kehren nicht wieder. Die Arbeitsfähigkeit stellt sich wieder her, die Kranke kehrt in die Familie zurück, aber es bleibt ohne besonderen Affect die residuäre Idee, dass der Teufel in ihr sei und sie diesen nicht wieder los werde.

Es ist richtig, dass obsedirende sacrilegische Vorstellungen im Verein mit anderen Zwangsvorstellungen als Symptom der Zwangsneurose vorkommen, wenn ich auch nach meiner Kenntniss der Literatur dies Vorkommen nicht für häufig halten kann. Aber es liegt für uns kein Anlass vor, jede andere klinische Genese obsedirender sacrilegischer

Vorstellungen zu leugnen, aus der Congruenz des Inhalts auf die unbedingte Gleichartigkeit und Gleichwerthigkeit zu schliessen und alle etwa vorkommenden sacrilegischen Vorstellungen (oder Hallucinationen) als Zwangsvorstellungen aufzufassen. So scheinen mir die obsedirenden sacrilegischen Vorstellungen sogar häufiger im Rahmen der primären Versuchungsangst als im Bereiche der Zwangsneurose. Einen weiteren Typus der obsedirenden sacrilegischen Vorstellungen finden wir in den beiden citirten Beobachtungen von Höstermann und Heilbronner. Ihrem Verständniss bringen uns folgende Ueberlegungen näher. Als ihre psychische Grundlage ist in beiden Fällen eine schwere Alteration der Affecte anzusehen. Aengstliche Sorgen und Befürchtungen, Verdriesslichkeiten sind dem Ausbruch jenes Symptoms vorausgegangen. Die tägliche Beobachtung lehrt uns, dass die Affecte des Unmuths, der Verdriesslichkeit, der Unzufriedenheit in aggressivem Verhalten gegen die Umgebung sich entladen, in der mit Recht oder Unrecht die Veranlassung zu dem Verdrusse gesehen wird. Wenn es sich nun um Menschen handelt, die in den alltäglichen Geschehnissen wie in besonderen Schicksalsschlägen, im Guten wie im Bösen die Hand eines allgegenwärtigen persönlichen Gottes fühlen, eines Gottes, der mit zahlreichen anthropomorphen Eigenschaften ausgestattet ist, — ist es wunderbar, dass der nach Entladung drängende Affect die Gottheit selbst zum Ziele nimmt? Heute allerdings, wo religiöse Vorstellungen im engeren Sinne weder im ruhigen Ablaufe des täglichen Lebens noch in Zeiten selbst stärkster Affecte und innerer Stürme bei den meisten von uns eine herrschende Stellung einnehmen, werden auch Auflehnungen gegen die „göttliche Macht“, gegen den „Willen Gottes“ der „Hader mit Gott“ im Seelenleben des modernen Menschen kaum eine Rolle spielen. Anders war es auf früheren Stufen der Cultur. Ueberall fühlte der Naturmensch das Walten des persönlichen Gottes oder einer Vielheit von Göttern. Wie das Glück, das ihm zu Theil wurde, so führte er auch das Unglück auf die höheren Gewalten zurück. Für Gutes dankte er, Missgeschick rächte er an seinen Göttern. Affectstarke Persönlichkeiten fielen von Gott ab. Ein Rest uralter Denkweise spricht aus dem Kranken unserer Tage, wenn in schweren Affectkrisen Schmähungen der Gottheit aus ihm hervorbrechen, — und auf jene primitive Culturstufe deutet schliesslich auch der faustische Fluch, den der innerlich zerrissene Mensch des Aufklärungszeitalters nicht mehr gegen einen persönlichen Gott, sondern gegen stellvertretende Abstracta schleudert: „Fluch sei der Hoffnung! Fluch dem Glauben! Und Fluch vor allen der Geduld!“ Sind einmal in psychopathischen Zuständen sacrilegische Vorstellungen aufgetaucht, so werden sie durch den gleichbleibenden Affect immer

wieder gerufen. Ihre Ungeheuerlichkeit, ihr grauenvoller Contrast zu dem bisherigen religiösen Empfinden des Individuums trägt dazu bei, das Denken immer mehr auf sie zu concentriren. Je mehr der Kranke seines Frevels sich bewusst wird, desto mehr steht er im Banne der frevelnden Vorstellungen.

Ich glaube, dass der Ursprung und das übrige Verhalten der eben betrachteten Gruppen obsidirender sacrilegischer Vorstellungen uns berechtigt, sie als *toto coelo* verschieden von den Zwangsvorstellungen der Zwangsneurose hinzustellen, sie vielmehr genetisch an die Affectentäusserungen des impulsiven Irreseins anzugliedern.

Einen weiteren psychischen Vorgang möchte ich kurz erwähnen, den manche Autoren (z. B. Dagonet) zum impulsiven Irresein rechnen, Andere (z. B. Emminghaus [1]) als „imitatorische Zwangsvorstellungen“ bezeichnen. Es handelt sich hier um den Drang, eine auffällige Handlung, die einen starken Eindruck gemacht hat, nachzuahmen. So in einem Falle von Hopf, den Emminghaus erwähnt: Ein Mädchen, das wiederholt öffentliche Hinrichtungen gesehen hatte, konnte den Gedanken „nicht los werden“, ebenso feierlich und tragisch zu sterben, wie jene Verbrecher. Mit Raffinement ermordete sie eine Freundin und stellte sich alsdann dem Gerichte. — Nach meinem Dafürhalten weichen die hierher gehörigen Fälle in Ursprung und Entwicklung sowohl von der Zwangsneurose wie vom impulsiven Irrsinn wesentlich ab. Der zu Grunde liegende Affect ist ein wenn auch oft perverses Lustgefühl. Die in dieser Weise betonte Vorstellung beherrscht das Individuum; sie wird zur überwertigen Idee in dem Sinne, dass das Individuum, wie Wernicke (2) sagt, den Ausdruck seines eigensten Wesens in der Idee erblickt und in dem Kampfe für sie recht eigentlich einen Kampf um die eigentliche Persönlichkeit führt. Die That selbst ist nicht die Befreiung von einem Unlustaffect, sondern die Realisirung einer, wenn auch abnormen, so doch lustbetonten überwerthigen Vorstellung. Uebrigens werden solche Personen, wenn ihr Gemüthsleben angstneurotische Unsicherheit und Selbstmisstrauen zeigt, alle Uebergänge zur Versuchsangst darbieten.

#### 4. Die sexuellen Psychopathien.

Vielfach haben auch die sexuellen Psychopathien als zugehörig zu den sogenannten psychischen Zwangszuständen gegolten. Erst neuerdings hat v. Krafft-Ebing (5) ausführlich über dies Thema gehandelt. Er bezeichnet in Uebereinstimmung mit der Schule von St. Anne als Zwangsvorstellung „eine Thätigkeitsäusserung des Gehirns, bei welcher

ein Wort, eine Idee, ein Bild sich dem Bewusstsein aufdrängt und von einer peinlichen Angst begleitet ist, welche diese Idee (oft) unwiderstehlich macht“ (Magnan). Unter Zwangshandlung versteht er „jeden innerhalb der Sphäre des Bewusstseins vollzogenen Act, den zu verhindern der Wille ohnmächtig war“ (Legrain). Zu den Begriffen der Zwangsvorstellung und Zwangshandlung gehören die Merkmale des Vollbewusstseins, des Ankämpfens gegen die nöthigende Idee, der ängstlich verzweifelnden Gemüthslage in der Erkenntniss des Versagens gegnerischer Kräfte (Associationsenergie, Wille) gegen die zur Ausführung drängende Idee, von welcher psychischen Zwangs- und Nothlage nur die Realisirung der betreffenden Idee erlösen kann.

Abzutrennen vom Gebiete der Zwangsvorstellungen sind demgemäss nach v. Krafft-Ebing: 1. Die sexuellen Acte, begangen durch Defectmenschen, bei welchen der Antrieb auf Grund ihrer intellectuellen und ethischen Insufficienz, ohne Gemüthsaffect, ohne Widerstreit ethischer Gefühle und Vorstellungen, somit ohne Kampf, sofort Befriedigung in einer adaequaten sexuellen Handlung findet. 2. Impulsive sexuelle Acte Entarteter mit sexueller Hyperaesthesia, bei welchen plötzlich und übermächtig sich erhebende Sexualaffecte, selbst mit Ausschaltung der Willens- und Bewusstseinsphäre, ohne sich zu einer deutlich bewussten Vorstellung zu erheben, unmittelbar, psychisch reflectorisch, quasi in Form einer psychischen Convulsion, sich in einen sexuellen Gewaltact (meist Nothzucht) umsetzen. 3. Die sexuellen Acte in episodischen psychischen Ausnahmezuständen bei Alkoholismus, Hysterie, Epilepsie u. s. w., auf traumhafter Stufe des Bewusstseins, mit entsprechenden Erinnerungsdefecten. 4. Die Erscheinungen der sogenannten conträren Sexualempfindung, welche nur ein Aequivalent der normalen Geschlechtsempfindung ist und ebenso wenig als diese an und für sich als Zwangsvorstellung gedeutet werden kann, ausser in Ausnahmefällen, in welchen abnorme Intensität und Dauer des Sexualaffectes, perverse Triebrichtung hinsichtlich der Art, des Ortes und der Person weitere Complicationen im Sinne der Perversion und der Obsession schaffen. Dagegen rechnet v. Krafft-Ebing zu den sexuellen Perversionen, welche in Gestalt von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen sich entäussern, die sadistischen und zum Theil auch die fetischistischen Gruppen der Mädchenstecher, der Beschädiger von Damentoiletten, der Frotteurs, der Exhibitivisten, der Zopfabschneider, der Diebe von Frauenwäsche, Schürzen, Taschentüchern, Frauenschuhen u. s. w., ferner gewisse Fälle von Bestialität, Paedophilia erotica. Eine wichtige Rolle spielt bei den wirklichen Perversionen, bei sexueller Hyperaesthesia auf emotiver Grundlage, die mangelhafte *Potentia coeundi*.

Auch aus diesen differentialdiagnostischen Bemerkungen von v. Krafft-Ebing ergibt sich, dass er als wesentlichen Bestandtheil, als das eigentliche *Movens* der den Zwangsvorstellungen und Handlungen gleichzusetzenden sexuellen Perversionen, den zur Entladung drängenden krankhaften Sexualaffect ansehen will, der trotz widerstrebender affectbetonter Vorstellungen zur Handlung führt. Schliesst man mit v. Krafft-Ebing (wie ich glaube, mit Recht) erstens die sexuellen abnormen Handlungen, die auf intellectuellen und ethischen Defect zurückzuführen sind und deshalb ohne Widerstreit ethischer Gefühle und Vorstellungen erfolgen, und zweitens ebenso die sexuellen Acte in episodischen psychischen Ausnahmezuständen (Alkoholismus, Epilepsie etc.) aus, so lässt sich meines Erachtens bei den nach der Eintheilung von v. Krafft-Ebing übrigbleibenden Gruppen sexueller Psychopathien — also den sexuellen Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, ferner den impulsiven sexuellen Acten Entarteter und endlich den Erscheinungen der sogenannten conträren Sexualempfindung — des Gemeinsamen soviel auffinden, dass man trotz der Verschiedenheit der klinischen Bilder eine gemeinsame psychische Grundlage anerkennen muss.

