

## IX.

# Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände<sup>1)</sup>.

Von

**Dr. Wolfgang Warda,**

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



Viele klinische Thatsachen und Theorien mussten zusammenkommen, um den Complex psychogenetisch und klinisch differenter Krankheitsprocesse zu bilden, der heute in der deutschen Literatur vielfach unter dem Namen der „psychischen Zwangszustände“ zusammengefasst wird. Die Entwicklungsgeschichte der „psychischen Zwangszustände“ ist ein integrierender Theil der Geschichte der Psychiatrie überhaupt. Alle wesentlichen Denkrichtungen in der neueren Psychiatrie namentlich Frankreichs und Deutschlands haben ihr ihren Stempel aufgedrückt. Wir finden in ihr die Spuren der alten Monomanienlehre ebenso wie die Einflüsse der in Frankreich fast übermächtig gewordenen Lehre von der erblichen Degeneration und die Wirkungen der namentlich in Deutschland gereiften Kenntnisse von der Paranoia ebenso wie jene des Studiums der Neurasthenie und zuletzt auch der Hysterie. Wir sehen, dass in diesem Zweige der Psychopathologie immer wieder zwei Richtungen ergänzend in einander gegriffen haben: die eine stellte isolirte Krankheitstypen auf und suchte zu differenziren, die andere fahndete nach grossen Gesichtspunkten, denen sie die in ihren Symptomen unterschiedenen klinischen Bilder unterordnete. Diese zweite Betrachtungsweise hat auch den Namen der „psychischen Zwangszustände“ geschaffen. Sie hat meines Erachtens in wenig kritischer Art gut geschiedene Krankheitsbilder durcheinandergewürfelt und in der Nomenclatur Verwirrungen angerichtet, die mit den einfachsten Grundlagen und Definitionen der Psychologie und Psychopathologie in Widerspruch stehen. Gegen die irreführenden Anschauungen der Autoren zu

---

1) An die Redaktion eingesendet im November 1901.

protestiren, welche die Lehre von den „psychischen Zwangszuständen“ aufgestellt und ausgebaut haben, war meine ursprüngliche Absicht. Aus diesem Plane resultirte der Versuch einer historischen und kritischen Sichtung der „psychischen Zwangszustände“ überhaupt, von dem ich hoffe, dass er zur Klärung der Ansichten Einiges beitragen möge.

## I. Historischer Theil.

1. Die ersten Publicationen über die Krankheitsformen, die den heutigen „psychischen Zwangszuständen“ entsprechen, tauchen im Schoosse der Monomanienlehre<sup>1)</sup> auf.

Ich finde schon im Jahre 1808 bei Hoffbauer Beispiele von Versuchungsangst mit obsedirenden Contrastassociationen. Hoffbauer nennt diesen krankhaften Seelenzustand „den Zustand des blinden Antriebs zu einer Handlung, obgleich dieser Antrieb in den ersten Momenten, worin er sich äusserst, nur eingeblendet, nicht wirklich erscheint.“

Die erste Beobachtung, die zweifellos dem „*Délire du toucher*“ zugehört, stammt von Esquirol (1838) unter der Bezeichnung „*Monomanie raisonnée*“. Esquirol betont dabei schon, wie Ladame bemerkt, die beiden Hauptmerkmale, den beständigen Kampf des Kranken gegen seine Obsessionen und die klare Einsicht in ihre Lächerlichkeit und Absurdität. Parchappe citirt — ich folge hier Ladame — ähnliche Fälle, die er der Hypochondrie zuweist. Delasiauve (1), Brierre de Boismont kannten ähnliche Zustände. In der Discussion über die Monomanien in der „*Société médico-psychologique de Paris*“ 1854 legte man den Hauptwert auf zwei Punkte: auf den Kampf, den der Kranke gegen seine Obsessions führt, ohne sich davon zu befreien, Delasiauve (2) — und auf die Anschauung, dass die Störung primär die Intelligenz, nicht das Gefühl betreffe (Peisse). Fälle von *Délire du toucher* finden sich bei Trélat; Ladame zählt dahin seine Beobachtungen 2, 27, 28, — mir jedoch ist fraglich, ob die beiden letzten dahin gehören. Baillarger (1) beschreibt sie unter dem Namen „*monomanie avec conscience*“. Marcé meint, solche Krankheitsbilder unter die „*Monomanies intellectuelles*“ reihen zu müssen; er verwechselt sie aber, wie Ladame bemerkt, zum Theil mit der Verrücktheit.

Hohnbaum (1845) hat einen wohl der Berührungsfurcht zuzurechnenden Fall gesehen.

1863 hat Knop im Kampfe gegen die Monomanienlehre von Paradoxie des Willens gesprochen und damit eine Erklärung der Thatsache zu geben gesucht, dass geistesgesunde, wenn auch mit hypochondrischen und melan-

---

1) Wernicke (1) sagt: Die Monomanien bedeuteten gewisse circumscribte Störungen jener höchsten Leistungen des Bewusstseins, welche wir Handlungen nennen, sie stellten jene Handlungen als unter einem krankhaften Zwange erfolgend, gewissermaassen losgesagt von psychologischen Motiven dar.

cholischen Gefühls- (Nerven-) Verstimmungen behaftete Individuen „durch ein sogenanntes instinkartiges Fortgerissenwerden“ ungesetzliche Handlungen begehen.

Morel stellte 1866 neben die Hysterie und Hypochondrie ein klinisches Krankheitsbild, das durch „Impressionabilität und Emotivität“ ausgezeichnet ist. Seine Kranken zeigen ein ausserordentlich labiles Gemüthsleben; in der Hauptsache werden sie beherrscht von Symptomen einer Panophobie. Das Verdienst Morel's dürfte darin bestehen, für diese Krankheitsgruppe, die wir heute vorwiegend der Angstneurose resp. Hypochondrie zuzählen würden, die affective Basis aufgedeckt zu haben. Seine Kranken weisen zum Theil eine gewisse Berührungsangst auf, aber keineswegs mit dem Charakter der Zwangsvorstellungen, sondern als Ausdruck panophobischer Hypochondrie.

Werthvolle psychologische Bemerkungen über die primäre Affectlage bei impulsiven Gewalthandlungen finden wir bei Griesinger (1) und Dagonet; ich citire sie später an geeigneter Stelle.

Reiche Litteraturnachweise aus der Mitte des Jahrhunderts über die Vorgeschichte der heute zum impulsiven Irresein gerechneten Störungen giebt v. Krafft-Ebing (2).

1866 wendet sich Jules Falret (1) gegen die Lehre von den Monomanien, die das Vorkommen isolirter krankhafter Störungen einzelner Triebe und Neigungen bei im Uebrigen erhaltener geistiger Gesundheit annahm (Pinel, Esquirol, Prichard, Heinroth, Hoffbauer) und stellt den Satz auf, dass es keine isolirte Läsion der Gefühle oder Instincte ohne gleichzeitige Störung des Intellekts oder, mit anderen Worten, dass es keine folie sans délire gebe. Die mannigfaltigen Geisteszustände, die bisher unter dem Sammelnamen der folie morale, folie raisonnée, folie lucide, folie instinctive oder folie des actes zusammengefasst worden seien, müssten klinisch getrennt und in ihrer Sonderung wissenschaftlich beschrieben werden. So beschreibt er als klinisches Bild eine Varietät der Melancholie unter dem Namen „hypochondrie morale, avec conscience de son état“. Bei diesen Kranken stellen sich auf der Basis melancholischer Verstimmung und allgemeiner Aengstlichkeit und begleitet von somatischen Zeichen (Präcordialangst, Kopfdruck, Anästhesien, Hyperästhesien, schmerzhaftes Sensationen) Misstrauen in die eigne Person und Versuchsangst in verschiedenen Formen ein, diese letzte vor Allem geweckt durch Contrastassocationen.

Dieser Gruppe von Kranken stellt er an die Seite eine andere Krankheitsform „aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs“, eine Form, der schon Falret père den Namen „Maladie du doute“ gegeben hat. Er giebt eine ausgezeichnete Schilderung dieser Form der Zwangsvorstellung.

Baillarger (2) will gegenüber Falret's Neuerungen an seiner „Monomanie avec conscience“ festhalten. Lunier zieht den Namen „folie morale“ vor.

Erst 1876 trat Legrand du Saulle in die Fussstapfen Falret's und schilderte in eng umschriebenen Formen ein Krankheitsbild als maladie du

doute avec le délire du toucher. Er unterscheidet drei aufeinander folgende Perioden der Krankheit. Die erste ist charakterisirt durch krankhaftes Grübeln. Alle Handlungen müssen verificirt werden. Die zweite Periode ist charakterisirt durch die Berührungsfurcht. In der dritten Periode kommt es zu vollständiger Misanthropie, wachsendem Egoismus des vor lauter Zweifeln, Angst und Mißtrauen mit sich und der Welt zerfallenen Kranken. Apathischer Blödsinn stellt sich nicht ein. Sinnestäuschungen fehlen. (Citirt nach Schüle.)

Noch viel später, nachdem längst auch in Deutschland die Zwangsvorstellungen definirt worden waren und eine theilweise Abgrenzung erfahren hatten, standen einige französische Autoren noch unter der lebhaften Einwirkung der Anschauungen von Trélat und Morel. Die „lucidité“ war durchaus ausschlaggebend für die Zurechnung psychopathischer Zustände zu den „obsessions“. Hypochonder und Paranoiker galten Luys als obsédés. Und Séglas (3) führte noch 1895 als Synonymon für Obsession unter anderen das „délire émotif“ (Morel) an. Hatten somit Falret und Legrand du Saulle einen verheissungsvollen Anfang gemacht, klinische Bilder zu präcisiren, so sehen wir doch ihr Auftreten vereinzelt bleiben. Die Anhänger der folie morale, der monomanie avec conscience und der sehr vagen obsessions waren einstweilen die Sieger. Ein weiteres Hemmniss entstand der psychologischen Vertiefung und dem klinischen Ausbau der Lehren von Jules Falret und namentlich der deutschen Beobachtungen, die damit in Beziehung gesetzt werden konnten, in der Doctrin von der erblichen Degeneration, deren glanzvollster Vertreter Magnan wurde. Indem Magnan gegen die Betrachtungsweise der alten Psychiatrie zu Felde zog, die in den mannigfachen Varietäten der „Obsessions“ ebensoviel verschiedene Monomanien sah, erkannte er in ihnen nur klinische Erscheinungsformen der psychischen Degenerescenz. Aber er behielt die zahlreichen überkommenen Namen für die einzelnen Symptome bei, die nun in bunter Folge als „syndromes épisodiques des héréditaires“ in der Fülle seiner Krankengeschichten wiederkehren. Gegenüber der Erkenntniss von der Zugehörigkeit all' dieser Symptome, der Scrupel- und Grübelsucht, der Zahlensucht, Berührungsfurcht, Onomatomanie, Koprolalie etc. zum Irresein der Entarteten, erschien Magnan und seiner Schule jedes tiefere Eindringen in die psychische Genese der einzelnen Symptome als überflüssig. Man stellte zahlreiche Formen auf, ordnete sie nach äusserlichen Gesichtspunkten an und verzichtete ganz und gar auf ihre Erklärung. So unterscheidet z. B. Magnan (1) bei der Onomatomanie folgende Unterarten: 1. Das ängstliche Suchen nach einem Namen oder Worte, 2. das Besessensein durch ein Wort mit dem Zwange, es zu wiederholen, 3. die unheilvolle Bedeutung gewisser Worte im Gespräche, 4. die schützende amuletartige Bedeutung gewisser Worte, 5. körperliches Uebelbefinden durch ein anscheinend im Magen liegendes Wort mit Erleichterung durch Würgen und Ausspucken. — Und als vorübergehende Zufälle bei Entarteten stellt er folgende Symptomenreihen nebeneinander: 1. Zweifelsucht (folie du doute). 2. Berührungsfurcht, Spitzenfurcht (Aichmophobie). 3. Namensucht (Onomatomanie). 4. Zahlensucht (Arithmomanie). 5. Echo-Sprechen (Echolalie), Unanständigsprechen mit

Zwangsbewegungen (Koprolalie mit Incoordination). 6. Uebermässige Liebe zu Tieren. „Antivivisectionisten-Wahn“. 7. Krankhafte Trunksucht (Dipso- manie), krankhafte Fresssucht (Sitiomanie). 8. Stehlsucht, Stehlfurcht (Klep- tomanie, -phobie). Kaufsucht (Oniomanie). 9. Spielsucht. 10. Feuersucht, -furcht (Pyromanie, -phobie). 11. Antrieb zu Mord oder Selbstmord. 12. Ge- schlechtlliche Abweichungen und Verkehungen: a) einfach reflectorischer Art (spinaux), b) durch das hintere Gehirn vermittelte Reflexe (spinaux-cérébraux postérieurs), c) durch das vordere Gehirn vermittelte Reflexe (spinaux-céré- braux antérieurs), d) Erotomanen, Ekstatische (cérébraux-antérieurs). 13. Platz- furcht (Agoraphobie), Furcht vor geschlossenen Räumen, vor bestimmten Orten (Klaustrophobie, Topophobia). 14. Willenlosigkeit (Abulia).

Magnan's Einfluss auf die Psychiatrie, besonders in Frankreich, war ein eminenter. Bedeutet er in gewissem Sinne einen Hemmschuh für die klinische Forschung, so liess er andererseits eine überaus werthvolle Casuistik der „obsessions“ entstehen, namentlich nachdem auf deren Complication mit Hallucinationen die Aufmerksamkeit gelenkt worden war. Die hierzu gehörigen Arbeiten betrachten wir weiterhin eingehend. Hier soll nur noch erwähnt werden, dass trotz der einer klinischen Differenzirung abholden Zeitströmung in Frankreich wir gerade französischen Psychiatern die ersten Beschreibungen einer der Zwangsvorstellungs-krankheit nahe verwandten Krankheitsform, der *Maladie des tics convulsifs* (Gilles de la Tourette, Guinon) zu verdanken haben.

2. In Deutschland nahm das Studium der „psychischen Zwangszustände“ zunächst einen Weg, der durch die in Deutschland in den siebziger und achtziger Jahren überwiegende Beschäftigung mit der Paranoia und die Tendenz, primär intellectuelle und primär affective Störungen zu sondern, seine Richtung erhielt. Verfolgen wir zunächst dies Entwick- lungsstadium. Die zielbewusste Erforschung der „psychischen Zwangs- zustände“ ging in Deutschland von v. Krafft-Ebing aus. Von ihm stammt die Bezeichnung „Zwangsvorstellungen“. v. Krafft-Ebing (3) sagt selbst darüber: „Es giebt zahlreiche Gemüths- und Nervenkrankte, die darüber klagen, dass sie gewisse quälende lästige Gedanken, deren Ungereimtheit und Ungehörigkeit sie vollkommen einsehen, nicht los werden können, dass diese Gedanken sich beständig in ihr bewusstes Vorstellen eindringen, sie in dem Ablauf desselben stören, dadurch beunruhigen, ja selbst sich mit Impulsen zu entsprechenden Handlungen verbinden, die je nach ihrem Inhalt der Betreffende lächerlich oder abscheulich findet. Solche als krankhaft bewusste, mit krank- hafter Intensität und Dauer im Bewusstsein fixirte Vorstellungen habe ich 1867 Zwangsvorstellungen genannt (1)“.

Griesinger (2) beschrieb 1868 drei Fälle von Grübelsucht. Er selbst gebrauchte, wie es scheint, diese Bezeichnung noch nicht, wohl aber findet sie sich in dem Referat (3) über seinen Vortrag in den Sitzungsberichten der „Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft“. Griesinger constatirt für seine Beobachtungen aber nur in ihrem Grundzustande eine gewisse Ana- logie zu Falret's sogenannter *Maladie du doute*. Und in dem Referate heisst

es: Die Grübelsucht in seinen Fällen sei nicht zu verwechseln mit jener krankhaften Zweifelsucht (*folie, maladie du doute, Falret*), die sich auf die Person des Patienten selbst bezieht und dann zu gewissen Consequenzen in Bezug auf das Handeln führt.

v. Krafft-Ebing (2) handelte im Jahre 1870 unter Angabe der schon zahlreichen, aber unter verschiedenen Titeln zerstreuten Literatur über diejenige Form der Zwangsvorstellungen, die vorwiegend in Impulsen sich äussert. „Weitaus in der Mehrzahl der Fälle, in welchen derartige Zwangsvorstellungen sich ergeben, stehen sie auf dem Boden psychischer Störung, meist aber einer solchen, die sich nur in dem Rahmen einer blossen Gemüthsverstimmung mit schmerzlichen Affecten bewegt und daher leicht übersehen wird. Der Zustand derartiger an einfacher schmerzlicher Depression leidender Individuen begünstigt sehr ein krankhaftes Prävaliren solcher Vorstellungen im Bewusstsein, denn das freie Spiel derselben ist durch ein schmerzhaftes Fühlen gehemmt, auf wenige demselben adäquate Vorstellungskreise beschränkt, die, wenn ja contrastirende Vorstellungen ins Bewusstsein sich heraufarbeiten, von jenen sofort abgestossen werden. Hat sich nun einmal durch eine äussere Apperception, eine überraschende Reproduction, durch eine Neuralgie, eine beständig wiederkehrende Organempfindung etc. eine entsprechende Vorstellung ausgebildet, so bekommt sie leicht durch die Fortdauer des Reizes, welcher sie ins Leben rief, durch ihre Association mit Empfindungsanomalien, von denen sie beständig wieder angeregt wird, ein Uebergewicht im Bewusstsein, gegen das die durch ein schmerzliches Fühlen gebannte Ideenassociation und der energielose Wille vergebens ankämpfen, um sie zu verdrängen. Im Gegentheil, in dem Maasse, als dieser Kampf und Zwiespalt im Bewusstsein heftiger wird, erfährt die concrete Vorstellung immer wieder eine neue Anziehung und beherrscht schliesslich so vollkommen das Terrain des Bewusstseins, dass der endlich erlahmende Wille, trotz dem Protest des in seinem Inhalt garnicht alienirten Selbstbewusstseins, sie nicht mehr in ihrem Uebergang in ein rein zwangsmässiges Handeln zu hindern vermag . . . . Eine nicht seltene und höchst wichtige Entstehungsart von zwangsmässig das Bewusstsein erfüllenden krankhaften Vorstellungen wird durch die peripheren Sensibilitätsstörungen (Neuralgien, abnorme Organ- und Muskelempfindungen) geschaffen, indem bei einer bestehenden Prädisposition der sensible Reiz auf psychische Centren irradiirt und hier, sei es direct durch den Gefühlsreiz oder in allegorischer Umdeutung desselben im Bewusstsein, bestimmte Vorstellungen hervorruft, die, wenn sie einmal gebildet sind, beständig durch den sensiblen Reiz wieder ins Bewusstsein zurückgerufen werden und so eine Prävalenz über die durch gewöhnliche psychologische Association der Vorstellungen gebildeten gewinnen. Griesinger (Archiv der Heilkunde. VII. S. 338 ff.) hat diese den Mitempfindungen bei Neuralgien vergleichbaren Erscheinungen als Mitvorstellungen bezeichnet und auf ihre Bedeutung aufmerksam gemacht. Leicht geschieht es aber im weiteren Fortschritt der Affectation, dass mit dem jeweiligen spontanen Wiederinsbewusstseintreten der so geweckten Vorstellung auch der sensible periphere Factor mit anklingt, bis endlich Empfindung und Vorstellung so miteinander sich associiren, dass

mit dem Gegebenen der einen von beiden die andere zwangsmässig abläuft. Dieses Mithalluciniren im sensiblen Gebiet, die Mitassociation einer sensiblen peripheren Bahn (analog dem leisen Mithalluciniren der sensoriiellen Centren beim lebhaften sinnlichen Vorstellen, der Mitempfindung des Schmerzes nervöser Individuen beim Gegenwärtigsein bei einer schmerzhaften Operation oder durch blosser Imagination) ist aber besonders geeignet, einen gegebenen Vorstellungsinhalt prävalirend und fix im Bewusstsein zu machen.“ Er verweist dabei auf die Monographie von Schüle (Die Dysphrenia neuralgica, Karlsruhe, 1867), der diese Erscheinungen klargelegt hat.

