

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München [Direktor:
Geheimrat Prof. Dr. *Bumke*.])

Über Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie.

Von
Dr. Walther Jahrreiß,
Assistenzarzt.

(Eingegangen am 4. Juni 1926.)

Einleitung und literarischer Überblick.

In den letzten Jahren sind wiederholt die Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Schizophrenie diskutiert worden (*Pilcz, Bornstein, Legewie, Kurt Schneider, Bumke*). *Kehrer* hat ähnlich wie *Kurt Schneider* kurz den historischen Vorgang skizziert, der über die Arbeiten von *Heilbronner, Bonhoeffer, Stöcker*, in denen die Zugehörigkeit von Zwangsercheinungen zum manisch-depressiven Formenkreis betont wird, zu neueren Anschauungen führt. Er meint, daß uns heute die Zwangsvorstellungen der schizophrenen Anlage viel näher zu stehen scheinen als der zyklothymen Konstitution. Und *Kurt Schneider* betont, daß ihn gerade die Unmöglichkeit, bei einem Fall die exakte Diagnose: Zwangsnurose oder Schizophrenie zu stellen, zu seiner Arbeit veranlaßt hat.

Schon die Tatsache, daß von den genannten Autoren Zwangsvorstellungen sowohl im Verlauf des manisch-deprsesiven Irreseins wie bei der Schizophrenie beobachtet wurden, zeigt, daß sie symptomatisch vorkommen wie andere psychopathologische Sondergebilde auch. Dies scheint freilich nicht recht mit der strengen Forderung übereinzustimmen, an der auch *Friedmann* in seiner letzten Arbeit prinzipiell noch festhält, und nach der Gebilde, die in Psychosen der Zwangsidee zeitweise ähnlich sehen, doch grundsätzlich möglichst von ihr zu trennen sind, weil „gerade die inhaltlich und formal völlig intakte Beschaffenheit der psychischen Vorgänge durchaus zum Begriffe der Zwangsvorstellung gehört“. Wenn auch *Friedmann* sogleich zugibt, daß „diese durchaus scharfe Trennung nicht durchführbar sei“, so erhellt doch, worauf es ihm mit seiner Forderung ankommt. Nämlich auf die begriffliche Klarheit des Symptoms, auf die Reinheit seiner phänomenologisch wichtigsten Kriterien: das Erlebnis des subjektiven Zwanges, der Ohnmacht gegenüber dem Eindringen bestimmter Bewußtseinsinhalte in den ge-

ordneten Denkverlauf und der kritischen Stellungnahme des Leidenden zu diesem Erleben.

Das aber wird in Frage gestellt, wenn krankhafte Störungen allgemeiner Art in das seelische Getriebe eingreifen, die „Freiheit“ des Willens beeinträchtigen, das Urteil trüben, Gefühle und Affekte stören.

Die Geschichte der Zwangsvorstellungen lehrt, daß die Unklarheit über diese Voraussetzungen auch seelische Vorgänge, die unter objektivem Zwang auftraten, unter die echten Zwangsvorstellungen einbeziehen ließ, wodurch denn deren Begriff zerfloß und die Symptomatologie ins Phantastische schwoll.

Diese Gefahr ist gerade gegenüber gewissen Phänomenen des schizophrenen Prozesses groß, und *Bumke* hat neuerdings — mit einem Hinweis auf Zwangszustände bei Encephalitikern — eindringlich vor ihr gewarnt.

Bevor ich mich zu *meinen Untersuchungen* wende, ist es notwendig, eine Begriffsbestimmung dessen zu geben, was hier unter Schizophrenie und was unter Zwangsvorstellung verstanden werden soll.

Wie *Kurt Schneider* kann ich im Rahmen dieser Arbeit auf eine eingehende Definition der Schizophrenie verzichten und muß es auch. Meine Fälle sind *Prozeßpsychosen*, an deren schizophrenem Charakter nach heutiger Lehrmeinung nur in dem einen oder anderen Fall vielleicht gezweifelt werden könnte.

Unter *Zwangsvorstellungen* verstehe ich Vorstellungen, die mit dem Erlebnis des subjektiven Zwanges auftreten und deren Inhalt oder Unverdrängbarkeit in der Ruhe als unsinnig, ja als krankhaft erkannt werden.

Diese Definition verzichtet auf jede Mitbestimmung durch genetische Faktoren; sie würden nur das heute unfruchtbare Entweder—Oder einer affektiven oder intellektuellen Genese heraufbeschwören, ohne doch die Grenze gegenüber verwandten Gebilden, besonders den überwertigen Ideen, schärfer zu ziehen.

Zwangshandlungen nenne ich das Handeln aus Zwangsvorstellungen bzw. Zwangsantrieben, soweit diese unter den gleichen Kriterien — des subjektiven Zwanges und des Fremdheitsgefühles — erlebt werden. Echte Zwangsscheinungen kommen im Verlauf der Schizophrenie anscheinend selten zur Beobachtung.

Ziehen sah sie „nur ganz ausnahmsweise“ im ersten Stadium; *Kraepelin* und *Bumke* erwähnen ihr gelegentliches Vorkommen; *allein Bleuler* fand sie „recht häufig“.

Kasuistische Mitteilungen sind jedenfalls spärlich. Aus der älteren Literatur ließe sich ein Fall von *Wille* anführen, wahrscheinlich auch einer von *Heilbronner* (der zweite Fall der zitierten Arbeit); in neuerer Zeit hat *Hasche-Klünder* eine katatone Kranke beschrieben, bei der

wohl im Beginn echte Zwangsercheinungen vorhanden waren. Dazu gesellt sich eine Beobachtung von *Schwarz*.

Zu diesen 4 Fällen, die auch *K. Schneider* erwähnt und kritisch bespricht, kommen noch einige weitere aus der jüngsten Zeit. Zunächst 3 Beobachtungen von *Pilcz*:

1. Mechanikerhilfe, erkrankt mit 20 Jahren an Dem. pr. Hypochondrisch-neurasthenisches Zustandsbild. Nach einigen Jahren treten Zwangsvorstellungen auf, die Jahre hindurch das klinische Bild beherrschen. Danach rasch progredienter Verlauf bei paranoidem Zustandsbild mit katatonen Zügen unter gleichzeitigem Schwinden der Zwangsvorstellungen.

2. Chemiker. Um die 20er Jahre akuter Schub einer D. p. mit folgender weitgehender Remission. Während derselben Zwangsvorstellungen, die etwa ein Jahr lang anhalten, um dann ausgesprochenen paranoiden Ideen Platz zu machen. Nach wieder einem Jahr erneute Zwangsvorstellungen gleichen Inhaltes für die Dauer einiger Monate. Dann folgt im Anschluß an einen neuen Schub rasch ein katatoner Dauerzustand.

3. Junge Frau, die zu Beginn einer schizophrenen Psychose länger als 2 Jahre an Zwangsbefürchtungen leidet, mit gut erhalten Kritik. Dann rasches Verschwinden der Zwangsvorstellungen unter Zunahme ausgesprochener paranoider Ideen.

Bei einem sehr interessanten Fall, den *Legewie* eingehend beschrieben hat, war — wenigstens zur Zeit der Publikation — die Diagnose Schizophrenie nicht mit Sicherheit zu stellen. Dieser Kranke zeigt jedenfalls sehr gut, wie verschieden Wahnidee und Zwangsvorstellung erlebt werden, wenn sie nebeneinander auftreten.

Auch von den 4 Fällen *Kurt Schneiders* sind nur die beiden ersten sichere Schizophrene:

1. In der Pubertät setzten neben einer Reihe neurasthenischer Beschwerden Zwangsvorstellungen ein. Schmutzfurcht, Irrtumsfurcht, Kontrollzwang in wechselnder Stärke. Erste Beobachtung in der Klinik mit 19 Jahren. 3 Jahre später sichere Schizophrenie. Zwangsvorstellungen sind nur noch in Andeutungen vorhanden.

2. 25jähriger Bankbeamter, bei dem sich im Anschluß an eine Mission rasch Grübelsucht und Glaubenszweifel entwickeln. 6 Monate später deutlich schizophrener Prozeß. Weiterentwicklung der Zwangszustände mit Übergängen zu schizophrenen Manieren.

Insgesamt sind dies also 9 Mitteilungen über echte Zwangsvorstellungen bei Schizophrenen¹⁾.

¹⁾ Ich selber habe an dem Material der Münchener Klinik unter 1000 Schizophrenen 11 gefunden, in deren Krankengeschichte Zwangsvorstellungen erwähnt wurden. Freilich fand ich auch unter 250 Manisch-Depressiven nur 3 mit Zwangsvorstellungen, also fast den gleichen Prozentsatz. — Es ist möglich, daß dieses Ergebnis an der Art des klinischen Materials liegt, das die leichten Fälle — von den Zirkulären noch mehr als von den Schizophrenen — häufig nicht mit erfaßt; und gerade unter diesen leichter Kranken wären Zwangsercheinungen ja eher zu erwarten.

Eigenes Material.

Meiner Untersuchung kam eine Vorarbeit *Kahns* zustatten, der bereits an Hand der klinischen Zählkarten eine große Reihe Schizophrener mit Zwangszuständen zusammengestellt hatte.

Es sind dies 38 Fälle, zu denen ich noch 3 weitere fand. Freilich schieden bei genauer Durchsicht 9 Fälle wieder aus, da ihre Diagnose zweifelhaft schien. Überdies ließ sich bei 16 der angegebenen Kranken die frühere Bezeichnung Zwangsvorstellung bei näherer Prüfung nicht aufrechterhalten; ich will auch sie kurz skizzieren:

1. Anna M., 28 Jahre. In der objektiven Anamnese ist die Rede davon, daß sich die Pat. mit Zwangsgedanken quäle, deren Inhalt sich auf sexuelle Dinge bezogen.

2. Leopold Sch., 25 Jahre. Paranoider Schizophrener. Pedantisch, verschroben kam zu dem Ergebnis, daß, wenn ein guter Mensch etwas tut — nach dem Goethewort: „Ein guter Mensch in seinem dunklen Drange“ usw. — er da die Zahl 3 anwenden müsse; er wandte „diesen Satz auf sein ganzes Leben an.“ Klebte auf jeden Brief 3 Freimarken, kaufte und aß nichts, dessen Preis nicht durch 3 teilbar war. Legte in dem Bewußtsein, daß ihm alles glücken werde, nach 3 Tagen die Arbeit nieder. Als er einmal Sonntags 3 Briefe schreiben wollte, kam er über den zweiten nicht hinaus vor lauter Zweifel, damit gegen das 3. Gebot zu verstößen. „Wenn man diese Moral bis zur Verdünnung einhalten wollte, so müßte man am Samstag abend ein Schlafpulver nehmen und Sonntag durchschlafen. Müßte sich mit Stricken festbinden lassen, daß sich der Körper während des Schlafens nicht bewegt. Aber dann bewegt sich doch noch das Herz und man wäre also quasi geneigt, sich das Leben zu nehmen; so weit wäre die Moral bis zur Verdünnung verdünnt.“

3. Paul Sch., 24 Jahr. Student, der zu Beginn des ersten Schubes an Gedankendrägen leidet. Es kommen ihm Größenideen, Gedanken der Eitelkeit und der Selbstüberschätzung. Das steigert sich bis zur „Gedankenverwirrung“. Er leidet unsäglich darunter, versucht sich auf alle Weise vor der völligen Verwirrtheit zu schützen. Betet, zählt bis 6 und zurück, spricht immer wieder das Wort „Braunschweig“, das er gerade geschrieben hat, vor sich hin, um seinen Gedankenfaden festzuhalten.

4. Josef R., 33 Jahre. Mit 20 Jahren Nervenkrämpfe. Hausiert. Halluziniert, fühlt sich beobachtet, verfolgt, suggestioniert. Dadurch, daß ihn ein anderer beeinflußte, kam es zum Schwinden der Gedanken, zu „Zwangsgedanken und Zwangshandlungen“, als deren Ursache er die Onanie beschuldigt.

5. Rudolf R., 32 Jahre. Schizophrener mit Halluzinationen und phantastisch paranoiden Ideen. Spricht davon, daß sein Nervenleiden mit Zwangsvorstellungen angefangen habe. Habe sich wie durch einen Zwang eingebildet, er sei ein Sträfling; auch habe er sich gezwungen gefühlt, zu trinken. Werde von außen, wahrscheinlich von einem Gelehrten, beeinflußt; das müsse direkt Gedankenübertragung sein.

6. Fanny B., 20 Jahre. Beginnender erster Schub. Hört Stimmen, wird verspottet. Abstammungsideen. Mußte immer auf dem Marienplatz auf und ab gehen, sie wisse nicht, warum sie das habe tun müssen.

7. Aloisia R., 30 Jahre. Seit einigen Monaten auffällig. Sexuell erregt. Frauen hätten ihr Macht übertragen. Gefühl der Veränderung. Schlaflos. Krankhafte Triebe, unter denen sie leidet. Muß aus dem dritten Stock auf den Hof laufen, um sich dort stundenlang auf den Boden zu werfen und bewegungslos dazu-

liegen. Einmal lief sie ohne klaren Beweggrund auf die Polizei. Ein andermal gab sie dem Triebe nach, eine Lampe zu zertrümmern.

8. Josef M., 25 Jahre. Lediger Ökonom. Seit einem Jahr verändert, hört Stimmen, Erregungszustände, wird autistisch. Lief zu Hause herum, aus Angst, daß etwas geschehe, wenn er nicht herumlaufe.

9. Eduard S., 46 Jahre. Neuer Schub bei einem alten Schizophrenen. Hört Stimmen. Fühlt sich beeinflußt, Gedankenübertragung, Angstzustände. Sieht in der Küche seines Hausherrn Fleisch stehen, glaubt plötzlich, es sei Fleisch von der Leiche seines Vaters, und er müsse davon essen. Nur um von diesem Fleisch nicht essen zu müssen, versuchte er, sich den Hals aufzuschneiden.

10. Josef H., 16 Jahre. Fromm, immer ängstlich; Gewissensbisse. Legte ein Gelübde ab, täglich einen Rosenkranz zu beten. Zu Beginn des langsam einsetzenden Prozesses immer fortgesetztes Beten, bekreuzigt sich in gleichförmiger Weise immer wieder.

11. Konrad Schw., 32 Jahre. Langsam versandender Schizophrener. Überempfindlich, reizbar, gelegentlich gewalttätig. Maniriert. Äußert seit einiger Zeit Bacillenfurcht. Faßt keine Tür ohne Schutz an, keinen Abortschlüssel; spült sich fortwährend den Mund.

12. Johanna Br. Im 16. Jahre erkrankt; hatte das dauernde Bedürfnis, sich die Hände zu waschen, sträubt sich andererseits dagegen, frische Wäsche anzuziehen, wisse selber nicht warum. In der Klinik abweisend, unzugänglich. Wisse nicht, warum sie sich die Hände immer wasche, — „es ist mir ein Bedürfnis“.

13. Josephine Fr., 18 Jahre. Halluzinierende Schizophrene mit ausgesprochener symbolhafter Bedeutungssucht. Muß Tassen und Teller rundherum ablecken, mehrmals über eine Schwelle gehen, das Essen ausspucken und wiedernehmen. Empfindet das als Zwangshandlung: „das muß ich tun, laßt mich!“ Leidet darunter.

14. Rosa D., 17 Jahre. Debil, immer für sich, hört seit Jahren befehlende Stimmen. Mußte schimpfen: „Sauaff“ usw. Wäscht sich seit $\frac{1}{2}$ Jahr immerzu die Hände, bis sie ganz blau werden. Müsse das einfach tun, es sei ein Drang. Hört keine deutliche Stimme, die es ihr befiehlt. In der Schulzeit habe sie schon Stimmen gehört, die ihr sagten, daß sie beim Schreiben auf der Tafel die Tüpfel immer wieder wegputzen und wieder hinschreiben mußte. Mußte sich auch in der Schulzeit so viel die Hände waschen.

15. Marie B., 22 Jahre. Katatone Schizophrene. Stürzt sich oft spontan aus dem Bett, versucht auf den Wäscheschrank zu klettern, um von dort herunterzuspringen. Gibt schließlich an, daß dies eine Selbstbestrafung sei für schlechte Gedanken. Sie müsse oft so häßliche Sachen denken und sagen wie: „dreckiger Jud!“ „Aber es gibt doch eine Weiterentwicklung, nicht wahr?“

16. Helene W., 20 Jahre. Ppropfhebephrenie. Halluziniert seit einem Jahr. Ängstigende Phantasien, daß ihr etwas geschehen könnte. Behielt gewissermaßen als Talisman einmal die Hostie zurück. Tat das immer wieder, beichtete es, konnte es aber nicht lassen. Sammelte die Hostien, die sie aus dem Munde nahm, vergrub sie. Oft wollte sie gar nicht kommunizieren, wollte nur in die Kirche; ging aber doch jedesmal wie willenlos mit vor. War aber, „da sie nicht mehr nüchtern war, nicht würdig zur Beichte“. Habe dann oft die Hostie wieder aus dem Mund genommen, „wie zur Abwehr“. Wenn die Hostie aber schon sehr aufgeweicht war, habe sie sie auch hinuntergeschluckt.

Im ersten Fall scheint die Bezeichnung „Zwangsgedanken“ nichts weiter zu bedeuten als die laienhafte Erklärung einer aus dem bisherigen Charakter unbegreiflichen sexuellen Übererregbarkeit zu Beginn eines schizophrenen Prozesses.

Der zweite Fall zeigt einen schizophrenen Grübler, der seinen Tageslauf unter die Pedanterie einer absurden Regel stellt und dabei gelegentlich mit religiösen Geboten in Konflikt gerät. Er fängt an zu zweifeln, zu grübeln und hetzt einen armen Gedanken zu Tode. Beziehungen zur Grübelsucht mancher Zwangskranker sind deutlich, abes es fehlt jedes Erlebnis eines subjektiven Zwanges. Der Kranke denkt in einer eigensinnig spitzfindigen Beharrlichkeit seinen Gedanken zu Ende, bis aus dem Sinn ein Unsinn wird. Aber damit ist die Frage für ihn gelöst und er gibt sich zufrieden.

Den Fällen 3—9 ist gemeinsam, daß die Kranken etwas denken und tun müssen, wozu sie sich gezwungen fühlen; und es ist ja bekannt, daß gelegentlich auch in der Literatur Erscheinungen, wie sie hier vorliegen, zu den Zwangsvorstellungen gezählt wurden. Was unsere Fälle von den echten Zwangskranken trennt, ist, daß sie sich nicht von eigenen seelischen Regungen gegen ihren Willen beherrscht fühlen, sondern: es denkt in ihnen, sie werden beeinflußt, oder sie stehen *neben* ihren „Automatismen“, fühlen sich zu etwas gezwungen, ohne dagegen anzukämpfen.

Den Zwangsgedanken besonders verwandt ist anscheinend das Gedankendrängen in Fall 3. Der Kranke muß denken, denken unter einem Zwang, gegen den er sich heftig wehrt. Aber darin liegt zugleich ein wesentlicher Unterschied gegenüber den Zwangsvorstellungen. Der Kranke wehrt sich nicht vergebens gegen diesen und jenen absurd Gedanken, sondern gegen das Denkenmüssen überhaupt. Die Gedanken überschwemmen ihn, ohne daß er den Strom irgendwie lenken und eindämmen könnte. Bleuler betont, daß beim Gedankendrängen „die Funktion des Denkens selbst“ als Zwang empfunden wird, ganz unabhängig vom Inhalt, der im Prinzip beliebig wechseln kann“. Überdies steht unser Kranke freilich auch seinen wahnhaften Einfällen mit einer gewissen summarischen Kritik gegenüber (ähnlich wie in Fall 5): er nennt sie Größenideen, Gedanken der Eitelkeit und der Selbstüberschätzung. Es handelt sich also um autochthone Ideen in Wernickes Sinn. Wernicke hat ja darauf hingewiesen, daß die autochthonen Ideen den Zwangsvorstellungen darin ähneln, daß sie die Aufmerksamkeit gegen den Willen auf sich ziehen und als lästige Eindringlinge empfunden werden. Aber sie werden im Gegensatz zu den Zwangsvorstellungen als fremd, als aufgezwungen empfunden, und dadurch unterscheiden sich nach Wernickes Meinung beide streng voneinander.

In der Tat werden Zwangsvorstellungen bei aller Ichfremdheit doch in der Ruhe als eigene Gedanken beurteilt, und damit hängt es wohl zusammen, daß trotz dem Gefühl des subjektiven Zwanges das Bewußtsein der Wahlfreiheit und damit ein Gefühl der „Verantwortlichkeit“ immer wieder anklingt.

Auch die Fälle 10—14 stehen scheinbar echten Zwangszuständen sehr nahe. Vor allem wohl deshalb, weil es sich hier um Inhalte handelt, die auch hier geläufig sind, und die hier wie dort isoliert beharren. Daß derlei Stereotypien gelegentlich auch aus echten Zwangsercheinungen hervorgehen können, wie etwa das fortgesetzte Händewaschen, ist wohl sicher.

Möglicherweise gilt dies auch für manche Fälle von „Zwangsschimpfen“, besonders dann, wenn — wie anscheinend im Fall 15 — die auftauchenden Vorstellungen als eigene empfunden werden. Aber das berechtigt nicht, sie zu den Zwangsvorstellungen zu zählen.