Bei allen drei Gruppen ist das Zwingende der Sexualaffect. Dieser tritt bei den impulsiven sexuellen Handlungen der Entarteten so gewaltig, das ganze Bewusstsein so plötzlich überflutend in die Erscheinung, dass fast unmittelbar, ohne Kampf, der Gewaltakt erfolgt. Bei den eigentlichen Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, wie v. Krafft-Ebing sie nennt, schiebt sich vor der Handlung ein oft heftiger Kampf zwischen Sexualaffect und den gesunden Vorstellungs- und Gefühlscomplexen ein. Der verschiedene Vorgang in diesen beiden Gruppen ist vor Allem die Folge des verschieden heftigen und brüsken Einsetzens des Sexualaffectes. Eine grosse Differenz ergibt sich daraus, dass bei den „Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen“ eben sexuelle Perversionen chronischer Art vorliegen, während bei den „Impulsiven“ auf allgemein degenerativem Boden, aber meist ohne eigentliche Verkehrung des Geschlechtstriebes in paroxystischer Weise geschlechtliche Handlungen ausgelöst werden.

Stellen wir weiter die beiden Gruppen der „sexuellen Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und -Handlungen“ und der conträren Sexualempfindung einander gegenüber, so erkennen wir als gemeinsame treibende Kraft in beiden, wie schon oben gesagt, wieder den Sexualaffect. In beiden Gruppen hat der Sexualeffect eine Verkehrung erfahren. Dass v. Krafft-Ebing der einen Gruppe den

Zwangsvorstellungscharakter vindicirt, der anderen aber abspricht, scheint nur auf einer irreführenden Verquickung der in beiden Krankheitsgruppen gegebenen primären psychischen Vorgänge mit den durch den Charakter der Zielvorstellungen secundär veranlassten Vorstellungsprocessen zu beruhen. Nämlich bei den „Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und -Handlungen“, zu denen v. Krafft-Ebing unter anderen die sadistischen Gruppen der Mädchenstecher, der Exhibitionisten, Zopfabschneider etc. rechnet, kettet sich in verhängnissvoller Weise die Befriedigung der sexuellen Begier an eine Handlung, die nothwendig eine Gewaltsamkeit in sich schliesst, nothwendig das Opfer schädigt und den Thäter grosser Gefahr aussetzt. Kein Wunder, dass deshalb die der That vorausgehende Zielvorstellung ein Heer von Gegenvorstellungen und -Gefühlen wachruft und dass schliesslich der Act nach schwerem inneren Kampf als befreiende That erfolgt. Also, der Kampf gegen die nöthigende Idee, der ängstlich verzweifelnde Gemüthszustand, die psychische Zwangs- und Nothlage ist nicht ein integrierender Theil dieser speciellen sexuellen Psychopathie, sondern wird der fertigen Anomalie gewissermassen erst durch äussere Umstände aufgepfropft. Dieser secundäre psychische Kampf wird dagegen — diesmal infolge der Gunst äusserer Verhältnisse — der conträren Sexualempfindung meist fehlen, weil der Conträre meist seinen perversen Trieb befriedigen kann, ohne gegen das fünfte und siebente Gebot zu verstossen und ohne sich der Strafe der Gesetze preiszugeben. Die beiden Gruppen sexueller Psychopathie, die wir eben betrachtet haben, auf Grund des Fehlens oder Vorhandenseins jener secundären Affectlage von einander klinisch trennen und zwei verschiedenen Krankheitsgebieten zuweisen zu wollen, scheint mir demnach durchaus nicht angängig. Dieselbe Ueberlegung, gilt für das Verhältniss der „Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und -Handlungen“ zu den „impulsiven sexuellen Acten Entarteter.“

Wir haben gesehen, dass die von v. Krafft-Ebing befürwortete Trennung der betrachteten drei Gruppen der Berechtigung entbehrt. Es fragt sich nun, ob v. Krafft-Ebing überhaupt Recht hat, die „sexuellen Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen“ zu den Zwangsvorstellungen zu rechnen und ob man, wenn man ihm folgt, nun auch die beiden anderen Gruppen den Zwangsvorstellungen zuweisen soll oder ob alle drei Gruppen von den Zwangsvorstellungen zu trennen sind. Entschieden wird die Frage meines Erachtens, wenn wir die Thatsache in's Auge fassen, dass das allen drei Gruppen gemeinsame Zwingende der perverse oder einfach gesteigerte Sexualaffect ist. Während selbstverständlich kein Hinderniss

vorliegt, von dem Zwange eines Sexualaffects im Allgemeinen zu sprechen, ist es andererseits völlig unerfindlich, welche näheren Beziehungen zwischen sexuellen Psychopathien und den Zwangsvorstellungen resp. der Zwangsneurose vorliegen sollen. Der Zwang eines Affectes macht noch keine Zwangsvorstellungen und keine Zwangshandlungen. Auch Moll (1) sagt, dass die Perversion des Triebes an sich keinen Grund involvire, die sexuellen Perversionen den Obsessions zuzurechnen. Allerdings sei der Contrectationstrieb eine nicht logisch bedingte Zwangsassociation; dies sei aber ebenso der Fall bei normaler Richtung wie bei Perversion des Triebes.

Haben diese Anschauungen für die überwiegende Mehrzahl der Fälle von sexueller Psychopathie volle Gültigkeit, so lässt sich doch nicht leugnen, dass die fraglichen sexuellen Perversionen und Acte gelegentlich eine Entstehung haben können, die sie anderen psychopathologischen Mechanismen einreihet. So können sicherlich die Zwangsvorstellungen der Zwangsneurose und die qualvollen Zielvorstellungen der Versuchsangst im Gewande abnormer sexueller Vorstellungen auftreten. Moll (1, 2) scheint solche Fälle beobachtet zu haben. Ein Fall von Ludwig Meyer (S. 14 seiner citirten Abhandlung) spricht dafür, dass der erste exhibitorische Act eines dem Exhibitionismus verfallenden Kranken die Entäusserung eines Unlustaffectes war, die durch zufällige äussere Umstände gerade diesen obscönen Charakter annahm. Wie Luzenberger gezeigt hat, kann eine sexuelle Psychopathie durch Verdrängung der Erinnerung an erzwungene Coitusversuche in der Kindheit entstehen, also eine Entwicklung nehmen, die nach Freud der Hysterie resp. Zwangsneurose eigenthümlich ist.

##### 5. Obsidirende Vorstellungen in geistigen Hemmungs- und Depressionszuständen sowie in Erschöpfungszuständen.

Eine oberflächliche Aehnlichkeit mit den schon besprochenen durch den Contrast verstärkten obsidirenden Vorstellungen zeigen gewisse obsidirende Vorstellungen in Verstimmungszuständen, die mit grösserer Hemmung einhergehen. In eine derartige Rolle können die von Löwenfeld (4) so benannten „musikalischen Zwangsvorstellungen“ eintreten, z. B. das aufdringliche Persistiren heiterer Melodien bei Kranken mit Angstzuständen und Verstimmung (Löwenfeld). Gerade bei Melancholischen sind obsidirende Vorstellungen mit qualvollem Inhalte nichts Seltenes. Sie entsprechen zum Theil in deutlicher Weise der Stimmung des Melancholischen, so die Versündigungsideen, die Vorstellungen

gewaltsamer Affectentladung und die obsedirenden Vorstellungen sacrilegischen Inhaltes. Hier hat die sacrilegische Idee nicht in dem oben ausgeführten Sinne die Bedeutung einer Affectentladung, einer Reaction des Unmuths gegen die göttliche Gewalt, sondern sie entspringt direct dem Schuldgefühl und der religiösen Anästhesie und erhält ihre überwiegende Macht im Gedankenablaufe durch die primäre Denkhemmung des Melancholischen. In einem anderen Theile lassen die obsedirenden Vorstellungen der Melancholie ihre Congruenz mit dem Stimmungsinhalte vermissen; sie bedürfen dann einer weiteren psychologischen Klärung. Ich erwähne hier die obsedirenden sexuellen Vorstellungen. Als Grundlage für diese hat sich mir in einem Falle eigener Beobachtung mit grosser Wahrscheinlichkeit der enge Connex zwischen Angst und Sexualgefühl ergeben. Der überhaupt erste Angstanfall der 53jährigen Patientin, deren Klimacterium schon mehrere Jahre zurückliegt, war mit heftigster sexueller Erregung verknüpft. Es entwickelte sich eine typische Melancholie; auch die weiteren Angstfälle verliefen zum Theil mit sexueller Erregung. Daneben wurde die Kranke häufig gequält von obsedirenden sexuellen Vorstellungen: sobald sie die Augen schloss, sah sie nackte Männer und sich begattende Thiere, und ganz harmlose Worte in der Unterhaltung riefen sexuelle Vorstellungen wach. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir die Ursache für das qualvolle Sichaufdrängen sexueller Gedanken darin sehen, dass das Angstgefühl durch seine (in manchen pathologischen Zuständen auffällige) Affinität zum Sexualaffect sexuelle Vorstellungen in der Ideenassociation wesentlich unterstützt und fördert; auch hier kommt als mitthätiger Factor die allgemeine psychische Hemmung in Betracht.

Für alle diese in psychischen Depressions- und Hemmungszuständen auftretenden obsedirenden Vorstellungen hat man den Ausdruck Zwangsvorstellungen gebraucht. Ueber ihre Differenz gegenüber den Zwangsvorstellungen der Zwangsneurose ist kein Wort zu verlieren. Ich schlage für sie den nichts präjudicirenden Namen „obsedirende Vorstellungen“ vor.