Hagen hält es für bedenklich, die fixen Wahnvorstellungen, wie es wohl zuweilen geschehe, mit Zwangsvorstellungen synonym zu gebrauchen. Sofern ein Individuum, welches fixe Ideen hat, nicht als frei betrachtet werden kann, sind dieselben allerdings als ihm aufgenöthigte anzusehen, allein der Ausdruck „Zwangsvorstellung“ schliesst nicht den Wahn in sich.

Kelp (1) veröffentlichte 1871 einen typischen Fall von Zwangsneurose unter dem Namen „Gifftangst“.

Meschede (1) theilte 1872 zwei Fälle von „krankhafter Fragesucht“ mit. Er glaubt, in der Hauptsache das von ihm beobachtete Phänomen mit den von Griesinger beschriebenen „Zwangsvorstellungen in Frageform“ identificiren zu können. „Das Charakteristische der Störung besteht für beide Fälle darin, dass auf dem Gebiete des Denkens und Vorstellens ein krankhaftes Motiv zur Geltung kommt, welches gleichsam in automatisch-mechanischer Weise, wie eine Schraube ohne Ende in die Denkprocesse eingreifend, fast ausnahmslos alle zum Bewusstsein kommenden Vorstellungen und Gedanken zwangsweise zu Sätzen in Frageform verknüpft und umgestaltet, man möchte fast sagen „verdreht“, und im Bewusstsein eine endlose Reihe von Fragen und Problemen entstehen lässt, — welche, ohne durch wirklich praktische Interessen und Zwecke motivirt zu sein, doch fast ausschliesslich die ganze geistige Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, ohne und gegen den Willen eine grübelnde Thätigkeit des Geistes unterhalten und meist auch zur Aeusserung drängen, — ohne Rücksicht auf Zeit, Ort und Umstände.“ In beiden Fällen von Meschede handelt es sich um chronische Krankheitszustände, die ausserdem durch zahlreiche Wahnideen und Hallucinationen charakterisirt sind und zweifellos der chronischen Paranoia zugehören. Meschede schliesst namentlich aus seinem ersten Fall, dass der Fragezwang eine specielle Form partieller Verrücktheit darstelle und als Theilerscheinung des Verfolgungswahnsinnes mit und neben den anderen für diese Form charakteristischen Symptomen auftreten könne und in den letzteren gleichwerthigen Symptomen seine Analoga finde. Er betont besonders die Analogie zu den im ersten Falle vorhandenen Selbstgesprächen, die „ebenso wie die Fragen ohne und gegen den Willen gleichsam durch eine innere automatische Erregung zwangsweise erfolgen“, aber, wie sich zweifellos ergibt, durch paranoische Hallucinationen und Wahnideen bedingte Schimpfreden zum Inhalt haben. Auch ich möchte den „Fragezwang“ in Fall I mit Meschede als Symptom der Paranoia betrachten, abgesehen von den Gründen und Analogien, die Meschede selbst anführt, auch deshalb, weil er erst bei

schon entwickelter Paranoia in die Erscheinung tritt und weil wir bei Paranoikern mit mässiger Incohärenz, abrupten Einfällen und stereotypen Handlungen garnicht so selten Andeutungen des „Fragezwanges“ finden. In Meschede's zweitem Fall äussert sich der „Fragezwang“ in viel weniger zusammenhängender Weise; er ist hier wohl nur die Theilerscheinung einer zum Theil hallucinatorisch bedingten, zum Theil primären Incohärenz.

In einer bald danach veröffentlichten Arbeit nennt Meschede (2) aufdringliche Vorstellungen einer Gewalthandlung, die in eigenartigen, noch wenig geklärten Affektzuständen auftreten und zu krankhaften Gewalthandlungen führen, Zwangsvorstellungen.

Snell bezeichnet als Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Handlungen mehr oder minder auffällige Handlungen Geisteskranker, die zum Theil auf Wahnideen, zum Theil auf Symbolisirung unbedeutender äusserer Verhältnisse von ihm selbst zurückgeführt werden.

Bei Währendorff (1874) finden wir zum ersten Male in einem Fall von Zwangsvorstellungen eine Wahrnehmungsstörung erwähnt. Sein Patient muss immer ein bestimmtes obscönes Wort denken und dabei zugleich eine bestimmte, von ihm werthgeschätzte junge Dame sich vorstellen; so lebhaft ist die Vorstellung dieser Dame, dass es ihm ist, als ob er eine nebelhafte Wahrnehmung ihrer Person hätte (von Hallucination ist dabei indess keine Rede).

Die Frage, wie sich die Zwangsvorstellungen zu den Wahnvorstellungen verhalten, wurde zuerst von Westphal aufgeworfen, um seitdem nicht wieder aus der psychiatrischen Discussion zu verschwinden. Westphal (2) bezeichnete 1876 den durch Zwangsvorstellung und daran sich anschliessende zwangsartig erfolgende Willensimpulse charakterisirten Krankheitszustand als abortive Form der Verrücktheit. Die eigentliche Verrücktheit und die abortive Form der Verrücktheit entwickelt sich nicht aus einer Gefühlsstörung, vielmehr ist das Auftreten neuer, abnormer Vorstellungen das Wesentliche. Während aber bei den Verrückten diese Vorstellungen von Anfang an die Eigenthümlichkeit haben, in Wahnideen sich umzugestalten, gehen die Zwangsvorstellungen der abortiven Form nie in Wahnideen über, es kommt nie zur Entwicklung wirklicher Verrücktheit. In seiner späteren die Zwangsvorstellungen behandelnden Arbeit (1877), die lange eine maassgebende Stellung einnahm, versteht Westphal (1) unter Zwangsvorstellungen solche, welche, bei übrigens intacter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verschrecken lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartige anerkennt, und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht. Er betrachtet die von Griesinger als Grübelsucht bezeichneten Zustände als eine Varietät der ganzen Gruppe der Zwangsvorstellungen. Niemals werden die Zwangsvorstellungen zu echten Wahnideen. Der Krankheitszustand hat keine emotive Grundlage. Bei dem Hypochonder finden wir einen primären krankhaften Empfindungszustand, bei den Kranken mit Zwangsvorstellungen nicht; bei ersterem



bilden die hypochondrischen Vorstellungen einen integrierenden Bestandtheil seines Bewusstseins, dem Bewusstsein des letzteren stehen die Zwangsvorstellungen fremdartig gegenüber. Die Benennung der Zwangsvorstellungen als abortive (oder Abortivform der) Verrücktheit hält er für gerechtfertigt, wenn er auch dem Bedenken, dass sich hieraus Missverständnisse ergeben könnten, sich nicht verschliesst.

Es giebt nach Westphal Fälle, in welchen Zwangsvorstellungen einen chronischen Krankheitszustand in Verbindung mit Epilepsie bilden, ohne dass Westphal die eigenthümlichen transitorischen Zustände nach epileptischen Anfällen, welche als instinctive Monomanien bekannt seien, mitgezählt wissen will. In dem Falle, den Westphal schildert, ist meines Erachtens das Vorhandensein wirklicher Zwangsvorstellungen nicht bewiesen.

Die von Meschede beschriebenen Fälle von Fragesucht haben auch nach Westphal mit den Fällen Griesinger's nichts zu thun.

Jastrowitz (1) verweist in der Discussion über Westphal's Vortrag in der „Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft“ darauf, dass auch da, wo scheinbar die Zwangsvorstellungen ganz plötzlich ohne affective Beimischung auftauchen, wie aus der Anamnese festgestellt werden kann, vorher die Gemüthslage des Kranken geändert war. Er meint, dass Zwangshandlungen und Zwangsvorstellungen bei den allermannigfachsten Psychosen vorkommen, — genau betrachtet, könne man selbst die Hallucinationen als eine besondere Art derselben ansehen.

Sander möchte solche Fälle von Zwangsvorstellungen, in denen es zu entsprechenden Handlungen kommt, von den reinen, auf Vorstellungen beschränkten absondern; man könne von solchen Fällen nicht mehr sagen, dass die Kranken über ihren Vorstellungen ständen. Es sind namentlich Contrastvorstellungen, die zu Zwangsvorstellungen sich entwickeln. Ist eine Zwangsvorstellung erst einmal aufgetreten, so imponirt sie zunächst durch ihr plötzliches unvermitteltes Erscheinen. Sie hat zumeist einen unangenehmen peinlichen Inhalt. Nach den bekannten Associationsgesetzen taucht sie immer wieder auf, und gerade, weil der Kranke gegen sie ankämpft, kann er sie nicht los werden. Ist die Möglichkeit für die Fixirung gewisser Vorstellungen schon beim Gesunden vorhanden, so ist sie noch vielmehr da gegeben, wo eine neuropsychopathische Constitution vorliegt. Er sah einen Fall in Melancholie übergehen.

Ueber die Beobachtungen, die Berger 1876 als Grübelsucht beschrieb, werde ich im zweiten Theil meiner Abhandlung ausführlich mich verbreiten.

Ich halte mit Brosius seinen ersten Fall für „paroxysmelle Ideenflucht“ seinen zweiten Fall für „primäre Dementia“.

Bei Emminghaus (1) (1878) begegnen wir den Zwangsvorstellungen als Bezeichnung für sehr mannigfache psychopathische Erscheinungen. Zu den Zwangsvorstellungen rechnet er die sich unabweislich aufdrängenden meist ängstlichen Hypothesen, so die Vorstellungen des Agoraphobikers, — die Zwangsvorstellung, Andere zu übervortheilen, — die Vorstellungen: wie wäre es, wenn du vom Turm hinabsprängst? oder: wenn in der Kirche ein Pfiff er-

schallte? Diese letzten Symptome haben schon Ideler und Griesinger auf die Ideenassociation durch Contrast zurückgeführt; sie enthalten oft schon intellektuelle Keime, leise Antriebe zu den entsprechenden Handlungen in sich. Er erwähnt die „imitatorischen Zwangsvorstellungen“, welche auf der Erinnerung an Schauer erregende Wahrnehmungen, wozu auch manche erhabene Eindrücke gehören, beruhen und auf die Wiederholung des betreffenden Ereignisses hindrängen. Hierbei citirt Emminghaus einen Fall von Hopf: 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. Ferner treten nach Emminghaus Zwangsideen zumal beim psychischen Schmerze mittleren Grades auf, auch die Angst kann solche erzeugen. Die krankhafte psychische Lust ruft zwar ebenfalls adäquate Zwangsideen hervor, aber hier kleben und haften sie nicht, d. h. sie reproduciren sich nicht so beharrlich, wie beim Herrschen jener Unlustgefühle, sie sind hier flüchtig und deshalb wenig gekannt. Bei melancholisch Verstimmtten drängen sich Vorstellungen von Selbstverstümmelung, Selbstvernichtung, auch Vorstellungen sich ein gemüthliches Wehe anzuthun, das Liebste zu vernichten, auf; weiterhin Zwangsideen von Kränkung anderer Personen, Entweihung der Ideen, welche der Gesamtheit heilig sind, Zwangsvorstellungen von Mord und Brand etc. Da bei diesen Kranken der gesunde Wechsel der Vorstellungen aufgehört hat und eine ihnen selbst oft peinliche Oede, ein Fehlen des Interesses im Denken besteht, so haften solche zur Verstimmung passende Ideen um so intensiver. . . . Die innere Zerrissenheit, der Abscheu und Ekel vor ihm selbst wachsen bei dem Kranken continuirlich fort und werfen oft einmal die schon geschwächte Widerstandsfähigkeit gegen die Zwangsideen zu Boden, sodass es zur Gewaltthat kommt. — Dem Autor gelten also als Zwangsvorstellungen gewisse bei Melancholischen zu beobachtende Vorstellungen, die auf eine Entlastung von der ungeheuren Affectspannung gerichtet sind und aus dem Affect sich entwickeln. Ebenso sind die „Zwangsideen“, welche der krankhaften Lust eigenthümlich sind, ein Product des krankhaften Affectes.

Zu den Zwangsideen scheint Emminghaus auch die von Griesinger so genannten „Mitvorstellungen“ zu zählen, — bestimmte Vorstellungen, die bei Neuropathischen durch subjective Sensationen, Schmerz und Paralgie bisweilen geweckt werden.

1879 suchte v. Krafft-Ebing (3) die Zwangsvorstellungen weiter zu gliedern und abzugrenzen. In einer gewissen Zahl von dahingehörigen Fällen knüpft die Zwangsvorstellung an ein äusseres Ereigniss von erschütterndem Einfluss an (Anblick eines Mords, Hinrichtung, Brandunglück, Selbstmord einer nahestehenden Person etc.). Es handelt sich in solchen Fällen um eine ungewöhnlich impressionable Persönlichkeit, und der Vorgang lässt sich in Analogie mit einer Nachempfindung bringen. In andern Fällen entstehen die Zwangsvorstellungen ganz spontan, überfallen plötzlich das Bewusstsein. Ihre Entstehung kann hier nicht auf dem gewöhnlichen Wege der psychologischen Weckung der Vorstellungen durch Ideenassociation stattfinden, sondern nur auf

physiologischem Wege, durch innere, die vorstellenden Centralapparate direct treffende organische Erregung.

Von der Wahnidee unterscheiden sich die Zwangsvorstellungen durch ihr Verhalten gegenüber dem Bewusstsein, das sie fortdauernd als krankhafte Erscheinungen beurtheilt und damit über ihnen steht. Es besteht aber immerhin eine Analogie zwischen der Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen und der originären resp. primären Verrücktheit. — Sehr ausgeprägte typische Fälle sind die beiden ersten Beobachtungen, die v. Krafft-Ebing in dieser Arbeit mittheilt. Fall IV., in dem zweifellos eine Zwangsneurose vorliegt, ist dadurch merkwürdig, dass ausser der Grübelsucht und Berührungsfurcht wenigstens zeitweisse Grössen- und Verfolgungsideen sich einstellten. Während die Kranke die Krankhaftigkeit der Verfolgungsideen garnicht erkannte, war sie sich wenigstens mit Unterbrechungen des Ungehörigen und Ungereimten der Grössenideen bewusst. v. Krafft-Ebing fasst diese Vorstellungen je nach ihrer Correctur als „temporäre Wahnvorstellung“ und „blosse Zwangsvorstellung“ auf.

Tiling bezeichnet 1879 die Wahnvorstellungen der Melancholie als Zwangsvorstellungen.

Ueber den Unterschied zwischen Zwangsvorstellungen und Wahnideen meint Stricker (1879): Als sicher krankhaft ist an den Beobachtungen Westphal's über Zwangsvorstellungen anzusehen das häufige Auftauchen von Urtheilen über äussere Verhältnisse, die durch keinerlei wirkliche Nachrichten motivirt sind. Unverkennbar ist die Neigung, solche dominirende Vorstellungen für wahr zu halten. Sie sind aber etwas Anderes als Wahnideen, solange die Kranken im Stande sind, Correctur zu üben. Um aus dominirenden Ideen Wahnvorstellungen zu machen, muss noch Etwas hinzukommen: die Beziehungen zwischen den dominirenden Ideen und einem Theile des potentiellen Wissens müssen erloschen sein.

Buccola (1880) unterscheidet das von Westphal gezeichnete Krankheitsbild (*le idée fixe*), dem der progressive Charakter fehle, von der „*folie du doute avec le délire du toucher*“ von Le Grand du Saulle.

Schäfer (1) (1880) fasst das Gebiet der Zwangsvorstellungen sehr weit, insofern er ihnen, wie es scheint, alle bei Bewusstsein des Krankhaften sich aufdrängenden Ideen unterordnen will. und kommt deshalb auch zu dem frappirenden Schlusse, dass die Zwangsvorstellungen mit dem Wahnsinn als essentielle den formalen Geistesstörungen gegenüberzustellen seien. Anders (2) äusserst er sich in einer bald darauf folgenden Arbeit (1881). Die Paroxysmen der Zwangsvorstellungskranken, so sagt er, machen den Eindruck, als finde der Angstzustand in gewissen Vorstellungen nur seinen speciellen Ausdruck, und so kann man die ganze Krankheit als eine Melancholie betrachten, die mit gewissen Vorstellungen eine ganz specielle Verbindung eingegangen ist, Vorstellungen, die dem Charakter der Melancholie entsprechend mit krampfartiger Energie das Terrain beherrschen.

Schüle bezeichnet (in der zweiten Auflage seines Handbuches der Geisteskrankheiten, 1880) als Zwangsvorstellungen solche Störungen, wo 1.

das Wort, d. h. die Vorstellung ohne grammatische Beziehung rein unvermittelt im Bewusstsein auftaucht und unerreichbar bleibt für Verflechtungen und Verdunkelungen, und 2. wo ausschliesslich die Satzform der Frage den gesamten Vorstellungsablauf formal beherrscht. Der Ursprung dieser agrammatischen und ungewollten Einfälle kann a) dem logischen Gange irgend einer Vorstellungsreihe entnommen sein und dann durch zufällige inhaltliche Uebereinstimmung mit dem Gefühlston eines vorhandenen Affectelemens zurückgehalten werden und fixirt bleiben; oder b) ohne nachweisbare, d. h. dem Bewusstsein sich erschliessende Association spontan aus dem Unbewussten aufsteigen und ohne jede Affectgrundlage sich in Dauer erhalten. Die Zwangsvorstellung nach der ersten Entstehungsform steht der Wahnidee am nächsten, die der zweiten ist ein primärer Einfall, bald mit beängstigendem, bald mit barock läppischem Inhalt. Für die eine wie für die andere Entstehungsart ist der Zwang charakteristisch, womit sie sich in den übrigen logischen Gedankengang einschieben und für Kritik und Wille unerreichbar bleiben. Sie haben dadurch unverkennbare Aehnlichkeit mit den Hallucinationen, im körperlichen Gebiet mit den convulsiven Tics. Als reinste Form der Zwangsvorstellung ist, wie Westphal richtig hervorhebt, die zweite der obigen Gruppen zu betrachten; sie setzt an sich noch keine eigentliche Geisteskrankheit voraus, während die Zwangsgedanken der ersten auf emotiver Grundlage beruhenden Art nur Geisteskranke (Melancholiker) betreffen. Sie bilden nicht selten den Prodromalzustand zu späterer wirklicher Verrücktheit, welche sofort gegeben ist, sowie der Kranke nicht mehr über den Zwangsvorstellungen steht und dieselben in Handlungen umsetzen muss.

Schüle bespricht dann die Zwangsvorstellung in Frageform (Meschede). Ueber das Grübeln sagt er: Die Eigenschaft des Grübelns ist viel verbreiteter in psychopathischen Zuständen als bloss in dem einen Modus von Zwangsvorstellungen in Frageform. Es scheint ziemlich allgemein in den Fällen aufzutreten, wo bei unklaren Vorstellungen und einem krankhaft abspringenden, irradiirenden Gedankengang das Ich sich dieser Schwankungen bewusst wird und entgegenzuwirken strebt. Der Kranke wird in derselben Folge auch zugleich ein Zweifler an Allem, weil durch die Störungen im Vorstellungsablauf eine logische Form nicht mehr zu „schwingen“ und ordnend einzugreifen vermag. Daher auch die „krankhafte Präcision“ (Griesinger) dieser Menschen, welche nichts anderes ist, als die erzwungene Selbsthilfe des Ich über die steten Schwankungen des Bewusstseinsinhalts (peinlicher Drang zur Verification aller Acte). Die Gefährdung eines allmählichen Uebergangs in wirkliche Verrücktheit (Maladie du doute) ist in allen diesen Fällen eine grosse und erfüllt sich, sowie das haltlos gewordene Ich in diesem Zwange aufgeht oder die empfundene formale Störung symbolisirt und als Verfolgungswahn nach aussen verlegt wird oder endlich zu entsprechenden perversen Acten treibt. — Klinisch beschreibt Schüle eine „Verrücktheit durch Zwangsgedanken und Zwangsimpulse“. Er unterscheidet zwei Formen: eine leichtere Form, die er „Verrücktheit aus Vorstellungsschwindel“ benennt, wo aus barocken Einfällen, zäh festgehaltenen Träumen, Ahnungen, Verschuldungsgefühl Störungen erwachsen,

die immer weiter greifen und auch zu Verfolgungsvorstellungen führen können; und eine schwerere Form, die *Maladie du doute*, die von Le Grand du Saulle gezeichnet worden ist.