Man könnte einwenden, daß die mannigfaltigen Schutz- und Abwehrmaßnahmen gewisser Zwangskranker in ihrer Erscheinungsform so sehr katatonen Stereotypien und Manieren gleichen, daß es sich doch wohl um prinzipiell gleiche Vorgänge handeln müsse, und daß alle Unterschiede für uns nur durch die mangelhafte Selbstschilderung Schizophrener gegeben sind. Auch wenn man es für recht hält, psychopathologische Symptome dann wesensgleich zu nennen, wenn sie durch die gleichen Merkmale des Erlebens charakterisiert werden, so geht es doch nicht an, diese Merkmale nur hinter den Symptomen zu vermuten. Zudem schildern Schizophrene ja oft recht gut, was in ihnen vorgeht, und auch meine Kranken erklären ihr Handeln in anderer Weise, als Zwangskranke dies tun.

Deutlich zeigt dies auch der 16. Fall Helene W., die es aus unklaren religiösen Erwägungen und abergläubischer Befürchtung nicht lassen konnte, bei jeder Kommunion die Hostie aus dem Mund zu nehmen.

Nach Abzug dieser Kranken bleiben mir 16 Fälle, bei denen die Diagnose Schizophrenie wohl zu Recht besteht, und bei denen im Verlauf der Psychose neben anderen Erscheinungen auch Zwangsvorstellungen beobachtet wurden.

Es erscheint zunächst beachtlich, daß unter ihnen nur 2 Fälle sind, bei denen es nach einem akuten Schub rasch zur Verblödung kommt, während es sich zwölftmal um schleichend einsetzende, mehr oder weniger abbauende Prozesse handelt; einer verlief ausgesprochen periodisch; einer war seinem Verlauf nach nicht sicher einzureihen. 13 mal traten die Zwangsercheinungen zu Beginn der schizophrenen Erkrankung auf, einmal im späteren Verlauf. In einem Fall waren die Angaben unsicher. Einer der Kranken hatte als Kind — wohl schon vor der beginnenden Schizophrenie — Zwangsvorstellungen.

Von diesen 13 Fällen zeigten die Zwangszustände 5 mal einen kurzen episodischen Verlauf; 5 mal erstreckten sie sich über einen längeren Zeitraum; in 3 Fällen kehrten sie periodisch wieder. In den rasch zur Verblödung kommenden Fällen traten sie nur isoliert und episodisch auf.

Jeweils bestimmte und vereinzelt auftretende Zwangsvorstellungen sind — wie man das ja auch bei den einfach Nervösen beobachtet — in der Mehrzahl unter meinen Fällen. Gehäuftes Vorkommen habe ich 5 mal gesehen. Es sind das Fälle, wie sie ähnlich *K. Schneider* beschrieben hat, in denen die Diagnose zuweilen für lange Zeit sich bald zur Schizophrenie, bald zur „Zwangsnurose“ neigt.

Dieses Ergebnis zeigt nichts, was sich nicht hätte vermuten lassen. So weit Zwangsvorstellungen überhaupt vorkommen, treten sie am häufigsten dann auf, wenn die psychische Störung noch relativ gering ist; also im Beginn und bei schlechendem Verlauf, und es scheint fast, als ob die einbrechende Psychose einen gewissen provozierenden Einfluß hat.

Man darf hier wohl an andere Faktoren biologischer Art erinnern, die — oft noch in der Gesundheitsbreite — Zwangsercheinungen manifest werden lassen: Übermüdung, infektiöse Allgemeinerkrankungen usw.

Welche Rolle ihnen dabei im einzelnen als Aufbaufaktor zukommt, läßt sich nur vermuten. Man könnte annehmen, daß es sich bei dem Zwangsmechanismus um eine präformierte Anlage handle, die allen Menschen zukommt. In gewissem Sinne scheint auch *Goldstein* diese Meinung zu vertreten. Er spricht, mit besonderer Beziehung auf die Zwangsercheinungen, über die gleichartige funktionelle Bedingtheit der Symptome bei organisch und psychisch Kranken, und meint, daß die meisten positiven Symptome solcher Erkrankungen nicht eigentlich Erzeugnis der Krankheit selbst sind. Es handle sich dabei vielmehr um Erscheinungen, die nur deshalb wirksam werden, weil infolge der Erkrankung höhere, regulierende Leistungen vernichtet wurden. Freilich scheint die klinische Erfahrung — auch in unseren Fällen — der Annahme einer so allgemein verbreiteten Fähigkeit zur Zwangsbildung nicht zu entsprechen und eher das Bestehen einer *besonderen* Anlage nahezulegen. Daß diese biologisch irgendwie begründet ist, dürfen wir annehmen.

Vielleicht ist es möglich, bei unseren Kranken somatische, genealogische, charakterologische Verhältnisse besonderer Art zu finden, in denen wir ätiologische Determinanten der Zwangsercheinungen vermuten könnten. Wie diese Ergebnisse auch sein mögen, es ist immer zu bedenken, daß ihre Deutung in positivem Sinne nicht eigentlich zu wagen ist. Die Zahl der Kranken ist zu gering, die Unterlagen reichen nicht aus, und selbst wenn dies alles genügte, ließe sich eine entschiedene Sonderart der Erscheinungen gegenüber dem Gros der Schizophrenen höchstens mit einiger Wahrscheinlichkeit für die Zwangsbildung verantwortlich machen.

Somatische Erscheinungen.

In den Krankenblättern fanden sich folgende Daten:

Nr.	Alter Jahre	Körperbau	Körperl. Störungen
1	30	Klein, blaß, mager, sieht wesentlich jünger aus	
2	24	Groß, schlank	Starke vasomotor. Erregbarkeit
3	55	Groß, kräftig gebaut. Schädelumfang: 59 cm. Vorzeitig ergraut	Erhebl. Struma, Beklommenheit, Flimmern vor den Augen, Ohnmachten. Tremor
4	46	Groß, gut entwickelt, Schädel und Gesicht asymmetrisch	?
5	19	Mittelgroß, gracil, feminine Form des Beckens und der Oberschenkel	?
6	23	?	?
7	29	Mittelgroß, mager, blaß	Tbc. der Lungen, Struma
8	37	Sehr groß, schwächlich, schmal, gracil	Geringe Struma. Mit 14 Jahren bleichsüchtig. 1. Periode mit 13 Jahren; oft unregelmäßig
9	51	Groß, sehr mager	Struma, Lidflattern, Tremor
10	18	Lang aufgeschossen, mager, bläulich verfärbte Hände und Füße	
11	13	Hochaufgeschossen, gracil, blaß	Struma, Fraisen
12	18	Mittelgroß, schlank, starke Extremitätenbehaarung	Struma, lebhafte vasomotor. Erregbarkeit, Acne
13	34	Mittelgroß, schwächlich, kühle Hände	Spinales Kinderlähmung, auffallend kühle Hände, starke Dermographie. Menses mit 17 Jahren. Einmal für 1 Jahr ausgeblieben
14	22	Groß, schank, hager, blaß, kleiner Kopf	?
15	20	Kindliches Aussehen, blaß, schlaffe Muskulatur, schmaler Thorax, kühle Finger	Anfällige
16	57	Klein, mäßig genährt, abstehende Ohren	

Danach lassen sich die Fälle nicht sicher unter die bekannten Körperbautypen einreihen. Immerhin ist auffällig, daß es sich nur in einem Falle (3) mit einiger Wahrscheinlichkeit um einen Pykniker handelt. Hier ist auch das klinische Bild besonders; es handelt sich nämlich um einen Fall von Dementia simplex mit periodisch wiederkehrender Platzangst.

6 Kranke lassen sich nicht rubrizieren, während es sich 9 mal wohl um Astheniker bzw. dysplastische Formen handelt (1, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16); 2 mal wird das wesentlich jüngere Aussehen betont.

Unter den körperlichen Störungen ist 5 mal Struma notiert. (Freilich muß man dabei deren große, ortsübliche Verbreitung bedenken!)

Erscheinungen im Sinne einer vegetativen Störung fanden sich bei 4 Fällen, und es ist beachtlich, daß 3 davon an Phobien leiden.

Prämorbid Persönlichkeit.

Ich habe auch die *psychischen Eigenschaften* meiner Kranken zusammengestellt, soweit sie in der Anamnese gegeben waren. Für eine so ausgemacht funktionelle Erkrankung wie die sog. Zwangsneurose hat man ja immer wieder das Wesen in der charakterologischen Schicht zu fassen gesucht und spricht geradezu von einem zwangsneurotischen Charakter, worunter man — wie etwa auch *Soukhanoff* mit seinem „caractère scrupulo-inquiet“ — eine sensiv-gewissensängstlich-pedantische Persönlichkeit versteht. Es ließe sich denken, daß auch für das symptomatische Auftreten der Zwangsvorstellungen diese Wesensart notwendige Voraussetzung wäre. Auf diese Frage hoffte ich bei meinen Fällen vielleicht eine Antwort zu finden, wenn es auch fast unmöglich erscheinen muß, aus der Fülle prämorbider Eigenschaften von später Schizophrenen eine besondere und hier ungewöhnliche Reihe herauszulösen. Auch ist das Material, das ja bis 1906 zurückgeht, nach dieser Richtung hin nicht systematisch untersucht worden.

Die Eigenschaften, die ich fand, einzeln auf- und auszuzählen, hat wenig Sinn. Sie bedeuten kaum etwas an sich. Ihre Stellung und Dynamik in der Persönlichkeitsstruktur erst gibt ihnen Bedeutung.

Ich fand:

1. Immer nervös, Schulangst, gewissenhaft, wenig Anschluß; begeisterungsfähig, erlahmt aber rasch. Führt seine Leiden auf unterdrückte sexuelle Regungen zurück.

2. Viel für sich, scheu.

3. ?

4. Für sich, nicht mit anderen gespielt, sehr aufgereggt, Angstanfälle.

5. Bis 10 Jahre wild, lebenslustig; dann still, las viel, für sich. Onanie.

6. Sanft, für sich, ängstlich, empfindsam, gewissenhaft.

7. Sehr für sich, nervös, übertrieben peinlich im Haushalt, leicht aufgereggt.

Sexueller Trieb erst nach der Ehe.

8. Wenig Verkehr mit Freundinnen. Ruhig.

9. Empfindlich, streitsüchtig, jähzornig, furchtsam. Frühzeitig sexuell sehr erregbar. Verkehrte nur mit Prostituierten.

10. Immer ängstlich, übergewissenhaft, ehrgeizig; sehr willig, allein.

11. Für sich, sehr ehrgeizig, „extra“. Außerordentlich „geschamig“. Leicht gelernt. Als Kind von einem Kutscher mißbraucht worden. Onaniert.

12. Lebhaft, verträglich. Freunde. Schüchtern, gewissenhaft. Nie sexueller Verkehr.

13. Für sich, verschlossen, schüchtern. Viel unzufrieden, traurig. Immer ängstlich, viel Skrupel. Wollte ins Kloster. Nie sexueller Verkehr.

14. Störrisch, bösartig, verschlossen, gereizt; furchtsam. Onanie seit dem 4. Jahr; sexuell erregt durch den Anblick nackter Füße.

15. Immer für sich, verschlossen. Gern gelesen. Zart.

16. Sehr zurückgezogen, schüchtern, gutmütig, empfindsam, gewissenhaft. Onanie. Sehr schüchtern gegen Frauen.

Diese stichwortartige Charakteristik ergibt ein ziemlich einförmiges Bild. 11 mal wird hervorgehoben, daß die Kranken viel für sich

waren. Dabei handelt es sich 4 mal um die einfach Stillen, Sanften (2, 5, 8, 15), während die anderen komplizierter sind: verschlossen, übertrieben pedantisch und aufgereggt, sehr aufgereggt, sehr ehrgeizig.

Nur einer ist mehr aufgeschlossen: lebhaft, verträglich, hat Freunde, aber auch er ist in der Schule schüchtern, still.

Bei dem möglichen Pykniker (Fall 3) fanden sich keine Angaben über prämorbid Eigenschaften.

Ganz aus dem Rahmen der stillen, nervösen Autisten fallen die Kranken 9 und 14. Beide sind furchtsam, wenn auch wahrscheinlich in verschiedener Weise; dazu ist der eine streitsüchtig, jähzornig, empfindlich, der andere, weniger sprunghaft und reaktiv-labil, störrisch, bösartig, gereizt. Beide zeigen außerdem eine sehr früh einsetzende, perverse Sexualbetätigung.

6 von meinen Fällen (1, 6, 10, 12, 13, 16) sind ängstlich und zugleich gewissenhaft, zeigen also ein wesentliches Attribut des zwangsnervotischen Charakters. Aber auch damit läßt sich, so wenig wie mit dem bisherigen Ergebnis, ein Befund aufstellen, der nicht auch in der Vorgeschichte Schizophrener, die keine Zwangsscheinungen haben, zu finden wäre; und Kraepelin nennt ja unter seinen bekannten 4 Gruppen auch eine, deren Vertreter sich vor der Erkrankung durch ängstliche Gewissenhaftigkeit auszeichneten. Die angeführten Daten über das sexuelle Verhalten kann ich wohl ohne Kommentar lassen.

Zwischen Persönlichkeitsstruktur und Form der Zwangsscheinungen habe ich keine deutlichen Beziehungen gefunden.

Erblichkeitsverhältnisse.

Ein Blick auf die folgenden *Familientafeln* zeigt, daß sich eine klare Erblichkeitslinie für die Zwangszustände nicht nachweisen läßt; von Zwangsscheinungen in der Verwandtschaft wird nirgends berichtet, nur zweimal lassen sich charakterologisch nahe Beziehungen vermuten: in Fall 4, wo der Bruder des Probanden an Angstanfällen vor der drohenden Heirat leidet, und in Fall 6, wo die Mutter unserer Kranken als „überängstlich“ geschildert wird.

Im übrigen finden sich für Dementia praecox charakteristische Verhältnisse: keine direkte Vererbung (mit Ausnahme vielleicht des Falles 14?), Schizophrene in der Seitenlinie (kollaterale Belastung ist nicht immer nachzuweisen); auffällige Charaktere; häufig Lungentuberkulose.

Wenig ist über die Fälle 10, 11 und 15 bekannt geworden. Doch ist auch in den beiden letzten eine deutliche nervöse Belastung und zwar von beiden Seiten vorhanden. Im Fall 15 hatte der Vater außerdem 7 Jahre vor der Geburt des Probanden eine Lues akquiriert. Unter den Eltern ist viermal der eine Teil als Trinker vermerkt (1, 7, 13, 14). Von sexuellen Abnormitäten ist in den Familien nichts bekannt.

Bemerkenswert ist, daß nicht selten Erscheinungen berichtet werden, die auf eine manisch-melancholische Konstitution hinweisen:

Fall 3. Vater Br. Lebemann, Alkoholiker, Suicid. (Prob. jedenfalls pyknische Züge, remitt. Schizophrenie, periodisch Platzangst.)

Fall 6. Mutter period. Depressionen, beschränkt, überängstlich. (Prob. sehr schleppender Verlauf, neben Zwangsantrieben, Irrtumsfurcht, viel hypochondrische Befürchtungen.)

Fall 9. Vater Verschwender, schloß Käufe über sein Vermögen ab, war mit 42 Jahren in einem Sanatorium, erschoß sich. Verfolgungsideen. (Prob. gute Remission, paranoid, Zwangsantriebe, Kontrastideen.)

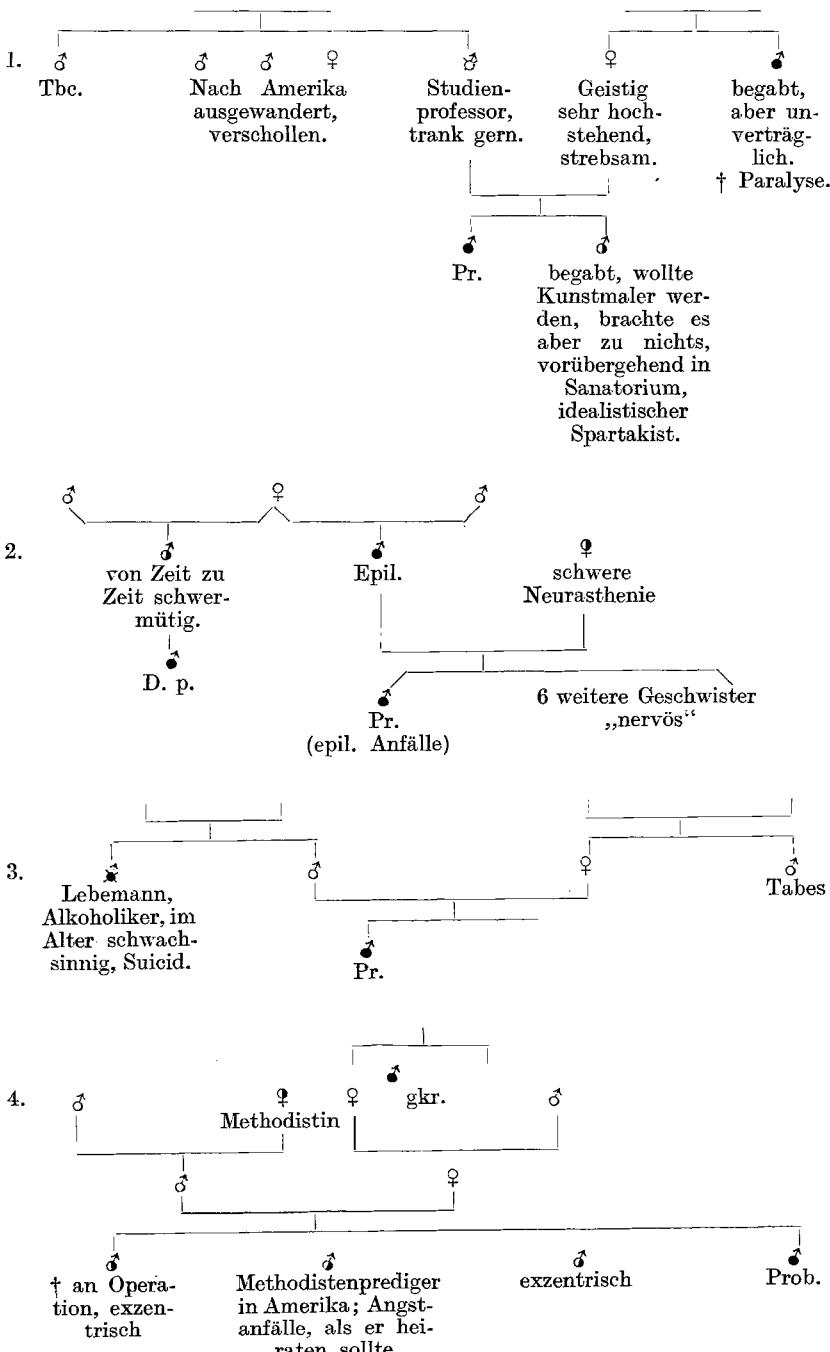
Fall 12. Vater mit 62 Jahren Depression, Verarmungsideen, Suicid. (Prob. remitt. Schizophrenie. Period. Platzangst.)

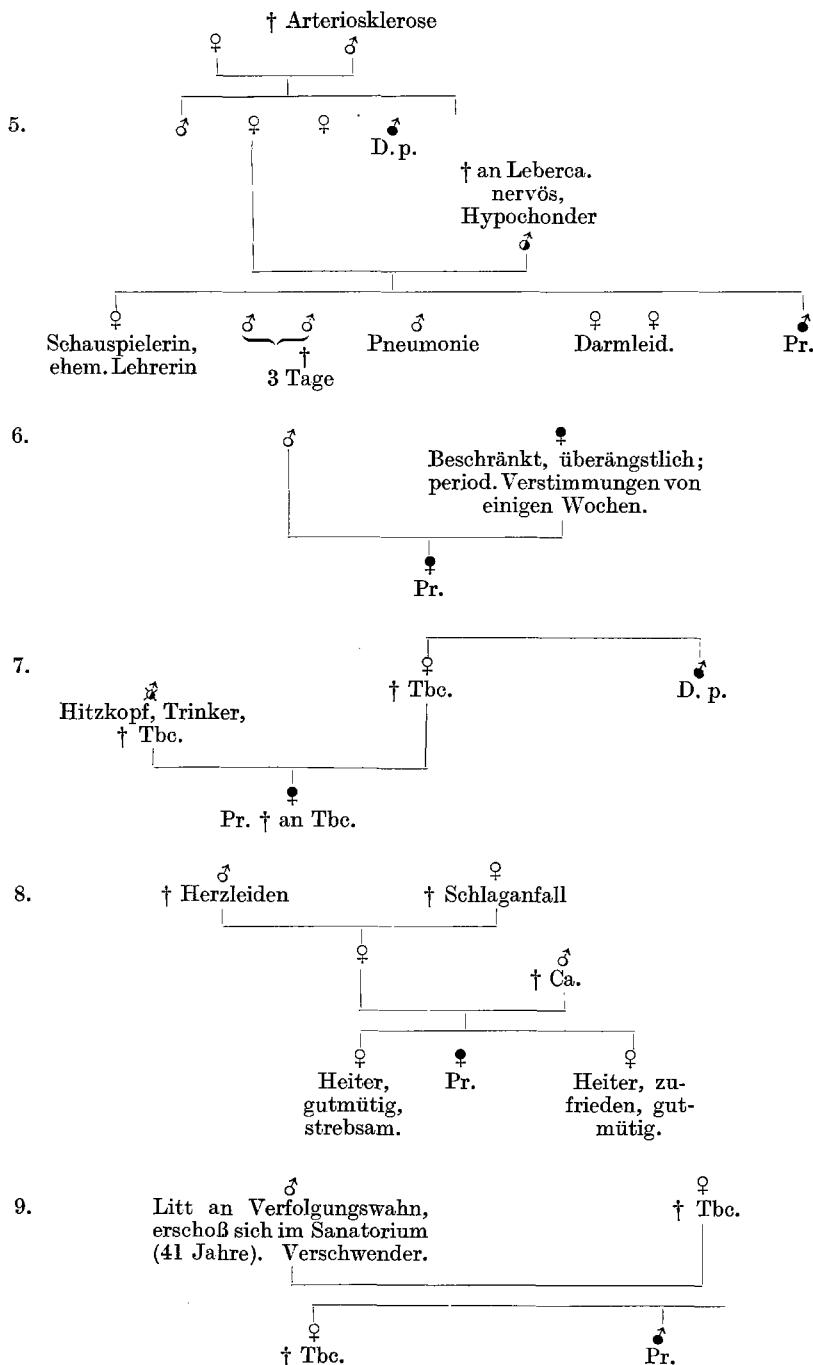
Bis zu einem gewissen Grade ließe sich noch Fall 8 heranziehen. Hier waren beide Schwestern der Prob. heiter, gutmütig, tätig. (Prob. ausgesprochen period. Schizophrenie mit viel zirkulären Erscheinungen; Zwangsantriebe und Kontrastideen.)