Viele Autoren haben zu den Zwangsvorstellungen gerechnet oder ihnen an die Seite gestellt das Zwangsdenken. Das Zwangsdenken hat meines Erachtens weder mit den Zwangsvorstellungen der Zwangsneurose noch mit den mannigfachen Angstvorstellungen der Neurasthener etwas zu thun. Das Zwangsdenken ist charakterisirt durch das Auftreten und Beharren affectloser Vorstellungen, die einen mehr oder minder lockeren logischen Zusammenhang bieten. Es handelt sich hier um ein Symptom der



geistigen Erschöpfung, das wir ganz besonders bei der Neurasthenie finden und das die allergrösste Verwandtschaft mit den Einfällen und dem incohärenten Denken in den acuten Erschöpfungspsychosen und auch in der chronischen Paranoia aufweist. Das Zwangsdenken der Neurastheniker ist zu bekannt, als dass es besonderer Beispiele bedürfte, um einerseits das Fehlen eines primären Affectes, andererseits die bald sich einstellende secundäre Unlust zu demonstrieren. Es tritt in verschiedenen Intensitäten auf von dem ganz flüchtigen Sichaufdrängen einzelner Wörter namentlich vor dem Einschlafen oder nach dem Erwachen bis zu dem unentrinnbaren Denkwang, der stundenlang den Schlaf verscheucht. Ja, es giebt Fälle, in denen eine qualvolle Ideenflucht den Kranken nicht loslässt und in denen dieser Denkwang das wesentlichste Symptom eines monate- und jahrelang währenden Leidens bildet. Hierher gehört der erste Fall von O. Berger (1), von ihm als Grübelsucht bezeichnet. Ich habe aus dem Studium der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte die Ansicht gewonnen, dass das Wesentliche eine bei völlig erhaltener Selbstkritik ablaufende paroxysmelle Ideenflucht sei, eine Ideenflucht, die immer noch unter Wahrung des logischen Gefüges allermeist in mehr abstracten, philosophischen Vorstellungen sich bewegt, öfter aber auch an concrete Gegenstände der nächsten Umgebung anknüpft. Der Volksmund hat für die Beschäftigung mit mehr abstracten Begriffen, die ganz naturgemäss vornehmlich in der Form des Fragens, Suchens, Forschens vor sich geht, das Wort „Grübeln“. Hier mag der Grund liegen, weshalb Berger seinen Fall, den ich als „paroxysmelle Ideenflucht“<sup>1)</sup> bezeichnen möchte, in Analogie mit den Griesinger'schen Fällen als Grübelsucht auffasst. Von der Grübelsucht der Zwangsneurose, die wir aus zahlreichen späteren Veröffentlichungen kennen, ist der Fall Berger's zweifellos zu scheiden.

Der Fall betrifft einen Studenten, der nach vierjährigen Universitätsstudien, während welcher er einerseits wegen seiner Theilnahme am Kriege, andererseits wegen reger Betheiligung am studentischen Verbindungsleben niemals andauernd geistig gearbeitet hatte, plötzlich von einem bestimmten Tage ab auf das Angestrengteste geistig zu arbeiten begann. (Es ist nicht gesagt, aber wohl anzunehmen, dass die vorhergehenden Jahre hindurch ein erheblicher Alkoholmissbrauch und dass mit der brüsken Aenderung der Lebensweise auch eine brüske Reduction des Alkoholconsums stattgefunden haben wird.) Während der vier Monate dauernden angestrengten geistigen Thätigkeit brach die Krankheit aus; in dieser Zeit hielt ihn ausserdem in Spannung die Aussicht auf ein unliebsames Ereigniss (die Niederkunft eines von ihm geschwängerten Dienst-

---

1) Aehnlich das Urtheil von Brosius.

mädchens, das im Dienste seiner Eltern stand). Es handelt sich um Anfälle, die nach Berger im Grunde genommen nichts Anderes darstellen, „als eine zeitweise bis aufs Höchste potenzierte Grübelsucht, eine Stunden lang anhaltende, mit unbezwinglicher Gewalt hereinbrechende Ideenflucht, welcher der Patient vergeblich zu entinnen sucht, trotzdem er sich des Krankhaften dabei klar bewusst ist.“ „Das Wesentliche und Charakteristische des Anfalles besteht nach den Worten unseres Kranken in einem Dualismus, in einer Zweigetheiltheit der Geisteskräfte; während die eine von ihnen mit fieberhafter Lebendigkeit sich auf allen möglichen und unmöglichen speculativen Gebieten herumtummelt, tausend emporschliessende Gedanken mit einer über die gewöhnlichen Fesseln der sonst zu Gedankenoperationen erforderlichen Zeit sich hinwegsetzenden Schnelligkeit zugleich verarbeitet, — bemüht sich die andere, die nüchterne Richtung, die so bis aufs Höchste gesteigerte „Grübelsucht“ zu bekämpfen, die Gedanken in das richtige Gleis der Wirklichkeit zurückzuzwängen, aber trotz der Anspannung energischer Willenskraft gelingt es höchstens auf Augenblicke, bald brechen sie wieder von der geraden Bahn ab und schweifen herrenlos herum, bald zu diesem, bald zu jenem Gegenstande, nichts ganz ausdenkend, sondern schon vor Vollendung des Einen wieder etwas Anderes erfassend. Doch vermag der Kranke bisweilen bei entwickeltem Zustande, eben mittelst dieses Restes gesunder Vernunft, — wenn ich so sagen darf — äusserlich gewohnte Verrichtungen vorzunehmen, z. B. Kartenspielen; erreicht der Zustand seinen Culminationspunkt, so wird der gesunde Theil der Geisteskräfte von dem „tollen“ Theile vollständig verdrängt, der Kranke muss sich willenlos den „Grübeleien“ ergeben. Nach verschieden langer Dauer eines solchen Paroxysmus (1 Stunde bis einen halben Tag) mindert sich allmählich die Exaltation der Gedanken, die nüchterne Richtung findet wieder Kraft zum Kampfe, und allmählich stellt sich der normale Zustand wieder ein.“ Wie Berger (2) über den späteren Verlauf der Krankheit später mittheilt, macht sich nur noch nach angestrengter geistiger Thätigkeit ab und zu eine Neigung zu den früheren Grübeleien bemerkbar, ohne dass sie zu eigentlichen Anfällen exacerbiren.

Im zweiten Falle von Berger (1) stellte sich bei einem Neurastheniker, während seine geistige und körperliche Leistungsfähigkeit stark darniederlag, eine krankhaft gesteigerte unbezwingliche Neigung ein, über Probleme nachzudenken, die zum Theil ausserhalb seines sonstigen Gedankenkreises lagen, über Entstehen und Vergehen etc. Der Kranke verfiel später (Berger [2]) in einen langwierigen Zustand hochgradiger geistiger Schwäche und Verwirrtheit, enormer Gereiztheit bis zu Tobsuchtsanfällen, während seine Grübeleien anscheinend gänzlich schwanden.

Auch in diesem zweiten Falle von Berger ist der Inhalt des pathologischen Denkens frei von jeder Beziehung auf einen Unlustaffect. Das ganze Symptom documentirt sich meines Erachtens als eine neurasthenische Störung der höheren psychischen Functionen im Sinne einer erhöhten Irritabilität, nicht als eine Zwangsvorstellung.

Fechner, der ehrwürdige Begründer der Psychophysik, verfiel bekanntlich im besten Mannesalter in eine schwere, mehrere Jahre dauernde Krankheit. Die wesentlichsten Symptome waren eine hochgradige nervöse Lichtscheu, nervöse Magen-Darmstörungen, die seinen Kräftezustand schwer schädigten, und eine eigenartige Ideenflucht. Er selbst sagt darüber in seinem autobiographischen Krankheitsbericht<sup>1)</sup>.

„Dabei beschäftigte ich mich innerlich mit fast weiter nichts, als mit aller Kraft meines Willens dem Gange meiner Gedanken Zaum und Zügel anzulegen. Ein Hauptsymptom meiner Kopfschwäche bestand nämlich darin, dass der Lauf meiner Gedanken sich meinem Willen entzog. Wenn ein Gegenstand mich nur einigermaassen tangirte, so fingen meine Gedanken an, sich fort und fort um denselben zu drehen, kehrten immer wieder dazu zurück, bohrten, wühlten sich gewissermaassen in mein Gehirn ein und verschlimmerten den Zustand desselben immer mehr, sodass ich das deutliche Gefühl hatte, mein Geist sei rettungslos verloren, wenn ich mich nicht mit aller meiner Kraft entgegenstemmte. Es waren oft die unbedeutendsten Dinge, die mich auf solche Weise packten, und es kostete mich oft stunden-, ja tagelange Arbeit, dieselben aus den Gedanken zu bringen. Diese Arbeit, die ich fast ein Jahr lang den grösseren Theil des Tages fortgesetzt, war nun allerdings eine Art Unterhaltung, aber eine der peinvollsten, die sich denken lässt; indes ist sie nicht ohne Erfolg geblieben, und ich glaube, der Beharrlichkeit, mit der ich sie getrieben, die Wiederherstellung meines geistigen Vermögens zu verdanken, oder wenigstens halte ich sie für eine Vorbedingung, ohne welche diese Wiederherstellung nicht hätte zu Stande kommen können. Es schied sich mein Inneres gewissermaassen in zwei Theile, in mein Ich und in die Gedanken. Beide kämpften mit einander; die Gedanken suchten mein Ich zu überwältigen und einen selbstmächtigen, dessen Freiheit und Gesundheit zerstörenden Gang zu nehmen, und mein Ich strengte die ganze Kraft seines Willens an, hinwiederum der Gedanken Herr zu werden, und, so wie ein Gedanke sich festsetzen und fortspinnen wollte, ihn zu verbannen und einen andern entfernt liegenden dafür herbeizuziehen. Meine geistige Beschäftigung bestand also, statt im Denken, in einem beständigen Bannen und Zügeln von Gedanken.“ Während der Besserung seines Gesamtzustandes kam es vorübergehend zu einem „eigenthümlichen überspannten Seelenzustand“, der keine klare Erinnerung hinterliess. Fechner glaubte damals, von Gott selbst zu ausserordentlichen Dingen bestimmt, durch sein Leiden selbst dazu vorbereitet zu sein; die Rätsel der Welt schienen sich ihm zu offenbaren, etc. „Offenbar war mein Zustand dem einer Seelenstörung nahe; doch hat sich allmählich Alles ins Gleichmaass gesetzt.“

Wenn auch zweifellos das Zwangsdenken alle Bedingungen erfüllt, um durch das Epitheton „Zwang“ von anderen Denkformen geschieden zu werden, so möchte ich doch im Interesse einer strengeren diagno-

1) Kuntze, Gustav Theodor Fechner. Leipzig, 1892.

stischen Trennung an Stelle der Bezeichnung „Zwangsdenken“ den Namen „phrenoleptisches Denken“ vorschlagen. Meschede (1) hat zuerst 1872 von Phrenolepsie gesprochen und später (4) den Ausdruck Phrenolepsie genauer definiert als Zwangsvorgänge auf dem Gebiet der Denktätigkeit bzw. auch der Willensthätigkeit ohne emotive Grundlage und ohne eigentliche Willensaufregung. Ich glaube, es geschieht nicht im Widerspruch mit Meschede's Begriffsprägung, wenn ich unter phrenoleptischem Denken das ungewollte, aufdringliche, mehr oder minder zusammenhanglose, affectlose Denken in geistigen Erschöpfungszuständen verstehe.