Nach Brosius (1881) sind Zwangsvorstellungen, wenn sie nicht theoretisch bleiben, sondern sich mit congruenten impulsiven Handlungen oder Vermeidung gewisser Handlungen verbinden, von Wahnideen oft nicht zu unterscheiden, oder sie tragen den Charakter psychischer Schwäche, sodass von ungetrübter, intacter Intelligenz nicht mehr die Rede sein kann. Hingegen verdienen fixirte Vorstellungen ohne congruente Handlungen und Unterlassungen den Namen „Zwangsvorstellungen“ nicht; sie sind zwar erzwungen, aber keine zwingenden; daher sollte man auch das reine, wenn auch noch so monotone Grübeln und Fragen aus der Rubrik streichen, ebenso die wenn auch zur Gewohnheit werdenden Contrastvorstellungen.

In dem Falle von Knecht (1882), der auch in das von Knecht bearbeitete Lehrbuch von Savage übergegangen ist, waltet meines Erachtens ein diagnostischer Irrthum, auf den ich später zurückkommen werde.

Wille (1882) scheint anzuerkennen, dass es Fälle primärer Verrücktheit giebt, in deren Beginn die Kranken oft längere Zeit gegen den Inhalt der sich aufdrängenden Wahnvorstellungen, deren Absurdität sie erkennen, vergebens ankämpfen; er wirft die Frage auf, ob es sich hier auch um Zwangsvorstellungen handeln sollte, „sodass Wahnvorstellungen ursprünglich nichts Anderes sind als Zwangsvorstellungen, eine Auffassung, die bekanntlich Stricker angeführt hat, die aber immerhin nur in einer ganz speciellen Beziehung richtig sein dürfte.“ Er wendet sich gegen Westphal's Ansicht, dass die Zwangsvorstellungen „nur bei intacter Intelligenz auftreten“. Die Zwangsvorstellung bedarf nicht absolut eines emotiven Momentes zu ihrer Erregung, aber sicher kommt sie häufig genug auf Grundlage eines solchen zu Stande. Bei der Zwangsvorstellung ist der krankhafte Zwang im Denken das Primäre. Der erhöhte Schwellenwerth einzelner Vorstellungen bedingt erst ein Zurückdrängen anderer Vorstellungen, d. h. eine Hemmung des Vorstellungsmechanismus. Die im Geleit der Zwangsvorstellungen auftretenden affectiven Störungen sucht Wille zum Theil als directe Folgen des gehemmten Vorstellungsmechanismus zu erklären, zum Theil sind sie Ursache der Zwangsvorstellungen, ferner können nach Westphal Angstepfindungen ihre Quelle in dem Inhalt der Vorstellungen und in ihrem zwangsmässigen absoluten Beherrschen des Vorstellungsinhalts haben. Endlich können auch die aus den Zwangsvorstellungen fließenden Zwangshandlungen Emotionen erzeugen. Der Vorstellungsinhalt trägt nicht immer, wie Westphal will, den Charakter der Absurdität, des dem früheren Vorstellungsleben Widersprechenden. Gerade die Zwangsvorstellungen bei dem *Délire du toucher* und der *Folie du doute* entsprechen dem früheren Bewusstseinsinhalte, da die damit Behafteten von jeher an einem extremen Ordnungs- und Reinlichkeitssinn litten.

Eine nicht unbedeutende Rolle spielen Zwangsvorstellungen über körperliche Verhältnisse mit hypochondrischem oder sexuellem Inhalt. Wieder andere sind nicht absurd, sondern sie sind einfach falsch, entsprechen den Thatsachen

nicht, könnten aber im Allgemeinen wohl wahr sein. Der Inhalt ist demnach nach Wille für das Wesen der Zwangsvorstellung ganz gleichgültig, sodass z. B. aus dem Inhalte nie auf eine solche geschlossen werden dürfte. „Wenn eine Frau von der Vorstellung geplagt wird, dass ihr Mann einmal mit einer anderen Frau zu thun hatte, wenn diese Vorstellung immer wieder auftritt, obwohl die Befallene es sagt und überzeugt ist, dass nichts Wahres an der Sache sei, wenn diese Vorstellung gegen Absicht auftritt, mit Macht und Zwang vor dem Bewusstsein verharrt, von der Befallenen nicht abgewiesen werden kann, in Folge dessen sie in ängstliche Erregung versetzt wird, so lässt sich als Grundlage dieses psychischen Vorgangs die Zwangsvorstellung nicht abweisen, obwohl die Vorstellung an sich durchaus nicht den Charakter des Absurden, Widersinnigen hat, in recht vielen Fällen aber geradezu mit dem früheren Bewusstseinsinhalte sehr übereinstimmt.“

Wille unterscheidet nach dem Inhalte zwei Gruppen von Zwangsvorstellungen, nämlich: a) Kranke mit ihrem Inhalte nach absurden, widersinnigen, oft ganz tollen Zwangsvorstellungen und b) Kranke mit ganz natürlichem, verständigem, einfach falschem Inhalte ihrer kranken Vorstellungen.

Wille beschreibt als nicht selten folgenden Verlauf der Zwangsvorstellungskrankheit: die in Folge der Vorstellungsstörung entstehenden secundären Angstempfindungen werden immer intensiver, anhaltender, treten allmählig auch ohne Vermittlung der Zwangsvorstellungen spontan auf, dauern zwischen den Anfällen der letzteren an, um schliesslich der dominirende psychopathische Zustand zu werden. Je mehr letzteres stattfindet, je selbstständiger die chronische continuirliche Angstempfindung wird, desto mehr können die Zwangsvorstellungen von ihrer ursprünglichen Bedeutung zurücktreten, wird der Angstzustand der die ganze Scene beherrschende Vorgang. Es treten jetzt secundär, durch die Angst bewirkt, Hemmungen der psychischen Functionen mit ihrem Einflusse auf den Stand des Selbstbewusstseins auf, und wir haben allmählich, bald in kürzerer, bald in längerer Entwicklung das psychopathische Bild der Melancholie vor uns.

Wille's Fälle 1, 2, 6, 9 fasse ich diagnostisch anders auf als der Autor. Ich gehe im zweiten Theil meiner Arbeit darauf ein. Auch zu seiner Anschauung, dass sein Fall I den Uebergang von Zwangsvorstellungen in hypochondrische Wahnvorstellungen demonstrire, kann ich mich nicht ohne Weiteres bekennen. Wir werden Wille noch einmal bei einer zweiten Gruppe von Autoren begegnen, wenn wir der Erweiterung des Begriffs der Zwangsvorstellung uns zuwenden, die namentlich durch die Einbeziehung von Empfindungen und Gefühlen sich kennzeichnet.

Arndt bezeichnet 1883 als *Paranoiae rudimentariae* Verrücktheitsformen mit wohlerhaltenem Intellekt und wesentlich gebildet durch Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Von den Zwangshandlungen, die er seinen Parapraxien unterordnet, scheint er die stereotypen Handlungen vieler Geisteskranker nicht genügend zu sondern.

Tuczek (1) (1883) erklärt die successive Entwicklung von Wahnideen aus Zwangsvorstellungen für einen bei der Verrücktheit gewöhnlichen Vorgang.

Er versteht unter solchen Zwangsvorstellungen die bei der Verrücktheit primär entstehenden krankhaften Vorstellungen, soweit ihnen der Kranke im Anfang mit seinem ganzen übrigen Bewusstseinsinhalt gegenübersteht, solange er sie als krankhaft anerkennt, weil er fühlt, dass sie nicht wie normal durch Sinneswahrnehmungen oder durch Association von Vorstellungen entstanden sind.

Jastrowitz (2) (1884) kann der Auffassung Westphals, der die Zwangsvorstellungen als abortive Verrücktheit bezeichnet, nicht beistimmen. Sie sind entweder ein elementares Symptom bei den verschiedensten Geisteskrankheiten, besonders häufig bei erblich disponirten Kranken, oder sie treten ganz occasionell bei nicht disponirten, nicht degenerirten auf, z. B. durch ein Trauma.

Höstermann erwähnt 1885, soviel ich sehe, als Erster eine häufige psychopathische Erscheinung, die den typischen Fällen von Grübelsucht verwandt sei, die übertriebene religiöse Aengstlichkeit und stete Grübeleien über den eigenen Seelenzustand, die zu beständigen quälenden und unsinnigen Selbstvorwürfen führe.

1887 erwähnt Emminghaus (2) die Möglichkeit des Uebergangs der Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen; den Ausgang in secundäre Melancholie hat er zweimal bei Erwachsenen beobachtet, er theilt seine Fälle jedoch nicht mit.

1888 publicirt Schramm einen Fall aus Mendel's Anstalt: echte Zwangsneurose mit Sprechbewegungshallucinationen.

Meynert (1888, 1890) nennt Zwangsvorstellungen „die weitgehenden Wahnideen, welche der Neurasthenie zukommen.“ Wir werden seine Anschauungen später referiren. Hier sei nur erwähnt, dass nach Meynert die Fragesucht einige Verwandtschaft mit einem Zustande inhaltslosen Associations-spieles hat, wie es sich bei dem acuten Wahnsinn findet, hier wie dort werden nur lauter kurzläufige Beziehungen der Associationen ohne Ziel und Abschluss der Gedankenreihe, ohne Zielvorstellungen und Angriffsvorstellungen geweckt.

Cramer (1) beschreibt 1889 ein zum Symptomencomplex der Paranoia gehöriges Krankheitsbild, das durch dauernde krankhafte Erregung in den anatomischen Substraten gerade des Denkens herbeigeführt wird und sich durch Zwangsvorstellungen (Wahnvorstellungen), Zwangsreden und Gedankenlautwerden documentirt. Der abnorme Vorgang in der Vorstellungsbildung spielt sich hauptsächlich bei Bildung von Sprach- und Bewegungsvorstellungen ab, während beim chronisch Verrückten die Abnormitäten in der Vorstellungsbildung hauptsächlich diejenigen Verstellungsgebiete betreffen, welche sich aus Gesicht, Gehör, Geschmack und Geruch etc. rekrutiren. Der Ausgang der Krankheit ist fast immer der in Genesung oder in geistige Schwäche nach relativ schnellem Verlauf. Cramer unterscheidet folgende Haupttypen: 1. isolirtes Auftreten von Gedankenlautwerden, 2. isolirtes Auftreten von Zwangsvorstellungen, 3. alternirendes Auftreten von Zwangsvorstellungen, Zwangsreden und Gedankenlautwerden, 4. combinirtes Auftreten aller Symptome: Zwangsbewegungen, -Stellungen und -Handlungen, Zwangsreden und -Vor-

stellungen, Gedankenlautwerden, Hallucinationen und Illusionen im Gesichtssinn. In Bezug auf den Ausgang der Krankheit scheinen sich diese Gruppen nicht zu unterscheiden. Warum bei isolirtem Auftreten von Zwangsvorstellungen fast nie Dementia eintritt (Cramer exemplificirt ausdrücklich auf die Fälle von Westphal, Legrand du Saulle, Wille etc.), erklärt sich nach Cramer aus dem paroxysmellen, ja periodischen Auftreten und häufig aus der Geringfügigkeit der Störung selbst.

Zwangsvorstellungen kommen nach Cramer bei den allerverschiedensten Psychosen vorübergehend vor, sie stehen aber dann nicht so absolut im Vordergrund des Bewusstseins.

Die Definition der Zwangsvorstellungen, die Cramer giebt, basirt auf seiner Theorie des Gedankenlautwerdens. Er sagt: „Nehmen wir . . . an, es sei nur ein bestimmter Theil in der Breite der centripetalen Bahn, welche die Muskelgefühle des Sprachapparates nach der Rinde bringt, hallucinatorisch erregt, so wird sich entsprechend der specifischen Energie des gereizten Nerven, so lange die Erregung andauert, immer nur eine ganz bestimmte Bewegungsvorstellung mit imperativer Gewalt dem Bewusstsein aufdrängen. Das Bewusstsein associirt aber in gewohnter Weise, wie wir gesehen haben, jede Bewegungsempfindung im Sprachapparat mit der dazu gehörigen, durch den Acusticus erworbenen Gehörsvorstellung und gelangt so zu einer Wortvorstellung. Es wird also die Folge der hallucinatorischen Erregung eines bestimmten Theils dieser Muskelsinnbahn sein, dass sich immer ein bestimmtes Wort oder ein bestimmter Satz oder kurz ein bestimmter Gedanke mit unwiderstehlicher Macht dem Bewusstsein aufdrängt, je nach dem Theil der centripetalen Bahn, welche durch den krankhaften Reiz erregt ist. Dieser Vorgang ist eine in der Psychiatrie wohlbekannte Erscheinung, nämlich die Zwangsvorstellung“.

Die Zwangsbewegung definirt er als eine Bewegungserscheinung, welche dadurch zu Stande kommt, dass eine auf einer Hallucination im Muskelsinn beruhende und dem Bewusstsein aufgedrungene Bewegungsvorstellung zum Ablauf des motorischen Vorgangs die Veranlassung giebt.

In dem Abschnitt „Alternirendes Auftreten von Zwangsvorstellungen, Gedankenlautwerden und Zwangsreden“ erklärt Cramer, den Begriff der Zwangsvorstellungen weiter zu fassen und auch diejenigen Wahnvorstellungen oder „fixen Ideen“ mithinzunehmen, welche aus einer Zwangsvorstellung resultiren, sich aber dadurch von einer solchen unterscheiden, dass dem Kranken der krankhafte Charakter der Ideen nicht mehr oder wenigstens nur in einzelnen Momenten zum Bewusstsein kommt. Das charakteristische Symptom dieser Gruppe von Kranken besteht in der Klage darüber, dass ihnen entweder Alles nachgesprochen werde, was sie denken, oder dass sie immer ganz bestimmte Sachen denken müssen oder dass sie sogar die bestimmten, ihnen aufgedrungenen Gedanken aussprechen müssen. Entsprechend dieser von Cramer selbst herrührenden Erklärung finde auch ich, dass er in seinen Fällen, so oft er von Zwangsvorstellungen spricht, in Wirklichkeit von Wahnideen resp. von paranoischen Einfällen handelt.

Ich werde weiter unten mich mit den einzelnen von Cramer citirten



Beobachtungen beschäftigen. In einer anderen Arbeit (1891) spricht sich Cramer (2) dahin aus, dass Zwangsvorstellungen, Gedankenlautwerden, Zwangsreden bei den primären Stimmungsanomalien nicht selten sind. Zwangsvorstellungen selbst fehlen aber im Verlauf der Manie.

Morselli (2) (1891), der, wie wir später sehen werden, den Begriff der Zwangsvorstellungen sehr weit fasst, stellt die Zwangsvorstellungen als Paranoia rudimentaria neben die echte Paranoia. Einen absoluten Unterschied zwischen der reinen typischen Paranoia und dieser Paranoia rudimentaria glaubt er nicht annehmen zu können. Mitunter entwickeln sich aus den Zwangsvorstellungen richtige Wahnideen, und es treten auch bei ausgesprochenen Paranoia Zwangsvorstellungen hervor. Bei der Hypochondrie und Melancholie fehlt die Einsicht in den krankhaften Vorgang, die Angst ist das Primäre, während bei der Paranoia rudimentaria die Angst mehr secundär oder gleichzeitig auftritt. Nach Koch (1) können Zwangsvorstellungen sich in Wahnideen transformiren.

Mercklin (1891) spricht sich dagegen aus, dass das dritte Stadium Legrand du Saulle's, wie es von vielen Irrenärzten geschehe, als Uebergang der Zwangsvorstellungen in Paranoia aufgefasst werde. Vor Allem fehle auch in diesem Stadium der Zwangsvorstellungspsychose die eigenthümliche productive Wahnbildung mit Neigung zur Systematisirung; auch in diesem Stadium sei die Krankheitseinsicht nicht gänzlich ausgelöscht, wenn sie auch nicht oberflächlich zu Tage liege. Nach Mercklin ist der Ausgang des Irreseins durch Zwangsvorstellungen in typische Paranoia eher als ein seltener denn als ein häufiger zu betrachten. Die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia sind von diesem Gesichtspunkte aus also keine näheren als die zu anderen Psychosen, wie zu der Melancholie und den Wahnsinnsformen. Gegenüber Tuczek, nach dessen Ansicht die noch schwankenden Wahnvorstellungen der Paranoischen nichts anderes seien als Zwangsvorstellungen, bemerkt Mercklin, dass es sich dabei um eine Vorstellungsanomalie handle, die zwischen Zwangsvorstellungen und fixen Wahnvorstellungen gleichsam in der Mitte stehe, es seien primär auftauchende Wahnvorstellungen, die später noch einer Prüfung und Correctur unterzogen werden könnten und nicht gleich in fixe Wahnvorstellungen übergingen. Mercklin nennt solche Wahnvorstellungen mobil. — Auch in Mercklin's eigenen Beobachtungen kann ich zum Theil seine Diagnosen nicht anerkennen. Ich werde seine Fälle 3, 5, 8, 9 später zu analysiren suchen.

Nach Kirchhoff (1892) unterscheiden sich die Zwangsvorstellungen von den Wahnvorstellungen durch das eigene Gefühl des Krankhaften. Für eine grosse Zahl der Zwangsvorstellungen scheint ein psychologisches Verständniss angebahnt durch Berücksichtigung des Umstandes, dass bei unseren Denkvorgängen überhaupt am häufigsten vergleichend verfahren, unter entgegengesetzten Vorstellungen eine Auswahl zu treffen suchen; bei den Kranken mit Zwangsvorstellungen tritt nun immer in krankhafter Weise eine entgegengesetzte Vorstellung mit zwingender Gewalt ins Bewusstsein. Nach Kirchhoff bildet sich aus der Zwangsvorstellung „eine Art der Wahnvorstellung“

dadurch dass dem Kranken das bisher Fremdartige natürlich erscheint und die befestigten und eingewurzelten Zwangsvorstellungen nun ihrerseits zu einem festen Punkt werden, um den sich die anderen Vorstellungen lagern müssen. Kirchhoff zählt auch die hypochondrischen Vorstellungen der Neurastheniker zu den Zwangsvorstellungen.

Kaan (1893) meint, es gebe Fälle, die an der Grenze zwischen Grübel-sucht und Paranoia zu stehen scheinen, und führt dabei einen Fall von Pubertätspsychose an, der im Beginn Zweifelsucht zeigte, dann aber durch ein megalomanisches Stadium in Demenz mit nihilistisch-hypochondrischen Wahnideen überging. Er weist darauf hin, dass für den primordialen Grübelzwang die Masturbation grosse ätiologische Bedeutung hat. Deshalb darf es nicht Wunder nehmen, dass neben dem primordialen Grübelzwang masturbatorisches Irresein mit Ausgang in Demenz entsteht, wie es v. Krafft-Ebing beschrieben. Nur die paranoische Hebephrenie und Fälle von masturbatorischem Irresein mit Zwangsvorstellungen und Zwangsbewegungen, also Fälle von eigentlich zweifelhafter Diagnose, gehen, wie Kaan bemerkt, — oft rasch — in Verblödung über.

Grashey (1894) legt für das Zustandekommen der Zwangsvorstellungen ein besonderes Gewicht einer die Zwangsvorstellung direct und unmittelbar begleitenden Gefühlsbetonung bei, welche in den Kranken das Gefühl hervorruft, als hätten sie es mit etwas Wichtigem, Bedeutungsvollem, mit einer ernstesten, interessanten Sache zu thun. Auch im gesunden Seelenleben ist die Gefühlsbetonung die Ursache dafür, dass gewisse Vorstellungen in den Vordergrund des Bewusstseins gedrängt werden; kann diese Gefühlsbetonung und die sich ausschliessende Gemüthsstimmung durch die Gefühlsbetonungen der nachfolgenden Verstandesoperationen nicht ausgeglichen werden, so lässt sich die primäre Vorstellung aus dem Bewusstsein nicht wieder verdrängen. Den Inhalt der Zwangsvorstellungen sucht Grashey auf affectbetonte Erlebnisse namentlich der Kindheit und Pubertät, die natürlich individuell verschieden sind, zurückzuführen. Eine gewisse Sorte von Zwangsvorstellungen aber wird sich bei verschiedenen Individuen gemeinsam finden, weil die ursprünglichen Vorstellungen aus einer Lebensperiode stammen, in welcher die meisten Menschen ähnliche Vorstellungen haben, — nämlich die Zwangsvorstellungen, welche bei der sogenannten Fragesucht auftreten, da die meisten, wenn nicht alle Menschen in der Kindheit eine Periode wahrer Fragesucht durchmachen. Wenn nun durch eine krankhafte Störung in späteren Jahren die Gefühlsbetonungen der Verstandesthätigkeit, welche dieser Fragesucht ein Ende bereiteten, wieder wegfallen, so muss auch beim Erwachsenen diese Fragesucht wieder auftreten, obwohl der Verstand und das ganze Ich des Individuums sich gegen diese albernen Fragen sträubt. Eine weitere Möglichkeit, gewisse Vorstellungen in den Vordergrund des Bewusstseins zu treiben und daselbst zu erhalten, ist gegeben durch das Auftreten einer bestimmten krankhaften Gemüthsstimmung; eine solche krankhafte Gemüthsstimmung ist die der Zweifler, Grübler und Skrupulanten. Die von diesen producirt Vorstellungen und Ideen entstehen in analoger Weise wie die der Melancholiker und Paranoiker und sind dem-

nach nicht als Zwangsvorstellungen im strengsten Sinne des Wortes —, sondern als eine Art von Wahnvorstellungen zu bezeichnen.