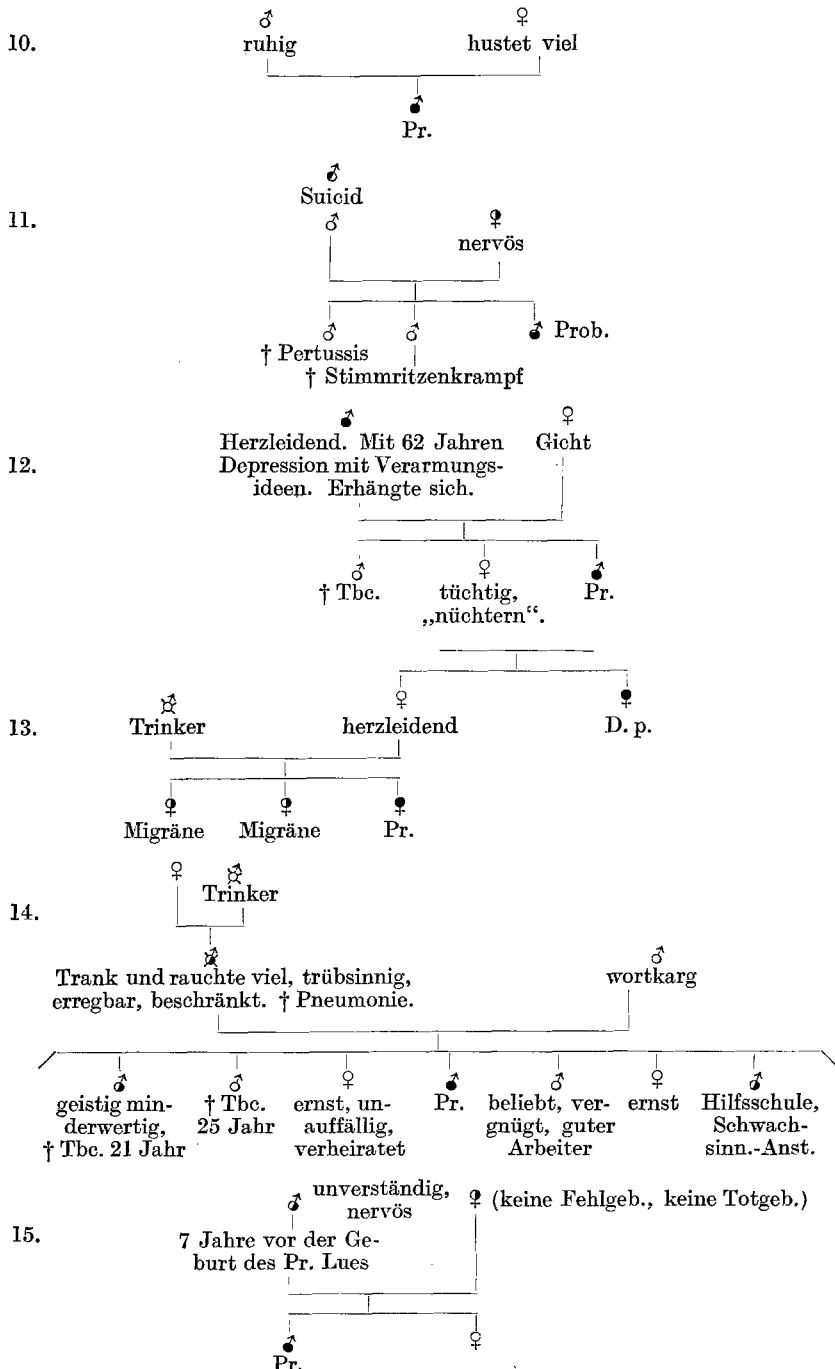
In keinem dieser Fälle handelt es sich um eindeutig manisch-melancholische Psychosen, ja der Rahmen ist so weit gespannt, daß man nur gerade von zyklothymen Elementen sprechen mag. Hoffmann hat vor allem auf Grund zweier eigener Fälle vermutet, daß bei der Zwangsnurose eine Legierung schizothymer und zyklothymer Elemente vorliegt. Freilich ist damit das Problem auch für Hoffmann nicht erschöpft.

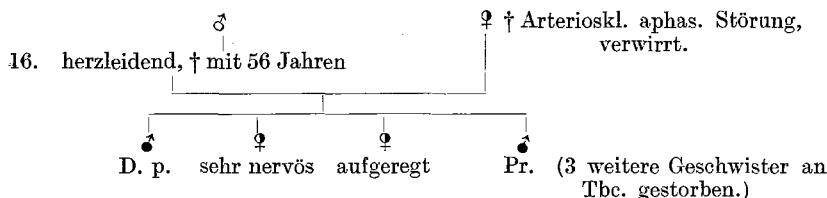
Daß man die Ursache für die Disharmonie des zwangsneurotischen Charakters, der jedenfalls einem großen Teil der Anankasten zukommt, in einer Mischung heterogener Anlageelemente sucht, ist verständlich, und es liegt uns heute nahe, dabei an die genannten Formenkreise zu denken. Aber ihre Begriffe sind zu vage, als daß es förderlich sein könnte, hier mit ihnen zu operieren. Zudem sind sensitiv und gewissenhaft nur 2 meiner Fälle mit zyklothymen Erscheinungen in der Ascendenz. Deren Einfluß scheint hier eher den *Verlauf* der Schizophrenie und so auch den der Zwangsercheinungen zu modelln. In 3 Fällen treten die Zwangsercheinungen periodisch auf, davon einmal bei einer periodisch verlaufenden Schizophrenie, zweimal bei gut remittierenden Erkrankungen. Weiter handelt es sich einmal um einen sehr schleppenden Prozeß mit hypochondrischen Ideen neben den Zwangsvorstellungen und einmal um eine paranoide schizophrene Erkrankung mit viel zirkulären Escheinungen.

Über einen Vererbungsmodus der Zwangsercheinungen lassen also meine Fälle kaum Vermutungen zu. Das mag unter vielem anderen seinen Grund darin haben, daß die Vererbung hier, als bei einer vorgebildeten Reaktionsform, mehrere Wege geht. Wie mannigfaltig diese sind, wenn man psychopathologische Syndrome als Reaktionsform auffaßt, hat Kahn ja gerade am Beispiel der Zwangsercheinungen ausgeführt.









Kasuistik

(Formen und Inhalte der Zwangsscheinungen).

Die Inhalte der Zwangsscheinungen sind „zufällig“, d. h. nur so locker mit der Persönlichkeit verknüpft, wie jedes zufällige Erlebnis, und ihr Arsenal ist daher recht mannigfaltig.

Die Formen aber, in denen Zwangszustände gegeben sind, kehren in ihrer geringen Anzahl immer wieder und lassen sich — unbeschadet ihrer engen Beziehungen untereinander — in 3 Gruppen sondern: eine affektive Gruppe (Zwangsbefürchtungen usw.), eine intellektuelle Gruppe (Zwangseinfälle, Grübelsucht usw.) und die Gruppe der Zwangsantriebe.

Es ist bekannt, daß Zwangsscheinungen bei *einem* Kranken häufig nur in der *einen* Form auftreten, und man könnte versucht sein, daraus zu schließen, daß einer bestimmten charakterologischen Eigenart auch eine bestimmte Form der Zwangsscheinung gesetzmäßig zugeordnet ist. Doch scheint es, daß diese Annahme sogleich wieder zuschanden wird, wenn man sieht, wie häufig bei demselben Kranken die verschiedenen Zwangssformen nacheinander oder nebeneinander vorkommen.

Wo es gelingt, Zwangsscheinungen bis an die Wurzel ihrer Psychogenese zu verfolgen, da zeigt sich ein erlebter Anlaß. Warum und wieso dieser Anlaß schließlich zu Bewußtseinsinhalten führt, die mit dem Gefühl des subjektiven Zwanges auftreten, soll hier nicht erörtert werden. Ich möchte nur hervorheben, daß für die Form, in der diese Inhalte gegeben sind, neben charakterologischen Besonderheiten wohl auch die Eigenart des Anlasses und schließlich auch konstellative Einflüsse, unter denen dieser Anlaß erlebt wird, verantwortlich zu machen sind. Doch meine ich, daß dabei auf den Anlaß ein sehr kleiner Teil trifft; und ich bin trotz aller Unfähigkeit, Regeln oder gar Gesetze dafür aufzustellen, doch der Ansicht, daß die einzelnen Zwangssformen eine innige Beziehung haben zu charakterologischen Eigenarten, und daß sich diesen Beziehungen mit einem Gewinn da nachgehen ließe, wo Zwangsscheinungen isoliert auftreten.

Wo sie gehäuft vorkommen und die verschiedenen Formen bald nacheinander, bald nebeneinander beobachtet werden, müßte man dann zunächst einen besonders komplizierten Charakter voraussetzen, der gewissermaßen über alle Register verfügt. Aber es ist wohl eher so,

daß hier die Fähigkeit zur Zwangsbildung überhaupt so stark ist, daß sie ihren Ausdruck nicht nur von einem Generalnemmer der Persönlichkeit hervorruft und auch nicht bloß von ausgezeichneten Erlebnissen und besonderen Konstellationen, sondern sie stimmt die ganze Persönlichkeit, die nun leicht mit „allen Registern anspricht“¹⁾.

Die Krankengeschichten:

In aller Kürze sollen die Krankengeschichten mitgeteilt und besprochen werden. Die Gruppierung geschieht nach der Form der Zwangsercheinungen und nach der Art ihres Auftretens.

I. Vereinzelte Zwangsvorstellungen.

A. Affektive Gruppe.

1. *Ernst St.*, 30 Jahre. Von jeher nervös. Schulanst. Bemüht, dem Vater, der Schulprofessor war, keine Schande zu machen. In den oberen Gymnasialklassen fühlte er sich isoliert, unsicher, hatte „Zwangslächeln“, fürchtete, sich zu blamieren. Jedesmal, wenn er in Gesellschaft ging, hatte er Angst, „seine Schließmuskulatur“ könne nicht funktionieren, es könnten Winde abgehen. Kritik.

Versandet langsam, kommt zu keinem Beruf; verwahrlost. 6 Jahre später zweite Aufnahme. Beziehungsideen. Die Leute machen dauernd Anspielungen auf seine „Darmkrankheit“, die in daran hindere, sich in der Öffentlichkeit einen Namen zu machen. Kein Gefühl des Zwanges mehr, keine Kritik. Nur Klagen über Darmbeschwerden, Blähungen. Stumpf, monoton, autistisch, Manieren, grimassiert.

2. *Fritz R.*, 24 Jahre. Seit der Pubertät oft intensive Kopfschmerzen. Abstinenz und Vegetarianer. Wird verstimmt, sondert sich ab; hockt über Nietzsche. Hatte in Prima während eines Vortrages den Gedanken, er könne nicht weitersprechen, mußte aufhören. In Konzerten, gefüllten Räumen kam ihm immer wieder der unsinnige Einfall, die Leute könnten über ihn herstürzen. Kämpfte gegen diesen Gedanken an; konnte ihn für einige Zeit unterdrücken, litt darunter.

Kommt in die Klinik nach Suicidversuch. Hört seit einigen Monaten Stimmen. Ängstlich, ratlos, verlegen, errötet leicht. Manieriert. Phantastisch paranoide Ideen.

In beiden Fällen handelt es sich um Befürchtungen vor dem Eintreten bestimmter Ereignisse.

Man wird streiten können, ob sie insgesamt *Zwangsbefürchtungen* sind, aber ich halte es zunächst für wichtig, ihren gemeinsamen Boden zu erkennen, und fließende Übergänge aufzuzeigen.

Die Kranken sind ängstlich, unsicher, erröten leicht, sondert sich ab, sind menschenscheu. Der eine leidet unter der Furcht, sich zu blamieren, der andere bleibt vor Angst, im Vortrag stecken zu bleiben, wirklich stecken.

¹⁾ Lange hat in seiner Arbeit über die Paranoia eindringlich erörtert, welchen Einfluß charakterologische Besonderheiten und Erlebnis auf die verschiedenen Wahnrichtungen haben. Die Verhältnisse scheinen mir da im Prinzip ganz ähnlich zu liegen wie bei den verschiedenen Formen der Zwangsbildung.

Ob diese Ängste als unsinnig empfunden wurden, weiß ich nicht. Aber es ist denkbar, daß beide unter der hereinbrechenden Krankheit ihre Kräfte versagen fühlten und daß ihnen damit ihre Angst auch real begründet schien.

Klarer ist die Stellungnahme des Ernst St. zum Inhalt seiner zweiten Erwartungsfurcht, die im übrigen den eben geschilderten Phänomenen nahe verwandt ist, der Angst, in Gesellschaft „seine Schließmuskulatur nicht beherrschen zu können“.

Es liegt nahe, dies einfach eine hypochondrische Befürchtung zu nennen, aber schon das situative Auftreten dieser Idee und die kritische Stellungnahme des Erleidenden zu ihr lassen sie wohl mit Recht zu den Zwangsbefürchtungen zählen.

Auf die nahe Verwandtschaft mancher hypochondrischer Ideen mit gewissen Zwangsvorstellungen ist wiederholt hingewiesen worden; zuletzt sehr eindringlich von *Kretschmer*, während von anderen, besonders von *Friedmann, Bumke*, gerade auch das Trennende betont wurde.

Wenn psychopathologische Gebilde verschiedener Art doch immer wieder in fließenden Übergängen ihre nahe Zugehörigkeit zueinander erkennen lassen, so scheint es notwendig, sie grundsätzlich scharf voneinander zu sondern und begrifflich möglichst eng zu fassen. Man kann das Fließen der Phänomene, ihre Übergänge nur begreifen, wenn man zugleich sieht, was sie trennt. Beide Betrachtungsweisen sind förderlich. Jedes Symptom hat seine natürliche Variationsbreite und wird anscheinend von Fall zu Fall gemodelt durch Faktoren, die — wenigstens zum Teil — in der Struktur der einzelnen Persönlichkeit liegen. Darin scheint es mir auch begründet zu sein, daß sich „passive“ überwertige Ideen — überwertige Ideen, die als lästig empfunden werden — nicht selten in einer Person mit echten Zwangsvorstellungen zusammenfinden, und daß es zuweilen im Einzelfall unmöglich ist, beide scharf zu trennen.

Es ist gut, sich zu erinnern, daß bei Fall 1 die zwangsmäßig auftretende Befürchtung im späteren Verlauf der Erkrankung noch immer als hypochondrische Klage über Darmstörungen eine Rolle spielt. Man könnte daraus folgern, daß es sich anfänglich eben nicht um eine Zwangsvorstellung, sondern einfach um eine dominierende Vorstellung gehandelt habe, um eine Wahnidee in *statu nascendi* (*Bumke*), wenn man so will. Aber man muß bedenken, daß dieser „mobile Gedanke“ stabilisiert und zur Gewohnheit wurde durch ein Erlahmen des Affektes; also wesentlich mit durch einen Faktor, der sonst mobile Wahnideen nicht befestigt.

Es handelt sich hier nach meiner Ansicht gar nicht um die alte Streitfrage, ob Zwangsvorstellungen zu Wahnideen werden können; denn diese Erörterung hat doch nur Sinn, solange sich diese Umbildung

im Rahmen einer *funktionellen* Erkrankung abspielt, nicht aber, wenn ein Prozeß in das seelische Getriebe eingreift. Hier kann die Frage nur heißen: sollen wir das, was in Psychosen den echten Zwangszuständen ähnlich sieht, und mit den gleichen Merkmalen des Erlebens gegeben ist, auch Zwangsvorstellungen nennen? Ich glaube, daß wir dazu berechtigt sind, so gut wie wir den gleichen Erscheinungen in der Ermüdung oder nach infektiösen Allgemeinerkrankungen denselben Namen geben.

In meiner 2. *Beobachtung* ist die Befürchtung des Kranken, daß die Leute in einem Saal über ihn herfallen könnten, entschieden unter die Zwangsvorstellungen zu rechnen. Die Vorstellung tritt vereinzelt und nur unter gegebener Situation auf; ihr Inhalt — objektiv unsinnig — wird auch als unsinnig empfunden und kann — wie Zwangsvorstellungen häufig — mit Energie unterdrückt werden.

3. Franz H., 55 Jahre. Mit 12 Jahren „Kopftypus“. Nachdem auffallend läppisches Wesen. Blieb auf dem Gymnasium zweimal sitzen. Rechtsanwalt. Verbummelte gänzlich. Wurde von der Anwaltschaft ausgeschlossen, weil er Armsachen liegen ließ.

Immer für sich. „Ich kann keine Gedanken mehr durchdenken.“

Beklommenheit, Flimmern vor den Augen.

Periodisch Angst, über einen freien Platz zu gehen, wenn er sich dabei nicht anhalten kann.

Also: bei einem Fall von Dementia simplex treten bis in die 50er Jahre hinein periodisch Zustände von Platzangst auf.

Bumke hat die besondere Stellung erörtert, die den Phobien unter den Zwangsercheinungen zukommt, und betont, wie schwer es ist, von ihnen andere Erscheinungen, überwertige Ideen und Affektstörungen etwa, durch eine schematische Darstellung reinlich zu sondern. Es gibt fließende Übergänge zwischen ihnen, und was sie alle zusammenhält, ist „die Beeinflussung körperlicher Vorgänge durch Vorstellungen und Gefühle“.

Ich glaube, daß dies dasselbe besagt, worauf ich oben hinwies; daß nämlich bestimmte Merkmale der Persönlichkeit und ihre biologische Fundierung diese Gruppen der fließenden Übergänge zusammenhalten. Welcherart diese Persönlichkeiten sind und was vor allem das ihnen wesentlich Gemeinsame ist, bleibt unklar. Daß es sich dabei um irgendwie „vegetativ Stigmatisierte“ (v. Bergmann) handelt, läßt sich nach meinen 3 Fällen vielleicht vermuten.

B. Intellektuelle Gruppe.

Hier treten in einigen meiner Beobachtungen die Zwangsercheinungen nicht rein und genau isoliert auf, aber doch auch nicht annähernd so gehäuft und langdauernd wie in der 2. Gruppe, deren Fälle dadurch den „Zwangsnurosen“ ähnlich werden.

Es ist mir auch nicht möglich, eine Sondergruppe von Zwangsantrieben zusammenzustellen. Wo sie unter meinen Fällen sich zeigen, treten sie neben Zwangsvorstellungen auf oder lassen sich schwer von ihnen trennen, obschon sich beide in reinen Fällen deutlich unterscheiden. Wenn einen Kranken am Brückengeländer augenblicks und mit dem Erlebnis des subjektiven Zwanges der Impuls überfällt, hinunter zu springen, so ist freilich auch damit ein vorstellungsmäßiger Inhalt verknüpft. Aber es wird doch eben der Antrieb zu etwas zwangsmäßig erlebt, nicht die Vorstellung von etwas.

4. *Emil R.*, 46 Jahre. Schon als Knabe Angstanfälle. Hatte eine „unnatürliche Furcht vor Gewittern“. Als er einmal hörte, daß Spiritus und Petersilie mit einander verwandt seien, bat er inständig, doch keine Petersilie mehr auf den Tisch zu bringen. Ließ in den letzten Schuljahren nach. Mußte aus der Lehre entlassen werden, weil seine Leistungen immer schlechter wurden. Damals quälte ihn der Gedanke, daß er mit dem Kupfergeschirr — er lernte als Konditor — andere vergiften könnte. Litt sehr darunter. Unter dem Einfluß der Großmutter wurde er Methodist. Hatte ein Jahr lang „einen religiösen Wahn“, meinte, der Teufel habe Macht über ihn.

Saß untätig zu Hause herum. Lernte ein wenig Sprachen, da ihm körperliche Beschäftigung zuwider war. Wurde streitsüchtig.