## 6. Differentialdiagnostische Bemerkungen.

Wir haben in den bisherigen Betrachtungen eine Reihe den sogenannten psychischen Zwangszuständen subsumirter psychopathologischer Gruppen gegeneinander zu präcisiren gesucht. Es giebt, abgesehen von ihnen, in der Literatur zahlreichere einzelne Beobachtungen, in denen der Autor von Zwangsvorstellungen oder Zwangszuständen spricht, Beobachtungen, die meines Erachtens ganz anderen psychischen Krankheitszuständen angehören.

Zunächst einige Worte über die sogen. Zwangsvorstellungen im Bereich der Paranoia. Jeder Beobachter kennt die im Verlauf der Paranoia und der hallucinatorischen Verwirrtheit gelegentlich vorkommenden Episoden, in denen immer wieder auftauchende mehr oder weniger incohärente Vorstellungen und Hallucinationen eine Art Grübel- oder Fragesucht auslösen oder in denen das kranke Individuum wie in zwei Associationscomplexe gespalten erscheint, die nun mit Contrastvorstellungen gegeneinander reagiren. In solchen Fällen kann der Kranke den ungewollten und ungehemmten Denkprocessen beobachtend, kritisirend, abwehrend gegenüberstehen, seine affective Erregung kann durch den Inhalt jener Vorstellungen und durch den vergeblichen Kampf gegen sie, z. B. wenn es sich um sacrilegische Vorstellungen handelt, immer mehr erhöht werden. Aber genügen diese Kriterien, um uns vergessen zu lassen, dass wir es lediglich mit einem Zustandsbilde, mit einer Phase innerhalb der Paranoia oder der hallucinatorischen Verwirrtheit zu thun haben? Geben diese Kriterien uns das Recht, das Symptom als Zwangsvorstellungen anzusprechen und es damit den Zwangsvorstellungen der Zwangsneurose anzugliedern? Der klinischen Exaktheit wird gedient sein, wenn wir dem Kaiser geben, was des Kaisers ist und das in Rede stehende Symptom bei der Paranoia resp. der hallucinatorischen Verwirrtheit belassen. Hier sei verwiesen auf

die Arbeiten von Meschede (1, 4), die ich im historischen Theile ausführlich wiedergegeben habe, auf Tuczek (2) (Fall 9), Luys und Mercklin (Fall 5 und 8).

Auch paranoische Wahnideen haben den Autoren gelegentlich als Zwangsvorstellungen gegolten, insbesondere die noch nicht fixirten Wahnvorstellungen, für die Mercklin den treffenden Ausdruck „mobile Wahnideen“ gefunden hat. So fasst v. Krafft-Ebing (3) in einem Falle von Grübelsucht und Berührungsfurcht zeitweise sich einstellende Grössenideen je nach ihrer Correctur als „temporäre Wahnvorstellung“ und „blosse Zwangsvorstellung“ auf. Um Wahnideen, nicht Zwangsvorstellungen handelt es sich auch in den Fällen von Claus (S. 134), Wille (Fall 6), Knecht, Höstermann (Besessenheitsvorstellung, gegen die die Kranke zunächst ankämpft, die sich dann aber immer mehr fixirt), Séglas (1) (Fall 2), Hack Tuke (Fall 11). Näcke meint in dem S. 660 ff. seiner Publication geschilderten Falle von Zwangsvorstellungen, der durch gelegentliche hysterische Anfälle und durch Grössenvorstellungen complicirt war, dass die Wahnidee, um die es sich hier handelt, nämlich diejenige, ein Königskind zu sein, fast sicher ursprünglich eine Zwangsidee gewesen sei, da die Kranke erzählt, diese Idee habe sich plötzlich eingestellt, als sie einmal gehört habe, der König habe viele Kinder. Ich kann Näcke nicht beistimmen, sondern meine vielmehr, dass hier eine Complication der Zwangsvorstellungen mit reinen Wahnideen (primordialen im Sinne Griesingers) viel wahrscheinlicher sei. In einem anderen Falle (S. 668) hält auch Näcke für wahrscheinlich, dass die im Verlaufe einer secundären Verwirrtheit auftretenden Züge von *déire du toucher* auf Wahnideen, nicht auf Zwangsvorstellungen zurückzuführen seien.

Welche weitgehende Bedeutung Cramer (1) den Zwangsvorstellungen innerhalb paranoischer Zustände einräumt, geht aus der Reproduction seiner Ansichten im historischen Theil meiner Arbeit hervor. Bei ihm wird zur Zwangsvorstellung, was wohl richtiger als paranoischer Einfall oder Eingebung oder impulsive resp. imperative paranoische Vorstellung zu bezeichnen wäre. Demzufolge betrachtet er als Zwangsvorstellungen die bei schon vorher bestehender Paranoia ganz plötzlich auftretenden Vorstellungen der Selbstverstümmelung resp. des Suicids, die mit enormer Energie sofort zur That treiben. So fügt sich der Kranke in Beobachtung 20 in Suicidabsicht schwere Selbstverstümmelungen zu und erklärt sein Thun retrospectiv folgendermassen: „Als ich nach C. zu meinem Bruder kam, bat derselbe mich, damit ich auf andere Gedanken käme, mich mit Holzhauen zu beschäftigen. Sowie ich die Axt erblickte, kam mir der Gedanke, ich solle mich tödten, zu-

gleich kamen Stimmen, die mir von allen Seiten zuriefen: tödte dich, tödte dich. Darüber bekam ich solche Angst, und der Gedanke, „alles dieses sind Konsequenzen deiner früheren Ideen, und du mußt es deshalb thun“ liessen mich keinen Augenblick länger mehr zweifelhaft sein, und so that ich es denn auch. „Der Worte sind genug gewechselt, nun lasst uns endlich Thaten sehen“, — welche Worte mir Professor K. auf einer Reise nach W. sagte, halfen ebenfalls zur Ausführung der grässlichen That.“ Hier treiben nicht Wahnideen zur That, sondern eine urplötzlich im Bewusstsein auftauchende, mit Akoasmen gleichen Inhalts vergesellschaftete und dadurch ungemein verstärkte Zielvorstellung, die als Zwangsvorstellung zu bezeichnen kein Grund existirt.

In Cramer's Fall 26 begeht ein Paranoiker eine schwere Selbstverstümmelung und erwidert am nächsten Tage auf die Frage, ob ihm das nicht weh gethan habe: „o nein, ich war so in Begeisterung, dass ich fast nichts fühlte; es war mir, als müsse das fort“, — und später auf dieselbe Frage: „weil ich der Sohn Gottes bin, Sie haben mich lange genug hingehalten und mich nicht fortgeschickt.“ Zugleich streckt er Arme und Beine von sich und sagt: „nun nehmen Sie auch gleich noch die Nägel zum Kreuzigen.“ Im Gegensatz zu Cramer, der als Veranlassung für die Selbstverstümmelung dieses Kranken „nicht etwa eine befehlende Stimme, sondern einzig und allein eine alle anderen Vorstellungen in den Hintergrund drängende Zwangsvorstellung“ ansieht, halte ich für unzweifelhaft, dass es sich hier nicht um Zwangsvorstellungen, sondern um Wahnvorstellungen handelt. Auch in Fall 27 kann ich „die Zwangsvorstellungen widerlichsten Inhalts, z. B. er solle päderastirt werden“ nicht als Zwangsvorstellungen, wohl aber als Wahnvorstellungen anerkennen. In Fall 30 spricht Cramer von „Zwangsvorstellungen in der Form von Grübelsucht.“ Wie ich glaube, handelt es sich um Grübeleien im Sinne eines noch nicht fixirten Beziehungswahnes bei einem acuten Fall von Paranoia und um das echt paranoische Symptom „es werde ihm gemacht, dass sich Gedanken andrängen.“

Die nun folgende Beobachtung von Séglas (3) enthält den Zwangsvorstellungen und speziell der Grübelsucht ähnliche Zustände, die aber auf dem Boden der Neurasthenie erwachsen sind, mit einer gewissen logischen, wenn auch nicht absichtlichen Folgerichtigkeit sich aus ihr entwickelt haben und durchaus nicht der Zwangsneurose angehören. Der Fall ist der folgende:

Ein erblich belasteter Mann, bis zu seinem 18. Jahre gesund, wurde neurasthenisch, als er sich zu einem Examen vorbereitete und dabei sich überarbeitete. Kopfschmerz, Schwäche der Beine, Spermatorrhoe, Verdauungsstörungen, Narcolepsie stellten sich ein, ferner rasch sich steigende geistige

Trägheit und grosse Ermüdbarkeit. Der Kranke selbst analysirt seinen Geisteszustand folgendermaassen: „Alle meine Fähigkeiten sind abgeschwächt, aber ich glaube, dass meine Krankheit hauptsächlich eine Krankheit der Aufmerksamkeit ist. Wenigstens liegt hier das, was mir am peinlichsten ist. Ich kann meine Aufmerksamkeit nicht willkürlich auf etwas fixiren, denn mein Denken wird gegen meinen Willen nach einer anderen Seite in einen Strom von Ideen gezogen, den ich nicht zügeln kann. Jede geistige Arbeit ist mir fast unmöglich. Fange ich etwas an, so kann ich nach einiger Zeit nicht mehr meine Aufmerksamkeit darauf richten, und die willkürliche Zerstreuung durch die Arbeit ist gänzlich unzureichend, um den Lauf fremder Gedanken zu beherrschen, die sich gegen meinen Willen in den Geist drängen. Selbst bei einer sehr einfachen Arbeit zerstreut sich meine Aufmerksamkeit, ich sehe nicht mehr das Ganze und verliere mich in Einzelheiten. Auch die Abschwächung des Gedächtnisses macht sich sehr bemerkbar. Dass ich nichts Neues behalte, erstaunt mich nicht sehr, denn ich verstehe nicht viel bei Allem, was es auch sei. Aber andererseits rufe ich nur schwer alte Erlebnisse wach. Ich kann mich nicht der Dinge erinnern, deren ich mich zu erinnern suche, kann mir nicht die Personen vorstellen, die ich gekannt, nicht die Orte, die ich besucht habe. Auch mit allen Sinnes- und moralischen Eindrücken verhält es sich anders als früher. So sind die ästhetischen Eindrücke — Musik, Malerei — nicht dieselben. Die Sinne sind empfindlicher (?) als früher, und die Gegenstände bringen nicht mehr denselben Effect wie früher hervor. Ich kann sagen, dass ich, wenn ich dieselben Sensationen habe, nicht mehr dieselben Wahrnehmungen habe. Und gleichzeitig mit dem gegenwärtigen Eindruck habe ich die Erinnerung an den verflossenen Eindruck. Ich lebe, als wenn ich doppelt wäre, und momentweise bin ich in einer Art von Traum. Wenn ich z. B. auf einer Strasse gehe, so kommt mir (obwohl ich nicht willkürlich die Dinge innerlich sehen kann) gegen meinen Willen die Erinnerung an das, was ich hier gesehen habe, als ich das letzte Mal hier vorüberging, und die Erinnerung ist lebhafter als der gegenwärtige Eindruck; oft sogar löscht sie diesen aus, und dann erwache ich wie von einem Traum.“ Zu diesen Symptomen des Kranken sind später andere, Obsessions, hinzugekommen. Und zwar haben diese sich namentlich dann gezeigt, wenn die neurasthenischen Symptome sich verschärften und namentlich, wenn es mit dem Magen schlechter ging. Unter den obsidirenden Vorstellungen ist am häufigsten eine Art Folie du doute, welche ihn treibt, gegen seinen Willen die Gründe und Consequenzen von irgend etwas, was ihm aufstösst, zu suchen; oder, wenn er etwas thut, ist er versucht, es wieder rückgängig zu machen, aus Furcht, dass es schlecht gemacht sei, oft ist er nicht sicher, sich gut ausgedrückt, seine Gedanken gut übersetzt zu haben; oder, wenn er etwas kauft, fürchtet er, nicht den genauen Preis bezahlt zu haben, und er kehrt vier oder fünf Mal um, um zu fragen, ob die Rechnung gestimmt habe. Diese verschiedenen Ideen sind begleitet von heftiger Angst, „wie in der Erwartung einer schlimmen Nachricht.“ Angstanfälle treten auch in Verbindung mit anderen Vorstellungen ein; so häufig Abends beim Zubettegehen, weil er fühlt, dass der Körper seine Gestalt ver-