Auch diejenigen Phobien, die dadurch entstehen, dass sich an gewisse von aussen kommende Eindrücke und Wahrnehmungen qualitativ und quantitativ abnorme Gefühlsbetonungen knüpfen, will Grashey nicht zu den Zwangsvorstellungen rechnen, weil es sich nicht um Vorstellungen handelt, deren der Kranke sich nicht erwehren kann, sondern um Angstzustände, die sich an wirkliche äussere Eindrücke anschliessen.

Grashey giebt folgende Definition der Zwangsvorstellungen: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, welche bei normaler Gemüthsstimmung und infolge einer normalen Gefühlsbetonung in den Vordergrund des Bewusstseins treten, aber aus demselben infolge krankhafter Störung der Gefühlsbetonungen der Verstandesthätigkeit nicht verdrängt werden können.“

Ziehen (1) (1894) definiert die Zwangsvorstellung als eine Form des pathologischen Irrthums. Während bei der Wahnidee corrigirende Urtheilsassocationen gar nicht oder nur als ganz vorübergehende Zweifel auftreten, treten bei der Zwangsvorstellung berichtigende Urtheilsassocationen in überlegenerer Zahl auf. Der Kranke ist daher von der Unrichtigkeit und Krankhaftigkeit seiner unrichtigen Vorstellungen völlig überzeugt, wird dieselben aber trotzdem nicht los. Daher auch die Bezeichnung Zwangsvorstellung. Wir müssen voraussetzen, dass die Vorstellungsverbindung, welche den Inhalt der Zwangsvorstellung ausmacht, durch irgendwelche pathologische Umstände, z. B. eine abnorme Constellation, eine abnorme Intensität oder Energie erlangt hat und daher immer wiederkehrt. Alle Zwangsvorstellungen sind fast ausnahmslos von intensiv negativen Gefühlstönen begleitet. Den Zwangsvorstellungen ordnet Ziehen das „Zwangsdanken“ unter, d. h. das zwangsmässige nicht in der Urtheilsform erfolgende Auftreten einzelner Erinnerungsbilder. Dies erklärt er in seiner „Physiologischen Psychologie“ wenigstens für manche Neurastheniker durch eine Steigerung der den Vorstellungen zukommenden Energie. Nach Ziehen kommt das Zwangsdanken, Zwangsvorstellungen in Gestalt einzelner Erinnerungsbilder, gelegentlich auch bei Gesunden vor; es beschränkt sich aber bei Gesunden auf solche Erinnerungsbilder, welche von sehr lebhaften Gefühlstönen begleitet sind, während bei dem Kranken auch ganz gleichgültige „triviale“ Erinnerungsbilder den Charakter einer Zwangsvorstellung annehmen.

Ziehen unterscheidet neben Zwangsvorstellungen, die fast affectlos auftreten und zu denen sich erst secundär Angst gesellt, eine zweite Gruppe von Zwangsvorstellungen, denen der Angst affect gewissermassen als ihr Gefühlston coordinirt zur Seite steht, und endlich solche, in denen der Angst affect der Zwangsvorstellung vorangeht. Er rechnet auch Agoraphobie, Claustrophobie etc. zu den Zwangsvorstellungen, ebenso die Angstvorstellungen, er röthen zu müssen, in einem ungelegenen Moment eine Nothdurft befriedigen zu müssen; er stellt aber ausdrücklich die Forderung auf, dass bei der auf Zwangsvorstellung beruhenden Agoraphobie (im Gegensatz zu der rein hypochondrischen Agoraphobie) der Kranke die absolute Unrichtigkeit und Grund-

losigkeit der sich ihm aufdrängenden Vorstellungen keinen Augenblick in Frage ziehen dürfe.

Ziehen bespricht auch die Differentialdiagnose der Zwangsvorstellungen, namentlich der selteneren, welche inhaltlich wechseln und oft auf einzelne Erinnerungsbilder ohne Urtheilsbildung sich beschränken, gegenüber den incohärenten Einfällen wahnhaften oder ganz sinnlosen Inhalts. Entscheidend ist, ob der Kranke die einzelnen Vorstellungen von Anfang an und durchaus als seinem gesunden Denken widersprechend und aufgezwungen betrachtet, oder ob sein Denken in diesen Einfällen aufgeht, diese somit als berechtigter und integrierender Theil des ersteren anerkannt werden.

In seiner Arbeit „Ueber den Wahn“ (1894) kommt Friedmann (1) zu einer Systematik der Zwangsidee, in der er sich in souveräner Weise über das hinwegsetzt, was ursprünglich als Zwangsvorstellung definirt und klinisch verstanden worden war. Wenn auch Friedmann Recht hat, indem er sagt, die Definition Westphal's sei nichts als eine Schilderung des Habitus jener Kranken, so hätte er doch unbedingt das klinische Bild, das v. Krafft-Ebing, Westphal und der Mehrzahl der späteren Beobachter vorschwebte, festhalten und nicht ohne Grund einen umfangreicheren Complex psychopathischen Geschehens seiner Definition zu Grunde legen sollen. Solche Verfahren sind es, die die Verständigung in der Psychiatrie immer mehr erschweren und die Begriffe verwirren.

Friedmann unterscheidet folgende Unterarten der überwerthigen Ideen, die er als der Intensität nach gesteigerte Vorstellungen von ideellem Charakter definirt: 1. Zwangsideen. Der Ausdruck ist insofern treffend, als er die subjective Färbung kennzeichnet, die Ideen erscheinen den Personen als ihnen aufgenöthigt und fremd. a) Zwangsdenken, eine normaler Weise, besonders bei Erregung vorkommende Erscheinung: geordnetes logisches Denken wider Willen oder das Sichaufdrängen irgend einer Vorstellungsfolge, Melodie u. s. w., letzteres meist den Nachbildern bei starker Netzhauterregung beim Sehen zu vergleichen. b) Isolirt bleibende Vorstellungen, die oft mit Affect auftauchen. die Echolalie, Koprolalie, d. h. die sogenannten Tics. Meist handelt es sich um hysterische Autosuggestion, insofern also ein eingebildetes Müssen. c) Zwangsassociationen. α) Es findet vermöge der Steigerung der Vorstellungen ein allgemein formaler Drang zum Associiren statt, jede Vorstellung, die auftaucht, ist verstärkt und erscheint daher besonders bedeutsam. In Folge dessen plagen besonders solche Vorstellungen, die ihrer Natur nach nicht richtig (logisch) associirt werden können, weil sie transcendent sind („was ist Gott? wo ist der Anfang der Welt?“), der sogen. Frage- und Grübelzwang. β) Bei den vollzogenen Associationen kann man weitere zwei Gruppen scheiden: in der einen handelt es sich um Angsthemmungen, z. B. Agoraphobie. Die spezielle Gestaltung erfolgt stets auf dem Wege der Autosuggestion. Die anderen Zwangsassociationen, gleichfalls beinahe stets peinlicher Natur und die Unterthänigkeit unter einen depressiven Affect an der Stirn tragend, haben gewöhnlich abstracte Urtheilsform, z. B. wenn Jemand meint, eine Bewegung von ihm bewirke, dass ein Kind in der Nachbarschaft zum Fenster hinaus-

stürze. 2. Fixe Ideen. Der Unterschied von der Zwangsidee liegt in dem Realitätsurtheil, das bejaht wird. 3. Wahnideen. Von der fixen Idee unterscheidet sich die Wahnidee durch den complexen Charakter, es bildet sich ein ganzes System. —

Friedmann dehnt den Namen der Zwangsideen auf hysterische Lähmungen aus.

Das Gedankenlautwerden bei der Zwangsidee betrachtet Friedmann als eine wichtige Stütze seiner Ansicht, dass die Zwangsidee auf einer Steigerung der Intensität der Vorstellung beruhe. Er betrachtet die Zwangsidee als eine „paroxystische Wahnidee“. Sie besitzt nur Realität, solange sie intensiv ist. Ausserhalb des Anfalls wird sie von concurrirenden Vorstellungen völlig verdrängt, die Zwangsassociation wieder gelöst. Er unterscheidet unveränderliche Zwangsideen (bei Neurasthenie, Hysterie, bei Degenerirten und der Zwangs-ideenpsychose) und veränderliche Zwangsideen mit Uebergang in Wahnideen (bei Paranoia, hereditärer Degeneration und den verschiedensten Psychosen mit erhaltenem logischen Apparat). Bei diesen letzten, so giebt Friedmann zu, lassen sich Zwangsideen und Wahnideen überhaupt kaum voneinander sondern.

In seiner „Pathologie und Therapie der Neurasthenie“ beschreibt Binswanger 1894 das Zwangsdenken als eine Reihe von Erinnerungsbildern, die in monotoner ermüdender Weise unaufhörlich wiederkehren und das geordnete Denken für kürzere oder längere Zeit unmöglich machen. Der Inhalt des Denkens ist frei von einer besonderen Affectbetonung, und die Vorstellungen stehen entweder miteinander in durchaus geordneter associativer Verknüpfung oder sie werden in sinnloser Reihenfolge vom müden Gehirne reproduziert. Das Zwangsdenken hängt, wie Binswanger an anderer Stelle bemerkt, durch unmerkliche Uebergänge mit den stark affectbetonten Vorstellungen der Neurastheniker in der Richtung übermässiger Befürchtungen, Erwägungen und Zweifel zusammen.

Nach Kraepelin, den wir nach der 5. Auflage seiner „Psychiatrie“ citiren, ist das Haften einzelner Vorstellungen, meist solcher von rhythmischer Gliederung, durchaus nicht immer auf eine besondere, ihnen innewohnende Kraft zurückzuführen, sondern kann ebenso gut bei mangelhafter geistiger Regsamkeit und Frische zu Stande kommen. Gerade bei der Ermüdung würde die letzte Erklärung weit näher liegen. Auch die Erfahrungen auf krankhaftem Gebiete würden sich im gleichen Sinne verwenden lassen, so die Erscheinungen bei gewissen Formen des angeborenen Schwachsinn, bei manischen und besonders katatonischen Kranken. Die eigentlichen Zwangsvorstellungen beobachten wir nach Kraepelin fast ausnahmslos auf dem Boden deutlicher gemüthlicher Verstimmungen. In melancholischen Erkrankungen, namentlich aber in den Depressionszuständen des periodischen und circulären Irreseins begegnen wir ihnen häufig. Unter Umständen kann hier das Bewusstsein des krankhaft Aufgedrungenen verloren gehen, sodass ursprüngliche Zwangsbefürchtungen späterhin dauernd oder vorübergehend zu wirklichen Wahnideen werden. Seltener finden sich Zwangsvorstellungen im Beginne einer

Paranoia oder Paralyse. Die ausgebildeten Formen der Zwangsvorstellungen aber entwickeln sich auf der Grundlage angeborener Entartung.

Als Zwangsirresein bezeichnet Kraepelin diejenigen Formen des Entartungsirreseins, bei denen Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen das Krankheitsbild beherrschen. Er erwähnt unter anderen die Angstzustände, welche sich dann einstellen, wenn die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, dazu gehörig die Examensangst; ferner die Kleiderangst: beim Tragen neuer Kleider entsteht jedesmal ein so lebhaftes Unbehagen, dass die Kranken schliesslich überhaupt keine neuen Kleider mehr tragen können. Ferner Befürchtungen abergläubischen Inhalts.

Unter der Bezeichnung des impulsiven Irreseins fasst Kraepelin alle diejenigen Formen des Entartungsirreseins zusammen, denen die Entwicklung krankhafter Neigungen und Triebe eigenthümlich ist. Er rechnet dazu die unsinnige Liebe zu Thieren, die unwiderstehliche Neigung zum Spiel, die krankhafte Steigerung des Geschlechtstriebes und zahllose ähnliche Abweichungen. Von ganz hervorragender praktischer Bedeutung ist ferner der krankhafte Impuls zu verletzen oder zu tödten. Eine besondere Gruppe bilden hier die triebartigen Angriffe junger Mädchen auf die ihrer Obhut anvertrauten Kinder. Auf diesem Gebiete des impulsiven Irreseins tritt uns am deutlichsten die häufige Verbindung krankhafter Antriebe mit dem Geschlechtstrieb entgegen. Gerade von dem letzten aus scheinen sich bei psychisch wenig widerstandsfähigen Menschen verhältnissmässig leicht alle jene zwangsmässigen Beeinflussungen des Fühlens und Handelns geltend zu machen, die als Sadismus, Masochismus, Fetischismus etc. beschrieben sind und zu denen auch die conträre Sexualempfindung gehört.

Kraepelin betont, dass bei dem impulsiven Irresein in schweren Fällen meist ein höherer oder geringerer Grad von Schwachsinn, bei leichteren Abweichungen eine gewisse Beschränktheit oder Zerfahrenheit gefunden werden und dass noch deutlicher Störungen auf gemüthlichem Gebiete hervortreten. Trotzdem das impulsive Irresein auf dauernden Veränderungen der psychischen Persönlichkeit beruht, sehen wir die klinischen Erscheinungen desselben öfters und während bestimmter Lebensabschnitte, namentlich in den Entwicklungsjahren hervortreten. Gerade der Widerstreit dunkler Gefühle und Antriebe während der Geschlechtsentwicklung wird auch günstige Bedingungen für das Anwachsen krankhafter Willensregungen schaffen können, welche im späteren Leben durch das gesunde Wollen einfach in den Hintergrund gedrängt werden.

Obwohl Kraepelin beim „impulsiven Irresein“ ausdrücklich von Zwangshandlungen spricht, rechnet er es doch nicht zum Zwangsirresein. Er ist nicht abgeneigt, die Aeusserungen des krankhaften Stehltriebes und Brandstiftungstriebes wegen des gelegentlich dabei vorhandenen Krankheitsbewusstseins zu den Zwangshandlungen zu zählen. Mit dem Namen Zwangshandlungen bezeichnet Kraepelin solche Handlungen, welche nicht aus dem gesunden Denken und Fühlen hervowachsen, sondern dem Kranken selbst wie der Ausfluss eines fremden, sich ihm aufdrängenden Willens erscheinen. In der Regel allerdings bleibt es bei einem mehr oder weniger heftigen Kampfe mit den

krankhaften Antrieben, die dann schliesslich doch noch überwunden werden. Der vollbrachten That pflegt zunächst ein Gefühl grosser Erleichterung zu folgen, das erst im weiteren Verlaufe bei besonnenen Kranken durch die volle Einsicht in die Tragweite derselben und die bitterste Reue über das Geschehene verdrängt wird. Diese Zwangshandlungen sind immer von lebhaften gemüthlichen Erregungszuständen begleitet; sie stehen in nahen Beziehungen zu den Zwangsvorstellungen und -Befürchtungen, an die sie sich nicht selten unmittelbar anschliessen. Den Zwangshandlungen reiht Kraepelin als eine besondere Gruppe die für die Katatonie charakteristischen Störungen der Automatie und Stereotypie an.

Hier reproduzieren wir auch die Anschauungen, die v. Krafft-Ebing (4) in seinem Lehrbuche (6. Auflage) niedergelegt hat.

Hier entspricht die Definition der Zwangsvorstellungen der schon früher von dem Autor gegebenen. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen kann ein ebenso mannigfacher sein wie bei den Wahnideen. Bei den durch eine Wahrnehmung hervorgerufenen besteht die Zwangsvorstellung in der fortdauernden Geltendmachung der durch jene Apperception hervorgerufenen erschütternden ursprünglichen Vorstellung und damit zusammenhängenden Befürchtungen und imitatorischen Impulsen, die besonders dann und verstärkt, selbst mit heftiger Angst verbunden, auftreten, wenn die ursprüngliche Wahrnehmung oder eine ihr verwandte wiederkehrt. Bei der hochgesteigerten Erregbarkeit des Vorstellungslbens solcher Kranken können die entferntesten Erinnerungen und Wahrnehmungen die Zwangsvorstellung hervorrufen. Nicht selten geschieht dies auf dem Wege des Contrastes.

Bei der Agoraphobie ist das Primäre die Zwangsvorstellung der Unmöglichkeit der Leistung, die Angst ein reactiver Vorgang.

Die Zwangsvorstellungen sind mit einer psychischen Erkrankung (Melancholie, Paranoia) oder mit einer Neurose (Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie) einhergehende elementare Störungen oder sie sind primär und stellen ein Irresein in Zwangsvorstellungen dar. Von den Zwangsvorstellungen der Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen sagt v. Krafft-Ebing, dass sie primär, jeder affectiven Grundlage entbehrend, wenn auch gefördert durch Gemüthsbewegungen, aus der Tiefe des unbewussten Geisteslebens sich entwickeln.

Als impulsive Akte bezeichnet er Handlungen auf psychopathologischem Gebiete, deren Motive nicht deutlich bewusste Vorstellungen sind. Hier wird die zur Handlung treibende Vorstellung, noch ehe sie zur vollen Klarheit über die Schwelle des Bewusstseins emporgehoben ist, in eine Handlung umgesetzt, oder sie erhebt sich überhaupt nie zur vollen Klarheit im Bewusstsein. Sie erscheint als eine organische Nöthigung aus dem unbewussten Geistesleben heraus, vergleichbar einer Convulsion auf psychomotorischem Gebiete. Ein solches Handeln steht den Handlungen des Affects am nächsten; es unterscheidet sich von diesen aber wesentlich dadurch, dass es mit einem Affect zeitlich nicht zusammenfällt, wenn es auch einer affectiven Grundlage häufig nicht entbehrt. In erste Linie sind hier die erblich degenerativen Fälle,

namentlich die im Gewand hysterischer und epileptischer Neurose auftretenden zu stellen, dann die durch Trunk, Onanie, schwere Hirninsulte (Trauma capitis) erworben degenerativen. Die zur Handlung treibenden psychischen Kräfte sind lebhaft 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 Objekte hervorrufen. —

Koch (2, 3) scheint 1896 zwischen Zwangsgedanken und überwerthigen Ideen keine feste Grenze zu ziehen.

Gelinsky (1897) definirt die Zwangsvorstellungen als Störungen des Vorstellungsablaufs, welche trotz überwiegender richtiger Urtheilsassocationen sich dem Kranken immer wieder aufdrängen, von dem Befallenen als fremd erkannt werden und von unangenehmen Sensationen begleitet sind.

Meschede (4) schlägt 1897 vor, diejenigen Zwangszustände, welche lediglich das Gebiet des Willens oder das Vorstellungsgebiet betreffen, als phrenoleptische von den ausgeprägten Obsessionszuständen zu trennen, bei denen das affective Gebiet jedesmal in erster Linie betroffen sei. Er beschreibt (3) an anderer Stelle einen Fall von „phrenoleptischer Echolalie“ bei einer chronisch Geistesgestörten, in dem „die Echolalie offenbar durch ein innerliches Fragen und Antwortgeben bedingt“ und auf Hallucinationen zurückzuführen ist.

Ueber musikalische Zwangsvorstellungen und Impulse handelt de Sanctis, doch geht aus dem mir zur Verfügung stehenden Referate nicht hervor, welche Beziehungen Verfasser zwischen den musikalischen Zwangsvorstellungen und Impulsen und den Zwangsvorstellungen etwa nach Westphal's Definition construirt. Löwenfeld (4) spricht 1897 von musikalischen Zwangsvorstellungen, die, sei es als acustische Vorstellungen, sei es als Bewegungsvorstellungen, in monotoner Weise und gelegentlich mit der vorhandenen krankhaften Stimmung contrastirend, sich aufdrängen.