Bei Übungen als Ersatzreservist quälte ihn die Vorstellung, er könne einen Kameraden erschießen. Ging schließlich freiwillig in eine Anstalt, aus Angst, er könne noch etwas anrichten. Hatte in der Anstalt viel hypochondrische Klagen ohne jede gedrückte Stimmung. Litt an der Zwangsvorstellung, daß er ein Unglück anrichte, wenn er beim Schreiben nicht das Heft ganz gerade lege und die Buchstaben nicht ganz gerade stünden. Nach 9 Monaten entlassen mit der Diagnose Hysterie. Gelegentlicher Arbeiter, verkaufte Ansichtskarten, war Gehilfe eines Geschäftreibenden. Ließ sich als Arzt der Naturheilkunde nieder. Als ihm die Polizei Schwierigkeiten machte, nannte er sich Heilmagnetiseur und Masseur. Verdiente Geld, heiratete. Sowie seine Frau 2 Jahre später als Masseuse approbiert war, arbeitete er nichts mehr.

Kommt in die Klinik mit vielen hypochondrischen Befürchtungen, hat Schmutzangst. Ohne rechten Affekt, geschraubt, „philosophiert gerne, verwickelt sich leicht in einen Wortschwall“. „Der Feind der Menschen ist die Kälte. Ich stelle mich gern zur Behütung der Menschen. Ich habe furchtbare Angst vor Verdauungsstörungen. Sobald ein bißchen Kälte auf meine Lippen kommt, dann fühle ich Angst im Magen . . . Der Staub ist für mich auch sehr gefährlich. Die Kinder auf der Straße sind auch sehr gefährlich. Sie sollten auf den Kinderspielplätzen bleiben.“

Wischt zu Hause jeden Stuhl ab, bevor er sich hinsetzt, ebenso jedes Geschirr vor dem Essen. Meidet nach Möglichkeit verkehrsreiche Straßen und Plätze, aber anscheinend mit der für ihn zulänglich begründeten Furcht, dabei zu Schaden zu kommen.

Die Diagnose Schizophrenie läßt sich — trotz der dürftigen Angaben — wohl sichern: Nach der monatelangen Erkrankung im Alter von etwa 19 Jahren bleibt eine deutliche Persönlichkeitsveränderung zurück; der vorher fleißige Mensch sitzt untätig herum, wird streitsüchtig, verbummelt. In der Klinik fällt seine geringe Affektivität und seine geschraubte Ausdrucksweise auf, für die ich oben ein Beispiel gab.

Was den Fall besonders auszeichnet, ist das frühe Auftreten von Zwangsvorstellungen oder doch von Gebilden, die ihnen sehr nahe stehen. Ale Kind leidet er an einer „unnatürlichen“ Furcht vor Gewittern, das ist der Ausdruck, den er selber mit 24 Jahren in der Anstalt gebraucht. Petersilie darf nicht auf den Tisch, weil er gehört hat, daß sie mit Spiritus verwandt sei.

Phänomenologische Angaben liegen nicht vor und man muß sich hüten, sie zu konstruieren. Es ist nicht unsinnig, sich vor dem Gewitter zu fürchten, besonders nicht für ein Kind; um so verwunderlicher ist es, daß der Kranke selber seine Angst später als „unnatürlich“ bezeichnet, und man wird sich erinnern, daß auch von Erwachsenen nicht selten die Furcht vor dem Gewitter als töricht empfunden wird, und daß sie sich ihrer zum eigenen Verdruß doch nicht erwehren können. Oft ist das eine unbestimmte Angst, oft aber auch die Angst vor einem bestimmten Ereignis: Tod durch Blitzschlag, Brand des Hauses usw. Daß hier die Furcht auch objektiv nicht völlig grundlos ist, teilt sie ja mit manchen Phobien, und es ist bemerkenswert, daß hier wie dort oft die Anwesenheit eines Kindes genügt, um die Furcht wegzublasen.

Ich möchte mit alledem nur die nahe Beziehung mancher Gewitterangst zu den Zwangsbefürchtungen hervorheben, ohne unseren Fall hierunter rechnen zu können.

Anders liegt es mit dem zweiten Beispiel. Daß man dem Jungen seine Angst vor der Petersilie ausgeredet hat, scheint mir schon daraus hervorzugehen, daß er *inständig* bitten muß, man möge sie doch nicht auf den Tisch bringen. Hier von einer begründeten Furcht zu reden, geht wohl nicht an. Es handelt sich um eine der sonderbaren, grundlosen Furchtideen, wie sie bei Zwangskranken nicht selten sind.

Wenn man nun den weiteren Verlauf überblickt, so scheint es in der Tat so zu sein, daß Zwangsvorstellungen schon in der Kindheit auftreten, und zwar nicht nur in der leichten und fast physiologischen Form mechanischer Zwangssassoziationen und Zwangsanhiebe, und daß die Neigung zur Zwangsbildung bis weit über die Pubertät hinaus bestehen bleibt. Ob dabei der inzwischen einsetzende schizophrene Prozeß eine provozierende und manifestierende Rolle spielt, bleibt zum mindesten fraglich. In den späteren Jahren verlieren sich die Zwangsercheinungen; was ihnen schließlich noch ähnlich sieht, sind Gewohnheiten oder wird — wie die Schmutzangst und die Schutzhandlungen gegen Ansteckung — nicht als unsinnig, sondern als begründet empfunden. Die Annahme, daß auch die Zwangsvorstellungen in der Kindheit schon Ausdruck der einsetzenden schizophrenen Erkrankung waren, läßt sich nicht widerlegen, aber noch weniger beweisen, und ich bin der Meinung, daß gerade dieser Fall nicht recht geeignet ist, Bleulers Verdacht zu bestätigen, „die typischen Zwangsnurosen seien eigent-

lich Schizophrenien, deren Symptomatologie sich im Zwangssyndrom erschöpft“.

5. *Karl W.*, 19 Jahre. Seit einem Jahr verändert. Unlustig. Hypochondrische Ideen, überempfindlich gegen Bemerkungen seiner Mitschüler. Wagte sich nicht mehr in die Schule.

Bildete sich ein, von einer Bekannten, einer verheirateten Frau, einmal als Kind in deren Wohnung geschlechtlich mißbraucht worden zu sein. Dieser Gedanke tauchte plötzlich auf und drängte sich so hartnäckig vor, daß er an der Tatsächlichkeit dieses Erlebnisses nicht zweifelte. Im Sanatorium merkte er, daß andere Kranke Wahnidene hatten, deren Unsinnigkeit er erkannte. „Ich hatte nun plötzlich die Wahnidée, daß ich keine Wahnidée mehr habe“. Es kamen ihm Gedanken, z. B. daß er kastriert werde, daß die Mitkranken homosexuell seien, daß er selber homosexuell veranlagt sei. Das regte ihn sehr auf, obschon er wußte, daß alles das nur Wahnidene wären.

Mußte bei Spaziergängen zwangsmäßig seine Schritte zählen bis 6 und dann wieder mit 1 anfangen. Er hatte sich nämlich vor dem Einschlafen gewöhnt, bis 6 zu zählen und das so lange fortzusetzen, bis er eingeschlafen war. Er tat das absichtlich. Daraus aber entwickelte sich dann das zwangsmäßige Zählen der Schritte.

In der Klinik reizbar, negativistisch, zerfahren, halluziniert. Keine Zwangsvorstellungen mehr.

Der Kranke hat eine Reihe wahnhafter Einfälle, denen er mit einer summarischen und schwankenden Kritik gegenübersteht: autochthone Ideen in *Wernickes* Sinn. Überdies aber zeigt er noch ein weiteres Phänomen, das zwangsmäßig auftritt: er muß seine Schritte zählen, von 1—6 und wieder von 1—6. Es handelt sich um einen Vorgang derart, wie er besonders häufig bei Kindern angetroffen wird. Er steht gewissen Angewohnheiten nahe, und man sieht ja auch in unserem Fall, wie eine gewohnheitsmäßige Übung schließlich zwangsmäßig wird.

6. *Luisa H.*, 23 Jahre. Mit 14 Jahren „nervöser Zusammenbruch“, mußte jede Beschäftigung aufgeben, saß müßig zu Hause herum. In dieser Zeit trat der Zwang auf, alles noch einmal berühren zu müssen. Mußte alle Gegenstände aufheben, wieder hinlegen, von neuem aufheben und hinlegen. Mußte das Handtuch auseinander falten und wieder zusammenlegen. Konnte kein Buch zu Ende lesen, weil sie jeden Satz oder mehr lesen und dann genau dasselbe mehrere Male wieder lesen mußte. Wollte gerne jemanden um sich haben, der sie von diesen Wiederholungen hätte abhalten können, da sie den Zwang aus eigener Kraft nicht unterdrücken konnte.

Auch beim Waschen, Anziehen mußte sie alles wiederholen. Wenn sie daran gehindert wurde, fühlte sie sich „unglücklich“.

Im Laufe der Jahre traten diese Erscheinungen nach und nach zurück, während eine Reihe abergläubischer Befürchtungen und sonderbare hypochondrische Ideen sich einstellten, ohne jedoch als lästiger Zwang empfunden zu werden. Ist seit 2 Jahren „verändert“. Hat eine Reihe von Vorsichtsmaßregeln, die sie anwendet, um „absonderliche Gefühlszustände“ zu vermeiden. Der eine wird hervorgerufen durch Obstipation, der andere dadurch, daß sie angefaßt wird oder indem man ihren Stuhl, ihr Bett erschüttert. Sie empfindet ihren Körper als unbequem oder sie hat die Empfindung, daß sie nicht mehr, manchmal, daß sie sehr viel essen könne. Oder als ob ihr Leben aus wäre. Diesem Gefühl kann sie nur entrinnen, indem sie schnell etwas Schokolade ißt.

In der Klinik nichts von Zwangsideen. Ruhig, redselig, auffallend affektlos.

Es ist nicht leicht, sich hier für eine Diagnose zu entscheiden; leider war auch keine Katamnese zu erheben, da die Kranke sich nur vorübergehend in Deutschland aufgehalten hatte. Immerhin scheint mir gerade das Verschwinden der Zwangsscheinungen, nachdem sie jahrelang bestanden hatten, und ihre Ablösung durch sonderbare hypochondrische Befürchtungen sehr viel mehr für eine schizophrene Erkrankung zu sprechen als für eine Zwangsneurose. Auch die geringe Affektivität, die in der Klinik besonders auffiel, und die — objektive — Angabe, daß sie seit 2 Jahren „verändert“ sei, lassen kaum eine andere Deutung zu.

Die Tatsache, daß Zwangsscheinungen nicht vor der Pubertät beobachtet wurden; daß sie erst mit 14 Jahren auftraten, und zwar neben anderen Symptomen allgemein nervöser Art, und daß diese Erkrankung anscheinend so unvermittelt und zugleich so heftig einsetzte, daß von einem „nervösen Zusammenbruch“ die Rede ist, dies alles spricht wohl dafür, daß es sich schon um die ersten Vorläufer der Schizophrenie handelte, und daß die Zwangszustände als ihr Symptom zu werten sind.

Auch hier handelt es sich um Zwangsantriebe, und zwar um den Zwang, Gegenstände zu berühren oder Handlungen zu wiederholen.

Man könnte vermuten, daß die „mechanischen Zwangsantriebe“ (*Friedmann*) besonders unmittelbar durch biologische Faktoren verursacht werden, so wie etwa die Müdigkeit die Perseveration stärker hervortreten läßt; gleichviel, ob dies nun dadurch geschieht, daß die an sich physiologische Perseverationstendenz auftauchender Bewußtsinhalte verstärkt wird, oder dadurch, daß die Ermüdung primär das Auftauchen neuer Vorstellungen und Antriebe verhindert (*Müller u. Pilzecker*).

Eine gewisse Stütze für die Vermutung, daß dieser Art der Zwangsscheinungen eine besondere Genese zukommt, könnte man darin sehen, daß sie nicht selten bei Erwachsenen angetroffen werden, die sonst nicht zur Zwangsbildung neigen, und außerdem bei Kindern. Vielleicht deshalb, weil bei ihnen die Tendenz zum Beharren und zur Wiederholung noch besonders groß ist. Zudem liegen ja diese Erscheinungen häufig in der Gesundheitsbreite und gehören zu den „physiologischen Zwangsvorstellungen“, bei denen nicht der Inhalt, sondern nur das Dominieren als unsinnig empfunden wird.

Auch das Attribut „mechanisch“ weist darauf hin, daß hier nicht eine so komplizierte Genese angenommen wird wie bei den Zwangsvorstellungen sonst. Gerade deshalb aber scheint es mir ratsam, die Kontrastassoziationen und einen Teil der Zwangseinfälle, wie sie *Friedmann* unter seiner Rubrik der mechanischen Zwangssassoziationen erwähnt, von ihnen auszuschließen, wenn sie auch mit ihnen gemein-

sam haben, daß sie nur bei bestimmten Anlässen auftreten; aber das teilen sie mit vielen anderen Zwangsvorstellungen auch, besonders mit Zwangsantrieben und Phobien.

Wie man auch hier die genetische Struktur deuten mag, soviel ist sicher, daß — im Gegensatz zu der oben diskutierten Annahme — greifbaren biologischen Faktoren eine *wesentliche* Rolle im Aufbau nur selten zukommt. Auch in meinen beiden Beobachtungen 5 und 6 ist das nicht der Fall. Ein Zustand „nervöser Erregung“ läßt sich dagegen hier wie sonst in der Regel nachweisen.

Diese Erwägungen führen am Ende zur Frage, ob denn für alle Zwangsvorstellungen die gleiche Art der Entstehung gilt, und wieso es überhaupt zu ihrer Bildung kommt. Friedmann hat ja neuerdings dieses Problem eingehend erörtert und in der Tat ein Schema der wirkenden Kräfte aufgestellt, das mit geringen Variationen allen Formen gerecht werden will. Kehrer ist der Frage auf einer noch breiteren Grundlage nachgegangen, indem er die somatischen und hereditären Verhältnisse mit heranzog. Damit ist das Problem nun doch wieder in einen großen biologischen Rahmen gespannt.

Ich bin der Meinung, daß letzten Endes die Fähigkeit zur Zwangsbildung ein konstitutionell gegründetes Merkmal der erkrankten Persönlichkeit ist, das unter verschiedenen Bedingungen manifest wird und das sich in der charakterologischen Schicht nicht fassen läßt. Ich kann mir auch nur damit erklären, daß eine so große Fülle der Erscheinungsformen mit den gleichen phänomenologischen Merkmalen gegeben ist¹⁾.

Die nachfolgende Beobachtung zeigt typische Schmutzfurcht mit gesteigerten Reinigungsimpulsen. Zu erwähnen ist hier besonders, daß die Zwangsvorstellungen während des akuten Schubes verschwinden, um in der Remission von neuem und in der gleichen Art aufzutreten, ähnlich wie das Pilez in seinem (dem zweiten von mir zitierten) Fall beschrieb.

7. Sophie St., 29 Jahre. Von jeher nervös, übertrieben peinlich. Seit 3 Jahren im Haushalt auffällig. Mußte immer wieder abstauben. Kleider durften nirgends anstreifen. Eifersuchtsideen. In der Klinik erregt; meint, es sei Chloroform im Essen. Halluziniert, unzugänglich, grimmig. Stereotype Redewendungen. Nach Entlassung aus der Anstalt zu Hause noch Krankheitsgefühl. Hatte wieder ihren alten „Wahn“: mußte den Tisch immer zweimal hintereinander abwischen, obwohl sie sich immer wieder sagte, daß das doch töricht sei.

1) Im Prinzip scheinen mir die Verhältnisse ähnlich zu liegen, wie dies Lange für die Paranoia angenommen hat, auf dessen Arbeit (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 94, 132ff.) besonders verwiesen sei. In einer weiteren Arbeit über eine chronisch-systematisierende Zwangserkrankung bin ich noch einmal des näheren auf dieses Problem eingegangen.

Konnte nicht mehr recht arbeiten, blieb immer reizbar. Kommt wegen erneuter Erregung 13 Jahre später wieder in die Klinik. Keine Zwangsvorstellungen. Gleichmütig, aber auffallend redselig, dabei geschraubt, in Gesten und Mimik geziert, unnatürlich, läppisch.

Stirbt $\frac{1}{2}$ Jahr später an Tuberkulose.

In den 4 Fällen, die nun folgen, handelt es sich im wesentlichen um Kontrastideen.

8. Johanna R., 37 Jahre. Mit 14 Jahren mehrere Monate krank. Bleichsüchtig, einmal kurzer Ohnmachtsanfall; war leutescheu, hatte andererseits wieder entsetzliche Angst vor dem Alleinsein. Lag wochenlang zu Bett, mußte ein Jahr im Unterricht aussetzen.

In dieser Zeit traten zum erstenmal Zwangszustände auf. Hatte den Drang, verschiedenen Leuten Zettel anhängen zu müssen, hatte Angst davor. Führt diese Zwangsvorstellungen darauf zurück, daß sie einen Coitus zwischen einem Mann und einem Mädchen sah; war darüber ganz auseinander.

Heirat mit 22 Jahren. Ehe glücklich, aber kinderlos. Ein Jahr später Depressionszustand von 4 Monaten Dauer. Grundlos verstimmt, gehemmt, ängstlich erregt, Selbstvorwürfe und Versündigungsideen. Mißtrauisch, starke Gewichtsabnahme.

Seit etwa 6 Jahren im allgemeinen stiller geworden, ernster. Häufig Verstimmungszustände mit ängstlicher Erregung und Befürchtungen um ihren Mann. Mußte in solchen Tagen häßliche Worte gegen ihren Willen gebrauchen. Glaubte ihren Mann für alles Unangenehme verantwortlich gemacht zu haben. Bevor sie in die Klinik kam, war sie über ein halbes Jahr in einem Sanatorium gewesen. Zu Hause wieder Erregungszustände, mit illusionären Verkennungen, groben Selbstvorwürfen. Gefühl der Veränderung, Unheimlichkeit.

In der Klinik etwa sieben Monate. Wechselndes Verhalten. Viel reaktive Erscheinungen, plötzliche Stimmungsschwankungen. Zunehmend negativistisch, manieriert, sexuell erregt. Triebhafte Mißhandlungen und unflätige Schimpferien.

Nur im Anfang noch Zwangsvorstellungen bei lebhaftem und natürlich deprimivem Affekt. Muß zwangsmäßig schlimme Dinge von ihrem Manne sagen, die zum großen Teil die geschlechtliche Sphäre zu betreffen scheinen, vor allem sadistische Dinge. Danach vorübergehend das Gefühl der Befreiung, dann Reue, Selbstvorwürfe, wie sie von ihrem guten Manne solche Dinge sagen könne.

9. August C., 51 Jahre. In der Jugend talentiert, Maler; frühzeitig sexuell überregbar. Fing in den 20er Jahren an zu verbummeln, war reizbar, fühlte sich beobachtet. Wurde scheu und unzugänglich, reiste. Ging oft mit Messer, Bleiknäppel, Schlagriemen aus, um sich „zu rächen“. Schoß nach einer spöttischen Bemerkung auf einen Onkel, drehte aber noch im letzten Augenblick die Flinte, so daß dieser nur gestreift wurde und man einen unglücklichen Zufall annahm. In den letzten Jahren im allgemeinen unauffällig, beschäftigt sich fast nur mit einer Schmetterlingssammlung. „Sonderling.“

Hat seit langen Jahren eine Reihe von „zwangsmäßigen Gedanken“, die mit seinen eigentlichen Absichten in Widerspruch stehen. Hat den Drang, Gott zu lästern, auf die Geistlichen zu schimpfen. Anfänglich ließ er sich in diesen Gedanken gehen, hörte nicht darauf oder lachte darüber. Allmählich aber empfand er sie als schwere Verfehlung, kämpfte dagegen und litt schrecklich unter dem vergeblichen Bemühen, sie zu unterdrücken. Ferner plagte ihn sein reger Geschlechtstrieb, dessen Befriedigung er doch als Unkeuschheit empfand. Beichten brachten ihm keinen Trost. So ergriff er den Ausweg, seine geheimen Verfehlungen und schlechten Gedanken dadurch wieder zu sühnen, daß er sich selber das

Nötigste versagte, in schlechten Kleidern herumlief und das Erübrigste für gute Zwecke verwendete. Trotzdem hatte er immer das Gefühl, daß er der göttlichen Gerechtigkeit ausgeliefert ist, da jeder für seine Taten verantwortlich sei.

Kommt in die Klinik, weil er auf der Straße einen Arzt beschimpfte, von dem er sich seit 11 Jahren belästigt glaubt. Der Herr habe ihn zum Gruß zwingen wollen.

Orientiert, keine Sinnestäuschungen, affektvoll, hypochondrische Ideen; steife Haltung, geringe Mimik, intellektuell dürfzig, läppisch, hält sich von den anderen Kranken fern.

Bittet inständig, seine täglichen Waschungen ausführen zu dürfen, 200 mal die Geschlechtsteile in bestimmter Reihenfolge.

10. *Johann St.*, 18 Jahre. Seit einigen Monaten auffallend zerstreut, unruhig; im Anschluß an Generalbeichte „unreine Gedanken“. Daß die Hostie beim Kommunizieren ins Genitale kommt, daß Christus auch eine Rotznase hatte usw. Litt sehr darunter. Machte sich Vorwürfe, er sei verdammt. Verlor die Lust an der Arbeit, konnte nicht schlafen. Dann traten phantastisch-hypochondrische Ideen auf: Habe keine Gedärme mehr, könne nichts essen. Sei gestorben oder im Begriff zu sterben. Habe seine Mutter umgebracht.