ändere, und weil er nur schwer diese falsche Sensation corrigiren kann. Abgesehen von hochgradiger Unentschlossenheit hat er auch agoraphobische Krisen, die nicht immer auf demselben Mechanismus beruhen. Bald resultiren sie aus dieser Unentschlossenheit, aus dieser Abulie, welche die einfachsten Handlungen begleitet. Handelt es sich um einen Platz, welchen er kennt, so geht Alles ganz gut, wenn er den Platz in einer ihm vertrauten Richtung überschreiten muss. Die Krise tritt nur ein, wenn in seinem Wege eine Aenderung erfolgt. Endlich ist die Krise am häufigsten an den Zustand geknüpft, den der Kranke selbst beschreibt, der bei ihm fast der normale ist und darin besteht, dass Erinnerungen den actuellen Eindruck überlagern. Er sieht den Platz nicht deutlich so, wie er ist, sondern so, wie er sich erinnert, ihn gesehen zu haben. Und diese Verwirrung ist es, welche seine Ohnmacht und seine Krise veranlasst. Es ist auch vorgekommen, dass er in bestimmter Richtung ausging und nach einer Strecke Weges bemerkte, dass er automatisch gegangen war, ohne den Uebergang vom willkürlichen zum automatischen Gehen bemerkt zu haben. Dann wurde er von Angst ergriffen; „ich sage mir plötzlich: bin ich es auch wirklich, der hier ist? bin ich es, der geht? Und dann mache ich unerhörte Anstrengungen, mein Bewusstsein dem Unbewussten anzupassen, um mir darüber Rechenschaft abzulegen, dass ich es bin, der geht, — derartig, dass in einem Moment während dieser Art von Anfall, vor der absoluten Gewissheit, ich mir auf der einen Seite bewusst bin, auf der anderen Seite unbewusst zu sein (*je suis conscient d'un côté que je suis inconscient de l'autre*).“

Der Fall, den Ball (1) beschreibt, scheint mir nicht zur Folie du doute oder überhaupt zur Zwangsneurose zu gehören, sondern zu einer Klasse von Krankheitszuständen, die durch ein krankhaft verändertes Empfinden der eigenen Persönlichkeit und vor Allem durch eine veränderte Wahrnehmung der im Individuum sich abspielenden psychischen Vorgänge ihr Gepräge erhalten. Der Kranke fühlt, dass seine Persönlichkeit geschwunden ist, dass er existirt, aber ausserhalb des realen Lebens. Trotz achtjährigen Bestehens der Krankheit ist der Kranke in seiner Arbeitsfähigkeit durchaus nicht beschränkt. Es ist natürlich, dass die geänderte Selbstempfindung, da die Erinnerung des früheren normalen geistigen Zustandes dem Patienten völlig gegenwärtig ist, eben im Vergleichen dieser beiden Zustände, zu einem beständigen Rasonnement über seine veränderte Persönlichkeit, zu einer Art Grübel- oder Zweifelsucht führt. Aber diese Erkrankungsform darf deshalb nicht neben die Fälle von Esquirol, Falret Vater und Sohn, Legrand du Saulle gestellt werden, wie Ball meint, als eine metaphysische Untergruppe der Folie du doute. Dem Falle Ball's liegt eine Alteration der Wahrnehmungen des eigenen Ich zu Grunde, die wir als hypochondrisch oder paranoisch bezeichnen mögen. Ihm fehlt Alles, was



die Zwangsvorstellungen ausmacht: jede Spur selbstquälerischen Grübelns, jede Spur von Misstrauen in sich selbst, von schlechtem Gewissen, kurz aller jener psychischen Reactionsformen, die wir als Basis jeder echten Zwangsneurose vorfinden. Ihm fehlt jede Verdrängung, jede Metamorphose des Verdrängten.

Auch in den Fällen von Dana, Jastrowitz (1), Löwenfeld (3) handelt es sich um hypochondrische Zustände, nicht um Zwangsvorstellungen. In den Beobachtungen von Tamburini, Raymond et Arnaud (Fall 2) finden wir durchaus im Rahmen der Hypochondrie interessante Imitationen der Zwangsvorstellungen lediglich als Symptombilder, ebenso in einem Falle schwerer Hysterie, den Janet beschreibt, scheinbare Zwangsvorstellungen lediglich als secundäre Aesserungen der Hysterie. Ein Fall von Séglas (3) zeigt eine Combination von Hypochondrie mit Gedankenlautwerden, Visionen und Versuchsungsangst:

Belastete Frau von 34 Jahren. Sie hatte in der Kindheit Convulsionen und war immer furchtsam und reizbar. Seit dem Alter von 4 oder 5 Jahren fragte sie bei der geringsten Kleinigkeit, die ihr Befinden störte, ob sie sterben müsse. Ihr ganzes Leben lang hatte sie Furcht vor dem Tode, aber diese Furcht ist wirklich zwangsmässig (obsédante) erst seit 10 Jahren, als sie nach einem Abort einen schweren Blutverlust hatte. Seit dieser Zeit war sie in einem nervös-erschöpften Zustande. Eines Tages, mitten in ihrer Arbeit, hörte sie eine innere Stimme in ihrem Kehlkopfe: „c'est pas la peine, tu vas mourir“. Zugleich überkam sie ein heftiges Angstgefühl. Seitdem hört sie bei jeder Gelegenheit die innere Stimme: „à quoi bon! tu vas mourir“. Dieser Zustand dauerte 18 Monate. Die Krisen wurden schliesslich auch von Visionen begleitet. So hatte sie einmal eine Vision, als ob die heilige Jungfrau ihr erscheine, während gleichzeitig die innere Stimme sagte: „tu vas mourir“. Sie sah sich auch selber wie eine Todte im Sarg liegen. Während der Anfälle konnte sie sich nicht über das, was mit ihr vorging, Rechenschaft ablegen wegen ihrer Unruhe. Sobald aber der Anfall zu Ende ging, erkannte sie wohl, dass all dies nicht die geringste Begründung hatte, und fragte sich nur, ob sie nicht ganz verrückt werden würde. Nach 18 Monaten schwächten sich die Anfälle ab, traten aber später wieder verschlimmert auf. In späterer Zeit litt die Kranke auch an anderen Obsessionen: sobald sie ein Fenster sieht, fühlt sie sich gegen ihren Willen getrieben, sich hinunterzustürzen. Sieht sie beim Fleischer Messer, so wird sie von der Furcht, einen Mord zu begehen, ergriffen; ebenso wenn sie von einem Verbrechen liest oder hört. Bei der Kranken finden sich keine Zeichen von Hysterie.

Séglas rechnet hier die Todesfurcht zu den Obsessionen. — Auch im folgenden Falle von Séglas (3) handelt es sich nicht um Zwangsvorstellungen, sondern um schwere Angstzustände, die sich mit isolirt bleibenden Hallucinationen compliciren:

Ein junger Mensch von 28 Jahren, aus neuropathischer Familie stammend und selbst von recht mässiger geistiger Begabung, gerieth eines Tages, als er mit Vater und Mutter spazieren ging, in Furcht vor einem wüthenden Hunde, der in der Nähe vorbeikam, aber ihn selbst nicht berührte. Von diesem Moment an hatten Vater, Mutter und Sohn die obsidirende Furcht vor der Hundswuth. Der Sohn gerieth in einen heftigen psychischen Erregungszustand, schlief und ass nicht, träumte von Hunden. Nach mehreren Tagen fürchtete er, wuthkrank zu werden, indem er sich erinnerte, dass er mehrere Jahre zuvor in leichter Weise von einem Hunde gebissen worden war, der vielleicht wuthkrank hätte sein können. Diese Angstvorstellung beherrschte ihn bald vollkommen. Sobald sie sein Inneres beschäftigte, fühlte er gleichzeitig eine schmerzhaftesensation am rechten Bein, an jener Stelle, wo er behauptete, vor Jahren gebissen zu sein. Zugleich hatte er ein so heftiges Verlangen, zu beißen und zu kratzen, dass er glaubte, er bisse wirklich, und dass er bisweilen in den Spiegel sah, um sich zu vergewissern, dass seine Kiefer sich nicht bewegten. Ausserdem kam es zuweilen vor, dass er das Wort „rage“ geschrieben vor sich sah oder dass er es an den Ohren gesummt hörte. In schlaflosen Nächten sah er Hunde in seinem Zimmer; einmal floh er schreiend bei Tage auf der Strasse vor einem visionären Hunde. Die Angstzustände wurden immer heftiger, der Schmerz im Bein continuirlich. Endlich liessen die Erscheinungen, sowie die Furcht vor der Wuth nach, aber es stellte sich eine neue Angst ein, die vor Epilepsie.

Noch weniger als die Phobien, über die ich mich ausführlich ausgesprochen habe, sind selbstverständlich alltägliche hypochondrische Vorstellungen, selbst wenn sie sich dem Kranken trotz zeitweise vorhandener Correctur aufdrängen, als Zwangsvorstellungen zu betrachten (wie noch neuerdings Löwenfeld [7] will).