Bernstein (1898) versucht eine psychologische Gruppierung der Zwangshandlungen. Er unterscheidet: 1. Zwangsacte: die Zwangsidee strebt, sich im gewohnten Acte zu verwirklichen, ohne dass die Verwirklichung desselben mit der Befriedigung des Selbstgefühls zusammenfällt. 2. Zwangstrieb: das Selbstgefühl, welches durch die Erwartung eines unliebsamen Ereignisses gestört ist, strebt einen indifferenten Act zu verwirklichen, welcher, die Gefahr beseitigend, das seelische Gleichgewicht wiederherstellt. 3. Das primär gestörte Selbstgefühl strebt eine ersehnte Handlung zu verwirklichen, welche unmittelbar das seelische Gleichgewicht wieder herstellt. Zu dieser Gruppe gehören die Toxomanien und jene nicht selten bei den Melancholikern beobachtete Zwangssucht, deren Verwirklichung zeitweilig die schmerzliche Verstimmung aufhebt. Bernstein publicirt einen Fall von Papier-, Sand- und Lehmessen bei einer Melancholischen.

Als erste Reaction gegen das Ueberwuchern der „Zwangszustände“ in der



Psychiatrie fassen wir Mendel's Arbeit auf. Mendel (1898) lässt als Zwangsvorstellungskrankheit lediglich das von Westphal umschriebene Krankheitsbild gelten; ihre Entstehungsursache sieht er in formalen Associationsstörungen, und er billigt deshalb den von Morselli vorgeschlagenen Namen der Paranoia rudimentaria. Die zahlreichen Phobien, welche man zu den Zwangsvorstellungen gerechnet hat, so die Agoraphobie, manche Fälle von Zweifelsucht mit Berührungsfurcht gehören zur Hypochondrie. Aehnliche Anschauungen vertritt Hoche (1) (1899). Es bekommt, wie er sagt, keineswegs die Wahnidee den Charakter der Zwangsvorstellung schon dadurch, dass sie eine Zeit lang als ein fremdartiger Bestandtheil des Bewusstseins empfunden wird. In der Literatur finden sich höchst spärliche Fälle, die als ein Uebergehen von Zwangsvorstellungen in Wahnideen gedeutet werden könnten. Man muss sorgfältig trennen: objectiven und subjectiven Zwang. Objectiv zwangsmässig treten alle krankhaften Ideen auf, das Charakteristische der Zwangsvorstellung liegt in dem subjectiven Gefühle des Gezwungenwerdens. Hoche will vom Ausdruck Zwangsvorstellung nur in den Fällen Gebrauch machen, die den Merkmalen der alten Westphal'schen Definition entsprechen.

Thomsen (2) glaubt nicht daran, dass Zwangsvorstellungen in Wahnideen übergehen, meint aber, dass Zwangsvorstellungen symptomatisch bei Paranoia vorkommen.

Hecker sieht den Hauptunterschied zwischen Zwangsvorstellungen und Wahnideen darin, dass der mit Zwangsvorstellungen Behaftete dieselbe los werden möchte, während der Kranke mit Wahnvorstellungen diese vertheidigt.

Dagegen zieht Tuczek (2, 3) die Grenzen der Zwangsvorstellung wieder ausserordentlich weit. Er hält ein Uebergehen der Zwangsvorstellungen in Wahnideen durch Schwinden der Krankheitseinsicht für möglich. Er ist geneigt, den Zwangsvorstellungen folgende pathologische Phänomene zuzurechnen: den Zwang, jede Beobachtung harmloser Natur mit der Vorstellung von ihrem Werthe für die eigene Persönlichkeit zu associiren (Beziehungswahn, krankhafte Eigenbeziehung, Beachtungswahn), ferner die Zwangsvorstellung des Geschädigtwerdensollens als Elementarstörung bei der Paranoia unter der Form des Quärlantenwahns und den Eifersuchtswahn der Trinker in manchen Fällen. Nach Tuczek beobachtet man bei der Epilepsie die Zwangsvorstellungen sowohl als constitutionelle Eigenthümlichkeit (Impulsivität) wie auch als mehr oder weniger überwiegenden Bestandtheil des psychischen Aequivalents. Tuczek's Fall 9 berühre ich später.

Heilbronner suchte an zwei Fällen das Vorkommen progressiver Zwangsvorstellungspsychosen zu erweisen. In seiner ersten Beobachtung meine ich nicht eine progressive Zwangsvorstellungspsychose, sondern eine an das Phänomen der Versuchsangst sich anschliessende Psychose (masturbatorisches Irresein v. Krafft-Ebing) zu erkennen. Im zweiten Falle deutet Heilbronner die nach schon längere Zeit bestehender hypochondrischer Psychose auftretenden sacrilegischen Stimmen als Analoga der Zwangsvorstellungen. Eine weitere Interpretation behalte ich mir vor. Er betont mit Recht, dass die Westphal'sche Ansicht, der Zwangsvorstellungskranke anerkenne die Zwangsidee als

abnorm, ihm fremdartig und stehe ihr mit seinem gesunden Bewusstsein gegenüber, nicht identisch sei mit der von anderen Autoren erhobenen Forderung, der Kranke müsse Einsicht für das Krankhafte der Zwangsidee haben. Er will mit Wille die Krankheitseinsicht als Kriterium der Zwangsvorstellung fallen lassen.

1899 veröffentlichte Löwenfeld (1) eine sehr interessante Krankengeschichte mit einer noch nicht beschriebenen Form des Zwangsvorstellens, „Erinnerungszwang“.

Nach Wernicke (2) sind die Zwangsvorstellungen nur ganz ausnahmsweise ein wesentliches Element der paranoischen Zustände, wenn man die Fälle eingewurzelter, habituell gewordener Beeinflussung des Handelns durch Zwangsvorstellungen den Grenzzuständen geistiger Störung zurechnet, wohin sie seiner Meinung nach gehören. Deswegen stellt er nicht in Abrede, dass zwischen den autochthonen Ideen, den überwerthigen Ideen und den Zwangsvorstellungen Uebergänge existiren, in denen es schwierig ist, dem Symptom seine richtige Stellung anzuweisen. Wenn Friedmann die Zwangsvorstellungen den überwerthigen Ideen zurechnet und die letzteren zum hauptsächlichsten Element der Wahnbildung stempelt, so verlässt er damit den Boden der klinischen Erfahrung.

Störriing (1900) meint, dass gewisse Zwangsideen bei Steigerung der Intensität des Zwanges in Wahnideen übergehen. Bei dem Process der zwangsmässigen Fixirung der Zwangsvorstellungen kommt zweifellos die Angst als Ursache oder Mitursache in Betracht. Für einige Fälle scheint die Mitwirkung von Spannungsempfindungen wahrscheinlich zu sein; er erinnert daran, dass in einer grossen Reihe von Fällen von Gedankenlautwerden, bei denen man gesteigerte Sprachimpulse findet, Zwangsvorstellungen auftreten und dass man Muskelsinnhallucinationen alternirend mit Zwangsvorstellungen auftreten sieht. Störriing spricht von Zwangsgefühl im Sinne von sich aufdrängendem, nicht verschuebbarem Affect. Er wendet sich namentlich Friedmann gegenüber gegen die Annahme einer gesteigerten Intensität der Correlate von Vorstellungen als Ursache oder Mitursache von Zwangsvorstellungen. Nur soweit es sich um Sprechbewegungsvorstellungen handelt, giebt er eine gesteigerte Intensität ihrer Correlate als Ursache von Zwangsvorstellungen mit Ausschluss emotioneller Factoren zu (zählen, aufdringende Melodien). Bei den Zwangsvorstellungen werden nicht bloss einzelne Vorstellungen fixirt, sondern auch Urtheile und ängstliche Annahmen, auch Tendenzen zu gewissen Arten der Verbindung von Vorstellungen und Urtheilen (Grübeln).

Sommer versteht unter Zwangsvorstellungen im weiteren Sinne alle diejenigen Geisteszustände, in denen sich bestimmte Gedanken oder Gefühle, bezw. Antriebe zu bestimmten Handlungen mit zwingender Gewalt unabhängig von Eindrücken der Aussenwelt (Milieu) immer wieder in der gleichen Weise geltend machen. Er unterscheidet nach der Reaction, welche die Gesamtpersönlichkeit der Betroffenen auf den vorhandenen Zwangstrieb zeigt, 1. Zwangstribe (-Gedanken, -Gefühle) verbunden mit dem störenden Bewusstsein des Krankhaften und Zwingenden, und 2. Zwangstribe ohne Bewusstsein

des Krankhaften und Zwingenden. Von diesen Zwangsvorstellungen im allgemein psychopathologischen Sinne scheidet Sommer „Zwangsvorstellungen“ im Sinne einer klinischen Krankheitsform. Diese sollen erst dann diagnostiziert werden, wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Zwangsvorstellungen Theilerscheinung oder Prodromalsymptom einer anderweitigen Krankheit (vor Allem Melancholie, Paranoia oder Hysterie) sind; sie sind stets mit dem quälenden Bewusstsein des Fremden und Zwingenden verbunden. Es giebt nach ihm in der That Fälle von ausgebildeter Paranoia, deren Entstehung aus einem Vorstadium von Zweifelsucht und Zwangsdenken sich anamnestisch nachweisen lässt. Ein Beispiel hierfür führt Sommer nicht an.

Hoche (2) sucht neuerdings die impulsiven Handlungen von den Zwangshandlungen abzugrenzen. Was die Zwangshandlung kennzeichnet, das Gefühl des wider Willen und besseres Wissen Gezwungenwerdens, ist bei der impulsiven Handlung nicht deutlich; der dort vorhandene psychisch schmerzhaftes Kampf der Motive mit zweifelhaftem Ausgange fehlt hier; der auftauchende Trieb führt zur Handlung, ehe Gegenmotive wach geworden sind, manchmal unter Angstepfindungen, die nach der That schwinden, andere Male von vornherein mit dem Gefühl der Befriedigung.

Juliusburger (1901) spricht über Zwangsvorstellungspsychosen. Seine übrigens nur kurz dargestellten Fälle scheinen mir zum Teil in das Gebiet der Paranoia und der überwerthigen Ideen zu gehören.

In der Discussion über den Vortrag von Juliusburger in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten will Mendel (2) unter Zwangsvorstellungen nicht irgend ein zwangsmässig sich aufdrängendes psychopathisches Symptom, sondern eine bestimmte Krankheitsform nach der Schilderung von Griesinger, v. Krafft-Ebing, Westphal verstanden wissen. Volle Intelligenz, Krankheitseinsicht sind nothwendig, Hallucinationen sind nicht vorhanden. Die mit Impulsen verbundenen, zwangsweise auftretenden Vorstellungen will er nicht dazu rechnen.

Jolly theilt im Allgemeinen die Anschauung Mendel's, rechnet aber zu den Zwangsvorstellungen auch die mit Impulsen verbundenen Vorstellungen, für die emotionelle Ursachen bedeutungsvoll sind. Er hält es für richtig, die Westphal'sche Krankheitsform mit einem besonderen Namen (dem Sinne nach etwa der Bezeichnung Zwangsvorstellungskrankheit entsprechend) zu belegen, im Uebrigen aber die Bezeichnung Zwangsvorstellungen nur symptomatologisch zu fassen und anzuwenden.

Endlich ist hier die neueste Arbeit von Friedmann (2) zu nennen, der im weiteren Verfolg seiner früheren Forschungen eine Definition der Zwangsvorstellungen aus ihrem Inhalt und ihrer logischen Form sucht. Er definiert: „Zwangsvorstellungen sind solche Vorstellungen des Zweifels, der Sorge oder der Erwartung, welche ihrer Natur nach isolirt und eines logischen Abschlusses unfähig bleiben, und deren Eigenschaft, sich ihrem Träger auch gegen diesen Willen aufdrängen, entweder durch nervöse Erregtheit lebhaft gesteigert oder deren Bildung durch primäre Hemmungen des Denkens und Entschliessens ge-

fördert wird.“ Diese Definition ist — vielleicht in Folge einiger Druckfehler — kaum verständlich.

3. Wir haben im vorigen Abschnitt die Wandlungen verfolgt, die wesentlich unter dem Einfluss der Paranoiaforschungen die Lehre von den psychischen Zwangszuständen erfuhr. Gleichzeitig ist aber das Gebiet der uns hier beschäftigenden psychopathischen Erscheinungen von anderen Seiten cultivirt und erweitert worden. Wie schon erwähnt, sehen wir vor Allem in Frankreich eine Casuistik erblühen, die namentlich nach dem Hauptmerkmale der *lucidité* bunte und interessante Krankheitsbilder mannigfacher Art vereinigte. Als dann seit den achtziger Jahren die Bearbeitung der Neurasthenie reichere Früchte trug, die im Rahmen der Neurosen sich abspielenden Affectanomalien studirt und die Phobien unter den seltensten Namen beschrieben wurden, wuchs das Gebiet der psychischen Zwangszustände immer weiter. Wir wollen versuchen, diesem Entwicklungsgang zu folgen.

Den ersten Fall von Hallucinationen im Sinne der aufdringlichen Vorstellung (ich rechne den Fall zur „Versuchungsangst“) finde ich bei Kelp (2) (1875). Die Kranke sieht das blutige Messer in der Luft schweben, mit dem sie einen Mord begangen zu haben glaubt.

Als Zwangsempfindungen P. Samt, besser Zwangsgefühle bezeichnet Emminghaus (1) „völlig unmotivirte, im Hinblick auf die äusseren Umstände sogar widersinnige und dabei energisch hervortretende Stimmungen, wie psychischer Schmerz oder Trauer, Angst, psychische Lust oder Heiterkeit, welche zwangsmässig sind und nicht gestatten, dass der Betroffene sich ihnen willkürlich entziehe noch dass er ihnen durch irgendwelche Einflüsse der Aussenwelt gänzlich entzogen werde. . .“

O. Müller reiht an die Zwangsvorstellungen analoge Erscheinungen in der Sphäre des Empfindens und Wollens, — Zwangsempfindungen und Triebe. Er erwähnt unter der Bezeichnung Psychalgien die gegen das bessere Wissen vorhandenen Zwangsempfindungen, Alles übel nehmen zu müssen oder Alles schwarz zu sehen, ebenso wie die einer unmotivirten Heiterkeit, die oft bei den traurigsten Umständen zwangsweise zur Geltung kommt. Er weist darauf hin, dass es Leute giebt, welche bei einer Grabrede oder in der Kirche laut lachen müssen, was sie selbst am peinlichsten berührt. Auch hypochondrische Befürchtungen zählt er hierher. Typische Zwangstriebie erkennt er da, wo das Bewusstsein von der krankhaften Natur eines solchen inneren Zwanges vorhanden ist; namentlich entwickeln sie sich auf dem Boden der Sexualsphäre; auch Morphiumsucht, Rauchsucht, Trunksucht gehören dahin. Auch die in der Reconvalescenz von Psychosen ablassenden Wahnvorstellungen bezeichnet er als Zwangsvorstellungen.

Buccola (1880) will gewisse Stimmungsanomalien, gegen die der Kranke mit klarem Bewusstsein, überzeugt von ihrer Unvernünftigkeit, ankämpft, zu den Zwangsempfindungen rechnen, die Müller mit dem Namen Psychalgien bezeichnet habe. Die Psychalgie wäre die den Zwangsvorstellungen entsprechende Anomalie in der Gefühlssphäre, wie der unwiderstehliche Impuls

oder das instinctive Streben die analoge Störung im Gebiet des Wollens. — Buccola theilt den Fall eines Kranken mit, der beständig über den Ursprung des Zwangswerthes der Banknoten grübelt und dabei die Banknoten fast mit sinnlicher Lebhaftigkeit vor sich sieht.

Derselben Anschauung wie bei Buccola begegnen wir bei Wille (1882). Er ist, soviel ich sehe, der Vater des Ausdrucks „geistige Zwangszustände“. Es handelt sich nach ihm bei den geistigen Zwangszuständen mit Erhaltung des Krankheitsbewusstseins nicht nur um zwangsmässige Vorgänge im Gebiet der Vorstellungen, sondern auch im Gebiete anderer elementarer geistiger Erscheinungen. Es giebt, so gut als es Zwangsvorstellungen giebt, auch Zwangsempfindungen, Zwangsgefühle, Zwangstriebe, Zwangshandlungen, denen allen die Erhaltung des Bewusstseins eigen ist. Es ist die Gruppe der folie avec conscience, die so gut aus einer Reihe verschiedener Arten zusammengesetzt ist, wie die Gruppe der folie sans conscience, d. h. der eigentlichen Psychosen.

Löwenfeld (1), dessen Anschauungen im Laufe der Zeit wechseln, bekennt sich 1882 noch dazu, dass die Platzangst in die als Zwangsvorstellungen bezeichnete Klasse von nervösen Störungen nicht einzureihen sei; dagegen seien pathologische Angstzustände und Zwangsvorstellungen auf derselben neuropathischen Grundlage erwachsen, als Zweige eines Baumes.

Luys (1883) bezeichnet als obsession einen Geisteszustand, in welchem das Individuum, befallen von fixen Ideen, von gemüthlichen Erregungen, die es nicht beherrschen kann, von dem unwiderstehlichen Triebe zu zusammenhanglosen und abnormen Handlungen, sich gezwungen fühlt, gegen seinen Willen zu denken, zu fühlen und zu handeln, — während es gleichzeitig seinen Zustand klar beurtheilt und auf jede Krankheitserscheinung durch gemüthliche Erregung reagirt. Die obsessions theilen sich in drei Gruppen: 1. solche, die vorwiegend auf intellektuellem Gebiete bleiben, 2. solche, in denen allein die gemüthliche Sphäre betroffen ist (*Mélancholies anxieuses, délires émotifs etc.*), 3. solche, in denen besonders die psychomotorischen Gebiete in Action treten und zu bizarren, automatischen und impulsiven Handlungen führen. In der ersten Gruppe führt Luys lediglich einen Fall sogenannten neurasthenischen Zwangsgedankens nach geistiger Ueberanstrengung auf. Er rechnet zu den obsessions auch Zustände von Angst, Schrecken, Weinausbrüche, die plötzlich und ungewöhnlich sich einstellen und in einer Anzahl der Fälle auf Träume der vorhergehenden Nacht zurückgeführt werden können, wie er selbst angiebt.

Tamburini (1883) rechnet zu den Idee fisse auch die Idee impulsive, in denen sich die Zwangsvorstellung auf's innigste mit der Impulsivhandlung durchdringt. Ebenso zählt er die Phobien hierher.

Höstermann (1885) beschreibt als Zwangsempfindungen die vor dem Einschlafen auftretenden eigenthümlichen Empfindungen, als sei der Körper nur einige Zoll gross oder als sei der Kopf von ungeheurer Grösse und wachse fühlbar; diese Sensationen werden meist nicht peinlich empfunden.

Friedenreich (1887) unterscheidet folgende ineinander übergehende Gruppen: 1. *Maladie du doute* Falret's, 2. Grübelsucht, 3. Ticähnliche Zwangsvorstellungen, Fälle, in denen diese so isolirt, so habituell und so con-

vulvisch in ihrem Auftreten sind, dass die Ähnlichkeit mit Tic in die Augen fällt. 4. *Délire émotif* Morel's. 5. Zwangsvorstellungen, zu ausgesprochener Geistesstörung entwickelt. 6. Zwangsvorstellungen mit neurerethischen Zuständen (so bezeichnet Friedenreich die Neurasthenie, weil bei dem Zustande der reizbaren Schwäche die Reizbarkeit am meisten vorspringt). Er nimmt es als mindestens wahrscheinlich an, dass in sehr vielen Fällen, wenn nicht in allen, ein neurerethischer Zustand der Krankheit zu Grunde liegt. Die Haupterscheinungen der Krankheit sind Zwangsvorstellungen und Angst, und zwar hält Friedenreich die letzte für das wesentlichere der beiden Momente, besonders deshalb, weil die Angst bei derartigen Kranken auch bei anderen Gelegenheiten, ausser Zusammenhang mit den Zwangsvorstellungen vorkommt und überhaupt ein häufiges Symptom bei Neurasthenie ist. Das Krankhafte liegt bei den Zwangsvorstellungen, die ihrem Inhalte nach durchaus nicht immer unwahrscheinlich sind, nur in ihrem starken und unaufhörlichen Auftreten, ihrer starken Einwirkung auf den Patienten, in der Angst, die sie hervorrufen; der grossen Leichtigkeit, mit welcher der Angstmechanismus in Thätigkeit gesetzt wird, was an und für sich nicht unnatürliche Vorstellungen zu Zwangsvorstellungen macht.