In der Klinik ängstlich, zerfahren, negativistisch. In der Anstalt ganz kata-tones Zustandsbild.

11. *Josef Z.*, 14 Jahre. Immer besonders. „Nicht gerade boshart, aber extra.“ Hatte schon immer einen Sporn im Schädel. „Außerordentlich gschamig.“

Seit 2 Monaten krank. Fing an, heftig mit den Armen zu zucken und Gesichter zu schneiden. Verdreht die Augen, schreit laut, er bringe die unkeuschen Gedanken nicht los. Ballt die Fäuste, betet stundenlang. Vor 14 Jahren waren die Zuckungen so schlimm, daß er alle 5 Minuten aufspringen und herum hüpfen mußte. All dies macht er, um seine häßlichen Gedanken zu vertreiben.

Vor Weihnachten kamen diese Gedanken vielleicht einmal im Tag, dann alle Stunden und jetzt sind sie überhaupt immer da. Nur wenn er etwas liest und sich stark darauf konzentriert, hat er Ruhe, oder wenn er sich mit jemandem unterhält oder spielt. Beim Beten ist es besonders schlimm, vor allem, wenn er laut betet. Versichert immer wieder, daß er die schlechten Gedanken gar nicht denken will, die Gedanken über Vater, Mutter und Bruder.

Ist in der Klinik örtlich und zeitlich orientiert. Macht dauernd Grimassen. Besonders heftig wird dies, wenn man über seine „schlechten Gedanken“ mit ihm spricht. Stimmen hören wird verneint. Ist nicht kataleptisch.

Gibt an, die Belästigungen hätten damit begonnen, daß er in der Kirche an nackte Menschen habe denken müssen. Dann hätten sich die Vorstellungen eingesetzt, Bruder und Eltern seien verflucht. Glaubt nicht, daß irgend jemand an seinen Gedanken schuld sei.

Wird nach 8 Tagen mit der Diagnose: Zwangsneurose entlassen. Kommt 4 Monate später erneut in die Klinik.

Alles, was er ansieht, wird ein Mensch, d. h. verwandelt sich in eine nackte Figur. Er sieht männliche Gestalten. Nach Angaben der Eltern ist er mit 5 Jahren von einem Kutscher öfters mißbraucht worden.

Nachts sind diese Vorstellungen am ärgsten. Er betet viel, damit die Gestalten nicht kommen, auch untertags. Dann kommen aber die Gestalten erst recht. Ist wenig, meint, es sei eine Sünde, viel zu essen. Gedanken kommen, wenn er nichts zu tun hat, auch Flüche kommen ihm, obwohl er nicht fluchen will. Es kommen immer schlechte Gedanken.

Sitzt meist mit halboffenem Mund und halbgeschlossenen Augen da. Spricht leise vor sich hin, gibt spärlich Auskunft. Macht niedergeschlagenen Eindruck, behält gegebene Stellungen enorm lange bei.

Diagnose: Dementia praecox ? Zwangsvorstellungen.

Wird nach kurzer Zeit in die Anstalt überführt, ist dort ruhig, eignet sich aber nicht für das Kinderhaus, da er schamlos onaniert. Wird bald entlassen mit der Diagnose Psychopathie.

Die Familie ist aus Bayern verzogen; wiederholte katamnestische Erhebungen blieben unbeantwortet.

Bei Frau G. handelt es sich um eine periodisch verlaufende Schizophrenie mit viel zirkulären Erscheinungen. In depressiven Verstimungszuständen bleibt sie bis weit in die Krankheit hinein weich, zugänglich und von lebhaftem Affekt. In diesen Zeiten tauchen immer wieder koprolokale Impulse auf, denen sie wenigstens zuweilen auch nachgibt. Gegen ihren Willen muß sie häßliche Worte gebrauchen, muß plötzlich zwangsmäßig schlimme Dinge von ihrem Manne sagen, aber anscheinend nur vor sich selber, nie zu anderen. Es ist interessant zu sehen, daß die Zwangsercheinungen verschwinden, als die Kranke unzugänglicher, negativistischer wird, und daß sich nun Schimpfereien triebartig entladen.

So zeigt sich bei ihr von den ersten Anfängen der Zwangsbildung — dem Drang, anderen Leuten Zettel anzuhängen — bis zu den impulsiven Handlungen eine Skala von Triebregungen. Zunächst klingt nur in der auftauchenden Vorstellung zugleich ein Antrieb mit an, ein Reiz, ein Kitzel, das Vorgestellte und Befürchtete auch auszuführen. Jahre später kommt es dann unter echtem Zwangserlebnis zu Kontrastideen und aus ihnen zur Koprolokalie. Schließlich brechen unflätige Schimpfereien und Gewalttätigkeiten urplötzlich und hemmungslos aus der Kranken hervor. Eine Begründung gibt sie dafür nicht; erst viel später äußert sie einmal, als man sie wegen ihrer Schimpfereien zur Rede stellt, „nicht sie selber sage es, sondern jemand, der in ihrem Bauche sitze, eine ganze Bande sei es, besonders ein Mann sage die unflätigsten Sachen“.

Kronfeld hat darauf hingewiesen, daß zwischen den seelischen Abläufen, die wir Antrieb, Impuls, Drang, Sucht, Zwang usw. nennen, ein kontinuierliches ineinander-Überfließen besteht, und daß sich das ihnen Gemeinsame um die Triebhaftigkeit zentriert. Ihr erlebnismäßiger Grundzug sei, daß das Bewußtsein der Aktivität, des „ich will“ mehr oder minder zurücktritt vor einem „es treibt mich“ oder „ich werde getrieben“.

In unserem Fall ist es so, daß die Zwangsantriebe und die Triebhandlungen durchaus verschieden erlebt werden, wenn auch *beide* Male das Aktivitätsgefühl erheblich gestört ist.

Einmal heißt es: ich muß gegen den Willen häßliche Worte gebrauchen, und im zweiten: nicht ich, sondern jemand spricht aus mir. Freilich ist dies letzte eine wahnhafte Erklärung, und zur Triebhand-

lung gehört ja an sich die Bestimmung, daß sich der Handelnde bewußt ist, „Träger eigenen Tuns zu sein“ (*Kronfeld*).

Jedenfalls läßt sich für die triebartigen Handlungen in der ersten Zeit häufig ein reaktives Moment nicht erkennen, und man muß überdies bedenken, daß die Kranke halluzinierte und Beeinträchtigungs-ideen hatte. Auch daß sie sich in der ersten Zeit noch gelegentlich für ihre Ausbrüche entschuldigte, mag dafür sprechen, daß sie sich verantwortlich fühlte für ein Tun, das ihr selber als eigenes erschien. Aber das alles zeigt zugleich, wie schwer es ist, hier zwischen Affekt-handlungen, Automatismen und triebartigem Handeln zu unterscheiden. Auch ist zu bedenken, daß sich ja die Schimpfereien und Gewalt-tätigkeiten nur selten gegen den Ehemann entluden, während dies bei den koproalen Impulsen ausschließlich der Fall war.

Worauf es mir ankommt, ist dies: Läßt sich nachweisen, daß unter dem Einfluß der schizophrenen Erkrankung aus den Zwangsantrieben triebartige Handlungen hervorgingen, etwa dadurch, daß zwischen Triebregung und Triebhandlung jeder Kampf der Motive getilgt wurde?

So einfach und verlockend es wäre, diesen Modus anzunehmen, so sehe ich doch hier keine Möglichkeit, ihn zu beweisen. Ich bin auch nicht der Meinung, daß das *eine* Phänomen gewissermaßen aus dem anderen hervorgeht, und daß für diesen Vorgang bei genauer psychologischer Analyse irgendein Mechanismus zu finden wäre; sondern ich glaube, daß *beide* Symptome Erscheinungen derselben Krankheit — wenn auch verschiedener Phasen — sind; daß sie nacheinander, aber nicht *auseinander* entstehen; daß aber das ihnen Gemeinsame in Merkmalen der Persönlichkeit begründet ist, in einer Neigung zu besonders leichtem Auftauchen von Triebregungen.

Auch in den Fällen 9—11 handelt es sich um typische Kontrast-ideen, und an ihrer Zugehörigkeit zu den Zwangsvorstellungen kann nicht gezweifelt werden. Dagegen bedarf es bei August C. und Josef Z. einiger Bemerkungen zur Diagnose. Bei Z. schwankte ja die Meinung hin und her; das jugendliche Alter, das Fehlen schizophrener Störungen ließen eine *Dementia praecox* in der Klinik nur vermuten. Mir scheint aber, trotz der fehlenden Katamnese, die kurze Notiz, daß der Kranke in der Anstalt sehr bald ruhig geworden war, und nun so schamlos onanierte, daß er auf der Kinderabteilung nicht gehalten werden konnte, für eine Schizophrenie zu sprechen und nicht für eine Zwangsneurose.

August C. ist ein verschrobener Sonderling. Sein Vater war sehr wahrscheinlich ein Zirkulärer, und auch unser Kranter zeigt eine Reihe von Merkmalen, die nicht recht in das Bild eines alten Schizophrenen passen — vor allem die gute Affektivität. Dennoch halte ich den Kranken für einen Schizophrenen und glaube, daß er in den 20erJahren einen paranoid gefärbten Schub überstand. Überdies wird neben der

guten Affektivität doch auch die steife Haltung, die geringe Mimik und das Dürftige und Läppische seiner ganzen Persönlichkeit betont. Auch scheint mir hinter seinen ganz umschriebenen und mageren Beziehungen kein tiefer und formender Affekt zu bestehen.

Friedmann spricht davon, daß Kontrastideen infolge einer Überdrußreaktion zustande kommen. Und man weiß ja aus der täglichen Erfahrung, wie eng Gegensätze miteinander verknüpft sind; wie leicht ein Gefühl auf seinem Gipfel sich in sein Widerpart verkehrt und wie oft bei einer Vorstellung ihre Gegenvorstellung mit anklingt. Erst dann, wenn keine klare Wahlentscheidung oder kein Zusammenschluß zustande kommt, entstehen abnorme Erscheinungen. Die eine Möglichkeit, und diejenige, die hier in Frage kommt, ist die, daß gerade die Gegenvorstellung hervordrängt, daß sie sich gegen den Willen des Subjekts und gegen seine bessere Einsicht nicht abbiegen läßt, sondern dominiert. Das ist die Zwangsvorstellung aus Kontrast. Frau G. sagt schlimme Dinge über ihren Mann, den sie „zärtlich“¹⁾ liebt; August C. muß im Widerspruch zu seinen eigentlichen Absichten Gott lästern und auf die Geistlichen schimpfen; dem Johann St. kommen nach der Generalbeichte unreine Gedanken, und Josef Z., der außerordentlich „Gschemige“, muß gerade in der Kirche und beim Beten an nackte Menschen denken und kann schlechte Gedanken über seine Eltern nicht vertreiben, obgleich er sich wahrhaft mit Händen und Füßen dagegen wehrt.

Frömmigkeit und Blasphemie, Reinheit und unkeusche Gedanken, Liebe und Haß spielen hier eine große Rolle. Wo sie in starker polarer Spannung als Kontrastideen dominieren, da scheint es, als könne man unmittelbar in das Räderwerk dieser Menschen sehen und die Dissonanz ihrer Triebe erkennen.

Aber die Psychologie der Gegensätze ist nicht so einfach zu lösen. Wie *Bumke* hervorhebt, quält es die Kranken, daß bei ihnen überhaupt solche Gedanken möglich sind, und sie schließen daraus auf versteckte Sündhaftigkeit. Für diese jedoch gibt es kein absolutes Maß, und mir scheint es — abgesehen von dem Zwang und seiner Genese — nicht sehr verwunderlich, daß derlei Gedanken überhaupt auftauchen, eben weil sie als Widerpart anderer Vorstellungen leicht parat liegen, sondern daß sie als ein so schweres Vergehen empfunden werden. Doch gibt hierzu bisweilen erst die Unverdrängbarkeit den Ausschlag, so wie

¹⁾ Daß die Gefühle der Frau G. für ihren Mann im Grunde zwiespältig waren, und daß der Inhalt ihrer Zwangsvorstellungen zum großen Teil gerade in Anschuldigungen sexueller Art gegen den Mann besteht, wird durchsichtig und verständlich, wenn man bedenkt, daß der Mann um fast 30 Jahre älter war, und daß so die in der Klinik auffallend erotische Frau sexuelle Wünsche „verdrängen“ mußte.

auch in meinem Fall 9 (ähnlich wie bei dem von *Bumke* zitierten Grünen Heinrich) der Kranke anfänglich auf seine auftauchenden Gotteslästerungen „nicht hörte, oft darüber lachte, und sie erst allmählich als Verfehlung empfand“.

Es handelt sich bei den Kontrastideen um keine besondere *Form* der Zwangsvorstellungen; nur der *Inhalt* ist besonders, und mir scheint, er ist nicht mehr und nicht weniger mit Persönlichkeit und Anlaß verknüpft als *andere* Inhalte von Zwangsercheinungen. Auch Zwangsantriebe und Zwangsbefürchtungen werden gelegentlich kontrastmäßig gegeben. Ich glaube deshalb nicht, daß den Zwangsbildungen aus Kontrast besondere charakterologische Merkmale irgendwie zugeordnet sind, und betone das, weil es ja sonst — wie oben angedeutet wurde — nur billig wäre, hinter der Gegensätzlichkeit der Erscheinung eine Gegensätzlichkeit der Persönlichkeitsstruktur zu suchen.

Nun ist ja eine solche Antipolarität psychischer Funktionen, eine Persönlichkeitsspaltung immer wieder bei Zwangsneurotikern beobachtet worden; eine Disharmonie zwischen — sexuellen — Trieben und ihrem Erleben, gleichviel ob das eine oder das andere primär ist, oder ob zwangsneurotischer Charakter und biologisch fundierte sexuelle Perversität unabhängig nebeneinander bestehen (wie *Hoffmann* annimmt).

Doch scheint mir dem ethisch-bedenklichen, selbstunsicheren Wesen, wie es sich gerade auch in der Stellung zu den Kontrastideen dokumentiert, am Aufbau der Zwangsercheinungen eine größere Rolle zuzu kommen als besonders starken oder besonders gerichteten Trieben.

Wie schwer es jedoch ist, der Dynamik der Zwangsercheinungen nachzugehen, dafür soll noch ein Beispiel von Kontrastideen angeführt werden. Es handelt sich um einen anscheinend ungewöhnlich seltenen Fall von Zwangsvorstellungen bei epileptischer Erkrankung, wohl genuiner Art.

Walpurga M.,¹ 42 Jahre. Verträglich, sehr beliebt, fleißig, lustig, vergnügt. Seit 7 Jahren epileptiforme Anfälle. Einmal für Tage Verwirrheitszustand.

Seit einigen Monaten Zwangsvorstellungen. Aus der Brust steigen ihr Gedanken auf und erschrecken sie. Meistens kommen sie am Morgen beim Aufstehen. Muß denken, daß sie lieber in die Hölle als in den Himmel kommen möchte; man hat gerade recht getan, daß man Christus gekreuzigt hat. Bei der Wandlung kam ihr der Gedanke: „Jetzt hebt er den Nachthafen in die Höhe“; muß in Gedanken sagen: „Maria, du bist ein Schwein!“

Kämpft gegen diese Gedanken an. Krampft die Hände zusammen, beißt die Zähne aufeinander. Betet, schwitzt dabei. Die Gedanken „drängen sich ins Herz, dann muß ich den Arm vor Schmerz fallen lassen“. Leidet sehr. Fühlt sich verworfen. Hat es dem Geistlichen gesagt. Versuchte sich das Leben zu nehmen.

Geistiger Rückgang. Schlechtes Gedächtnis. In der Klinik freundlich, bereitwillig, geordnet. Krankheitseinsicht.

Es liegt nahe, für diese Kontrastideen in der Frömmelei vieler Epileptiker einen Grund zu suchen. Aber davon ist hier weder unter den

prämorbidien Eigenschaften die Rede noch unter den Merkmalen der krankhaften Persönlichkeitsänderung.

Zudem finden wir die Frömmelei oft und die Kontrastideen selten. Vielleicht deshalb, weil Frömmelei keine Frömmigkeit ist, und weil nur einem tiefen Gefühl und einem starken Trieb das Gegenteil nahe ist. Man könnte das für einen Hinweis darauf halten, daß eben doch im Widerspiel zwischen Trieben und ethischer Bedenklichkeit die symptomgestaltende Kraft den Trieben zukommt.

Ich kann dem nicht zustimmen. Auch der Zwangsneurotiker zeichnet sich nicht gerade durch überbrückende Kraft der Gefühle und durch heftige Triebe aus. Dagegen ist die ethische Bedenklichkeit der Epileptiker von ganz anderer Art als die der Zwangsneurotiker. Hier ist es eine Ängstlichkeit und Plage vor dem eigenen Gewissen und dort eine Scheinbedenklichkeit vor den Augen der Welt.

II. Gehäufte Zwangsvorstellungen.

Den Fällen, über die bisher berichtet wurde und bei denen die Zwangsercheinungen vorwiegend vereinzelt auftraten, reihen sich 5 Beobachtungen an, bei denen Zwangsercheinungen für mehr oder weniger lange Zeit so im Vordergrund stehen und die ganze Symptomatologie so sehr beherrschen, daß die Entscheidung, ob es sich um eine Prozeßschizophrenie oder eine funktionelle zwangsneurotische Erkrankung handle, auf große Schwierigkeiten stößt.

Das sind Fälle, wie sie *K. Schneider* beschrieben hat. Auch *Bumke* erwähnt die Krankengeschichte eines Mädchens, das sich einen ganzen Irrgarten zusammengedacht hatte, und meint, daß derlei möglicherweise schon in das Gebiet der *Dementia praecox* gehören.

12. *Max B.*, 18 Jahre. In der Schule immer still, scheu, ängstlich; zu Hause lebhaft.

Mit 13 Jahren „Platzangst“. Wollte nicht allein zur Schule gehen, meinte, er müsse ersticken; ging nicht allein aus, weil er fürchtete, ihn treffe der Schlag; klagte über Herzschmerzen.

Mit 16 Jahren wieder für längere Zeit Platzangst: wollte nicht über Plätze gehen, nicht in der Trambahn fahren.

Im Anschluß an den Selbstmord des Vaters verändert. Ängstlich, schwitzte und zitterte vor Angst; äußerte Selbstmordabsichten, weil er unheilbar sei. Schimpfte über die Ärzte. Wurde wegen seiner Nervosität aus dem Bureau, in dem er arbeitete, entlassen.

Im Beruf überängstlich; mußte jedes Schriftstück 5—6 mal durchlesen, um ja auf alle Fehler aufmerksam zu werden.

Später wiederholte Erregungszustände: weil es eine schreiende Ungerechtigkeit sei, daß Ärzte nichts wissen sollten, da sie doch 6 Jahre studiert hätten; schlug mit einem Messer um sich, weil er merkte, daß seine Nerven das Theologiestudium nicht zulassen würden. Betete viel, ging viel zur Kirche; glaubte, wegen seiner Bildung den Neid der Hausbewohner auf sich gezogen zu haben.

Wiederholte „hysteriforme Anfälle“.

In der Klinik gereizt, weinerlich erregt; geschraubte Ausdrucksweise, manieriertes Benehmen. Affektarm. Klagt über Schmerzen im Mastdarm, Atembeklemmung.

In der Anstalt noch 4 Monate; im wesentlichen unverändert, dann guter Stimmung, aber noch „gewunden und bizarr“. Im Verlauf weniger Wochen „frei von jeder traurigen Idee und jedem dummen Gedanken. Das Krankheitsgefühl sei wie wegblasen“.

Katamnese wird 4 Jahre später bei der Mutter erhoben. Pat. schreibt aber selbst, weil er annimmt, daß „eigenhändig geschriebene Mitteilungen doch wohl von Interesse wären für die Herren Ärzte“. Die Schrift ist auffallend steif, kindlich ungelenk, vielfach korrigiert. Auf die Bitte, sich vorzustellen, erscheint er sofort. Schiebt sich dienernd die Treppe herauf, kindliches Gesicht, glatt und glänzend von unentwegtem Lächeln. Gibt bereitwillig Auskunft, redet breit daher, geziert und ein wenig pathetisch; fragt und fragt: religiös-dogmatische und philosophische Probleme, und ob alle Priester das glaubten, was sie predigen. Läßt sich auf nichts anderes mehr schieben.

Nach seiner Entlassung aus der Anstalt suchte er nach einer Stelle, fand nichts. Entschloß sich, noch einen Handelskurs mitzumachen. Dann Heimarbeit, schrieb Adressen. Knapp 2 Jahre war er bei einem Anwalt im Bureau. Die Frau des Anwaltes arbeitete mit in der Kanzlei. Warf ihm vor, er sei zu langsam. Meint selber, er sei halt durch die Krankheit herausgekommen. Sei eben praktisch nicht mehr so tüchtig. Es gab Streit. Trat aus, „um sich keiner ungesetzlichen Handlung schuldig zu machen“. Sucht seitdem nach Stellung im Staatsdienst.

In der Anstalt hatte er viel Kopfschmerzen. Das ist aber schon lange vorbei. Zwangsvorstellungen hatte er seitdem nicht mehr. In der Arbeit sei er schon noch gewissenhaft, aber nicht mehr als andere, kein Kontrollzwang mehr.