Die namentlich von Höstermann, Koch (2), Löwenfeld (6), Thomsen (1) behandelten sogenannten Zwangsempfindungen und Zwangshallucinationen — über die Verkehrtheit dieser Ausdrücke und die Nothwendigkeit, sie fallen zu lassen, habe ich mich oben geäussert — gehören in den allerseltensten Fällen zur Zwangsneurose. Es handelt sich meist um abnorme Sensationen und Hallucinationen<sup>1)</sup>, die durchaus nicht aus dem gewohnten Bilde der Hysterie oder Angstneurose resp. Hypochondrie heraustreten. Aber selbst dann, wenn in einem Falle die Zugehörigkeit obsidirender Empfindungen und Hallucinationen zu einer klinisch umgrenzten und anerkannten Krankheitsform nicht evident ist, dürfen wir daraus nicht ein Recht herleiten, von Zwangszuständen oder Obsessions zu sprechen und damit einen Sammelbegriff für sehr differente schwer classificirbare Fälle zu schaffen. Unter den Fällen, die mir zu dieser Erwägung Anlass geben, nenne ich

---

1) Vergl. im historischen Theil die Ansicht Gaupp's.

die Beobachtung von Lépine und einen Fall von Ségla (2) (Fall 11, den ich schon citirt habe).

Bei der Kranken, die die Pick beschreibt, scheinen mir die Hallucinationen auf hysterischer Basis zu ruhen.

Wir kommen nun zu einer Reihe von Beobachtungen, in denen starke pathologisch wirkende Affecte Zwangsvorstellungen vortäuschen. Man wird in solchen Fällen richtiger von überwerthigen Ideen sprechen. So meine ich, dass Mercklin folgenden Fall depressiven Wahnsinns mit Unrecht aus Zwangsvorstellungen ableitet:

Ein 18 jähriges Mädchen, griechisch-katholisch, ist zwei Mal einem heftigen Schreck ausgesetzt. Orthodoxe Frauen pflegen zur Zeit der Regel nicht die Kirche zu besuchen; bei Patientin trat, als sie gerade in der Kirche war, plötzlich die Menstruation ein. Darüber heftiger Schreck. Einige Monate später gerieth sie, gerade menstruirt, im Keller im Dunkeln mit der Hand in eine Kloake. Seitdem verfolgt sie der Gedanke, dass ihre Hände schmutzig und übelriechend sein könnten, sie muss sich beständig waschen. Anfangs standen diese Gedanken nur auf der Stufe von Befürchtungen, von denen sie sich nicht frei machen konnte. In letzter Zeit dehnte sie die Waschungen auch auf den übrigen Körper aus, behauptete auch, dass sie deutlich den Schmutz fühle und rieche. Sie nahm überall einen fäcalen Geruch wahr. Anfangs verlief die Krankheit remittirend, dann trat eine deutliche Verschlimmerung ein, starke ängstliche Unruhe, beständige Gesichtshallucinationen, Versuche sich zu erwürgen. Ganz chronischer Verlauf ohne Krankheitseinsicht, mit zahlreichen hallucinatorischen Wahrnehmungen; sie sieht überall schwarze Flecken, eine dunkle Flüssigkeit scheint unter ihrem Fuss hervorzuspritzen, am Fenster ein brauner lehmiger Staub vorüberzuwehen, -- das sei Alles Wirklichkeit, man gebe es nur nicht zu, um sie nicht zu beunruhigen. Sie fürchtet alle Dinge zu verunreinigen, weil die damalige Verunreinigung nie ganz von ihr gewichen sei.

Auch die Beobachtungen VI und VII von Thomsen (1) rechne ich zu den überwerthigen Ideen, nicht zu den Zwangsvorstellungen. Ein psychisches Trauma, über das die Kranke nicht hinweg kommt, liegt in Wille's Fall I vor, -- die quälende Erinnerung daran, die mit Phonemen verknüpften Gewissensbisse können nicht als Zwangsvorstellungen bezeichnet werden. Es ist folgender Fall:

Eine Frau, die früher  $2\frac{1}{2}$  Jahre lang an zweifellosen Zwangsvorstellungen gelitten -- sie musste damals immer die Worte „verflucht, verdammt, Kalb“ mitdenken und konnte die Idee, dass Alles, was sie that, verflucht sei, nicht los werden -- erkrankte mehrere Jahre nachher wieder: sie hörte eines Tages eine Stimme im linken Ohr „ihr habt die Uhr auch ungerrecht“. Im Anschluss an diese Hallucination trat der Gedanke auf, ihr Mann könne nicht selig werden, und dieser Gedanke quälte sie  $\frac{1}{2}$  Jahr lang. Das Phonem und die daran geknüpfte Vorstellung bezogen sich auf die Thatsache,

dass der Gatte der Patientin vor vielen Jahren eine Uhr gefunden, sie längere Zeit ohne wesentliche Gewissensbisse behalten und erst später dem Eigenthümer zurückgestellt hatte. In unmittelbarem Anschluss an diesen psychopathischen Zustand entwickelte sich bei der im klimakterischen Alter befindlichen Frau eine hypochondrische Paranoia.

Wille's Fall II möchte ich als Melancholie bezeichnen. In Fall IX handelt es sich um übertriebene Sorgen eines Neurasthenikers. In dem Falle Rosa M., den Sommer pag. 308 der 2. Aufl. seiner „Diagnostik“ citirt, sehe ich nicht Zwangsvorstellungen, sondern zunächst nur das Symptom der krankhaften Rathlosigkeit.

Auch die Wirkungen krankhaft gesteigerter Suggestibilität hat man zu den Zwangsvorstellungen gerechnet. Tuczek (2) zählt zu den Zwangsvorstellungen das Versagen complicirter Leistungen bei Hysterischen, — Astasie, Abasie, Mutismus in Folge von Autosuggestion. Auch Friedmann hat den Namen Zwangsideen auf die hysterischen Lähmungen ausgedehnt. Ich halte die Anwendung des Begriffs Zwangsvorstellung auf derartige hysterische Phänomene nicht nur für unnötig, sondern geradezu für verwirrend und unerlaubt. Auch in dem folgenden Falle von Séglas (1), den er unter dem Titel „des idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur“ mittheilt, sollte man sich hüten, die enormen Wirkungen der Suggestibilität, die an das inducirte Irresein streifen, als Zwangsvorstellungen verdeutschen zu wollen. Dagegen enthält der Fall deutliche Züge von Versuchsungsangst. Sowohl für die Vorstellung der Kranken, eine Gewalthandlung begehen zu können, wie für diejenige, geisteskrank zu werden, liegt das suggestive Moment deutlich zu Tage. Die interparoxystische ängstliche Spannung weist auf ein angstneurotisches Moment hin, das für Autosuggestionen den günstigsten Boden abgiebt. Immerhin ist die Form, unter der sich die Befürchtung, geisteskrank zu werden, aufdrängt, eine ungewöhnliche; die Kranke spielt hier schon die Geisteskranke.

Bei einer erblich belasteten Frau begannen die Krankheitserscheinungen im Anschluss an ein Wochenbett und an Gemüthsbewegungen, nachdem der Gatte sie verlassen hatte, im Alter von 24 Jahren. Sie wurde von dem Verlangen ergriffen, ihren Gatten oder die Personen, die zu ihr sprachen, zu erdrosseln, sich aufzuhängen, an das Bett ihrer Tochter Feuer zu legen. Diese Antriebe riefen eine extreme Angst hervor; „es ist um so grausamer,“ sagte sie, „als ich meine Familie liebe und nicht böseartig bin.“ Einige Zeit zuvor hatte sie von einer Dame sprechen hören, die ihren Gatten erwürgen wollte, und das hatte einen starken Eindruck auf sie gemacht. Ungefähr um dieselbe Zeit hörte sie einmal von einer Person sprechen, die in eine Irrenanstalt gebracht worden war, weil sie behauptet hatte, Königin zu sein oder es zu

werden. „Ueberhaupt,“ sagt sie, „Alles, was auf mich Eindruck macht, bleibt mir, namentlich wenn man von Geisteskrankheit spricht.“ Sie hat ihrer herrschenden Vorstellung entsprechende Sprechbewegungshallucinationen, und bisweilen ist sie auch versucht, die Worte laut zu sprechen. Der Wortlaut der Idee wechselt. Patientin ist sich des Krankhaften völlig bewusst. Sie wird gelegentlich durch ihre Vorstellung derartig beeinflusst, dass sie ihre Wohnung säubern und putzen lässt, weil Jemand vom Hofe kommen könnte. Zwischen den Paroxysmen befindet sich die Kranke in einer fast permanenten ängstlichen Spannung. Diese Spannung wird motivirt durch die Furcht vor einem neuen Anfall und dem schliesslichen Wahnsinn. Von hysterischen Symptomen bestand nur eine leichte Gesichtsfeldeinengung.

Auf den auch in diesem Zusammenhange bemerkenswerthen, pag. 556 citirten Fall von Séglas (3) sei hier verwiesen.

### Schluss.

Ich habe versucht, die wesentlichsten derjenigen psychopathologischen Vorgänge, die den sogenannten psychischen Zwangszuständen zugerechnet worden sind, auf Grund ihrer Genese und klinischen Bedeutung von einander zu trennen. Als die Haupterin aller derjenigen Eigenschaften, die die ältere Literatur den Zwangsvorstellungen zugeschrieben hat, ist die Zwangsneurose zu betrachten. Sie stellt eine klinische Einheit dar. Von ihr sind abzusondern die specialisirten Angstformen, wie die Versuchungsangst und die allgemeiner bekannten Phobien, das impulsive Irresein, die sexuellen Psychopathien, die obsidirenden Vorstellungen in psychischen Depressions- und Hemmungszuständen und das phrenoleptische Denken. Die genauere Analyse weist so vielfache und bedeutsame Differenzen zwischen diesen Krankheitsvorgängen nach, dass ihre Zusammenfassung zu den sogenannten psychischen Zwangszuständen unseren heutigen Kenntnissen unmotivirt erscheinen muss und auch didaktisch keinerlei Werth besitzt. Im Gegentheil ist die Existenz solcher Schlagwörter, wie psychische Zwangszustände, geeignet, die Forschung zu hemmen. Man sollte deshalb völlig auf die Verwendung des Begriffs der psychischen Zwangszustände im Sinne eines Complexes zusammengehöriger Krankheitszustände verzichten.

Ich wage ferner aus dem historischen Rückblick, den ich im ersten Theil meiner Arbeit gegeben habe, und aus den kritischen Bemerkungen des zweiten Theiles den Schluss zu ziehen, dass alle bisherigen Formulierungen des Begriffs Zwangsvorstellung bis auf die Freud'sche Definition als gänzlich unzureichend anzusehen sind. Innerhalb des grossen unter jenem Namen gesammelten casuistischen Materials der Literatur

haben wir klinisch scharf abgrenzbare Krankheitszustände zu unterscheiden. Die geschichtliche Entwicklung spricht dafür, dass der Name Zwangsvorstellungen für jene enger umschriebene Krankheit zu reserviren sei, für die er bisher vorzugsweise und auch von Freud angewendet worden ist, nämlich für die obsedirenden Vorstellungen der Zwangsneurose. Was endlich die Zwangshandlungen betrifft, so wird es genügen, darauf hinzuweisen, dass längst in der Psychopathologie die Nothwendigkeit anerkannt worden ist, die Aesserungen des menschlichen Seelenlebens, demgemäss auch die Handlungen niemals als isolirte Phänomene gelten zu lassen, sondern sie aus ihrem Zusammenhange mit der gesamten psychischen Individualität zu erklären. Es ist nichts dagegen einzuwenden, dass bestimmte, genau analysirte Handlungen eines Menschen gelegentlich als Zwangshandlungen bezeichnet werden. Ein Begriff Zwangshandlungen darf aber in der Psychiatrie nie wieder construiert werden, wenn sie nicht einen beklagenswerthen Rückschritt in das Zeitalter der Monomanienlehre machen soll. Dieselbe Ueberlegung gilt für Zwangshemmungen und Zwangstrieb.