1888 sagt Meynert (1): „Innerhalb der neurasthenischen Zustände sind Zwangsvorstellungen in dem Sinne zu definiren, dass der Kranke innerhalb eines Gegenstrebens die Schwierigkeit, die relative Unmöglichkeit empfindet, durch dieses Gegenstreben solch ein Gedankenbild zu beseitigen“. Er theilt die Zwangsvorstellungen in drei Gruppen: 1. die sensorischen Phobien, Furcht des Kranken vor der Aussenwelt. 2. eine Angst motorischen Inhalts vor sich selbst, vor den eigenen Handlungen, deren Inhalt auch im Bereiche der Möglichkeit, aber nicht in den Motiven der Individualität des Kranken liegt, motorische Phobien; diese Gruppe bezeichnet er anderwärts als Autophobie. 3. als Zwang empfundene Störungen im Ablauf des formalen Denkens. — Als Zwangsvorstellungen bezeichnet er auch die sexuellen Perversitäten. — 1890 nennt Meynert (2) Zwangsvorstellungen „die weitgehenden Wahnideen, welche der Neurasthenie zukommen“.

Falret (2) zählte 1889 zu den Obsessions auch die reinen Phobien. Allen Obsessions gemeinsam sind folgende Eigenschaften: 1. die Kranken sind sich ihres Zustandes bewusst. 2. die Kranken sind meist Hereditärer. 3. die Krankheit zeigt einen remittirenden, periodischen Charakter. 4. die Krankheitszustände greifen weit in das geistige Leben ein unter der Form von Angst, Zweifel, Unentschlossenheit, und ziehen Affectphänomene nach sich. 5. niemals sind sie von Hallucinationen begleitet. 6. sie gehen nicht ineinander über. 7. sie enden niemals in Demenz. 8. selten sind sie von Verfolgungsvorstellungen oder von Melancholie mit Angst begleitet.

Ladame (1890) beansprucht für Folie du doute und délire du toucher eine gewisse klinische Selbstständigkeit gegenüber den Vereinigungsbestrebungen der französischen Autoren und meint, sie auch von einander schärfer trennen zu müssen.

Knapp rechnet zu den Zwangsvorstellungen nicht die Phobien (wie

Agoraphobie) und nicht die impulsiven Acte, obwohl diese ebenso wie die Zwangsvorstellungskrankheit auf imperativen Ideen basirt sind.

Stefani (1891) hält die im Krankheitsbilde der Zwangsvorstellungen gelegentlich constatirten Hallucinationen im Sinne der Zwangsvorstellung nicht für echte Hallucinationen, sondern stets für secundäre Phänomene.

Morselli (2) (1891) fasst als Paranoia rudimentaria verschiedene Krankheitsbilder zusammen und rechnet z. B. dazu eine Dismorphobie (!) d. h. Furcht, hässlich und körperlich entstellt zu werden, ferner eine Thaphephobie (Angst lebendig begraben zu werden), ferner Agoraphobie, Mysophobie, Arithomanie und Fragesucht.

Koch (1), der Autor der psychopathischen Minderwerthigkeiten, versteht das Zwangsdenken im weiteren Sinne als Symptom der angeborenen psychopathischen Minderwerthigkeit. Er kennt Zwangsempfindungen (z. B. als ob der Kopf sehr gross wäre), Zwangsaffecte (Zwangs-Sympathien und Antipathien, Zwangsmitleiden, motivlose Angst, weltenschmerzliche Verstimmung, Todesfurcht). Er scheidet die Zwangshandlungen von den psychotischen impulsiven Handlungen, bei denen Antrieb und Ausführung ohne sich einschiebende Reflexionen zusammenfallen, während bei den Zwangshandlungen Ueberlegungen und Gegenwehr aus bewussten Motiven nicht ausgeschlossen sind; unausweichlich ist hier nur der Zwangsantrieb.

1891 berichtet Séglas (1) über „des idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur“. Seine beiden Fälle beschäftigen uns später. In seiner ausführlichen Abhandlung über die gegenseitigen Beziehungen der Obsessionen und Hallucinationen (1892) unterscheidet Séglas (2) zwei Möglichkeiten: 1. die Zwangsvorstellung (l'idée obsédante) ist begleitet von einer durch sie hervorgerufenen Hallucination (obsession hallucinatoire). 2. die Hallucination hat eine unabhängige Existenz mit allen den Obsessionen im Allgemeinen zukommenden Charakteren (Hallucination obsédante). — Bei vielen Kranken mit Zwangsvorstellungen ist es leicht festzustellen, dass die Zwangsvorstellungen wenn nicht von Hallucinationen, so doch von sehr lebhaften entsprechenden Vorstellungen begleitet sind. — Auf Séglas' Fall I komme ich später zurück; ich sehe darin einen Fall von „Versuchungsangst“. Sein Fall II betrifft einen Fall von Grübelsucht und Berührungsfurcht, in dem nach langem Bestehen der Krankheit begleitende Sinnestäuschungen auftreten: die Kranke sieht auf Augenblicke Jemand mit einem Eimer, in den sie Gift giessen könnte. In Beobachtung III und IV beschreibt er Kranke mit neurasthenischen Erscheinungen, die durch Geruchshallucinationen belästigt werden, ohne dass sich Beeinträchtigungsideen daran knüpfen; in Fall IV hört der Kranke auch gelegentlich während der Geruchshallucination eine tiefe Stimme sagen: das riecht schlecht. In Fall V handelt es sich um einen Kranken, der auf dem linken Ohr Neckereien seiner Kameraden hört, in Fall VI um einen stark belasteten Alkoholisten, der zeitweilig Schimpfworte zwangsweise ausspricht und sich auf der Strasse so deutlich rufen hört, dass er sich umkehrt. Diesen letzten Fall betrachtet Séglas als eine Stütze der Ansicht von Ballet, dass die Fälle von bewussten und obsedirenden Akoasmen sich den Fällen von Onomatomanie nähern und

dieselbe Bedeutung besitzen. Fall VII: eine hysterische Frau mit folie du doute, die sich namentlich auf das richtige Abschicken von Briefen bezog, sah gelegentlich sehr deutlich vor ihren Augen einen Brief, auf dem sie deutlich ihren Namen las. Fall VIII: ein Kranker mit folie du doute fürchtet vor allem, grobe hässliche Worte auszusprechen, und er fühlt so deutlich das innerliche Artikulieren, dass er momentan nicht weiss, ob er sie ausgesprochen hat, und nur, weil er nichts gehört hat, sich darüber beruhigt. Fall X: Mann von 31 Jahren, hereditär belastet, mit hysterischen Sensibilitätsstörungen und Anfällen, zeigt Anfälle von „Echolalie mentale“, wie Ségla sie nennt. Plötzlich treten, wenn Patient irgend ein beliebiges Wort vor sich hat aussprechen hören, heftige Angstempfindungen auf. Während dieser Zeit fährt das Wort, das die Krise hervorgerufen hat, fort, in seinem Kopfe wie ein fernes Echo wiederzuhallen, aber ohne dass er es durch das Ohr wahrnimmt, und gleichzeitig hat er deutlich in der Zunge die Empfindung der zum Aussprechen jenes Wortes nothwendigen Bewegungen. Aber er spricht das Wort niemals aus, — das ist ihm, wie er sagt, unmöglich. Fall XI: Dame von etwa 40 Jahren, durchaus nicht hysterisch, aber sehr leicht erregbar, früher agoraphobisch, hatte ausserdem bewusste und obsidirende Hallucinationen auf dem Gebiet des Gehörs, Gesichts, Gefühls, auch Sprachhallucinationen akustischer, visueller, motorischer Natur. Einmal zeigte sie eine Schreibbewegungshallucination. Zur Consultation gekommen, führt sie plötzlich, während Ségla mit ihr spricht, die rechte Hand an die Herzgegend, wird ganz roth und zittert. Diese Symptome sind die gewöhnliche Begleiterscheinung ihrer Hallucinationen. Zur Erklärung giebt sie an, dass ihr plötzlich der Gedanke kam, den Federhalter vom Schreibtisch zu nehmen. Sie that es nicht, aber gleichzeitig hatte sie das Gefühl, als ob ihre Hand sich bewegte und die Antwort, die sie geben wollte, aufschrieb. Die Kranke ist sich ihrer Hallucinationen vollkommen bewusst und hat keine Wahnideen. —

In die Gruppe dieser von Ségla beschriebenen Fälle gehören auch die Beobachtungen von Catsaras, die übrigens Catsaras nicht in das Gebiet der Zwangsvorstellungen, sondern unter die psychischen Stigmata der erblichen Degeneration zu reihen sucht. Charpentier bezeichnet Catsaras' Fälle als „folie avec conscience“.

Magnan (2) definierte 1893 die „Obsession“: „l'obsession est un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'imposent à l'esprit en dehors de la volonté, mais sans malaise, à l'état normal; avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible, à l'état pathologique“. Ferner die „Impulsion“: „l'impulsion est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher“. Bourdin sieht als Characteristicum für die Impulsion an, dass sie immer zur Handlung führt (nicht zuweilen), sonst wäre sie nichts als eine „Obsession“: sie ist nach Bourdin ein rein psychisches Phänomen, aber sie existirt nur dadurch, dass sich eine Handlung an sie knüpft. Die Impulsion ist bald eine bewusste, bald eine unbewusste. Der bewussten Impulsion kann eine Obsession vorhergehen.



Kaan (1893) unterscheidet zwei grosse Gruppen von Zwangsvorstellungen: 1. Phobien. — diese stehen auf dem Boden ererbter oder (hauptsächlich durch sexuelle Anomalien) erworbener Neurasthenie. 2. den primordialen Grübelzwang, den er der Paranoia coordinirt und in das grosse Gebiet der Degenerationsspsychosen einreicht. — Die Zwangsvorstellungen durch neurasthenischen Angstaffect teilt er ein in 1. Topophobie, 2. Nosophobie, 3. Zwangsvorstellungen durch vermindertes Selbstvertrauen, die Autophobien Meynert's. Schon diese Eintheilung beweist, dass Kaan den Zwangsvorstellungen sehr weite Grenzen steckt. So bezeichnet er als Zwangsvorstellung durch neurasthenischen Angstaffect z. B. auch Fall 18, wo es sich um einen schwer belasteten jungen Mann handelt, der zahlreiche hypochondrische Organempfindungen und auch Hallucinationen des Muskelsinns darbietet (Gefühl als ob die Lippen beben oder als ob der Arm sich ins Unendliche verlängert, wenn er ihn ausstreckt); dieser Fall ging in typischen Beachtungswahn über. Im Anschluss an die Nosophobie erwähnt er — wohl mit Recht, da dies Symptom sich als Furcht vor einem Unglück charakterisirt — die „Zwangsvorstellungen“, welche sich um die Gefährdung der Hausehre drehen. Fall 31: Patient, etwa 40jährig, schwer belastet, seit 15 Jahren in glücklicher Ehe, aber kinderlos verheirathet, ist seit 10 Jahren neurasthenisch. Vor 2 Jahren überkam ihn plötzlich, ganz unmotivirt, die Idee, wie es wäre, wenn ein junger Mann, der im Hause wohnte, seine Frau liebte. Sofort drängten sich bezüglich Combinationen in unwiderstehlicher Weise auf. Sonst geistig intakt, tüchtig im Geschäfte, werde er, sobald ihn solche Gedanken befallen, ganz nervös und verzweifelt bis zu Lebensüberdruß und Weinkrämpfen. Wenn seine Frau mit Jemand spreche, und wäre es auch nur eine Dame, gerate er schon in Aufregung. Während er früher oft monatelang ganz unbesorgt von Hause fortblieb, müsse er jetzt beständig nachspioniren, wo die Frau ist und was sie treibt.

Zu den Autophobien Meynert's rechnet er a) Zwangsvorstellungen, welche durch Intentionsschwäche hervorgerufen werden, b) Zwangsimpulse; er zählt dazu den bei schwereren Cerebrasthenikern in Folge der Angst wahnsinnig zu werden und unter der Empfindung nicht mehr zurechnungsfähig zu sein auftretende Befürchtung des Kranken, dass er einen Mord oder Selbstmord begehen könne. c) Fälle von „Zwangsgedanken“; hier führt er die Contrastvorstellungen bei Melancholie an.

1894 ordnet Löwenfeld (2) den Zwangsgedanken die „Zwangsfurcht- und Angstzustände (Phobien)“ unter. Zu diesen zählt er, wie es scheint, alle bei Neurasthenischen vorkommenden Furcht- und Angstzustände überhaupt. Demgemäss fällt auch seine Erklärung der Zwangsgedanken aus: Charakteristisch für die Zwangsgedanken ist im Allgemeinen, dass dieselben mit einer eigenartigen, anderen Vorstellungen nicht zukommenden Gewalt sich in das Bewusstsein eindringen, den normalen associativen Verlauf des Denkens stören und sich durch logische Erwägungen, die Erkenntniss ihrer Unzutreffenheit und Unbegründetheit nicht verschrecken lassen.“

1895 publicirte Löwenfeld (3) einen Fall „mit Zwangsvorstellungen

zusammenhängender corticaler Krämpfe“. Was Löwenfeld in diesem Falle als Zwangsvorstellung bezeichnet, ist die mit einem lebhaften Angstgefühl verknüpfte Vorstellung des Kranken, eine andere begegnende oder gegenwärtige Person könne an ihm etwas Auffälliges bemerken, speciell er könne in Gegenwart Anderer einen Anfall bekommen. An diese Angstvorstellung schliesst sich thatsächlich sehr häufig ein kurz dauernder Anfall, der den Anfällen der Jackson'schen Epilepsie in manchen Beziehungen ähnlich ist und von Löwenfeld ausdrücklich mit ihnen identifiziert wird, trotzdem Löwenfeld die psychische Genese des einzelnen Anfalls (wenn auch nicht die des ganzen Anfallsleidens) richtig würdigt und selbst auf die Analogie mit dem Anfall bei Agoraphobie verweist.

Hack Tuke führte 1894 unter den Erscheinungsformen der „imperative ideas“ an: das qualvolle Dominiren einzelner ungewöhnlicher und unliebsamer Gedanken oder Worte im Bewusstsein, die oft gegen den Willen ausgesprochen werden; das *délire du toucher* und dessen Gegensatz: die Mysophobie; die Onomatomanie von Charcot und Magnan; *Maladie du doute*; Arithmomanie; Agoraphobie, Claustrophobie etc. Der grossen Gruppe der „imperative ideas“ ordnet er die „imperative emotions“ und „imperative impulses“ unter.

Séglas (3) (1895) glaubt, dass die Hallucinationen im Muskelsinn der Sprache bei den „obsédés“ namentlich mit der Form der Impulsion sehr häufig seien. Er betont, dass die Zielvorstellungen viel näher ihrer Umsetzung in Handlung sind, wenn sie eine Bewegungsvorstellung oder gar Bewegungsempfindung darstellen, als wenn sie eine Gesichtsvorstellung enthalten. Ein sehr interessanter Fall, der hierher gehört, ist Fall III. In einem anderen Falle bezeichnet Séglas jahrelang bestehende extrem gesteigerte Todesfurcht, die mit Gedankenlautwerden und Visionen vergesellschaftet ist, als *obsession*. Auf einen weiteren Fall, den er zum Beweise dafür anführt, dass die obsedirende Idee gleichzeitig Hallucinationen der höheren Sinne und Störungen der allgemeinen Sensibilität hervorrufe, komme ich später zurück; auch in diesem Fall handelt es sich nicht um Zwangsvorstellungen, sondern um Angstvorstellungen. In anderen Fällen sind nach Séglas die Störungen des Gemeingefühls unabhängig von einer Zwangsvorstellung, und sie bestimmen selbst die Krise. Er citirt hierbei die bei solchen Kranken vorkommenden Empfindungen der Vergrösserung des Körpers oder nur des Kopfes. Er erwähnt die *Glossodynie*, die „*obsessions buccales ou dentaires*“ und allgemeiner die psychischen Algien, die Topalgien. Von ähnlichen Thatsachen wimmelt die Geschichte der sexuellen Perversionen.

Zum Beweise dafür, dass durch die *Obsession* eine Störung des Persönlichkeitsbewusstseins bis zu seiner völligen Aufhebung herbeigeführt werden kann, soll nach Séglas folgender Fall dienen:

12jähriger Knabe mit der constitutionellen Form der Zwangsvorstellungen. Jede Anstrengung der Aufmerksamkeit ist ihm unmöglich und ruft sogar häufig reactive automatische Phänomene hervor, welche fast wie eine convulsivische Krise aussehen. Er fängt an excessiv zu husten, zu lachen, spricht sehr schnell, singt, macht ungeordnete Bewegungen, sobald er eine Anstrengung gemacht

hat, seine Aufmerksamkeit auf irgend einen Gegenstand zu fixiren. Nach einer gewissen Zeit wurde der Knabe von Zwangsvorstellungen ergriffen und zwar von „folie du doute avec délire du toucher.“ Dann kamen gewisse Episoden, die besonders geeignet sind, die Verdunkelung des Bewusstseins während der Obsession zu zeigen. Bisweilen auf dem Spaziergange, wenn der Knabe etwas hinter seinem Lehrer zurückblieb, rief ihn dieser zu sich; der Knabe lief sofort hinzu; und nachdem er ihn erreicht hatte, fing er plötzlich an zu schreien, man habe ihn im Stich gelassen, zurückgelassen, man müsse umkehren ihn suchen, er sei verloren. Nur mit Mühe konnte er in solchen Fällen beruhigt werden. Ein anderes Mal sah er einen Zellenwagen vorüberfahren und bemerkte den Polizeidiener am Fenster. Als der Wagen vorüber war, wurde er plötzlich von der Furcht befallen, von dem Wächter, der ihn auf der Strasse gesehen hatte, mit fortgenommen zu sein. Als er eines Tages Räuber und Gendarm mit seinem Lehrer spielte, schoss dieser die Spielzeugpistole auf ihn ab und rief gleichzeitig „du bist tot“. Plötzlich wird der Knabe von einer Angst erfasst; er fragt in grossem Ernst immer wieder, ob er wirklich tot sei oder nicht. — Dieses letzte Beispiel zeigt eine enorm starke Suggestibilität eines wohl hysterischen Knaben, der nebenbei (folie du doute) sehr wohl noch Zwangsvorstellungen haben kann; zufällige Sinneseindrücke rufen intensiv eine mit Angst verbundene Vorstellung wach, die dann sogleich als real imponirt.

Wie missbräuchlich in der klinischen Umgrenzung des Krankheitsbildes der Zwangsvorstellungen mit dem Begriff des Bewusstseins operirt worden ist, erhellt aus Séglas' Ausführungen über die obnubilation de la conscience selbst bei den einfachsten und uncomplicirten Zwangsvorstellungen. Darin dass der Kranke der Zwangsvorstellung Concessionen macht, ihr zeitweilig unterliegt, erkennt Séglas einen Beweis dafür, dass er im Moment des Unterliegens nicht im Vollbesitze seines Bewusstseins war. Man kann thatsächlich mit so vagen Begriffen Alles beweisen.