Erinnert sich noch gut an seine früheren Beobachtungen. Hatte so vom 13. bis zum 16. Jahr die Furcht, er müsse ersticken. Traute sich nicht über einen Platz, wenn er leer war, hatte Angst, durch eine leere Straße zu gehen. Waren Straßen und Plätze belebt, so hatte er gar keine ängstlichen Vorstellungen. Hielt diese Vorstellungen nicht für krankhaft. Später, mit 18 Jahren, hatte er die gleichen Ideen; Angst, es könnte ihn der Schlag treffen. Ging nicht mehr durch das Medizinviertel, sah sich schon auf dem Seziertisch, mußte sich das alles ausmalen, war ganz verzweifelt. Hielt seine Gedanken nur dann für unsinnig, wenn er einigermaßen ruhig war, besonders, wie es mit ihm in der Anstalt besser wurde.

Jetzt liest er viel, vor allem religiöse Bücher. Wollte ja früher Priester werden. Habe aber eingesehen, daß er dieses Ziel nicht erreichen könne.

Viel für sich, geht aber jede Woche einmal in den Stenographenverein.

Eine Begründung, daß es sich hier um echte Zwangsvorstellungen handelt, ist wohl nicht nötig. Irrtumsfurcht und Kontrollzwang sind ja durchaus typisch, und wenn die Zwangsbefürchtungen nicht immer als unsinnig oder krankhaft erkannt werden, so muß man bedenken, daß die Angst, die gerade hinter den Phobien steht, die Kritik oft ganz ausschaltet, und daß überdies gerade von jungen Menschen Zwangsvorstellungen oft viele Jahre lang gar nicht als krankhaft erkannt werden.

Schwieriger ist die Frage, ob es sich wirklich um eine Schizophrenie handelt.

Das frühe Auftreten der Zwangsvorstellungen und ihr zunächst periodischer Verlauf sind sehr verdächtig für eine originäre Zwangserkrankung.

kung. An dem akuten, doch deutlich reaktiven Beginn der zweiten Periode darf man sich dabei nicht stoßen.

Aber dieser periodische Verlauf legt überdies die Vermutung nahe, daß es sich weder um das eine noch um das andere, sondern um eine manisch-depressive Erkrankung handle. Die ungewöhnlichen Erscheinungen im Zustandsbild, die Sprunghaftigkeit, die heftigen reaktiven Erregungszustände bei unzulänglichsten Anlässen, die psychogenen Anfälle, die geschraubte manierierte Ausdrucksweise sind ja bei Pubertätsphasen des manisch-depressiven Irreseins nicht selten (*Lange*). Auch ist zu bedenken, daß der Vater zu Anfang der 60er Jahre mit depressiver Verstimmung und Verarmungsideen erkrankte und sich erhängte.

Trotz allem scheint mir die Diagnose Schizophrenie sicher zu sein, denn daß jetzt ein Defektzustand bei dem Kranken vorliegt, ist nicht zu erkennen. Er ist affektiv ziemlich gut erhalten, auch eine gewisse Betriebsamkeit ist auffällig und weist in die Richtung des Zirkulären; aber seine doch steife und geschraubte Art, die Zähigkeit seines Denkens, das sich gar nicht auf ein anderes Gleis schieben läßt, sein Versagen im Beruf und der soziale Abstieg sprechen gegen eine zirkuläre Erkrankung. Auch zeigt sich hier in der Einstellung zu diesen „lebenswichtigen Fragen“ doch ein Mangel an Affekt und an Urteil. Er weiß, daß er in seinen Leistungen nachgelassen hat, tut das aber obenhin und wie selbstverständlich ab und sagt zugleich, daß er sich um eine Anstellung im Staatsdienst bewerbe.

Ich nehme nach allem an, daß die Zwangsvorstellungen, vielleicht schon bei ihrem Auftreten, sicher aber während der zweiten Periode, Symptom einer schizophrenen Erkrankung waren.

13. Hildegard W., 34 Jahre. Immer sehr verschlossen, scheu, ängstlich; lernte gut, mußte sich aber anstrengen. Wollte ins Kloster, wurde wegen ihres kurzen Beines (spinale Kinderlähmung) nicht genommen.

Kommt wegen „Zwangsgedanken“ in die Klinik. Sie begannen mit dem 17. Jahr um die Zeit der Menarche und waren besonders stark, als die Regel mit 19 Jahren für ein Jahr aussetzte und die Kranke sich so elend fühlte.

Sie hatte — etwa mit 13 Jahren — sich angewöhnt, täglich einen Rosenkranz zu beten. Mit der Zeit setzte sich immer mehr der Gedanke fest, das sei eine Pflicht und ein Versprechen, das sie aber bei ihrer Müdigkeit schwer erfüllen konnte. Quälte sich jahrelang damit, konnte aber mit niemandem davon sprechen, bis sie sich endlich bei einer Mission beruhigen und dispensieren ließ.

Ähnlich ging es ihr bei allen möglichen Dingen, bei allem, was sie tun wollte, drängte sich mit Gewalt die Vorstellung auf, sie hätte sich durch ein Versprechen verpflichtet, das zu tun oder zu lassen, was ihr das weniger Angenehme war. Etwa: sich keinen Hut zu kaufen, obwohl sie einen brauchte usw. Diese Gedanken quälten sie ganz schrecklich. Besonders schlimm war es mit der Beichte. Sie hatte immer den Wunsch, zu beichten, war oft schon in der Kirche, brachte es aber dann nicht fertig. Tagelang quälte sie sich mit der Vorbereitung, konnte nie zu Ende kommen. Fürchtete immer, überhaupt nicht würdig beichten zu können, denn einsteils glaubte sie, bei der Beichte den Vorsatz fassen zu müssen, alle die

Verpflichtungen und Versprechungen, die sich ihr aufdrängten, zu halten, andererseits glaubte sie sich vornehmen zu müssen, die Zwangsgedanken, die sie selbst für krankhaft hält, bekämpfen zu sollen.

Sie wußte, daß alles wieder so weiter gehe, daß die Gedanken nach der Anstrengung der Beichte immer ärger würden. Sie hat überhaupt das Gefühl, gar nichts mehr recht machen zu können. Den ganzen Tag muß sie grübeln und sich quälen; zeitweise ist sie so elend, daß sie gar nicht mehr arbeiten kann, sich ins Bett legen muß. Mit kleinen Schwankungen ist der Zustand seit ihrem 17. Jahre etwa der gleiche geblieben. Sie glaubt auch, infolge der quälenden Zwangsgedanken heruntergekommen und in ihrem Denken langsamer und stumpfer geworden zu sein. Sei so mutlos und willensschwach, werde der Gedanken nicht Herr.

Mit Männern hat sie nie zu tun gehabt. Mit 15—16 Jahren habe sie schon immer gedacht, daß sie nicht heiraten wolle, weil das das Vollkommenere sei. Sie wäre wohl auch gern ins Kloster gegangen. Mit der Zeit hatte sie immer mehr das Gefühl, daß sie sich zur Ehelosigkeit verpflichtet habe. Sie wünsche aber auch gar nicht, zu heiraten.

Mit 23 Jahren hatte sie einen Nervenanfall: nach einer Beichte, die sie sehr aufgereggt hatte, fühlte sie sich matt und elend, glaubte sterben zu müssen. Es wurde ihr nebelig vor den Augen, doch wurde sie nicht bewußtlos. Lag dann 3 bis 4 Wochen zu Bett, hatte während dieser Zeit noch einige Male das beängstigende Gefühl, sterben zu müssen. Später sind derartige Zustände nicht mehr aufgetreten.

Klar, zugänglich, freundlich. Quält sich ab, um für ihre Gefühle und Erlebnisse einen Ausdruck zu finden, erscheint langsam und gehemmt im Denken. Bringt nur düftige, schwer verständliche Sätze heraus, die sie meist mit dem Bemerkten abbricht, sie könne es unmöglich richtig ausdrücken und beschreiben.

Ist schüchtern und doch vertrauensvoll. Aus ihrem früheren Leben macht sie auch nur dürftige Angaben; zuweilen erscheint die Erinnerung erschwert. Wenn sie aber frei ist und weniger unter dem Einfluß der Zwangsgedanken steht, gibt sie ganz gute und rasche Antworten. Das gleiche und wechselnde Verhalten gilt von der Auffassung und Merkfähigkeit.

Die Intelligenzprüfung ergibt keine gröberen Störungen. Bei der Intelligenzprüfung wie auch bei neutralen Fragen tritt die Denkhemmung viel weniger zutage.

Pat. ist nicht eigentlich traurig, macht vielmehr einen etwas stumpfen, gleichmäßig freundlichen und zufriedenen Eindruck, der gar nicht zu der Erzählung der schrecklichen Seelenqualen paßt. Sie ist gemütlich zwar ansprechbar, kommt aber nicht in einen tieferen und lebhafteren Affekt. Ausgesprochenes Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht. Keine Wahndeideen, keine Sinnestäuschungen, keine Katalepsie, keine manirierten Bewegungen, kein Grimassieren.

Nach 8 Tagen entlassen. Diagnose: Zwangsneurose? Dementia praecox?

Wenige Wochen später 2. Aufnahme.

War nach der Entlassung bei einer verheirateten Freundin; hatte dort viel Arbeit, fühlte sich sehr unglücklich. Alle Tage wollte sie heim, glaubte aber doch aushalten zu müssen. Dabei litt Pat. immer an der Angst, sie könne sich durch ein Versprechen zum Bleiben oder Gehen binden. „Das ist immer so ein Drang, das spürte ich gleich innewändig, mußte mit aller Kraft abwehren.“ Von außen fühlt sich Pat. nicht beeinflußt. Es kommt alles „so von ihnen her“. Keine Stimmen. Pat. hatte wochenlang Zahnweh, ging zu keinem Zahnarzt, „weil sie einen Arzt in Bruck kannte“. Vor 14 Tagen war Pat. beim Kochen, hatte vergessen, das Kind ihrer Freundin, das im Kinderwagen neben ihr lag, anzubinden. Plötzlich fiel es auf den Boden, schrie, „hatte Erbrechen, sah ganz bleich und sterblich aus“. Pat. hob das Kind auf, wollte erst nichts davon sagen, rief dann die Frau aus dem

oberen Stock, die meinte, daß man den Vater herbeitelephonieren müsse. Pat. ließ all ihre Sachen im Haus, lief auf den Bahnhof, saß dort 5 Stunden untätig, fuhr dann zur Tante nach F. Dort lag sie meist im Bett, hatte nichts zu tun, als mit ihren Gedanken fertig zu werden. Der Appetit wurde immer schlechter.

Pat. fühlt sich traurig, ängstlich, alles wegen der Gedanken; die möchte sie so gern aussprechen, aber sie traut sich nicht, „weil sie es doch nicht so klar sagen könne, daß man sie ganz verstehe, und erst, wenn man sie ganz verstehe, könne sie von den Gedanken frei werden“.

Pat. klagt noch über häufige Kopfschmerzen, die infolge der Anstrengung und des Druckes entstehen. „Auch spürt sie öfters von den schweren Gedanken einen Stoß im Herzen“.

Ist äußerst umständlich in ihrem Bericht. Jede Antwort wird hin- und hergedreht, bis sie nach vielen Ansätzen sehr allgemeine und nicht besonders klare Klagen hervorbringt. Fühlt sich krank, glaubt, nicht arbeiten zu können, alles nur wegen der Gedanken, gegen die sie nicht ankomme.

Sehr egozentrisch. Der Unfall des Kindes, das sich anscheinend ernstlich verletzt hat, ist nur *ihr* Unglück. Die Freundin sei ungerecht, daß sie sich nur um das Kind und nicht um Pat. sorge, womöglich noch böse auf sie sei. Schreibt einen seitenlangen Brief an die Freundin voller Vorwürfe, daß sie nur an sich und das Kind denke, gar nicht an Pat., die sich so aufgeopfert habe „und nun doch die Unglücklichere sei, selbst wenn das Kind ein Englein geworden wäre“. Pat. ist sehr empfindlich, glaubt nicht ertragen zu können, daß die Familie von ihrem Aufenthalt in der Klinik erfährt, „was würde man über sie sagen, sie, die doch allgemein so hochgeachtet wäre“.

Keinerlei Initiative; kein Interesse für die Umgebung; trüb, ängstlich, sorgenvoll, gequält. Zu heftigeren Affektausbrüchen läßt sie sich nicht bringen, lächelt auf Scherz. Ist ratlos, was sie nun anfangen soll. Keine Katalepsie. In der Haltung gebunden, wenig Bewegungen, wenig Mimik, zuweilen zupft sie an den Fingern, wenn sie nach der Formulierung einer Antwort ringt. Öfters feine Zuckungen im Facialisgebiet. Kein eigentliches Grimassieren.

Im Verlauf wünscht Pat. dauernd, sich „auszusprechen“, ist dann aber nie zufrieden, weil sie sich doch nicht „ganz so klar ausdrücken kann und man sie doch nicht ganz versteh“e. Die Klagen sind immer über die anderen Menschen, die sie gar nicht verstehen, ihr nicht helfen; über die Schwere des Schicksals und ihrer Krankheit, dieser Angst vor den Verpflichtungen, und ob sie sich verpflichtet habe. Ist ganz davon überzeugt, daß kein äußerer Zwang sie bindet, sondern daß alles von innen herkommt.

Wird schriftlich und mündlich merkwürdig geschraubt und feierlich. Liegt beschäftigungslos im Bett, weint öfters, man solle ihr sagen, was das Beste wäre, das sie tun könne, sie wolle nur gehorchen. Als Kind sei es ihr gut gegangen, sie sei immer gehorsam gewesen, nur hätte sie eben immer Kind bleiben sollen. Jetzt sei ihr Leben nur Reue und Kummer“.

Möchte heute nach Hause, protestiert aber auch nicht heftig gegen die Anstalt. Spricht schlaftrig, monoton, lacht läppisch. Transpiriert stark, hat immer nasse Hände.

Als Pat. von der Schwester nach Hause genommen werden soll, klammert sie sich ängstlich fest, will nicht fort, will sich nicht anziehen. Bläß, weint. Will auf der Straße nicht weiter, muß zurückgebracht werden. Erzählt später verschämt, mit etwas affektiertem Lachen, von ihrer fehlten Abreise: „Der Wille war gut, aber es fehlte der Wille zum Können!“

Hat Angst vor der „Verantwortung der gewollten Verpflichtungen“; schreibt nach wie vor viel Zettelchen in gestochener Schrift und sehr manieriertem Stil.

„... Nun, wenn ich jene Verpflichtungen mir öfter auferlegt habe, ganz oder nicht voll immer: die mich heißt, schrankenlos ins Ungestüme der Verpflichtungen zu verfallen, und wenn das als wie geschworen war, muß ich mich dann hineinbegeben? Und wenn ich beides schon mehrmals geschritten war, zu wollen die ganze Tragweite unabänderlicher Verpflichtungen, für die soll ich aufkommen?“

Wurde nach wenigen Wochen entlassen. Keine Katamnese, da der jetzige Aufenthaltsort nicht zu ermitteln war.

Kraepelin hat die Kranke in der Klinik vorgestellt, und nach einer Mitteilung in den Akten ausgeführt, daß es sich bei ihr wohl um eine Dementia praecox handele. Ihre apathische, unregsame, willenlose Art führte er dafür an, ihre unnatürlich verschrobene Ausdrucksweise und außerdem den merkwürdigen Kampf der Motive, der ihm Ausdruck ihres Negativismus schien, eines Negativismus, der sich hier in die Form von Zwangsideen kleide. Das soll ja wohl nicht nur heißen, daß das Auftreten negativistischer Reaktionen zwangsmäßig erlebt wird, sondern daß hier echte Zwangsvorstellungen aus dem Boden des inneren Negativismus erwachsen. Freilich von einer eigentlichen „Verselbständigung der Gegensätze“ (*Jaspers*) kann bei unseren Kranken nicht die Rede sein. Was sie auszeichnet, ist ja vor allem die Störung, daß zwar mit einer Vorstellung die Gegenvorstellungen sehr leicht auftauchen, daß aber die Kranke zwischen beiden hin- und herschwankt und zu keiner Entscheidung, keinem Entschluß kommt.

Kleist hat unter den affektiven Störungen bei psychomotorischer Akinese eine besondere Form der Unschlüssigkeit beschrieben, bei der Gefühle — im wesentlichen ängstlicher Art — Entscheidung und Entschluß hindern. Die Gefühlslage des Zweifels störe das Denken in eigentümlicher Weise. Die Kranken haben die größte Mühe, ein Urteil, das sie gefällt haben, auch zu vertreten, sich zu sagen: ja, so ist es. In den mitgeteilten Krankengeschichten tritt in einigen Reaktionen, in oft flüchtig und unscharf gegebenen Ambitionen das negativistische Element dieser Unschlüssigkeit unverkennbar zutage; sonst scheint es sich freilich mehr um eine Art der Ratlosigkeit zu handeln, bei der sich die negativistische Verursachung nicht recht nachweisen läßt.

Außer zum Negativismus hat nun diese Art Unschlüssigkeit auch Beziehungen zu der besonderen zwangsmäßigen Denkrichtung der Zweifelsucht.

Im Grunde haben Zwangsvorstellungen mit dem Zweifel nichts zu tun, jedenfalls mit dem „physiologischen“ nicht, der zu dem Urteil des non liquet führt. Wer zweifelt, hat keine Zwangsvorstellung. Der Zwangskranke weiß ja — wenigstens in der Ruhe — daß seine Vorstellung unsinnig ist.

Diejenige zwangsmäßige Denkbewegung aber, die zu keinem Abschluß kommt, zu keinem vom Geltungsgefühl getragenen Urteil, nennt man dennoch Zweifelsucht. Der Kranke müht sich, getrieben von Gel-

tungszwang, um ein abschließendes Urteil, und dabei werden die auftauchenden schwachen Geltungsgefühle immer wieder vom Zweifel erstickt. Auch hier ist, wie in den Fällen *Kleists*, ein Zustand der Unschlüssigkeit und der Wankelmütigkeit gegeben. Die Tatsache aber, daß wenigstens in den reinen Fällen negativistischer Unschlüssigkeit der Urteilsakt richtig vollzogen wird, und doch eine Fehlreaktion eintritt, trennt sie von der Zweifelsucht, bei der das abschließende Urteil nicht erreicht wird.

Was also schwere Formen von Zweifelsucht (und der verwandten Grübelsucht) negativistischen Störungen ähnlich macht, ist ein Grundzustand der Unschlüssigkeit und Zwiespältigkeit und der damit einhergehenden Neigung, Gegenvorstellungen besonders leicht auftauchen zu lassen.

Wie ist es nun mit unserem Fall? Lassen sich hier vielleicht neben der Skrupelsucht oder auch in ihr negativistische Züge noch deutlicher erkennen?

1. Die Kranke meint, sie habe sich durch ein Versprechen verpflichtet, das zu tun oder zu lassen, was ihr das weniger Angenehme ist.

2. Sie hat wochenlang Zahnweh, geht aber zu keinem Arzt, „weil sie einen Arzt in Bruck kennt“.

3. Sie will weg von der Freundin, glaubt aber bei ihr ausharren zu müssen und fürchtet gleichwohl, sich durch ein Versprechen zum Bleiben oder Gehen zu binden.

4. Sie will aus der Klinik entlassen sein. Wie die Schwester sie abholt, will sie nicht fort, will bleiben, muß tatsächlich wieder zurückgebracht werden. „Der Wille war gut, aber es fehlte der Wille zum Können.“

Nur im letzten Fall scheint es sich um eine klare negativistische Reaktion zu handeln, obgleich die eigene Erklärung für das seltsame Verhalten auffällig bleibt. Die Pat. spricht nicht etwa von einem Gegenwillen, der ihre ursprüngliche Absicht durchkreuzt habe, sondern davon, daß der Wille zum Können fehlte. Das heißt: ich konnte mich nicht entschließen. Die Gründe dafür aber bleiben unerörtert und vor allem die Gründe für das Widerstreben.

So schimmern hier wie auch in den übrigen Beispielen negativistische Regungen durch, ohne daß man sie deutlich fassen kann. Sie scheinen mir ein Merkmal der Persönlichkeit, dieses „unzufriedenen“ Menschen zu sein, genau wie die autistische Einstellung, die übrigens „einen Zug von Feindseligkeit gegen die Umgebung“ nicht erkennen läßt. *Kehrer* hat mit Recht auf diese besondere Färbung des Autismus bei Zwangskranken hingewiesen, wenn ich ihm auch darin nicht zustimmen möchte, daß Schizophrenen diese Einstellung fremd wäre.

Es fragt sich nun, ob diese negativistischen Züge ein erworbenes Merkmal der Kranken sind. Die Antwort ist schwierig. Die autistische

Einstellung, die ja besonders in der verschlossenen Art deutlich Beziehungen zum Negativismus hat, wird jedenfalls schon in früher Jugend an der Kranken beobachtet. Aber von der Verschlossenheit bis zu dem widerstrebenden Verhalten bei der Entlassung oder bis zu der sehr sonderbar begründeten Ablehnung jeder Zahnbehandlung führt anscheinend keine Brücke.