### Nachtrag zum I. (historischen Theil).

Der Liebenswürdigkeit von Herrn Prof. A. Pick in Prag verdanke ich den Hinweis auf einige ältere Arbeiten [Lorry, Hohnbaum (1), Guislain], in denen ebenfalls interessante „Zwangszustände“ erwähnt werden.

### Literatur.

- Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. Wien und Leipzig 1883.  
 Baillarger (1), Arch. cliniqu. des malad. ment. et nerv. 1861.  
 Baillarger (2), Discussion sur la manie raisonnante. Annal. méd.-psych. 1866. Vol. 8. p. 92.  
 Ball (1), La folie du doute. L'Encéphale 1882. p. 231.  
 Ball (2), Bemerkung zu Cabadé, Folie du doute. L'Encéphale 1882. p. 459.  
 Berger, Oscar (1), Die Grübelsucht, ein psychopathisches Symptom. Archiv für Psychiatrie VI. 1876. S. 217.  
 Berger, Oscar (2), Grübelsucht und Zwangsvorstellungen. Archiv für Psychiatrie VIII. 1878. S. 616.  
 Berger, H., Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem zehnjährigen Kinde. Archiv für Psychiatrie 18. 1887. S. 872.

- Bernstein, Zwangssucht zur Einführung von Fremdkörpern in den Organismus. Neurol. Centralbl. 1898. S. 829.
- Binswanger, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena 1896.
- Boucher, Forme particulière d'obsession chez deux héréditaires (erythrophobie). Int. Congr. zu Moskau 1897. Neurol. Centralbl. 1897. S. 861.
- Bourdin, De l'impulsion. Annal. méd.-psych. 1896, 8. sér. tome 3. p. 217.
- Brierre de Boismont, De l'état des facultés dans les délires partiels ou monomanies. Annal. méd.-psych. 1853. t. V. p. 567.
- Brosius, Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Irrenfreund. 1881. S. 49, 65.
- Buccola, Le idee fisse e le loro condizioni fisiopatologiche. Riv. sper. di freniatria. 1880, fasc. I, II. p. 155.
- Catsaras, Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale. Annal. méd.-psych. 1892, 7. sér., tome 16. p. 442.
- Charpentier, *ibid.* p. 466.
- Claus, Zur Casuistik der Zwangsvorstellungen und verwandter Zustände bei Geisteskranken. Irrenfreund 1880. S. 129.
- Cramer (1), Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Freiburg i. B. 1889.
- Cramer (2), Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnestäuschungen bei primären Stimmungsanomalien. Allg. Z. f. Psych. 47, 1891. S. 219.
- Dagonet, Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. Annal. méd.-psych. 5. sér., t. 4, 1870. p. 5, 215.
- Dana, Zweifelsucht und Berührungsfurcht. Alienist and Neurologist. 1884. Ref. Allg. Z. f. Psych. 1886. Literaturheft S. 90.
- Delasiauve (1), De la monomanie au point de vue psychol. et légal. Annal. méd.-psych. 1853. t. 4. p. 363.
- Delasiauve (2), Annal. méd.-psych. 1854. t. 6. p. 117, 276.
- Donath, Zur Kenntniss des Anancasmus (psychische Zwangszustände). Archiv für Psychiatrie 29, S. 211.
- Emminghaus (1), Allgemeine Psychopathologie. Leipzig 1878.
- Emminghaus (2), Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen, 1887.
- Esquirol, Maladies mentales t. 2. 1838. p. 63.
- Eyselen, Ueber Erinnerungstäuschungen. Archiv für Psychiatrie. 1875. S. 575.
- Falret (1), La folie raisonnée. Annal. méd.-psychol. 1866. Vol. 7. p. 382.
- Falret (2), Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Progrès méd. 1889. II. p. 122.
- Fournet, De la folie avec conscience. Anal. méd.-psych. sér. 5. tome 15. 1876. p. 73.
- Freud (1), Die Abwehr-Neuro-psychosen. Neur. Centralbl. 1894. S. 362, 402.
- Freud (2), Ueber den Mechanismus der Zwangsvorstellungen und Phobien. Neurol. Centralbl. 1895. S. 699.
- Freud (3), Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten

- Symptomencomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. Neurol. Centralbl. 1895. S. 50.
- Freud (4), Zwangsvorstellungen und Phobien. (Aus der Rev. neurol., übersetzt von Dr. Schiff.) Wiener klin. Rundschau 1895. S. 262, 276.
- Freud (5), Ueber Hysterie. Wiener klinische Rundschau 1895. S. 662, 679, 696.
- Freud (6), Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. Neurol. Centralbl. 1896. S. 434.
- Friedenreich, Tvangstankesygdommen. Kjöbenhavn 1887. Ref. Neurol. Centralbl. 1887. S. 482.
- Friedmann (1), Ueber den Wahn. Wiesbaden 1894.
- Friedmann (2), Ueber die Grundlage der Zwangsvorstellungen. Psychiatr. Wochenschr. 1901/2. No. 40. S. 395.
- Gadelius, Om tvangstankar och dermed beslägtade fenomen. Lund 1896. Ref. Neurol. Centralbl. 1897. S. 189.
- Garnier, Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. Int. Congr. zu Paris 1900. Neurol. Centralbl. 1900. p. 1124.
- Gaupp, Centralbl. f. Nervenheilk. und Psych. 1899. S. 52.
- Gelinsky, Ueber Zwangsvorstellungen. Inaug.-Diss, Berlin, 1897.
- Grashey, Zur Theorie der Zwangsvorstellungen. Allg. Z. f. Psychiatr. 50. 1894. S. 1063.
- Griesinger (1), Pathologie u. Therapie der psychischen Krankheiten. Zweite Aufl., Stuttgart 1867.
- Griesinger (2), Ueber einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Archiv für Psychiatrie 1868. I. S. 626.
- Griesinger (3), Archiv für Psychiatrie. I. 1868. S. 753.
- Guinon (1), Sur la maladie des tics convulsifs. Rev. de Méd. 1886. p. 50.
- Guinon (2), Tics convulsifs et Hystérie. Rev. de Méd. 1887. p. 509.
- Guislain, Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten, deutsch von Lähr, Berlin 1854. S. 142.
- Hagen, Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde. 1870. Fixe Ideen. S. 75.
- Haskovec, Beitrag zur Kenntniss der Zwangsvorstellungen. Int. Congr. zu Paris 1900. Neurol. Centralbl. 1901. S. 428.
- Hecker, Neurol. Centralbl. 1899. S. 1136.
- Heilbronner, Ueber progressive Zwangsvorstellungspsychosen. Monatsschr. für Psychiatrie V. 1899. S. 410.
- Hoche (1), Ueber Zwangsvorstellungen. Neurol. Centralbl. 1899. S. 1135.
- Hoche (2), Im Handbuch der gerichtl. Psychiatrie, herausgeg. von Hoche. Berlin 1901.
- Höstermann, Ueber Zwangsvorstellungen. Allg. Z. f. Psych. 41. 1885. p. 19.
- Hoffbauer, Die Psychologie in ihren Hauptanwendungen auf die Rechtspflege. Halle 1808.
- Hohnbaum (1), Psychologische Fragmente. Jahrb. für Anthropologie, hrgg. von Fr. Nasse, I. Bd. 1830. S. 124.



- Hohnbaum (2), Psychische Gesundheit und Irreseyn in ihren Uebergängen. Berlin 1845. S. 70.
- Janet, Etude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. Rev. philosoph. 1891, tome 31. p. 258. 382.
- Jastrowitz (1), Archiv für Psychiatrie 8. 1878. S. 750, 755.
- Jastrowitz (2), Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen in foro nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen. Neurol. Centralblatt. 1884. S. 300.
- Jolly, Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. 11. XI. 1901. Neurol. Centralbl. 1901. S. 1115.
- de Jong, Ueber Zwangsvorstellungen. J. f. Hypnotismus. 6. 1897. S. 257.
- Juliusburger, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungspsychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neur. XI. 1902. S. 437.
- Kaan, Der neurasthenische Angsttaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. Leipzig und Wien 1893.
- Kelp (1), Giftangst. Irrenfreund. 1871. S. 132.
- Kelp (2), Ueber künstliches Erröthen. Archiv für Psychiatrie. 1875. S. 578.
- Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig u. Wien 1892.
- Knapp, The insanity of doubt. Amer. Journ. of Psychology. Vol. 3. 1890. p. 1.
- Knecht, Auftreten von Zwangsvorstellungen mit rascher Genesung, später hallucinatorischer Verrücktheit. Jahrb. f. Psychiatrie. 1882. S. 71.
- Knop, Die Paradoxie des Willens. Leipzig 1863.
- Koch (1), Die psychopathischen Minderwerthigkeiten. I. Abth. Ravensburg 1891.
- Koch (2), Die überwerthigen Ideen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. 1896. S. 177.
- Koch (3), Ein drittes Mal die überwerthigen Ideen. Ibid. S. 585.
- Konstantinowsky, Phénomènes psychiques avec le caractère de l'irrésistibilité. Intern. Congr. zu Moskau 1897. Neurol. Centralbl. 1897. S. 862.
- Kraepelin, Psychiatrie. 5. Aufl. Leipzig 1896.
- v. Krafft-Ebing (1), Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurtheilung krankhafter Gemüthszustände. Erlangen 1867.
- v. Krafft-Ebing (2), Ueber gewisse formale Störungen des Vorstellens und ihren Einfluss auf die Selbstbestimmungsfähigkeit. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. u. öffentl. Medicin. Neue Folge. XII. 1870.
- v. Krafft-Ebing (3), Ueber Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen. Allg. Z. f. Psychiatrie. 35. 1879. S. 303.
- v. Krafft-Ebing (4), Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Aufl. Stuttgart 1897.
- v. Krafft-Ebing (5), Ueber sexuelle Perversionen, welche, in Gestalt von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen sich entäussernd, gerichtlich-medicinisch von Bedeutung sind. Int. Congr. zu Paris 1900. Neurol. Centralbl. 1900. S. 1127.
- Kuntze, Gustav Theodor Fechner. Leipzig 1892.