Nach Thomsen (1) findet man neben den eigentlichen Zwangsvorstellungen Zwangsempfindungen körperlicher und geistiger Natur (die allerdings oft von den Vorstellungen garnicht zu trennen sind), Zwangsbewegungen, Zwangshandlungen, Zwangssprechen, psychomotorische Impulse und Hemmungen. Umfassender als die Bezeichnung „Zwangsvorstellungen“ ist der Begriff „psychische Zwangsvorgänge“. Der Zusatz „idiopathische“ würde dem Symptomencomplex die Voraussetzung der Selbständigkeit zuschreiben gegenüber den Fällen, wo die Zwangsvorstellungen als beiläufiges Symptom (also deuteropathisch) einer allgemeinen Nervosität und Neurasthenie auftreten. Die Zwangsempfindungen (dass der Körper diese oder jene Eigenheit irgendwo trage: Schiefstand, Ungleichheit der Körperhälften, der Zähne etc.) sind viel seltener als die Zwangsvorstellungen; es scheint, als wenn sie identisch damit wären, da eine wirkliche Hautsensation ebenso wenig vorhanden ist wie eine Hyperaesthesia. Zwangshandlungen sind entweder secundär, die logische Folge der Zwangsvorstellungen, oder sie sind der Ausdruck der inneren Spannung oder eines durch die Zwangsvorstellung entstandenen Affectes, oder sie können gelegentlich in dem Sinne freiwillig sein, als der Kranke durch sie den Zwang

oder die Hemmung zu durchbrechen sucht. Es ist wahrscheinlich, dass gewisse Zwangshandlungen stereotyp werden können, obwohl die sie ursprünglich veranlassende Zwangsvorstellung zurückgetreten ist. Echolalie, Echokinese und Koprolalie sind wohl in einem Theil der Fälle so aufzufassen. Schliesslich kann nicht bestritten werden, dass gewisse Zwangshandlungen einen rein motorischen Charakter zeigen, dass ein Zusammenhang mit Zwangsvorstellungen nicht nachweisbar ist. Ob ein „Zwangstrieb“, d. h. ein durch keine Zwangsvorstellung bedingter Impuls bei Bewusstsein des Krankhaften und isolirt, ohne weitere Psychopathie, als selbständige Krankheitsform und Theil der psychischen idiopathischen Zwangsvorgänge vorkomme, lässt Thomsen dahingestellt; a priori ist es ihm nicht unwahrscheinlich, sichere Fälle sind ihm nicht bekannt. Die sexuellen Perversitäten lässt Thomsen aus dem Rahmen der psychischen Zwangszustände heraus. Auch die Phobien trennt er von den idiopathischen psychischen Zwangsvorgängen ab und rechnet sie zu den deuteropathischen meist auf neurasthenischer etc. Basis.

Binswanger modificirt in seiner „Pathologie und Therapie der Neurasthenie“ die Westphal'sche Definition der Zwangsvorstellungen in zwei Richtungen. Erstens ist durch die genauere Erforschung der neurasthenischen Krankheitserscheinungen dargethan worden, dass affective Störungen die Entstehung der Zwangsvorstellungen vielfach bedingen. Zweitens bedarf der Westphal'sche Ausdruck „bei übrigens intacter Intelligenz“ der Einschränkung, wenn man die Zwangsvorstellungen der Neurastheniker gesondert ins Auge fast, weil diesen Kranken pathologische Reiz- und Hemmungssymptome auf intellektuellem Gebiete — freilich ausschliesslich formale Störungen der Denkhätigkeit — in ausgiebigem Maasse eigenthümlich sind. Die Entwicklung der Zwangsvorstellungen bei Neurasthenikern erklärt er aus der Erschwerung aller complicirteren logischen Denkoperationen, welche den Neurasthenikern durch die damit verbundenen pathologisch gesteigerten Ermüdungsempfindungen sehr qualvoll zum Bewusstsein gelangt, Unsicherheit und steten Zweifel erzeugt. Daraus erklärt es sich nach Binswanger, dass gerade bei der Neurasthenie die sogenannte Zweifelsucht (*Folie du doute* von Legrand du Saulle) sich häufig vorfindet. In den leichtesten Fällen sind es nur einzelne intendirte oder ausgeführte Handlungen, welche diese Befürchtungen und Zweifel wachrufen, nämlich diejenigen, welche ein gesteigertes Gefühl von Verantwortung und damit lebhaftere Affecte bedingen. Die Steigerung zur Zweifelsucht wird nur durch ein intensives Hervortreten dieser Angst- resp. Furchtvorstellungen bewirkt. Binswanger betont also ganz besonders die wesentliche Bedeutung der Affecte bei dem Zustandekommen dieser Zwangsvorstellungen bei Neurasthenikern und sucht die Entstehung dieser Anomalie verständlich zu machen dadurch, dass er sie an die übermässigen, aber noch nicht als abnorm zu bezeichnenden Zweifel und Befürchtungen Gesunder, z. B. sehr besorgter Mütter, ängstlicher Hausfrauen anlehnt.

Mickle (1896) führt aus, dass in allen oder fast allen Zwangszuständen (obsessions) sich vermischt Störungen des Denkens, Fühlens, Wollens finden. Immerhin giebt es Fälle, in denen Anomalien jedes dieser drei psychischen

Vermögen zu dominiren scheinen. Zwangszustände können bei Epilepsie als Aura auftreten und ferner in den Intervallen zwischen den Anfällen. Zu den „besetments“ gehören nicht Hypochondrie (selbst mit dominirenden Ideen), zeitweise sich aufdrängende Melodien, Idiosynkrasien, secundäre Sinnesempfindungen.

Rouillard und Iscovesco (1896) besprechen als einzelne Symptom-complexe der Obsessions; 1. l'obsession du doute und le délire du toucher, die beide nicht in dem intimen Zusammenhang stehen, den Legrand du Saulle ihnen vindicirt. 2. Dipsomanie. 3. Monomanies sexuelles; alle Arten pathologischer Sexualempfindungen scheinen hierher gezählt zu werden. 4. Pyromanie. 5. Kleptomanie: Zwangsvorstellung des Diebstahls mit Widerstreben, Kampf, Angst und der auf den Act folgenden Erleichterung, — nach Magnan. 6. Onomatomanie, Arithmomanie. 7. Astasie — Abasie. 8. Maladie des ties mit Koprolalie. 9. Agoraphobie. 10. Claustrophobie. 11. Abulie. 12. Suicid. 13. Homicidium.

Larroussine (1896) theilt den Fall einer seit langer Zeit bestehenden, nicht unvermischten Zwangsneurose mit, die durch einen acut einsetzenden hallucinatorischen Zustand (*Melancholia hallucinatoria?*) complicirt wurde.

Koch (2, 3) spricht 1896 in einigen kleineren Abhandlungen von Zwangsempfindungen. Auch Donath, der für die psychischen Zwangszustände den Namen Anankasmus einzuführen sucht, subsumirt den Zwangsvorstellungen im weitesten Sinne des Wortes Zwangsempfindungen, ebenso sexuelle Perversitäten, nicht aber die Phobien, sofern sie auf primärem neurasthenischen Angst-affect beruhen. Dagegen rechnet Bror Gadelius (1897) zu den Zwangsphänomenen die Zwangsgedanken und die Phobien.

Nach Pitres und Régis (1897) ist das Zwangsirresein (*obsessions*) ein krankhafter Geisteszustand auf emotiver Grundlage. Die *émotion*, der ängstliche Affect, ist ein constantes und unerlässliches Element des Zwangsirreseins. Ohne die Angst giebt es kein Zwangsirresein, dagegen giebt es Formen ohne jede Zwangsvorstellung (*idée fixe*) oder Zwangshandlung. Pitres und Régis unterscheiden: 1. *état obsédant à anxiété diffuse ou panophobique*. Ein beständiger gemüthlicher Spannungszustand entlädt sich anfallweise auf alle möglichen, oft sehr geringfügigen äusseren Veranlassungen hin; dahin gehören z. B. die Erwartungsangst, die Panphobie. 2. *état obsédant avec anxiété systémasé ou monophobique*: auf bestimmte Objecte gerichtete chronische Unlust- oder Furchtgefühle (Berührungsfurcht, Blutscheu, Furcht vor schneidenden Instrumenten, Wasserscheu). 3. *état obsédant avec anxiété intellectuelle ou monodéique*, *obsession proprement dite*, eigentliches Zwangsirresein. Eine scharfe Grenze zwischen reinen Zwangsbefürchtungen (*phobies*) und eigentlichem Zwangsirresein existirt nicht. Sobald das von Zwangsbefürchtungen heimgesuchte Individuum auch in den zwischen den Paroxysmen liegenden Pausen sich mit dem Inhalt derselben zu beschäftigen beginnt, ist eigentliches Zwangsirresein da. Diese Uebergangszustände sind ungemein häufig. Die charakteristischen Angstzustände finden sich auch in Fällen von Zwangsirresein, denen kein Stadium reiner Phobie vorausgegangen ist. —

Die erste Art des Zwangsirreseins bilden die obsessions idéatives (*idée fixe pathologique*), „einfache Zwangsvorstellung“, ihr Inhalt ist ein eminent verschiedener, am häufigsten sind Nosophobien. Die zweite Art des Zwangsirreseins stellen die obsessions impulsives, Zwangsimpulse dar.

Konstantinowsky (1897) erkennt die Zwangsvorstellungen im Sinne Westphal's an. Alle psychischen Acte können den Charakter eines unwiderstehlichen Zwanges annehmen. Ein einziger derartiger Zwang giebt nur nicht das Recht, alle diese Erscheinungen in das grosse Gebiet der Zwangsvorstellungen einzureihen.

Marti und Julia (1897) unterscheiden die obsession von der *idée fixe*. Die erste treibt den Affect bis zur Angst, die zweite bringt nur Langeweile, Ermüdung und eine sehr leichte Verstimmung hervor. Die obsession ist beständig, von wechselnder Intensität, die *idée fixe* tritt nur auf in Zuständen von Aproxie. Jene erzeugt Verwirrtheit (*délire*), diese nicht, sie ist nichts als eine dauernde gedankliche Wahrnehmung (*perception mnémonique*). Während die obsession die Persönlichkeit verändert, hat die *idée fixe* keinen derartigen Einfluss.

Nach Vallon und Marie kann die Ausbreitung des Zwangszustandes in folgenden Sphären stattfinden: 1. in der cenesthetischen (obsessions émotionnelles), 2. in der sensitivo-sensoriellen (obsessions hallucinatoires), 3. in der motorischen (obsessions impulsives), 4. in der psychischen (obsessions intellectuelles), 5. in den Combinationen von 1—4.

Auch Rehm scheint die Phobien zu den Zwangsvorstellungen zu rechnen.

Ausführlich verbreitet sich Löwenfeld (5) 1898 über die „Zwangsempfindungen“. Diese sind nach ihm lediglich eine Species der Zwangsvorstellungen, i. e. Zwangsvorstellungen von dem Charakter der Empfindung oder Wahrnehmung, bei welchen jedoch ein correspondirender äusserer Eindruck mangelt und gewöhnlich zugleich das Zwangsmässige der Empfindung i. e. die Incongruenz derselben mit den äusseren Verhältnissen zum Bewusstsein kommt. Durch letzteren Umstand und die geringere sinnliche Intensität unterscheiden sie sich von den Hallucinationen, welche ebenfalls sich als Wahrnehmungen ohne entsprechenden äusseren Eindruck charakterisiren. Er unterscheidet Zwangsempfindungen, welche sich auf äussere Objecte, und solche, die sich auf den eigenen Körper beziehen. — Unter den Zwangsaffecten beanspruchen das grösste Interesse die Angstzustände. Er rechnet ferner dazu Anfälle von motivlosem Zorn, von Wuth, Eifersucht, die Affecte der Zwangssehnsucht und Zwangsliebe. Zwangsstimmungen resp. Verstimmungen vom einfachen Missmuth oder Weltschmerz bis zur schwersten melancholischen Depression mit vollständigem Lebensüberdruß sind ebenfalls häufig, und zwar finden wir die traurige Verstimmung besonders bei Frauen während der Menses. — Die Phobien definirt er als complicirtere Zwangszustände, bei welchen sich Zwangsangst mit Zwangsvorstellungen und anderen Vorstellungen in verschiedener Weise combinirt. — Er spricht auch von Zwangshandlungen und Zwangshemmungen. Zu den Zwangshemmungen rechnet er auch die an die Zwangsvorstellung des Nichtschlafenkönnens anschliessende Schlaflosigkeit, ebenso die

Impotenz als Folge der Zwangsvorstellung, impotent oder geschlechtlich nicht normal zu sein. — In einer weiteren Arbeit aus demselben Jahre theilt Löwenfeld (6) einige Fälle mit, in denen zeitweise illusionäre Gesichtsempfindungen (Schiefstehen der Möbel, Schief- und Abschlüssigsein aller Gegenstände) auftraten. Ferner erwähnt er als Zwangsempfindung die öftere hallucinatorische Wiederholung einer Schreckerlebnisses, ebenso das öftere spontane Wiederauftreten einer bei einem Schreckerlebnis zum ersten Male aufgetretenen unangenehmen Empfindung. Er erwähnt ferner verschiedenartige habituelle hypochondrische Sensationen, namentlich bei Masturbanten, als Zwangsempfindungen. Als besonders häufige Zwangsempfindungen einzelner Körpertheile benennt er die Empfindungen der Verkleinerung, des Fehlens oder Schwindens oder der ganz ausserordentlichen Vergrößerung<sup>1)</sup> des Kopfes.

Auch die sehr variirenden körperlichen Begleitempfindungen der Angst fasst er als Zwangsempfindungen auf. Er will die Zwangsempfindungen nicht den Zwangsvorstellungen untergereiht wissen und betont dann, dass die sinnliche Stärke der Zwangsempfindung zumeist nicht an die sinnliche Intensität der Wahrnehmung heranreiche. Mit der Beurtheilung der hier in Frage kommenden Zwangsempfindungen seitens des Patienten verhält es sich ähnlich wie mit der Beurtheilung der Zwangsvorstellungen, welche sich auf den eigenen Gesundheitszustand beziehen (Zwangsvorstellung des Irrsinnigwerdens, an einem Herzleiden, an Tabes zu laboriren). Sie werden durchaus nicht immer als etwas Fremdartiges, Aufgedrungenes erkannt, dem der Kranke mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht.

Löwenfeld unterscheidet bezüglich der Genese zwei Gruppen von Zwangsempfindungen: bei der ersten führt eine primär vorhandene Sensation zur Auslösung der Zwangsempfindung (Zwangsvorstellung); hierher gehören z. B. die Zwangsempfindungen der Vergrößerung und Verkleinerung äusserer Objecte und einzelner Körpertheile. Bei der zweiten Gruppe werden durch eine primär vorhandene Zwangsvorstellung die entsprechenden Empfindungen in mehr oder minder lebhafter Weise ausgelöst. Zwangsempfindungen finden sich sowohl bei Personen, welche an Zwangsvorstellungen im gewöhnlichen Sinne laboriren, als bei solchen, welche von diesen sowohl als anderen psychischen Zwangsphänomenen völlig frei sind. Bemerkenswerth ist nach Löwenfeld ihr Vorkommen im Kindesalter, im Anschluss an Anfälle (hysterischer Anfall, infantile Eklampsie, Migräne) und psychische Traumen (Schreck), sowie als Theilerscheinung von Angstkrisen. Während es sich bei den Paraesthesien um Störungen im Bereiche des Gefühlssinns handelt, welche durch Reizung der sensiblen Leitungsbahn entstehen und keine psychische Weiterverarbeitung erfahren, unterliegen bei den Zwangsempfindungen im Gebiete des Gefühlssinnes die primär durch äussere oder innere Reize ausgelösten Sensationen durch Anreicherung weiterer psychischer Prozesse einer Umdeutung, z. B. Hitzegefühl als

---

1) Diese letztgenannte Empfindung constatirte ich namentlich bei chronischen Alkoholisten zu Zeiten verminderten Alkoholverbrauchs und bei Angstneurose ohne alkoholistische Antecedentien.

Paraesthesie, Aufsteigen von heissem Dampf an den Beinen als Zwangsempfindung. Von den Hallucinationen und Illusionen unterscheiden sich die Zwangsempfindungen häufig durch ihre geringere sinnliche Stärke, — von den Hallucinationen des Gefühlssinns, die bei nicht Geisteskranken ganz seltene Vorkommnisse bilden, lediglich durch ihre längere Andauer und öftere Wiederkehr. Den hypochondrischen Wahnvorstellungen gegenüber kommt in Betracht, dass bei den Zwangsempfindungen die Erkenntnis der Irrealität der Empfindungen entweder sofort sich geltend macht oder wenigstens durch Belehrung herbeigeführt werden kann, während bei ersteren der Kranke von der reellen Begründung seiner Sensationen überzeugt ist und in dieser Ueberzeugung auch durch Belehrung nicht schwankend gemacht werden kann. — In den Fällen, die Löwenfeld zum Capitel der „Zwangshallucinationen“ anführt, handelt es sich um öfters oder habituell auftretende lebhafte Sinnestäuschungen bei schweren Neurosen; in den meisten Fällen bestanden lebhafte Angstaffecte, einzelne sind wohl geradezu als Angstneurose aufzufassen, andere als Hysterie. Er theilt die Hallucinationen, die nach seiner Auffassung in das Gebiet der Zwangsphänomene gehören, in vier Gruppen. — Endlich spricht Löwenfeld in derselben Arbeit über Zwangsaffecte.

Gaupp betont in einem Referat über Löwenfeld's Abhandlung mit Recht, dass Löwenfeld Zwangsempfindungen nennt, was man sonst in der Psychiatrie als abnorme Sensationen, Hallucinationen des Gemeingefühls bezeichnet. Er weist den Ausdruck Zwangshallucinationen als unglücklich zurück. Ferner wendet er sich dagegen, dass man mit Löwenfeld alle unmotivirten Affectanomalien, die Furchtsamkeit vor kleinem Gethier u. s. w. zu den Zwangszuständen rechne.

Störriing (1900) gebraucht den Ausdruck Zwangsgefühl im Sinne von sich aufdrängendem, nicht verschuebbarem Affect.

Haskovec (1900) glaubt nicht, dass die Idee in dem Zustande des Zwanges eine substituirte sei, welche durch irgend einen Mechanismus die Stelle der ursprünglichen, stets auf das Geschlechtsleben des Individuums (wie Freud behauptet) gerichteten Idee einnehme. Er unterscheidet: 1. Fixe Ideen im eigentlichen Sinne (Griesinger, Westphal, Meschede); man kann sie meist als habituelle Symptome der Degeneration betrachten. Sie führen in der Regel zu keiner Psychose. Die Störungen der intellektuellen Sphäre sind hier primär. 2. Verschiedene vorübergehende und heilbare oder habituelle Zustände, die sich am häufigsten unter dem Bilde von Phobien, Zwangsvorstellungen und Uebergangsformen zeigen, jedoch namentlich accidentell bei Neuropathen unter dem Einfluss äusserer Anlässe auftreten, doch auch bei relativ Normalen unter denselben Bedingungen. Sie bilden in Wirklichkeit eine Gruppe für sich, aber sie sind mit den neurasthenischen Zuständen durch Uebergänge eng verbunden. 3. Symptomatische Zwangsvorstellungen und Phobien: a) gehörig zu Neurosen: Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Basedow'sche Krankheit und Sympathicuserkrankungen; b) Intoxicationen. 4. Prodrome von Psychosen: Melancholie, Paranoia, allgemeine Paralyse. Bei letzterer



handelt es sich in solchen Fällen nicht etwa um Wahnideen, sondern um wirkliche Zwangsvorstellungen.

4. Es sei gestattet, an dieser Stelle zusammenhängend die Ansichten der Autoren über den Mechanismus der Zwangsvorstellungen wiederzugeben, soweit dies nicht schon in den vorhergehenden Abschnitten geschehen ist.

Fournet (1876) ist geneigt, Krankheitszustände, in der von Falret geschilderten folie du doute, einzig und allein auf schlechte Erziehung zurückzuführen. Ähnlich meint Salomon (1878), dass da, wo Zwangsvorstellungen aufkommen können, der Denkfunktion das eliminatorische Element, die Denkenergie fehle, und er sieht in der echten Zwangsvorstellung nichts anderes als eine üble Angewohnheit, Unarten.

Buccola (1880) sucht die idee fixe auf Associationsstörungen zurückzuführen, speciell auf eine Uebererregbarkeit der Aufmerksamkeit; er stellt sie in Gegensatz zur Ideenflucht. Nach Ball (1) (1882) ist die folie du doute bei allen Verschiedenheiten, die sie darbietet, wesentlich charakterisirt durch eine Art von cerebralem Pruritus, dem nichts Genüge thun kann. An anderer Stelle (1882) glaubt er (2), weil sich in einem Falle die ersten psychischen Krankheitserscheinungen nach einem acuten Gelenkrheumatismus entwickelten, zu den Manifestationen des cerebralen Rheumatismus in seiner chronischen Form auch die folie du doute zählen zu müssen.

Von einer Schwächung der willkürlichen Aufmerksamkeit als Grundlage des krankhaften Zustandes spricht Tamburini (1883). Luys (1883) führt die Obsessions auf die abnorme automatische Thätigkeit bestimmter Hirnregionen und speciell ihrer Ganglienzellen zurück.