Oder ist nicht am Ende *jeder* Zweifelsucht eine negativistische Grundeinstellung eigentümlich und zu ihrem Aufbau notwendig? Bei der häufigen Irrtumssucht, bei der Skrupelsucht Zyklothymer ist selten etwas von eigentlichem Negativismus zu spüren. Es sei denn, „was ich für recht halte, daß man im Zweifel an sich schon Ausdruck einer gewissen Ablehnung sieht, eines feinsten psychischen Negativismus.“

Die ganz allmähliche Entwicklung der Skrupelsucht, die nur zur Zeit der Menarche eine sprunghafte Verschlimmerung erfährt, läßt wohl zunächst ein schwere Form allgemeiner Psychasthenie vermuten. Jede kleinste Aufgabe wird zur Last. Die Kranke kann sich nicht aufraffen, kommt zu keinem Anschluß, bleibt ratlos, weil sie nicht über die Elemente der Denkaufgabe hinauskommt. Es ist nicht einfach so, daß sie die Zwangsvorstellungen bekämpft, sondern „sie glaubt sich vornehmen zu müssen, diese Gedanken, die sie für krankhaft hält, bekämpfen zu sollen“. Tagelang liegt sie im Bett, hat nichts zu tun als mit ihren Gedanken fertig zu werden. Auch der Affekt ist matt.

Aber selbst dieses letzte Symptom bleibt noch im Rahmen einer schweren anankastischen Entwicklung bei psychasthenischer Persönlichkeit¹⁾.

Dennoch scheint mit dieser Diagnose nicht alles geklärt.

Die ausgesprochen negativistischen Züge bleiben auffällig, ebenso die unnatürliche, verschrobene Ausdrucksweise, die Erstarrung und Verödung der ganzen Persönlichkeit. Auch die läppische Art ist auffallend, um so mehr, als davon unter den prämorbidien Eigenschaften nicht die Rede ist.

Hier nicht an eine schizophrene Erkrankung zu denken, ist schwer. Die beträchtliche Verschlimmerung des Leidens bei der Menarche und der zunächst freilich reaktiv aussehende Nervenanfall im Alter von 23 Jahren mit seinen unklaren Angstzuständen lassen zudem die Annahme einigermaßen begründet erscheinen, daß es sich hier um leichte schizophrene Schübe gehandelt hat.

¹⁾ Die psychasthenische Persönlichkeit soll hier im Anschluß an Jaspers als derjenige Persönlichkeitstyp verstanden werden, der im wesentlichen durch einen Mangel an psychischer Kraft gekennzeichnet wird, ohne daß es zur Zeit möglich wäre, Einzelheiten näher zu differenzieren und abzugrenzen.

14. Friedrich W., 22 Jahre. Als Kind störrisch, bösartig, gab sich mit niemandem ab, verschlossen, nicht lustig. Ging früher jeden Tag spazieren. Wenn er gereizt wurde, konnte er grob und bösartig sein. Vernachlässigte sich äußerlich. Schon immer furchtsam. Kein guter Schüler. Kam immer zu spät. Konnte sich nicht zum Aufstehen entschließen, besonders nach dem ersten Jahr in der Handelschule. Die 5. Klasse bestand er dann nicht mehr. Onaniert seit dem 4. Jahr. Dazu regten ihn im Kindergarten barfüßige Kinder an, besonders Mädchen, dann auch bebrillte Kinder. Trambahnwagen mit Anhängern erregten ihn sexuell, auch die Nummern auf den Wagen (2, 4, 8 weiblich, 3, 7 männlich).

Kam ins Geschäft des Vaters. Arbeitet sehr wenig, steht herum; geht spät zu Bett; reizbar, wird massiv grob.

Seit etwa 2 Jahren habe er eine Reihe von Zwangsvorstellungen. Als ihre Ursache erwähnt er einmal: Streit mit dem Vater, jedenfalls hätten die Zwangsvorstellungen angefangen, als ihn der Vater zurechtwies, weil er wiederholt zu spät nach Hause kam. Dann wieder meint er, daß er schon vor etwa 3 Jahren gelegentlich über eine Gotteslästerung habe lachen müssen.

Seine Zwangsvorstellungen bestehen darin, daß er bei einer großen Menge von täglichen Verrichtungen an bestimmte Dinge nicht denken dürfe, weil diesen Dingen sonst Schaden geschehen könne. Wenn er z. B. an Bäumen, Laternen, Telegraphenstangen, an Säulen, Steinen, großen Felsblöcken vorbeigeht, oder wenn er vom Trottoir auf den Fahrweg geht, wenn er aus dem Bett aufsteht usw., dann dürfe er nicht an irgendwelche körperlichen Organe denken — Lunge, Herz, Leber, Gehirn, Rückenmark usw. —, sonst könnten diese kaputt gehen oder krank werden. Das gleiche gilt von Vergnügungen, Besitztümern, bekannten Personen usw. — Wenn er also bei diesen Beschäftigungen an irgend etwas derart denkt, dann muß er diese Beschäftigungen wiederholen, so lange, bis der Gedanke weg ist, um dadurch die gewissermaßen gefürchtete schädliche Wirkung zu paralysieren. So muß er zuweilen 20 mal an einem Hydranten vorbeigehen. Seit Juni dieses Jahres gehe er oft im Zickzack um die genannten Gegenstände, um rascher daran vorbeizukommen. Besonders tue er das im Wald, weil er da weniger gesehen werden könne.

Außerdem dürfe, wenn er an diesen Gegenständen vorbeigehe, kein Auto vorüberfahren, kein Motorrad töffen, kein Fenster und keine Tür dürfen zugeschlagen werden, es dürfe niemand niesen oder husten oder ausspucken, sonst müsse er immer wieder an den Gegenständen vorübergehen. Wenn er etwas schreibt und es rückt jemand heftig mit dem Stuhl oder es schnieft jemand, dann muß er die Buchstaben nachmalen mit dem Bleistift. Wenn er sein Morgen- oder Abendgebet verrichtet, darf er nicht lachen, auch dürfen keine Geräusche vorkommen, sonst muß er das Gebet immer wiederholen. Das gleiche gilt, wenn er aus dem Bett aus- oder einsteigt, den Abort verläßt, Gegenstände weglegt usw. Er muß dann, wenn Geräusche dazwischenkommen, diese Handlungen immer wiederholen.

Wenn er über eine Gotteslästerung oder über etwas Unanständiges lacht, und wenn dabei die gleichen Gedanken kommen wie bei den Handlungen auf der Straße, dann muß er so lange lachen, bis die Gedanken vorbei sind. Wenn er ein Mädchen mit nackten Füßen sieht, dann muß er seinen Geschlechtstrieb so lange ausüben, bis dazwischenkommende Gedanken an Organe usw. nicht mehr auftreten.

Alle Versuche, solche Gedanken loszuwerden, gelingen nicht. War in Behandlung bei einem Psychologen. Er glaube nicht etwa im Ernst, daß eine Schädigung der Organe oder dgl. eintreten könne, aber er habe so eine Furcht. Gibt an, daß er nur von einem Teil der Zwangsvorstellungen befreit werden wolle; mit

den anderen käme er ganz gut aus und wolle sie gar nicht loswerden. Erkundigt sich nach den Heilungsaussichten, nimmt aber alle Auskünfte gleichmütig hin.

Großer hagerer Mensch. Ungepflegt, gebundene Bewegungen. Neigung zur Katalepsie.

Bewegungsarm, oft wie eine Statue, stumpfes Gesicht, spricht manieriert. Schrift peinlich genau. Faßt oft schwer auf, autistisch, leise, geziert. Gibt manieriert die Hand, sitzt herum.

In der Anstalt gleichmäßig stumpf, eingeengt, schwerfällig, still, ungesellig.

In der Buchbinderei beschäftigt. Aus seinem Verhalten nach außen ist weder zu konstatieren, daß er irgendwie unter dem Einfluß von Zwangshandlungen steht, noch macht er selber darüber irgendwelche Äußerungen.

An der Diagnose: Schizophrenie ist kein Zweifel. Auch handelt es sich — wenigstens zu Anfang — wohl um Zwangsvorstellungen, denen der Kranke durchaus mit Einsicht gegenübersteht und gegen die er bei einem „Psychologen“ Hilfe sucht. Doch ist die Ähnlichkeit des ganzen Schwarmes von Abwehrmaßnahmen und sonderbarem Paktieren mit katatonen Manieren groß; und ich denke, daß es sich auch in der letzten Zeit zunehmender affektiver Verarmung um gar nichts anderes gehandelt hat.

15. *Karl R.*, 20 Jahre. Sehr zart, viel für sich; las gern, trieb Musik. Mäßiger Schüler. Fiel in Sekunda durch Absonderlichkeiten auf. Schloß Zimmer- und Schranktüren mehrmals, kontrollierte mehrmals das Licht. Legte seine Kleidungsstücke in besonderer Reihenfolge. Einiges verlor sich wieder. Da er immer schweigend und verschlossen war, bekamen die Angehörigen keine Erklärungen. Studierte nach dem Abitur in Berlin. Ging gegen den Wunsch der Eltern in eine Verbindung. Nervöser Zusammenbruch. Beschäftigt sich seit Monaten nicht mehr. Verbringt den ganzen Tag mit Aus- und Ankleiden. Keine Wahnideen, keine Sinnestäuschungen.

Von autoritativer Seite als Zwangsneurose bezeichnet. Kam 1916 in die Klinik.

Blaß, schmal. In fortwährender motorischer Unruhe. Dabei wiederholen sich die Bewegungen 4—5 mal hintereinander. Schlägt die Beine übereinander, zupft sich an Ärmel und Kragen. Einfache Befehle führt er sofort aus. Bei komplizierteren Aufträgen zögert er lange mit der Ausführung. Macht eine Menge unzweckmäßiger Bewegungen, führt erst bei erneutem Befehl das Gewünschte aus. Äußert geringe Spontaneität. Ratlos, zögernd. Freundlich, zugänglich.

Fühle sich schon lange krank, über ein Jahr. Es habe ganz langsam angefangen. Jetzt könne er sich nicht mehr beschäftigen. Erklärt sein Benehmen selbst: „Wenn ich etwas tun will, so ist da noch ein Gegenwillen, der es anders machen will. Deshalb weiß ich nicht, wie ich es machen soll; ich habe Angst, es verkehrt zu machen, es kommen Überlegungen, Bedenken, ich hätte es anders machen sollen, so komme ich nie weiter. Wenn jemand daneben steht und befiehlt, geht es viel besser; überhaupt, wenn ich genau weiß, was ich tun soll, aber ich kann es mir nicht so befehlen, daß ich es auch gleich tun kann.“

Früher sei der Gegenwillen in ihm die Hauptsache gewesen, jetzt aber seien es die tausend Überlegungen, die immer kämen. Der Gegenwillen habe manchmal verlangt, daß er beim Lesen einfach Wörter überschlage, nicht lese oder ganz falsch lese.

Er lokalisiert diesen Gegenwillen nicht, äußert keine Hypnose- oder sonstige Wahnideen, hat keine Stimmen gehört. Äußert mehrere Male, gern tun zu wollen, was man von ihm verlangt, aber

Läßt unter sich, entleert einmal im Garten Stuhl in die Hose, weil er den Entschluß, zum Abort zu gehen oder dem Pfleger etwas zu sagen, nicht aufbringen kann.

Wird nach etwa 10 Tagen in ein Sanatorium verlegt. Diagnose: Schizophrenie.

Der Kranke blieb dann 6 Monate in dem Sanatorium. Hier wurde zunächst ohne Bedenken eine Dementia praecox angenommen. Im Verlauf aber traten diagnostische Zweifel mehr und mehr hervor und der Pat. wurde als Zwangsnurose (beginnende Dementia praecox?) entlassen.

Das Zustandsbild glich demjenigen in der Klinik durchaus, wandte sich aber nach Monaten einer gewissen Besserung zu.

Bei der Aufnahme (1. VIII.): Sprechen erschwert, kommt nur in Absätzen stoßweise heraus. Langsame Bewegungen, eigenständliches Kleben an den einzelnen Phasen der Bewegung. Näßt ein. Schwer zu füttern, anzukleiden. zieht man den Bissen fort, dann schnappt er schnell zu. Am besten geht es, wenn man so tut, als ob man mit dem Essen fortgehen wollte.

Kann absolut nichts zur Erklärung seines Verhaltens angeben. Keine Zwangsvorstellungen; sein Verhalten macht einen negativistischen Eindruck. Das Personal hat Mühe, ihn bis 12 ins Bett zu bringen.

17. VIII. 1916. In Bewegungen und Benehmen ganz katatonen Züge, trippelt an einer Stelle herum, kommt nicht weiter. Macht mit Händen und Fingern windende und schlängenartige Bewegungen. Hält Urin und Stuhl zurück. Wird mit dem Schließen der Kleider nicht fertig.

22. VIII. Braucht zum Ankleiden und Zahneputzen oft 2 Stunden. Der ganze Tag geht damit hin, den Kranken anzukleiden, zu füttern und abzuführen. Sträubt sich in der heftigsten Weise, stößt und schlägt schließlich sogar, wenn man sehr dringend wird.

15. IX. Flotter, macht täglich Spaziergänge im Park. Es geht auch mit dem Laufen ganz gut, wenn er erst mal in Gang gekommen ist. Die größten Schwierigkeiten macht es immer, ihn die Treppe hinunter und aus dem Haus zu bringen. Beteiligt sich nach Überwindung eines Widerstandes an leichten Arbeiten im Garten.

23. X. Zögert vor jeder Antwort lange, stößt die Worte einzeln heraus; meist nur ein kurzes Ja oder Nein, seltener einen ganzen Satz, und diesen nur stückweise, abgerissen, stockend. Wiederholt einzelne Worte, fängt wieder von vorn an. Schluckt und räuspert sich endlos dazu, macht Arm- und Beinbewegungen, rückt mit dem Stuhl hin und her, steht auf, setzt sich wieder, zupft an der Kleidung herum. Ebenso macht er es, wenn er essen soll. Er ermutigt sich selbst durch Zwischenrufe: Ja — ja — jetzt geht's — ja, gleich — es soll gehen — los — vorwärts.

1. I. 1917. Leidet sehr unter seinen Zuständen. Gibt an, daß bei allem, was er tun und sagen wolle, sofort Gegenvorstellungen und Gegenimpulse zwangsmäßig auftreten. Rutscht beim Essen auf dem Stuhl umher, bewegt die Lippen, bringt die Hand vor, zieht sie zurück, sagt: „Jetzt geht's gleich, jetzt kommt's, es muß!“, bis er schließlich hastig zugreift und die Speisen geradezu verschlingt.

15. I. Nimmt seit einiger Zeit französische Unterrichtsstunden, hat Freude daran. Hemmungen im Freien besser, geht spazieren. Rodelt. Nimmt zu. Ißt mit gutem Appetit; dabei etwas geringere Zwangswiderstände. Fühlt sich subjektiv besser.

28. I. Pat. wird nach Hause abgeholt.

November 1925. War in Behandlung bei Heilpädagogen. Wesentliche Besserung. Kam dann in eine Pension nach R., um Vorlesungen zu hören. Durch die Ruhe und Ablenkung dort weitere wesentliche Besserung.

Im Anschluß an den Tod des Vaters erneute Verschlimmerung.

Auch hier heißt die Diagnose bald Zwangserkrankung, bald Dementia praecox. Es hat dies seinen Grund wohl darin, daß in der Pubertät anscheinend echte Zwangsvorstellungen auftreten, jedenfalls Geilde, die sich von dem bekannten Kontrollzwang aus Irrtumsfurcht nicht unterscheiden lassen; daß aber in der Klinik nichts mehr davon zu spüren ist und daß der Kranke hier das Bild eines ratlosen, gesperrten und negativistischen Schizophrenen bietet.

Auffallend ist die Selbstschilderung seiner Erscheinungen. „Wenn ich etwas tun will, so ist da noch ein Gegenwille, der es anders machen will. Deshalb weiß ich nicht, wie ich es nennen soll. Ich habe Angst, es verkehrt zu machen. Es kommen tausend Überlegungen, Bedenken, ich hätte es anders machen sollen. So komme ich nie zu dem Folgenden. Wenn jemand daneben steht und befiehlt, geht es besser, überhaupt, wenn ich genau weiß, was ich tun soll.“

Daß es sich hier um eine Störung handelt, die *Kleist*, wie ich schon ausführte, als negativistische Unschlüssigkeit bzw. Ratlosigkeit beschrieben hat, brauche ich wohl nicht näher zu begründen. „Das Handeln ist den Kranken unerklärlich und es entsteht oft das Bild einer schweren Ratlosigkeit . . . die Kranken handeln vergleichsweise gemäß einem inneren Zwange . . . sie können sich nicht zur Reaktion entschließen, können sich nicht entscheiden“ (*Kleist*).

In dieser Unschlüssigkeit, Bedenklichkeit und Wankelmütigkeit liegen gewisse Parallelen zu den schweren Formen allgemeiner Skrupelnsucht. Aber mit der Zwangsvorstellung an sich haben sie wenig zu tun.

Die Wankelmütigkeit ist ein wesentliches Merkmal der psychasthetischen Persönlichkeit; sie läßt kein Geltungsgefühl aufkommen und so wird jede armelige Aufgabe hin und her gedreht und wiedergekäut, ohne daß sie irgendwie erledigt werden könnte. Aber erst dann kommt es auf diesem Boden zur wahren Zweifelsucht, wenn die Denkinhalte sich gegen den Willen aufdrängen; wenn sich der Kranke nicht nur zweifelnd um den Denkabschluß eines gegebenen Problems bemüht, sondern wenn ihm gewissermaßen alles und jedes *gegen seinen Willen* zum Problem wird.

Bei unserem Kranken ist davon nicht die Rede. Es handelt sich ja bei ihm vornehmlich darum, daß Gegenantriebe seine ursprüngliche Absicht kreuzen. Daraus entsteht ein Zustand der Ratlosigkeit und die Angst, etwas verkehrt zu machen; und erst damit kommen die tausend Überlegungen und Bedenken.

Es fragt sich nur, wie es denn mit der Irrtumsfurcht, dem Kontrollzwang steht, den der Pat. in den Oberklassen des Gymnasiums hatte. Denn auch die Irrtumsfurcht gehört zu den Zwangsskrupeln und zeigt gerade das mangelnde Geltungsgefühl und den Geltungszwang besonders rein. Leider fehlt hier jede phänomenologische Angabe und es

ließe sich so vermuten, daß auch der Kontrollzwang keine echte sekundäre Zwangshandlung war, sondern bereits eine katatone Stereotypie. Das halte ich nicht für wahrscheinlich. Stereotypien treten nicht gleich so mannigfaltig und zudem fast als einziges Symptom auf und vor allem nicht gerade in einer Weise, wie sie für Zwangsercheinungen durchaus typisch ist.

Aber wenn es nun so ist, daß bei unserem Kranken zu Beginn einer schizophrenen Psychose Zwangsvorstellungen episodisch aufgetreten, welche Beziehungen haben dann diese Skrupel zu den tausend Bedenken und Überlegungen im späteren Verlauf der Krankheit? Ist da etwa aus den Zwangsercheinungen ein katatonisches Symptom geworden? Ich glaube nicht. Sondern das eine wie das andere hat enge Beziehungen zu dem einen psychischen Zustand der Wankelmüttigkeit, gleichviel ob es sich dabei um ein erst pathologisches, geschaffenes oder modifiziertes Merkmal der Persönlichkeit handelt oder nicht.

Zusammenfassend bin ich der Ansicht, daß es sich in unserem Fall um einen Schizophrenen handelt, der zu Beginn der Psychose episodisch an Zwangsvorstellungen litt und im späteren Verlauf wesentlich einen Zustand negativistischer Ratlosigkeit darbot, der fälschlich als Zwangsnurose diagnostiziert wurde.

16. Michel S., 57 Jahre. Guter Schüler. Als Kind gern mit anderen gespielt. Schloß sich aber später ab. War im Verkehr mit dem anderen Geschlecht sehr schüchtern; lief aus der Tanzstunde fort.

Buchhalter. Lange Jahre in einer Stellung. Sonderling, schloß sich ab, beschäftigte sich höchstens mit seiner Markensammlung. Gutmütig.

Leidet seit 10 Jahren an Zwangsvorstellungen. Zunächst Schmutzfurcht. Ein Buchhalter, der mit ihm im Geschäft war, habe die Gewohnheit gehabt, sich in der Nase zu bohren, außerdem habe er wiederholt seinen Urin, den er zur Untersuchung bringen wollte, in einem Reagensglas auf den Schreibtisch gestellt. Das habe ihn lange, bevor er mit den Waschungen begann, abgestoßen. Habe sich aber nichts zu sagen getraut, damit ihn der andere nicht schikaniere. Dann habe er angefangen, sich oftmals am Tage die Hände zu waschen. Er habe immer Angst gehabt, irgendeine Stelle zu berühren, an die der andere hingekommen sein könnte. Er gab dann freiwillig seine Stellung auf. Ging zu seinem Bruder, der einen kleinen Garten hatte. Seine Beschwerden nahmen aber zu. Immer hatte er Angst, sich zu beschmutzen. Wusch sich tagsüber oft den ganzen Körper. Wenn man ihn anrührte, wich er sofort aus. Nach etwa $\frac{1}{2}$ Jahr wurde es etwas besser. Schrieb jahrelang nicht mit Tinte. Sagte: „Wenn ich etwas Tinte daran bringe, das schadet mir.“ Jahre später fing er das Zählen an. Wisse nicht, wie das gekommen sei. Zuerst zählte er seine Schritte. Die Zahl 4 spielte dabei eine große Rolle. Zählte immer, ob die Schritte durch 4 teilbar seien. Wenn das nicht der Fall war, wurde er ängstlich. Man mußte ihm 4 mal die Hand geben, 4 mal die Zeitung auf den Tisch legen. Dann mußte er seine Schritte so zählen, daß die Schrittzahl plus der Nummer des Tages eine ungerade Zahl gab. Später mußte er auch seine Atemzüge zählen.