- Ladame, La folie du doute et le délire du toucher. *Annal. méd.-psych.* 7. série. t. 12. 1890. p. 368. (Int. Congr. zu Berlin 1890.)
- Larroussine, Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes. *Arch. de Neurol.* 1896. Ref. *Zeitschr. f. Hypnot.* 8. S. 174.
- Lépine, Obsession. *Gaz. hebdom. de méd.* 1897. p. 693.
- Löwenfeld (1), Ueber Platzangst und verwandte Zustände. München 1882.
- Löwenfeld (2), Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden 1894.
- Löwenfeld (3), Ein Fall mit Zwangsvorstellungen zusammenhängender corticaler Krämpfe. *Deutsche Z. f. Nervenheilk.* 1895. p. 407.
- Löwenfeld (4), Ueber musikalische Zwangsvorstellungen. *Centralbl. f. Nervenheilk.* 1897. S. 57.
- Löwenfeld (5), Ueber die psychischen Zwangszustände. *Münchener med. Wochenschr.* 1898. Bd. 1. S. 686, 719.
- Löwenfeld (6), Weitere Beiträge zur Lehre von den psychischen Zwangszuständen. *Archiv f. Psychiatrie.* 30. 1898. S. 679.
- Löwenfeld (7), Ueber eine noch nicht beschriebene Form des Zwangsvorstellens, „Erinnerungszwang“. *Psychiatr. Wochenschrift.* I. 1899. 1900. S. 85, 106.
- Lorry, Von der Melancholie und den melanchol. Krankheiten. Deutsche Uebers. I. Frankfurt und Leipzig, 1770. S. 84.
- Lunier, *Annal. méd.-psych.* 1866. Vol. 8. p. 95.
- Luys, Des obsessions pathologiques dans leurs rapports avec l'activité automatique des éléments nerveux. *L'Encéphale* 1883. p. 20.
- Luzenberger, Sul meccanismo dei perversimenti sessuali. *Archiv. delle psicop. sess.* 1897. fasc. 19, 20. Ref. *Neur. Centralbl.* 1897. S. 227.
- Magnan (1), Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von Möbius. IV.—V. H. Leipzig 1893. Ueber die Onomatomanie. (Nach einem Aufsatz von Charcot u. Magnan. *Arch. de Neurolog.* 1885—1892.)
- Magnan (2), *Recherches sur les centres nerveux.* Paris 1893.
- Marcé, *Traité pratique des malad. mentales.* Paris 1862.
- Martí y Julia, Intern. Congr. zu Moskau 1897. *Gaz. hebdomad. de méd.* 1897. p. 847.
- Mendel (1), Ueber Zwangsvorstellungen. *Neur. Centralbl.* 1898. S. 7.
- Mendel (2), Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 11. XI. 1901. *Neurol. Centralbl.* 1901. S. 1115.
- Mercklin, Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. *Allg. Z. f. Psych.* 47. 1891. S. 628.
- Meschede (1), Ueber krankhafte Fragesucht, Phrenolepsia erotematica, eine bisher wenig bekannte Form partieller Denkstörung. *Allg. Z. f. Psych.* 28. 1872. S. 390.
- Meschede (2), Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pyromanie. *Allg. Z. f. Psych.* 29. 1873. S. 1.
- Meschede (3), Ueber Echolalie und Phrenolepsie. *Allg. Z. f. Psych.* 53. 1897. S. 443.

- Meschede (4), Intern. Congr. zu Moskau 1897. Neurol. Centralbl. 1897. S. 862.
- Meyer, Ludwig, Ueber Intentionspsychosen. Archiv f. Psych. 1889. XX. S. 1.
- Meynert (1), Ueber Zwangsvorstellungen. Wiener klin. Wochenschr. 1888. S. 109, 139, 170.
- Meynert (2), Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890.
- Mickle, Mental besetments. Journ. of mental Sciences. Vol. 42. 1896. p. 691.
- Moll (1), Untersuchungen über die Libido sexualis. I. Bd. Berlin 1898.
- Moll (2), Die conträre Sexualempfindung. 3. Aufl. Berlin 1899.
- Morel, Du délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. Arch. gén. de méd. 1866. Vol. I. p. 385, 530, 700.
- Morselli (1), Paranoia rudimentale impulsiva d'origine neurastenica. Riv. sper. di freniatria. 1885. p. 495.
- Morselli (2), Sulla dismorfobia e sulla tafefobia, due forme non per anco descritte di Pazzia del dubbio (Paranoia rudimentaria). Genova 1891. Ref. Neurol. Centralbl. 1891. S. 607.
- Müller, O., Ueber Psychalgien. Allg. Z. f. Psych. 36. 1880. S. 33.
- Näcke, Raritäten aus der Irrenanstalt. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. 50. 1894. S. 630.
- Parchappe, Symptomatologie de la folie. Annal. méd. psych. 1851. p. 62.
- Peisse, Annal. méd.-psych. T. 6. 1854. p. 283.
- Pick, A., Ueber die Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Hallucinationen. Prager med. Woch. 1895. S. 451.
- Pitres et Régis, La séméiologie des obsessions et idées fixes. Intern. Congr. zu Moskau 1897. Neurol. Centralbl. 1897. S. 860 u. Zeitschr. f. Hypnot. 8. S. 170.
- Prince, Morton, A case of „imperative idea“ or „homicidal impulse“ in a neurasthenic without hereditary taint. Boston med. and surg. Journ. Vol. 136. 1897. p. 57. Ref. Jahresber. f. Neurol. u. Psych. I. p. 548.
- Raymond et Arnaud, Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et trouble des mouvements (folie du doute avec délire du toucher). Annal. méd.-psych. 1892. 7. sér. t. 16. p. 67, 196.
- Rouillard et Iscovesco, L'obsession en pathologie mentale. Gaz. des Hôp, 1896. p. 503.
- Rehm, Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und verwandten Krankheitserscheinungen. Neurol. Centralbl. 1897. S. 969.
- de Sanctis, Ossessioni ed impulsi musicali. Bolletino della Società Lancisiana degli osped. di Roma. 1895. Ref. Neurol. Centralbl. 1897. S. 1117.
- Salomon, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Archiv f. Psych. 8. 1878. S. 722.
- Sander, Archiv f. Psych. 8. 1878. S. 751.
- de Sarlo, L'attività psichica incosciente in patologia mentale. Riv. sper. di freniatria. 1891. Vol. 17. Fasc. I, II. p. 97. Fasc. III. p. 201.
- Savage, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten und Psychoneurosen. Deutsche autor. Ausg. v. Knecht. Leipzig 1887.

- Le Grand du Saulle, La maladie du doute avec le délire du toucher. Paris 1876.
- Sciamanna, Tic e paranoia. Riv. quindic. di psicolog. 1897. Ref. Neur. Centralbl. 1897. S. 1065.
- Schäfer (1), Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre. Allg. Z. f. Psychiatrie. 36. 1880. S. 214.
- Schäfer (2), Ueber die Formen des Wahnsinns (oder der Verrücktheit) mit besonderer Rücksicht auf das weibliche Geschlecht. Allg. Z. f. Psych. 1881. 37. S. 55.
- Schramm, Ueber Zweifelsucht und Berührungsangst. Inaugural-Dissertation. Berlin 1888.
- Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. Leipzig 1880.
- Séglas (1), Des idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur. Progrès méd. 1891. p. 169.
- Séglas (2), De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Annal. méd.-psych. 1892. sér. 7. tome 15. p. 119.
- Séglas (3), Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris 1895. p. 57—148 (auch erschienen in einzelnen Theilen in Journ. de méd. et de chir. prat. 1894 und Annal. méd.-psych. 1891).
- Snell, Ueber eine besondere Art von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken. Allg. Z. f. Psych. 30. 1874. S. 651.
- Sollier, Note sur le rôle de la mémoire dans la folie du doute. Arch. de Neurol. 1896. Ref. Zeitschr. f. Hypn. 8. S. 174.
- Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. Berlin u. Wien 1901.
- Stefani, Contributo allo studio dell' ansia nevrastenica e dei fenomeni che l'accompagnano. Riv. sper. di freniatria. 1891. vol. 17. fasc. III. p. 317.
- Störring, Vorlesungen über Psychopathologie. Leipzig 1900.
- Stricker, Studien über das Bewusstsein. Wien 1879.
- Sulzer, Vermischte philosoph. Schriften. 2. Aufl. 1782. Bd. 1, S. 105.
- Tamburini, Sulla pazzia del dubbio con timore del contatto. Riv. sper. di freniatria. 1883. p. 75, 292.
- Thomsen (1), Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und verwandten psychischen Zuständen. Archiv für Psych. 27. S. 319.
- Thomsen (2), Neur. Centralbl. 1899. S. 1136.
- Tiling, Ueber Dysthymia und die offenen Kuranstalten. Jahrb. f. Psych. 1879. S. 171.
- Gilles de la Tourette (1), Jumping, Latah, Myriachit. Arch. de Neurol. 1884. t. 8. p. 68.
- Gilles de la Tourette (2), Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie (Jumping, Latah, Myriachit). Arch. de Neurol. t. 9. 1885. p. 19, 158.
- Trélat, La folie lucide. Paris 1861.
- Tuczek (1), Zur Lehre von der Hypochondrie. Allg. Z. f. Psych. 1883. p. 653.

- Tuczek (2), Ueber Zwangsvorstellungen. Berliner klin. Woch. 1899. S. 117, 148, 171, 195, 212.
- Tuczek (3), Neur. Centralbl. 1899. S. 1136.
- Hack Tuke, Imperative Ideas. Brain 1894. Part II. p. 179.
- Vallon et Marie, Contribution à l'étude de quelques obsessions. Int. Congr. zu Moskau 1897. Neur. Centralbl. 1897. S. 861.
- Wahrendorff, Zwei Krankheitsfälle von zweifelhafter Form der psychischen Störung. Allg. Z. f. Psych. 1874. S. 326.
- Warda (1), Ueber Zwangsvorstellungspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XII. 1902. S. 1.
- Warda (2), Zur Pathologie der Zwangsneurose. Journ. f. Psychologie u. Neur. Bd. II. 1903. S. 4.
- Wernicke (1), Ueber fixe Ideen. Deutsche med. Woch. 1892. S. 581.
- Wernicke (2), Grundriss der Psychiatrie. Leipzig 1900.
- Westphal (1), Ueber Zwangsvorstellungen. Sitz. der Berliner med.-psychol. Gesellschaft. 5. März 1877. Arch. f. Psych. 8. 1878. S. 734 und Berliner klin. Woch. 1877.
- Westphal (2), Ueber die Verrücktheit. Allg. Z. f. Psych. 1878. S. 252.
- Wille, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Archiv f. Psychiatrie. 12. 1882. S. 1.
- Ziehen (1), Psychiatrie. Berlin 1894.
- Ziehen (2), Physiologische Psychologie. 4. Aufl. 1898.

---

Druckfehler: S. 283 Zeile 16 v. o. lies begrifflich statt begreiflich.

---