Meynert (1) (1888) erklärt das Zustandekommen der mit einem Angstgefühl verbundenen Zwangsvorstellungen aus dem Zustand der reizbaren Schwäche des Gehirns, der es bedinge, dass subcorticale Empfindungen, darunter das Angstgefühl, unhemmbar in das Bewusstsein eingreifen, denjenigen Gedankenbildern, die sie associativ erregen, das Uebergewicht in dem Associationscomplex verschaffen und sie dadurch zu Zwangsvorstellungen machen. Wie bei einem gegebenen Veranlagungszustande, der Erschöpfbarkeit des molekularen Attractionsmomentes der Hirnelemente, Zwangsvorstellungen durch Angstaffecte entstehen können, so ist auch zuzulassen, dass Affecte anderer Art, befriedigende, auch wollüstige Gefühle, bei einem gleichen neurasthenischen Erschöpfungszustande im Gehirn ebenfalls Zwangsvorstellungen zuwege bringen können. Zwangsvorstellungen, die auf diese Weise zustande kommen, sind nach Meynert die sexuellen Perversitäten. Sie werden dadurch als habituelle Impulse mächtig, dass die Wurzeln der krankhaften Gedankenbildungen, Nebenassocationen in Folge occasioneller Geschlechterregungen, der reizbaren Schwäche wegen, von dem sexuellen Reize verstärkt, sich festsetzen können.

Und in seinem Lehrbuch sagt Meynert (2) 1890: Die Bedingung der Zwangsvorstellungen ist eine corticale Schwäche, wie sie Beard als mangelnde Beherrschung des Geistes bezeichnet, durch welche auch der Arbeitsversuch,

die functionelle Sammlung, die Aufmerksamkeit bald zu peinvoller Ermüdung führt. Hier liegt das Ausfallsmoment dieser Form der localisirten reizbaren Schwäche, die Reizmomente aber sind subcortical Erregungen, wie Angstgefühl oder auch anziehende Vagusempfindung, sexuelle Impulse. In diesen Hemisphären von subnormaler Erregungsschwäche gewinnen Gedankengänge die Oberhand, welche sich zu den genannten subcorticalen Reizen associiren.

De Sarlo (1891) sieht die psychologische Grundlage des ganzen Gebiets der Zwangszustände in der Verdoppelung des Ichs resp. in der Absonderung zahlreicher psychischer Automatismen, die natürlich unbewusst bleiben und von denen nur einzelne Wirkungen oder ein Widerschein unversehens ins Feld des Bewusstseins gelangen (idee, emozione incoercibili, impulsi). Diese psychischen Automatismen setzt er in Analogie zu der von Binet und Janet für die Hysterie erwiesenen psychischen Dissociation, ohne über ihre Genese sich näher auszusprechen.

Raymond und Arnaud (1892) drücken sich folgendermaassen aus: Bei der folie du doute avec délire du toucher setzt sich der zu Grunde liegende Allgemeinzustand zusammen aus Emotivität, psychomotorischer Hesitation, Neurasthenie. Diese Gruppen durchdringen sich mehr oder weniger. Sie verraten die tiefe Störung des geistigen Dynamismus. Diese ursprüngliche und allgemeine Störung, die auf die der Intelligenz und dem Willen gemeinsamen motorischen Elemente sich erstreckt, bestimmt in jeder der geistigen Operationen Symptome gleicher Ordnung: intellectuelle Hesitation, welche den Zweifel und die Nothwendigkeit von Wiederholungen und Bekräftigungen veranlasst, — Hesitation des Willens, Abulie mit allen ihren Folgen, — Hesitation und Schwierigkeit auch der Muskelbewegungen und Handlungen. Auf der Grundlage des Allgemeinzustandes, der ungefähr unveränderlich und constant ist, erscheinen veränderliche Symptome, die nur die Steigerung der psychomotorischen Instabilität darstellen: die Obsessionen, die Impulsionen, die fixen Ideen und gewisse Bizarrerien der Handlungen (Waschen der Hände, Furcht vor Berührungen, abnorme Gesten, Wiederholungen etc.). Die Intelligenz ist verändert in ihrer Fähigkeit zur Coordination und Fixation der Ideen, d. h. in ihrem activen Verhalten, vor Allem in der willkürlichen Aufmerksamkeit. Der Wille ist gestört sowohl als treibende wie als hemmende Kraft.

Näcke (1894) steht bezüglich des Mechanismus der Zwangsvorstellungen auf dem Boden von Meynert und erklärt sie aus der Schwäche des Cortex und Reizzuständen der subcorticalen Organe.

Nach Séglas (3) (1895) beruht die Genese der obsessions darauf, dass — zweifellos in Folge der immer bei dem obsédé präexistirenden Abulie. Schwäche der Aufmerksamkeit — die psychische Synthese eine unvollkommene bleibt. Anstatt in einer einzigen und definitiven Synthese zu endigen, bleiben die psychischen Elemente isolirt oder bilden unter sich kleine secundäre mehr oder weniger complexe Synthesen, aber sie werden niemals vollkommen mit den früheren psychischen Erwerbungen, welche den Begriff der Persönlichkeit bilden, assimilirte. Die Obsession ist also nur ein besonderer Zustand der psychischen Desagregation, eine Art Verdoppelung des Bewusstseins. Die psychi-

schen Vorgänge, welche die obsidirende Vorstellung darstellen, sind nicht gänzlich unterbewusst und unabhängig, wie es in anderen Formen psychischer Desagregation, z. B. der Hysterie, der Fall ist. Sie sind nur zum Theil ihrer automatischen Entwicklung überlassen, sie dringen in jedem Augenblick in das Bewusstsein ein und mischen sich zu den übrigen Gedanken.

Auch nach Mickle (1896) kommt dem „obsessed state“ die Neigung zur Spaltung des Bewusstseins und zur Ausbildung eines doppelten Bewusstseins zu.

Nach Sollier (1896) spielt in vielen Fällen von folie du doute eine gewisse Gedächtnisschwäche eine grössere Rolle als gemeinhin angenommen wird. Sie betrifft sowohl die Fähigkeit, Neues zu erlernen, als die Möglichkeit, alte Erinnerungen wieder ins Bewusstsein treten zu lassen. Es giebt zwei Arten von folie du doute, je nachdem die Kranken befürchten, irgend etwas unterlassen oder begangen zu haben. Im zweiten Falle wird eine Continuitäts-lücke im Gedächtniss, die vom Willen unabhängig und ohne Störung der Apperception besteht, durch die befürchtete Handlung ausgefüllt.

Sciamanna meint 1897, die Zwangsvorstellungskrankheit — Paranoia rudimentaria — beruhe in letzter Instanz auf einem Vorstellungsdefekt, einer Associationsstörung. Der krankhafte Impuls als Zwangsidee hänge von der übermächtigen Bewegungsvorstellung ab.

Nach Gadelius (1897) besteht zwischen Zwangsgedanken und Autosuggestion eine gewisse Uebereinstimmung, und augenfällig ist die Aehnlichkeit der Zwangsgedanken mit der posthypnotischen Suggestion. Die psychologische Voraussetzung der Zwangsgedanken ist nach Gadelius eine chronische Unfähigkeit zur Aufmerksamkeit. Sie beruhen auf einer automatischen Activität innerhalb eines gewissen Vorstellungskreises, der nicht auf die gewöhnliche Weise zum Bewusstsein kommt, nicht ins Bewusstsein aufgenommen wird durch eine von diesem ausgehende synthetische Thätigkeit, sondern auf Grund einer der Vorstellung innewohnenden dynamischen Intensität fremd und unmotivirt in das Bewusstsein eindringt. Die Zwangsvorstellungen sind ein dissociatives Reizphänomen. Die Irritation geht in einem Centrum oder in einem Complexe von Centren vor sich, die mehr oder weniger abgesperrt sind von der corticalen Provinz, in der ein bewusster Prozess in einem gegebenen Augenblicke sich abspielt. Wenn noch associative Bahnen zu einer corticalen Provinz, in der ein bewusster Process vor sich geht, zugänglich sind, so sucht sich die Reizung nach Ueberwindung eines entsprechenden Widerstandes einen Weg unter der psychologischen Form der Zwangsvorstellung; sind diese Bahnen aber gesperrt, so geschieht die Entladung ausserhalb des Bewusstseins und mehr explosiv in Form von Impulsen und Hallucinationen. Solange die Hallucinationen sich in der psychomotorischen Sphäre halten, bemerkt man ihre Verwandtschaft mit den Zwangsgedanken; wenn sie aber eine sensorische Form annehmen, wird diese Aehnlichkeit getrübt.

De Jong (1897) fasst die Zwangsvorstellungen einschliesslich der Phobien als Autosuggestionen auf, bei denen eine psychische oder körperliche „cause suggérante“ vorhanden sein kann.

Löwenfeld (6) (1898) giebt folgende Erklärung der zu den Zwangsphänomenen zu zählenden Hallucinationen: Da bei Zwangsvorstellungen immer die associative Thätigkeit eingeschränkt ist, und zwar um so mehr, je intensiver die einzelnen Zwangsvorstellungen sich geltend machen, so ist es begreiflich, dass bei intensiven Zwangsvorstellungen die Stärke der associativen Erregungen wegen ihrer Concentration auf eine geringe Anzahl von Bahnen einen Grad erreichen kann, welcher die Auslösung hallucinatorischer Vorgänge ermöglicht, zumal wenn die Erregungen corticalen Elementen von erhöhter Reizbarkeit zufließen. In der Mehrzahl der Fälle kann jedoch für die Zwangshallucinationen nicht die Intensität der auslösenden Reize herangezogen werden; wir können in denselben nur einen mit Cerebrasthenie zusammenhängenden Zustand krankhaft gesteigerter Erregbarkeit des Gehirns constatiren, in Folge dessen associative Reize von gewöhnlicher Stärke genügen, um die corticalen Sinnescentren in hallucinirende Thätigkeit zu versetzen. — Unter den beim Mechanismus der Zweifelsucht in Thätigkeit tretenden Factoren führt Löwenfeld (5) eine Abschwächung der Aufmerksamkeit an und eine damit zusammenhängende Gedächtnisschwäche, ferner den Umstand, dass das Associationsprincip des Contrastes im Denken in abnormer, excessiver Weise zur Geltung kommt. Endlich bildet ein habitueeller Zustand der Aengstlichkeit oder Angst eine Quelle von Zwangszweifeln<sup>1)</sup>.

Ergänzend wären hier zu vergleichen die schon citirten Ausführungen von v. Krafft-Ebing, Grashey, Binswanger, Störring.

5. Einen Markstein in der Geschichte der grossen Neurosen bilden die Veröffentlichungen von Sigmund Freud. Es ist Freud gelungen, durch Untersuchungen, die er zunächst mit Breuer gemeinsam unternahm, eigenartige und bestimmt charakterisirte Mechanismen für die Genese der grossen Neurosen festzulegen. Seine Entdeckungen rücken mit einem Schlage, und zwar schon in seiner ersten diesbezüglichen Arbeit, die Zwangsvorstellungen, die man bisher fast nur an der Seite der Paranoia und der Neurasthenie gesucht hatte, in die unmittelbarste Nähe der Hysterie. Das für die Hysterie charakteristische Moment ist nach Freud die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung durch die Conversion, d. h. die Umsetzung der Erregungssumme ins Körperliche. Wenn, so sagt Freud (1), bei einer disponirten Person die Eignung zur Conversion nicht vorhanden ist und doch zur Abwehr einer unverträglichen Vorstellung die Trennung derselben von ihrem Affect vorgenommen wird, dann muss dieser Affect auf psychischem Gebiet verbleiben. Die nun geschwächte Vorstellung bleibt abseits von aller Association im Bewusstsein übrig, ihr frei gewordener Affect aber hängt sich an andere, an sich nicht unverträgliche Vorstellungen an, die durch diese „falsche Verknüpfung“ zu Zwangsvorstellungen werden. Dies ist in wenig Worten die psychologische Theorie der Zwangsvorstellungen und Phobien. Das Sexual-

1) Anm. bei der Correctur: Auf das 1904 erschienene Buch von Löwenfeld (Löwenfeld, Die psychischen Zwangerscheinungen, Wiesbaden 1904) konnte hier nicht mehr eingegangen werden.

leben ist es, das den peinlichen Affect liefert. — Die typischen Phobien, wie die Agoraphobie, weichen in ihrem Mechanismus von dem der echten Zwangsvorstellungen und der auf solche reduzierbaren Phobien ab.

In seiner grundlegenden Arbeit über die Angstneurose streift Freud (3) gelegentlich die Zwangsvorstellungen: Gewisse Zwangsvorstellungen entstehen dadurch, dass eine angstneurotische Phobie durch eine andere Vorstellung substituiert wird. Und zwar werden zur Substitution am häufigsten die Schutzmaassregeln benutzt, die ursprünglich zur Bekämpfung der Phobie benutzt worden sind. So entsteht z. B. die Grübelsucht aus dem Bestreben, sich den Beweis zu liefern, dass man nicht verrückt ist, wie die hypochondrische Phobie behauptet; das Zaudern und Zweifeln, vielmehr Repetiren der folie du doute entspringt dem berechtigten Zweifel in die Sicherheit des eigenen Gedankenablaufs, da man sich doch so hartnäckiger Störung durch die zwangsartige Vorstellung bewusst ist u. dgl. Man kann daher behaupten, dass auch viele Syndrome der Zwangneurose, wie die folie du doute und Aehnliches, klinisch, wenn auch nicht begreiflich, der Angstneurose zuzurechnen sind. Verschiedentlich betont Freud in dieser Arbeit, dass die absichtliche sexuelle Abstinenz durch Abwehr zur Bildung von Zwangsvorstellungen führen könne.

Weiterhin scheidet Freud (2, 4) als besondere Gruppe eine Classe mächtiger Zwangsvorstellungen ab, welche nichts Anderes sind als Erinnerungen und unveränderte Bilder bedeutungsvoller Erlebnisse. Er erinnert dabei an die Zwangsvorstellung Pascal's, der immer zu seiner linken Seite einen Abgrund zu sehen glaubte, „seitdem er einmal mit seinem Wagen fast in den Seinefluss gestürzt wäre.“ Diese Zwangsvorstellungen und Phobien, die man als traumatische bezeichnen könnte, schliessen sich den Symptomen der Hysterie an. Nach Abtrennung dieser Gruppe unterscheidet er echte Zwangsvorstellungen und Phobien. Bei der Zwangsvorstellung findet man: 1. eine Vorstellung, die sich des Kranken bemächtigt, und 2. einen mit dieser Vorstellung associirten Affect. Bei den Phobien ist dieser Affect immer die Angst, bei den echten Zwangsvorstellungen hingegen ebenso häufig Zweifel, Zorn, Vorwürfe. Der Affect der Zwangsvorstellungen ist immer ein berechtigter und knüpft an gewisse Erlebnisse an. Das Specificische des pathologischen Processes liegt darin, dass der Affect sich conservirt, dass aber die mit ihm associirte Vorstellung nicht mehr die richtige ist, nicht mehr die ursprüngliche, welche mit der Zwangsvorstellung in ätiologischer Beziehung steht, sondern eine Ersatzvorstellung, — dass eine Substitution vorliegt. Die Substitution ist ein Act der Abwehr gegen eine unerträgliche Vorstellung. Manchen Kranken ist die Willensanstrengung noch erinnerlich, mit der sie die Vorstellung oder peinliche Erinnerung aus ihrem Gedächtniss schaffen wollten. — Die Phobien gehören zur Angstneurose. Phobie und echte Zwangsvorstellung können sich combiniren. — Freud präcisirt in dieser Arbeit noch nicht wie später die Art der verdrängten peinlichen Vorstellungen und die zeitlichen Verhältnisse der Verdrängung. Deshalb kann er in dieser Arbeit seinen Fall IV, auf den wir später zurückkommen, noch zu den Zwangsvorstellungen rechnen.

Hierher gehörig scheinen mir auch die Bemerkungen, die Freud (5) über

den „hysterischen Zwang“ macht. In einer kleineren Abhandlung über Hysterie stellt er als bedeutungsvoll für die Pathogenese der Hysterie die Verdrängung des Bewusstseins einer realen Schuld dar. Die peinliche Erinnerung selbst wird verdrängt, aber damit wird das Schuldbewusstsein übergross, und die Idee, es sei etwas Schreckliches vorgefallen, kehrt immer wieder. So kommt die Person zu einem reinen accentuirten Schuldbewusstsein ohne Erinnerung an die That. Rückt durch irgend ein Ereigniss dem Individuum die Möglichkeit einer Schuld nahe, so taucht sofort das hyperaesthetische Schuldbewusstsein mächtig empor und gewinnt unter dem Einflusse dieses neuen Ereignisses bestimmte Züge. Jetzt wird die Person durch das Gefühl ihrer ersten verhängnissvollen Schuld beherrscht und steht unter dem Einfluss des „Surrogates“ einer Schuld. Wie durch Verdrängung der Erinnerung das Schuldbewusstsein accentuiert wird und daraus der hysterische Zwang entsteht, lehrt das Beispiel eines Mädchens, das, mit einer sexuellen Schuld beladen, von der Furcht befallen wird, sich durch Erröthen Anderen zu verrathen: Sie verdrängt ihre Erinnerung, und der Accent fällt auf das Erröthen. Zugleich mit dem scheinbar unmotivierten Zwangserröthen taucht das unheimliche Gefühl auf, man wisse etwas über sie. Gelingt es ihr vollends, sich das Erröthen abzugewöhnen, so erstarkt die Empfindung, die Anderen hielten sie für schuldbeladen. So belastet sie bei jeder Verdrängung das folgende Glied der hysterischen Kette mit dem hysterischen Zwang.

Eine genauere Darstellung des Mechanismus der Zwangsneurose giebt Freud (6) 1896. Danach sind Zwangsvorstellungen „jedesmal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle, mit Lust ausgeführte Action der Kinderzeit beziehen.“ Es giebt zwei Formen der Zwangsneurose, je nachdem allein der Erinnerungsinhalt der Vorwurfshandlung sich den Eingang ins Bewusstsein erzwingt oder auch der an sie geknüpfte Vorwurfsaffect. Der erstere Fall ist der der typischen Zwangsvorstellungen, bei denen der Inhalt die Aufmerksamkeit des Kranken auf sich zieht, als Affect nur eine unbestimmte Unlust empfunden wird, während zum Inhalte der Zwangsvorstellung nur der Affect des Vorwurfs passen würde. Eine zweite Gestaltung der Zwangsneurose ergiebt sich, wenn nicht der verdrängte Erinnerungsinhalt, sondern der gleichfalls verdrängte Vorwurf eine Vertretung im bewussten psychischen Leben erzwingt. Der Vorwurfsaffect kann sich 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 Versuchsangst etc. Dabei kann der Erinnerungsinhalt der Vorwurfshandlung im Bewusstsein mit vertreten sein oder gänzlich zurücktreten. Viele Fälle, die man bei oberflächlicher Untersuchung für gemeine (neurasthenische) Hypochondrie hält, gehören zu dieser Gruppe der Zwangsaffecte, insbesondere die sogenannte „periodische Neurasthenie“ oder „periodische Melancholie“ scheint in ungeahnter Häufigkeit sich in Zwangsaffecte und Zwangsvorstellungen auf-

zulösen. Freud giebt keine Definition des Zwangs affectes; doch scheint er darunter jeden Unlustaffect zu verstehen, der durch Verwandlung aus dem verdrängten Affect des Vorwurfs entstanden ist.

Dass der Kranke „über seinen Zwangsvorstellungen“ steht, erklärt sich nach Freud aus der Gewissenhaftigkeit, die sich als Abwehrsymptom bei der ersten Verdrängung gebildet hat, gleichfalls Zwangsgeltung besitzt und den Kranken daran hindert, dem Vorwurfe, den ja die Zwangsvorstellung involvirt, Glauben zu schenken. Nur vorübergehend beim Auftreten einer neuen Zwangsvorstellung und hie und da bei melancholischen Erschöpfungszuständen erzwingen die krankhaften Symptome der Wiederkehr auch den Glauben. Das Wesen des Zwanges der zur Zwangsneurose gehörigen psychischen Bildungen liegt in der Unauflösbarkeit durch die bewusstseinsfähige psychische Thätigkeit; diese Unauflösbarkeit ist nur bedingt durch den Zusammenhang mit der verdrängten Erinnerung aus früher Kindheit.

(Schluss im nächsten Heft.)

---