Sitzt in der Klinik während einer zweistündigen Exploration steif auf dem Stuhl, ohne sich anzulehnen. Reibt sich viertelstundenlang die Hände immer in der gleichen Manier. Stereotypes einfältiges Lächeln. Schlaff, zimperlich. Pu-

pillenunruhe und Psychoreflexe fehlen fast ganz. Sei voller Zwangsfurcht; wie das gekommen sei, wolle er nicht sagen; heute sei Montag, da rede er nie etwas, Er steht vom Stuhl auf, geht einige Schritte nach links, sagt dann: „O Gott, das war jetzt falsch, ich hätte nach der anderen Seite gehen sollen.“ Geht dann auf die Türe zu, bleibt vor ihr stehen, trippelt auf der Stelle, geht schließlich mit einem großen Schritt durch die Türe durch. Zählt dann auf dem Weg zur Poliklinik die Stufen der Treppe. Habe es sehr glücklich getroffen, weil es 13 seien.

Es ist nicht möglich, mit ihm ein halbwegs geordnetes Gespräch zu führen, da er immer wieder unterbricht: „Ach, das hätte ich jetzt nicht sagen sollen, das regt mich so auf . . . Bitte, sagen Sie das noch einmal, Sie haben das schon zweimal gesagt.“ Es regt ihn auf, daß der Arzt in der Poliklinik anfängt zu schreiben, weil er jetzt schon an zweiten Orte schreibe. Es kommt eine Putzfrau und bringt Federn. Pat. weicht mit dem Oberkörper weit zur Seite. Zählt sofort, wieviel Federn sie auf den Tisch gelegt hat. Die gefundene Zahl regt ihn aber nicht auf, denn es sind 5; 2 und 5 sind 7. Wir haben heute den 2. Tag, das gibt eine ungerade Zahl. „Gehe auch immer eine ungerade Zahl von Schritten, immer 13“. Das habe er sich so angewöhnt. Damit er nicht 2 Schritte bekomme. (Was heißt das?) „Das weiß ich nicht. Weil 2 Schritte ein Paar sind.“ Als der Arzt zweimal den Satz wiederholt, bittet Pat. wieder, diesen Satz auch noch ein drittes Mal zu sagen, es rege ihn so auf, wenn man den Satz nur zweimal sage.

Während der ganzen Unterredung hatte er dauernd die Hände gerieben. Plötzlich sagt er: „Ach Gott, jetzt habe ich meine Hände falsch geschlungen. Ach, das Wort hätte ich jetzt auch nicht sagen dürfen, wie mich das aufregt!“ (Warum denn?) „Da bilde ich mir so dumme Sachen ein.“ Rückt schließlich damit heraus, das hänge mit dem Paar zusammen, von dem er oben gesprochen habe. Das könne er aber nicht näher sagen, erst am dritten Orte. Meint dann nach einem kleinen Lachen, ja, wenn er so ein anzügliches Wort sage, dann bemerke er etwas bei den Frauenzimmern um die Augen. Dann meine er, daß sie etwas an sich machen. Er wisse ganz genau, daß es das nicht gebe, aber er bilde es sich eben ein. In der Jugend habe er viel gelesen, über Heilung von Leuten, die an sich herum machen.

Zählt die Wochentage vom Sonntag an. Es komme nun darauf an, ob er an einem geraden oder ungeraden Tage ist, danach richte er sich mit seinem Zählen. Die Summe der Zahlen, auf die es ihm beim Gehen oder Wiederholen der Worte usw. ankommt, muß mit der Zahl des betreffenden Wochentages zusammen eine ungerade Zahl ergeben. Daher müsse er beim Gehen immer auf 13 zählen. Wenn er ein Wort aus Verschen wiederholt, nachdem er etwas anderes dazwischen ge redet hat, muß er es noch einmal wiederholen. Seit längerer Zeit muß er alles, was er nimmt, zuerst in die linke Hand nehmen. Was er am Sonntag zufällig tut, das gilt für die ganze Woche. Damit meint er kleine Zufälligkeiten, beim Anziehen, Essen usw. Wenn er zwei Worte, die eine ähnliche Bedeutung haben, gesagt hat, so muß er noch ein drittes Synonym finden usw.

Aber alle diese Regeln gelten nur, wenn es sich um einen Tag mit gerader Nummer handelt; wie es an einem ungeraden ist, könne er noch nicht sagen.

Aber nicht nur er muß das einhalten, es rege ihn auch auf, wenn es seine Umgebung nicht tut.

Lacht, als man ihm sagt, sein System eigne sich nur für Gedächtniskünstler. Meint, das sei eben das Aufregende daran. Wenn er sich unterhalte, dann ver gesse er daran. Nachher aber plagen ihn die Zweifel.

Betont wiederholt, daß er sich der Unsinnigkeit und Krankhaftigkeit alles dessen wohl bewußt sei; aber er könne nicht dagegen an, so sehr er es auch möchte.

In der Klinik fiel immer wieder auf, daß die ganze Art, in der er sich zu seinen Zwangsvorstellungen stellte, schwächerlich war; daß er sich gar nicht genau an

seine Vorschriften hielt, daß er einfach trippelte, ohne die Schritte zu zählen. Sagte dann und wann verlegen: „Ach, da hätte ich jetzt besser aufpassen sollen!“, aber es schien ihn nicht weiter aufzuregen. Machte im ganzen den Eindruck einer leeren Persönlichkeit. Auf Befehl unterdrückt er seine Zwangshandlungen, ohne irgendeine Reaktion zu zeigen. Sie wirken wie eine Manier.

Diagnose: Dementia praecox.

Ich glaube, daß diese geradlinige Diagnose ein wenig verblüfft und daß man sich zunächst begnügen würde mit der Annahme einer chronischen Zwangserkrankung bei einem schüchternen, gewissenhaften und zudem verschrobenen Psychopathen.

Im Anschluß an ekelerregende Erlebnisse entwickeln sich Schmutzfurcht und Waschzwang. Die Schmutzfurcht, zunächst auf den ursprünglichen Anlaß beschränkt, greift immer weiter um sich und macht den Kranken berufsunfähig. Schließlich entsteht im Laufe der Jahre eine Skrupelsucht und vor allem ein phantastisches Gebäude zwangsmäßiger Zahlensymbolik mit allerlei Abwehrhandlungen. Daß es sich um echte Zwangsvorstellungen handelt, ist außer Zweifel.

Ungewöhnlich ist allerdings der späte Beginn in der Mitte der vierziger Jahre. Aber das schlösse, vor allem bei so offenbar erlebnismäßiger Auslösung, eine Zwangsneurose nicht aus. Es scheint, als ob durch die Vorgänge im Bureau die Fähigkeit zur Zwangsbildung plötzlich freigelegt wurde und sich nun systematisierend immer weiter verzweigte, das Denken und Handeln des Kranken ganz unterjecchte.

Auffallend ist weiter der relativ matte Affekt, mit dem der Kranke zu seinen Zwangsvorstellungen steht. Auf Befehl und ohne dabei eine Reaktion zu zeigen, unterdrückt er dabei seine Zwangshandlungen, hält sich auch keineswegs immer an sein erklügeltes System, so daß die Handlungen mehr „wie eine Manier wirken“.

Aber man muß auch hier bedenken, daß selbst Zwangskranke, die mit starkem Affekt hinter ihren Vorstellungen stehen, ruhig, ja lachend darüber sprechen können, wenn sie beim Arzt sind. Zudem hat unser Kranke auch früher keine lebhaften und nachhaltigen Affekte gezeigt.

Dennoch möchte ich ihn nicht für einen Psychastheniker im üblichen Sinne halten. Daß er gerade dann nicht früher zu Zwangsvorstellungen kam und daß er sich bis über die Mitte der vierziger Jahre gut im Beruf hielt, wäre sehr ungewöhnlich.

Es ist leicht möglich, daß „die Erfassung aus der Beziehung“, wie Kurt Schneider das genannt hat, so eindeutig war, daß die Klinik ohne Umschweife eine Dementia praecox diagnostizierte. Jedenfalls war der Kranke schon vor den Zwangszuständen ein Verschrobener, ein Sonderling, und der Nachweis, daß hier die Pupillenunruhe und Psycho-reflexe fehlten, ist eine wichtige Stütze mehr dafür, daß es sich um einen alten Schizophrenen handelt.

Es wäre denkbar, daß die „Zwangsnurose“ bei S. nichts weiter ist als ein erneuter, schleppend verlaufender Schub. Doch möchte ich eher annehmen, daß sich hier auf dem Boden eines schizophrenen Defektes eine systematisierende Zwangsbildung vom Typ einer „psychasthenischen Zwangsnurose“ entwickelt hat, ähnlich wie das Kahn für gewisse Paranoiafälle vermutet. Bleuler hat für ähnliche Fälle chronisch systematisierender Zwangsbildung wohl recht, wenn er meint, daß gewisse Zwangsnurosen nur verkappte Schizophrenien sind.

Schluß.

Das Problem der Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie stellt im wesentlichen 3 Fragen. 1. Kommen überhaupt echte Zwangsvorstellungen vor? 2. Haben sie, wenn sie vorkommen, irgendwelche Beziehungen zu katatonen Symptomen, die zwangsmäßig erlebt werden? 3. Stehen gewisse Fälle chronisch systematisierender Zwangserkrankung symptomatisch oder auch ätiologisch der Schizophrenie nahe?

1. Zwangsvorstellungen, die auch den strengen Kriterien des subjektiven Zwanges und der Krankheitseinsicht gerecht werden, sind wiederholt bei schizophrenen Prozessen beobachtet worden. Neben den großen Lehrbüchern, die darüber summarisch berichten, stehen auch kasuistische Mitteilungen. Ich fand in der Literatur 9 Fälle.

Mein eigenes Material umfaßt 16 Kranke. Nur 2 Fälle verliefen akut, die übrigen periodisch oder mehr minder schleppend und remittierend. 13 mal traten die Zwangsercheinungen zu Beginn der Erkrankung auf, einmal wahrscheinlich schon zuvor, einmal erst im späteren Verlauf. (In einem Fall war die Angabe nicht zu verwerten.)

Die Zwangsvorstellungen entsprachen nach Inhalt und Erscheinungsform durchaus denjenigen, die bei konstitutionell Nervösen und bei Zirkulären beobachtet werden. Es fanden sich: Irrtumsfurcht und Kontrollzwang, Grübel- und Zweifelsucht, Kontrastideen, mechanische Zwangsantriebe, Platzangst, seltsame grundlose Furchtideen, Schmutzfurcht und Übertreibungssucht.

11 mal traten diese Ideen mehr oder minder isoliert auf; 5 mal gehäuft wie bei der sog. Zwangsnurose.

Eigentümlichkeiten, die sich etwa für ätiologische Determinanten der Zwangsercheinungen halten ließen, waren weder in körperlicher oder erblicher Beziehung zu finden, noch in besonderen Merkmalen der prämorbidten Persönlichkeit. Bemerkenswert bleibt aber, daß 6 mal ein sensitiv-gewissensängstlicher Charakter genannt wird, und daß in der Familie 5 mal Erscheinungen beobachtet wurden, die der zyklothymen Konstitution angehören.

Erlebnismäßig wie nach Inhalt und Form unterscheiden sich die geschilderten Phänomene von den echten Zwangsvorstellungen nicht.

Da sie so häufig zu Beginn des schizophrenen Prozesses zum erstenmal auftreten, darf man sie wohl als dessen Symptom betrachten, gleichviel wie man sich den Mechanismus denken mag. Da wir die Zwangsvorstellung ohne jede Mitbestimmung durch genetische Faktoren definieren und hierzu das Erlebnis des subjektiven Zwanges sowie die Einsicht in das Unsinnige oder Krankhafte der Ideen und ihres Dominierens für ausreichend halten, scheint es uns berechtigt, solche Vorstellungen auch im Verlauf der Schizophrenie den Zwangsvorstellungen „Nervöser“ gleich zu achten. Um so mehr, als ja auch hier gelegentlich exogene Faktoren (Müdigkeit, infektiöse Allgemeinerkrankungen) Zwangsercheinungen manifest werden lassen.

2. Ich komme damit zur zweiten Frage, ob katatone¹⁾ Symptome, so weit sie als Zwang empfunden werden, enge Beziehungen zu den *Zwangsvorstellungen* haben. Die Frage ist im Verlauf der Arbeit wiederholt angeschnitten worden, und sie ist ja durch analoge Erörterungen bei Encephalitiskranken lebendig²⁾.

Es wird niemand ohne weiteres nach *Übergängen* zwischen Zwangsvorstellungen und katatonen Erscheinungen suchen. Aber diese können mit dem Merkmal des Zwanges auftreten, und andererseits können besonders die sog. sekundären Zwangshandlungen zu Stereotypien erstarren. Das Merkmal des Zwanges und die Tendenz zum Beharren also sind die Brücken.

Jede Vorstellung besitzt nach ihrem Auftreten im Bewußtsein die Neigung zur Perseveration als ein physiologisches Moment (*Müller* und *Pilzecker*). Unter verschiedenen Bedingungen kann dieses Merkmal stärker wirksam werden. Damit lassen sich unschwer zwischen charakterologischen Eigentümlichkeiten, Gewohnheiten und mechanischen Zwangssassoziationen, vor allem bei Kindern und in der Ermüdung, Beziehungen finden.

Ja, wenn man in dieser Tendenz zum Beharren einen psychischen Mechanismus ganz allgemeiner Art sieht, der auf verschiedene Ursachen anspricht, und durch Abbauvorgänge funktioneller oder organischer Art isoliert wirksam werden kann; wenn man also so weit zu den Elementen hinabsteigt, dann lassen sich allerdings Gemeinsamkeiten zwischen Zwangsvorstellungen, katatonen Stereotypien und sicher organisch bedingten Zwangszuständen nachweisen. Was sie aber erlebnismäßig und nach ihrer Erscheinung durchaus trennt, das wäre dann im „psychischen Oberbau“ zu suchen. Je nachdem dieser

¹⁾ Unter katatonen Erscheinungen sollen hier diejenigen Störungen verstanden werden, die *Bumke* in seinem Lehrbuch, S. 264ff., beschreibt.

²⁾ Auf die oben zitierte anregende Arbeit von *K. Goldstein* möchte ich noch einmal ausdrücklich verweisen. Ebenso auf einen sehr kritischen Vortrag von *Lange* über Encephalitis epidemica und Dementia praecox (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 84. 1923).

mehr oder minder kompliziert und durch die verschiedenen Ursachen mehr oder minder gestört ist, bewirkt er, daß die verstärkte Tendenz zum Beharren als Zwang empfunden wird, und ferner, daß und wie der Erleidende zu diesem Zwang und überhaupt zu den Erscheinungen seiner Krankheit Stellung nimmt. Es bedarf keiner Erörterung, daß auf diese Weise das Gemeinsame außerordentlich gemodelt werden muß, so daß es phänomenologisch und erscheinungsmäßig durchaus irrelevant werden kann; und daß es somit *klinisch* wichtiger ist, die Unterschiede und das Unvereinbare zu sehen, als das elementar Gemeinsame.

3. *Kehrer* weist darauf hin, daß Zwangsvorstellungen psychopathologische Gebilde seien, die dem schizophrenen Formenkreis nahe stünden. Ich kann darauf hier nicht eingehen. Wesentlich zum schizophrenen Zustandsbild gehören Zwangsercheinungen jedenfalls nicht.

Dennoch gibt es gelegentlich chronische Zwangserkrankungen, die diagnostisch in ihrer Abgrenzung gegenüber der Schizophrenie große Schwierigkeiten machen. Unter meinem Material fanden sich 5 solcher Fälle.

Das liegt einmal an symptomatischen Besonderheiten, die mit den Zwangsvorstellungen nichts zu tun haben: die Kranken sind autistisch, sperren sich ab, leben hinter einer Mauer. Sie leiden viel weniger unter ihren Erscheinungen als Zwangskranke sonst; scheinen affektarm, sind verschroben, ratlos, negativistisch.

Zum anderen haben die diagnostischen Fährnisse ihren Grund in Eigentümlichkeiten der Zwangsercheinungen selbst. Daß die stereotypen Schutzmaßnahmen, Abwehrhandlungen, oft große Ähnlichkeit haben mit katatonen Manieren, ist ja bekannt. Dazu kommt, daß die Kranken in einem wahren Irrgarten sonderbarer Zwangsvorstellungen, abergläubischer Befürchtungen, bizarrer Abwehrhandlungen leben und nicht mehr herauskönnen. Auch wo es gelingt, an den Kranken heranzukommen und in den Irrgarten vorzudringen, bleibt ein Rest des Unempfühlbaren und unverständlich Absurden.

Vier Möglichkeiten sind denkbar: einmal, daß die symptomatologischen Eigentümlichkeiten eine Folge der chronischen Zwangserkrankung sind. Zum anderen, daß es sich in solchen Fällen um eine anankastische Entwicklung bei psychopathischen Persönlichkeiten handelt, deren Sonderart, gleichviel ob man sie schizoid nennt oder nicht, das Zustandsbild färbt.

Weiter läßt sich denken, daß ein schizophrener Prozeß symptomatisch vom Zwangssyndrom beherrscht wird, und viertens, daß auf dem Boden eines schizophrenen *Defektzustandes* das Zwangsgebäude erwächst.

Theoretisch läßt sich jede dieser Annahmen begründen; aber man wird sich im Einzelfall nicht immer für die eine oder andere entscheiden können; es ist ja auch möglich, daß mehrere dieser Mechanismen zusammenwirken.

Bei meinen Beobachtungen handelt es sich dreimal um einen schi-

zophrenen Prozeß, dessen Zustandsbild für längere Zeit von Zwangsvorstellungen beherrscht wird. Aber nur zwei dieser Fälle gemahnen an die oben skizzierte Art schwerer Zwangsneurosen.

Die beiden anderen Kranken (13 und 16) sind wesentlich schwieriger zu deuten. Es wurde versucht nachzuweisen, daß es sich auch hier um Schizophrene handelt. Das eine Mal um eine Kranke mit schwerer Skrupelsucht, deren Zwangsvorstellungen bis in die Pubertät zurückreichen, sich — wahrscheinlich unter dem Einfluß eines leichten Schubes — sprunghaft verschlimmern, während die Persönlichkeit affektiv verarmt, negativistischer und verschroben wird. Im anderen Fall handelt es sich möglicherweise um eine anankastische Entwicklung auf dem Boden eines schizophrenen Defektzustandes.

Literaturverzeichnis.

- Bergmann, G. V.:* Das vegetative Nervensystem und seine Störungen. Handb. d. inn. Med., 2. Aufl., Bd. 5, 2. Teil. Berlin 1926. — *Bleuler, E.:* Lehrbuch der Psychiatrie, 4. Aufl. Berlin 1923. — *Bleuler, E.:* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien 1911. — *Bornstein, M.:* Zwangsneurose und Schizophrenie. Poln. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 31, 297. — *Bumke, O.:* Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 2. Aufl. München 1924. — *Friedmann, M.:* Über die Natur der Zwangsvorstellungen und ihre Beziehungen zum Willensproblem. Wiesbaden 1920. — *Goldstein, K.:* Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 57, 191. — *Groß, O.:* Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 5, 1902. — *Hasche-Klünder:* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1, 31. — *Heilbronner:* K.: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 9, 3. — *Heilbronner, K.:* Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 5, 410. — *Hoffmann, H.:* Vererbung und Seelenleben. Berlin 1922. — *Homburger:* Vorlesungen über Psychopathie des Kindesalters. Berlin 1926. — *Jaspers, K.:* Allgemeine Psychopathologie. 3. Aufl. Berlin 1923. — *Kahn, E.:* Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 36, 203. — *Kahn, E.:* Erbbiolog. Einleitung (Aschaffenburgs Handbuch). Leipzig und Wien 1925. — *Kehrer, F. und E. Kretschmer:* Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924. — *Kleist, K.:* Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908. — *Kleist, K.:* Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig 1909. — *Kraepelin, E.:* Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig 1909/15. — *Kretschmer, E.:* Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918. — *Kronfeld, A.:* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 92, 379. — *Lange, Joh.:* Kataton. Erscheinungen usw. Berlin 1922. — *Lange, Joh.:* Über Encephalitis epidemica und Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 84, 266. — *Lange, Joh.:* Über die Paranoia und die paranoische Veranlagung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 94, 85. — *Legewie, B.:* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 86, 1. — *Müller und Pilzecker:* Zeitschr. f. Psychologie u. Physiol. d. Sinnesorg. Erg.-Bd. 1, 1900. — *Pilcz, Alex.:* Jahrb. d. Psychiatrie u. Neurol. 41, 123. — *Schneider, K.:* Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 74, 93. — *Schneider, K.:* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 99, 542. — *Schneider, K.:* Die psychopathischen Persönlichkeiten. Aschaffenburgs Handbuch. Leipzig und Wien 1923. — *Schwartz:* Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 38, 172. — *Soukhanoff:* Journ. f. Psychol. u. Neurol. 12, 13. — *Stöcker:* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 23, 121. — *Wernicke, C.:* Grundriß der Psychiatrie, 2. Aufl. Leipzig 1906. — *Wille:* Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 12, 1.